

Finanzielle und soziale Folgen der Krebserkrankung für junge Menschen

**Bestandsaufnahme zur Datenlage und Anhang:
Praktische Informationen und Hilfen für Betroffene**

Herausgegeben von:

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie – DGHO e. V.

In Zusammenarbeit mit:

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Finanzielle und soziale Folgen der Krebserkrankung für junge Menschen

**Bestandsaufnahme zur Datenlage und Anhang:
Praktische Informationen und Hilfen für Betroffene**

Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO
Band 16

Finanzielle und soziale Folgen der Krebserkrankung für junge Menschen

Bestandsaufnahme zur Datenlage und Anhang:
Praktische Informationen und Hilfen für Betroffene

Stand: August 2019
ISBN 978-3-9818079-7-4

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Michael Hallek
Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer
Prof. Dr. med. Diana Lüftner
Prof. Dr. med. Florian Weißinger

DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
und Medizinische Onkologie e. V.
Alexanderplatz 1
10178 Berlin
www.dgho.de
info@dgho.de

In Zusammenarbeit mit:

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs
www.junge-erwachsene-mit-krebs.de
info@junge-erwachsene-mit-krebs.de

Autoren:

Prof. Dr. med. Mathias Freund
Dr. med. Volker König
Dipl.-Med. Gerhard Faber
Priv.-Doz. Dr. med. Ulf Seifart

Satz:

racken GmbH – Agentur für nachhaltige Kommunikation, Berlin

Hinweis zur geschlechtsspezifischen Diversität:

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in dieser Studie auf eine durchgängige geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Die Angehörigen anderer Geschlechter sind jeweils mitgemeint.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) e. V.	7
1 EINLEITUNG: KREBSERKRANKUNG BEI JUNGEN ERWACHSENEN UND IHRE FOLGEN	9
1.1 Junge Krebspatienten zwischen 15 und 39 Jahren sind keine homogene Gruppe	12
1.2 Aktiv und in Normalität nach einer überwundenen Krebserkrankung leben.....	12
1.3 Grundlagen für die vorliegende Publikation und verbleibende Lücken und Defizite	13
1.4 Zugang zur Materie und Gliederung	15
2 FINANZIELLE UND SOZIALE FOLGEN EINER KREBSERKRANKUNG: BESTANDSAUFNAHME ZUR DATENLAGE	16
2.1 Finanzielle Folgen einer Krebserkrankung bei jungen Erwachsenen.....	19
2.1.1 International	20
2.1.2 Deutschland	22
2.1.3 Fazit zu finanziellen Folgen	23
2.2 Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit	24
2.2.1 Entwicklung der Forschung zur Berufstätigkeit nach Krebs	24
2.2.1.1 Die 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts.....	24
2.2.1.2 Publikationen zu Arbeit und Berufstätigkeit nach Krebs im ersten Jahrzehnt nach 2000	25
2.2.1.3 Veröffentlichungen im zweiten Jahrzehnt nach 2000	26
2.2.2 Probleme bei der Betrachtung von Berufstätigkeit bei und nach Krebserkrankung.....	26
2.2.2.1 Notwendige Differenzierung nach Altersstufen	27
2.2.2.2 Notwendige Differenzierung nach Diagnosen	28
2.2.2.3 Notwendige Differenzierung nach Therapie der Krebserkrankung.....	30
2.2.2.4 Beachtung der Wechselwirkung zwischen Alter und Diagnosen.....	30
2.2.2.5 Beachtung landesspezifischer Unterschiede	31
2.2.2.6 Beachtung der Zeitabhängigkeit von Entwicklungen	34
2.2.2.7 Fazit zu den Problemen bei der Untersuchung der Berufstätigkeit nach Krebs	34
2.2.3 Rückkehr in den Beruf nach Krebserkrankung: Wissensstand 2019	35

2.2.3.1 Internationale Untersuchungen	35
2.2.3.2 Daten für Deutschland	40
2.2.3.2.1 <i>Brustkrebs</i>	40
2.2.3.2.2 <i>Weitere Diagnosen</i>	42
2.2.3.3 Positive und negative Faktoren für die Rückkehr zur Arbeit nach Krebs	44
2.2.3.4 Bedeutung der tumorbedingten Fatigue.....	44
2.2.3.5 Langzeitüberlebende nach Krebs im Kindesalter	45
2.2.3.5 Fazit zur Rückkehr in den Beruf nach Krebs	47
2.2.4 Daten zu Erwerbsminderungsrenten bei Krebserkrankungen	47
2.2.4.1 Deutschland	47
2.2.4.2 Europa	53
2.2.4.3 Fazit zur Erwerbsminderungsrente.....	54
2.2.5 Besondere Probleme bei Studierenden	54
2.2.5.1 Wie häufig sind Studierende von Krebs betroffen?	54
2.2.5.2 Finanzierung des Lebensunterhalts bei Studierenden und Konsequenzen einer Krebserkrankung.....	56
2.3 Schlussfolgerungen und Thesen.....	57
2.3.1 Die Datenbasis für die Erforschung sozialer und finanzieller Folgen einer Krebserkrankung junger Menschen muss verbessert werden	58
2.3.2 Finanzielle Belastungen und soziale Absicherung von jungen Krebspatienten	59
2.3.3 Begleitung junger Krebspatienten in sozialrechtlichen Fragen.....	61
2.3.4 Tumor-bedingte Fatigue.....	61
2.3.5 Medizinische und berufliche Rehabilitation	62
3 PRAKTISCHE INFORMATIONEN UND HILFEN FÜR BETROFFENE.....	63
3.1 Unmittelbare finanzielle Belastungen bei Krebserkrankung und -therapie.....	64
3.1.1 Zuzahlungen bei den gesetzlichen Krankenkassen	65
3.1.2 Finanzierung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente durch die gesetzlichen Krankenkassen	71
3.1.3 Finanzierung von Arzneimitteln und anderen Leistungen durch die privaten Krankenversicherungen.....	71
3.1.4 Fehlende Finanzierung von notwendigen medizinischen Leistungen durch Krankenkassen und Krankenversicherungen.....	73
3.1.5 Finanzierung von Maßnahmen der Fruchtbarkeitserhaltung	74
3.1.6 Finanzierung der künstlichen Befruchtung	76
3.1.7 Fazit zu unmittelbaren finanziellen Belastungen.....	77

3.2 Unmittelbare finanzielle Absicherung Berufstätiger	78
3.2.1 Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber	78
3.2.2 Gesetzliche Krankenkassen: Krankengeld	79
3.2.3 Sonderfrage betriebliche Altersversorgung.....	85
3.2.4 Private Krankenversicherung: Absicherung gegen Verdienstaustausfall bei Krankheit	85
3.3 Arbeitslosengeld, Auslaufen oder Kündigung des Arbeitsverhältnisses.....	86
3.3.1 Krebserkrankung mit nachfolgendem Verlust des Arbeitsplatzes.....	86
3.3.2 Arbeitslosengeld I (ALG I)	88
3.3.3 Krebserkrankung während des Bezugs von Arbeitslosengeld I (ALG I).....	88
3.3.4 Arbeitslosengeld II (ALG II, „Grundsicherung für Arbeitsuchende“, „Hartz IV“) und Sozialgeld	89
3.3.5 Krebserkrankung während des Bezugs von ALG II	90
3.4 Rehabilitation.....	91
3.4.1 Medizinische Rehabilitation nach Behandlung einer bösartigen Tumorerkrankung	91
3.4.1.1 Kostenübernahme der Rehabilitation und Voraussetzungen	93
3.4.1.2 Rehabilitationszugang	93
3.4.1.2.1 Anschlussrehabilitation (auch Anschlussheilbehandlung oder AHB).....	95
3.4.1.2.2 Antragsverfahren (auch: „Allgemeines Heilverfahren“).....	96
3.4.1.3 Dauer der Rehabilitation	99
3.4.1.4 Fristen und Zeiträume / Wiederholung der Rehabilitation.....	99
3.4.1.5 Wunsch- und Wahlrecht.....	102
3.4.1.6 Welches Geld bekomme ich während der Rehabilitation (wirtschaftliche Sicherung)?	103
3.4.1.7 Rehabilitationskonzept	104
3.4.1.8 Rehabilitationsablauf.....	105
3.4.1.10 Häufige allgemeine Fragen zur Rehabilitation und Antworten	107
3.4.2 Berufliche Rehabilitation	115
3.4.2.1 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)	115
3.4.2.2 Maßnahmen, um eine Arbeitsstelle neu zu bekommen oder einen vorhandenen Arbeitsplatz zu erhalten („Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“)	117
3.4.3 Leistungen zur Berufsvorbereitung.....	123
3.4.3.1 Grundgedanke, sozialrechtliche Grundlagen und Daten	123
3.4.4 Stufenweise Wiedereingliederung für onkologische Patienten	126

3.4.4.1 Zielstellung.....	126
3.4.4.2 Kostenträger für die stufenweise Wiedereingliederung.....	127
3.4.4.3 Voraussetzungen für die stufenweise Wiedereingliederung	130
3.4.4.4 Einleitung und Ablauf der stufenweisen Wiedereingliederung	132
3.4.4.5 Was passiert beim Scheitern der stufenweisen Wiedereingliederung?.....	136
3.5 Schwerbehindertenausweis	138
3.5.1 Betroffener Personenkreis	138
3.5.2 Beantragung	138
3.5.3 Die Bedeutung der Merkzeichen	140
3.5.4 Was sollte bei der Antragstellung berücksichtigt werden?	141
3.5.5 Was ist nach Antragstellung zu tun?	142
3.5.6 Nachteilsausgleiche im Zusammenhang mit einer Schwerbehinderung.....	143
3.5.7 Häufige Fragen zu Bewerbung, Bewerbungsgespräch und Offenlegung der Schwerbehinderung	145
3.6 Erwerbsminderungsrente	147
3.6.1 Grundgedanke	147
3.6.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen	147
3.6.3 Beantragung und Arten der Erwerbsminderungsrente.....	148
3.6.4 Änderungen durch das RV-Leistungsverbesserungs- und Stabilisierungsgesetz (Flexi-Rente) ab 1.1.2019	154
3.7 Berufsunfähigkeitsversicherung (Berufsunfähigkeitsrente).....	155
3.8 Sozialhilfe	156
3.8.1 Zwei Formen von Sozialhilfe	157
3.8.2 Beispiele für Regelsätze	157
3.8.3 Anrechnung von Unterhalt bei „Hilfe zum Lebensunterhalt“.....	158
3.8.4 Anrechnung von Unterhalt bei „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“	158
3.8.5 Krebserkrankung während des Bezugs von Sozialhilfe.....	159
3.9 Studierende und Zugang zum Studium	159
3.9.1 Studium und Zugang zum Studium: Härtefallregelungen und Nachteilsausgleiche	159
3.9.2 Besondere Probleme für BAföG-Empfänger	161
3.9.3 Krankenversicherung und Studium	163
4 LITERATURZITATE	165

Vorwort des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) e. V.

Krebs ist unverändert eine der größten Herausforderungen der Medizin. In den letzten Jahrzehnten wurden jedoch große Fortschritte in der Erforschung der Ursachen von Krebs, sowie in der Diagnostik und Therapie erzielt. Entscheidende Durchbrüche der Krebsmedizin wurden oft dann erzielt, wenn Krebs als Systemerkrankung begriffen wurde, wie bei der Entwicklung der adjuvanten Systemtherapie des Brustkrebses oder bei der Entwicklung erfolgreicher Immuntherapien gegen Krebs in den letzten Jahren.

Die Folgen der Krebserkrankung für den Patienten und die Gesellschaft sind vielfältig und müssen – nicht zuletzt wegen der Häufigkeit der Erkrankung und wegen der Krankheits-assoziierten Kosten – in einem noch größeren Zusammenhang betrachtet werden. Die Krebserkrankung und die notwendige Therapie haben weitreichende Folgen für das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Diese betreffen nicht nur die psychische Bewältigung der mit der Erkrankung verbundenen Lebenskrise. Krebskranke spüren auch vielfach deutliche Änderungen im Berufsleben und in der Erwerbstätigkeit, mit teilweise dramatischen finanziellen Einschränkungen und einer daraus resultierenden Änderung der Lebenspläne. Weitere Folgen betreffen Partnerschaft, Sexualität, Familienleben und die Fähigkeit, Kinder zu zeugen.

Die hier vorgelegte Schrift stellt eine Betrachtung von Krebserkrankungen im Hinblick auf die sozialen und wirtschaftlichen Folgen für die Patienten in Deutschland dar. Aus dieser Betrachtung lässt sich folgern, dass die Behandlung von Krebspatienten stärker diese Aspekte in den Blick nehmen muss. Es gilt, nicht nur das Überleben der Betroffenen zu sichern, sondern auch optimale Ergebnisse im Hinblick auf eine künftige, selbstbestimmte Lebensführung zu erzielen. Es ist in diesem Sinne ein ganzheitlicher Ansatz notwendig.

Für diese Ziele steht die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) e. V. Die Gesundheitspolitische Schriftenreihe Band 16 stellt eine erste Untersuchung zu den finanziellen und sozialen Folgen einer Krebserkrankung in Deutschland vor.

Sie konzentriert sich zunächst auf junge Krebspatienten. Dies hat zwei Gründe: Erstens stand durch die Aktivitäten der von der DGHO 2014 gegründeten Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs und ihrem „Junges Krebsportal“ umfangreiches Material zu den finanziellen und sozialen Problemen junger Menschen zur Verfügung. Zweitens sind junge Patienten mit Krebs von den wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen einer Krebserkrankung in besonderer und anderer Weise betroffen als ältere Patienten. Die Erkrankung kann einen radikalen Bruch in der Karriere oder für die Familie darstellen, und das zu einem Zeitpunkt, wo die Lebensplanung diesbezüglich oft gerade erst beginnt.

Die Auswirkungen unterscheiden sich bei einem Menschen in der Berufsausbildung oder am Berufsanfang von späteren Phasen der Berufstätigkeit oder im Rentenalter. Das bedeutet keinesfalls, dass die Folgen bei älteren Patienten weniger wichtig oder einschneidend wären, vielmehr sind sie teilweise anders und bedürfen einer speziellen Betrachtung und eigener Lösungen. Insofern müssen weitere Untersuchungen zu dieser Thematik für die anderen Altersgruppen folgen.

Bei der Erstellung dieser Arbeit sind einige übergreifende finanzielle und soziale Probleme deutlich geworden, die für Betroffene aller Altersgruppen Bedeutung haben. Für einige dieser Probleme werden in dem Kapitel „Schlussfolgerungen und Thesen“ Wege und Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen.

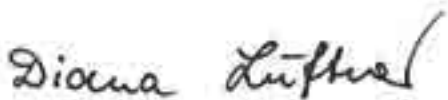
Wir freuen uns auf ein aufmerksames und kritisches Studium der Schrift, Ihre Anmerkungen und auch Ihre Kritik. Wir hoffen, mit dieser Schrift erneut Denkanstöße für eine positive Gestaltung der Medizin und Gesellschaft zu geben.



Prof. Dr. med. Michael Hallek
Geschäftsführender Vorsitzender



Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer
Vorsitzender



Prof. Dr. med. Diana Lüftner
Mitglied im Vorstand



Prof. Dr. med. Florian Weißinger
Mitglied im Vorstand

1

EINLEITUNG: KREBSERKRANKUNG BEI JUNGEN ERWACHSENEN UND IHRE FOLGEN

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 16.000 junge Menschen zwischen 15 und 39 Jahren an Krebs. Zwischen dem 40. und 64. Lebensjahr steigert sich diese Zahl zehnfach auf rund 160.000 Menschen. Jenseits von 65 Jahren verdoppelt sich die Zahl noch einmal auf rund 305.000 Menschen. Insgesamt sind etwa 480.000 Menschen jährlich von der Diagnose Krebs betroffen. Krebs ist zu einem großen Teil eine altersabhängig auftretende Erkrankung.

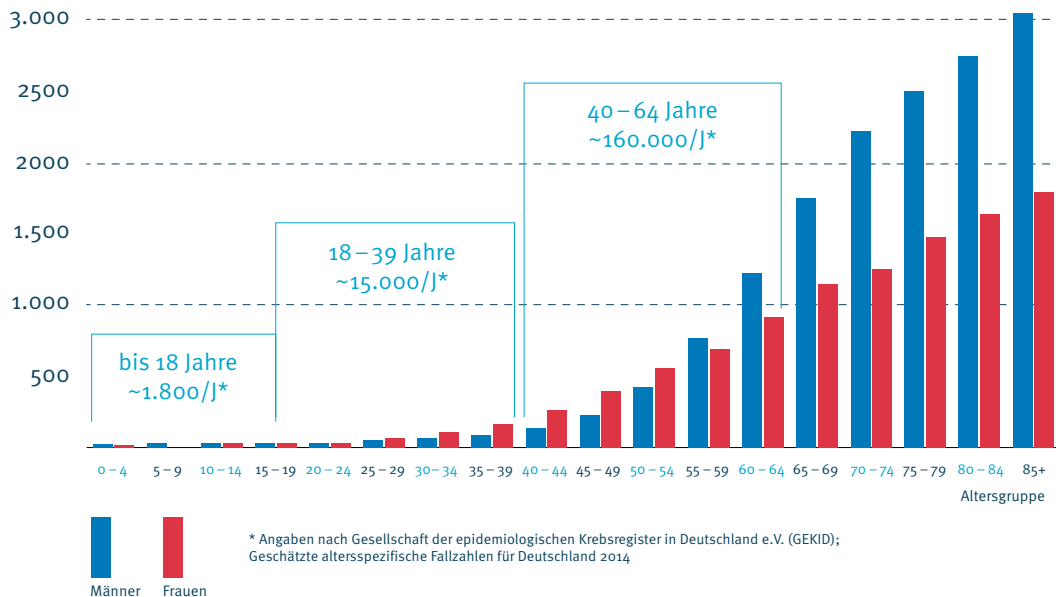


Abb. 1: Altersabhängige Erkrankungsrate an Krebs je 100.000 Einwohner – etwa 480.000 Neuerkrankungen pro Jahr (1)

Die Heilungsaussichten für Jugendliche und junge Erwachsene mit Krebs haben sich erheblich verbessert. 5 Jahre nach Diagnose ihrer Krebserkrankung leben noch 86 % der jungen Frauen zwischen 15 und 44 Jahren und 81 % der jungen Männer (1).

Es gibt jedoch keinen Grund, sich zufrieden zurückzulehnen. Viele Ärzte und Wissenschaftler arbeiten intensiv daran, die Behandlungsergebnisse weiter zu verbessern. Die Biologie der Tumore wird mit modernsten Methoden erforscht, um neue Möglichkeiten für Diagnostik und Behandlung zu finden. Studien zur Verbesserung der Therapien sind heute durch einen hochkomplexen gesetzlichen Rahmen geregelt und werden mit großem Einsatz an Ressourcen betrieben.

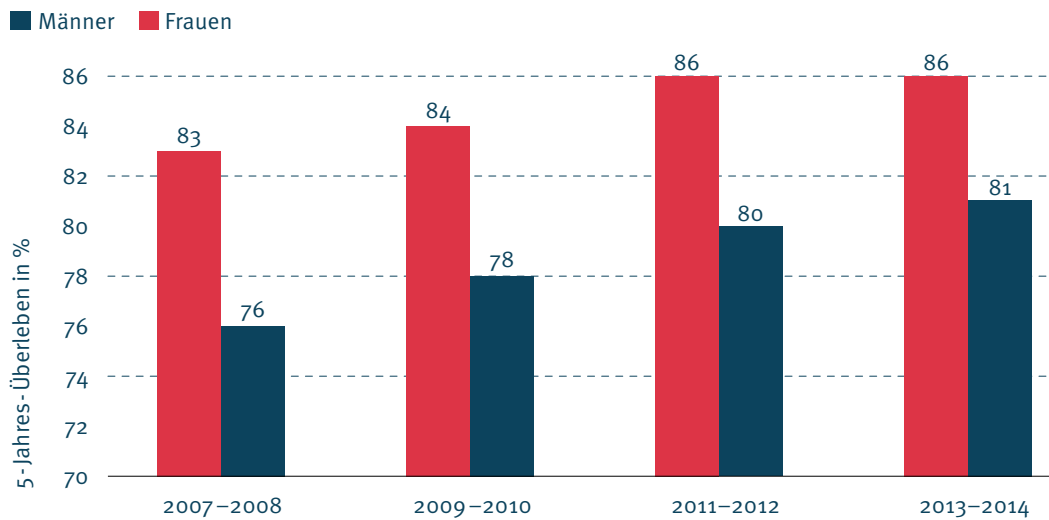


Abb. 2: 5-Jahres-Überleben nach Krebs. Entwicklung seit 2007 (Absolute Rate) – Abbildung nach Daten des Zentrums für Krebsregisterdaten, Robert-Koch-Institut (2)

Durch den gesellschaftlichen Fokus auf diesen medizinisch-therapeutischen Fortschritt dürfen wir aber einen wichtigen, damit verbundenen Bereich nicht vergessen, nämlich: wie geht es den Menschen, die eine solche Erkrankung überleben und als geheilt gelten? Wie lebt man mit der Diagnose Krebs?

Diese Frage stellt sich auch für junge Menschen. Sie werden durch die Krebserkrankung in einer sensiblen Phase des Lebens getroffen. Sie sind noch in Ausbildung oder haben sich gerade erst im Beruf etabliert. Sie sind auf der Suche nach einem Partner oder Partnerin oder haben erst vor kurzem eine Familie gegründet. Sie haben mit Gründung eines eigenen Geschäftes oder dem Kauf einer Wohnung oder eines Hauses finanzielle Verantwortung übernommen und Belastungen geschultert.

Wenn wir in dem vorliegenden Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe den Fokus auf die sozialen und finanziellen Folgen für junge Menschen mit Krebs zwischen 15 und 39 Jahren legen, dann soll dies nicht als Missachtung der Probleme und Herausforderungen von Krebspatienten in anderen Lebensabschnitten verstanden werden.

Vielmehr wissen wir, dass sich die sozialen und finanziellen Folgen einer Krebserkrankung in ganz unterschiedlicher Weise auswirken, abhängig von den verschiedenen Lebensphasen. Junge Erwachsene stellen in diesem Zusammenhang eine besonders vulnerable Gruppe dar. Bisher existieren jedoch vergleichsweise wenige Untersuchungen zu diesem Themenbereich.

Jugendliche ab 15 Jahren werden mit in die Betrachtung eingeschlossen. Dies entspricht nicht der im deutschen Gesundheitswesen üblichen Trennung zwischen Kindern und Erwachsenen mit Erreichen des 18. Lebensjahrs. Die Altersgrenze ab 15 Jahre wurde aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten so gewählt. Zum anderen gibt es in den Problemen und Folgen der Krebserkrankung aber auch keinen klaren Altersschnitt. Insbesondere die Frage der Ausbildung überspannt die Grenze der 18 Jahre.

Des Weiteren müssen für die Darstellung der finanziellen und sozialen Langzeitfolgen der Krebserkrankung auch Nachbeobachtungen nach Krebs im Kindesalter genutzt werden, da das verfügbare Datenmaterial für diese Fragestellungen sehr begrenzt ist.

1.1 Junge Krebspatienten zwischen 15 und 39 Jahren sind keine homogene Gruppe

Es darf nicht übersehen werden, dass auch innerhalb der Altersgruppe von 15 bis 39 Jahren eine erhebliche Heterogenität in den sozialen Problemen und Folgen der Krebserkrankung besteht (3).

Junge Patienten im Alter von 15 bis Mitte 20 Jahren werden in der Phase der Ausbildung und der Loslösung vom Elternhaus durch die Krebsdiagnose getroffen. Die Herausbildung der eigenen Persönlichkeit findet gerade statt, teilweise auch begleitet von Risikoverhalten und Rebellion. Die Krebserkrankung kann hier zu folgenreichen Unterbrechungen, Rückschlägen und nachhaltiger Verunsicherung führen. Änderungen von Ausbildungs- oder Studienzielen können notwendig werden. Im schlimmsten Falle gelingt der Einstieg in die Berufstätigkeit nicht.

Tritt die Erkrankung Mitte der 20er Jahre bis Ende der 30er Jahre auf, so drohen Konsequenzen für die berufliche Entwicklung bis hin zu Arbeitslosigkeit oder Abhängigkeit von Erwerbsminderungsrente. Bei vielen jungen Patienten besteht in diesem Alter der Wunsch nach Gründung einer Familie. Ist diese bereits erfolgt, entsteht eine zunehmende wirtschaftliche und familiäre Verantwortung, deren Erfüllung durch die Krebserkrankung massiv bedroht ist.

1.2 Aktiv und in Normalität nach einer überwundenen Krebserkrankung leben

Letztlich konzentriert sich die Frage darauf, ob junge Menschen nach einer Krebserkrankung und ihrer Behandlung ihr Leben aktiv und in Normalität werden führen können.

Was ist Normalität? Normalität kann nicht mit Norm gleichgesetzt werden. Nicht jeder kann das Gleiche, hat das Gleiche, lebt gleich. Einem normalen Leben würden wir Begriffe wie „Würde“ und „Teilhabe“ zuschreiben. Zum Leben in diesem Sinne gehört eine genügende materielle Grundlage, die

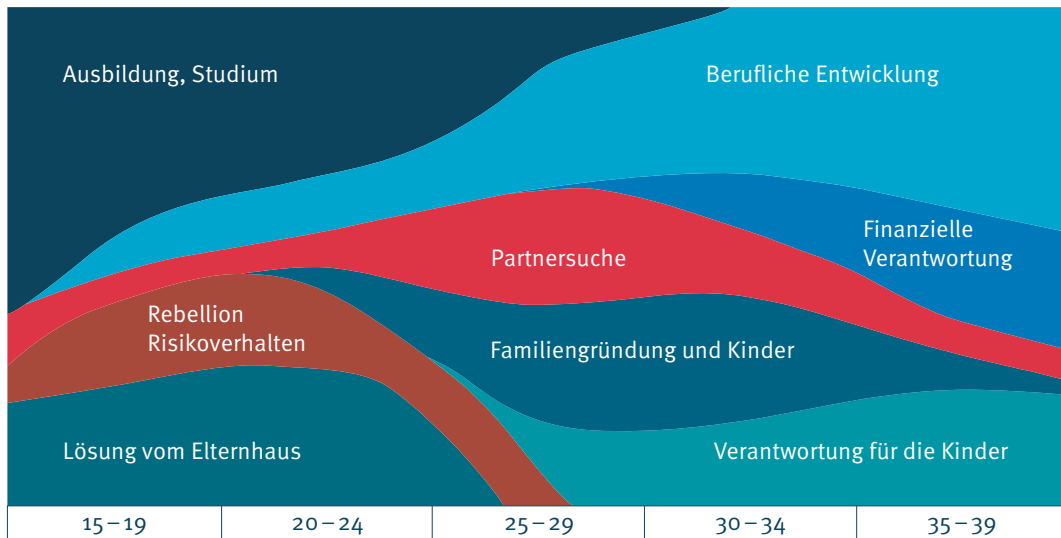


Abb. 3: Graphische Darstellung verschiedener psychosozialer Bereiche in der Entwicklung junger Erwachsener [nach (4)]

Möglichkeit, Chancen fair wahrnehmen zu können und die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung. Die Selbstverwirklichung bedarf einer gesicherten Existenz. Der moderne Sozialstaat beinhaltet das Recht auf eine solche materielle Existenzgrundlage. Er ist ein hervorstechendes Merkmal europäischer Kultur und hat das Ziel, die Würde der Menschen zu schützen und Teilhabe zu ermöglichen.

1.3 Grundlagen für die vorliegende Publikation und verbleibende Lücken und Defizite

Leider haben wir trotz intensiver Recherche in Literatur und öffentlich zugänglichen Unterlagen viel zu wenig systematisches Material über das reale Leben junger Menschen mit und nach Krebs und ihre finanziellen und sozialen Probleme in unserem Land finden können. Die Datenbasis für die Verhältnisse in Deutschland ist auf diesem Gebiet unzureichend.

Für die Erstellung der praktischen Informationen und Hilfen für Betroffene haben wir Erfahrungen und Fragen von Betroffenen aus dem „Jungen Krebsportal“ genutzt.

Die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs hat das „Junge Krebsportal“ Ende 2015 geschaffen. Es wird darin eine sozialmedizinische Beratung durch Experten aus dem Arbeitskreis „Onkologische Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische

Onkologie angeboten. Basis des Beratungsprozesses ist eine Datenbank, welche eine anonymisierte Erfassung und systematische Auswertung der Daten ermöglicht.

Wir haben eine Auswertung der gestellten Fragen vorgenommen und sie auf diese Weise genutzt, um in der vorliegenden Schrift häufige Fragen und Probleme herauszuarbeiten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Auswertung der Fragen nur qualitativ-beschreibend ist und keinen Anspruch auf eine repräsentative Beschreibung der Probleme und Fragen erheben kann.

So fällt bei den Hilfeanfragen eine stärkere Abbildung des weiblichen Geschlechts auf (w 73 % gegenüber m 27 %), die in der Form nicht der Verteilung der Krebsdiagnosen zwischen dem 15. und 39. Lebensjahr entspricht (w 56 % gegenüber m 44 %). Auch besteht der Eindruck, dass Betroffene mit höherem Bildungsniveau überrepräsentiert sind, wenn auch dieses nicht quantifiziert werden kann. Trotz dieser Einschränkungen halten wir das gewonnene Material für wertvoll. Es hat wesentlich zur Schärfung der Fragestellungen und zur Verdeutlichung der bestehenden Probleme beigetragen.

Diese Publikation konzentriert sich auf finanzielle und wirtschaftliche Aspekte, wohl wissend, dass hier nur ein Teilbereich der sozialen Folgen einer Krebserkrankung herausgegriffen werden kann.

Aus Gründen der Fokussierung konnten die folgenden Themen nicht behandelt werden:

- Psychische Belastungen,
- Partnerschaft, Sexualität und weitergehende mit dem Kinderwunsch verbundene Aspekte,
- Konsequenzen einer Krebserkrankung für die schulische Ausbildung.

Darüber hinaus hat diese Publikation in einigen Bereichen weitere Defizite und Lücken. Dies betrifft z. B. die folgenden Bereiche:

- Die Situation krebserkrankter Menschen in schwacher sozialer Position, wie z. B. gering Qualifizierte, Menschen in Arbeitslosigkeit und Empfänger von Sozialhilfeleistungen,
- Folgen einer Krebserkrankung für Auszubildende,
- Folgen einer Krebserkrankung für Beschäftigte mit vorwiegend körperlicher Arbeit,
- Krebserkrankung während Umschulung und beruflicher Fortbildung,
- Folgen einer Krebserkrankung für Selbstständige und geringfügig Beschäftigte,
- Damit zusammenhängend Fragen der privaten Krankenversicherung, bzw. freiwillig Versicherter in den gesetzlichen Krankenkassen.

Auf die Situation von Studierenden konnten wir zwar eingehen, jedoch bleiben auch hier weitergehende Fragen offen wie z. B. zu Studienkrediten, Regelstudienzeit und Härtefallregelungen.

Wir betrachten diese Publikation als ein sich entwickelndes Projekt. Wir bitten jeden Interessierten und Betroffenen durch Kritik, Fragen und Erfahrungen zur Weiterentwicklung beizutragen.

1.4 Zugang zur Materie und Gliederung

In der vorliegenden Publikation wird in einem ersten Teil ein Überblick über das vorhandene Datenmaterial zu den sozialen und finanziellen Folgen einer Krebserkrankung bei jungen Erwachsenen gegeben. In einem zusammenfassenden Abschnitt am Ende dieses Teils werden Schlussfolgerungen und Vorschläge für einen Handlungsplan vorgelegt.

In einem zweiten Teil werden in einem Ratgeber die Belastungen und Probleme aufgeführt, denen junge krebskranke Patienten ausgesetzt sind und es werden Hinweise zum Umgang damit gegeben. Ein solcher Wegweiser ist nach unserer Wahrnehmung dringend notwendig, denn gerade junge Menschen haben häufig noch keine Erfahrungen mit der sozialen Sicherung, ihren Möglichkeiten und Risiken gemacht, wenn sie die Diagnose der Krebserkrankung trifft.

Die Elemente der sozialen Sicherung, die Möglichkeiten der Rehabilitation und der Erlangung der Teilhabe werden in einem Überblick dargestellt, der als Wegweiser für Betroffene dienen kann. Häufig gestellte Fragen werden beantwortet. Die Fragen stammen vor allem aus dem „Jungen Krebsportal“ oder sind im Laufe der Erstellung dieser Publikation von Betroffenen eingebracht worden.

2

FINANZIELLE UND SOZIALE FOLGEN EINER KREBSERKRANKUNG: BESTANDSAUFNAHME ZUR DATENLAGE

Unzweifelhaft hat eine Krebserkrankung einschneidende finanzielle und soziale Folgen für die Betroffenen. Zahlreiche individuelle Beispiele sind der Öffentlichkeit aus Beiträgen in Presse, Rundfunk, Fernsehen und Internet in den letzten Jahren bekannt geworden. Betroffene klagen „Die nächste Chemo kann ich mir kaum leisten“, womit Zuzahlungen und nicht abgedeckte Aufwendungen in dieser Zeit gemeint sind (5) und im Fernsehen werden die Folgen der Krankheit für Arbeit und Lebensunterhalt beschrieben (6).

Bei tiefergehender Betrachtung wird deutlich, dass die finanziellen Belastungen von Krebspatienten durch ein komplexes Zusammenwirken verschiedener Faktoren und durch eine Abfolge sehr unterschiedlicher Geschehnisse entstehen. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Zusammenhänge.

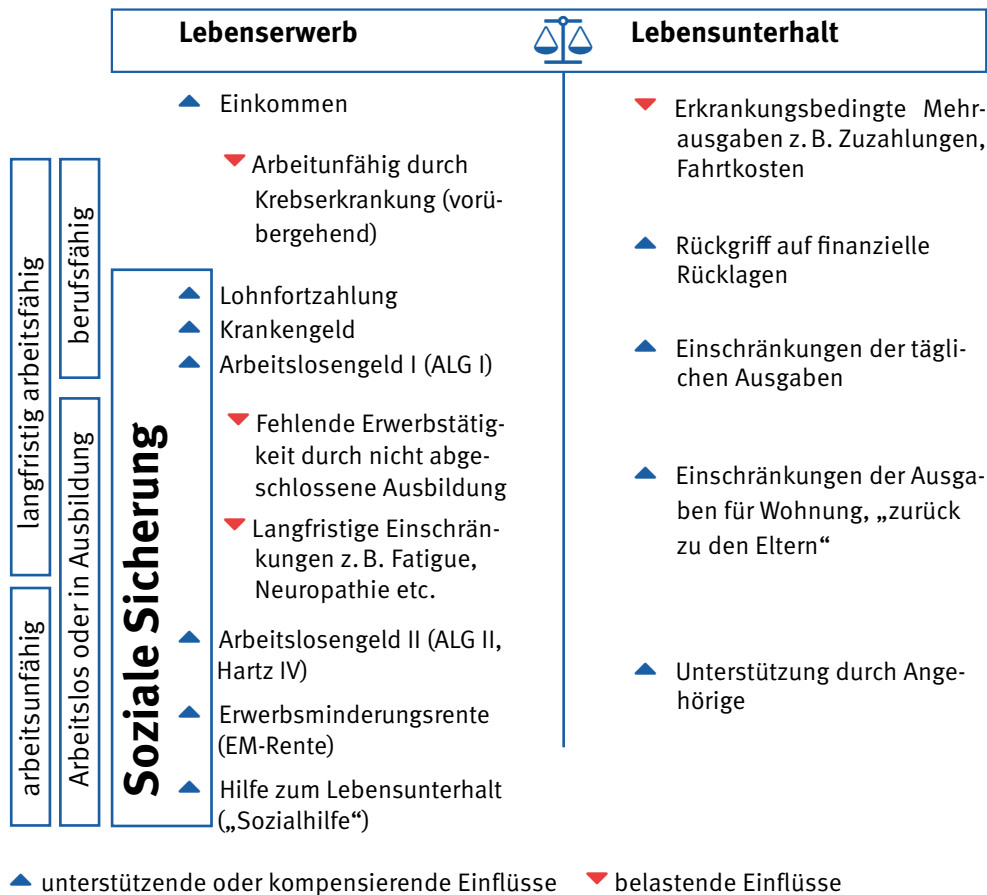


Abb. 4: Schematische Darstellung verschiedener Einflussgrößen auf die finanzielle und soziale Situation junger Erwachsener mit Krebs

Beim Blick auf das Schema lassen sich leicht die Zusammenhänge erfassen:

- Das finanzielle Auskommen bestimmt sich durch eine Balance zwischen Lebenserwerb und Lebensunterhalt.
- Lebenserwerb und Lebensunterhalt sind objektive Größen, die im Prinzip messbar sind.
- Langfristig vorhandene Arbeitsfähigkeit und Berufstätigkeit sind ebenfalls objektive Größen, die das finanzielle Auskommen bestimmen. Die Berufstätigkeit hat einen entscheidenden Einfluss auf einen auskömmlichen Lebenserwerb.
- Eine ganze Reihe unterschiedlicher Einflussfaktoren bestimmen die Höhe des Lebenserwerbs und die für den Lebensunterhalt entstehenden Ausgaben. Sie sind stark von der sozialen Lage abhängig.

Wer in Arbeit ist, wird durch die eintretende Arbeitsunfähigkeit nach Ende der Lohnfortzahlung auch dann finanzielle Verluste erfahren, wenn Krankengeld gezahlt wird. Im Falle von Arbeitslosigkeit kann ein Anspruch auf ALG I bestehen, was ebenfalls einen finanziellen Abschlag bedeutet. In beiden Fällen sind die Verluste im Lebenserwerb jedoch noch begrenzt.

In einer ungünstigen Situation ist, wer noch in der Schule oder im Studium ist und z. B. Förderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) erhält. In den meisten Fällen wird er bei einer Krebserkrankung unmittelbar auf Sozialhilfe angewiesen sein, wenn keine Unterstützung durch Eltern oder Angehörige möglich ist.

Wird die Arbeitsunfähigkeit durch Folgen der Krebserkrankung oder ihrer Behandlung langfristig (über 78 Wochen), dann droht auch den vorher in Arbeit Stehenden die Abhängigkeit von der Erwerbsminderungsrente. Sie ist für junge Menschen meist niedrig¹ und muss ggf. durch Grundsicherung ergänzt werden. Besteht kein Rentenanspruch, bleibt die Sozialhilfe. Die in diesen Situationen eintretenden Einschnitte in den Lebenserwerb sind schwerwiegend.

Je nach Dauer und Situation markieren Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit den finanziellen Abstieg in langsamerem oder rascherem Tempo.

Auf der Seite der Ausgaben (Lebensunterhalt) bringt die Krebserkrankung den jungen Betroffenen sofort finanzielle Belastungen. Sie entstehen durch Zuzahlungen bei den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen. Zuzahlungen müssen bis zur Belastungsgrenze geleistet werden. Für den Antrag auf Befreiung entstehen zusätzliche bürokratische Belastungen.

Wenn auch mit dem 10.5.2019 für Maßnahmen der Fruchtbarkeitserhaltung eine Änderung im Sinne einer Finanzierung durch die Krankenkassen eintritt, wird es dennoch bis zur Realisierung in der Praxis noch eine Zeit dauern, so dass hier in einer Übergangsphase weitere finanzielle Belastungen bestehen bleiben.

¹ Welche Änderungen durch die Änderungen im Rahmen des „Flexirentengesetzes“ eintreten werden, muss noch abgewartet werden.

Privat Krankenversicherte haben dort eine massive finanzielle Belastung, wo Kosten unmittelbar beglichen werden müssen und erst auf Antrag von der Krankenversicherung erstattet werden. Einzelheiten zu den in diesem Abschnitt aufgeführten Punkten sind im Anhang „Praktische Informationen und Hilfen für Betroffene“ nachzulesen.

Witte et al. weisen auf den subjektiven Stress hin, der zusätzlich zu den materiellen Belastungen durch damit verbundene psychosoziale Folgen und notwendige Veränderungen in der Lebenssituation und ihrer Bewältigung entsteht (7).

Beim Lebensunterhalt gibt es für junge Betroffene mit einer Krebserkrankung nur wenige Kompensationsmöglichkeiten. Finanzielle Rücklagen sind meist nicht vorhanden. So bleibt nur die Einschränkung der Ausgaben. Ein Eckpunkt ist häufig die Frage, ob die eigene Wohnung aufrechterhalten werden kann. In vielen Fällen erzwingt die finanzielle Situation die Rückkehr in die Wohnung der Eltern, was eine bittere Veränderung für die jungen Menschen angesichts der eben gewonnenen Unabhängigkeit bedeutet. Eine Studie aus England führt dazu eindrucksvolle Interviews auf (8). Letzter Anker ist die finanzielle Unterstützung durch Angehörige. Verschlimmert wird die Situation durch erkrankungsbedingte Mehrausgaben.

Nach diesen grundsätzlichen Überlegungen soll nun ein Überblick darüber gegeben werden, was in der wissenschaftlichen Literatur zur finanziellen und sozialen Situation junger Menschen mit Krebs publiziert ist.

2.1 Finanzielle Folgen einer Krebserkrankung bei jungen Erwachsenen

Wir haben 12 relevante Arbeiten identifiziert, in denen über finanzielle Folgen einer Krebserkrankung bei jungen Erwachsenen berichtet wird. Davon sind acht zur Situation in den USA veröffentlicht (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16), zwei zu Deutschland (17, 18) sowie jeweils eine zu Australien (19) und dem Vereinigten Königreich (8).

In der 2019 publizierten Übersicht von Witte et al. zur Methodik für die Erfassung finanzieller Folgen von Krebs und Krebsbehandlung werden 43 Studien diskutiert (7). Dabei ergab sich für die geographische Verteilung ein ganz ähnliches Bild: 30 Studien stammten aus den USA und nur vier aus Europa, davon zwei aus Irland und je eine aus Frankreich und dem Vereinigten Königreich.

Auffällig ist, dass sich die Arbeiten stark auf die USA konzentrieren. Ihre wesentliche Grundlage sind große staatlich finanzierte Datensammlungen und Studien wie die *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS)-Daten (12), *Medical Expenditure Panel Surveys* (MEPS) (10), die Studie *Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experiences* (AYA HOPE) (15) und der *National Health Interview Survey* (NHIS) (20). Diese Datensammlungen haben einen großen Teil der

aus den USA veröffentlichten Publikationen ermöglicht. In vielen anderen Ländern einschließlich Deutschland ist entsprechendes Datenmaterial bedauerlicherweise kaum vorhanden, was sich in der geringen Anzahl an entsprechenden Publikationen und ihrer Qualität widerspiegelt.

Eine ganze Reihe der Arbeiten widmet sich Fragestellungen, die entweder mit dem finanziellen Auskommen identisch sind oder eng damit zusammenhängen, wie die Frage nach finanzieller Zufriedenheit, dem Empfinden finanzieller Probleme oder dem Wunsch nach Beratung in finanziellen Angelegenheiten. Je nachdem, wie die Fragestellungen in den Arbeiten angelegt sind, lässt sich die übergeordnete Frage des finanziellen Auskommens nicht immer von der Frage des Lebenserwerbs oder des Lebensunterhalts abgrenzen.

2.1.1 International

Bellizi et al. (9) werteten 523 Patienten aus der US-amerikanischen AYA Hope Studie aus. Die 523 Patienten zwischen 15 und 39 Jahren mit Keimzelltumor (n=204), Non-Hodgkin Lymphom (n=131), Hodgkin Lymphom (n=142), akuter lymphatischer Leukämie (n=21) und Sarkom (n=25) wurden während den Jahren 2007–2008 nach dem Einfluss der Krebserkrankung auf ihre finanzielle Situation befragt. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Auffällig ist, dass in den höheren Altersgruppen eine negative Einschätzung ausgeprägter ist. Vielleicht reicht die Lebenserfahrung der Jüngeren noch nicht aus, um das Ausmaß der Veränderungen zu erkennen, oder sie leben möglicherweise noch im Elternhaus und haben weniger finanzielle Verpflichtungen.

▶ Altersgruppe	Anzahl	negativ	positiv	kein Einfluss
30–39	230	64,9 %	6,7 %	28,4 %
21–29	210	69,5 %	7,9 %	22,7 %
15–20	83	51,4 %	10,0 %	38,6 %

Tabelle 1: Einschätzung der Folgen einer Krebserkrankung auf die finanzielle Situation durch junge Betroffene in den USA (9)

Guy et al. (10) nutzten die 2008–2011 *Medical Expenditure Panel Surveys* (MEPS) als Datenquelle und bezifferten auf dieser Grundlage die Verluste im Lebenserwerb und anfallende Gesundheitskosten für Überlebende nach einer Krebsdiagnose im Alter zwischen 15 und 39 Jahren.

►	Überlebende nach Krebs (15 – 39 Jahre bei Diagnose)	Vergleichs- gruppe ohne Krebs	Differenz
Anzahl der Patienten	1.464	86.865	
Einkommensverluste / Jahr	4.564 \$	2.314 \$	- 2.250 \$
Ausgaben für Gesundheit / Jahr	7.417 \$	4.247 \$	- 3.247 \$

Tabelle 2: Verluste im Lebenserwerb und anfallende Gesundheitskosten für junge Erwachsene mit Krebs in den USA (10)

Die errechneten Einkommensverluste ergeben sich aus dem amerikanischen Durchschnittseinkommen für 2011 mit 34.460 US-Dollar und den krankheitsbedingten Ausfallstagen. Die Einkommensverluste und Mehrausgaben für Gesundheit sind für die Überlebenden nach Krebs erheblich.

Eine auf Interviews basierende Arbeit aus dem Jahre 2012 zeigt eine besondere Problematik für junge Krebspatienten in den USA (11). Viele von ihnen sind nicht oder nicht ausreichend krankenversichert. Da in den USA die Krankenversicherung in der Regel an die Arbeitsstelle gebunden ist, wirkt sich ein Arbeitsplatzverlust durch die Krankheit verheerend auf die finanzielle Situation aus. In der zitierten Untersuchung waren rund ein Drittel der Befragten von Problemen der Krankenversicherung betroffen. Die Betroffenen müssen bei fehlender Versicherung auf die Behandlung in Notfallambulanzen zurückgreifen, was jedoch eine systematische und langfristige Behandlung nicht ersetzen kann. In einer weiteren Untersuchung wird beschrieben, dass junge Krebspatienten in den USA im Vergleich zu einer Kontrollgruppe häufiger ihre Behandlung aufgrund von Kostenproblemen abbrechen (12).

Samfund, eine amerikanische Wohltätigkeitsorganisation, gibt einen erschütternden Einblick in die Situation der von ihr finanziell unterstützten Patienten mit Krebs im Alter zwischen 19 und 39 Jahren (16). Bei 334 unterstützten jungen Menschen lag das durchschnittliche Monatseinkommen bei 1.596,20 US-Dollar. Die durchschnittlichen Ausgaben lagen jedoch bei 1.782,44 US-Dollar, davon allein 210,73 US-Dollar Gesundheitskosten. Die Antragsteller hatten durchschnittliche Schulden in Höhe von 47.368,10 US-Dollar.

Die Dringlichkeit der finanziellen Probleme wird durch eine Untersuchung im Rahmen der *AYA-Hope*-Studie unterstrichen. Der Wunsch nach einer finanziellen Beratung stand mit 16% der Befragten an erster Stelle der Bedürfnisse (13). Interessanterweise wurde dieser Bereich von den Betroffenen als weit wichtiger eingeordnet als von den Fachkräften im ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Bereich (14). Ob durch den „*Patient Protection and Affordable Care Act*“, umgangssprachlich auch „*Obama Care*“ eine dauerhafte Verbesserung eingetreten ist, bleibt offen.

Auf eine Studie von *Hall et al.* aus Australien (19) wird weiter unten eingegangen.

Aus dem Vereinigten Königreich liegt eine auf Interviews basierende Studie zu jungen Patienten zwischen 15 und 25 Jahren vor (8). In Bezug auf die finanzielle Lage wird der Verlust der Unabhängigkeit als besonders belastend geschildert, der sich bei einigen der Patienten durch die Rückkehr in das Elternhaus aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten ergeben hat.

2.1.2 Deutschland

Geue et al. (17) nutzten den *EORTC QLQ-C30-Fragebogen* (*European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30* Fragebogen (21)) für eine vergleichende und geschlechtsspezifische Untersuchung der Lebensqualität bei Frauen und Männern mit Krebs im Alter zwischen 18 und 39 Jahren. Es wurden wichtige Daten zum finanziellen Auskommen der Patienten gesammelt.

Die vier Auswahlmöglichkeiten zur Beantwortung der Frage „Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?“ wurden mit 0 bis 100 Punkten (0 = keine, 100 = schwere Symptomatik) bewertet. Für 117 junge Krebspatienten lag der Mittelwert bei 28,21 Punkten, während er in einem repräsentativen Vergleichskollektiv von 585 Personen ohne Krebserkrankung mit 3,33 Punkten deutlich niedriger lag. Orientiert man sich am Punktwert, dann waren Fatigue (37,61), finanzielle Probleme (28,21) und Schlafstörungen (24,5) die drei am meisten belastenden Probleme für die jungen Patienten. Dies entspricht den Ergebnissen einer Untersuchung von *Hall et al.* aus Australien an 58 jungen Krebspatienten zwischen 18 und 40 Jahren, die ebenfalls mit dem EORTC-QLQ-30-Bogen durchgeführt wurde (19). Auch hier waren Fatigue (33,3), Schlafstörungen (30,5) und finanzielle Probleme (28,2) die drei am meisten belastenden Probleme.

Die Frage nach finanziellen Problemen bewerteten in der deutschen Studie von *Geue et al.* 40 befragte junge Männer mit Krebs im Mittelwert mit 20,83 Punkten, während es für die 77 befragten Frauen ein Mittelwert von 32,03 Punkte war (17). Frauen waren also von Einschränkungen ihres finanziellen Auskommens durch Krebserkrankung und -behandlung stärker betroffen als Männer. Zum Vergleich: der Mittelwert zu dieser Frage betrug in der Kontrollgruppe ohne Krebs 3,33 Punkte. Ob dieser Unterschied im strengen Sinne geschlechtsspezifisch ist oder vielmehr durch die unterschiedlichen Krebsdiagnosen und die damit einhergehenden unterschiedlichen Therapien bedingt ist, bleibt unklar: Bei den Frauen hatten 53 % der Befragten ein Mammakarzinom und 26 % hämatologische Neoplasien. Bei den Männern lag der Anteil der hämatologischen Neoplasien bei 55 % und 27 % von ihnen hatten ein Hodenkarzinom.

Aus der gleichen Leipziger Arbeitsgruppe stammt die Longitudinalstudie von *Leuteritz et al.* zur Lebenszufriedenheit bei jungen Krebspatienten (18). Befragt wurden 514 Patienten, die bei Diagnosestellung zwischen 18 und 39 Jahren alt gewesen waren. Die Patienten wurden zum ersten Mal innerhalb eines Zeitraums von vier Jahren nach ihrer Diagnose befragt. Ein Jahr nach der ersten Befragung folgte eine zweite. Es wurde der Fragebogen nach *Henrich* und *Herschbach* benutzt (22), wobei die Fragen mit einer Skala von 1 (= unzufrieden) bis 5 (= sehr zufrieden) unterlegt waren.

Die drei Bereiche mit der geringsten Zufriedenheit waren:

- Einkommen / finanzielle Absicherung 2,95 Punkte bei Erstbefragung (3,24 nach 1 Jahr)
- Kinder / Familienplanung 2,99 Punkte bei Erstbefragung (3,18 nach 1 Jahr)
- Arbeit / Beruf 3,04 Punkte bei Erstbefragung (3,34 nach 1 Jahr)

Zum Vergleich: Die Zufriedenheit mit der Wohnungssituation lag bei 4,00 Punkten und nach 1 Jahr bei 4,01 Punkten. Die Untersuchung zeigt eindrucksvoll, wie unzufrieden die jungen Krebspatienten in Deutschland mit der Situation bei Finanzen und Beruf sind. Leider sagen diese globalen Untersuchungen nichts über die Ursachen der Unzufriedenheit aus. Wir wissen nicht, welche finanziellen Belastungen für die Patienten relevant waren und welche Einkommensverluste. Leider fehlt in dieser Untersuchung auch eine Vergleichsgruppe von nicht an Krebs Erkrankten.

Weitere systematische Untersuchungen zur sozialen Lage bei jungen Patienten mit Krebs haben wir für Deutschland nicht gefunden.

2.1.3 Fazit zu finanziellen Folgen

Der Stand der Forschung zu den finanziellen Folgen einer Krebserkrankung bei jungen Menschen ist sehr begrenzt. Veröffentlichte Informationen beziehen sich praktisch ausschließlich auf globale Größen, dabei insbesondere:

- finanzielles Auskommen,
- Lebenserwerb (Einkommensverluste – hier nur Angaben aus den USA),
- Lebensunterhalt (nur Ausgaben zu medizinischen Kosten aus den USA).

Die aus den USA vorliegenden Informationen sind aufgrund anderer Verhältnisse bei sozialer Sicherung und Krankenversicherung für unseren Kulturbereich kaum übertragbar.

Somit bleibt aus den beiden Publikationen aus Deutschland nur der starke Hinweis auf ein unbefriedigendes finanzielles Auskommen der krebskranken jungen Patienten. Über die zu Grunde liegenden Ursachen gibt es praktisch nur die Daten zur Berufstätigkeit, auf welche im Verlauf eingegangen wird.

Wir wissen praktisch nichts über den Anteil der jungen Patienten mit Krebs, die in Deutschland gezwungen sind, Transferleistungen im Rahmen der sozialen Sicherung zu beanspruchen und darüber, in welchem Maße sie es tun. Es fehlen in Deutschland objektive Informationen zum Einkommen bzw. zum Lebenserwerb der jungen Krebspatienten. Eine Statistik zu den Erwerbsminderungsrenten haben wir selbst erstellt – sie wird weiter unten behandelt.

2.2 Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Der Verlust der Arbeit, im schlimmsten Falle das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben durch Krankheit oder ihre Folgen, ist für jeden Menschen ein katastrophaler Einschnitt. Bei einer gesundheitsbedingten Reduktion der Arbeitszeit oder gar dem Verlust von Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatz wird die wesentliche Grundlage des Lebenserwerbs gemindert oder geht völlig verloren. Viele Menschen fallen dann zurück auf das Minimum der sozialen Sicherung.

Darüber hinaus bedeutet der Verlust der Arbeit auch den Verlust eines wesentlichen Bereichs der gesellschaftlichen Teilhabe. Arbeit ist eben nicht nur Broterwerb, sondern auch Bedürfnis. Sie ist wesentlich für die Bestätigung des Ichs, sie ist bedeutsam für die soziale Einbindung.

2.2.1 Entwicklung der Forschung zur Berufstätigkeit nach Krebs

Angesichts der Bedeutung der Berufstätigkeit für Patienten mit und nach Krebserkrankung ist es erstaunlich, dass das Interesse an dieser Frage in der medizinischen Literatur vor der Jahrtausendwende nur marginal war. Das wird unterlegt durch die geringe Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen, die in dieser Zeit zum Thema Krebs und Rückkehr an den Arbeitsplatz publiziert wurden.

2.2.1.1 Die 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts

In den wenigen Arbeiten aus den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts dominieren kleine Fallserien mit Interviews (23, 24, 25). Von einigen Autoren werden optimistische Ergebnisse berichtet, die sich in späteren Publikationen nicht bestätigen (26, 27). Eine frühe Arbeit mit einer größeren Fallserie stammt aus den Niederlanden (28). Generell jedoch erfährt die Rückkehr von Krebspatienten in das Berufsleben erst mit der Jahrtausendwende ein wachsendes wissenschaftliches Interesse.

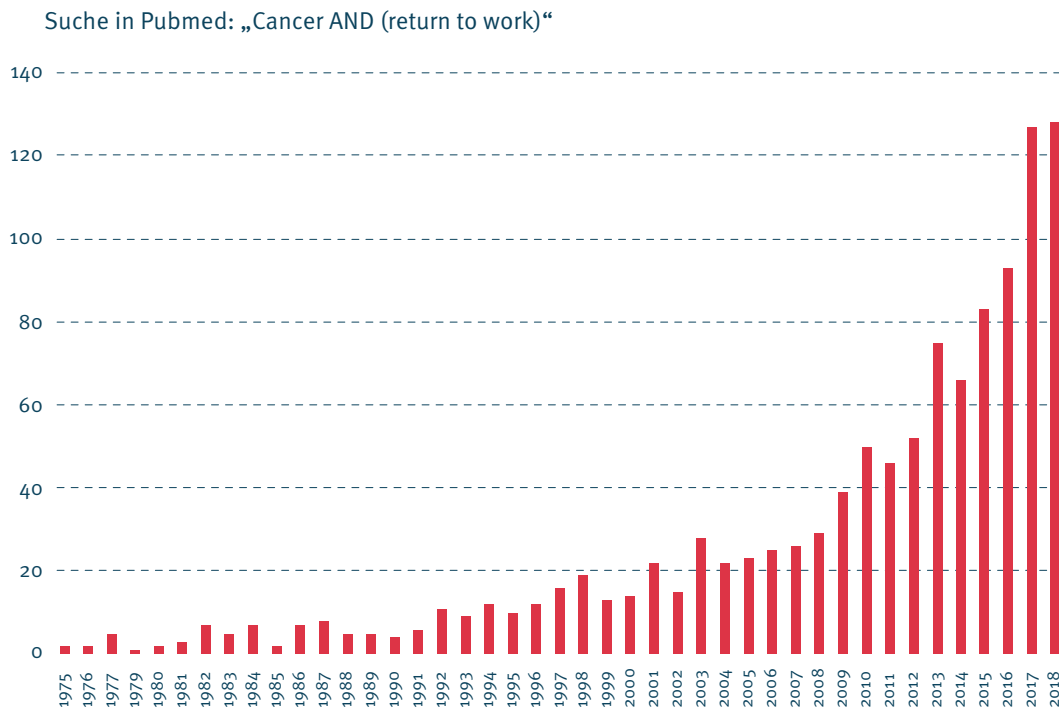


Abb. 5: Publikationen in Pubmed weltweit zur Rückkehr in den Beruf bei Krebspatienten, Suche mit Cancer AND (return to work) breit angelegt (Suchdatum 15.01.2019)

2.2.1.2 Publikationen zu Arbeit und Berufstätigkeit nach Krebs im ersten Jahrzehnt nach 2000

Die Untersuchungen im ersten Jahrzehnt nach 2000 beziehen sich meist pauschal auf alle Altersstufen zwischen 18 und 65 Jahren. Die Literatur wird in verschiedenen Übersichten und Metaanalysen aufgearbeitet (29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36).

Exemplarisch wird die umfangreiche und vielzitierte Übersicht von *Anja Mehnert* aus 2011 angeführt (29). Darin werden 64 zwischen Januar 2000 und November 2009 erschienene Originalarbeiten zur Berufstätigkeit bei Überlebenden nach Krebs aufgearbeitet. Es sind alle Patienten mit Diagnose zwischen 18 und 65 Jahren erfasst. Von den 64 Arbeiten stammt nur eine aus Deutschland (37). Sie bezieht sich auf die Rückkehr in den Beruf nach Hochdosischemotherapie und autologer Stammzelltransplantation.

Mehnert berichtet bezogen auf alle ausgewerteten Arbeiten, dass 63,5% (24 – 94%) der Patienten an den Arbeitsplatz zurückkehren (37). Die mittlere Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsplatz betrug 151 Tage. Eine nähere Durchsicht der von *Mehnert* zitierten Arbeiten ergibt, dass in 14 der 64

angeführten Publikationen zumindest einige Informationen zu jüngeren Krebspatienten gesondert aufgegliedert wurden.

Faktoren, die bei den Arbeitnehmern zu einer besseren Aussicht auf Erhalt des Arbeitsplatzes und auf Rückkehr in den Beruf beitragen, waren:

- wahrgenommene Anpassungsfähigkeit auf Seiten des Arbeitgebers,
- Flexibilität in den Arbeitsbedingungen,
- Beratung, Schulung und Rehabilitation,
- jüngeres Lebensalter und bei Jüngeren häufigere Krebsdiagnosen,
- höherer Bildungsstand,
- männliches Geschlecht,
- weniger körperliche Symptome,
- geringere Ausfallszeit und Kontinuität in der Betreuung.

In einer weiteren Metaanalyse werden die Aussichten auf eine Wiederaufnahme der Arbeit in Bezug auf häufige Krebsdiagnosen aufbereitet (36). Die Ergebnisse werden weiter unten dargestellt.

2.2.1.3 Veröffentlichungen im zweiten Jahrzehnt nach 2000

Arbeiten mit umfangreichem Datenmaterial und differenzierterer Aufarbeitung der Patientengruppen sind erst in den letzten zehn Jahren publiziert worden (38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48).

Einige wichtige Ergebnisse werden in der Folge diskutiert. Bevor dies geschieht, sollen jedoch wesentliche Probleme beleuchtet werden, die bei der wissenschaftlichen Aufarbeitung der Rückkehr in den Beruf bei Krebspatienten beachtet werden müssen.

2.2.2 Probleme bei der Betrachtung von Berufstätigkeit bei und nach Krebserkrankung

Vielfach werden in den Publikationen Arbeit und Berufstätigkeit mit und nach Krebs global für alle Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren untersucht. Dabei fehlt oft auch eine Berücksichtigung der Diagnosen und Therapien. Die geringen Fallzahlen erlauben in vielen Fällen die notwendigen differenzierteren Analysen nicht oder die entsprechenden Angaben sind einfach nicht vorhanden. In einigen Fällen mag auch fehlendes Problembewusstsein eine Rolle spielen. Dies gilt auch für die oft weitgehenden Schlussfolgerungen aus kleinen Fallserien ohne populationsbasierte Kontrollgruppen.

Metaanalysen lösen diese Problematik nicht, denn sie subsumieren in vielen Fällen Publikationen mit bedeutsamen methodischen Einschränkungen ohne Berücksichtigung der Länder, aus denen sie stammen und der sozialen Entwicklung.

In der Folge soll erklärt werden, warum in dieser Art gewonnene Daten nur eine geringe Aussagekraft haben.

2.2.2.1 Notwendige Differenzierung nach Altersstufen

Jedes Lebensalter hat seine sozialen und entwicklungsbedingten Spezifika. Eine Pauschalisierung ist natürlich nicht möglich. Dennoch soll die folgende Tabelle einen Überblick über mögliche altersspezifische Lebensthemen geben.

Es ist offensichtlich, dass der Einschnitt durch eine Krebserkrankung in jedem Alter unterschiedliche Auswirkungen und Herausforderungen hat.

Alter	Lebensthema
0 – 14	Aufwachsen, Lernen, Pubertät, Reifen
15 – 39	Schulbildung, Ausbildung, Studium, Lösung vom Elternhaus, Rebellion, Risikoverhalten, Etablierung im Beruf, Partnersuche, Familiengründung, Kinder
40 – 64	Berufliche Entwicklung, finanzielle Verantwortung, Verantwortung für Familie und Kinder, spätere Lösung von den Kindern, Aussicht auf das Ende des Berufslebens
≥ 65	Ende des Berufslebens, Finden neuer Perspektiven, erfüllter Lebensabend, Sorge für Kinder und Enkel

Tabelle 3: Beispiele für Altersspezifika in der sozialen Entwicklung

Für junge Menschen bis 39 Jahre ergibt sich eine ganz besondere Problematik. Frühzeitiger Verlust der Arbeit, Beeinträchtigungen oder das Scheitern bei Ausbildung und Arbeitsaufnahme können einen Bereich des gesamten Lebens zerstören und eine lebenslange Abhängigkeit von Transferleistungen bedeuten. Dies hat schwerwiegende Folgen für die Verwirklichung des Ichs, für Familie und Lebensplanung.

Nach dem 60. Lebensjahr wird vielen Menschen auch bei einer heilbaren Krebserkrankung der Gedanke an eine Neuorientierung jenseits einer Berufstätigkeit nahe liegen. Dies muss in der höheren Altersdekade eine erhebliche Auswirkung auf die Rückkehr in den Beruf haben. Insofern ergibt sich ein falsches Bild, wenn für die Frage nach der Wiederaufnahme der Arbeit nach einer Krebserkrankung alle Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren zusammen und ohne Differenzierung betrachtet werden, was in vielen Publikationen der Fall ist.

Mit diesen Überlegungen wird gleichzeitig ein Blick auf die Altersverteilung der verschiedenen Krebserkrankungen notwendig. Die Inzidenz der Krebserkrankungen insgesamt steigt altersabhängig nahezu exponentiell an.

Alter	alle	weiblich	männlich
0 – 14	1.475	649	826
15 – 30	15.655	9.096	6.559
40 – 64	158.902	81.697	77.205
≥ 65	300.184	135.559	164.625

Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch Institut. Datenabfrage: Inzidenz, Fallzahlen in Deutschland

Tabelle 4: Krebsinzidenz nach Altersgruppen; Zahlen für Deutschland 2014

Von Krebserkrankungen sind 10-mal mehr Menschen zwischen 40 und 64 Jahren betroffen als zwischen 15 und 39 Jahren. Bedingt durch die deutlich höhere Anzahl der Krebserkrankungen in der oberen Altersgruppe werden in globalen Untersuchungen zu Arbeitsplatz und Beruf mit Einschluss aller 18- bis 65-Jährigen die Besonderheiten der jungen Menschen mit Krebs rein statistisch immer untergehen müssen. Hierdurch ergibt sich ein weiteres Argument für eine Stratifizierung der Untersuchungen nach dem Alter.

2.2.2.2 Notwendige Differenzierung nach Diagnosen

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist der Einfluss unterschiedlicher Diagnosen bzw. der daraus folgenden unterschiedlichen Therapien. Anhand einer Statistik aus den Niederlanden zur Rückkehr in den Beruf nach Krebserkrankung lässt sich dies exemplarisch darstellen (siehe Abb. 6).

Es zeigt sich, dass die Geschwindigkeit und das Ausmaß der Rückkehr in den Beruf sehr stark abhängig von der Diagnose sind. Bemerkenswert sind die schweren Folgen von gastrointestinalen Tumoren, malignen hämatologischen Erkrankungen und Lungenkarzinomen. Demgegenüber kehren Patienten mit malignen Hauttumoren rasch zur Arbeit zurück. Es dürfte sich in der großen Mehrzahl um Tumore wie lokalisierte Melanome handeln, die allein durch einen begrenzten operativen Eingriff behandelt werden können.

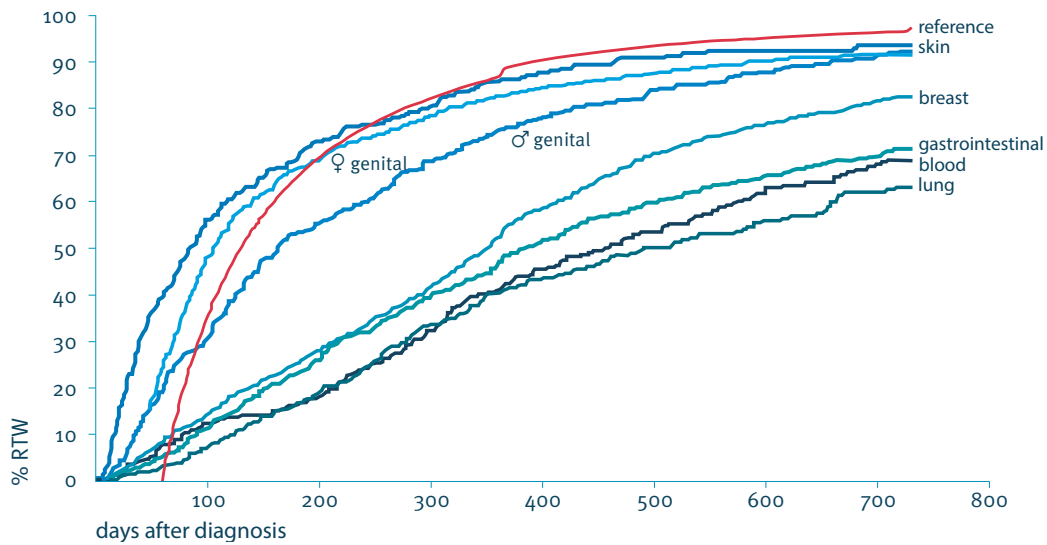


Abb. 6: Register-basierte Untersuchung aus den Niederlanden mit 5.234 Patienten zur Rückkehr in den Beruf (return to work – RTW). Im Vergleich (*reference*) ist die Rückkehr in den Beruf nach chronischen nicht-malignen Erkrankungen dargestellt (49).

In einer Metaanalyse von *de Boer et al.* sind die weltweiten Arbeiten zur Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nach Krebs-Diagnosen ausgewertet, allerdings ohne Berücksichtigung von Altersstufen (36). Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Diagnose	Krebspatienten		Kontrollen		Vergleich Pat. /Kontroll.	
	Ohne Arbeit	Ohne Arbeit	Ohne Arbeit	Ohne Arbeit	Rel. Risiko	95 % CI
Nasopharyngeale Tumore	62	45,3%	26	18,3%	2,47	(1,67 – 3,66)
Sonstige Tumore	1.218	22,8%	5.345	12,4%	1,83	(1,13 – 2,96)
Nervensystem	483	55,0%	272	31,0%	1,78	(1,58 – 1,99)
Gastrointestinale Tumore	717	48,8%	1.470	33,4%	1,44	(1,02 – 2,05)
Hämatologische Tumore	660	30,6%	2.157	23,7%	1,41	(0,95 – 2,09)
Sarkome	8	28,6%	6	21,4%	1,33	(0,53 – 3,35)
Brustkrebs	2.259	35,6%	6.343	18,9%	1,28	(1,11 – 1,49)
Gynäkologische Tumore	648	49,1%	1.319	38,3%	1,28	(1,17 – 1,40)
Prostatakarzinom	275	39,4%	698	27,1%	1,11	(1,00 – 1,25)
Schilddrüsenkarzinom	189	30,0%	189	30,0%	1,00	(0,84 – 1,18)
Hodenkrebs	94	18,5%	509	18,1%	0,94	(0,74 – 1,20)
Melanom	273	32,0%	290	34,0%	0,94	(0,82 – 1,08)
Insgesamt	6.886	33,8%	20.366	15,2%	1,37	(1,21 – 1,55)

Tabelle 5: Metaanalyse aus 36 Studien zur Berufstätigkeit nach Krebs im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne Krebserkrankung nach de Boer 2009 (36), Darstellung adaptiert

Die Zusammenfassung zeigt die deutlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnosen. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass sich manche Unterschiede bei Beschränkung auf höherwertige Studien und nach statistischer Adaptation auf Heterogenität etwas relativieren. Dennoch ist deutlich, dass Hodenkrebs, Schilddrüsenkarzinome und Melanome praktisch nicht zu einer verminderten Rückkehr in den Beruf disponieren (zu Hodenkrebs siehe auch (50)). Dies könnte auch zur Erklärung der in vielen Arbeiten festgestellten besseren Chancen auf Wiederaufnahme der Arbeit für jüngere Patienten beitragen. Hodenkrebs, Melanome und Schilddrüsenkarzinome sind in dieser Altersgruppe häufiger.

2.2.2.3 Notwendige Differenzierung nach Therapie der Krebserkrankung

Die für die jeweilige Krebserkrankung notwendige Therapie hat einen massiven Einfluss auf die Rückkehr in den Beruf. Es macht einen Unterschied, ob eine Krebserkrankung allein durch einen begrenzten operativen Eingriff behandelt werden kann, wie dies beispielsweise bei vielen Schilddrüsenkarzinomen der Fall ist, oder ob langwierige und belastende Therapieverfahren notwendig sind, wie zum Beispiel eine allogene Stammzelltransplantation bei einer Leukämie oder in manchen Fällen von Lymphomen.

So unterschied sich in einer Untersuchung aus der Schweiz an 66 Befragten nach Schilddrüsenkarzinom die Quote der in Arbeit zurückkehrenden Betroffenen mit 81,8 % nicht von einer altersgleichen Vergleichsgruppe ohne maligne Erkrankung (51). Schilddrüsenkarzinome in diesem Alter sind nach Angaben der Autoren zu 90 % differenzierte Karzinome mit hervorragender Prognose und allein durch Operation zu behandeln. Die Betroffenen kehrten im Median 14 Tage nach Krankenhausentlassung zur Arbeit zurück.

Demgegenüber befanden sich laut einer weiteren Untersuchung aus der Schweiz Patienten mit hämatologischer Erkrankung nach allogener Stammzelltransplantation zu 37,6 % in Erwerbsminderungsrente (45).

Zu beachten ist, dass die Therapie von der Krebsart, ihrem Stadium und gegebenenfalls weiteren Risikofaktoren abhängig ist. Die hierzu in den publizierten Arbeiten zur Verfügung stehenden Daten sind meist spärlich oder stark vergrößert.

2.2.2.4 Beachtung der Wechselwirkung zwischen Alter und Diagnosen

Alter und Krebsdiagnose stehen in einer bedeutsamen Interaktion: Die Krebsdiagnosen sind nach Altersstufen und Geschlechtern unterschiedlich verteilt. Dies hat ohne Zweifel einen massiven Einfluss bei einer undifferenzierten Betrachtung von Krebserkrankung und Rückkehr in den Beruf. In den Tabellen 6 und 7 sind die fünfzehn häufigsten Krebserkrankungen für die Altersstufen zwischen 15 bis 39 und 40 bis 64 in Deutschland aufgeführt.

Es werden große Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen in den beiden Altersgruppen deutlich. Zusätzlich bestehen massive Unterschiede in der Verteilung der Tumordiagnosen nach Geschlecht. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass, wie oben dargestellt, die Gruppe der 40 bis 64-Jährigen zehnfach größer ist als die Altersgruppe zwischen 15 und 39 Jahren. Es ist klar, dass die ältere Gruppe mit dem Dominieren von Tumoren wie Brustkrebs, Lungenkarzinomen und Darmkrebs die Ergebnisse in einer globalen Untersuchung zu Arbeit und Beruf nach Krebs massiv beeinflusst.

2.2.2.5 Beachtung landesspezifischer Unterschiede

Viele der angeführten Metaanalysen und Übersichten lassen landesspezifische Unterschiede in der Wiederaufnahme der Arbeit und der Rückkehr in den Beruf völlig außer Acht.

Eine Arbeit zur Rückkehr in den Beruf nach allogener Stammzelltransplantation bei hämatologischen Erkrankungen illustriert eindrucksvoll die Unterschiede (44).

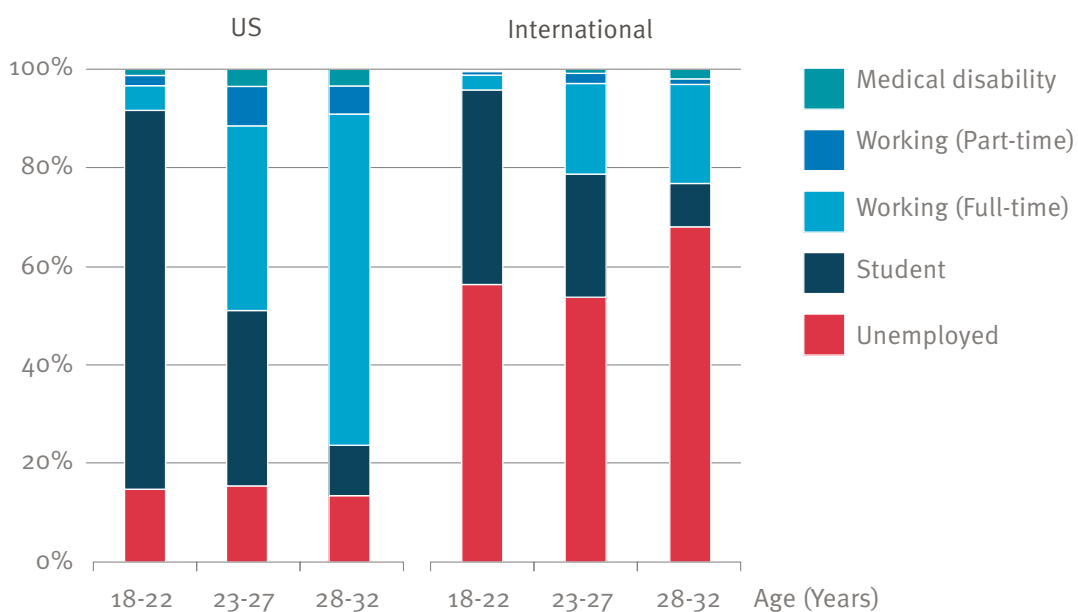


Abb. 7: Internationale Untersuchung zur Wiederaufnahme der Arbeit nach allogener Stammzelltransplantation bei hämatologischen Erkrankungen auf Grundlage von 2.844 Patienten aus dem CIBMTR. 48 % der Patienten stammen aus den USA, 34 % Patienten aus Asien, Südamerika, Canada, Australien und Neuseeland, 18 % aus Europa (44).

Die unterschiedliche Rate der Patienten ohne Arbeit in den USA und dem „Rest der Welt“ ist auffällig. In der Arbeit wird hierzu diskutiert, dass in den USA viele Menschen ihre Arbeit mit allen Mitteln aufrechterhalten mussten, um nicht ihre Krankenversicherung zu verlieren.

► Krebs-Inzidenz im Alter von 15 – 39 in Deutschland (weiblich)

Diagnose (ICD)		
1	Brustdrüse (C50)	2.612 28,7%
2	Malignes Melanom der Haut (C43)	1.347 14,8%
3	Schilddrüse (C73)	1.030 11,3%
4	Gebärmutterhals (C53)	874 9,6%
5	Darm (C18 – C21)	475 5,2%
6	Hodgkin Lymphom (C81)	423 4,7%
7	Non-Hodgkin-Lymphome (C82 – C88)	277 3,0%
8	Gehirn (C71)	251 2,8%
9	Leukämie (C91 – C95)	243 2,7%
10	Eierstöcke (C56)	242 2,7%
11	Weichteile u. mesotheliales Gewebe (C45 – C49)	167 1,8%
12	Gebärmutterkörper (C54)	126 1,4%
13	Lunge und Bronchien (C34)	122 1,3%
14	Magen (C16)	109 1,2%
15	Vulva (C51)	102 1,1%
Alle Krebsarten ohne „sonstige Tumore der Haut“ (C44)		9.096 58,1%

► Krebs-Inzidenz im Alter von 15 – 39 in Deutschland (männlich)

Diagnose (ICD)		
1	Hoden (C62)	2.195 33,5%
2	Malignes Melanom der Haut (C43)	710 10,8%
3	Non-Hodgkin-Lymphome (C82 – C88)	480 7,3%
4	Hodgkin Lymphom (C81)	473 7,2%
5	Darm (C18 – C21)	406 6,2%
6	Leukämie (C91 – C95)	374 5,7%
7	Gehirn (C71)	327 5,0%
8	Schilddrüse (C73)	280 4,3%
9	Weichteile u. mesotheliales Gewebe (C45 – C49)	197 3,0%
10	Niere (C64)	160 2,4%
11	Mundhöhle und Rachen (C00 – C14)	126 1,9%
12	Knochen u. Gelenknorpel (C40 – C41)	106 1,6%
13	Magen (C16)	104 1,6%
14	Lunge und Bronchien (C34)	101 1,5%
15	Bauchspeicheldrüse (C25)	58 0,9%
Alle Krebsarten ohne „sonstige Tumore der Haut“ (C44)		6.559 41,9%

Tabelle 6: Krebsinzidenz zwischen 18 und 39 Jahren; Zahlen für Deutschland (52)

► Krebs-Inzidenz im Alter von 40 – 64 in Deutschland (weiblich)

Diagnose (ICD)			
1	Brustdrüse (C50)	32.687	40,0 %
2	Lunge und Bronchien (C34)	7.189	8,8 %
3	Darm (C18 – C21)	6.651	8,1 %
4	Malignes Melanom der Haut (C43)	4.537	5,6 %
5	Gebärmutterkörper (C54)	3.937	4,8 %
6	Eierstöcke (C56)	2.675	3,3 %
7	Gebärmutterhals (C53)	2.399	2,9 %
8	Schilddrüse (C73)	2.268	2,8 %
9	Non-Hodgkin-Lymphome (C82 – C88)	2.260	2,8 %
10	Bauchspeicheldrüse (C25)	1.693	2,1 %
11	Mundhöhle und Rachen (C00 – C14)	1.634	2,0 %
12	Niere (C64)	1.576	1,9 %
13	Leukämie (C91 – C95)	1.456	1,8 %
14	Magen (C16)	1.445	1,8 %
15	Gehirn (C71)	1.022	1,3 %
Alle Krebsarten ohne „sonstige Tumore der Haut“ (C44)		81.697	51,4 %

► Krebs-Inzidenz im Alter von 40 – 64 in Deutschland (männlich)

Diagnose (ICD)			
1	Prostata (C61)	14.249	18,5 %
2	Lunge und Bronchien (C434)	11.157	14,5 %
3	Darm (C18 – C21)	9.458	12,3 %
4	Mundhöhle und Rachen (C00 – C14)	5.052	6,5 %
5	Malignes Melanom der Haut (C43)	4.136	5,4 %
6	Niere (C64)	3.749	4,9 %
7	Non-Hodgkin-Lymphome (C82 – C88)	2.914	3,8 %
8	Magen (C16)	2.827	3,7 %
9	Harnblase (C67)	2.516	3,3 %
10	Bauchspeicheldrüse (C25)	2.471	3,2 %
11	Speiseröhre (C15)	2.227	2,9 %
12	Leukämie (C91 – C95)	2.081	2,7 %
13	Leber (C22)	1.831	2,4 %
14	Hoden (C62)	1.716	2,2 %
15	Gehirn (C71)	1.534	2,0 %
Alle Krebsarten ohne „sonstige Tumore der Haut“ (C44)		77.205	48,6 %

Tabelle 7: Krebsinzidenz zwischen 40 und 64 Jahren; Zahlen für Deutschland (52)

Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz werden in einer aktuellen Übersichtsarbeit aufgearbeitet und diskutiert (53).

2.2.2.6 Beachtung der Zeitabhängigkeit von Entwicklungen

Aber auch innerhalb der verschiedenen Länder bleiben die Verhältnisse über die Zeit hinweg nicht gleich. Veränderungen in der Sozialgesetzgebung können einen erheblichen Einfluss haben. Des Weiteren können konjunkturelle und wirtschaftliche Veränderungen auf die Rückkehr von Krebspatienten in den Beruf ebenfalls einen erheblichen Einfluss haben.

Eine Untersuchung aus den Niederlanden verdeutlicht die Zeitabhängigkeit der Rückkehr nach Brustkrebs in den Beruf (54).

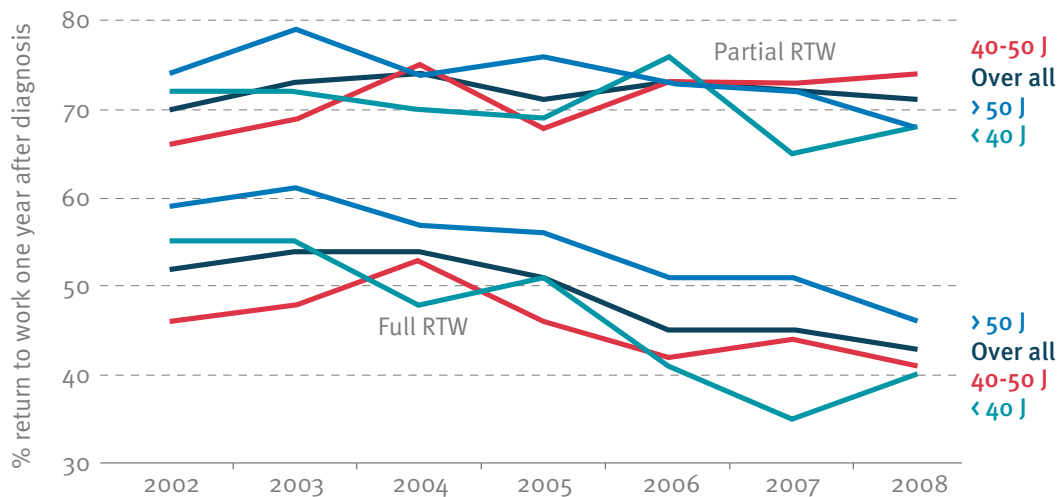


Abb. 8: Register-basierte Untersuchung aus den Niederlanden zur Wiederaufnahme der Arbeit (RTW) innerhalb eines Jahres nach der Diagnose Brustkrebs (54)

Die Abbildung zeigt ein Absinken der vollzeitigen Wiederaufnahme der Arbeit nach Brustkrebs zwischen 2003 und 2008 in den Niederlanden.

2.2.2.7 Fazit zu den Problemen bei der Untersuchung der Berufstätigkeit nach Krebs

Für valide Informationen zu Arbeit und Berufstätigkeit bei jungen Patienten zwischen 15 und 39 Jahren sind Untersuchungen notwendig, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- ausreichende Anzahl der betrachteten Patienten, optimal auf Basis eines gesamten Landes,
- bevölkerungsbasierte Betrachtung für ein Land,
- Einbeziehung von Vergleichsgruppen ohne Krebserkrankung,
- Differenzierung nach Geschlecht,
- Differenzierung nach Diagnose,
- Differenzierung nach Therapie,
- Beachtung zeitabhängiger Entwicklungen.

Informationen aus anderen Ländern sind sicherlich grundsätzlich nützlich, haben jedoch wegen der Unterschiede der Sozialsysteme und Arbeitsmärkte für Deutschland kaum Aussagekraft.

2.2.3 Rückkehr in den Beruf nach Krebserkrankung: Wissensstand 2019

2.2.3.1 Internationale Untersuchungen

Umfangreiches Datenmaterial liegt aus den USA vor. Grundlage sind die bereits oben erwähnten Studien und Register.

Eine 2014 veröffentlichte vergleichende Studie von *Guy Jr. et al.* (10) nutzte Daten aus der *Medical Expenditure Panel Survey* (55). Die Auswertung basiert auf 1.464 Krebspatienten mit Diagnosestellung zwischen 15 und 39 Jahren und einer Kontrollgruppe von 86.865 Erwachsenen ohne Krebsdiagnose. 33,4 % der Patienten nach Krebserkrankung waren ohne Anstellung gegenüber 27,4 % in der Kontrollgruppe ($p < 0,001$). Als Grund für die fehlende Berufstätigkeit gaben 34,1 % der Krebspatienten Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankung oder Erwerbsunfähigkeit gegenüber 23,9 % der Patienten ohne Krebserkrankung an.

In der durch das *National Cancer Institute* (NCI) geförderten *Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience Study* (AYA HOPE) wurden 523 Patienten mit Keimzelltumor ($n=204$), Non-Hodgkin Lymphom ($n=131$), Hodgkin Lymphom ($n=142$), akuter lymphatischer Leukämie ($n=21$) und Sarkom ($n=25$) während den Jahren 2007–2008 zu ihrer Einschätzung der Folgen der Krebserkrankung auf Ausbildung und Beruf befragt (siehe Tabelle 8).

Bemerkenswert ist, dass eine erhebliche Anzahl der Patienten auch einen positiven Einfluss der Krebserkrankung auf die Berufs- und Ausbildungspläne erwartete. Dies könnte z. B. durch eine Hoffnung auf besondere Unterstützung oder Härtefallregelungen bedingt sein.

In einer weiteren Veröffentlichung aus dem AYA-HOPE-Projekt wurden nur die 388 der in der Studie erfassten 463 Patienten im Alter zwischen 15 und 39 Jahren betrachtet, die vor der Erkrankung vollzeitig berufstätig waren oder sich vollzeitig in einer Ausbildung befanden (56). 72 % dieser 388 Patienten kehrten innerhalb von 15 bis 35 Monaten nach Diagnose wieder zur Schule / Universität oder in den Beruf zurück (siehe Tabelle 9).

	Altersgruppe	Anzahl	negativ	positiv	kein Einfluss
Ausbildungspläne	30 – 39	230	18,0 %	16,8 %	65,3 %
	21 – 29	210	19,2 %	23,6 %	57,1 %
	15 – 20	83	35,4 %	26,6 %	38,0 %
Berufspläne	30 – 39	230	38,2 %	25,3 %	36,4 %
	21 – 29	210	39,9 %	29,6 %	30,5 %
	15 – 20	83	33,8 %	23,0 %	43,2 %

Tabelle 8: Einschätzung der Folgen der Krebserkrankung auf Ausbildung und Beruf durch junge Betroffene in den USA (9)

	Negativer Einfluss		p
	ja n=134	nein n=254	
Alter bei Diagnose			0,377
15 – 19	39,2 %	60,8 %	
20 – 24	37,7 %	62,3 %	
25 – 29	29,2 %	70,8 %	
30 – 34	40,0 %	60,0 %	
35 – 39	29,3 %	70,7 %	
Männer	30,8 %	69,2 %	0,037
Frauen	41,3 %	58,7 %	
Diagnose			< 0,001
Akute lymphatische Leukämie	80,0 %	20,0 %	
Keimzelltumore	20,0 %	80,0 %	
Hodgkin Lymphom	41,6 %	58,4 %	
Non-Hodgkin-Lymphom	42,6 %	57,4 %	
Sarkome	44,4 %	55,6 %	
Therapie			< 0,001
Wenig intensiv	17,0 %	83,0 %	
Moderat	30,0 %	70,0 %	
Sehr intensiv	51,4 %	48,6 %	

Tabelle 9: Einschätzung negativer Folgen der Krebserkrankung für Ausbildung und Beruf bei jungen Betroffenen zwischen 15 und 39 Jahren mit vorhergehender vollzeitiger Berufstätigkeit oder Ausbildung (USA; (56))

Sehr intensive Therapien hatten einen negativen Einfluss auf die Wiederaufnahme von Ausbildung und Beschäftigung. Entsprechend wurden die Einschränkungen bei akuter lymphatischer Leukämie als am schwersten und bei Keimzelltumoren als am geringsten eingeschätzt.

Mehr als 50 % der vollzeitig Beschäftigten oder in Ausbildung Stehenden berichteten über Probleme mit ihrer Arbeit oder Ausbildung in einem Intervall bis 35 Monate nach der Krebsdiagnose. Hervorstechende Ursachen waren: Aufmerksamkeitsstörungen (30 %), Vergesslichkeit (53 %) oder allgemeine Probleme mit der Arbeit oder Ausbildung (28 %) (56).

Eine aussagekräftige Studie zu Berufstätigkeit und Krebs stammt aus Dänemark (48). Sie bezieht sich auf langfristig überlebende Patienten, bei denen die Krebserkrankung zwischen 1981 und 2000 diagnostiziert wurde.

Generell bestätigt auch diese Auswertung ein geringeres Risiko für die fehlende Wiederaufnahme der Berufstätigkeit bei jüngeren Patienten. Auch in Dänemark ist das Risiko für Frauen höher als für Männer. Die entsprechenden Daten finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

► Altersgruppen Relatives Risiko (95 % Konfidenzintervall)

	Frauen		Männer	
30–39	1,05	(1,0–1,1)	0,96	(0,9–1,1)
40–49	1,12	(1,1–1,2)	1,08	(1,0–1,2)
50–60	1,18	(1,1–1,3)	1,09	(1,0–1,3)

Tabelle 10: Relatives Risiko für fehlende Berufstätigkeit bei 40.884 Personen mit ausgewählten Krebserkrankungen im Vergleich zu 196.109 nach Alter und Geschlecht vergleichbaren Personen ohne Krebs, Dänemark 1981-2000 (48). Darstellung adaptiert.

Bedeutsam ist auch die Aufgliederung dieses Risikos nach den Diagnosen der Patienten. Hier zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede bei einzelnen, in den jüngeren Altersgruppen wichtigen Diagnosen, wie z. B. den Lymphomen. Einen Einfluss auf das höhere Risiko für Erwerbslosigkeit bei jungen Frauen dürfte die hohe Prävalenz von Brustkrebs haben, während bei jungen Männern Hodenkrebs häufig ist und mit einem geringeren Risiko für fehlende Berufstätigkeit verbunden ist (siehe Tabelle 11).

Die Studie unterstreicht noch einmal die Notwendigkeit von alters- und diagnosespezifischen Auswertungen.

► Lokalisation der Krebserkrankung	Risikorate (95 % Konfidenzintervall)			
	Frauen		Männer	
Blase	1,23	(0,9 – 1,7)	0,91	(0,6 – 1,5)
Brust	1,22	(0,9 – 1,6)	–	–
Dickdarm, Enddarm	1,31	(1,0 – 1,8)	0,96	(0,6 – 1,6)
Eierstöcke	1,18	(0,9 – 1,6)	–	–
Gebärmutterhals	1,29	(1,0 – 1,8)	–	–
Gebärmutterkörper	1,13	(0,8 – 1,5)	–	–
Hoden	–	–	1,03	(0,6 – 1,7)
Hodgkin Lymphom	1,38	(0,9 – 2,1)	1,06	(0,6 – 1,8)
Leukämie	1,13	(0,8 – 1,7)	1,01	(0,6 – 1,7)
Melanom	1,18	(0,9 – 1,6)	0,9	(0,6 – 1,5)
Niere	1,48	(1,0 – 2,2)	0,83	(0,5 – 1,4)
Non-Hodgkin-Lymphom	1,25	(0,9 – 1,7)	0,95	(0,6 – 1,6)
Prostata	–	–	0,92	(0,5 – 1,6)
Alle	1,12	(1,09 – 1,16)	1,06	(1,00 – 1,11)

Tabelle 11: Altersadjustierte Risikorate für fehlende Berufstätigkeit bei 28.739 Frauen und 12.145 Männern mit ausgewählten Krebserkrankungen, Dänemark 1981-2000 (48), Darstellung adaptiert

Die Studie gibt darüber hinaus einige wichtige Hinweise auf soziale Faktoren. So haben Individuen mit beruflicher Ausbildung, manueller Tätigkeit und Einkommen im unteren Drittel ein besonderes Risiko für fehlende Berufstätigkeit nach Krebserkrankung (siehe Tabelle 12).

Insgesamt fällt jedoch auch auf, dass das Risiko für Erwerbslosigkeit nach Krebs in Dänemark nur geringfügig höher ist als in der Normalbevölkerung.

Eine 2019 von *Dahl et al.* veröffentlichte Arbeit befasst sich mit der Erwerbstätigkeit junger Krebspatienten in Norwegen (57). Für die Untersuchung wurden alle 3.558 Patienten angeschrieben, die zwischen den Jahren 1985 und 2009 im Alter zwischen 19 und 39 Jahren an Brustkrebs, Darmkrebs, Leukämien, Non-Hodgkin Lymphomen oder Melanomen erkrankt waren und 2015 noch am Leben waren. 42 % der Patienten nahmen an der Befragung teil, davon 63 % Frauen. Die mediane Zeit seit der Krebsdiagnose war 16 Jahre. 25 % der jungen Erwachsenen waren ohne Berufstätigkeit, was jedoch vergleichbar war mit einer gleichaltrigen Kontrollgruppe. Demgegenüber berichteten 38 % der Patienten über eine verminderte Fähigkeit und Belastbarkeit im Hinblick auf die Berufstätigkeit.

Ein Vergleich zur Kontrollgruppe war für diesen Aspekt nicht möglich, da die entsprechenden Daten in dieser Gruppe fehlten. In einer multivariaten Analyse spielte eine zunehmende Anzahl an Langzeitnebenwirkungen eine wesentliche Rolle für die verminderte Berufstätigkeit und Fähigkeit zur Erwerbstätigkeit wie kardiovaskuläre Erkrankungen, geringeres Bildungsniveau, schlechtere allgemeine Gesundheit und vermehrtes Auftreten von Depressionen. Die Autoren schließen, dass den Langzeitfolgen von Krebs und seiner Behandlung in dieser Altersgruppe mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden soll.

	Adjustierte Risikorate			
	Frauen		Männer	
	Krebspat.	Vergleich	Krebspat.	Vergleich
Periode (Jahr der Nachverfolgung)				
1981 – 1994	1,02	1,03	0,97	0,97
1994 – 2001	0,90	0,90	0,91	0,92
Höchste erreichte Bildungsstufe				
Grundschule oder weiterführende Schule	1,05	1,09	0,88	0,97
Berufliche Ausbildung	1,00	1,00	1,00	1,00
Weiterführende Ausbildung	0,70	0,70	0,61	0,61
Andere oder nicht bekannt	0,86	0,95	0,99	1,26
Art der Arbeit im vorausgehenden Jahr				
Selbstständig oder Arbeitgeber	0,97	1,03	0,49	0,47
Haushalt	0,77	0,80	–	0,00
Manuelle Arbeit	1,42	1,31	1,77	1,70
Nicht-manuelle Arbeit	1,00	1,00	1,00	1,00
Andere	2,00	1,74	2,07	1,50
Einkommen pro Person im vorausgehenden Jahr				
<22.000€	1,08	1,11	2,38	2,01
22.000 – 30.000€	1,48	1,40	1,97	1,88
30.000 – 38.000€	1,30	1,24	1,46	1,39
>38.000€	1,00	1,00	1,00	1,00
nicht bekannt	1,44	1,31	1,66	1,72

Tabelle 12: Adjustierte Risikoraten für fehlende Berufstätigkeit bei 40.884 Personen mit ausgewählten Krebserkrankungen im Vergleich zu einer Geschlechts- und altersbezogenen adjustierten Gruppe von 196.109 Vergleichspersonen ohne Krebs, Dänemark 1981 – 2000 (48), Darstellung adaptiert

Wie wesentlich es ist, altersabhängige Risiken für die Erwerbstätigkeit im Zusammenhang mit spezifischen Diagnosen zu untersuchen, zeigt eine Studie aus den Niederlanden zur Zeitdauer der krankheitsbedingten Abwesenheit bei 2.259 Patientinnen mit Brustkrebs (58). Hier hatte die jüngste betrachtete Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren zwischen zwei und sechs Monaten kürzere Abwesenheiten aus dem Beruf als Frauen oberhalb dieses Alters. Nach einem Jahr kehrte sich dies jedoch um. In der Publikation wird in diesem Zusammenhang die schlechtere Prognose der jungen Frauen mit Brustkrebs diskutiert. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus den Niederlanden wurde auch in einer großen Studie aus Dänemark an 14.750 Frauen mit Brustkrebs festgestellt, dass Frauen zwischen 18 und 46 Jahren das größte Risiko für eine fehlende Rückkehr an den Arbeitsplatz hatten (59). Eine Studie aus Frankreich bestätigte dies allerdings nicht (60).

2.2.3.2 Daten für Deutschland

Der Kenntnisstand zur Situation in Deutschland ist sehr begrenzt. Es liegen ausschließlich Ergebnisse aus Befragungsaktionen durch Studiengruppen vor. Ganz offensichtlich gelingt es nicht, die an verschiedenen öffentlichen Stellen vorhandenen Daten zu Erkrankungen, Berufstätigkeit, Sozialtransfers und Berentung zusammenzuführen und auszuwerten.

In der Folge sollen die vorliegenden Arbeiten aufgeführt werden. Die meisten Informationen liegen zum Brustkrebs vor.

2.2.3.2.1 Brustkrebs

2018 wurde eine aussagekräftige Arbeit zur Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit bei Patientinnen mit Brustkrebs in Deutschland veröffentlicht (61). Bemerkenswerterweise bestätigt sie die Studienergebnisse aus den Niederlanden (58), dass jüngere Frauen (hier 18–44 J.) langfristig weniger häufig in den Beruf zurückkehren als ältere (hier 55–59 J.).

Frauen mit Mittelschulabschluss kehrten weitaus häufiger in den Beruf zurück als Frauen mit Hochschulreife. Nicht überraschend ist die Abhängigkeit der Wiederaufnahme des Berufs vom Stadium der Brustkrebserkrankung und dem individuellen Gesundheitsstatus. (siehe Tabelle 13).

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Studie (61) ist, dass viele Frauen bei ihrer Rückkehr in den Beruf über zu wenig Unterstützung berichten. Dies scheint bei Frauen zwischen 18 und 44 und bei Frauen über 60 Jahre besonders ausgeprägt zu sein, wie die nachfolgende Tabelle zeigt. Die wichtigste Unterstützung kam nach diesen Ergebnissen von den Arbeitgebern (siehe Tabelle 14).

		OR**	95 % CI***
Höchster erreichter Bildungsstand	Kein Schulabschluss / Grundschulabschluss	1,91	0,85 – 4,92
	Mittelschulabschluss / Fachhochschulreife	3,10	1,19 – 8,07
	Hochschulreife	1,00	
Alter	18 – 44	1,00	
	45 – 49	1,46	0,63 – 3,38
	50 – 54	1,57	0,64 – 3,83
	55 – 59	3,21	1,22 – 8,42
	≥60	1,67	0,63 – 4,43
Familienstand	Verheiratet	1,00	
	Single	1,04	0,36 – 3,01
	Geschieden / verwitwet	0,94	0,47 – 1,88
Kinder	Nein	1,00	
	Ja	2,77	1,24 – 6,19
Muttersprache	Deutsch	1,00	
	Andere	1,28	0,38 – 4,28
Krankenversicherung	Gesetzlich	0,63	0,23 – 1,78
	Privat	1,00	
	Gesetzlich mit Zusatzversicherung	0,42	0,13 – 1,37
Rehabilitation	Nein	1,00	
	Ja	0,49	0,27 – 0,92
Individueller Gesundheitszustand	Schlecht / weniger gut	1,00	
	Gut	2,73	1,36 – 5,47
	Sehr gut / ausgezeichnet	11,57	4,20 – 31,84
Komorbiditäten; ASA Klassifikation	0 – 5	0,90	0,59 – 1,36
	1 – 4	1,12	0,67 – 1,90
UICC Stadium	Stadium 0/I	1,00	
	Stadium II	0,45	0,25 – 0,82
	Stadium III/IV	0,19	0,08 – 0,46

* Signifikante Ergebnisse Rot ($p < 0,05$); ** standardized odd ratio (OR); *** 95% Konfidenzintervall (95% CI)

Tabelle 13: Patientinnen mit Brustkrebs in Deutschland. Logistisches Regressionsmodell mit Wiederaufnahme der Arbeit als abhängige Variable* (61), Darstellung adaptiert

		keine Unter- stützung	Kranken- kasse	Renten- versiche- rung	Arbeit- geber	Rehab. Einrich- tung
Wer hat Sie für die Wiederauf- nahme der Arbeit unterstützt		28,1%	17,0%	5,9%	34,7%	18,0%
Höchster erreichter Bildungsstand	Kein Schul- abschluss / Grundschul- abschluss	28,8%	18,0%	5,1%	33,6%	17,7%
	Mittelschul- abschluss / Fachhoch- schulreife	23,1%	18,5%	6,5%	47,9%	17,6%
	Hochschulreife	33,7%	12,0%	7,6%	33,7%	21,7%
Alter	18 – 44	31,4%	14,0%	2,3%	22,1%	16,3%
	45 – 49	25,8%	21,9%	5,5%	40,6%	21,1%
	50 – 54	21,3%	16,1%	8,4%	38,7%	19,4%
	55 – 59	30,2%	22,6%	8,5%	41,5%	19,8%
	≥60	39,4%	5,6%	2,8%	21,1%	11,3%

Tabelle 14: Unterstützung der Rückkehr in den Beruf bei Frauen mit Brustkrebs in Deutschland und erfolgreicher Wiederaufnahme der Arbeit (n= 374) (61), Darstellung adaptiert

In einer weiteren Arbeit aus Deutschland wurden in einer Gruppe von 254 Patientinnen mit Brustkrebs Interviews ein Jahr (n= 237) und sechs Jahre (n=196) nach Operation durchgeführt (62). Die Berufstätigkeit der Brustkrebspatientinnen wurde mit einer Kontrollgruppe verglichen und Faktoren für die fehlende Rückkehr an den Arbeitsplatz wurden identifiziert. Die folgende Abbildung (siehe Abb. 9) fasst die Entwicklung der Berufstätigkeit zusammen.

Das Alter spielte für die Rückkehr an den Arbeitsplatz in dieser Untersuchung keine Rolle.

2.2.3.2.2 Weitere Diagnosen

Nicht unerwähnt bleiben soll eine umfangreiche Arbeit aus Deutschland zu 1.652 Patienten mit Karzinomen der Mundhöhle und der Wiederaufnahme der Arbeit (63). Auf die Ergebnisse soll hier allerdings nicht eingegangen werden, da diese Diagnose für die jungen Krebspatienten aufgrund der geringen Zahlen in diesem Alter nicht relevant ist.

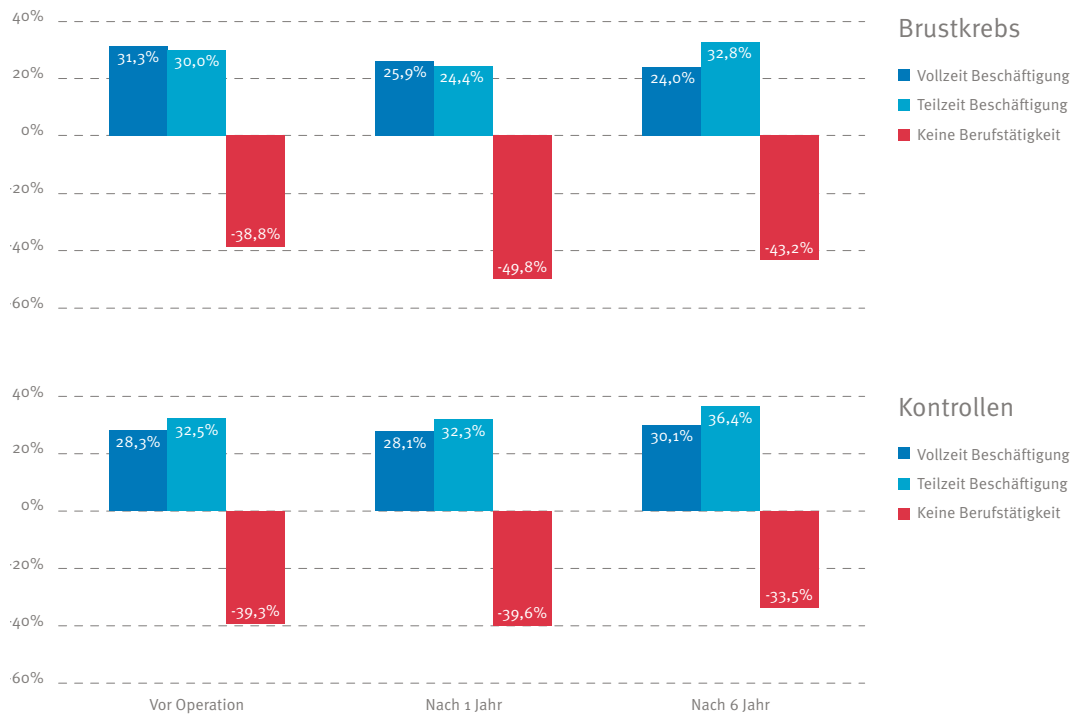


Abb. 9: Entwicklung der Berufstätigkeit bei 227 Patientinnen mit Brustkrebs zwischen 18 und 64 Jahren im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe (62), Darstellung adaptiert

Anfang der Jahrtausendwende erschienen zwei Arbeiten zur Rückkehr an den Arbeitsplatz bei Patienten nach Stammzelltransplantation aus den Transplantationszentren Heidelberg (37) und aus der Ludwig-Maximilians-Universität München (64). Aufgrund der damaligen Indikationsstellung handelt es sich vorwiegend um jüngere Patienten. Allerdings fehlt eine genauere Spezifizierung. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle (siehe Tabelle 15) zusammengefasst.

Nur etwa die Hälfte der transplantierten Patienten nahm nach dem Eingriff ihre Arbeit wieder auf. Leider enthält die Arbeit aus München keine Angabe zur Berufstätigkeit vor der Erkrankung (64).

► Publikation	n	Transplantation	In Arbeit	
			vor SCT*	nach SCT
Hensel et al. 2002	304	100 % autolog	238	132
Gruber et al. 2003	163	85,3 % allogene	k.A.	84

*SCT (Stammzelltransplantation)

Tabelle 15: Wiederaufnahme der Arbeit nach Stammzelltransplantation in zwei Untersuchungen aus Deutschland (37, 64)

2.2.3.3 Positive und negative Faktoren für die Rückkehr zur Arbeit nach Krebs

Auf der Grundlage der internationalen Literatur, allerdings für Krebspatienten allgemein, liegt hierzu eine sehr gute Aufarbeitung vor. *K. Mbengi et al.* (33) haben aus 1.860 Arbeiten 43 relevante Publikationen identifiziert, darunter nur eine Arbeit aus Deutschland (62), und unter anderem mit Hilfe einer Delphi-Runde eine Liste förderlicher und hinderlicher Faktoren zusammengestellt.

Demnach besteht ein höheres Risiko für fehlende Rückkehr zum Arbeitsplatz bei:

- Frauen über 50 und Männern über 55 Jahren,
- niedrigem Bildungsstand und geringem Einkommen,
- Kopf-Hals-Tumoren, Lungenkarzinomen, Brustkrebs und Leukämien,
- fortgeschrittenen Tumorstadien,
- Chemotherapie und Kombinationstherapien,
- Fatigue, Schmerzen und Depression,
- ungünstigen Arbeitsbedingungen oder belastender Arbeit.

Förderlich sind:

- Unterstützung am Arbeitsplatz durch Arbeitgeber und Kollegen.
- Wertschätzung der Erwerbstätigkeit.

Ergänzend kann nach einer anderen Untersuchung festgestellt werden, dass auch Betroffene mit ZNS-Tumoren und Rektumkarzinomen ein Risiko für spätere oder fehlende Rückkehr an den Arbeitsplatz haben (40).

2.2.3.4 Bedeutung der tumorbedingten Fatigue

Eine Untersuchung von *Behringer et al.* aus der Deutschen Hodgkin-Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen tumorbedingter Fatigue und fehlender Wiederaufnahme der Berufstätigkeit (65). Unter den Patienten mit anhaltender schwerer Fatigue (Score ≥ 50 nach 5 Jahren) waren 50 % der Frauen und 38 % der Männer ohne Arbeit. Demgegenüber waren nur 22 % der Frauen und 10 % der Männer ohne anhaltende und schwere tumorbedingte Fatigue ohne Arbeit. Obwohl diese Auswertung Patienten bis 60 Jahre umfasst, ist sie für die Altersgruppe zwischen 15 und 39 Jahren angesichts der Häufigkeit des Hodgkin-Lymphoms in dieser Altersgruppe von großer Bedeutung.

In gleicher Weise sehen Arbeiten aus den USA (66), den Niederlanden (67) und Dänemark (42) Fatigue als ein herausragendes Hindernis für die Wiederaufnahme der Arbeit bei Brustkrebs bzw. Tumoren allgemein bzw. eine weitere Arbeit aus den USA bei Sarkomen (68).

Eine qualitative Untersuchung aus Australien hebt die Bedeutung von kognitiven Beeinträchtigungen und Fatigue für die Wiederaufnahme der Arbeit oder Ausbildung durch die jungen Krebspatienten hervor (69). Trotz dieser Probleme betonte die Mehrzahl der Patienten in dieser Studie die gewachsene Bedeutung ihrer Berufsziele gegenüber der Zeit vor der Erkrankung und etwas mehr als die Hälfte bewerteten ihre Fähigkeiten dafür als nicht eingeschränkt.

Bei einer qualitativen Befragung von Patienten im Vereinigten Königreich berichteten junge Patienten, dass sie sich in Bezug auf Arbeit und Berufsentwicklung gegenüber Altersgleichen „zurückgeblieben“ fühlen. Wer von diesen Patienten zuvor Berufsziele verfolgt hatte, die körperliche Fähigkeiten voraussetzen, glaubte, seine Berufsziele ändern zu müssen (8). Zu ähnlichen Beobachtungen kam eine qualitative Untersuchung an jungen Krebspatienten aus den USA (70).

2.2.3.5 Langzeitüberlebende nach Krebs im Kindesalter

Eine Studie aus den USA untersuchte Patienten nach einer Krebserkrankung im Kindesalter und soll hier aufgrund der interessanten Ergebnisse ebenfalls betrachtet werden (71). Es wurden die Daten von 6.339 Langzeitüberlebenden aus der US-amerikanischen *Childhood Cancer Survivor Study* (CCSS) ausgewertet und mit denen von 2.280 gesunden Geschwistern der Patienten verglichen. Die Befragten mussten ein Alter von mindestens 25 Jahren erreicht haben. Individuen, die freiwillig auf eine Beschäftigung verzichtet hatten, wurden nicht in die Betrachtung einbezogen.

Arbeitslosigkeit aufgrund von gesundheitlichen Problemen wurde von 10,4 % der Langzeitüberlebenden nach Krebserkrankung berichtet, jedoch nur von 1,8 % ihrer Geschwister (71). Langzeitüberlebende waren häufiger erfolglos auf Arbeitssuche (5,7 %) gegenüber ihren Geschwistern (2,7 %). Arbeitslosigkeit aufgrund von gesundheitlichen Problemen war bei Frauen häufiger. Ein Risikofaktor war Schädelbestrahlung über 25 Gy. Arbeitslose Langzeitüberlebende hatten häufiger eine verminderte physische Leistungsfähigkeit und ein geringeres Bildungsniveau (71).

Mit Arbeitslosigkeit nach Krebs im Kindesalter befasst sich eine aktuelle im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Arbeit (72). Es wurden in Aktualisierung der Arbeit von *de Boer et al.* aus 2006 (73) 56 Studien zum Thema identifiziert. Davon beinhalteten 27 Studien eine Kontrollpopulation. Es konnten von den Autoren nur zwei Studien aus Deutschland identifiziert werden (74, 75), wobei nur erstere aussagekräftige Daten zur Beschäftigung enthält und weiter unten diskutiert wird.

Die Metaanalyse aller kontrollierten Studien in dieser Arbeit (72) zeigte, dass ehemalige Kinderkrebspatienten häufiger arbeitslos waren als Mitglieder der Kontrollpopulationen (Odds Ratio [OR]: 1,48; 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI]: [1,14; 1,93]). Dies war sowohl in Nordamerika (OR: 1,86; 95 %-KI: [1,26; 2,75]) als auch in Europa (OR: 1,39; 95 %-KI: [0,97; 1,97]) der Fall. Insbesondere betroffen waren ehemalige Hirntumorpatienten (OR: 4,62; 95 %-KI: [2,56; 8,31]).

Weitere Risikofaktoren für Arbeitslosigkeit waren.

- jüngeres Alter zum Zeitpunkt der Studie,
- Diagnose,
- weibliches Geschlecht,
- Schulabbruch,
- geringerer Ausbildungsstand der Eltern,
- Schädelbestrahlung,
- Stammzellentransplantation,
- krebsbedingte Spätfolgen wie
 - neurokognitive Beeinträchtigungen oder
 - Hörverlust.

In einer Arbeit von *Seitz et al.* (74) finden sich aussagekräftige Daten zur Beschäftigung ehemaliger Kinderkrebspatienten in Deutschland im Vergleich zu einer gleichaltrigen Kontrollgruppe.

	Überlebende nach Krebsdiagnose mit 15 – 18 Jahren		gleichaltrige Kontrollgruppe	
Beschäftigung, Vollzeit	442	54 %	531	52 %
Beschäftigung, Teilzeit	101	12 %	191	19 %
Noch in Ausbildung	30	4 %	46	4 %
geringfügige Teilzeitbeschäftigung	70	9 %	97	9 %
Ohne Berufstätigkeit	165	20 %	152	15 %
Sonstiges	1	0 %	4	0 %
Befragte insgesamt	820		1027	

Tabelle 16: Daten zur Beschäftigung bei einer Befragung zur psychischen Gesundheit von Patienten mit Krebsdiagnose im Adoleszentenalter zwischen 15 und 18 Jahren (74)

Bei den Patienten war die Krebsdiagnose im Adoleszentenalter zwischen 15 und 18 Jahren gestellt worden. Seit Diagnose waren im Durchschnitt 13,68 Jahre ($\pm 6,02$ J.) vergangen. Es waren von diesen Patienten 20 % ohne Berufstätigkeit gegenüber 15 % aus der gleichaltrigen Kontrollgruppe.

Hervorstechendes Ergebnis der Studie waren Anzeichen für vermehrten posttraumatischen Stress, Angststörungen und/oder Depression in der Gruppe der Patienten nach Krebs.

2.2.3.5 Fazit zur Rückkehr in den Beruf nach Krebs

Nach einer Krebserkrankung als Kind, Jugendlicher oder junger Erwachsener besteht sowohl in Nordamerika als auch in Europa ein höheres Risiko für Arbeitslosigkeit bzw. fehlende Berufstätigkeit im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen.

Eine Reihe wichtiger Risikofaktoren für fehlende Berufstätigkeit sind identifiziert und wurden diskutiert.

Zum Risiko von Arbeitslosigkeit bei jungen Krebspatienten existieren in Deutschland kaum Daten. Eine bessere Erforschung der Problematik und die Identifikation von Risikomerkmalen sind erforderlich, um früh ansetzende Förderungsstrategien für Deutschland weiterentwickeln zu können.

Für eine genauere Analyse müssen Untersuchungen mit ausreichenden Fallzahlen und Kontrollgruppen vorliegen, damit die notwendigen Differenzierungen nach Altersstufen, Diagnosen und Therapien möglich werden und damit Veränderungen im Arbeitsmarkt und Auswirkungen von sozialpolitischen Maßnahmen erkannt und bewertet werden können.

2.2.4 Daten zu Erwerbsminderungsrenten bei Krebserkrankungen²

2.2.4.1 Deutschland

Ein großer Teil der Menschen, denen eine Rückkehr in den Beruf mit und nach Krebserkrankung nicht möglich ist, wird zum Empfänger einer Erwerbsminderungsrente. Der Anteil an Empfängern von Erwerbsminderungsrente an den Krebserkrankten ist daher ein wichtiges Indiz für die finanziellen und sozialen Folgen der Erkrankung. Für Deutschland sind auf diesem Gebiet einige Informationen aus öffentlich zugänglichen Datenquellen und teils auch Publikationen erschließbar.

Jährlich gehen mehr als 20.000 Menschen in Deutschland aufgrund einer Krebserkrankung in die Erwerbsminderungsrente (siehe Tabelle 17). Die Gewährung einer Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfolgt in den meisten Fällen auf längstens drei Jahre befristet (§102 Abs. 2 SGB VI).

Es folgt eine eigene Zusammenstellung zur Altersstruktur, Höhe der Rente und zur Frage, wie viele der Krebspatienten in den verschiedenen Altersgruppen in eine Erwerbsminderungsrente gehen (siehe Tabelle 18).

Aus den Daten wird deutlich, dass Personen unter 25 Jahren nur wenige Erwerbsminderungsrenten gewährt werden. Dies ist durch fehlende Beitragszeiten als Voraussetzung für den Anspruch bedingt.

² Daten zu Erwerbsminderungsrenten nach Krebserkrankung wurden uns dankenswerterweise von der Deutschen Rentenversicherung Hessen zur Verfügung gestellt. Wir danken Frau Anderson-Hauth, DRV Hessen.

▶ Jahr	Alle Diagnosen	Krebserkrankungen		
		Frauen	Männer	Insgesamt
2008	162.839	11.220	11.651	22.871
2009	173.028	11.354	12.114	23.468
2010	182.678	11.687	12.349	24.036
2011	180.238	11.179	11.558	22.737
2012	178.683	10.976	11.364	22.340
2013	176.682	10.746	10.880	21.626
2014	170.784	10.497	10.555	21.052
2015	174.328	11.271	11.067	22.338
2016*	173.996	11.379	10.940	22.319
2017*	165.638	10.902	10.729	21.631

* Verschlüsselung nach ICD 10 mit neuer Zuordnung einiger S-, T-, und Z-Diagnosen ab 2016. Quelle: Deutsche Rentenversicherung.

Tabelle 17: Jährliche Neuzugänge in die Erwerbsminderungsrente für alle Diagnosen und für an Krebs Erkrankte nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung (76).

▶ Erwerbsminderungsrenten nach SGB VI für Patienten mit Krebs				
Alter	Krebsfälle	Berentungen	/Krebsfälle	mittl. Höhe*
unter 20	–	3	–	974,41 €
20 bis 24	1.567	43	2,74 %	900,93 €
25 bis 29	2.678	174	6,50 %	767,39 €
30 bis 34	4.255	344	8,08 %	757,13 €
35 bis 39	5.836	619	10,61 %	791,60 €
40 bis 44	10.252	1.177	11,48 %	791,97 €
45 bis 49	21.081	2.683	12,73 %	791,30 €
50 bis 54	33.341	5.151	15,45 %	791,96 €
55 bis 59	41.711	7.589	18,19 %	796,25 €
60 und höher	--	4.536	–	776,92 €

*mittlere Höhe der Rente bei Berentung im jeweils aufgeführten Alter - das Niveau bestimmt die Höhe der Rente lebenslang.

Tabelle 18: Erwerbsminderungsrenten bei Krebs in Deutschland 2016 – eigene Zusammenstellung auf Grundlage von Daten der Deutschen Rentenversicherung für 2016 und altersspezifischen Fallzahlen nach Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. für 2014 (Datenstand Juli 2017)

Die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten steigt altersabhängig an. Bemerkenswert ist, dass gleichzeitig auch der prozentuale Anteil der Berentungen an den jährlich diagnostizierten Krebsfällen zunimmt. Bereits im Alter zwischen 30 und 39 Jahren beziehen nach unseren Berechnungen rund 10 % der an Krebs Erkrankten eine Erwerbsminderungsrente.

Daten der AOK Rheinland / Hamburg aus den Jahren 2010 / 2011 bestätigen dies. Demnach werden an Krebs erkrankte Beschäftigte nach einer Rehabilitation zehnmal häufiger berentet als Beschäftigte mit anderen Erkrankungen. Bei Männern war dieser Unterschied noch ausgeprägter als bei Frauen [S.103; (77)].

Krebspatienten haben nach Daten der Deutschen Rentenversicherung gegenüber Patienten mit Muskel-, Skelett- oder Bindegewebserkrankungen, psychischen Erkrankungen und Herz- und Kreislauferkrankungen nach Rehabilitation mit 56 % eine deutlich geringere Aussicht auf vollständige Rückkehr in das Erwerbsleben. 15 % der Patienten können ihre Tätigkeit nur lückenhaft wieder aufnehmen, 13 % gehen in die Erwerbsminderungsrente und 9 % in die Altersrente. Alle diese Werte liegen über denen der anderen aufgeführten Erkrankungsgruppen (78). Die Zahlen beziehen sich auf die gesamte erwerbstätige Bevölkerung. Material mit Bezug auf junge Krebspatienten ist nicht veröffentlicht.

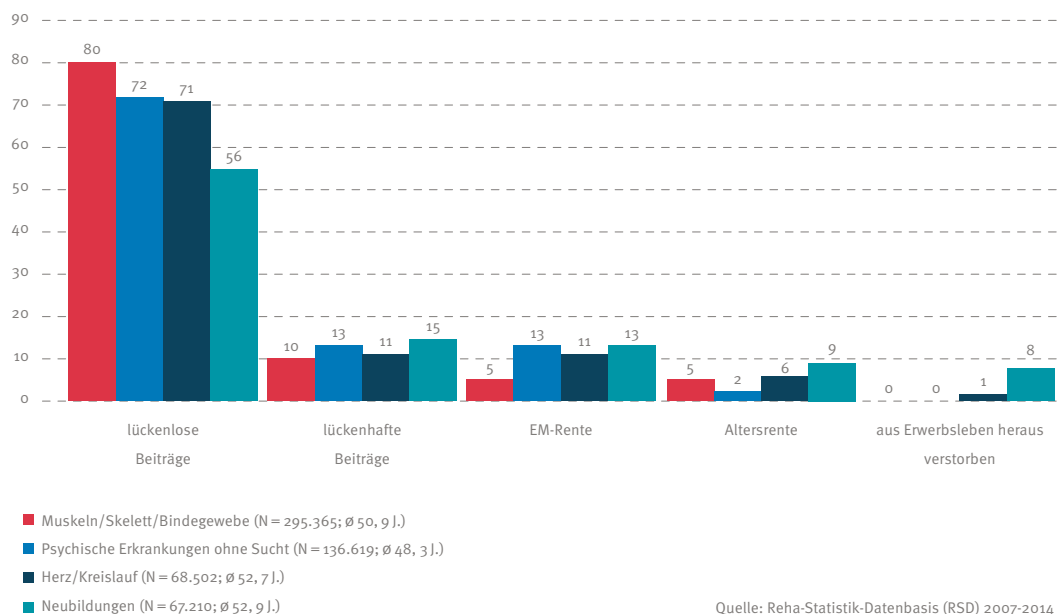


Abbildung 10: Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2012 für verschiedene Diagnosegruppen (Pflichtversicherte Rehabilitanden (78)).

Eine psychologische Studie wurde bei 477 Patienten im arbeitsfähigen Alter durchgeführt, die sich in Rehabilitation nach Tumorerkrankung befanden. In einer multivariaten Untersuchung wurde Stress am Arbeitsplatz als wesentlicher Risikofaktor für eine Frühberentung (Relatives Risiko = 5,44) identifiziert (79). 333 Patienten aus diesem Kollektiv konnten nach einem Jahr erneut befragt werden. 69 Patienten kehrten innerhalb dieses Jahres nicht an den Arbeitsplatz zurück. Risikofaktoren waren manuelle Tätigkeit, geringer Verdienst, Magen-Darm-Tumore und höheres Tumorstadium (80).

Weitere Risikofaktoren für eine fehlende Rückkehr ins Erwerbsleben werden in der Übersicht von *Rick* aufgeführt (81): Darunter befinden sich höheres Lebensalter, ausgedehnte Operation, intensive medikamentöse Therapie oder Bestrahlung, weibliches Geschlecht und geringer Bildungsstand. Eine 2017 veröffentlichte Befragung von 750 Krebspatienten im erwerbstätigen Alter wurde zu Beginn, am Ende und zwölf Monate nach stationärer Rehabilitation durchgeführt (82). Patienten, die sich in Krankschreibung befanden oder von sich aus den Wunsch hatten, in den Ruhestand zu gehen, hatten die höchste Wahrscheinlichkeit für eine vorzeitige Berentung. Positive Faktoren für die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit waren Remission der Krebserkrankung, von den Patienten wahrgenommene Produktivität der Erwerbstätigkeit, Arbeitszufriedenheit und mentale Lebensqualität.

Betrachtet man die Höhe der Erwerbsminderungsrenten in der folgenden Tabelle 19, so wird deutlich, dass junge Menschen zwischen 25 und 34 Jahren besonders hart betroffen sind. Zu bedenken ist, dass die aufgeführte Summe in dieser Höhe für den gesamten Zeitraum des Leistungsbezuges konstant bleibt. Allerdings ergeben sich noch einmal geschlechtsspezifische Unterschiede, die weiter unten diskutiert werden. Eine gewisse Besserung kann durch das 2018 beschlossene „Flexi-Rentengesetz“ eintreten, unter anderem mit verbesserten Möglichkeiten für einen Zuverdienst.

Die stärkere Zunahme der Berentungen ab 50 Jahre könnte verschiedene Ursachen haben: Zunehmende Schwierigkeiten, einen Arbeitsplatz nach schwerer Erkrankung zu finden oder zu behalten, zunehmende Komorbiditäten, die sich altersabhängig verschlechternde Prognose der Erkrankungen oder ein Überdenken der Lebensbilanz, das zu anderen Schwerpunktsetzungen führen könnte.

Betrachtet man die Zahlen nach Männern und Frauen getrennt, so fallen keine wesentlichen Unterschiede im Anteil der Berenteten an den an Krebs Erkrankten auf. Allerdings führt die höhere Inzidenz der Krebserkrankungen bei Frauen zwischen 30 und 50 Jahren dazu, dass numerisch wesentlich mehr Frauen in die Erwerbsminderungsrente gehen als Männer.

Bemerkenswerterweise ist das Rentenniveau für Männer bei Berentung zwischen 25 und 44 Jahren deutlich niedriger als bei Frauen, während es in den höheren Altersstufen das der Frauen übersteigt.

► Männer

Alter	Krebsfälle	Berentungen	/Krebsfälle	mittl. Höhe*
unter 20	–	3	–	974,41 €
20 bis 24	887	28	2,93 %	879,01 €
25 bis 29	1.300	74	5,69 %	733,60 €
30 bis 34	1.702	116	8,82 %	714,79 €
35 bis 39	2.052	208	10,14 %	724,01 €
40 bis 44	3.605	447	12,40 %	751,56 €
45 bis 49	8.272	1.044	12,62 %	805,69 €
50 bis 54	15.197	2.409	15,85 %	839,92 €
55 bis 59	22.640	3.980	17,58 %	859,81 €
60 und höher	–	2.633	–	834,26 €

► Frauen

Alter	Krebsfälle	Berentungen	/Krebsfälle	mittl. Höhe*
unter 20	–	–	–	–
20 bis 24	680	17	2,50 %	934,47 €
25 bis 29	1.377	100	7,26 %	792,39 €
30 bis 34	2.553	228	8,93 %	778,68 €
35 bis 39	3.784	411	10,86 %	825,81 €
40 bis 44	6.647	730	10,98 %	816,72 €
45 bis 49	12.809	1.639	12,80 %	782,14 €
50 bis 54	18.144	2.742	15,11 %	749,83 €
55 bis 59	19.071	3.609	18,92 %	726,15 €
60 und höher	–	1.903	–	697,56 €

*mittlere Höhe der Rente bei Berentung im jeweils aufgeführten Alter - das Niveau bestimmt die Höhe der Rente lebenslang.

Tabelle 19: Erwerbsminderungsrenten bei Krebs in Deutschland 2016 getrennt nach Männern und Frauen – eigene Zusammenstellung auf Grundlage von Daten der Deutschen Rentenversicherung für 2016 und altersspezifischen Fallzahlen nach Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. für 2014 (Datenstand Juli 2017)

Bedauerlicherweise erlauben die vorliegenden Daten der Deutschen Rentenversicherung keine Differenzierung der Erwerbsminderungsrentenzahlungen an Patienten in Remission gegenüber Patienten mit voranschreitender Krebserkrankung. Insofern ist eine Deutung der relativ hohen Rate an Erwerbsminderungsrenten im mittleren Lebensalter schwierig:

- Handelt es sich um Patienten, die durch gravierende Folgen der Krebserkrankung oder ihrer Behandlung nicht mehr in die Berufstätigkeit zurückfinden (z. B. Sarkome mit Amputationen oder Stammzelltransplantation mit *Graft-versus-Host*-Erkrankung)?
- Wie hoch ist der Anteil der Patienten, die aufgrund voranschreitender Krebserkrankung nicht mehr in den Beruf zurückkehren können?

Es ist besonders bedauerlich und auch völlig unverständlich, dass keine Informationen darüber vorliegen, wie vielen Patienten es gelingt, die Erwerbsminderungsrente zu verlassen und wieder in Berufstätigkeit zu kommen. Dies gilt umso mehr, als die Motivation der Berenteten nach Krebserkrankung im Vergleich zu Betroffenen mit anderen Diagnosen besonders hoch ist (83). Viele Fragen Betroffener im Beratungsportal „Jung und Krebs“ beziehen sich auf Möglichkeiten der Wiedereingliederung oder Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Eine besondere Problematik besteht, wenn kein Arbeitsplatz vorhanden ist, weil der Erkrankte sich noch in Ausbildung befunden hatte oder der Arbeitsplatz während einer langwierigen Behandlung verloren gegangen ist und daher eine stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell nicht möglich ist.

Bemerkenswerterweise erleichtert es das Sozialrecht den Krankenkassen, Betroffene bereits vor Ende des Anspruchs auf Krankengeld in die Erwerbsminderungsrente zu drängen. So kann die Krankenkasse Krebserkrankte schon frühzeitig nach § 51 SGB V auffordern, bei der Rentenversicherung (RV) einen Antrag auf „Leistungen zur Teilhabe“ (Reha-Antrag) an die Rentenversicherung zu stellen. Voraussetzung auf Seiten der Krankenkasse ist ein medizinisches Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MdK). Er muss feststellen, ob die Erwerbsfähigkeit des arbeitsunfähigen Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Dies kann auf der Grundlage von Akten und medizinischen Unterlagen erfolgen.

Die Aufforderung der Krankenkasse, den Reha-Antrag zu stellen, ist ein Verwaltungsakt, dem der Versicherte in einer Frist von 10 Wochen zu folgen hat. Tut er/sie das nicht, ist die Krankenkasse berechtigt, die Zahlung von Krankengeld einzustellen.

Durch den Antrag kommt ein durch den Patienten nicht mehr beeinflussbarer Ablauf zustande. Stellt die Rentenversicherung bei der Prüfung des Antrags fest, dass ein Erfolg der medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe nicht zu erwarten sind, wird der ursprüngliche Reha-Antrag automatisch in einen Rentenantrag umgewandelt. Das gilt übrigens auch, wenn eine Maßnahme zur Rehabilitation nicht mit dem gewünschten Erfolg beendet wurde. Auf diese Weise kann es geschehen, dass Krebspatienten bereits sehr frühzeitig aus dem Anspruch auf Krankengeld herausfallen und berentet werden. Die Handlungsmöglichkeiten für den Betroffenen sind nicht groß. Allerdings ist in der Praxis eine solche „Zwangsberentung“ eher selten. Die Entscheidung wird in der Regel zusammen mit dem Patienten getroffen. Die Regelungen sind kompliziert und an dieser

Stelle nicht umfassend abzuhandeln. Im Internet ist eine recht gute Zusammenfassung zur Problematik frei abrufbar (84).

2.2.4.2 Europa

Im Vergleich zu Deutschland liegen in einem Teil unserer europäischen Nachbarländer quantitativ und qualitativ wesentlich bessere Daten zur Erwerbsminderung nach Krebserkrankung vor. Zur Illustration dessen, was möglich ist, betrachten wir die folgende Abbildung aus einer Arbeit aus Dänemark.



Abbildung 11: Darstellung zu Arbeit und sozialen Transferleistungen an 3.194 Patienten mit hämatologischen Neoplasien in Dänemark (41)

Der Anteil der in Arbeit befindlichen Patienten, der Patienten mit EM-Rente oder im Krankenstand und der Anteil der Menschen, die Transferleistungen erhalten ist in dieser aussagefähigen Grafik mit einem Blick für einen langen Zeitraum vor der Erkrankung, unter der Erkrankung und danach dokumentiert. Mit einem solchen Datenmaterial würden sich z. B. die sozialen Auswirkungen ein- greifender oder potenziell schonender Therapieverfahren sofort erfassen lassen.

2.2.4.3 Fazit zur Erwerbsminderungsrente

- Eine Erwerbsminderungsrente kann nur beziehen, wer beitragspflichtig berufstätig war und die erforderliche Mindestversicherungszeit von fünf Jahren erreicht hat. Hier besteht eine besondere Problematik für junge Krebspatienten, die vor der Berufstätigkeit oder vor Erreichen der Mindestversicherungszeit erkrankt sind und in die Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit geraten.
- Auffällig ist ein recht hoher Anteil von Krebspatienten zwischen 30 und 45 Jahren mit Erwerbsminderungsrente (rund 10 % der Erkrankten).
- In diesem Alter ist das niedrigere Renten-Niveau der jungen Männer im Vergleich zu den jungen Frauen auffällig.
- Untersuchungen zu hindernden und förderlichen Faktoren für die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit sind in der Auswahl der Befragten nicht repräsentativ und zahlenmäßig beschränkt und damit von eingeschränkter Aussagekraft.
- Manuelle Tätigkeit, geringer Verdienst und niedriger Bildungsstand, schwerere oder aktive Tumorerkrankung werden als Risiken für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgeführt. Förderlich für die Wiederaufnahme der Arbeit sind von den Patienten wahrgenommene Produktivität der Erwerbstätigkeit, Arbeitszufriedenheit und mentale Lebensqualität.
- Unter bestimmten Voraussetzungen können die Krankenkassen die Versicherten zum Stellen eines Reha-Antrags auffordern. Dieser kann bei fehlender oder unzureichender Erfolgsaussicht der Reha in einen Rentenanspruch umgewandelt werden und so zum frühzeitigen Verlust des Krankengeldes führen.
- Zwar gibt es in Deutschland gute Möglichkeiten zur Rehabilitation und einige Instrumente zur Förderung der Wiedereingliederung nach Krebserkrankung, doch ist der Kenntnisstand zu Wirksamkeit, hindernden und förderlichen Faktoren für die Wiedereingliederung ins Berufsleben unbefriedigend.

2.2.5 Besondere Probleme bei Studierenden

2.2.5.1 Wie häufig sind Studierende von Krebs betroffen?

Eine große Zahl der 15 bis 29-Jährigen befindet sich in der Ausbildung. Studierende bilden in diesem Lebensalter einen wesentlichen Anteil aufgrund ihrer Zahl und aufgrund der Dauer ihrer Ausbildung. Die in der nachfolgenden Tabelle durchgeführte Kalkulation ergibt, dass bis zum 29. Lebensjahr knapp 400 Studenten pro Jahr an Krebs erkranken.

Eine Krebserkrankung bei Studierenden ist sowohl aus menschlicher als auch aus gesellschaftspolitischer Sicht kein zu vernachlässigendes Problem. Studierende befinden sich aus verschiedenen Gründen in einer sozial vulnerablen Position. Erfreulicherweise wird der besonderen Situation von jungen Menschen mit Behinderungen sowohl mit Möglichkeiten für einen erleichterten Zugang zum Studium als auch mit der Möglichkeit einer ganzen Reihe von Erleichterungen (Nachteilsausgleiche) im Studium Rechnung getragen. Einzelheiten dazu finden sich im Abschnitt des Ratgebers: „Studierende und Zugang zum Studium“.

Wünschenswert wäre jedoch eine Regelung zur Beseitigung der speziellen Notsituation, die Studierenden bei der Diagnose einer Krebserkrankung droht.

▶ Bevölkerung Deutschland				
Alter	Anzahl gesamt		geschätzte Krebsfälle	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
15 bis 19	1.972.135	2.094.653	382	484
20 bis 24	2.228.424	2.357.904	723	886
25 bis 29	2.514.805	2.652.021	1482	1378
Summe	6.715.364	7.104.578	2.587	2.748
	13.819.942		5.335	

▶ Studierende FH und Universität				
Alter	Anzahl gesamt		geschätzte Krebsfälle	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
15 bis 19	120.681	91.287	23	21
20 bis 24	377.587	334.205	123	126
25 bis 29	76.093	106.054	45	55
Summe	574.361	531.546	191	202
	1.105.907		393	

Tabelle 20: Geschätzte Anzahl der Krebsfälle bei Studierenden für das Jahr 2014 – eigene Zusammenstellung aufgrund von Zahlen des Bundesministerium für Bildung und Forschung: Bevölkerung, Schüler/ -innen und Studierende nach Geschlecht, Alter und Bildungsbereichen 2014 (85) und Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch Institut; Datenbankabfrage: Inzidenz, Fallzahlen in Deutschland 2014 (52)

2.2.5.2 Finanzierung des Lebensunterhalts bei Studierenden und Konsequenzen einer Krebserkrankung

Ein Blick auf die Finanzierungsquellen für Studierende zeigt, dass eine Krebserkrankung sofort zu einschneidenden finanziellen Konsequenzen führen muss.

Finanzierungsquelle	2012			2016		
	Stud. %	Beiträge in €		Stud. %	Beiträge in €	
		Mittel*	Median		Mittel*	Median
Elternleistung	88	481	490	86	541	528
- als Barzuwendung	80	358	300	82	407	370
- als unbare Zuwendung	54	251	235	43	309	300
eigener Verdienst aus Tätigkeiten während des Studiums	61	300	250	61	385	350
BAföG	32	436	480	25	435	480
Rückgriff auf Mittel, die vor dem Studium erworben/angespart wurden	21	124	100	18	171	100
Verwandte, Bekannte	24	80	50	19	92	50
Waisengeld oder Waisenrente	3	217	186	3	222	198
Partner/Partnerin	1	98	50	1	143	100
Stipendium	4	317	300	5	423	300
Bildungskredite von der KfW	1	276	300	1	264	300
Studienkredit von der KfW	3	450	500	5	463	500
Kredit zur Studienfinanzierung von einer anderen Bank/Sparkasse	1	390	400	1	450	435
sonstige Finanzierungsquellen	3	292	100	2	455	200

*arithmetisch

Tabelle 21: Finanzierung des Lebensunterhalts bei Studierenden (86)

Im Jahre 2016 benötigten 61% der Studierenden eine Erwerbstätigkeit zur Finanzierung ihres Studiums. 18% hatten Mittel vor dem Studium angespart. Es ist klar, dass bei Krebserkrankungen die Möglichkeit der eigenen Erwerbstätigkeit schlagartig und in den allermeisten Fällen ersatzlos entfällt, da es sich häufig um nicht sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten handelt.

In Deutschland erhalten 260.000 Schüler, Studierende, die eine berufliche oder weiterführende Schule/Hochschule besuchen, eine Förderung durch das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG).³ Ein Viertel (25 %) der Studierenden erhielt 2016 Unterstützung in Form von BAföG. Verglichen mit 2012 sank die Inanspruchnahme dieser Leistung um 7 %. BAföG-Empfänger können durch eine Krebserkrankung sehr schnell mit einschneidenden finanziellen Problemen konfrontiert werden.

Wer das Studium aufgrund von Krankheit oder Behinderung für länger als drei Monate unterbrechen muss, erhält kein BAföG mehr. Die Studierenden müssen das BAföG-Amt über die Studienunterbrechung informieren. Die Zahlungen werden dann ab dem vierten Monat bis zur Wiederaufnahme des Studiums eingestellt. Erfolgt keine Meldung, kann es zu Rückforderungen von BAföG-Leistungen kommen (87).

Dauert die Unterbrechung der Ausbildung durch Krankheit länger als drei Monate, aber kürzer als sechs Monate, kann Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beantragt werden. Rechtliche Grundlage ist, dass die Studierenden in diesem Fall weiter als „erwerbsfähig“ gelten. Nach Ablauf der 6 Monate gibt es bei Bedürftigkeit nur noch die Möglichkeit, Grundsicherung (Sozialhilfe) zu beantragen. Viele Therapien bei Krebserkrankungen im jugendlichen Alter dauern erheblich länger als 6 Monate.

Studierende können schnell in eine Situation geraten, in der sich die Belastungen durch die Krebserkrankung, ihre Behandlung und massive finanzielle Not summieren.

2.3 Schlussfolgerungen und Thesen

Auf der Grundlage der durchgeführten Bestandsaufnahme sollen Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsoptionen zur Verbesserung der finanziellen und sozialen Situation der Patienten aufgezeigt werden.

Dabei gehen wir zunächst von den finanziellen und sozialen Folgen der Krebserkrankung bei jungen Menschen zwischen 15 und 39 Jahren aus. Im Laufe der Untersuchung ist deutlich geworden, dass einige der Probleme sich zwar bei den jungen Krebspatienten besonders auswirken, sie jedoch generelle Bedeutung für alle Altersgruppen Betroffener haben. Daher werden auch diese Fragen angesprochen, ohne einer vergleichenden Analyse finanzieller und sozialer Folgen der Krebserkrankung in den weiteren Altersgruppen vorgreifen zu wollen.

³ <https://www.xn--bafg-7qa.de/588.php>

2.3.1 Die Datenbasis für die Erforschung sozialer und finanzieller Folgen einer Krebserkrankung junger Menschen muss verbessert werden

Der Stand in der Erforschung der sozialen und finanziellen Folgen von Krebs in Deutschland ist unzureichend. Die wenigen vorliegenden Untersuchungen beschränken sich auf kleine Fallserien. Sie sind meist mit dem Schwerpunkt auf globale Parameter der Lebensqualität und / oder Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit durchgeführt worden. Systematische Informationen zur Erwerbstätigkeit, zu Einkommensverlusten, finanziellen Belastungen und zum Ausmaß von Transferleistungen fehlen praktisch vollständig.

Ein wesentlicher Grund dafür ist das Fehlen einer staatlich bereit gestellten Datenbasis. Hierin unterscheiden sich die Verhältnisse in Deutschland von denen z. B. in Dänemark, Norwegen, den Niederlanden oder auch den USA. Zwar sind auch in Deutschland grundsätzlich Datenbestände vorhanden, wie z. B. bei den Krebsregistern, bei der Deutschen Rentenversicherung einschließlich der Rentenkonten oder dem Bundesministerium für Gesundheit mit der KG8-Statistik der gesetzlichen Krankenkassen. Es besteht jedoch keine Vernetzung dieser Datenbestände.

Die Bereitstellung einer solchen Datenbasis ist eine staatliche Infrastrukturaufgabe und kann nicht durch Forschungsprojekte ersetzt werden. Sie ist vielmehr eine entscheidende Voraussetzung für die Forschung. Sie besitzt eine weit über die in dieser Publikation betrachtete Gruppe der jungen Krebspatienten hinaus reichende Relevanz für alle Krebspatienten.

- **Forderung: Schaffung der Datenbasis für eine Bevölkerungs- und Register-basierten Forschung durch Vernetzung von Datenquellen und Beseitigung eventueller rechtlicher Hindernisse, insbesondere:**

Anonymisierte Vernetzung von

- Krebsregisterdaten
 - Daten der Rentenversicherung einschließlich der Rentenkonten
 - Daten der gesetzlichen Krankenkassen / des Bundesministeriums für Gesundheit
 - Arbeitsmarktdaten
 - Daten zu Sozialtransfers
- **Forderung: Förderprogramm für die Erforschung sozialer und finanzieller Folgen einer Krebserkrankung mit dem Ziel der Entwicklung von gezielten Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen.**

2.3.2 Finanzielle Belastungen und soziale Absicherung von jungen Krebspatienten

Die Diagnose Krebs bedeutet für junge Menschen einen plötzlichen und tiefen Einschnitt, der sie aus allen Plänen und Entwicklungen herausreißt und neben der emotionalen Belastung massive finanzielle Folgen mit Verdienstaustausch und eine hohe Last an Organisationsarbeit hervorruft.

Die Zuzahlungen nach SGB V §61 sind insbesondere in der Situation nach Diagnose und der folgenden belastenden Therapie eine unangemessene Härte. Sie induzieren bei den Betroffenen eine bürokratische Belastung, wenn sie eine spätere Befreiung nach §62 SGB V erreichen wollen. Diese Problematik betrifft junge Patienten wegen ihrer oft noch nicht abgesicherten Existenz besonders, beschränkt sich jedoch nicht in diesem Bereich.

- **Forderung: Zuzahlungsbefreiung für Krebspatienten von Anfang an!**

Neben Zuzahlungen trifft zurzeit die jungen Patienten noch massiv die fehlende Finanzierung von Fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen. Dies umso mehr, als die Notwendigkeit der Finanzierung aus eigener Tasche in der hochsensiblen und belastenden Zeit zwischen Diagnose und Therapiebeginn besteht. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht eine positive Änderung des SGB V §27a vor. Bis eine Finanzierung durch die Krankenkassen erfolgen kann, bedarf es allerdings noch der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

- **Forderung: Rasche Erstellung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie muss die Finanzierung der Fruchtbarkeitserhaltung bei jungen Patienten vor keimzellschädigender Therapie ohne unangebrachte bürokratische Belastung ermöglichen.**
- **Bis zur Realisierung der Richtlinie sollten die Krankenkassen großzügige Einzelfallentscheidungen treffen.**
- **Übernahme der Prinzipien aus der Neufassung des § 27a Abs. 4 SGB V durch die privaten Krankenversicherungen und sonstigen Kostenträger wie z.B. durch Anpassung der Beihilfeverordnungen für Beamte.**

Junge Patienten mit bestimmten Krebsdiagnosen oder Behandlungsformen benötigen regelhaft länger als 78 Wochen, bis sie in die Erwerbstätigkeit zurückkehren können. Dazu gehören Patienten mit akuter lymphatischer Leukämie, allogener Stammzelltransplantation, ein Teil der Patienten mit Hodgkin Lymphom, einige Arten von Sarkomen, um nur einige Beispiele zu nennen. Diese jungen Menschen fallen nach Auslaufen des Krankengeldes praktisch regelhaft auf das Niveau der Sozialhilfe zurück. Dies tritt noch viel schneller ein, wenn noch keine Ansprüche erworben wurden, z. B.

bei Empfängern von BAföG. Der damit eintretende Verlust des grade aufgebauten sozialen Umfelds führt zusammen mit den Belastungen durch die Erkrankung und ihrer Behandlung zur Gefahr einer Destabilisierung und verschlechtert die Möglichkeiten zur Rückkehr in das Erwerbsleben bzw. des Aufbaus einer beruflichen Perspektive. Die Einführung einer finanziellen Überbrückung ist daher sinnvoll und es könnte eine Ergänzung über bestehende Angebote wie das Bildungskreditprogramm der Bundesregierung⁴ erfolgen.

- **Forderung: Einführung eines speziellen Überbrückungsgelds bis auf 2,5 oder 3 Jahre nach Diagnose für Bedürftige.**
- **Ergänzung über bestehende Angebote wie das Bildungskreditprogramm der Bundesregierung. Hierbei sollten junge Krebspatienten erleichterte Zugangsbedingungen und Zahlungsmodalitäten erhalten.**

Die Förderung einer eigenverantwortlichen Vorsorge ist sinnvoll, auch wenn sie nicht von allen jungen Menschen finanziert werden kann. Hier hat eine private Berufsunfähigkeitsversicherung einen hohen Stellenwert. Jedoch besteht unzureichende Rechtssicherheit bei den Leistungen, da es hier keine Mindeststandards gibt.

- **Forderung: Schaffung eines staatlichen Rahmenkatalogs für die Leistungen der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung, auf dessen Grundlage eine Zertifizierung für die Versicherungen vergeben werden kann.**

Mehr als 80 % der jungen Krebspatienten können heute geheilt werden. Es ist nicht gerechtfertigt, diese jungen Menschen über eine Zeit von 5 Jahren Rezidivfreiheit hinaus zu benachteiligen, so unter anderem bei der Verbeamtung, bei der Vergabe von Krediten, oder bei der Aufnahme in eine private Krankenversicherung. Eine entsprechende Initiative wird auf europäischer Ebene von der Organisation Youth Cancer Europe („Right to be forgotten“) betrieben und von der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs unterstützt.

Junge Krebspatienten sind zwar besonders von diesem Problem betroffen, es hat jedoch eine weitergehende Relevanz für viele Krebspatienten, die ihre Erkrankung überleben. Man denke beispielsweise an das Problem nachfolgender Kredite zur Immobilienfinanzierung. Es ist daher notwendig, hier eine übergreifende Lösung zu finden.

- **Forderung: Diskriminierungsverbot für Krebspatienten nach 5 Jahren Rezidivfreiheit**

⁴ https://www.bva.bund.de/DE/Services/Buerger/Schule-Ausbildung-Studium/Bildungskredit/bildungskredit_node.html

2.3.3 Begleitung junger Krebspatienten in sozialrechtlichen Fragen

Der Sozialstaat hält viele erfreuliche Möglichkeiten zur Existenzabsicherung und Rehabilitation bereit und erlaubt die Minderung von Belastungen z. B. durch Zuzahlungen. Einzelheiten werden vor allem im folgenden zweiten Teil dieser Publikation. „Praktische Informationen und Hilfen für Betroffene“ deutlich.

Die damit verbundenen Regelungen und Antragsverfahren sind kompliziert und für den Erkrankten ohne Beratung nicht zu durchblicken. Zwar gibt es Beratungsangebote, doch sie sind auf verschiedene Stellen aufgesplittert, wie z. B. die Sozialdienste in den Kliniken, Beratungsstellen von Krankenkassen und Rentenversicherungen, in Sozialvereinen und bei der Krebsberatung. Neben der Belastung durch die Krebserkrankung und die dadurch entstehenden sozialen Folgen sehen sich die Krebskranken mit der Notwendigkeit konfrontiert, den bürokratischen Aufwand von Beantragungen weitgehend selbst zu tragen und sich die passenden Beratungsmöglichkeiten selbst zu erschließen.

Es ist eine Konzeptänderung erforderlich von den zersplitterten Beratungsangeboten hin zu einer konstanten und einheitlichen, niedrighschwellig zu erreichenden Begleitung in sozialrechtlichen Fragen.

Auch dieses Problem wird bei jungen Krebspatienten besonders deutlich, betrifft jedoch die Organisation sozialrechtlicher Beratung generell, so dass eine übergreifende Reorganisation erforderlich ist.

- **Forderung: Bündelung der sozialrechtlichen Beratung junger Krebspatienten im Sinne eines über den Behandlungs- und Rehabilitationsablauf hinweg kontinuierlichen, niedrighschwellig zu erreichenden Angebots mit persönlichen Ansprechpartnern.**

2.3.4 Tumor-bedingte Fatigue

Tumor-bedingte Fatigue ist ein zentrales Hindernis für die Rückkehr in die Berufstätigkeit (RTW). Es fehlen in Deutschland systematische Konzepte für die Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation Betroffener mit und nach Krebs in dieser Hinsicht.

- **Forderung: Forschungsförderung zur Tumor-bedingten Fatigue**
- **Forderung: Förderung systematischer Ansätze zur besseren Diagnostik und Therapie der Tumor-bedingten Fatigue unter wissenschaftlicher Begleitforschung und Evaluation**

2.3.5 Medizinische und berufliche Rehabilitation

Die Medizinische und berufliche Rehabilitation ist stark von in die Breite gehenden Konzepten geprägt. Wegen der unterschiedlichen sozialen Situationen junger Menschen mit Krebs und ihrer unterschiedlichen Diagnosen und Behandlungen wäre jedoch der Ausbau differenzierter und fokussierter Rehabilitationskonzepte sinnvoll. Sie würden einen gezielten Einsatz zusätzlicher Ressourcen erfordern und ständen daher unter der Notwendigkeit eines Effizienznachweises durch begleitende Forschung. Von fokussierten Rehabilitationskonzepten würden auch ältere Patientengruppen profitieren, so dass auch dieser Punkt eine übergreifende Relevanz aufweist.

- Forderung: Förderung für Reha-Modellprojekte mit Begleitforschung und Evaluation vorzugsweise als randomisierte Ansätze
 - Schaffung von „Innovationsfonds-Projekten“ zur Erarbeitung von fokussierten Rehabilitationskonzepten für jüngere Krebspatienten.
 - Offenheit der Förderung für Anträge aller Träger
 - Forderung: Im Rahmen der Modellprojekte Möglichkeit zu zeitlich flexibler Positionierung und nach Bedarf zeitlicher Erweiterung der Rehabilitation
 - Einschluss von Empfängern von Erwerbsminderungsrenten
-

3

PRAKTISCHE INFORMATIONEN UND HILFEN FÜR BETROFFENE

In der Folge haben wir einen sozialrechtlichen Ratgeber für junge Krebspatienten zusammengestellt. Die Reihenfolge der Themen orientiert sich grob an dem zeitlichen Ablauf, in dem sie sich nach dem Auftreten der Krebserkrankung stellen.

So werden zuerst die unmittelbaren finanziellen Belastungen abgehandelt, die durch die Erkrankung und ihre Therapie auf die Betroffenen zukommen. In einem nächsten Abschnitt folgen Informationen zu Entgeltfortzahlung und Krankengeld sowie weiteren einigen speziellen Fragen in diesem Bereich. Danach werden Fragen der Rehabilitation, Schwerbehinderung und Erwerbsminderungsrente abgehandelt. Am Schluss werden Informationen zur Sozialhilfe und zu speziellen Problemen bei Studierenden gegeben.

Die aufgeführten Fragen basieren zu einem großen Teil auf den Erfahrungen aus dem „Jungen Krebsportal“. Darüber hinaus sind wir den Betroffenen dankbar, die uns durch Gegenlesen des Textes und zahlreiche Hinweise unterstützt haben.

Die praktischen Informationen sollen in einer Internet-Version Teil der Hilfe werden, die über die Webseite der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs den Betroffenen zur Verfügung gestellt wird.

Für weitere Anmerkungen und Hinweise sind wir dankbar. Wir gehen davon aus, dass die Informationen und Antworten durch die Wandlung des Sozialrechts kontinuierlich verbessert werden müssen.

3.1 Unmittelbare finanzielle Belastungen bei Krebserkrankung und -therapie

Junge Menschen haben oft noch keine eigenen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit und häufig auch noch keine Rücklagen, auf die sie zurückgreifen können. Mit der Diagnose und dem damit einhergehenden Therapiebeginn können finanzielle Belastungen entstehen, die die Patienten völlig unerwartet treffen. Systematische Untersuchungen, die diese finanziellen Belastungen dokumentieren, sind uns für Deutschland nicht bekannt.

Irritierend ist für die Betroffenen oftmals, dass viele dieser Belastungen von der Art der Krankenversicherung abhängen.

Wie in der Abbildung dargestellt, gibt es eine ganze Reihe unterschiedlicher Krankenversicherungen. In der Folge werden im Wesentlichen nur die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen berücksichtigt.

Krankenversicherung in Deutschland

Gesetzliche Krankenkassen (GKV) - 86,5 %		Private Krankenversicherung (PKV) - 11,0 %		Sonstige Träger außerhalb der GKV ~2,5 %
Primärkassen AOK Betriebs-KK Innungs-KK Landwirtsch. KK See-KK Bundes-Knappschaft	Ersatzkassen Ersatzkassen der Arbeiter Ersatzkassen der Angestellten	Ohne Beihilfe (keine Beamte) 5,7 %	Mit Beihilfe (Beamte) 5,3 %	z. B. Heilfürsorge für Bundespolizei, Bereitschaftspolizei, Berufsfeuerwehr oder Sozialhilfeträger

Abbildung 12: Unterschiedliche Krankenversicherungen und Anteil der Versicherten in der Bevölkerung (Zahlenangaben für 2013 nach Kassenärztlicher Bundesvereinigung <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17094.php>)

3.1.1 Zuzahlungen bei den gesetzlichen Krankenkassen

Wer bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, muss Zuzahlungen leisten. Sie fallen für fast jede Leistung an – bei Medikamenten, Hilfsmitteln, Krankenhausaufenthalten oder Zahnbehandlungen.

Nur Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre sind von der Zuzahlung befreit. Ausnahme ist die Zuzahlung bei Fahrtkosten, die auch von nicht volljährigen Versicherten zu entrichten ist.⁵

In der Folge wird ein kurzer Überblick gegeben. Auf einige Einzelheiten und Ausnahmen kann aus Gründen des Umfangs nicht eingegangen werden. Es wird auf im Internet zugängliche Informationen verwiesen.⁶

⁵ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-krankenversicherung.html>

⁶ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen_der_GKV.pdf

- Bei ambulant rezeptierten Medikamenten beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels.
- Bei Heilmitteln, wie Krankengymnastik, Massage, Logopädie oder Ergotherapie beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung.
- Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Kalendertag. Die Zuzahlung ist auf 28 Tage oder 280 Euro im Kalenderjahr begrenzt.
- Bei vom Arzt angeordneten Fahrten zehntausend Prozent der Kosten. Mindestens jedoch fünf Euro und höchstens 10 Euro pro Fahrt.

Frage: Welche Fahrtkosten werden von den Krankenkassen übernommen?

Antwort: Die Krankenkassen übernehmen Fahrten zu stationären Behandlungen im Krankenhaus. Kosten für die Fahrt zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen nur in wenigen Ausnahmefällen und nur nach vorheriger Genehmigung. Diese Ausnahmefälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt. Beispiele sind die onkologische Strahlentherapie und Chemotherapie.

Darüber hinaus können Fahrten zur ambulanten Versorgung verordnet werden, wenn der Versicherte einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Behinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegt.

Der Gesetzgeber hat eine Belastungsgrenze für die Zuzahlungen⁷ festgelegt. Sie liegt pro Jahr bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen (§ 62 SGB V). Mit Vorliegen einer chronischen Erkrankung liegt diese Grenze bei einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.

Frage: Wie ist „chronische Erkrankung“ im Falle von Krebs zu verstehen?

Antwort: In diesem Sinne chronisch krank ist eine Person, die sie sich seit mindestens einem Jahr wegen einer Erkrankung in ärztlicher Behandlung befindet und dies mit dem Formular Muster 55 (Ausstellung erfolgt zum Beispiel durch den Hausarzt) nachweist. Beispiel: Diagnose Krebs und Beginn Therapie August 2016 – Belastungsgrenze 2016 wird mit zwei Prozent berechnet, Belastungsgrenze 2017 wird mit einem Prozent berechnet, da im Laufe dieses Kalenderjahres die chronische Erkrankung ein Jahr bestehen wird.

Ist die Belastungsgrenze erreicht, kann unter Vorlage der Quittungen für die Zuzahlungen und dem Nachweis der Bruttoeinnahmen eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen beantragt werden

Frage: Auf was muss ich bei den Quittungen achten?

Antwort: In jedem Fall sollten die Quittungen für Zuzahlungen systematisch gesammelt und in einem Ordner chronologisch abgeheftet werden. Sonst gehen die Unterlagen verloren.

Die Quittungen müssen die folgenden Angaben enthalten:

- Name und Geburtsdatum des Leistungsenehmers
- Bezeichnung und Preis der Leistung, für die die Zuzahlung erfolgt ist.
- Höhe der Zuzahlung
- Datum, Name und Stempel desjenigen, an den gezahlt wurde

Von Apotheken kann man sich ggf. auch Sammelrechnungen für geleistete Zuzahlungen ausdrucken lassen.

Die Bestimmungen zur Errechnung der Belastungsgrenze sind kompliziert und können hier nicht detailliert dargelegt werden.

⁷ Informationen für Studenten: <https://www.studenten-krankenversicherung.net/gesetzliche-krankenversicherung/zuzahlung-krankenversicherung.html>

Frage: Was sind meine „Bruttoeinnahmen“

Antwort: Zu den „Bruttoeinnahmen“ gehören unter anderem:

- Lohn- und Gehalt
- Renten-, Arbeitslosengeld- oder ähnliche Zahlungen
- Miet- oder Zinseinkünfte

Lebt der Betroffene in einem Haushalt mit einem Lebenspartner oder mit den Eltern, so zählt in der Regel das Haushaltseinkommen. Da sich je nach Lebenssituation des jungen Krebspatienten die Frage des „Bruttoeinkommens“ anders stellen, dazu einige Beispiele:

- Ist ein junger Krebspatient unter 25 Jahren noch in der Krankenkasse seiner Eltern mitversichert, ist das Bruttoeinkommen der Familie nachzuweisen.
- Ist er z. B. als Student selbst gesetzlich versichert, gilt z. B. die finanzielle Unterstützung durch die Eltern, einkommensunabhängige Stipendien, Einkünfte aus jeder Form der Beschäftigung usw. als Bruttoeinkommen.
- Ist ein junger Krebspatient berufstätig und gesetzlich krankenversichert, ist das Bruttoeinkommen sein Gehalt. Besteht keine Berufstätigkeit, errechnet sich das Bruttoeinkommen z. B. aus den Zahlungen aus Arbeitslosengeld, Grundversicherung, Renten etc.

Frage: Wie kann man eine Befreiung von der Zuzahlung der Rezepte beantragen?

Wie geht der Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen vor sich?

Wo kann man Hilfe bekommen?

Antwort: Zwei Dinge sind zu tun:

- Die Höhe der geleisteten Zuzahlungen muss belegt werden. Dafür müssen die Quittungen für die erfolgten Zuzahlungen vorgelegt werden. Dazu unbedingt die Hinweise unter „Quittungen“ beachten.
- Das Einkommen ist beim Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung zu belegen, da sich hieraus die „Belastungsgrenze“ von 2 % errechnet

Die Krankenkassen bieten in der Regel in ihrem Onlineangebot einen spezielle Rechner an, mit dem man seine Leistungsgrenze berechnen kann. Gegebenenfalls findet man dort auch das Antragsformular für die Befreiung von der Zuzahlung zur Krankenversicherung.

Man kann bei der Krankenkasse bezüglich der Zuzahlungen Hilfe suchen. Wie wirksam diese Hilfe ist, dürfte sehr stark von dem jeweiligen Sachbearbeiter/ Krankenkassenmitarbeiter abhängen.

Der Gang zur Krankenkasse und das Ausfüllen des Antrages kann auch durch eine Vertrauensperson erledigt werden und die Unterschrift kann dann zu Hause von dem Betroffenen geleistet werden. Die Vertrauensperson dürfte auf jeden Fall eine Vollmacht benötigen.

Frage: Welche Zuzahlungen werden bei der Errechnung der persönlichen Belastungsgrenze berücksichtigt?

Antwort: Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausaufenthalten und Krankenfahrten werden für die persönliche Belastungsgrenze berücksichtigt. Eigenanteile für Zahnbehandlungen werden nicht berücksichtigt!

Es gibt allerdings Freibeträge, die vom Einkommen abgezogen werden können.

Probleme:

- Die Befreiung von der Zuzahlung kann erst dann beantragt werden, wenn bereits Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze gezahlt worden sind. Das bedeutet, dass nach Diagnose und mit Beginn der Therapie der Krebserkrankung Ausgaben innerhalb kurzer Zeit anfallen können, für die das Geld in dieser Situation akut fehlt. Hiervon sind vor allem Menschen mit geringem Einkommen betroffen.
- Die Bestimmungen sind im Einzelnen sehr kompliziert und das Antragsverfahren und die zu erbringenden Nachweise führen zu einer erheblichen bürokratischen Belastung der Krebspatienten.

Frage: Was sind das für Freibeträge?

Antwort: Bei Verheirateten und Familien mit Kindern wird jeweils ein bestimmter Freibetrag von der Gesamteinkommenssumme bei der Berechnung zur Befreiung von der Zuzahlung zur Krankenversicherung abgezogen. Die Freibeträge werden jährlich neu berechnet.

3.1.2 Finanzierung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente durch die gesetzlichen Krankenkassen

Gesetzliche Krankenkassen zahlen nicht für rezeptfreie Medikamente. Bestimmte rezeptfreie Medikamente, z. B. fiebersenkende Mittel, können aber im Rahmen von Krebsbehandlungen zum Standard gehören. In diesem Fall können sie von den Krankenkassen bezahlt werden. Die damit verbundenen Regelungen sind allerdings auch sehr kompliziert.⁸

Es können Probleme entstehen, wenn eine entsprechende Klarstellung bei der Verschreibung durch den Arzt vergessen wird oder das Medikament aufgebraucht ist und der Patient dafür nicht extra zum Arzt gehen möchte. Auf diese Weise müssen hier weitere Geldmittel aufgewendet werden.

3.1.3 Finanzierung von Arzneimitteln und anderen Leistungen durch die privaten Krankenversicherungen

Ein erheblicher Anteil von jungen Menschen, insbesondere Studenten, ist allein aus Kostengründen privat krankenversichert.

Stationäre Behandlungen im Krankenhaus werden vergleichbar wie bei den gesetzlichen Krankenkassen direkt mit der privaten Krankenversicherung abgerechnet. Der Patient muss also die Rechnung nicht selbst bezahlen.

Frage: Kann ich solche Kosten hinterher zur Erstattung bei der Krankenkasse einreichen?

Antwort: Nein. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Kosten für Medikamente in der Regel nicht nachträglich. Eine solche Möglichkeit gab es früher einmal. Sie ist Anfang der 2000er aufgehoben worden.

⁸ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-und-erstattung-arzneimittel.html#c12485>

Dies ist bei Medikamenten, medizinischen Heil- und Hilfsmitteln anders. Sie müssen meist durch den Versicherten bezahlt werden und werden auf Antrag durch die private Krankenversicherung erstattet.

Frage: Was sind medizinische Heilmittel?

Antwort: unter einem Heilmittel in der Regel Therapien und Anwendungen wie:

- Massagen,
- Physiotherapie oder Krankengymnastik,
- Logopädische Maßnahmen,
- oder auch Ergotherapie.

Die gesetzlichen Grundlagen zur Verordnung und Finanzierung solcher Heilmittel durch die Krankenkassen finden sich im 5. Sozialgesetzbuch in den § 32 und 34 sowie 138.

Frage: Was sind medizinische Hilfsmittel?

Antwort: Medizinische Hilfsmittel sind unter anderem:

- Hör- und Sehhilfen,
- Orientierungs-, Mobilitäts- oder Lesehilfen,
- Rollstühle (oder auch Gehhilfen),
- Prothesen, orthopädische Strümpfe etc.,
- Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte
- sowie weitere, ähnliche Hilfsmittel, die in individuellen Fällen benötigt werden.

Die gesetzlichen Regelungen zu diesem Thema finden sich im 5. Sozialgesetzbuch in den Paragraphen 33, 34 und 39 sowie 139.

Für moderne Krebsmedikamente können viele Tausend Euro in kurzer Zeit anfallen.

Frage: Gibt es Lösungen für dieses Problem?

Antwort: Eine Lösung kann darin bestehen, dass über den Apotheker eine Rechnung mit einem Zahlungsziel gestellt wird. So kann der Termin für die Bezahlung der Rechnung bis zum Eintreffen der Zahlung der privaten Krankenversicherung aufgeschoben werden.

3.1.4 Fehlende Finanzierung von notwendigen medizinischen Leistungen durch Krankenkassen und Krankenversicherungen

In den Anfragen Betroffener werden immer wieder Probleme mit der Finanzierung von medizinischen Leistungen angesprochen, so zum Beispiel:

- Finanzierung von Maßnahmen der Fruchtbarkeitserhaltung,
- Verordnung / Finanzierung von Krankengymnastik,
- Kostenerstattungen für Kunsthaarperücken,
- Finanzierung einer Hodenprothese,
- Finanzierung von PET-CT-Untersuchungen.

Einen großen Stellenwert nimmt die Finanzierung von Maßnahmen der Fruchtbarkeitserhaltung ein, auf die in der Folge kurz eingegangen wird.

Bei einem weiteren Teil der Anfragen und Probleme ist die Sachlage heterogen. Es mischen sich:

- medizinisch-sozialrechtliche Fragen der Indikation und
- Zögerlichkeiten bei Verschreibungen durch die Ärzte aufgrund von Budget-Ängsten.

Es wird hier ein Beratungsbedarf der Betroffenen und eine erhebliche organisatorische Belastung durch Antragstellungen, Nachfragen u. ä. sowie damit verbundenen psychischen Belastungen sichtbar.

3.1.5 Finanzierung von Maßnahmen der Fruchtbarkeitserhaltung

Zur Frage der Fruchtbarkeitserhaltung wird auf die Gesundheitspolitische Schriftenreihe 11 der DGHO verwiesen (88). Verschiedene Methoden zur Fruchtbarkeitserhaltung sind heute medizinisch hervorragend etabliert und eröffnen nach fruchtbarkeitsschädigenden Therapien die Aussicht auf eigene Kinder.

Die hierfür anfallenden Kosten werden zurzeit jedoch in der Regel nicht von Krankenkassen, Krankenversicherungen und anderen Kostenträgern übernommen. Sie müssen momentan noch privat getragen werden, was eine erhebliche Kostenbelastung verursacht.

▶	Gewinnung / Kryokonservierung / Lagerung für 1 Jahr	Lagerung pro weiteres Jahr
Eizellen	~ 3.500 € bis 4.300 €	~ 300 €
Eizellen befruchtet	~ 3.900 € bis 8.300 €	~ 300 €
Eierstockgewebe	~ 1.400 € bis 2.300 €	~ 300 €
Verlagerung der Eierstöcke	Operationskosten ~ 2.600 €	–
Spermien	~ 500 €	~ 300 €
Hodengewebe	~ 800 € bis 1.500 €	~ 300 €

Tabelle 22: Kosten unterschiedlicher Methoden zur Fruchtbarkeitserhaltung nach (88)

Die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs hat eine Änderung des SGB V durchsetzen können, die künftig eine Finanzierung durch die Krankenkassen ermöglichen wird. Dies betrifft die Entnahme und das Einfrieren von Eizellen, Spermien und Hodengewebe. Allerdings muss der Gemeinsame Bundesausschuss noch eine Richtlinie erlassen, damit die Neuregelung dann auch in der Praxis greift.

Frage: Wie ist der Stand in der Kostenübernahme für die Fruchtbarkeitserhaltung?

Antwort: Die Neuregelung des §27a, die künftig die Finanzierung der Fruchtbarkeitserhaltung durch die Krankenkassen erlaubt, ist im Mai 2019 in Kraft getreten. Allerdings muss der Gemeinsame Bundesausschuss erst noch eine Richtlinie zu der Neuregelung erlassen. Danach müssen noch die Vergütungen für die Leistungen im Bewertungsausschuss festgelegt werden. Leider ist es also nach wie vor eine längere Wegstrecke bis zur Finanzierung.

Bis dahin sollte man einen Einzelfallantrag an die Krankenkasse stellen mit Hinweis auf die bereits erfolgte gesetzliche Regelung.

Die Lage bei anderen Kostenträgern (private Krankenversicherungen, Beamtenversorgung usw.) ist bezüglich der Finanzierung der Fruchtbarkeitserhaltung unübersichtlich und uneinheitlich. Allerdings wird in den meisten Fällen keine Finanzierung gewährt. Näheres ist in der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe 11 ausgeführt (88).

Frage: Wird sich die Finanzierung der Fruchtbarkeitserhaltung bei den privaten Versicherungen ändern?

Antwort: Was die privaten Krankenversicherungen und die Beamtenversorgung betrifft, wird abzuwarten sein, ob sie sich der Erstattungsregelung der gesetzlichen Krankenkassen anschließen.

Man sollte einen Einzelfallantrag an die Krankenversicherung stellen mit Hinweis auf die Regelung für die gesetzlichen Krankenkassen und Bitte um Gleichstellung.

Ein Sonderfall ist die Finanzierung der Gewinnung, Einlagerung und Reimplantation von Eierstock-Gewebe bei den Frauen. Wie in der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe 11 ausgeführt, müsste diese Form der Fruchtbarkeitserhaltung bereits aufgrund der bisherigen gesetzlichen Regelungen finanziert

werden, jedoch hatte der Medizinische Dienst der Krankenkassen in einem Gutachten bestritten, dass das Verfahren dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und hatte sich damit vor Gericht durchsetzen können (88).

3.1.6 Finanzierung der künstlichen Befruchtung

Viele der Maßnahmen zur Fruchtbarkeitserhaltung sind bei späterem Kinderwunsch mit der Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung verbunden.

Für die gesetzlichen Krankenkassen ist die Finanzierung der künstlichen Befruchtung in § 27a SGB V geregelt mit den dort aufgeführten Einschränkungen.⁹ Darüber hinaus kann es Zuschüsse von Bund und Ländern im Rahmen der „Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“¹⁰ geben. Leider ist die Möglichkeit für diese Zuschüsse bisher je nach Bundesland unterschiedlich.

Die Regelungen sind kompliziert. Grob zusammengefasst werden unter bestimmten Voraussetzungen 50% der Kosten von den Krankenkassen übernommen. Durch die angesprochenen Zuschüsse können je nach Bundesland weitere 25% finanziert werden.

Frage: Gibt es eine Kostenübernahme der Krankenkassen für künstliche Befruchtung, bzw. Fördermittel?

Antwort: Eine besondere Regelung für Krebspatienten gibt es hier nicht. Sie werden auf gleiche Weise behandelt wie Paare mit Unfruchtbarkeit durch andere oder unbekannte Ursachen. Es sind im gegebenen Fall Anträge nach § 27a SGB V und Anträge auf Fördermittel des Landes / Bundes zu stellen.

⁹ https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_27a.html

¹⁰ http://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwvbund_29032012_41487300000105.htm

3.1.7 Fazit zu unmittelbaren finanziellen Belastungen

Mit Diagnose einer Krebserkrankung und insbesondere mit dem Beginn der Therapie entstehen für die Patienten erhebliche finanzielle Belastungen und bürokratischer Aufwand.

- Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen durch Zuzahlungen und unter Umständen fehlende Finanzierung rezeptfreier Medikamente
- Durch Auslagen von Geldmitteln in erheblicher Höhe für privat Krankenversicherte
- Durch zur Zeit noch fehlende Finanzierung von Maßnahmen der Fruchtbarkeitserhaltung

Zu den finanziellen Belastungen kommen hinzu:

- Aufwand durch Schriftverkehr, Anträge, Dokumentationen und Nachweise für die Erstattungsanträge

Systematische Untersuchungen und Daten zu dieser Problematik fehlen in Deutschland.

3.2 Unmittelbare finanzielle Absicherung Berufstätiger

3.2.1 Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber

Wer krankgeschrieben ist, bekommt bis zu sechs Wochen (42 Tage) weiterhin volles Gehalt vom Arbeitgeber. Dieser Anspruch wird durch das Entgeltfortzahlungsgesetz begründet.¹¹

Der Anspruch auf Lohnfortzahlung (heute: Entgeltfortzahlung) besteht für

- Arbeiter, Angestellte,
- Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse¹² (Minijob, 450-Euro-Job),
- Befristete Arbeitsverhältnisse, allerdings maximal nur bis zum Auslaufen des Arbeitsvertrags,
- „zu ihrer Berufsbildung Beschäftigte“, also z. B. Auszubildende.

Das Arbeitsverhältnis muss allerdings zuvor mindestens 4 Wochen ohne Unterbrechung bestanden haben.

Frage: Wie ist es, wenn man mehrfach krankgeschrieben wird?

Antwort: Wenn ein Arbeitnehmer innerhalb von zwölf Monaten (ab dem Beginn der ersten Erkrankung gerechnet) immer wieder an derselben Krankheit erkrankt, dann werden diese Krankheitstage aufsummiert, bis sechs Wochen erreicht sind. Den Anspruch auf sechs Wochen Fortzahlung hat erneut, wer innerhalb von 6 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war (https://de.wikipedia.org/wiki/Entgeltfortzahlung_im_Krankheitsfall, <https://www.gesetze-im-internet.de/entgfg/>).

Frage: Was ist, wenn das nicht der Fall ist?

Antwort: Bei Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenkasse besteht dann für bis zu 4 Wochen Anspruch auf Krankengeld. Auf weitere Einzelheiten dieses Sonderfalls soll hier nicht eingegangen werden.

¹¹ <https://www.gesetze-im-internet.de/entgfg/index.html#BJNR106500994BJNE000100307>

¹² <https://www.arbeitsagentur.de/lexikon/minijob>

Während der Entgeltfortzahlung wird der volle Lohn, also die volle Vergütung inklusive eventueller Zuschläge gezahlt.

Frage: Beginnt die Lohnfortzahlung automatisch, bzw. was muss ich tun?

Antwort: Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall beginnt mit der Krankmeldung beim Arbeitgeber. Der erste Schritt ist also, sich krank zu melden.

Spätestens nach dem dritten Krankheitstag muss ein Arzt die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Achtung! Hierzu kann der Arbeitgeber abweichende Regelungen getroffen haben. Es ist in jedem Fall empfehlenswert, sich möglichst rasch durch den Arzt krankschreiben zu lassen und die Meldung an den Arbeitgeber zu schicken. Der Grund für die Krankschreibung muss nicht mitgeteilt werden.

3.2.2 Gesetzliche Krankenkassen: Krankengeld

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit das Krankengeld. Der Anspruch auf Krankengeld beginnt nach Beendigung einer eventuell vorausgehenden Entgeltfortzahlung.

Allerdings hat nicht jeder in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld bei Krankheit.

KEINEN Anspruch auf Krankengeld haben:

- Mini-Jobs (geringfügige Beschäftigungsverhältnisse),
- Studierende, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),

Frage: Haben Auszubildende Anspruch auf Krankengeld?

Antwort: Ja. Sie haben einen Arbeitsvertrag zu ihrer Berufsausbildung.

- Versicherte:
 - die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten,
 - zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte,
 - sowie den Praktikanten gleichgestellte Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, wenn diese nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V versichert sind,
- Über die Familie Versicherte (§ 10 SGB V),
- Freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherte, es sei denn, der Anspruch auf Krankengeld ist in dem speziellen abgeschlossenen Vertrag enthalten.
- Versicherte, die sich in Elternzeit befinden. Sie sind zwar weiter krankenversichert, haben jedoch keinen Anspruch auf Krankengeld, da das Arbeitsverhältnis ruht.¹³
- Empfänger von Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V).

Darüber hinaus gibt es weitere Fälle, in denen KEIN Krankengeldanspruch besteht.

Frage: Wie kann man eine finanzielle Absicherung in einem solchen Fall organisieren?

Antwort: Eine Möglichkeit wäre, dass die Mutter/der Vater dem Arbeitgeber mitteilt, dass die Elternzeit vorzeitig beendet wird. Die vorzeitige Beendigung der Elternzeit muss dem Arbeitgeber vier Wochen zuvor angekündigt werden. Der Arbeitgeber darf seine Zustimmung nur innerhalb einer Frist von vier Wochen und nur aus dringenden betrieblichen Gründen verweigern. Mit dem Wiederaufleben des Arbeitsverhältnisses besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung und Krankengeld. Diese Auskunft kann allerdings auf keinen Fall eine individuelle Beratung ersetzen.

¹³ <https://www.frag-einen-anwalt.de/ElterngeldKrankheit-f266887.html> (89)

Auf diese Weise hat eine erhebliche Anzahl junger Leute keinen Anspruch auf Krankengeld, auch wenn sie Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen sind. Dies trifft insbesondere Studierende, Praktikanten und über die Familie Versicherte.

Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des regelmäßigen Arbeitsentgelts und darf 90 Prozent des Nettogehalts nicht überschreiten.

Frage: Welche weiteren in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld?

Antwort: Keinen Anspruch auf Krankengeld haben in der Regel (Auswahl):

- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
- Versicherte, die an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
- Bezieher von Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen,
- Bezieher von Vorruhestandsgeld, deren Bezug zur Versicherung nach § 5 Abs. 3 SGB V führt,
- Rentenbezieher einer vollen Erwerbsminderungsrente, einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder einer Vollrente wegen Alters aus der Gesetzlichen Rentenversicherung,
- Versicherte, die Leistungen beziehen, die ihrer Art nach der Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters aus der GRV oder dem Vorruhestandsgeld, das nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird, vergleichbar sind und gleichzeitig von einem Träger der GRV oder einer staatlichen Stelle im Ausland gezahlt werden,

- Bezieher von Leistungen, die ihrer Art nach der Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder dem Ruhegehalt, das nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird, vergleichbar sind und nach den ausschließlich in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebietes geltenden Bestimmungen gezahlt werden.

Das Krankengeld wird längstens 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren gezahlt. Allerdings werden die Zeit der Entgeltfortzahlung und eventuelle Zeiten von Übergangsgeld angerechnet.

Frage: Kann ich mich darauf verlassen, dass ich 78 Wochen Krankengeld bekomme? Gibt es Möglichkeiten, mir das Krankengeld zu streichen?

Antwort: Leider droht hier eine Gefahr. So kann die Krankenkasse Krebserkrankte schon frühzeitig nach § 51 SGB V auffordern, bei der Rentenversicherung (RV) einen Antrag auf „Leistungen zur Teilhabe“ (Reha-Antrag) an die Rentenversicherung zu stellen. Voraussetzung auf Seiten der Krankenkasse ist ein medizinisches Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MdK). Er muss feststellen, ob die Erwerbsfähigkeit eines arbeitsunfähigen Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Dies kann von Akten und medizinischen Unterlagen erfolgen.

Die Aufforderung der Krankenkasse, den Reha-Antrag zu stellen ist ein Verwaltungsakt, dem der Versicherte in

einer Frist von 10 Wochen zu folgen hat. Tut er das nicht, ist die Krankenkasse berechtigt, die Zahlung von Krankengeld einzustellen.

Durch den Antrag kommt ein durch den Patienten nicht mehr beeinflussbarer Ablauf zustande. Die Rentenversicherung prüft aufgrund des Antrags zunächst den Anspruch des Versicherten auf „Leistungen zur Teilhabe“. Wenn die Voraussetzungen gegeben sind und insbesondere eine geminderte Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann, wird dem Antrag entsprochen. Mit der Reha-Maßnahme übernimmt die Rentenversicherung auch die Geldleistungen und zahlt ein Übergangsgeld. Krankengeld wird in dieser Zeit nicht gezahlt. Das Übergangsgeld ist niedriger als das Krankengeld.

Stellt die Rentenversicherung bei der Prüfung jedoch fest, dass ein Erfolg medizinischer Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe nicht zu erwarten ist, wird der ursprüngliche Reha-Antrag automatisch in einen Rentenantrag umgewandelt. Das gilt übrigens auch, wenn eine Maßnahme zur Rehabilitation nicht mit dem gewünschten Erfolg beendet wurde.

Auf diese Weise kann es geschehen, dass Krebspatienten bereits sehr frühzeitig aus dem Anspruch auf Krankengeld herausfallen und früh berentet werden. Die

Handlungsmöglichkeiten für den Betroffenen sind nicht groß. Allerdings ist in der Praxis eine solche „Zwangsverrentung“ eher selten. Die Entscheidung wird in der Regel zusammen mit dem Patienten getroffen.

Die Regelungen sind kompliziert und an dieser Stelle nicht umfassend abzuhandeln. Im Internet ist eine recht gute Zusammenfassung zur Problematik frei abrufbar (84).

Frage: Was passiert, nach dem Ende des Krankengelds? Was passiert mit meiner Krankenversicherung?

Antwort: Spätestens nach 78 Wochen läuft das Krankengeld aus. De facto ist die Zeit kürzer, denn dabei ist die Zeit der Lohnfortzahlung und die Zeit eines eventuellen Bezugs von Übergangsgeld bei der Reha anzurechnen. Besteht die Arbeitsunfähigkeit fort, muss der Lebensunterhalt danach aus anderen Mitteln bestritten werden: Erwerbsminderungsrente oder Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt). Damit es zu keiner Lücke kommt, müssen die Anträge rechtzeitig gestellt werden. Eine individuelle Beratung ist notwendig.

3.2.3 Sonderfrage betriebliche Altersversorgung

Die Regelungen zur betrieblichen Altersversorgung finden sich im Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung.¹⁴

Kurz zusammengefasst wird dabei ein Lohnanteil steuerfrei gestellt und für die Altersversorgung, Versorgung von berechtigten Hinterbliebenen im Todesfall oder Invaliditätsversorgung bei Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit verwendet. Auf finanztechnische Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden.

Zu beachten ist, dass der entsprechende Lohnanteil aus der Berechnungsgrundlage für Lohnfortzahlung und Krankengeld herausfällt. Lohnfortzahlung und Krankengeld fallen also geringer aus. Eine Kündigungsmöglichkeit für die betriebliche Altersversorgung besteht praktisch nicht, jedoch können die Beitragszahlungen ausgesetzt werden, indem der Vertrag beitragsfrei gestellt wird. Aufgrund der unterschiedlichen Formen und Verträge der betrieblichen Altersversorgung ist in jedem Fall eine individuelle Beratung notwendig.

3.2.4 Private Krankenversicherung: Absicherung gegen Verdienstaussfall bei Krankheit

Ist man privat krankenversichert, gibt es kein Krankengeld. Angestellte erhalten jedoch maximal 42 Tage Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber. Dies ist eine gesetzliche Leistung unabhängig von der Art der Krankenversicherung.

¹⁴ <https://www.gesetze-im-internet.de/betravg/index.html#BJNR036100974BJNE004303360>

Je nach Fall kann es also sein, dass der Betroffene nach dem 42. Krankheitstag oder sogar sofort ohne jegliches Einkommen ist.

Dies kann nur vermieden werden, wenn eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen wird. Für Selbstständige ist die Krankentagegeldversicherung ein absolutes Muss.

Wurde aus Kostengründen auf eine Krankentagegeldversicherung verzichtet, ist für privat Krankenversicherte der entstehende Einkommensausfall bei Diagnose einer Krebserkrankung nicht mehr vermeidbar.

Frage: Wie hoch kann so ein Krankentagegeld sein?

Antwort: Die Höhe des Tagesgelds und der Beginn der Auszahlung kann vertraglich beim Abschluss der Versicherung festgelegt werden. Die Höhe darf jedoch das monatliche Nettoeinkommen nicht überschreiten (Bereicherungsverbot). Je nach Höhe steigt natürlich der Beitrag zur Versicherung.

Frage: Wie lange zahlt eine private Krankentagegeldversicherung?

Antwort: Die private Krankentagegeldversicherung ist in der Regel eine zeitlich unbegrenzte Leistung. Dennoch wird bei längerem Bezug auch hier eine Prüfung erfolgen, ob eine Berufsunfähigkeit vorliegt, welche dann eine Beendigung der Leistung zur Folge hat.

3.3 Arbeitslosengeld, Auslaufen oder Kündigung des Arbeitsverhältnisses

3.3.1 Krebserkrankung mit nachfolgendem Verlust des Arbeitsplatzes

Insbesondere bei jungen Menschen kann es vorkommen, dass während der Krebserkrankung der Arbeitsvertrag ausläuft oder eine Kündigung ausgesprochen wird.

Frage: Welche Möglichkeiten gibt es gegen eine Kündigung?

Antwort: Schwerbehinderte genießen einen Kündigungsschutz, siehe Abschnitt zum Schwerbehindertenausweis.

Da die Erkrankung dann während des laufenden Beschäftigungsverhältnisses aufgetreten ist, muss der Arbeitgeber zunächst das Gehalt oder den Lohn weiterzahlen.

Endet das Beschäftigungsverhältnis während der Entgeltfortzahlung und die Krankschreibung besteht weiter fort, dann sollte bei der Krankenkasse ein Antrag auf Krankengeld gestellt werden. Denn gesetzlich Krankenversicherte haben in dieser Situation statt eines Anspruchs auf Arbeitslosengeld in der Regel einen Anspruch auf Krankengeld (§§ 44 Abs. 1 Satz 1, 46 SGB V).

Gleiches gilt, wenn schon Krankengeld bezogen wird, dann die Arbeitslosigkeit eintritt und weiterhin Arbeitsunfähigkeit besteht. Das Krankengeld wird über das Ende des Arbeitsverhältnisses hinaus gezahlt, da der Erkrankte weiterhin Mitglied in der Krankenkasse bleibt (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

Es empfiehlt sich folgende Vorgehensweise:

- Mitteilung der Arbeitslosigkeit bei der Agentur für Arbeit, auch wenn man kein Arbeitslosengeld bekommt, sondern Krankengeld.
- Hinweis, dass man Arbeitslosengeld erst dann beantragen wird, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen, man also wieder gesund ist und eine neue Tätigkeit aufnehmen könnte.

Frage: Was sind die gesetzlichen Hintergründe für diese Empfehlung?

Antwort: Es ist die gesetzliche Meldepflicht bei Arbeitslosigkeit nach § 38 SGB III.

3.3.2 Arbeitslosengeld I (ALG I)

Die rechtlichen Grundlagen für das ALG I sind im Sozialgesetzbuch III (SGB III) festgelegt (90).

Wer versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist, lange genug in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt hat und sich persönlich arbeitslos gemeldet hat, hat Anspruch auf Arbeitslosengeld I (ALG I).

Frage: Wie lange muss man eingezahlt haben?

Antwort: Mindestens 12 Monate in den letzten 2 Jahren, allerdings gibt es sogenannte Ersatzzeiten und auch abweichende Voraussetzungen. Eine Beratung in der Arbeitsagentur ist notwendig.

Frage: Wo kann ich mich näher informieren?

Antwort: Im Netz Informationen unter: <https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-arbeit-finden>
Eine Beratung durch die Arbeitsagentur ist immer notwendig.

ALG I wird ohne Betrachtung der Vermögensverhältnisse des Betroffenen gezahlt. Die Höhe des ALG I beträgt 60 beziehungsweise 67 Prozent des vorherigen Einkommens. Die Laufzeit des ALG I ist von Versicherungszeiten und dem Alter abhängig.

3.3.3 Krebserkrankung während des Bezugs von Arbeitslosengeld I (ALG I)

Wer arbeitslos ist und krank wird, muss sich sofort bei der Agentur für Arbeit melden. Spätestens nach drei Tagen muss eine Krankenschreibung bei der Agentur für Arbeit eingereicht werden.

Frage: Wo erfahre ich, wie lange ich ALG I bekomme?

Antwort: In Sozialgesetzbuch III § 147 findet sich dazu eine Tabelle: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_3/___147.html

Je nach Dauer der Beitragszahlungen und Alter wird zwischen 6 und 24 Monaten ALG I gezahlt.

Sinnvollerweise lässt man sich hierzu in der Arbeitsagentur beraten.

Daraufhin wird bis zu sechs Wochen weiter Arbeitslosengeld gezahlt.

Nach dieser sogenannten Leistungsfortzahlung besteht in der Regel Anspruch auf Krankengeld. Für maximal 78 Wochen kommt dafür die gesetzliche Krankenkasse auf, solange weiter Arbeitsunfähigkeit durch Erkrankung besteht.

Als Krankengeld wird der gleiche Betrag gezahlt, den vorher die Agentur für Arbeit als Arbeitslosengeld gezahlt hat.

3.3.4 Arbeitslosengeld II (ALG II, „Grundsicherung für Arbeitsuchende“, „Hartz IV“) und Sozialgeld

ALG II ist eine Grundsicherungsleistung für Menschen, die mindestens drei Stunden pro Tag arbeiten können. Die rechtlichen Grundlagen für das ALG II sind im Sozialgesetzbuch II (SGB II) festgelegt (91).

ALG II können auch Menschen erhalten, die in Arbeit stehen, sich aber mit ihrem Entgelt unter dem „Regelbedarf“, also unter dem Sozialhilfe-Niveau bewegen.

Die Höhe des ALG II entspricht der Sozialhilfe (SGB XII, (92)). Es wird der gleiche sogenannte Regelbedarf gezahlt (§ 28f SGB XII). Zusätzlich können Leistungen unter anderem beantragt werden für:

- Mehrbedarfe,
- Bedarfe für Unterkunft und Heizung,
- Bedarfe für Bildung und Teilhabe,
- Sozialgeld.

Sozialgeld erhalten Personen, die mit einem Empfänger von ALG I in einer sogenannten „Bedarfsgemeinschaft“ leben und keinen Anspruch auf Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung haben.

Des Weiterem sieht das SGB II vor:

- Leistungen zur Eingliederung in Arbeit

Die entsprechenden Regelungen sind kompliziert und erfordern eine individuelle Beratung.

Anrechnung von Unterhalt und Einkünften:

- Eltern sind ihren Kindern und Kinder ihren Eltern gegenüber unterhaltspflichtig. Das Gleiche gilt für Ehepartner, in den meisten Fällen auch nach einer Scheidung. Die geschuldeten Unterhaltsleistungen der Angehörigen werden auf ALG II angerechnet, also von der Zahlung abgezogen.
- Einkünfte werden ebenfalls im Grundsatz auf das ALG II angerechnet. Für die Anrechnung gibt es komplizierte Ausnahmen.

3.3.5 Krebserkrankung während des Bezugs von ALG II

Empfänger von ALG II müssen eine Erkrankung unverzüglich dem Jobcenter melden und benötigen ab dem dritten Krankheitstag eine Krankschreibung.

Besteht die Krankheit wahrscheinlich länger als ein halbes Jahr, gilt der Leistungsempfänger als erwerbsunfähig und muss beim Sozialamt Sozialhilfe beantragen. Das ist der Hintergrund für die erforderliche Krankmeldung.

3.4 Rehabilitation

3.4.1 Medizinische Rehabilitation nach Behandlung einer bösartigen Tumorerkrankung

Die medizinische Rehabilitation nach einer Krebsbehandlung¹⁵ hat zum Ziel, die Funktionsschäden, sowie die körperlichen und seelischen Folgestörungen, die sich durch die maligne Erkrankung bzw. deren Behandlung entwickelt haben, zu lindern oder zu beseitigen. Zudem soll sie die Patienten so rasch wie möglich wieder in Ausbildung, Studium oder Beruf zurückzuführen. Sie dient damit der Wiederherstellung der Gesundheit und soll die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie die (Re-) Integration in die Gesellschaft ermöglichen.

Rehabilitation ist wirksam. Eine vergleichende Studie von *Böttcher et al.* untersuchte die Effekte eines berufsbezogenen Konzepts im Rahmen der stationären onkologischen Rehabilitation (93). In der mit einem speziellen Rehabilitationskonzept behandelten Gruppe war die Rückkehrrate in den Beruf mit 81 % gegenüber 76 % der Vergleichsgruppe höher (allerdings nicht statistisch signifikant). Weiterhin schätzt sich die Gruppe dieser Patienten mit 46 % signifikant häufiger als voll leistungsfähig nach Ende der Rehabilitation ein (29 % VG, $p = 0,030$) als die Vergleichsgruppe.

In einer Metaanalyse wurden fünf randomisierte Studien untersucht, in denen ein multidisziplinärer Rehabilitationsansatz im Vergleich mit der medizinischen Standardbehandlung

¹⁵ § 15 Sozialgesetzbuch VI, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, § 26-31 Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

verglichen wurde. Es fanden sich Hinweise auf einen positiven Effekt des multidisziplinären Vorgehens mit physikalischen, beruflich orientierten und psychoedukativen Ansätzen (94).

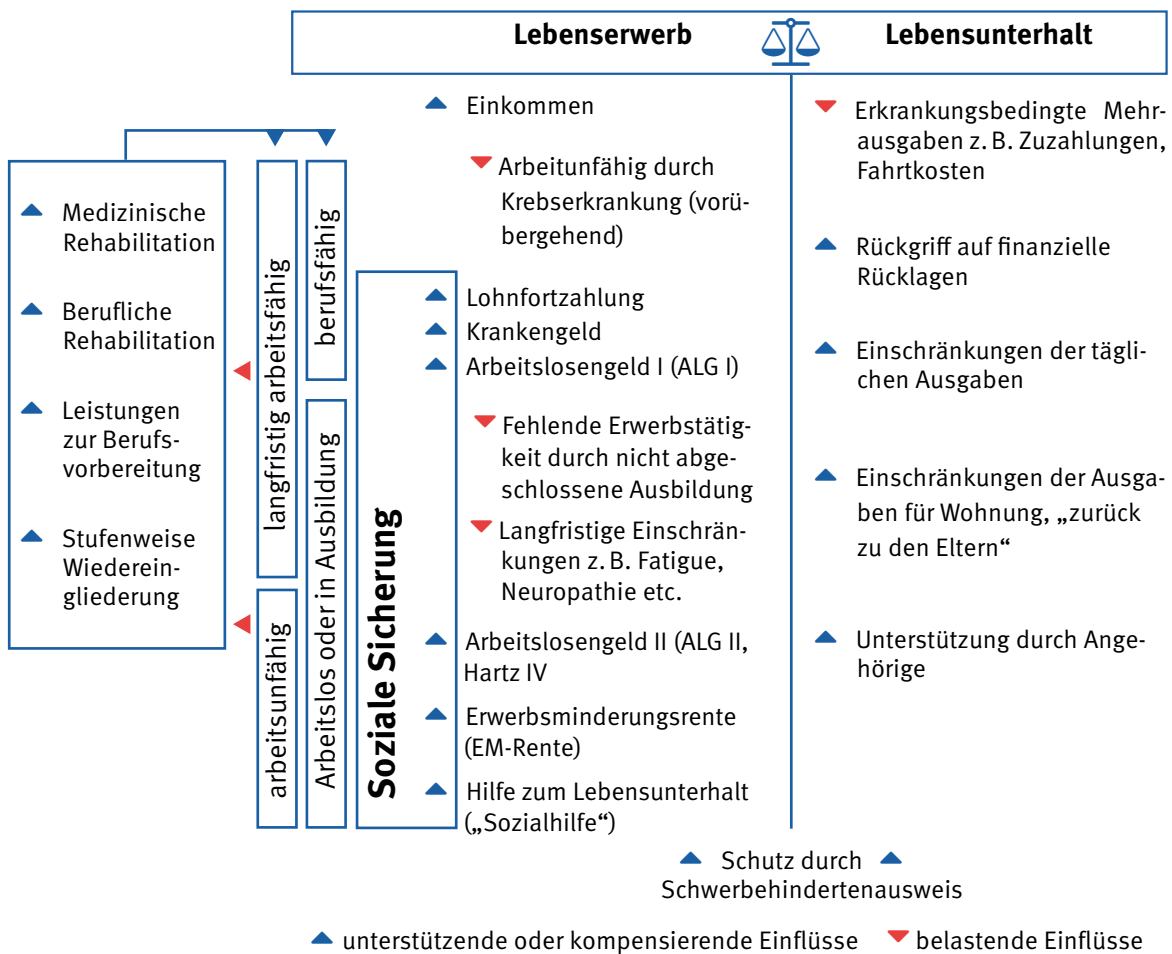


Abb. 13: Schematische Darstellung der Rolle der Rehabilitation im Gesamtzusammenhang mit der finanziellen und sozialen Situation junger Erwachsener mit Krebs.

Abbildung 13 stellt die Rolle der Rehabilitation in den Gesamtzusammenhang mit der finanziellen und soziökonomischen Situation der jungen Patienten mit und nach Krebs.

3.4.1.1 Kostenübernahme der Rehabilitation und Voraussetzungen

Für die Kostenübernahme müssen aus medizinischer Sicht folgende Punkte erfüllt sein¹⁶:

- Die Diagnose einer malignen Erkrankung muss gestellt worden sein.
- Die Erstbehandlung (operative Behandlung oder Strahlentherapie) muss abgeschlossen sein; eine gegen die bösartige Erkrankung gerichtete medikamentöse Behandlung (z. B. Chemotherapie) muss begonnen haben.
- Die körperlichen, seelischen, sozialen oder beruflichen Behinderungen, die durch die Erkrankung bzw. deren Behandlung entstanden sind, müssen therapierbar bzw. positiv zu beeinflussen sein.
- Der Patient muss für die onkologische Rehabilitation ausreichend belastbar sein.

Des Weiteren müssen bestimmte versicherungsrechtliche Bedingungen erfüllt sein und es dürfen keine Ausschlussgründe vorliegen.

3.4.1.2 Rehabilitationszugang

Unter Rehabilitation versteht man ein ambulantes oder stationäres Heilverfahren, das die Gesundheit nach schwerer Erkrankung und intensiver Behandlung wiederherstellen soll. Zur Rehabilitation gibt es verschiedene (medizinisch gleichwertige) Zugänge:

Frage: Wer übernimmt die Kosten für die Rehabilitation?

Antwort: Sowohl Krankenkassen als auch Rentenversicherung können Kostenträger sein. Die Rentenversicherung ist Kostenträger für Rehabilitationen für Menschen im Erwerbsleben, die Krankenkassen für Nichterwerbstätige, z.B. Rentnerinnen und Rentner sowie Menschen, die keine Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben.

Frage: Was sind das für versicherungsrechtlichen Bedingungen und Ausschlussgründe?

Antwort: Voraussetzungen, die für die Genehmigung einer onkologischen Rehabilitation erfüllt sein müssen, sind folgende:

- a) Leistung von Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung über einen Zeitraum von 6 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung oder

¹⁶ https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1418/RL-Reha_2017-03-16_iK-2017-06-09.pdf

- Anschlussrehabilitation,
- Antragsverfahren (oder „Allgemeines Heilverfahren“).

Sie unterscheiden sich lediglich hinsichtlich der Einleitung, der Fristen und der Zuzahlungen.¹⁷

- b) Innerhalb von 2 Jahren nach Ausbildung Ausübung einer versicherten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit oder
- c) vor Antragstellung versicherte Beschäftigung / selbständige Tätigkeit innerhalb von 2 Jahren nach Ausbildung oder
- d) nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen oder
- e) drohende Erwerbsminderung und Nachweis einer Wartezeit von 5 Jahren oder
- f) Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder
- g) Altersrente und Nachweis einer Wartezeit von 5 Jahren.

Ausschlussgründe:

- a) Beamte haben z. B. keinen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen durch die gesetzliche Rentenversicherung.
- b) Selbstständige, die keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung leisten (z. B. weil sie Zahlungen an ein berufsständisches Versorgungswerk leisten).
- c) bei Anspruch auf gleichartige Leistungen zulasten eines anderen Rehabilitationsträgers (zum Beispiel über die gesetzliche Unfallversicherung wegen einer Berufskrankheit).

¹⁷ https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/o2_Rehabilitation/o2_leistungen/o2_ahb/ahb_node.html

Frage: Können Empfänger einer Erwerbsminderungsrente eine Reha bekommen?

Antwort: Da Erwerbsgeminderte in der Vergangenheit durchaus Beitragszahlungen geleistet haben können, können auch Erwerbsminderungsrentner zu Lasten der Rentenversicherung Rehabilitationen durchführen.

3.4.1.2.1 Anschlussrehabilitation (auch Anschlussheilbehandlung oder AHB)

Die Anschlussrehabilitation folgt unmittelbar auf eine stationäre oder ambulante Behandlung (nach Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie). Zwischen dem Ende der Erstbehandlung und dem Beginn der Rehabilitation dürfen maximal zwei Wochen liegen.

Möchte der Patient eine Anschlussrehabilitation wahrnehmen, dann leitet der Sozialdienst der Akutklinik, der Arzt in der Strahlentherapiepraxis oder der onkologischen Praxis die Anschlussrehabilitation ein. Einleitung bedeutet hierbei das Ausfüllen von Antragsformularen.

Die Antragsformulare werden danach der Klinik zugeleitet, in der der Patient die Rehabilitationsmaßnahme durchführen lassen möchte. Sie werden dort im Auftrag der Rentenversicherung von den leitenden Ärzten auf die Kriterien der Rehabilitationsfähigkeit überprüft und entsprechend genehmigt oder abgelehnt.

Frage: Wie geht das mit dem Ausfüllen der Antragsformulare vor sich?

Antwort: Wenn der Patient eine Rehabilitation durchführen möchte, dann können der Sozialdienst der Akutklinik, aber auch der niedergelassene Strahlentherapeut oder Onkologe eine Anschlussrehabilitation einleiten, das heißt, die Formulare ausfüllen. Der Patient muss natürlich einverstanden sein und unterschreiben.

3.4.1.2.2 Antragsverfahren (auch: „Allgemeines Heilverfahren“)

Bei diesem Zugang zur Rehabilitation stellt der Patient seinen Rehabilitationsantrag direkt an den Leistungsträger (Renten- oder Krankenversicherung).

Dem Antrag sollte eine ärztliche Stellungnahme (zum Beispiel aktueller Befundbericht, Gutachten oder aktueller Krankenhausbericht) beigefügt werden.

Frage: Wie geht die Antragstellung genau vor sich? Wie bekommt man die Antragsformulare?

Antwort: Der Patient kann die erforderlichen Antragsformulare direkt von der Webseite der Deutschen Rentenversicherung herunterladen oder sie sich auch in den Beratungsstellen der Rentenversicherung aushändigen oder zuschicken lassen. Unterstützung geben ebenfalls die Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung.

Bei Antragstellung an die Krankenkasse kann man sich auch dort hin wenden. Informationen zu den zuständigen Stellen gibt es unter: www.reha-servicestellen.de.

Bei Genehmigung legt der Leistungsträger die Rehabilitationseinrichtung (Rehabilitationsklinik oder ambulante Rehabilitationseinrichtung) fest, in der die Rehabilitation durchgeführt wird und benachrichtigt sowohl Rehabilitationseinrichtung als auch Patienten über die Bewilligung. Die Rehabilitationseinrichtung lädt den Patienten innerhalb von maximal drei Monaten zum Rehabilitationsverfahren ein.

Frage: Nach welchen Kriterien wird entschieden, ob eine ambulante oder stationäre Reha bewilligt wird?

Antwort: Die Rentenversicherung und auch die Krankenversicherungen ziehen seit längerer Zeit aus Kostengründen ambulante gegenüber stationären Rehabilitationen vor. Ambulante Einrichtungen haben Vorrang vor Rehabilitationskliniken. Genehmigt werden bei den ambulanten Einrichtungen insgesamt 15 Rehabilitationstage, die in beliebigem Ablauf absolviert werden können. Wochenenden zählen nicht. Die Effektivität der ambulanten Rehabilitation ist bei schwerer Beeinträchtigung mit ausgeprägter Fatigue oder anderen Funktionsstörungen eingeschränkt. Da bei ambulanten Einrichtungen weder Gruppenbildung nach Alter noch spezialisierte Konzepte möglich sind, sind ambulante Rehabilitationen vor allem für jüngere Krebspatienten (bis 32 Jahre) nicht sinnvoll. Für Patienten von 33–39 Jahren kann eine ambulante Rehabilitation sinnvoll sein, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Patient ist bereits fest im Berufsleben etabliert,
- hat eine eigene Familie mit möglicherweise Kindern,
- Größere psychische und körperliche Beeinträchtigungen liegen nicht vor.

Frage: Gibt es auch eine Wahlmöglichkeit für den Patienten zwischen ambulant und stationär?

Antwort: Die Leistungsträger bevorzugen aus Kostengründen ambulante gegenüber stationären Rehabilitationen. Sie können einen Wunsch für eine ambulante oder stationäre Rehabilitation äußern. Es gibt Rehabilitationseinrichtungen, die ausschließlich ambulante Rehabilitationen anbieten. Die meisten Rehabilitationskliniken können ebenfalls ambulante Rehabilitationen durchführen. Ist aus medizinischen Gründen eine stationäre Rehabilitation erforderlich (z.B. weil noch eine starke Schwächung des Organismus mit ausgeprägter Erschöpfung besteht), so wird eine ambulante Rehabilitation möglicherweise nicht so gute Ergebnisse erzielen wie eine stationäre Rehabilitation.

Frage: Gibt es eine Widerspruchsmöglichkeit für den Patienten, wenn er mit der Art der Reha (ambulant/stationär) nicht einverstanden ist?

Antwort: Ja, ein Widerspruch ist möglich. Wenn Sie mit der Entscheidung Ihres Leistungsträgers nicht einverstanden sind, sollten Sie Ihrem Widerspruch eine ärztliche Stellungnahme Ihres Onkologen/Hämatologen beifügen, in der ausgeführt wird, dass aus medizinischen Gründen (Schwächezustand, Beeinträchtigungen, Funktionsstörungen etc.) eine ambulante Rehabilitation nicht ausreichend/nicht möglich ist.

3.4.1.3 Dauer der Rehabilitation

Die reguläre Dauer der Rehabilitation beträgt drei Wochen, unabhängig davon, ob sie als Anschlussrehabilitation (AHB) oder als allgemeines Heilverfahren durchgeführt wurde. Sie kann bei medizinischer Notwendigkeit um eine Woche verlängert werden (sehr selten noch länger). Einige Kliniken bieten spezielle Konzepte für die Rehabilitation junger Erwachsener bzw. mit begleitendem Kind / begleitenden Kindern mit vier-wöchiger Dauer an.¹⁸

3.4.1.4 Fristen und Zeiträume / Wiederholung der Rehabilitation

Bis zu einem Jahr nach dem Ende der Erstbehandlung kann eine onkologische Rehabilitation in Anspruch genommen werden (bei erheblichen Funktionsstörungen auch bis zu zwei Jahren nach dem Ende der Erstbehandlung). Dies bedeutet:

- Eine **erste** onkologische Rehabilitation ist innerhalb eines Jahres nach dem Ende der Akutbehandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie oder andere medikamentöse Krebsbehandlung) möglich.
- Eine **zweite** onkologische Rehabilitation ist bis zum Ablauf des zweiten Jahres nach dem Ende der Akutbehandlung möglich, sofern eine medizinische Notwendigkeit hierfür besteht. Die medizinische Notwendigkeit sollte bei Antragstellung durch entsprechende ärztliche Fachgutachten / Entlassungsberichte/Befundberichte nachgewiesen werden.

¹⁸ <https://www.junge-erwachsene-mit-krebs.de/patienten-info/rehakliniken-und-nachsorge/>

Schreitet die Erkrankung fort oder kehrt sie zurück, dann beginnen die Zeiträume von neuem.

Erwerbsfähige Versicherte, für die die Deutsche Rentenversicherung Leistungsträger ist, und die nicht dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, können alle vier Jahre einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen, sofern bestimmte Versicherungszeiten erfüllt sind.

Frage: Kann man einen Antrag auf Reha stellen, wenn man eine Erwerbsminderungsrente bekommt?

Antwort: Ja, dies ist möglich. Eine Erwerbsminderung wird primär immer nur auf Zeit ausgesprochen. Dies bedeutet, dass, wenn eine Erwerbsminderung neu zuerkannt wurde, diese immer befristet ist. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass der Patient noch nicht dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist.

Wurde die Erwerbsminderungsrente verlängert und ist dann unbefristet, dann ist der Patient endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, d.h., Rehabilitationen könnten dann de jure schwieriger durchsetzbar sein. In der Praxis geht es dann eher um die Verhinderung einer Pflegebedürftigkeit (wie bei der Altersrente). In der Praxis ist es auch dann zumeist ohne Schwierigkeiten möglich, Rehabilitationen genehmigt zu bekommen.

Frage: Welche versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen für die Genehmigung einer Reha vorliegen?

Antwort: Voraussetzungen, die für die Genehmigung einer onkologischen Rehabilitation erfüllt sein müssen, sind folgende:

- a) Leistung von Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung über einen Zeitraum von 6 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung oder
- b) vor Antragstellung versicherte Beschäftigung / selbstständige Tätigkeit innerhalb von 2 Jahren nach Ausbildung oder
- c) nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen oder
- d) drohende Erwerbsminderung und Nachweis einer Wartezeit von 5 Jahren oder
- e) Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder
- f) Altersrente und Nachweis einer Wartezeit von 5 Jahren.

In dringenden medizinischen Fällen kann eine solche Rehabilitation auch vor Ablauf von vier Jahren beantragt werden (eine stichhaltige Begründung ist erforderlich).

Frage: Wie sind die Chancen, eine Wiederholung der Reha auch vor Ablauf von 4 Jahren zu bekommen?

Antwort: Selten hat man Patienten in der onkologischen Rehabilitation, die tatsächlich 1 x pro Jahr eine Rehabilitation durchführen, und dies 4, 5 oder 6 mal nacheinander. Mit entsprechender Begründung bzw. der Durchsetzungskraft gegenüber der Rentenversicherung ist dies möglich. Der Patient muss dann aber auch bereit sein, bei einer Ablehnung in Widerspruch zu gehen bzw. einen Prozess zu führen.

3.4.1.5 Wunsch- und Wahlrecht

Laut § 8 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) hat der Patient das Recht, sich eine Klinik für die Durchführung der Rehabilitation auszusuchen. Die Wunschklinik muss durch die Deutsche Rentenversicherung für die Durchführung von onkologischen Rehabilitationen auf dem entsprechenden Gebiet zugelassen sein. Medizinische Gründe dürfen der Rehabilitation in der Wunschklinik nicht entgegenstehen.

Der Sozialdienst der Akutklinik berät und unterstützt bei der Klinikauswahl und kennt die von der Deutschen Rentenversicherung zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen. Ob die Wunschklinik des Patienten die entsprechenden Zulassungen für die Rehabilitation bei der Erkrankung erfüllt, kann auch bei der Wunschklinik erfragt werden.

Frage: Erstreckt sich das Wahlrecht auch auf die Frage ambulante/stationäre Reha?

Antwort: Die Leistungsträger bevorzugen ambulante gegenüber stationären Rehabilitationen. Sie können einen Wunsch für eine ambulante oder stationäre Rehabilitation äußern (die meisten Rehabilitationskliniken bieten auch ambulante Rehabilitationen an). Ist aus medizinischen Gründen (wegen starker Schwächung von Kondition und Körperkraft etc.) eine stationäre Rehabilitation erforderlich, so wird eine ambulante Rehabilitation wahrscheinlich nicht so gute Ergebnisse erzielen wie eine stationäre Rehabilitation.

Frage: Kann ich Widerspruch einlegen, wenn meinem Wunsch nicht entsprochen wurde?

Antwort: Ja, ein Widerspruch ist möglich. Man sollte dann ausführen, dass man mit der zugewiesenen Rehabilitationseinrichtung bzw. Klinik nicht einverstanden ist, sondern stattdessen die Rehabilitation in der Einrichtung/Klinik XY (diese genau benennen) wahrnehmen möchte. Ergänzen kann man noch, dass man damit nur sein Wunsch- und Wahlrecht entsprechend § 8 SGB IX wahrnimmt. Die gewählte Klinik muss von der Deutschen Rentenversicherung für die entsprechende Erkrankung zugelassen sein. Evtl. muss man einen Teil der Fahrtkosten selbst übernehmen, wenn die Wunscheinrichtung weiter entfernt liegt als die von der Rentenversicherung zugewiesene Einrichtung.

3.4.1.6 Welches Geld bekomme ich während der Rehabilitation (wirtschaftliche Sicherung)?

Arbeitnehmer erhalten bei einer akuten Erkrankung zunächst die Entgeltfortzahlung für eine Zeitdauer von 6 Wochen zulasten des Arbeitgebers.¹⁹ Besteht die akute Erkrankung nach mehr als sechs Wochen fort, so erhält der Patient ab der siebten Krankheitswoche Krankengeld durch die gesetzliche Krankenversicherung für einen Zeitraum von maximal 78 Wochen.

Während einer Rehabilitationsmaßnahme wird die wirtschaftliche Sicherung des Rehabilitanden und seiner Familie nicht durch Krankengeld, sondern durch Übergangsgeld zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung sichergestellt.

Frage: Wie hoch ist das Übergangsgeld? Wer zahlt es? Wie wird es berechnet?

Antwort: Das Übergangsgeld wird von der Rentenversicherung gezahlt. Die Höhe des Übergangsgeldes für Arbeitnehmer wird aus dem versicherungspflichtigen Arbeitsentgelt berechnet. In der Regel sind es 80% des Bruttogehaltes (max. 100% des Nettogehalts). Bei Kinderlosen 68% des letzten Nettogehalts (mit Kind 75%). Dabei wird auch einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (zum Beispiel Urlaubs-/Weihnachtsgeld) berücksichtigt. Außerdem ist die Höhe des Übergangsgeldes davon abhängig, ob Kinder im Haushalt leben oder der Patient oder sein Ehegatte pflegebedürftig ist. Zusätzlich werden möglicherweise Kosten für eine Haushaltshilfe und Reisekosten übernommen.

Frage: Muss man einen Antrag stellen oder bekommt man das Übergangsgeld automatisch?

Antwort: Unmittelbar vor Beginn der medizinischen Rehabilitation müssen zur Prüfung des Anspruchs und zur Berechnung des Übergangsgeldes Formulare ausgefüllt werden. Vom Arbeitgeber benötigt man hierbei eine Entgeltbescheinigung. Weitere Informationen sind erhältlich unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antraege/01_versicherte/03_reha/_DRV_Paket_Rehabilitation_Uebergangsgeld.html.

¹⁹ § 3 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz

Dies gilt jedoch nur für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen.

Kein Übergangsgeld erhalten Rentner und Hausfrauen, sowie freiwillig Versicherte oder Selbstständige ohne Beiträge zur Rentenversicherung im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme.

3.4.1.7 Rehabilitationskonzept

Nach Erstbehandlung wegen einer Krebserkrankung wird heute ein aktivierendes Konzept zur Wiederherstellung der Gesundheit bzw. Genesung verfolgt: es zielt darauf ab,

- die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern,
- die für die jeweilige Krebserkrankung spezifischen Folgestörungen zu lindern, zu beseitigen oder bewältigen zu helfen,
- die Selbsthilfekompetenz und Selbsthilfefähigkeit zu steigern,
- den Informationsstand über die Erkrankung zu verbessern,
- Fehlvorstellungen abzubauen (zum Beispiel, der Patient müsse sich noch schonen oder hat Schuldgefühle),
- zur Intensivierung körperlicher Aktivitäten zu motivieren,
- zu gesundheitsbewusster Lebensführung anzuleiten,
- das Krankheitsgeschehen besser zu reflektieren,
- psychische Belastungen abzubauen,

um auf diese Weise den Patienten in Beruf, Familie und Gesellschaft zu reintegrieren.

Frage: Wie ist die Situation für privat Krankenversicherte?

Antwort: „Übergangsgeld“ gibt es lediglich bei gesetzlich Versicherten. Privatversicherte sind für sich selbst verantwortlich. Möchte man als Privatversicherter eine entsprechende Leistung im Fall der Fälle haben, so muss man sie zuvor versichern, z. B. durch Abschluss einer Versicherung für Krankentagegeld im Rahmen der privaten Krankenversicherung.

3.4.1.8 Rehabilitationsablauf

Zu Beginn der Rehabilitation wird eine Rehabilitationsdiagnostik durchgeführt, die allgemeine und für die Erkrankung spezifische Folgestörungen identifizieren und quantifizieren soll (Erkennung von Schädigungsmustern). Die hierbei festgestellten Funktionsschäden (zum Beispiel Muskelschwäche, Konditionsmangel, Gleichgewichtsstörungen etc.) sind bestimmend für das Therapieprogramm, das während der Rehabilitation verfolgt werden soll. Arzt und Patient stellen hierfür gemeinsam einen Therapieplan auf, der im Verlauf durch regelmäßige Visiten überprüft wird (ggf. Therapieplanergänzung oder -änderung). Bei der Abschlussuntersuchung überprüft der Arzt, inwieweit die in Angriff genommenen Rehabilitationsziele erreicht werden konnten. Der Patient legt zum Abschluss aus seiner Sicht dar, ob und in welcher Weise die Rehabilitation für ihn nützlich war.

3.4.1.9 Welche therapeutischen Angebote darf man während einer Rehabilitation erwarten?

Folgende Therapien werden im Allgemeinen im Rahmen einer Reha angeboten:

- Sport- und Bewegungstherapie (Ergometertradtraining, Training am Cross-Walker, medizinische Trainingstherapie, Walking, Nordic Walking). Diese Therapien dienen der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verbesserung von Kondition und Ausdauerleistung sowie Steigerung der Muskelkraft.

Frage: Wer macht die Rehabilitationsdiagnostik und was wird konkret gemacht?

Antwort: Die Rehabilitationsdiagnostik wird zu Beginn des Heilverfahrens von dem zuständigen Stationsarzt durchgeführt/veranlasst. Sie hat den Zweck, Funktionsschäden, Einschränkungen und Behinderungen, die als Folge der malignen Erkrankung oder deren Behandlung eingetreten sind, zu identifizieren und zu quantifizieren. Je nach Grunderkrankung und Folgestörungen können unterschiedliche Methoden zum Einsatz kommen. Es erfolgt immer eine gründliche körperliche Untersuchung, Bestimmung von Körpergewicht, Körpergröße, Berechnung des Body-Mass-Index, ggf. Labordiagnostik. Weitere Funktions- und apparativ-technische Untersuchungen werden bei Bedarf ergänzt. Bei deutlich reduziertem Körperzustand Bestimmung des Barthel-Index (gibt Auskunft über die Selbsthilfefähigkeit). Des Weiteren: 6-Minuten-Gehtest, Ruhe-EKG, Ergometrie, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Bodyplethysmographie (große Lungenfunktion), Endoskopie, Zystoskopie, Röntgenuntersuchungen etc.

- Physiotherapie / Krankengymnastik / Gruppengymnastik: Verbesserung der Beweglichkeit eines Körpergelenks (z. B. Schultergelenk), Verbesserung von Koordination und Beweglichkeit, Verbesserung der Atmungsfunktion, Gefäßtraining, Beckenbodentraining.
- Manuelle Lymphdrainage: bei Vorliegen eines Lymphödems in einem Körperglied (Arm oder Bein).
- Thermo- / Elektrotherapie: zur Muskelentspannung / Schmerzbehandlung.
- Psychologische Betreuung: Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, Linderung von Depression und Angst, Erlernen des Umgangs mit Stress, Erlernen eines Entspannungsverfahrens (Muskelentspannung nach Jacobsen, Autogenes Training), nonverbale Krankheitsverarbeitung (Tanztherapie, Kunsttherapie).
- Ernährungstherapie allgemein: Empfehlungen zur Ernährungsumstellung bei Übergewicht, Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen (Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung).
- Ernährungstherapie speziell: verschiedene, der jeweiligen Erkrankung angepasste Kostformen, Empfehlungen zur Ernährungsumstellung bei Zustand nach Magenentfernung, Operationen an Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Leber und Gallenblase, Dick- und Mastdarm, nach Anlage eines künstlichen Darmausgangs.
- Sozialberatung: Informationen zur beruflichen Reintegration, bei Pflegebedürftigkeit / eingeschränkter Selbstständigkeit Organisation weiterer Betreuung bzw. Pflege am Heimatort.
- Gesundheitstraining: Informationen zur jeweiligen Erkrankung, deren Risikofaktoren und möglicher Vorbeugung.

3.4.1.10 Häufige allgemeine Fragen zur Rehabilitation und Antworten

Frage: Was genau macht man in der Rehabilitation?

Antwort: Die Rehabilitation soll durch die Krebserkrankung selbst oder durch ihre Behandlung verursachte Folgestörungen lindern bzw. beseitigen helfen. Das rehabilitative Therapieprogramm erarbeiten Sie gemeinsam mit dem für Sie zuständigen Arzt in der Rehabilitation, ggf. nach entsprechender Vordiagnostik (körperliche Untersuchung, Labor, ggf. apparative Untersuchung). Man kann allgemeine Probleme von speziellen Problemen nach einer Krebsbehandlung unterscheiden. Häufige allgemeine Probleme sind: Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schwäche (*Tumor-bedingte Fatigue*), Muskelschwäche, psychische Belastung, Stress, Schlafstörungen, Konzentrations-, Merkfähigkeitsstörungen, Informationsdefizit zur Erkrankung und zur Frage, wie es nach der Rehabilitation weitergeht (Ausbildung / Studium / berufliche Wiedereingliederung). Bei den speziellen Problemen hängt es sehr von der Erkrankung ab, die behandelt wurde (körperliche Einschränkungen, psychische Belastungsfaktoren, z. T. hormonelle Störungen als Folge der noch notwendigen medikamentösen Behandlung, mögliche sexuelle Funktionsstörungen und daraus resultierende Folgen, wie zum Beispiel Partnerschaftsprobleme).

Frage: Habe ich einen Anspruch auf Rehabilitation?

Antwort: Jeder Versicherte, der in der Bundesrepublik Deutschland wegen eines bösartigen Tumors behandelt wurde und für den Einzahlungen in die Renten- oder Krankenversicherung geleistet wurden, hat Anspruch auf die Durchführung einer Rehabilitation.

Frage: Muss ich eine Rehabilitation absolvieren?

Antwort: Nein, eine Rehabilitation ist nicht verpflichtend. Allerdings schätzt man den durch eine längerdauernde, intensive Behandlung verursachten Kraft- und Konditionsverlust häufig nicht realistisch ein. Eine Rehabilitation kann einerseits sinnvoll sein, um wieder zu Kräften zu kommen und die Ausdauer zu verbessern, andererseits auch zur psychischen Entlastung und Information über die gesundheitliche Situation beitragen.

Frage: Wie sieht es aus, wenn man eine Reha zunächst ablehnt, aber nach Jahren doch eine Reha machen möchte. Gibt es da eventuell Schwierigkeiten, weil man eine derartige Maßnahmen zuvor abgelehnt hat?

Antwort: Lehnt man eine Rehabilitation zunächst ab, und möchte sie dann nach Jahren noch nachholen, so ist dies kein Problem, sofern eine gute medizinische Begründung einen Rehabilitationsbedarf nachweist. Hierbei kann der Hausarzt, Facharzt oder Hämatologe / Onkologe behilflich sein.

Frage: Wer ist Kostenträger der Rehabilitation?

Antwort: Für im Erwerbsleben stehende Menschen ist im Regelfall der Kostenträger der jeweilige Rentenversicherungsträger, beispielsweise für abhängig Beschäftigte die Deutsche Rentenversicherung. Bei Selbstständigen ist ebenfalls die Deutsche Rentenversicherung Kostenträger, sofern entsprechende Einzahlungen geleistet wurden. Bei einigen Berufsgruppen (den „Freien Berufen“, d. h. Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Rechtsanwälte, Steuerberater bzw. Steuerbevollmächtigte, Tierärzte, Wirtschaftsprüfer und vereidigte Buchprüfer, Zahnärzte, Ingenieure sowie Psychotherapeuten) sind auch die entsprechenden berufsständischen Versorgungswerke die Ansprechpartner. Für Nichterwerbstätige, z. B. Rentnerinnen und Rentner sowie Menschen, die keine Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben, ist die Krankenversicherung zuständig.

Frage: Welche versicherungsrechtlichen Voraussetzungen muss ich erfüllen, damit eine Rehabilitation zulasten der Deutschen Rentenversicherung möglich ist?

Antwort: Folgende versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bestehen für eine Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung:

- 1) Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (die Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z. B. Kindererziehungszeiten) oder

- 2) Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von fünf Jahren (§ 50 Abs. 1 SGB VI) bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit oder
- 3) sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung oder
- 4) innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor oder
- 5) Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder
- 6) Anspruch auf große Witwen- / Witwerrente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 11 Abs. 3 SGB VI).

Frage: Lehnt die Rentenversicherung ab, kann ich alternativ bei der Krankenkasse beantragen?

Antwort: Wenn die Rentenversicherung eine Rehabilitation ablehnt, dann deswegen, weil die Voraussetzungen nicht erfüllt sind (Versicherungszeiten nicht erfüllt, keine Versicherungsbeiträge eingezahlt). Besteht nachweisbar Rehabilitationsbedarf, so tritt die gesetzliche Krankenversicherung ein. Eine private Krankenversicherung wird nur dann eintreten, wenn die Leistung „Rehabilitation“ auch tatsächlich explizit im Versicherungsvertrag als versicherte Leistung aufgeführt ist.

Frage: Wie verhält es sich mit der Kostenübernahme für eine Rehabilitation bei privat Versicherten?

Antwort: Ob Deckung für eine Rehabilitation besteht, hängt bei privat Versicherten vom jeweiligen Versicherungsvertrag ab. Ist die Leistung „Rehabilitation“ versichert, dann ist sie explizit unter den versicherten Leistungen aufgeführt. Auch wenn „Rehabilitation“ unter den versicherten Leistungen nicht aufgeführt ist, kann die Versicherung aus Kulanz dennoch die Kosten übernehmen (meist dann aber nur für ein einziges Mal). Es empfiehlt sich daher, auch für den Fall, dass keine Deckung besteht, Kontakt mit der Versicherung aufzunehmen und nachzufragen.

Frage: Muss ich bei einer Rehabilitation einen Teil der Kosten übernehmen? Muss ich Zuzahlungen leisten?

Antwort (gilt für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen): Wenn Sie Ihre Rehabilitation ambulant durchführen, so sind Sie zuzahlungsbefreit. Wenn Sie eine stationäre Rehabilitation durchführen, so müssen Sie abhängig von Ihrem Einkommen ggf. Zuzahlungen leisten (bei Anschlussrehabilitation max. 10€ pro Tag für max. 14 Tage, beim allgemeinen Heilverfahren max. 10 € pro Tag für maximal 42 Tage pro Kalenderjahr). Dies gilt nicht, wenn sie bereits mehr als 2% Ihres jährlichen Bruttoeinkommens für die Behandlung Ihrer Erkrankung aufwenden mussten. Hierbei wird das gesamte Familieneinkommen sämtlicher

Haushaltsangehöriger zu Grunde gelegt. Haben Sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder beziehen Sie während der Rehabilitation Übergangsgeld zu Lasten des Rentenversicherungsträgers, so brauchen Sie keine Zuzahlungen zu leisten. Unabhängig von irgendwelchen Belastungsgrenzen sind bestimmte Arzneimittel von der Zuzahlung befreit. Weitere Informationen:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/o2_reha/o2_leistungen/allgemeines/zuzahlung.html

Frage: Wie und wo beantrage ich eine Rehabilitation?

Antwort: Schließt sich die Rehabilitation direkt an die Erstbehandlung im Krankenhaus an, dann wird sie vom dortigen Sozialdienst eingeleitet (*Anschlussrehabilitation = Anschlussheilbehandlung = AHB*). Ist unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung keine Rehabilitation möglich, kann später mit Unterstützung des behandelnden Facharztes ein Rehabilitationsantrag bei der zuständigen Renten- oder Krankenversicherung gestellt werden. Dem Antrag sollte eine ärztliche Stellungnahme (zum Beispiel aktueller Befundbericht, Krankenhausbericht oder Gutachten) beigelegt werden.

Frage: Wer unterstützt mich bei der Beantragung einer Rehabilitation?

Antwort: Hilfe erhalten Sie von ihrem Hausarzt, Facharzt (Onkologe/Hämatologe) bzw. den Beratungsstellen der Deutschen

Rentenversicherung. Wichtig: In jedem Falle sollten Sie sich der Unterstützung des Arztes Ihres Vertrauens versichern, indem Sie sich entsprechende Unterlagen (Entlassungsberichte/Befundberichte/Gutachten) in Kopie geben lassen, die Sie Ihrem Antrag beilegen. Falls Sie sich psychisch belastet fühlen und/oder sich bereits in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung befinden, wäre ein Zwischenbericht Ihres Psychologen/Psychotherapeuten als Anlage zum Rehabilitationsantrag hilfreich.

Frage: Macht es einen Unterschied, ob die Rehabilitation vom Krankenhaus oder erst später vom Fach-/Hausarzt organisiert und beantragt wird?

Antwort: Organisiert die Akutklinik die Rehabilitation, so nennt man dies *Anschlussrehabilitation* (= *Anschlussheilbehandlung* = *AHB*). Organisiert der Fach- oder Hausarzt später die Rehabilitation, so nennt man dies „Allgemeines Heilverfahren“. Die beiden Zugänge zur Rehabilitation unterscheiden sich in der Höhe der zu leistenden Zuzahlungen für GKV-Versicherte.

Frage: Welche Fristen gelten für die Inanspruchnahme einer *Anschlussrehabilitation* (= *Anschlussheilbehandlung* = *AHB*)?

Antwort: Eine Anschlussrehabilitation wird im Regelfall vom Sozialdienst der Akutklinik bzw. der Arztpraxis/ dem medizinischen Versorgungszentrum eingeleitet, in dem man behandelt wird. Die

Anschlussrehabilitation muss offiziell innerhalb von zwei Wochen nach dem Ende der Behandlung beginnen. Als Ende der Behandlung gilt bei Krankenhausaufenthalt das Datum der Entlassung, bei ambulanter Behandlung der letzte Behandlungstermin in der Praxis. Da diese Verfahrensweise im praktischen Ablauf nicht immer eingehalten werden kann (z. B. wegen noch nicht abgeschlossener Wundheilung), akzeptiert die Deutsche Rentenversicherung Bund einen Abstand von fünf Wochen. Bei den regionalen Rentenversicherungen und bei der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Nordrhein-Westfalen (Bochum) wird diese Grenze etwas strenger gehandhabt. Ist aus medizinischen Gründen die Zwei-Wochen-Frist nicht einzuhalten, so kann sie mit entsprechender Begründung überschritten werden. Bei Bestrahlungsbehandlung gilt ein Abstand von 6 Wochen zwischen dem Ende der Bestrahlung und dem Beginn der Anschlussrehabilitation (bei Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich: zehn Wochen).

Frage: Kann ich die Rehabilitation auch ambulant durchführen?

Antwort: Auch eine ambulante Rehabilitation ist möglich. Allerdings gibt es nur wenige Rehabilitationskliniken, die sich auf die Behandlung jugendlicher und junger Erwachsener spezialisiert haben. Wenn man in der Nähe einer solchen Einrichtung wohnt, dann kann eine Rehabilitation durchaus auch ambulant durchgeführt werden.

Frage: Wie lege ich Einspruch gegen eine bestimmte, mir zugewiesene Rehabilitationsklinik ein?

Antwort: Sie senden auf die Belegungszuweisung / den Bewilligungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung oder der Krankenkasse, die Ihnen persönlich oder dem Sozialdienst der Akutklinik, in der sie behandelt werden / wurden, zugewgangen ist, ein Schreiben, das Sie per Einschreiben mit Rückschein versenden. In diesem Schreiben führen Sie aus, dass Sie die Ihnen zugewiesene Einrichtung ablehnen und stattdessen die Behandlung in einer anderen Einrichtung wünschen (bitte diese genau benennen). Sie führen dann auf, dass Sie mit diesem Wunsch von ihrem gesetzlich zugesicherten Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 8 SGB IX Gebrauch machen. Bitte beachten Sie: Die Klinik, die Sie als Alternative ins Auge fassen, muss von der Deutschen Rentenversicherung für die Rehabilitation Ihrer Erkrankung zugelassen sein. Ob Ihre Rehabilitationsklinik zugelassen ist, erfahren Sie von der Klinik selbst oder auch über die Deutsche Rentenversicherung.

Frage: Worin unterscheidet sich eine Rehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene von herkömmlichen Rehabilitationen?

Antwort: Rehabilitationskliniken, die Jugendliche und junge Erwachsene rehabilitieren, haben Konzepte entwickelt, die über eine Rehabilitationsdauer von insgesamt vier Wochen ablaufen („normale“ Rehabilitationsdauer nur drei Wochen).

Durchgeführt wird die Rehabilitation in einer Gruppe von zumeist zehn bis zwölf Teilnehmern, hierbei werden Betroffene im Alter von 16 – 18 Jahren (Jugendliche) bzw. 18 – 32 Jahren (junge Erwachsene) gemeinsam rehabilitiert. Die jeweiligen Gruppen haben ihre eigenen räumlichen Bereiche sowohl für die Behandlung als auch die Freizeit. Neben einer intensiveren psychologischen Betreuung gibt es auch pädagogische Angebote außerhalb der regulären Therapiezeiten / in der Freizeit (abends und am Wochenende).

Frage: Gibt es für mich als junge Mutter / jungen Vater die Möglichkeit, zur Rehabilitation mein Kind mitzunehmen?

Antwort: Es gibt Kliniken, die Rehabilitationen für Mütter oder Väter mit begleitenden Kindern anbieten. Abhängig vom Lebensalter wird Ihr Kind im Kindergarten oder in der Schule betreut, während Sie Ihre rehabilitativen Anwendungen absolvieren.

Frage: Kann mich neben meinem Kind auch mein Partner begleiten?

Antwort: Es gibt Rehabilitationskliniken, die die Unterbringung im Familienapartment anbieten. Für die Begleitpersonen muss in jedem Fall eine Kostenübernahmeerklärung vorliegen. Wenn der Partner ebenfalls eine Rehabilitation benötigt (möglicherweise nicht wegen einer Krebserkrankung, sondern beispielsweise bei orthopädischen, kardiologischen oder neurologischen Krankheitsbildern), kann für ihn ebenfalls ein Rehabilitationsantrag gestellt werden.

Frage: Kann ich eine zweite Rehabilitation erhalten, wenn ich schon eine Rehabilitation gemacht habe?

Antwort: Eine zweite onkologische Rehabilitation ist bis zum Ablauf des zweiten Jahres nach dem Ende der Akutbehandlung möglich, sofern eine medizinische Notwendigkeit hierfür besteht. Die medizinische Notwendigkeit sollte bei der Antragstellung durch entsprechende *ärztliche Fachgutachten/Entlassungsberichte/Befundberichte* nachgewiesen werden. Erwerbsfähige Versicherte, für die die Deutsche Rentenversicherung Leistungsträger ist, und die nicht dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, können alle vier Jahre einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen, sofern bestimmte Versicherungszeiten erfüllt sind. In dringenden medizinischen Fällen kann eine solche Rehabilitation auch vor Ablauf von vier Jahren beantragt werden (stichhaltige Begründung durch den behandelnden Haus- bzw. Facharzt).

Frage: Kann ich eine Rehabilitation wahrnehmen, wenn ich unmittelbar nach der Erstbehandlung keine Rehabilitation durchgeführt habe?

Antwort: Bis zu einem Jahr nach dem Ende der Erstbehandlung kann eine onkologische Rehabilitation in Anspruch genommen werden (bei erheblichen Funktionsstörungen auch bis zu zwei Jahren nach dem Ende der Erstbehandlung). Dies bedeutet: eine erste onkologische Rehabilitation ist innerhalb eines Jahres nach dem Ende der Erstbehandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie oder

andere antineoplastische medikamentöse Behandlung) möglich. Eine zweite onkologische Rehabilitation ist bis zum Ablauf des zweiten Jahres nach dem Ende der Akutbehandlung möglich, sofern eine medizinische Notwendigkeit hierfür besteht. Die medizinische Notwendigkeit sollte bei Antragstellung durch entsprechende *ärztliche Fachgutachten/Entlassungsberichte/Befundberichte* nachgewiesen werden. Schreitet die Erkrankung fort oder kehrt sie zurück, dann beginnen die Zeiträume von Neuem.

Frage: Kann ich auch eine (erneute) Rehabilitation in Anspruch nehmen, wenn ich bereits Erwerbsminderungsrente beziehe?

Antwort: Erwerbsminderungsrentner, die eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit beziehen, gelten nicht als dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und können daher ebenfalls eine Rehabilitation in Anspruch nehmen. Sind Sie auf Dauer aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und beziehen Erwerbsminderungsrente, so könnte als Kostenträger für eine Rehabilitation auch die Krankenkasse/Pflegekasse infrage kommen (Ziel: Verhinderung einer Pflegebedürftigkeit).

Frage: Gibt es Rehabilitationskliniken, die Patienten in bestimmten Altersgruppen behandeln?

Antwort: Es gibt Rehabilitationskliniken, die Patienten in verschiedene Altersgruppen einteilen und in Gruppen rehabilitieren. Beispiele hierfür wären die Altersgruppen der Jugendlichen (16 – 18 Jahre), der jungen Erwachsenen (18 – 32 Jahre),

der Personen im jungen Erwachsenenalter (32 – 50 Jahre) sowie ältere Patienten (>50 Jahre). Darüber hinaus gibt es Kliniken für Kinderrehabilitation (<16 Jahre).

Frage: Gibt es Rehabilitationseinrichtungen / Rehabilitationskliniken mit Schwerpunkt „Fatigue“?

Antwort: Sämtliche Rehabilitationseinrichtungen, die durch die Deutsche Rentenversicherung zur Durchführung von Rehabilitationen nach Krebsbehandlung zugelassen sind, kennen das Problem „Fatigue“ und behandeln es mit zum Teil unterschiedlichen Therapieansätzen.

Frage: Wie lange dauert eine Rehabilitation?

Antwort: Eine Rehabilitation dauert im Regelfall drei Wochen (bei ambulanter Rehabilitation werden 15 Tage genehmigt, die in beliebiger Reihenfolge absolviert werden können). Eine Rehabilitation kann bei medizinischer Notwendigkeit und entsprechender Begründung durch den betreuenden Arzt in der Rehabilitationsklinik verlängert werden (zumeist um eine Woche, sehr selten um zwei Wochen). Es gibt Kliniken, deren Konzeption für die Rehabilitation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Gruppe eine reguläre Rehabilitationsdauer von vier Wochen vorsieht.

Frage: Welche wirtschaftliche Sicherung besteht für mich als abhängig Beschäftigten während der Rehabilitation bzw. während einer stufenweisen Wiedereingliederung?

Antwort: Während der Rehabilitation bzw. einer stufenweisen Wiedereingliederung

erhalten Sie – je nach Zuständigkeit – Übergangsgeld von der Rentenversicherung bzw. gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei Privatversicherten gilt generell: der privat Versicherte ist für sich selbst verantwortlich. Er kann nur die Leistungen in Anspruch nehmen, für die er sich versichert hat. In diesem Fall wäre z. B. eine Versicherung auf Krankentagegeld erforderlich, so dass Krankentagegeld während der Reha bezogen werden kann.

Frage: Wie hoch ist das Krankengeld?²⁰

Antwort: Das Krankengeld, welches von der Krankenkasse ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit gezahlt wird, liegt bei 70 % des letzten Bruttogehaltes, maximal 90 % des Nettogehaltes. Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung werden darüber hinaus von der Krankenkasse abgezogen. Dies gilt für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Privat Krankenversicherte erhalten Krankentagegeld, wenn sie dies in ihrer Versicherung abgeschlossen haben.

Frage: Wie hoch ist das Übergangsgeld?²¹

Antwort: Die Höhe des Übergangsgeldes für Arbeitnehmer wird aus dem versicherungspflichtigen Arbeitsentgelt berechnet. Dabei wird auch einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (zum Beispiel Urlaubs-/Weihnachtsgeld) berücksichtigt. Außerdem ist die Höhe des Übergangsgeldes davon abhängig, ob Kinder im Haushalt leben oder der Patient oder sein Ehegatte pflegebedürftig ist. Das Übergangsgeld liegt bei etwa 80 % des Bruttogehaltes, maximal 100 % des Nettogehaltes (für Kinderlose liegt es bei 68 %

²⁰ § 47 Sozialgesetzbuch V

²¹ § 66 Sozialgesetzbuch IX

des letzten Nettogehaltes). Sind Kinder zu versorgen, so liegt das Übergangsgeld bei etwa 75 % des letzten Nettogehaltes. Kosten für eine eventuell notwendige Haushaltshilfe sowie Reisekosten werden zusätzlich übernommen. Kein Übergangsgeld erhalten Rentner und Hausfrauen sowie freiwillig Versicherte oder Selbstständige ohne Beiträge zur Rentenversicherung im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme. Privat Krankenversicherte erhalten Krankentagegeld, wenn sie dies in ihrer Versicherung abgeschlossen haben.

Frage: Welche Bezüge sind für den Fall vorgesehen, dass sich meine Genesung verzögert, weil Folgestörungen, die durch die intensive Behandlung verursacht wurden, sich langsamer als erwartet zurückbilden?

Antwort: Bei abhängiger Beschäftigung (als Angestellter oder Arbeiter) bezahlt der Arbeitgeber das Gehalt bis zu sechs Wochen nach Beginn der Krankschreibung (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall). Ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie bis einschließlich zur 78. Woche Krankengeld von der Krankenkasse. Vor Auslaufen des Krankengeldes wird Ihre Krankenkasse mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um Ihnen zu empfehlen, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen. Zeigt sich bei dieser Rehabilitation, dass Ihre Genesung noch mehr Zeit benötigt, so kann bei Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit zuerkannt werden.

Privat Versicherte müssen eine entsprechende Tagegeldversicherung abschließen, um jenseits der 6. Krankheitswoche in den Genuss einer entsprechenden Leistung zukommen. Die Höhe des Tagegeldes bemisst die Höhe der Prämie, die dafür in Ansatz gebracht wird. Zumeist gibt es eine Dynamisierung, d. h., die Prämie steigt im Laufe der Jahre an, um die Geldentwertung zu berücksichtigen.

Frage: Womit habe ich als Beamter zu rechnen, wenn sich Folgestörungen, die durch die Krebserkrankung bzw. ihre Behandlung entstanden sind, nicht bessern und ich dadurch nicht dienstfähig bin?

Antwort: Der Amtsarzt wird in einem solchen Fall zunächst erst mal prüfen, ob Dienstunfähigkeit vorliegt und sich Befundberichte der durchgeführten Nachuntersuchungen vorlegen lassen, eventuell auch eine medizinische Rehabilitation anregen.

3.4.2 Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation hat zum Ziel, die Erwerbsfähigkeit wiederzuerlangen und damit das Erwerbseinkommen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu sichern.

3.4.2.1 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation wird in den Stufen A und B eigentlich von allen onkologischen Rehabilitationskliniken angeboten. Derartige Maßnahmen sind Teil der onkologischen Rehabilitation, kommen aber nur bei entsprechendem Bedarf zum Einsatz (zum Beispiel bei herabgesetzter Stresskompetenz oder bei besonderen beruflichen Problemlagen).

Hinweise auf besondere berufliche Problemlagen sind:

- a) Problematische sozialmedizinische Verläufe (z.B. lange Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit).
- b) Negative subjektive berufliche Prognose; Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können.
- c) Aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung.

Näheres zu besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL):

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf

Mit der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation soll eine Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit erreicht werden, vor allem mit Blick auf die am Arbeitsplatz zu leistenden Anforderungen.

Des Weiteren sollen im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit während der Rehabilitation auch Kenntnisse und Kompetenzen vermittelt werden. Diesem Zweck dienen während der Rehabilitation Patientenschulungen mit arbeits- und berufsbezogenen Themen.

Faktoren, die sich ungünstig auf die Arbeitsfähigkeit eines Rehabilitanden, seinen Verbleib im bzw. seine Rückkehr ins Erwerbsleben auswirken (z.B. biomechanische Belastungen, sensomotorische Anforderungen der Arbeitsumgebung, psychosoziale Belastungen) sollen positiv beeinflusst werden. Zur Erfassung dieser Problemfelder erfolgt zu Beginn der Rehabilitation die entsprechende Diagnostik (Funktionsuntersuchungen, Arbeitsplatzbeschreibung, Screenings, Assessments, diagnostische Fragebögen).

Von therapeutischer Seite schließen sich ggf. interne oder externe Belastungserprobungen, Arbeitstherapie / Arbeitsplatztraining, sowie Informationen von psychosozialer Seite an, in denen es um häufige Belastungsfaktoren im Arbeitsleben geht. Dies können Themen sein, wie Stresssituationen / soziale Konflikte am Arbeitsplatz, Umgang mit Arbeitsplatzgefährdung / Arbeitslosigkeit, berufliche Perspektiven, Rückkehr in das Arbeitsleben, berufliche Wiedereingliederung, Arbeitsmotivation und Arbeitsverhalten sowie berufliche Identität.

Frage: Welche Möglichkeiten habe ich, mich über die verschiedenen Voraussetzungen von Berufen (Belastungsprofil etc.) zu informieren?

Antwort: Hilfe geben die Berufsberatung der Agentur für Arbeit, ggf. auch der Sozialdienst in der Akutklinik oder Rehabilitationsklinik.

Frage: Wo und in welchem Rahmen werden diese Dinge angeboten und durchgeführt?

Antwort: Es handelt sich um Angebote und Maßnahmen, die während der medizinisch-onkologischen Rehabilitation durchgeführt werden.

Nach dem von der Deutschen Rentenversicherung definierten Leistungsangebot unterscheidet man 3 Stufen.

In allen Reha-Einrichtungen wird durchgeführt:

MBOR Stufe A => beruflich orientierte Basisangebote (z.B. Diagnostik erwerbsbezogener Problemlagen, Arbeitsplatzberatung etc.)

MBOR Stufe B => Screenings und Assessments => MBOR-Kernangebote (z.B. psychoedukative Gruppenangebote, da geht es um [psychische] Belastungen am Arbeitsplatz, Stress, Druck, ständige Erreichbarkeit, Mobbing etc. und wie der Versicherte sich in solchen Fällen gegenüber dem Vorgesetzten verhalten soll)

Nur in speziellen Einrichtungen wird durchgeführt:

MBOR Stufe C => spezifische MBOR-Angebote (z.B. Belastungserprobung)

Weitere Informationen:

Übersicht: <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/>

Anforderungen an Kliniken: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf

3.4.2.2 Maßnahmen, um eine Arbeitsstelle neu zu bekommen oder einen vorhandenen Arbeitsplatz zu erhalten („Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“)

Stellt der Arzt in der Rehabilitationseinrichtung während der Rehabilitationsmaßnahme einen Bedarf für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben fest, so wird dies dem zuständigen Rentenversicherungsträger durch den

Frage: Wer stellt auf welche Weise den Antrag auf diese Dinge?

Antwort: Bei entsprechendem Bedarf kreuzen die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung im Formular des Reha-

Reha-Entlassungsbericht mitgeteilt. Die Rentenversicherung überprüft daraufhin, welche Maßnahmen notwendig sind und leitet diese ein. Ergibt sich erst nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation ein Bedarf, so kann der Rehabilitand auch den Antrag zu einem späteren Zeitpunkt stellen. Behilflich sind hierbei die Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung.²²

Die Leistungen umfassen Geld- und Sachleistungen an behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen sowie Geldleistungen an den jeweiligen Arbeitgeber.²³

Es werden Kosten übernommen für:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, z. B. durch Umschulungen, Weiterbildungen und berufliche Trainingsmaßnahmen
- Berufsvorbereitung (s. u.).
- Die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung,

Entlassungsberichtes das Kästchen „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ an. Dies ist das Signal für den Rentenversicherungsträger, die Sachlage zu prüfen und ggf. entsprechende Unterstützung einzuleiten. Der Antrag kann aber auch unabhängig von einer Rehabilitation durch den Patienten selbst gestellt werden. Das entsprechende Formular lässt sich von der Webseite der Rentenversicherung herunterladen:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antraege/_pdf/Go130.pdf?_blob=publicationFile&v=16

Unterstützung geben die Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung

Frage: Was bedeutet individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung?

Antwort: Hierbei sollen Menschen mit Behinderung die Chance erhalten, auch ohne Berufsabschluss Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu bekommen, insbesondere wenn eine Berufsausbildung wegen der Art der Behinderung nicht infrage kommt, aber mit besonderer Unterstützung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich erscheint. Informationen:

<https://www.rehadat-bildung.de/de/angebote/InBeQ-unterstuetzte-beschaeftigung/>

²² https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/5_Services/01_kontakt_und_beratung/02_beratung/01_beratung_vor_ort/01_servicezentren_beratungsstellen_node.html

²³ §§ 49 - 63 Sozialgesetzbuch IX

- Die berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,

Frage: Kann ich eine Umschulung machen, wenn ich in meinem ursprünglichen Beruf, bei dem es regelmäßig zu hohen Belastungen kommt, nicht ausüben kann, sondern stattdessen nur noch sitzende Tätigkeiten im Büro ausführen kann?

Antwort: Eine Umschulung oder andere Formen der Weiterqualifikation können Sie durch einen Antrag auf „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ erhalten. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Versicherten gewährt, die aus gesundheitlichen Gründen ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Auf diesem Wege soll die Eingliederung in das Berufsleben erhalten oder wieder erreicht werden. Zuständig ist Ihre Rentenversicherung, die Sie auch entsprechend berät.

- Die berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenen Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- Gründungszuschuss.²⁴

Frage: Wie hoch kann so ein „Gründungszuschuss“ sein?

Antwort: Die Höhe ist im § 94 SGB III festgelegt:

- 1) 6 Monate der Betrag, den der Arbeitnehmer als Arbeitslosengeld zuletzt bezogen hat, zuzüglich 300 € pro Monat.
- 2) weitere 9 Monate 300 € pro Monat bei Nachweis der Geschäftstätigkeit durch geeignete Unterlagen.

²⁴ § 93 Sozialgesetzbuch III

- Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen,
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten. Dies umfasst
 - Kraftfahrzeughilfe (Zuschuss zum Kauf eines Autos, zum Führerschein oder zur behindertengerechten Ausstattung eines Autos),

Frage: Wer kann einen solchen Zuschuss erhalten und wieviel kann das sein?

Antwort: Kraftfahrzeughilfe erhalten Menschen mit Krankheiten oder Behinderungen als Zuschuss zum Kauf eines Autos, zum Führerschein oder zur behindertengerechten Ausstattung eines Autos, um dadurch den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen. Sie wird geleistet, wenn der Versicherte nicht nur vorübergehend aufgrund von Krankheit oder Behinderung auf die Kfz-Benutzung angewiesen ist. Die Höhe ist abhängig vom Einkommen und kann maximal 9.500 € betragen.

Frage: Ist das einmal 9.500€ im ganzen Leben oder kann der Zuschuss nach einer bestimmten Zeitspanne erneut beantragt werden (z. B. wenn mein altes behindertengerechtes Auto kaputt geht)?

Antwort: § 9 der Kraftfahrzeughilfverordnung sagt aus, dass bei besonderen Härten ausdrücklich Ausnahmen von den sonstigen Vorschriften der Verordnung möglich sind. Wenn es also gute Begründungen dafür gibt, dass nach einer gewissen Zeit ein neues Fahrzeug gefördert werden sollte, zum Beispiel weil das alte Fahrzeug defekt ist, so kann ein entsprechender Antrag mit guter Aussicht auf Erfolg gestellt werden.

- die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenten (Hilfestellung durch einen Assistenten, der dem schwerbehinderten Menschen am Arbeitsplatz behilflich ist),

Frage: Wie sieht das genau aus und wo gibt es weitere Informationen?

Antwort: Eine notwendige Arbeitsassistenten ist eine Hilfestellung durch einen anderen Menschen, der dem schwerbehinderten Menschen behilflich ist. Es handelt sich hierbei um einen über gelegentliche Handreichungen hinausreichenden, regelmäßigen Unterstützungsbedarf am Arbeitsplatz, wobei der schwerbehinderte Mensch, der Arbeitsassistenten in Anspruch nimmt, die am jeweiligen Arbeitsplatz geforderten Kernaufgaben selbst erfüllt.

<https://www.integrationsaemter.de/Arbeitsassistenten/232c1584i1p62/index.html>

- die Kosten technischer Arbeitshilfen zur behindertengerechten Arbeitsplatzgestaltung,
- Ausgleich von Verdienstaussfällen, beispielsweise
 - bei einer notwendigen Begleitung für die Fahrt zur Rehabilitationseinrichtung und / oder zurück zum Wohnort;
 - bei einer notwendigen Dauerbegleitung während der Rehabilitation,
 - im Rahmen der Haushaltshilfe;
 - anlässlich von Untersuchungen im Rehabilitations- oder Rentenverfahren;
 - anlässlich von Vorladungen des Rentenversicherungsträgers.

Verdienstaussfall wird in den o.g. Fällen für die jeweilige Dauer auf Antrag erstattet, sofern er sich nicht hat vermeiden lassen.

Frage: Wie kann ich einen Antrag stellen?

Antwort: Informationen finden sich unter:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antraege/_pdf/Go560.pdf?_blob=publicationFile&v=19

- Begleitperson bei Fahrten zu einer Bildungsmaßnahme oder zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen,
- Die notwendige Arbeitsassistenz bei Schwerbehinderung als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- Hilfsmittel, die wegen Art und Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind,
- Die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz selbst, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
- Technische Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind,
- Die Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, um die Erwerbsfähigkeit wiederzuerlangen oder Krankheitsfolgen zu überwinden, beispielsweise die Beratung durch einen Psychologen oder die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten. Übernommen werden auch Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung

Frage: Was beinhaltet die Wohnungshilfe?

Antwort: Für die Beschaffung von behinderungsgerechtem Wohnraum ist ein in der Regel zinsloses Darlehen bis zu 30.000 € möglich. Daneben können die behinderungsgerechte Anpassung und Ausstattung der Wohnung bis zur vollen Höhe bezuschusst werden. Wohngeld wird laut § 22 Wohngeldgesetz (WoGG) nur auf Antrag gewährt. Zuständig für das Wohngeld sind die Wohngeldbehörden der Gemeinde-, Stadt-, Amts- oder Kreisverwaltung.

einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe am Arbeitsleben notwendig ist. Arbeitgeber können verschiedene Zuschüsse zu den gezahlten Ausbildungsvergütungen und Arbeitsentgelten erhalten.²⁵

Leistungsträger²⁶ sind die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung, seltener die gesetzliche Unfallversicherung (bei beruflich bedingten Krebserkrankungen). Für Jugendliche können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe erbracht werden.

Die Zuständigkeit ergibt sich aus Versicherungszeiten (z.B. zur gesetzlichen Rentenversicherung) sowie Ursachen einer Behinderung.

Die Kostenübernahme ist zeitlich befristet auf maximal drei Jahre.

3.4.3 Leistungen zur Berufsvorbereitung

3.4.3.1 Grundgedanke, sozialrechtliche Grundlagen und Daten

Fehlen für eine Weiterbildungsmaßnahme (z.B. Umschulung) noch bestimmte Grundkenntnisse, so können derartige Defizite durch Schulungsmaßnahmen zur Berufsvorbereitung ausgeglichen werden.

Hat sich als Folge der Erkrankung eine Seh- oder Hörbehinderung eingestellt, die einer erfolgreichen Ausbildung/Wiederaufnahme der

²⁵ § 50 SGB IX

²⁶ § 6 SGB IX

beruflichen Tätigkeit entgegensteht, so gibt es entsprechende Angebote²⁷ zum Ausgleich dieser Behinderungen.

Zu den berufsvorbereitenden Maßnahmen zählen:

- Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB, Dauer 10 – 18 Monate) sollen die berufsübergreifenden Grundqualifikationen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr mit Schulabschluss, aber ohne berufliche Erstausbildung, verbessern und den Einstieg in Ausbildung bzw. Arbeit erleichtern. Die Förderung erfolgt im Regelfall durch die Agentur für Arbeit. Vermittelt werden praktische und theoretische Grundkenntnisse mit dem Ziel der Aufnahme einer Ausbildung / einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss der Berufsvorbereitung. Die Vorbereitung ist nicht auf ein bestimmtes Berufsfeld festgelegt, sondern findet in übergreifender Form in allen relevanten Berufsfeldern statt. Fachliche Schwerpunkte sind kaufmännisch-verwaltende und gewerblich-technische Berufsbereiche. Neben theoretischen Unterweisungen erfolgt Praxisunterricht in Gruppen und Projektarbeit.
- Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge (RVL, Dauer drei bis sechs Monate) gehören zu den Berufsvorbereitungsmaßnahmen und werden vor dem Einstieg in eine Umschulung, Anpassungs- oder Weiterbildungsmaßnahme angeboten und sollen in Vorbereitung auf eine nachfolgende berufliche Weiterbildungsmaßnahme fehlendes

²⁷ Gesetzliche Grundlagen sind § 16 SGB VI in Verbindung mit §§ 49-54 SGB IX sowie § 60 SGB IX

Basiswissen vermitteln. Sie finden in der Regel im Rahmen einer Wiedereingliederung statt und nicht bei der Erstausbildung. Zielgruppe sind Menschen mit Behinderung, deren Schulbesuch oder Ausbildung schon länger zurückliegt und die ohne eine Auffrischung von Wissen und Lerntechniken die anstehende Umschulung oder Weiterbildung nicht beginnen könnten.

- Die Blindentechnische Grundqualifizierung (BTG, Dauer bis zu zwölf Monaten) richtet sich an Jugendliche oder Erwachsene, die erblindet sind oder deren Sehvermögen sich stark verschlechtert hat. Sie findet vor einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme oder Umschulung statt. Vermittelt werden spezielle Fertigkeiten bei Erblindung / stark eingeschränktem Sehvermögen, um den Erfolg nachfolgender Bildungsmaßnahmen sicherzustellen. Durchgeführt werden blindentechnische Grundausbildungen in Schulen für blinde Menschen, in Berufsbildungswerken, Berufsförderungswerken oder sonstigen Rehabilitationseinrichtungen. Zielsetzung ist, den Rehabilitanden in die Lage zu versetzen, Ausbildung / Studium fortzuführen bzw. in den bislang ausgeübten Beruf zurückzukehren.
- Die Hörtechnische Grundqualifizierung (Dauer sechs Monate) richtet sich an Menschen, die sprechen gelernt haben und durch ein Hörgerät oder Cochleaimplantat über ein Resthörvermögen verfügen. Sie wird zumeist als Bestandteil der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme „Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Hörbehinderung“ (IBRH) durchgeführt.

IBRH ist ein Modellprojekt, an dem sich einige Berufsförderungswerke beteiligen, die auf Hörbehinderung spezialisiert sind. Zielgruppen sind Menschen, die in der Regel bereits berufstätig waren. Zielsetzung ist es,

- die individuell mögliche Hörtaktik zu identifizieren, mit der die bestmögliche Kommunikation am Arbeitsplatz erreicht wird,
- das vorhandene Sprachvermögen zu stärken,
- Strategien zu erlernen, mit deren Hilfe die Kommunikation mit nicht hörbehinderten Menschen am Arbeitsplatz sichergestellt werden kann.

3.4.4 Stufenweise Wiedereingliederung für onkologische Patienten

3.4.4.1 Zielstellung

Tumorpatienten sind wegen der notwendigen Diagnostik und Therapie längere Zeit krankgeschrieben. Die Leistungsfähigkeit ist oft auch nach abgeschlossener Behandlung stark herabgesetzt. Insbesondere jüngere Patienten stehen vor der Frage, ob sie ihrer bisherigen Arbeit weiter nachgehen können und sind sich hier sehr unsicher. Für diese Patienten kann das Modell der stufenweisen Wiedereingliederung (auch Hamburger Modell genannt) angewandt werden. Achtung: Eine stufenweise Wiedereingliederung ist nur möglich, wenn der Wiedereinzugliedernde noch einen Arbeitsplatz hat, also ein Anstellungsverhältnis existiert.

Im Rahmen dieser Wiedereingliederung können Patienten ihre Leistungsfähigkeit im Beruf testen und sich somit ausprobieren. Sie können über einen langsamen Beginn der Arbeit wieder an ihren Arbeitsplatz zurückfinden. Dabei ist die stufenweise Wiedereingliederung ausdrücklich als ein Arbeitsversuch anzusehen.

3.4.4.2 Kostenträger für die stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung wird entweder von den gesetzlichen Krankenkassen²⁸ oder aber von der Deutschen Rentenversicherung übernommen.

Frage: Welche Kosten werden in diesem Rahmen übernommen?

Antwort: Wenn die gesetzlichen Krankenkassen für die Stufenweise Wiedereingliederung zuständig sind, zahlen sie das Krankengeld für den Patienten weiter. Ist der Rentenversicherer zuständig, bezahlt er das Übergangsgeld weiter.

Frage: Wie erfolgt die wirtschaftliche Sicherung während der stufenweisen Wiedereingliederung?

Antwort: Während der stufenweisen Wiedereingliederung erhält der Rehabilitand zur wirtschaftlichen Sicherung Übergangsgeld. Dies gilt für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Privat Krankenversicherte erhalten Krankentagegeld, wenn sie dies mit ihrer Versicherung abgeschlossen haben.

Privat versicherte Patienten oder Beamte können über ihren Arbeitgeber ein ähnliches Modell vereinbaren. Die gesetzlichen Grundlagen sind in § 74 SGB V und in § 44 SGB IX geregelt.

Frage: Wer ist für die privat Versicherten der Kostenträger?

Antwort: Privat Versicherte müssen den Vertragstext ihrer Versicherung genau prüfen: Nur wenn eine Fortzahlung des

²⁸ Hierbei ist es wichtig zu wissen, dass während der Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Krankmeldungen) bei der Krankenkasse eingereicht werden müssen. Nur so wird weiterhin Krankengeld gezahlt.

Krankentagegeldes auch bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit vertraglich geregelt ist, kann eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgen.

Das Krankentagegeld ist dabei dem Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Ein Urteil des Bundesgerichtshofs macht allerdings einen wesentlichen Unterschied zwischen beiden Leistungen deutlich: Ein gesetzlich Versicherte kann zwar nach längerer Krankheit eine stufenweise Wiedereingliederung in Anspruch nehmen und hat dann Anspruch auf Übergangsgeld. Ein privat Versicherter jedoch hat keinen Anspruch auf Krankentagegeld (Az. IV ZR 54/14). Für Privatversicherte gibt es daher keine stufenweise Wiedereingliederung mit Zahlung von Übergangsgeld. Für Beamte gibt es ein Programm analog zu dem für gesetzlich Versicherte verfügbaren, welches allerdings nicht von den Rehabilitationskliniken initiiert wird, sondern vom zuständigen Amtsarzt. Übrigens: auch bei gesetzlich Versicherten gibt es keinen Anspruch auf die stufenweise Wiedereingliederung, denn wenn der Arbeitgeber nicht zustimmt, kommt sie nicht zustande.

Sollte die Deutsche Rentenversicherung für die stufenweise Wiedereingliederung als Kostenträger infrage kommen, muss der Patient vorher eine ambulante oder stationäre Rehabilitation absolviert haben. In diesem Fall

Frage: Wie ist dieser Antrag an die Rentenversicherung zu stellen? Kann es der Patient machen? Wer kann ihm helfen?

Antwort: Soll die Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Renten-

muss die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Rehabilitation begonnen werden.

versicherung durchgeführt werden, sollte der Antrag noch während der Rehabilitation durch die Sozialarbeiter und den dort behandelnden Arzt erfolgen. Die notwendigen Formulare halten die SozialarbeiterInnen bereit.

Frage: Wie sieht es im Alternativfall aus, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nicht innerhalb von 4 Wochen nach Reha gemacht werden kann?

Antwort: Wird die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von 4 Wochen nach einer Rehabilitation eingeleitet, die von der Rentenversicherung bezahlt wurde, werden die Kosten auch von der Rentenversicherung übernommen. Beginnt die stufenweise Wiedereingliederung später, oder wurden die Kosten für die Rehabilitation von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen, übernimmt diese die Kosten.

Andernfalls ist die gesetzliche Krankenkasse zuständig

Frage: Wie ist dieser Antrag an die Krankenkasse zu stellen? Kann es der Patient machen? Wer kann ihm helfen? Gibt es eine Frist für das Stellen des Antrags?

Antwort: Der Antrag auf stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Krankenkasse wird durch den Vertragsarzt (Hausarzt oder Facharzt) über das Formular 20 an die Krankenkasse gestellt. Der Patient wendet sich an den Hausarzt, dieser erstellt mit dem Patienten und nach Rücksprache mit dem Arbeitgeber der Stufenplan, der über das Formular 20 an die Krankenkasse eingereicht wird.

Frage: Macht der Kostenträger einen Unterschied für die Höhe oder die Dauer der Leistungen? Ist die theoretisch mögliche Zeitdauer der Wiedereingliederung bei beiden Kostenträgern gleich?

Antwort: Höhe und Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung unterscheiden sich nicht.

3.4.4.3 Voraussetzungen für die stufenweise Wiedereingliederung

Folgende Voraussetzungen muss der Patient erfüllen, um eine stufenweise Wiedereingliederung in Anspruch nehmen zu können:

- Der Patient ist zu Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung noch arbeitsunfähig.
- Der Patient steht noch im Arbeitsverhältnis, der Arbeitsplatz ist noch vorhanden.

Frage: Gibt es auch eine stufenweise Wiedereingliederung, wenn man arbeitsuchend ist?

Antwort: Nein, die stufenweise Wiedereingliederung hat die Voraussetzung, dass ein Anstellungsverhältnis existiert.

- Es muss eine realistische Aussicht bestehen, dass der Patient an seinem Arbeitsplatz eine volle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit über mindestens sechs Stunden täglich erreicht.

Frage: Wer beurteilt das? Gibt es eine Widerspruchsmöglichkeit, wenn das Ergebnis der Beurteilung negativ ist?

Antwort: Der Patient / die Patientin sollte selbst einschätzen, ob sie sich die Fortsetzung der Arbeit zutrauen, zumindest bereit sind, den Versuch zu unternehmen. Der behandelnde Arzt (der Rehabilitationseinrichtung / Hausarzt / Facharzt) sollten den Gesundheitszustand des

Patienten entsprechend einschätzen. Beurteilt der Arzt der Rehabilitationseinrichtung den Patienten als nicht in der Lage, die Arbeiten durchzuführen, kann der Patient zu einem späteren Zeitpunkt, nach ausreichender Besserung, über den Hausarzt / Facharzt einen Antrag stellen.

- Der Arbeitgeber und der zuständige Kostenträger stimmen der stufenweisen Wiedereingliederung zu.

Frage: Darf mein Arbeitgeber trotz anerkannter Schwerbehinderung eine stufenweise Wiedereingliederung ablehnen?

Antwort: Ja, der Arbeitgeber darf eine stufenweise Wiedereingliederung ablehnen. Zumeist genehmigen die Arbeitgeber aber eine stufenweise Wiedereingliederung, weil sie das während der Eingliederung bezahlte Entgelt für die Arbeitsleistung nicht bezahlen müssen, denn während der Wiedereingliederung erhält der Versicherte Übergangsgeld, entweder zulasten der Renten- oder Krankenversicherung. Dies gilt für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Privat Krankenversicherte erhalten Krankentagegeld, wenn sie dies mit ihrer Versicherung abgeschlossen haben.

Frage: Gibt es eine Widerspruchsmöglichkeit oder Möglichkeit der Klage, wenn diese Zustimmung nicht erfolgt?

Antwort: Der Arbeitgeber kann – ohne Angaben von Gründen – die stufenweise Wiedereingliederung ablehnen. Andererseits sind Arbeitgeber seit 2004 gesetzlich verpflichtet, den Arbeitnehmern ein betriebliches

Eingliederungsmanagement anzubieten (§167 SGB IX). Sollte der Arbeitgeber dem Stufenplan zur Wiedereingliederung nicht zustimmen, sollte der Patient sich an den Personal- oder Betriebsrat wenden. Kostenträger (Gesetzliche Krankenkasse oder Deutsche Rentenversicherung) werden den Antrag nur ablehnen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für die stufenweise Wiedereingliederung nicht gegeben sind. In diesem Fall kann der Patient die Ablehnung durch den Ombudsmann der Versicherung prüfen lassen.

3.4.4.4 Einleitung und Ablauf der stufenweisen Wiedereingliederung

Der Patient muss bereit und in der Lage sein, in absehbarer Zeit wieder seine bisherige Arbeit im vollen Umfang aufnehmen zu können. Im vollen Umfang bedeutet, dass er/sie das im Wiedereingliederungsplan gesteckte Ziel erreicht. Das kann auch bedeuten, dass in Absprache mit dem Arbeitgeber und dem Kostenträger z. B. eine Teilzeitbeschäftigung angestrebt wird. Der behandelnde Arzt muss einschätzen, ob der Patient dazu in der Lage sein wird.

Soll die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Rehabilitation beginnen, so kann die Rehabilitationsklinik die stufenweise

Wiedereingliederung einleiten. Dauert die Genesung länger, so ist die Einleitung der stufenweisen Wiedereingliederung Aufgabe des behandelnden Fach- oder Hausarztes. Der förmliche Antrag wird jedoch in jedem Fall vom Betroffenen unterschrieben.

Vom Sozialdienst der Rehabilitationsklinik oder vom behandelnden Arzt (Hausarzt oder Facharzt) wird gemeinsam mit dem Patienten ein Plan für den zeitlichen Ablauf der stufenweisen Wiedereingliederung erstellt. Dieser Zeitplan wird mit dem Arbeitgeber abgestimmt und der Krankenkasse vorgelegt.

Frage: Wie sieht dieser Zeitplan für die stufenweise Wiedereingliederung genau aus?

In dem Stufenplan (hierfür gibt es in der Regel Vordrucke der Krankenkassen) muss detailliert festgelegt sein:

- an welchem Tag die stufenweise Wiedereingliederung beginnt,
- mit wieviel Stunden jeden Tag die stufenweise Wiedereingliederung beginnen soll (zum Beispiel mit zwei, drei oder vier Stunden je Tag),
- nach welchem Zeitraum die Zahl der Stunden je Tag erhöht werden soll (zum Beispiel nach zwei Wochen von zwei auf drei Stunden),
- wann bei diesem Vorgehen die volle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit geplant ist.
- Vorübergehend bestehende weitere Beeinträchtigungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit müssen mitdokumentiert sein: Zum Beispiel, dass das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg während der ersten Wochen nicht möglich ist oder ein Arbeiten über Kopf nicht zugemutet werden kann.

Sobald die Zustimmungen von Arbeitgeber und Krankenkasse vorliegen, kann die stufenweise Wiedereingliederung beginnen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Patient für den Zeitraum der stufenweisen Wiedereingliederung arbeitsunfähig ist.

Frage: Kann der Stufenplan während der stufenweisen Wiedereingliederung geändert werden?

Antwort: Dies ist prinzipiell möglich. Eine Änderung muss vom Arzt beantragt und ausführlich begründet werden. Kostenträger und Arbeitgeber müssen zustimmen. Erfahrungsgemäß hängt die Erfolgsaussicht dafür stark von der Art der Berufstätigkeit, von den Interessen des Arbeitgebers und denen des Kostenträgers ab.

Frage: Wie läuft die berufliche Wiedereingliederung praktisch ab? Was gilt es zu beachten?

Antwort: Kann die bisher ausgeübte berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen werden, und soll der Wiedereinstieg über mehrere Belastungsstufen hinweg erfolgen, so besteht die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung. Hierbei beginnt die berufliche Belastung mit zumeist zwei bis drei Stunden pro Tag und steigert sich über einen Zeitraum von insgesamt vier Wochen auf den regulären Stundenumfang.

Die Zeitdauer von 4 Wochen ist nicht im Gesetz wiedergegeben, hat sich aber in der langjährigen Praxis als Standard herausgebildet. Eine Rehabilitationsklinik, die eine stufenweise Wiedereingliederung für mehr als 4 Wochen plant, muss dies ausführlich begründen. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass die

stufenweise Wiedereingliederung ja erst innerhalb von 4 Wochen nach dem Ende der Rehabilitation angetreten werden muss. De facto stehen dem Versicherten also insgesamt 8 Wochen nach dem Ende der Rehabilitation zur Verfügung, um seinen bisherigen Stundenumfang wieder zu erreichen.

Idealerweise sollte die stufenweise Wiedereingliederung nach spätestens drei Monaten abgeschlossen sein.

Frage: Gibt es eine Möglichkeit zur Verlängerung dieser Frist?

Antwort: Es gibt keine Verpflichtung, die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von drei Monaten abzuschließen. Sie kann verlängert werden. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass die Lohnfortzahlung und Krankengeld zusammen maximal 78 Wochen gezahlt werden und die Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung hier einberechnet wird.

Für Patienten, die einen weiten Arbeitsweg haben, bietet sich als Alternative eine tageweise Wiedereingliederung an: So kann ein Beginn mit zwei Arbeitstagen je Woche vereinbart werden (zum Beispiel Montag und Donnerstag wird gearbeitet, an den übrigen Tagen bleibt der Patient zu Hause, im nächsten Schritt wird die Arbeit auf Montag, Mittwoch und Freitag erhöht, dann auf Montag / Dienstag und Donnerstag / Freitag, bis schließlich die volle Arbeitszeit erreicht ist).

Frage: Wann endet die stufenweise Wiedereingliederung?

Antwort: Mit Erreichen des regulären Stundenumfangs endet mithin die stufenweise Wiedereingliederung, das Übergangsgeld ebenfalls. Der Angestellte erhält wieder das reguläre Gehalt von seinem Arbeitgeber.

3.4.4.5 Was passiert beim Scheitern der stufenweisen Wiedereingliederung?

Die stufenweise Wiedereingliederung ist bewusst als Arbeitserprobung anzusehen. Der Patient hat die Möglichkeit ausprobieren, ob er/sie noch in der Lage ist, seiner bisherigen Arbeit im vollen Umfang nachzugehen. Sollte der Patient oder der behandelnde Arzt im Verlauf des Verfahrens feststellen, dass die Arbeit nicht mehr bewältigbar ist, wird die stufenweise Wiedereingliederung abgebrochen. Allerdings kann zuvor versucht werden, den Wiedereingliederungsplan in Abstimmung mit dem Arbeitgeber und dem Kostenträger anzupassen um auf diese Weise das Scheitern der stufenweisen Wiedereingliederung zu verhindern.

Im Falle des Scheiterns und des Abbruchs der stufenweisen Wiedereingliederung müssen andere Leistungen zur Teilhabe in die Wege geleitet werden. Hierzu zählen:

- Die Optimierung des Arbeitsplatzes und Anpassung an die gesundheitlichen Einschränkungen des Patienten: Hierzu zählen zum Beispiel die Bereitstellung bestimmter Arbeitsmittel, wie höhenverstellbarer Schreibtisch, zusätzliche Hebezeuge beim Heben und Tragen von Lasten oder Hilfsmittel, die die Arbeit erleichtern.
- Die innerbetriebliche Umsetzung: Nach Rücksprache mit dem Arbeitgeber, im Idealfall auch mit dem zuständigen Arbeitsmediziner, erhält der Patient einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes. Sollten hierzu Qualifizierungs- oder

Fortbildungsmaßnahmen erforderlich sein, können diese von den entsprechenden Kostenträgern (Agentur für Arbeit, Integrationsamt oder Deutsche Rentenversicherung) übernommen werden.

- Vermittlung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes: Dieser Fall tritt ein, wenn die Versetzung auf einen entsprechenden Arbeitsplatz bei dem bisherigen Arbeitgeber nicht möglich ist. In diesem Falle müsste das Arbeitsverhältnis mit dem bisherigen Arbeitgeber gelöst werden und dem Patienten sollte, mit Hilfe der Agentur für Arbeit und / oder der Deutschen Rentenversicherung, ein neuer Arbeitsplatz vermittelt werden.
- Umschulungsmaßnahmen: sollte sich erst im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung zeigen, dass der Patient in seinem bisherigen Beruf generell nicht mehr arbeiten kann, können diese eingeleitet werden.

Für den Fall, dass sich im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung herausstellt, dass der Patient generell nicht mehr in der Lage ist, mindestens sechs Stunden pro Tag zu arbeiten, muss die Beantragung einer Teilerwerbsminderungsrente in Erwägung gezogen werden.

Frage: Wie erfolgt die Feststellung dieser Tatsache? Gutachten? Durch wen?

Antwort: Die Einschätzung muss durch den behandelnden Arzt erfolgen.

3.5 Schwerbehindertenausweis

3.5.1 Betroffener Personenkreis

Wer gilt als schwerbehindert?

- Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50,
- die in Deutschland wohnen oder sich hier regelmäßig aufhalten und / oder ihre Beschäftigung an einem Arbeitsplatz in Deutschland haben,
- deren körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit länger als sechs Monate schlechter gestellt ist als bei gesunden Menschen im gleichen Lebensalter.
- Der Nachweis der Schwerbehinderung erfolgt über den Ausweis, der vom Versorgungsamt ausgestellt wird.

Personen, bei denen der Grad der Behinderung weniger als 50, aber mehr als 20 beträgt, können schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden. Den Antrag stellt man bei der Agentur für Arbeit am Wohnort. Sie können bestimmte Rechte und Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen, benötigen aber hierfür eine Bescheinigung vom Versorgungsamt.

3.5.2 Beantragung

Die Anerkennung einer Schwerbehinderung muss beim zuständigen Versorgungsamt beantragt werden. Dieses kann nach folgendem Muster geschehen:

Max Mustermann
Musterstraße 1
99999 Musterstadt

Musterstadt, den

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
Versorgungsamt
Maxim-Gorki-Str. 7
06114 Halle / Saale

Sehr geehrte Damen und Herren!

Hiermit beantrage ich die Fest- bzw. Neufeststellung der Schwerbehinderteneigenschaft.

Mit freundlichen Grüßen

Max Mustermann

Besser ist es, den amtlichen Antragsvordruck zu verwenden. Diesen erhält man kostenlos beim Versorgungsamt, bei den Sozialämtern, bei den Behindertenverbänden, beim Sozialdienst der Kliniken sowie bei den Schwerbehindertenvertretungen in Betrieben oder Dienststellen.

Man kann den Antrag auch im Internet auf der Seite des jeweiligen Landesverwaltungsamtes herunterladen.²⁹

Der Antrag sollte von dem behinderten Menschen selbst oder seinem gesetzlichen Vertreter (Betreuer) gestellt werden. Es kann auch ein Rechtsanwalt, ein Gewerkschaftssekretär, oder ein Vertreter eines Behindertenverbandes bevollmächtigt werden.

Bei der Erstellung des Antrages sollte auch mitbedacht werden, ob die Voraussetzungen für die Beantragung einzelner Merkzeichen bestehen.

Frage: Unter welchen Voraussetzungen hat ein Betrieb eine Schwerbehindertenvertretung? Ab wieviel Mitarbeiter ist sie einzurichten?

Antwort: „In Betrieben und Dienststellen, in denen wenigstens fünf schwerbehinderte Menschen nicht nur vorübergehend beschäftigt sind, werden eine Vertrauensperson und wenigstens ein stellvertretendes Mitglied gewählt, das die Vertrauensperson im Falle der Verhinderung durch Abwesenheit oder Wahrnehmung anderer Aufgaben vertritt (...).“ (§ 177 SGB IX)

Und noch eine Anmerkung zur Zahl 20: Ab 20 Mitarbeitern in einem Betrieb müssen 5% der Mitarbeiter eine Schwerbehinderung haben oder gleichgestellt sein, damit der Betrieb keine Abgaben an das Integrationsamt zahlen muss.

²⁹ www.lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa-versorgungsverwaltung/schwerbehindertenrecht/antragsformulare/

3.5.3 Die Bedeutung der Merkzeichen

- **Merkzeichen „G“**

Dieses Merkzeichen kann beantragt werden, wenn die Bewegungsfähigkeit so stark eingeschränkt ist, dass man nicht mehr in der Lage ist, eine Wegstrecke von 2 km innerhalb einer halben Stunde zurückzulegen. Dieses kann zum Beispiel durch Behinderung im Bereich der Wirbelsäule oder der Beine verursacht sein oder aber durch innere Erkrankungen (z. B. Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen oder Diabetiker mit häufigen hypoglykämischen Schocks). Weiterhin kann auch bei einer erheblichen Störung der Orientierungsfähigkeit die Voraussetzung für dieses Merkzeichen gegeben sein.
- **Merkzeichen „aG“**

Kann ein Schwerbehinderter sich nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb eines Kraftfahrzeuges bewegen oder benötigt er / sie auch für sehr kurze Entfernungen einen Rollstuhl, so kann ihm/ihr das Merkzeichen „aG“ zuerkannt werden.
- **Merkzeichen „H“**

Ist ein Mensch in Folge seiner Behinderung für mehr als sechs Monate für die Verrichtungen des täglichen Lebens jeden Tag auf fremde Hilfe angewiesen, kann er / sie das Merkzeichen „H“ zuerkannt bekommen.
- **Merkzeichen „RF“**

Hierbei handelt es sich um ein Merkzeichen für Menschen, die aufgrund ihrer Einschränkung ständig daran gehindert sind, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen. Hierbei muss ein Grad der Behinderung von mindestens 80 vorliegen.

- **Merkzeichen „B“**
Dieses Merkzeichen erhalten Menschen, die bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel stets auf eine Begleitung angewiesen sind, um Gefahren für sich oder andere abzuwehren. Voraussetzung hierfür ist die Anerkennung des Merkzeichens „G“ oder „H“.
- **Merkzeichen „BL“**
Als blind anzusehen sind Menschen, die eine erhebliche Minderung der Sehschärfe haben. Hierbei gilt auch eine Sehschärfe auf dem besseren Auge von nicht mehr als 1/50 als blind.
- **Merkzeichen „GL“**
Dieses Merkzeichen erhalten Menschen, bei denen Taubheit beidseits vorliegt, sowie hörbehinderte Menschen mit einer Schwerhörigkeit, die an Taubheit grenzt, wenn daneben schwere Sprachstörungen vorliegen.
- **Merkzeichen „TBI“**
Dieses Merkzeichen erhalten Schwerbehinderte, die bereits wegen der Störung des Hörens einen GdB von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehens einen GdB von 100 haben.

3.5.4 Was sollte bei der Antragstellung berücksichtigt werden?

- Geben Sie alle Beeinträchtigungen an, die Sie voraussichtlich länger als sechs Monate gesundheitlich schlechter stellen als gesunde Menschen in Ihrem Alter. (Natürlich dürfen Sie auch auf die Angabe einzelner Beeinträchtigungen verzichten, wenn Sie diese nicht erwähnen wollen).

- Reichen Sie – soweit vorliegend – Kopien medizinischer Befunde mit ein, die nicht älter als zwei Jahre sind.
- Beachten Sie, dass die Anerkennung einer Behinderung grundsätzlich auf den Tag der Antragstellung datiert wird. Bei berechtigten Gründen kann die Feststellung auch auf einen früheren Tag zurückdatiert werden. Dies wird insbesondere bei wirtschaftlichen Gesichtspunkten infrage kommen.
- So können Menschen, die einkommensteuerpflichtig sind, einen Pauschbetrag für zurückliegende Kalenderjahre in ihrer Einkommensteuererklärung geltend machen.
- In bestimmten Fällen hilft die Feststellung eines GdB von mindestens 50 vor einem individuellen Stichtag für die Möglichkeit der Inanspruchnahme der abschlagsfreien Altersrente.
- Für die Weitergewährung von Kindergeld kann ebenfalls die Feststellung eines GdB von mindestens 50 vor Vollendung des 25. Lebensjahres wichtig sein.

Frage: Ist das bei jungen Krebspatienten auch möglich? Ohne Altersvorgaben?

Antwort: Die Inanspruchnahme der abschlagsfreien Altersrente ist für junge Patienten nicht möglich. Hier kommt nur die Erwerbsminderungsrente in Frage.

3.5.5 Was ist nach Antragstellung zu tun?

- Sobald der Antrag eingegangen ist, erhält man eine schriftliche Eingangsbestätigung.
- Nach eingehender Prüfung (dauert im Schnitt vier bis sechs Monate!) erhält man einen Feststellungsbescheid:
 - Liegt der Grad der Behinderung (GdB) unter 20, erhält man einen Ablehnungsbescheid.
 - Liegt der GdB bei 30 oder 40, sollte man den Feststellungsbescheid der Agentur für Arbeit vorlegen, um eine Gleichstellung mit Schwerbehinderten zu beantragen.
 - Liegt der GdB bei 50 oder höher, wird man einen Schwerbehindertenausweis erhalten.

- Den Bescheid sollte man gründlich prüfen, ggf. auch mit Unterstützung durch einen Anwalt, einer Gewerkschaft, oder eines Behindertenverbands. Innerhalb eines Monats kann Widerspruch eingelegt werden. Dieses kann formlos geschehen. Man kann die Begründung auch nachreichen.
- Liegt die GdB bei 50 oder höher, sollte der Bescheid dem Arbeitgeber zur Erlangung des Kündigungsschutzes und des Zusatzurlaubes vorgelegt werden.

3.5.6 Nachteilsausgleiche im Zusammenhang mit einer Schwerbehinderung

Im Netz sind sehr gute tabellarische Zusammenfassungen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit von den Merkzeichen³⁰ und vom Grad der Behinderung³¹ abrufbar.

In der Folge eine kurze Übersicht zu den Nachteilsausgleichen.

- Kündigungsschutz: Schwerbehinderte genießen einen erweiterten Kündigungsschutz, Einzelheiten sind im Teil 3 Kapitel 4 des SGB IX geregelt.
- Mehrarbeit: Schwerbehinderte können Mehrarbeit ablehnen (§ 207 SGB IX).
- Zusatzurlaub: Schwerbehinderte erhalten fünf Tage Zusatzurlaub im Jahr (bei einer Arbeitswoche von fünf Tagen (§208 SGB IX)).
- Die Einrichtung / Führung / Aufgaben von Inklusionsbetrieben (Behindertenwerkstätten) sind im SGB IX Teil 3 Kapitel 11 geregelt.
- Die Möglichkeit der unentgeltlichen Beförderung Schwerbehinderter im öffentlichen Personenverkehr ist im SGB IX Teil 3 Kapitel 13 geregelt.

³⁰ <https://www.betanet.de/files/pdf/nachteilsausgleiche-merkzeichen.pdf>

³¹ <https://www.betanet.de/files/pdf/nachteilsausgleiche-gdb.pdf>

- Schwerbehinderte erhalten ab GdB 25 einen Steuerfreibetrag (§ 33 Einkommensteuergesetz - EStG).
- Schwerbehinderte können eine vorgezogene Altersrente erhalten (§ 37 und § 236a SGB VI)
- Unter bestimmten Umständen kann der Rundfunkbeitrag ermäßigt oder komplett erlassen werden (§4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag).
- Bei Pflegebedürftigkeit und häuslicher oder teilstationärer Pflege kann ein Freibetrag beim Wohngeld in Höhe von 1.500 € gewährt werden (§ 17 Wohngeldgesetz).
- Schwerbehinderte mit Merkzeichen „G“ und „aG“ können eine Entfernungspauschale von 30 Cent/km oder den tatsächlichen Aufwand für den Weg zur Arbeit von der Steuer absetzen (§ 9 EStG).

Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Schwerbehinderte sollten sich beim Sozialdienst nach weiteren Möglichkeiten erkundigen.

Auf besondere Regelungen zugunsten von schwerbehinderten Studierenden und die Härtefallregelung für den Studienzugang wird in dem Abschnitt „Studierende und Zugang zum Studium“ eingegangen.

Frage: Wo kann ich weitere Informationen finden?

Antwort: Hat der Patient bereits vor Diagnose der Erkrankung eine Berufstätigkeit ausgeübt, so besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, die vom Ausmaß/Grad der Behinderung sowie evtl. zusätzlich vergebenen Merkzeichen abhängig sind. Die hierzu bestehenden Regelungen sind sehr umfangreich. Unterschieden werden können

- Nachteilsausgleiche im Arbeitsleben
- Nachteilsausgleich zur Unterstützung der Mobilität
- Nachteilsausgleich zur Unterstützung der Kommunikation
- Steuerermäßigungen

Nähere Erläuterungen zu den komplexen Regelungen:

<https://www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/Nachteilsausgleiche/77c332i1p/index.html>

<https://www.familienratgeber.de/schwerbehinderung/nachteilsausgleiche.php>

3.5.7 Häufige Fragen zu Bewerbung, Bewerbungsgespräch und Offenlegung der Schwerbehinderung

Frage: Muss ich meine Behinderung bereits im Bewerbungsschreiben erwähnen?

Antwort: Grundsätzlich ist man nicht verpflichtet, seine Behinderung im Bewerbungsschreiben offenzulegen. Eine Pauschallösung gibt es hier jedoch nicht. Das hängt stark von der Stelle und von der Art der Behinderung ab. Ist letztere nicht zu übersehen und werden eventuell besondere Anforderungen an den Arbeitsplatz gestellt, die mit der Behinderung in Widerspruch geraten können, sollte sie nicht verschwiegen werden. Ist man beispielsweise auf den Rollstuhl angewiesen und wird zum Vorstellungsgespräch eingeladen, dann sollte man das den Arbeitgeber auch vorab wissen lassen.

Frage: Muss ich im Bewerbungsgespräch die Schwerbehinderung angeben?

Antwort: Eine gute Zusammenfassung zu dieser Frage findet sich beim VdK: https://www.vdk.de/deutschland/pages/teilhabe_und_behinderung/72152/behinderung_muss_im_bewerbungsschreiben_nicht_angegeben_werden

Frage: Darf der Arbeitgeber während des Vorstellungsgesprächs nach einer Behinderung fragen?

Antwort: Die Frage gilt als ebenso unzulässig, wie zum Beispiel sich nach einer Schwangerschaft zu erkundigen. Fragen wie diese können bei einer

anschließenden Ablehnung des Bewerbers als Hinweis für eine Diskriminierung ausgelegt werden. Dennoch wird manchmal nach einer Behinderung gefragt. In der Praxis hilft es dann nicht, den Arbeitgeber auf die Unzulässigkeit hinzuweisen. Insofern ist es ratsam, sich im Vorstellungsgespräch auf eine solche Frage einzustellen. Bei unzulässigen Fragen besteht allerdings keine Verpflichtung, wahrheitsgemäß zu antworten. Es darf in diesem Fall sogar von dem durch das Bundesarbeitsgericht zugebilligten „Recht zur Lüge“ Gebrauch gemacht werden.

Frage: Wann sollte man offen mit seiner Behinderung umgehen?

Antwort: Wer sich auf eine Stelle im öffentlichen Dienst bewirbt und zum Vorstellungsgespräch eingeladen werden will, sollte die Tatsache, dass er/sie schwerbehindert ist, durchaus schon im Bewerbungsschreiben angeben. Denn schwerbehinderte Stellenbewerber haben bei öffentlichen Arbeitgebern einen Anspruch auf ein Vorstellungsgespräch, wenn sie die geforderten Qualifikationen erfüllen. Den schriftlichen Bewerbungsunterlagen ist eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beizufügen.

Frage: Welche Konsequenzen kann es haben, wenn ein Bewerber nicht offen mit seiner Behinderung umgeht?

Antwort: Auch dies ist eine schwierige Frage, auf die es keine pauschale Antwort gibt. Viele Unternehmen sind überfordert, wenn sie bei einem Bewerbungsgespräch ohne Vorwarnung mit einer sichtbaren Behinderung konfrontiert werden. Das Verschweigen einer Behinderung kann zu einer Belastung des Vertrauensverhältnisses führen. Auf der anderen Seite besteht keine Verpflichtung zum Offenlegen der Behinderung, wenn diese nicht im Gegensatz zu den Anforderungen des Arbeitsplatzes steht.

Frage: Muss ein Arbeitgeber in einem bestehenden Arbeitsverhältnis über die Behinderung informiert werden?

Antwort: Nach sechs Monaten, also nach dem Erwerb des Sonderkündigungsschutzes für Menschen mit Behinderung, ist die Frage des Arbeitgebers nach der Schwerbehinderung zulässig. Dazu gibt es ein höchstrichterliches Urteil (Bundesarbeitsgericht Urteil vom 16.2.1012, 6 AZR 553/10). Als Begründung gibt das Gericht an, die Behinderten müssen ihm „... ein rechtstreues Verhalten ... ermöglichen ...“. Damit meint es, dass der Arbeitgeber seinen gesetzlichen Pflichten etwa zur behindertengerechten Beschäftigung, zur Zahlung einer Ausgleichsabgabe oder zur Beteiligung des Integrationsamtes bei Kündigungen nur nachkommen kann, wenn er über bestehende

Schwerbehinderungen informiert ist. Indirekt könnte man daraus ableiten, dass der Betroffene vielleicht auch informieren muss, auch wenn er nicht gefragt wird. Ein Urteil in dieser Richtung gibt es aber unseres Wissens nicht.

Seit dem 01.01.2017 gilt die gesetzliche Regelung, nach der eine Kündigung ohne Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung unwirksam ist. Dies gilt auch, wenn der Arbeitgeber ein Arbeitsverhältnis kündigen will, das noch keine sechs Monate bestanden hat. Deshalb ist zu befürchten, dass die Gerichte das bislang offene Problem, ob auch in den ersten sechs Monaten ein Fragerecht des Arbeitgebers besteht, zu Ungunsten der Behinderten lösen werden. Rein formal gibt es aber unseres Wissens ein solches Urteil bisher nicht.

3.6 Erwerbsminderungsrente

3.6.1 Grundgedanke

Wer nach Krebserkrankung in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, hat in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen Anrecht auf eine Erwerbsminderungsrente.

3.6.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen

Wesentliche versicherungsrechtliche Voraussetzungen sind nach §43 SGB VI:

- Mindestens fünf Jahre rentenversicherungspflichtige Tätigkeit.
- In den fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindestens drei Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen.
- Für die fünf Jahre Versicherungszeit zählen mit: Pflichtbeitragszeiten und unter bestimmten Voraussetzungen auch Zeiten des Bezuges von Krankengeld, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Zeiten der Kindererziehung und der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege sowie freiwillige Beitragszeiten und weitere spezielle Sachbestände, auf die hier nicht eingegangen werden kann.

Neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen werden die medizinischen Voraussetzungen geprüft (Begutachtung). Zu den Prinzipien heißt es in § 43 SGB VI:

- *„Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“*
- *„Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann [...]“*

Es ist klar, dass für junge Krebspatienten mit Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aufgrund von fehlenden Beitragszeiten eine besondere Problematik bestehen kann: Wer noch nicht beitragspflichtig berufstätig war oder die erforderliche Mindestversicherungszeit noch nicht erreicht hat, kann auch keine Erwerbsminderungsrente erhalten.

3.6.3 Beantragung und Arten der Erwerbsminderungsrente

Dauert die Krankheit länger an als die Zeit, in der Krankengeldanspruch besteht, oder mündet sie in eine Behinderung, die die Tätigkeit erheblich einschränkt, kommt eine Erwerbsminderungsrente in Frage. Zunächst gilt jedoch das Prinzip „Reha vor Rente“, das heißt, Möglichkeiten zur Rehabilitation müssen ausgeschöpft werden oder es muss durch Begutachtung klar sein, dass eine Rehabilitation nicht erfolgreich sein wird.

- **Teilweise Erwerbsminderung**

Wer weniger als sechs Stunden, aber noch mindestens drei Stunden am Tag arbeiten kann, kann eine Erwerbsminderungsrente bei teilweiser Erwerbsminderung beantragen. Die Erwerbsminderungsrente soll hier den Verdienstaufschlag durch Teilzeitarbeit decken.

Anrechnungsregeln sind zu beachten. In Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt (ob man eine Arbeit finden kann) ist auch unter diesen Voraussetzungen eine volle Erwerbsminderungsrente bei möglich.

- **Volle Erwerbsminderung**

Wer weniger als drei Stunden am Tag arbeiten kann, kann eine Vollerwerbsminderungsrente bei beantragen.

- **Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** werden in der Regel befristet gezahlt.

Wenn es aber unwahrscheinlich ist, dass die Erwerbsminderung behoben werden kann und der Rentenanspruch unabhängig von der Arbeitsmarktlage besteht, kann die Rente unbefristet gewährt werden.

- **Entziehung der Rente.**

Bessert sich der Gesundheitszustand während des Rentenbezuges (Feststellung durch Gutachten), kann die Rente ganz oder teilweise entzogen werden.

Frage: Wenn ich in teilweiser Erwerbsminderungsrente bin, muss ich mich weiter krankschreiben lassen?

Antwort: Wird eine Teilerwerbsminderungsrente bezogen und arbeitet der Versicherte noch zwischen 3 und 6 Stunden täglich, und kommt es dann zur Arbeitsunfähigkeit, so muss sich der Versicherte natürlich krankschreiben lassen.

Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist an die Deutsche Rentenversicherung zu stellen. Eine individuelle Beratung ist für die Beantragung unverzichtbar. Behilflich sind die Geschäftsstellen der Deutschen Rentenversicherung.

Frage: Nach Angaben einer Mitarbeiterin der Deutschen Rentenversicherung habe ich in meinem Fall nur Anspruch auf eine Rente bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit. Mein Wunsch ist es jedoch, irgendwann in der Zukunft wieder einer Teilzeitstelle nachzugehen. Dann hätte ich aber nach jetzigem Stand keinen Rentenanspruch. Kann ich prüfen lassen, ob ich nicht doch eine Teilerwerbsminderungsrente bekommen kann?

Antwort: Ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente muss immer an den zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt werden (muss nicht zwingend die Deutsche Rentenversicherung sein). Darüber hinaus erscheint in diesem Fall wichtig, den Begriff der „Arbeitsunfähigkeit“ von dem Begriff der „Leistungsfähigkeit“ zu unterscheiden. Eine Arbeitsunfähigkeit führt nie dazu, dass ein Rentenanspruch entsteht. Dazu bedarf es einer entsprechenden verminderten Leistungsfähigkeit. Arbeitsunfähig ist, wer als Folge einer Erkrankung (für eine begrenzte Zeit) nicht in der Lage ist, seiner Berufstätigkeit nachzugehen (=> Arbeitsunfähigkeit, maximal 78 Wochen). Die Leistungsfähigkeit ist dann eingeschränkt, wenn diese Einschränkung nicht nur vorübergehend besteht (=> teilweise oder volle Erwerbsminderung, zunächst immer nur auf Zeit für ca. 2 – 3 Jahre, später ggf. auf Dauer). Der geschilderte Fall lässt sich ohne weitere Informationen nicht beantworten.

Frage: Wann sollte Erwerbsminderungsrente beantragt werden, erst nach Ablauf der 78 Wochen Arbeitsunfähigkeit? Gibt es weitere finanzielle Hilfen die man beantragen kann?

Antwort: Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente muss rechtzeitig vor Ablauf der 78 Wochen gestellt werden, sonst kann eine Lücke auftreten. Zu den Fristen geben die Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung Auskunft. Sollte die Höhe der Erwerbsminderungsrente unter dem Sozialhilfesatz liegen, kann zusätzlich Sozialhilfe (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) beantragt werden.

Frage: Meine Krebserkrankung liegt inzwischen 5 Jahre zurück. Aufgrund meiner damaligen Therapie bin ich heute noch nicht vollständig in den Beruf zurückgekehrt, sondern weiterhin nur in Teilzeitbeschäftigung. Ist es möglich, eine Teilerwerbsminderungsrente zu beantragen?

Antwort: Wenn die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen gegeben sind, ist das möglich. Eine Beratung bei den Geschäftsstellen der Deutschen Rentenversicherung ist notwendig.

Frage: Kann ich, obwohl ich wieder angefangen habe zu arbeiten, nachträglich eine Rente beantragen?

Antwort: Wenn die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen

gegeben sind, kann ein Antrag dann gestellt werden, wenn nur eine Teilzeitarbeit unter 6 Stunden möglich ist. Die Rente wird allerdings nie rückwirkend ausgezahlt.

Frage: Ich erhalte zur Zeit eine private Berufsunfähigkeitsrente. Würde diese bei einer Erwerbsminderungsrente weiter gezahlt werden?

Antwort: Private Berufsunfähigkeitsrente und Erwerbsminderungsrente sind von einander völlig unabhängig. Es geschieht keine Anrechnung.

Unter bestimmten Umständen können Versicherte vorzeitig in die Erwerbsminderungsrente gedrängt werden, auch wenn der Anspruch auf Krankengeld noch nicht abgelaufen ist.

Frage: Der medizinische Dienst hat mich aufgefordert, einen Antrag zur Erwerbsminderungsrente zu stellen und vermerkt, dass ich hierzu verpflichtet bin. Ist dies rechtens oder darf ich weiterhin Krankengeld beziehen?

Antwort: Leider droht hier eine Gefahr. So kann die Krankenkasse Krebserkrankte schon frühzeitig nach § 51 SGB V auffordern, bei der Rentenversicherung (RV) einen Antrag auf „Leistungen zur Teilhabe“ (Reha-Antrag) an die Rentenversicherung zu stellen. Voraussetzung auf Seiten der Krankenkasse ist ein medizinisches Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MdK). Er muss feststellen, ob die Erwerbsfähigkeit eines arbeitsunfähigen Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Dies kann von Akten und medizinischen Unterlagen erfolgen.

Die Aufforderung der Krankenkasse, den Reha-Antrag zu stellen, ist ein Verwaltungsakt, dem der Versicherte in einer Frist von 10 Wochen zu folgen hat. Tut er das nicht, ist die Krankenkasse berechtigt, die Zahlung von Krankengeld einzustellen.

Durch den Antrag kommt ein durch den Patienten nicht mehr beeinflussbarer Ablauf zustande. Die Rentenversicherung prüft aufgrund des Antrags zunächst den Anspruch des Versicherten auf „Leistungen zur Teilhabe“. Wenn die Voraussetzungen gegeben sind und insbesondere eine geminderte Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann, wird dem Antrag entsprochen.

Stellt die Rentenversicherung bei der Prüfung jedoch fest, dass ein Erfolg medizinischer Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe nicht zu erwarten ist, wird der ursprüngliche Reha-Antrag automatisch in einen Rentenantrag umgewandelt. Das gilt übrigens auch, wenn eine Maßnahme zur Rehabilitation nicht mit dem gewünschten Erfolg beendet wurde.

Auf diese Weise kann es geschehen, dass Krebspatienten bereits sehr frühzeitig aus dem Anspruch auf Krankengeld herausfallen und früh berentet werden.

Die Regelungen sind kompliziert und an dieser Stelle nicht umfassend abzuhandeln. Im Internet ist eine recht gute Zusammenfassung zur Problematik frei abrufbar:

https://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/aufforderung-zum-reha-antrag/muss-die-krankenkasse-zum-reha-antrag-auffordern_242_225712.html.

3.6.4 Änderungen durch das RV-Leistungsverbesserungs- und Stabilisierungsgesetz (Flexi-Rente) ab 1.1.2019

Die Grundsicherungsquote bei Erwerbsminderungsrenten ist fünfmal so hoch wie bei Altersrenten. Vor diesem Hintergrund hat der Bundestag am 08.11.2018 das RV-Leistungsverbesserungs- und Stabilisierungsgesetz beschlossen. Es beinhaltet, dass ab dem 01.01.2019 eine Verlängerung der Zurechnungszeit auf die Regelaltersgrenze (derzeit 65 Jahre und 8 Monate) stattfindet. Danach soll eine weitere schrittweise Erhöhung entsprechend der Erhöhung der Regelaltersgrenze stattfinden. Dies sollte zu einer Erhöhung der Erwerbsminderungsrenten führen.

Die genauen Auswirkungen der Änderungen müssen noch näher analysiert und aufgrund von Erfahrungen betrachtet werden.

3.7 Berufsunfähigkeitsversicherung (Berufsunfähigkeitsrente)

Hier ist vorab mit einem verbreiteten Missverständnis auszuräumen. Eine Berufsunfähigkeitsversicherung gibt es nur als eine privat zusätzlich abgeschlossene Versicherung. Sie hat nichts mit der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente zu tun.

Eine private Berufsunfähigkeitsversicherung kann eine sehr gute finanzielle Absicherung darstellen, wenn eine Krebserkrankung oder ihre Behandlung dazu führt, dass der Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann. Die meisten Berufsunfähigkeitsversicherungen greifen ab 50 % Berufsunfähigkeit, d. h. es ist möglich, eine Rente zu erhalten und 50 % zu arbeiten. Eine Berufsunfähigkeitsrente ist grundsätzlich auch dann möglich, wenn der Beruf vorübergehend nicht mehr ausgeübt werden kann.

Frage: Ich erhalte zur Zeit eine private Berufsunfähigkeitsrente. Würde diese bei einer Erwerbsminderungsrente weiter zahlen?

Antwort: Private Berufsunfähigkeitsrente und Erwerbsminderungsrente sind von einander völlig unabhängig. Es geschieht keine Anrechnung.

Frage: Mir wurde von anderen Krebspatienten geraten, prophylaktisch einen Antrag auf Berufsunfähigkeit zu stellen. Die konnten mir aber nicht nachvollziehbar erklären, wofür das gut sein soll. Halten sie das für ratsam oder wichtig?

Antwort: Hier liegt ein weit verbreiteter Irrtum vor. Es gibt keine gesetzliche Berufsunfähigkeitsrente. Dies gibt es nur, wenn man eine entsprechende private Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen hat. In diesem Fall ist ein früher Antrag natürlich sinnvoll, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sind, denn das Geld wird zusätzlich zu gesetzlichen Leistungen bezahlt.

Allerdings gibt es bei Vertragsabschluss Stolperfallen, die unter Umständen den Versicherten ermöglichen, nicht zu zahlen. Man sollte sich bei Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung unbedingt informieren und beraten lassen.

Nach Diagnose der Krebserkrankung ist es für den Abschluss einer solchen Versicherung zu spät.

3.8 Sozialhilfe

Die gesetzlichen Regeln für die Sozialhilfe finden sich im Sozialgesetzbuch XII (SGB XII (92)). Hier heißt es im ersten Satz des § 1: *„Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Leistung soll sie so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; darauf haben auch die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinzuwirken.“*

Die Sozialhilfe ist für junge Menschen mit oder nach Krebserkrankung der letzte Anker, wenn es kein BAföG mehr gibt, kein Krankengeld, kein Arbeitslosengeld I, kein Arbeitslosengeld II, keine oder eine nur unzureichende Erwerbsminderungsrente.

Sozialhilfe erhält grundsätzlich nur, wer sich aus eigenen Mitteln (z.B. aus Einkommen und/oder Vermögen) nicht selbst helfen kann. Das bedeutet, dass Einkommen und

Frage: Worauf muss man im Detail achten?

Antwort: wichtig ist z.B. dass man keine Verweisklausel im Vertrag hat. Verweisung bedeutet, dass die Versicherung mich auf einen anderen Beruf verweisen kann als den zuletzt ausgeübten. Dies ist aber nur ein Beispiel.

Frage: Wieso ist der Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung dann zu spät?

Antwort: die Versicherungsgesellschaften werden einen Vertragsabschluss ablehnen, da das zu versichernde Risiko bereits eingetreten ist, bzw. die Wahrscheinlichkeit, dass es eintritt sehr hoch ist.

Vermögen für einen Anspruch auf Sozialhilfe zunächst vollständig verbraucht werden müssen, soweit sie nicht von der Anrechnung oder Verwertung ausgenommen sind.

3.8.1 Zwei Formen von Sozialhilfe

Im SGB XII werden zwei Formen von Sozialhilfe unterschieden:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII).

Bedürftigen Personen steht

- ein **Regelsatz** sowie
- Leistungen für eine **angemessene Unterkunft** und
- **Heizung** und
- ggf. ein **Mehrbedarf** zu.
- Zusätzlich können auch **einmalige Leistungen** in Anspruch genommen werden.

3.8.2 Beispiele für Regelsätze

Die folgenden Angaben sind nur als Illustration aufgeführt: Einen Anspruch auf den vollen Regelsatz haben Alleinstehende, Alleinerziehende und Volljährige, deren Partner minderjährig ist. Seit dem 1. Januar 2019 beträgt der Regelsatz höchstens 424 Euro/Monat. Volljährige Partner erhalten jeweils 382 Euro/Monat.

Kindern, die jünger als sechs Jahre alt sind, stehen 245 Euro zu. Ab einem Alter von sechs

bis einschließlich 13 Jahren erhöht sich der Regelsatz auf 302 Euro. Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren, die im Haushalt des Antragstellers wohnen, erhalten jeweils 322 Euro. Zwischen 18 und 24 Jahren stehen den jungen Erwachsenen 339 Euro vom Jobcenter zu.

Ab einem Alter von 25 Jahren müssen Personen einen eigenen Antrag auf Sozialhilfe stellen. Dies ist unabhängig davon, ob sie bei den Eltern wohnen oder bereits eine eigene Wohnung bezogen haben.

3.8.3 Anrechnung von Unterhalt bei „Hilfe zum Lebensunterhalt“

- Eltern sind ihren Kindern, Kinder ihren Eltern gegenüber unterhaltspflichtig. Das Gleiche gilt für Ehepartner, in den meisten Fällen auch nach einer Scheidung. Die geschuldeten Unterhaltsleistungen der Angehörigen werden auf die Hilfe zum Lebensunterhalt angerechnet, also von der Zahlung abgezogen.
- Einkünfte werden angerechnet. Für die Anrechnung gibt es komplizierte Regeln und Ausnahmen.

3.8.4 Anrechnung von Unterhalt bei „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“

- Geschuldete Unterhaltsleistungen der Angehörigen werden jedoch nur dann auf die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung angerechnet und von der Zahlung abgezogen, wenn das Einkommen des Unterhaltspflichtigen über 100.000 Euro / Jahr liegt (§ 43 Abs. 5 SGB XII).

Frage: Gibt es neben der Sozialhilfe weitere Möglichkeiten, um im Notfall Zuschüsse bei einer Krebserkrankung zu erhalten?

Antwort: Es kann ein einmaliger Zuschuss bei einer Krebserkrankung im finanziellen Notfall bei der Krebshilfe beantragt werden.

<https://www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/finanzielle-hilfe-unserhaertefonds/>

Die Bestimmungen sind kompliziert und hier nicht im Einzelnen darstellbar. Die Höhe der Leistungen unterscheidet sich bei der Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht prinzipiell.

3.8.5 Krebserkrankung während des Bezugs von Sozialhilfe

Für den Empfänger von Sozialhilfe ändert sich im Kern durch eine Krebserkrankung nichts.

Je nach Fall können Anträge auf zusätzliche Bedarfe gestellt werden. Hierzu ist eine individuelle Beratung notwendig.

3.9 Studierende und Zugang zum Studium

3.9.1 Studium und Zugang zum Studium: Härtefallregelungen und Nachteilsausgleiche

Über einen Härtefallantrag ist es möglich, dass junge Menschen mit und nach einer Krebserkrankung einen bevorzugten Zugang zu einem Studium erhalten.

- „Hochschulstart“, das Bewerbungsportal für viele Studiengänge, hält bis zu zwei Prozent der Studienplätze für Fälle außergewöhnlicher Härte vor. Die Anerkennung eines Härtefallantrages führt ohne Beachtung der übrigen Auswahlkriterien, also auch ohne Numerus clausus, unmittelbar zur Zulassung. Andere Studiengänge und Hochschulen orientieren sich an dieser Quote.

Frage: Wo kann ich weitere Informationen finden und wie muss ich vorgehen?

Antwort: Im Infoblatt (<https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/downloads/merkblaetter/mo7.pdf>) sind Beispiele für einen Härtefall aufgeführt. Der Punkt 1.2 Behinderung durch Krankheit trifft auf viele junge Erwachsene mit Krebs zu.

Wichtig ist, rechtzeitig mit dem betreuenden Onkologen über einen Härtefallantrag zu sprechen. Er muss ein fachärztliches Gutachten erstellen. Das Gutachten sollte etwa eineinhalb bis zwei Seiten umfassen und auch für medizinische Laien nachvollziehbar sein. Das Gutachten muss folgende Informationen enthalten:

- Krebskrankheit
- Bisherige Therapie
- Aktueller Stand, einschl. Therapiefolgen.

Auch für bereits Studierende mit Schwerbehinderung sind eine Reihe von Erleichterungen oder Anpassungen im Sinne eines Nachteilsausgleichs möglich, z. B.:

- Befreiung von Anwesenheitspflichten
- Urlaubssemester
- Berücksichtigung körperlicher Einschränkungen bei der Raumplanung
- längere Bearbeitungszeiten für Hausarbeiten und Klausuren
- Nutzung von Hilfsmitteln (Absolvieren von Prüfungen am Computer)
- Verfassen von Prüfungen in einem anderen Raum unter Aufsicht
- Änderung der Prüfungsart (z. B. Umwandlung von schriftlicher Prüfung in mündliche Prüfung)
- abweichende Regelungen zu Fristen, zum Beispiel Regelstudienzeit, individueller Studienverlaufsplan
- bevorzugte Zuteilung eines Studierendenwohnheimplatzes
- Beim BAföG kann ein Antrag auf Verschiebung der Altersgrenze gestellt werden. Dadurch wird eine Verlängerung des Studiums sowie ein Bezug von BAföG über die Regelstudienzeit hinaus ermöglicht.
- Studierende mit Behinderung können Kindergeld über das 25. Lebensjahr hinaus beziehen, ohne dass dies auf das BAföG angerechnet wird.

Frage: Wie muss ich vorgehen, um einen solchen Nachteilsausgleich zu bekommen?

Antwort: Zunächst sollte man sich von den zuständigen Ärzten aussagekräftige Unterlagen (Entlassungsberichte / fachärztliche Gutachten / pathologisch-anatomische Befunde etc.) aushändigen lassen. Falls erforderlich auch ein zusätzliches Schreiben, aus dem für einen medizinischen Laien nachvollziehbare Aussagen über die Beeinträchtigungen dargelegt werden. Außerdem den Schwerbehindertenausweis (Vorder- und Rückseite mit Merkzeichen) in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes sowie ggf. den Bescheid über die Einstufung in eine Pflegestufe.

Mit diesen Unterlagen wendet man sich dann an das zuständige Dekanat der Universität und/oder das Studentenvolk/die Studienberatung. Gemeinsam mit den zuständigen Professoren/der Universitätsleitung wird es in den meisten Fällen gelingen, eine individuelle Lösung zu finden (Teilweise gibt es auch strukturierte Hilfsprogramme für betroffene Studierende, abhängig von der jeweiligen Hochschule). Nähere Informationen hierzu gibt das zuständige Dekanat bzw. die Studienberatung.

Für den Antrag auf bevorzugte Zuteilung eines Studierendenwohnheimplatzes sind die Ansprechpartner die jeweiligen Träger der Häuser.

Ansprüche auf Berücksichtigung einer Schwerbehinderung sind gesetzlich verankert:

<https://www.studentenwerke.de/de/content/nachteilsausgleiche-gesetzliche-verankerung>

3.9.2 Besondere Probleme für BAföG-Empfänger

Für Bedürftige besteht die Möglichkeit, sich das Studium über BAföG zu finanzieren. Eine Krebserkrankung kann bei BAföG-Empfängern rasch zu einer finanziellen Notlage führen.

Wer das Studium aufgrund von Krankheit oder Behinderung für länger als drei Monate unterbrechen muss, erhält kein BAföG mehr. Die Studierenden müssen das BAföG-Amt über die Studienunterbrechung informieren. Die Zahlungen werden dann ab dem vierten Monat bis zur Wiederaufnahme des Studiums eingestellt. Erfolgt keine Meldung, kann es zu Rückforderungen von BAföG-Leistungen kommen (87).

Dauert die Unterbrechung der Ausbildung durch Krankheit länger als drei Monate, aber kürzer als sechs Monate, kann Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beantragt werden. Rechtliche Grundlage ist, dass die Studierenden in diesem Fall weiter als „erwerbsfähig“ gelten.

Frage: Ist Arbeitslosengeld II mehr als Grundsicherung/Sozialhilfe?

Antwort: Leider nein. Die Höhe der Leistungen unterscheidet sich nicht prinzipiell, ob es sich zum Beispiel um ALG II oder Hilfe zum Lebensunterhalt

Nach Ablauf der 6 Monate gibt es bei Bedürftigkeit nur noch die Möglichkeit, Grundsicherung (Sozialhilfe) zu beantragen.

handelt, jedoch kommt das Geld zum Teil aus unterschiedlichen Töpfen (ALG II: Arbeitsagentur, Hilfe zum Lebensunterhalt: Sozialamt).

Beachtet werden muss, dass die Finanzierung eines Studiums nach BAföG nur für die Regelstudiendauer möglich ist. Dauert die gesundheitliche Beeinträchtigung durch die Krebserkrankung und ihre Behandlung absehbar länger als drei Monate, kann daher eine Beurlaubung vom Studium sinnvoll sein. So gehen keine oder weniger förderungsfähige Semester verloren, die für eine spätere Weiterführung des Studiums gebraucht werden.

Frage: Gibt es Möglichkeiten für einen längeren Zeitraum BAföG zu bekommen?

Antwort: Je nach Situation und Hochschule kann es die Möglichkeit zur Verlängerung der Regelstudienzeit als Härtefallregelung geben, was einen verlängerten Bezug von BAföG ermöglichen würde. Der Antrag muss entsprechend mit der Erkrankung begründet werden. Eine individuelle Beratung an der entsprechenden Hochschule ist notwendig.

BAföG wird in der Zeit der Beurlaubung nicht ausgezahlt. Bei Bedürftigkeit kann dann der Lebensunterhalt nur durch ALG II oder Sozialhilfe (nach SGB XII) finanziert werden.

Die Anzahl der möglichen Urlaubssemester ist an vielen Hochschulen begrenzt und Beurlaubungen sind nur für ganze Semester möglich. Teilweise ist auch eine rückwirkende Beurlaubung möglich. In diesem Fall muss jedoch das BAföG zurückgezahlt werden. Dies kann zu Problemen führen, da das ALG II oder die Sozialhilfe nicht rückwirkend ausgezahlt werden.

Eine rechtzeitige Beratung beim Studierendensekretariat der entsprechenden Hochschule ist unbedingt notwendig, da die Regelungen kompliziert sind und Unterschiede zwischen den Hochschulen bestehen können. Hilfreiche Hinweise finden sich auf der Seite des Deutschen Studentenwerks.³²

³² <https://www.studentenwerke.de/de/content/baf%C3%B6g-bei-krankheitsbedingter-studienunterbrechung> und <https://www.studentenwerke.de/de/content/finanzierungsm%C3%B6glichkeiten-bei-krankheitsbedingter-studienunterbrechung>

³³ Überblick der wichtigsten Förderer/Unterstützer (zumeist Stiftungen):

http://www.behindertenbeauftragter.uni-wuerzburg.de/fileadmin/32500250/_temp_/Stipendienfuehrer.pdf

<http://www.barrierefrei-studieren.de/>

<http://www.studium-ratgeber.de/finanzierung.php>

Weitere Möglichkeiten für die Finanzierung eines Studiums bestehen über Stipendien, Studienkredite oder Bildungsfonds.³³

3.9.3 Krankenversicherung und Studium

Für Studierende können sich besondere Probleme bei der Krankenversicherung ergeben. Nach dem 25. Lebensjahr scheiden Studierende aus der Mitversicherung im Rahmen ihrer Familie aus. Sie müssen sich freiwillig versichern. Danach können sich hohe Versicherungskosten ergeben.

Frage: Wie sieht es mit der Krankenversicherung aus, wenn man Doktorand ist?

Antwort: Die Regelungen zur Krankenversicherung für Doktoranden und während der Promotion sind nicht eindeutig. Manchmal lassen die Krankenkassen die studentische Krankenversicherung weiterlaufen, manchmal nicht. Dabei ist vor allem die Frage ausschlaggebend, ob eine Promotion noch als Erststudium gewertet wird. Eigentlich hat man mit dem ersten Hochschulabschluss (Diplom bzw. Master) die Eignung für den Arbeitsmarkt erreicht. Deswegen entfällt ab diesem Zeitpunkt das Recht auf eine studentische Krankenversicherung (mit entsprechend niedrigen Beitragsätzen)

⇒ als Promotionsstudent bzw. Doktorand wird man nicht mehr als ordentlicher Studierender angesehen.

Wer während seiner Promotion oder als Doktorand eine Anstellung als wissenschaftlicher Mitarbeiter an einer Hochschule hat und dabei ein regelmäßiges Gehalt bekommt, ist in dieser Tätigkeit sozialversichert. Die Beiträge orientieren sich dann – wie bei jeder Erwerbstätigkeit – am Gehalt. Erhält man als Doktorand kein Gehalt, so belassen es manche Krankenversicherungen solange bei der

studentischen Krankenversicherung, wie der Doktorand das 30. Lebensjahr bzw. das 14. Fachsemester (gerechnet ab dem ersten Studiensemester, nicht dem ersten Promotionssemester) noch nicht erreicht hat. Andere tun dies nicht. Dann muss eine reguläre gesetzliche Krankenversicherung abgeschlossen werden.

4

LITERATURZITATE

- 1) Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. Geschätzte alters-spezifische Fallzahlen für Deutschland. 2017. Eingesehen: 4-6-2017.
- 2) Zentrum für Krebsregisterdaten, Robert-Koch-Institut. Datenbankabfrage: Überleben, Absolute Rate in Prozent in Deutschland (Gewählte Filter: Altersgruppen: 15 - 44; Diagnose: Krebs gesamt (C00-C97 ohne C44); Geschlecht: männlich, weiblich; Intervall-Länge in Jahren: 10; Jahre: 2013-2014). 29-11-2017. Eingesehen: 7-5-2018. https://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe2_form.html
- 3) Warner EL, Kent EE, Trevino KM, Parsons HM, Zebrack BJ, Kirchhoff AC. Social well-being among adolescents and young adults with cancer: A systematic review. *Cancer*. 2016;122:1029-37.
- 4) Freund M. Besondere Herausforderung für eine ganzheitliche Onkologie - Junge Erwachsene mit Krebs. *Journal Onkologie* 2017;2017:184-91.
- 5) Wenn die Krankheit zum Armutsrisiko wird. Svenja (27): „Die nächste Chemo kann ich mir kaum leisten“. *Lea* . 22-7-2015.
- 6) ARD. Sendung in Brisant zu Armut und Krebs bei jungen Krebspatienten. 25-4-2016.
- 7) Witte J, Mehlis K, Surmann B, Lingnau R, Damm O, Greiner W, Winkler EC. Methods for measuring financial toxicity after cancer diagnosis and treatment: a systematic review and its implications. *Annals of Oncology* 2019;pii: mdz140. doi: 10.1093/annonc/mdz140.
- 8) Grinyer A. The biographical impact of teenage and adolescent cancer. *Chronic.Illn*. 2007;3:265-77.
- 9) Bellizzi KM, Smith A, Schmidt S, Keegan TH, Zebrack B, Lynch CF, Deapen D, Shnorhavorian M, Tompkins BJ, Simon M. Positive and negative psychosocial impact of being diagnosed with cancer as an adolescent or young adult. *Cancer*. 2012;118:5155-62.
- 10) Guy Jr GP, Yabroff KR, Ekwueme DU, Smith AW, Dowling EC, Rechis R, Nutt S, Richardson LC. Estimating the health and economic burden of cancer among those diagnosed as adolescents and young adults. *Health Aff.(Millwood)*. 2014;33:1024-31.
- 11) Kent EE, Parry C, Montoya MJ, Sender LS, Morris RA, Anton-Culver H. „You’re too young for this“: adolescent and young adults’ perspectives on cancer survivorship. *J Psychosoc. Oncol*. 2012;30:260-79.

- 12) Kirchoff AC, Lyles CR, Fluchel M, Wright J, Leisenring W. Limitations in health care access and utilization among long-term survivors of adolescent and young adult cancer. *Cancer*. 2012;118:5964-72.
- 13) Smith AW, Parsons HM, Kent EE, Bellizzi K, Zebrack BJ, Keel G, Lynch CF, Rubenstein MB, Keegan TH. Unmet Support Service Needs and Health-Related Quality of Life among Adolescents and Young Adults with Cancer: The AYA HOPE Study. *Front Oncol*. 2013;3:75. doi: 10.3389/fonc.2013.00075.
- 14) Zebrack B, Bleyer A, Albritton K, Medearis S, Tang J. Assessing the health care needs of adolescent and young adult cancer patients and survivors. *Cancer*. 2006;107:2915-23.
- 15) Smith AW, Keegan T, Hamilton A, Lynch C, Wu XC, Schwartz SM, Kato I, Cress R, Harlan L. Understanding care and outcomes in adolescents and young adult with Cancer: A review of the AYA HOPE study. *Pediatr Blood Cancer*. 2018;e27486; <https://doi.org/10.1002/pbc.27486>.
- 16) Landwehr MS, Watson SE, Macpherson CF, Novak KA, Johnson RH. The cost of cancer: a retrospective analysis of the financial impact of cancer on young adults. *Cancer Med*. 2016;5:863-70.
- 17) Geue K, Sender A, Schmidt R, Richter D, Hinz A, Schulte T, Brahler E, Stobel-Richter Y. Gender-specific quality of life after cancer in young adulthood: a comparison with the general population (ergänzt durch persönliche Kommunikation 2018). *Qual.Life Res*. 2014;23:1377-86.
- 18) Leuteritz K, Friedrich M, Sender A, Nowe E, Stoebel-Richter Y, Geue K. Life Satisfaction in Young Adults With Cancer and the Role of Sociodemographic, Medical, and Psychosocial Factors: Results of a Longitudinal Study. *Cancer* 2018;124:4374-82.
- 19) Hall AE, Boyes AW, Bowman J, Walsh RA, James EL, Girgis A. Young adult cancer survivors' psychosocial well-being: a cross-sectional study assessing quality of life, unmet needs, and health behaviors. *Support.Care Cancer*. 2012;20:1333-41.
- 20) Guy Jr GP, Berkowitz Z, Ekwueme DU, Rim SH, Yabroff KR. Annual Economic Burden of Productivity Losses Among Adult Survivors of Childhood Cancers. *Pediatrics*. 2016;138:S15-S21.
- 21) EORTC. EORTC QLQ-C30 (version 3). 2018.

- 22) Henrich G, Herschbach P. Questions on Life Satisfaction (FLZM) - A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life. *Eur.J Psychol Assess.* 2000;16:150-9.
- 23) Hendriks MG, van Beijsterveldt BC, Schouten HC. [The quality of life after stem cell transplantation: problems with fatigue, sexuality, finances and employment]. *Ned.Tijdschr. Geneeskd.* 1998;142:1152-5.
- 24) Berry DL. Return-to-work experiences of people with cancer. *Oncol Nurs.Forum.* 1993;20:905-11.
- 25) Carter BJ. Surviving breast cancer: a problematic work re-entry. *Cancer Pract.* 1994;2:135-40.
- 26) Estey E, deLima M, Strom S, Pierce S, Freireich EJ, Keating MJ. Long-term follow-up of patients with newly diagnosed acute myeloid leukemia treated at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. *Cancer.* 1997;80:2176-80.
- 27) Bushunow PW, Sun Y, Raubertas RF, Rosenthal S. Adjuvant chemotherapy does not affect employment in patients with early-stage breast cancer. *J Gen.Intern.Med.* 1995;10:73-6.
- 28) van der Wouden JC, Greaves-Otte JG, Greaves J, Kruyt PM, van LO, van der Does E. Occupational reintegration of long-term cancer survivors. *J Occup.Med.* 1992;34:1084-9.
- 29) Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev.Oncol. Hematol.* 2011;77:109-30.
- 30) de Boer AG, Verbeek JH, Spelten ER, Uitterhoeve AL, Ansink AC, de Reijke TM, Kammeijer M, Sprangers MA, van Dijk FJ. Work ability and return-to-work in cancer patients. *Br.J Cancer.* 2008;98:1342-7.
- 31) Paltrinieri S, Fugazzaro S, Bertozzi L, Bassi MC, Pellegrini M, Vicentini M, Mazzini E, Costi S. Return to work in European Cancer survivors: a systematic review. *Support.Care Cancer.* 2018;26:2983-94.
- 32) Stone DS, Ganz PA, Pavlish C, Robbins WA. Young adult cancer survivors and work: a systematic review. *J Cancer Surviv.* 2017;11:765-81.
- 33) Kiasuwa Mbengi R., Otter R, Mortelmans K, Arbyn M, Van OH, Bouland C, de BC. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action--rapid review and expert consultation. *Syst.Rev.* 2016;5 doi: 10.1186/s13643-016-0210-z.:35.

- 34) Ullrich A, Bottcher HM, Bergelt C. [Gender-related aspects of returning to work in cancer survivors. A systematic review]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012;55:516-32.
- 35) van Muijen P, Weevers NL, Snels IA, Duijts SF, Bruinvels DJ, Schellart AJ, van der Beek AJ. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. Eur.J Cancer Care (Engl.). 2013;22:144-60.
- 36) de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. Journal of the American Medical Association 2009;301:753-62.
- 37) Hensel M, Egerer G, Schneeweiss A, Goldschmidt H, Ho AD. Quality of life and rehabilitation in social and professional life after autologous stem cell transplantation. Annals of Oncology 2002;13:209-17.
- 38) Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bultmann U. Return to work after cancer diagnosed in 2002, 2005 and 2008. J Occup.Rehabil. 2011;21:335-41.
- 39) Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bultmann U. Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year follow-up of register data for different cancer sites. Psychooncology. 2011;20:1001-6.
- 40) Hauglann BK, Saltyte BJ, Fossa SD, Tveit KM, Dahl AA. A controlled cohort study of sickness absence and disability pension in colorectal cancer survivors. Acta Oncol. 2014;53:735-43.
- 41) Horsboel TA, Nielsen CV, Nielsen B, Andersen NT, De TA. Wage-subsidised employment as a result of permanently reduced work capacity in a nationwide cohort of patients diagnosed with haematological malignancies. Acta Oncol. 2015;54:743-9.
- 42) Horsboel TA, Bultmann U, Nielsen CV, Nielsen B, Andersen NT, De TA. Are fatigue, depression and anxiety associated with labour market participation among patients diagnosed with haematological malignancies? A prospective study. Psychooncology. 2015;24:408-15.
- 43) Horsboel TA, Nielsen CV, Nielsen B, Jensen C, Andersen NT, De TA. Type of hematological malignancy is crucial for the return to work prognosis: a register-based cohort study. J Cancer Surviv. 2013;7:614-23.

- 44) Bhatt NS, Brazauskas R, Tecca HR, Carreras J, Burns LJ, Phelan R, Salit RB, Syrjala KL, Talano JM, Shaw BE. Post-transplantation employment status of adult survivors of childhood allogeneic hematopoietic cell transplant: A report from the Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR). *Cancer*. 2019;125:144-52.
- 45) Tichelli A, Gerull S, Holbro A, Buser A, Nair G, Medinger M, Heim D, Halter JP, Passweg JR. Inability to work and need for disability pension among long-term survivors of hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation* 2017;52:1436-42.
- 46) Carlsen K, Oksbjerg DS, Frederiksen K, Diderichsen F, Johansen C. Cancer and the risk for taking early retirement pension: a Danish cohort study. *Scand.J Public Health*. 2008;36:117-25.
- 47) Winterling J, Johansson E, Wennman-Larsen A, Petersson LM, Ljungman P, Alexanderson K. Occupational status among adult survivors following allo-SCT. *Bone Marrow Transplantation* 2014;49:836-42.
- 48) Carlsen K, Dalton SO, Diderichsen F, Johansen C. Risk for unemployment of cancer survivors: A Danish cohort study. *Eur.J Cancer*. 2008;44:1866-74.
- 49) Roelen CA, Koopmans PC, Schellart AJ, van der Beek AJ. Resuming work after cancer: a prospective study of occupational register data. *J Occup.Rehabil*. 2011;21:431-40.
- 50) Rottenberg Y, Ratzon NZ, Jacobs JM, Cohen M, Peretz T, de Boer AG. Unemployment risk and income change after testicular cancer diagnosis: A population-based study. *Urol. Oncol*. 2016;34:5-33.
- 51) Neudeck MR, Steinert H, Moergeli H, Weidt S, Seiler A, Strobel K, Jenewein J, Drabe N. Work ability and return to work in thyroid cancer patients and their partners: a pilot study. *Psychooncology*. 2017;26:556-9.
- 52) Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch Institut. Datenbankabfrage: Inzidenz, Fallzahlen in Deutschland. 2018. Eingesehen: 30-11-2018. https://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe2_form.html
- 53) Islam T, Dahlui M, Majid HA, Nahar AM, Mohd Taib NA, Su TT. Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC.Public Health*. 2014;14 Suppl 3:S8. doi: 10.1186/1471-2458-14-S3-S8. Epub 2014 Nov 24.

- 54) Roelen CA, Koopmans PC, van RW, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bultmann U. Trends in return to work of breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;128:237-42.
- 55) Cohen JW, Monheit AC, Beauregard KM, Cohen SB, Lefkowitz DC, Potter DE, Sommers JP, Taylor AK, Arnett RH, III. The Medical Expenditure Panel Survey: a national health information resource. *Inquiry.* 1996;33:373-89.
- 56) Parsons HM, Harlan LC, Lynch CF, Hamilton AS, Wu XC, Kato I, Schwartz SM, Smith AW, Keel G, Keegan TH. Impact of cancer on work and education among adolescent and young adult cancer survivors. *J Clin.Oncol.* 2012;30:2393-400.
- 57) Dahl AA, Fossa SD, Lie HC, Loge JH, Reinertsen KV, Ruud E, Kiserud CE. Employment Status and Work Ability in Long-Term Young Adult Cancer Survivors. *J Adolesc.Young.Adult.Oncol.* 2019;8:304-11.
- 58) Roelen CA, Koopmans PC, de Graaf JH, Balak F, Groothoff JW. Sickness absence and return to work rates in women with breast cancer. *Int Arch.Occup.Environ.Health.* 2009;82:543-6.
- 59) Carlsen K, Ewertz M, Dalton SO, Badsberg JH, Osler M. Unemployment among breast cancer survivors. *Scand.J Public Health.* 2014;42:319-28.
- 60) Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A. Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *J Occup.Rehabil.* 2010;20:49-58.
- 61) Heuser C, Halbach S, Kowalski C, Enders A, Pfaff H, Ernstmann N. Sociodemographic and disease-related determinants of return to work among women with breast cancer: a German longitudinal cohort study. *BMC.Health Serv.Res.* 2018;18:1000.
- 62) Noeres D, Park-Simon TW, Grabow J, Sperlich S, Koch-Giesselmann H, Jaunzeme J, Geyer S. Return to work after treatment for primary breast cancer over a 6-year period: results from a prospective study comparing patients with the general population. *Support.Care Cancer.* 2013;21:1901-9.
- 63) Handschel J, Gellrich NC, Bremerich A, Kruskemper G. Return to work and quality of life after therapy and rehabilitation in oral cancer. *In Vivo.* 2013;27:401-7.
- 64) Gruber U, Fegg M, Buchmann M, Kolb HJ, Hiddemann W. The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation. *Eur.J Cancer Care (Engl.).* 2003;12:249-56.

- 65) Behringer K, Goergen H, Muller H, Thielen I, Brillant C, Kreissl S, Halbsguth TV, Meissner J, Greil R, Moosmann P, Shonukan O, Rueffer JU, Flechtner HH, Fuchs M, Diehl V, Engert A, Borchmann P. Cancer-Related Fatigue in Patients With and Survivors of Hodgkin Lymphoma: The Impact on Treatment Outcome and Social Reintegration. *Journal of Clinical Oncology* 2016;34:4329-37.
- 66) Hansen JA, Feuerstein M, Calvio LC, Olsen CH. Breast cancer survivors at work. *J Occup. Environ. Med.* 2008;50:777-84.
- 67) Wolvers MDJ, Leensen MCJ, Groeneveld IF, Frings-Dresen MHW, de Boer AGEM. Predictors for earlier return to work of cancer patients. *J Cancer Surviv.* 2018;12:169-77.
- 68) Kwong TN, Furtado S, Gerrand C. What do we know about survivorship after treatment for extremity sarcoma? A systematic review. *Eur.J Surg.Oncol.* 2014;40:1109-24.
- 69) Vetsch J, Wakefield CE, McGill BC, Cohn RJ, Ellis SJ, Stefanic N, Sawyer SM, Zebrack B, Sansom-Daly UM. Educational and vocational goal disruption in adolescent and young adult cancer survivors. *Psychooncology.* 2018;27:532-8.
- 70) Brauer ER, Pieters HC, Ganz PA, Landier W, Pavlish C, Heilemann MV. "From Snail Mode to Rocket Ship Mode": Adolescents and Young Adults' Experiences of Returning to Work and School After Hematopoietic Cell Transplantation. *J Adolesc.Young.Adult.Oncol.* 2017;6:551-9.
- 71) Kirchoff AC, Leisenring W, Krull KR, Ness KK, Friedman DL, Armstrong GT, Stovall M, Park ER, Oeffinger KC, Hudson MM, Robison LL, Wickizer T. Unemployment among adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *Med. Care.* 2010;48:1015-25.
- 72) Mader L, Michel G, Roser K. Arbeitslosigkeit nach einer Krebserkrankung im Kindesalter. Systematisches Review und Metaanalyse. *Dt.Ärztebl.* 2018;114:805-12.
- 73) de Boer AG, Verbeek JH, van Dijk FJ. Adult survivors of childhood cancer and unemployment: A metaanalysis. *Cancer.* 2006;107:1-11.
- 74) Seitz DC, Besier T, Debatin KM, Grabow D, Dieluweit U, Hinz A, Kaatsch P, Goldbeck L. Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence. *Eur.J Cancer.* 2010;46:1596-606.

- 75) Wenninger K, Helmes A, Bengel J, Lauten M, Volkel S, Niemeyer CM. Coping in long-term survivors of childhood cancer: relations to psychological distress. *Psychooncology*. 2013;22:854-61.
- 76) Deutsche Rentenversicherung. Rentenversicherung in Zeitreihen. 2019. Eingesehen: 23-1-2019. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/o3_fakten_und_zahlen/o3_statistiken/o2_statistikpublikationen/o3_rv_in_zeitreihen.pdf?__blob=publicationFile&v=22
- 77) AOK Rheinland/Hamburg. Onkologie-Report 2013. Zahlen und Fakten zu Krebserkrankungen in der Region. 2013. Eingesehen: 17-4-2018. https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/arztundpraxis/meldungen/onkologie_report_2013_aok_rheinland_hamburg.pdf
- 78) Deutsche Rentenversicherung. Reha-Bericht. Update 2016. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. 2016. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/o3_fakten_und_zahlen/o4_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2016.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- 79) Bottcher HM, Steimann M, Rotsch M, Zurborn KH, Koch U, Bergelt C. Occupational stress and its association with early retirement and subjective need for occupational rehabilitation in cancer patients. *Psychooncology*. 2013;22:1807-14.
- 80) Bottcher HM, Steimann M, Ullrich A, Rotsch M, Zurborn KH, Koch U, Bergelt C. Work-related predictors of not returning to work after inpatient rehabilitation in cancer patients. *Acta Oncol*. 2013;52:1067-75.
- 81) Rick O, Kalusche EM, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C, Seifart U. Reintegration von Krebspatienten ins Erwerbsleben. *Dt.Ärztebl*. 2012;109:702-8.
- 82) Mehnert A, Barth J, Gaspar M, Leibbrand B, Kegel CD, Bootsvelde W, Friedrich M, Hartung TJ, Berger D, Koch U. Predictors of early retirement after cancer rehabilitation-a longitudinal study. *Eur.J Cancer Care (Engl.)*. 2017;26:doi: 10.1111/ecc.12528.
- 83) Briest J. [Health Condition, Health Care Utilisation and Attitude Towards Return to Work in Individuals Receiving Temporary Disability Pension]. *Gesundheitswesen*. 2018;80 doi: 10.1055/a-0795-3511.:1-7.

- 84) Finkenbusch, N. Top-Thema Aufforderung zum Reha-Antrag . 19-3-2018. https://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/aufforderung-zum-reha-antrag/muss-die-krankenkasse-zum-reha-antrag-auffordern_242_225712.html
- 85) Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bevölkerung, Schüler/-innen und Studierende nach Geschlecht, Alter und Bildungsbereichen 2017. 2017. Eingesehen: 28-3-2019. <http://www.datenportal.bmbf.de/portal/de/Tabelle-o.3.xls>
- 86) Middendorf, E., Apolinarski, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brandt, T., Heißenberg, S., and Poskowski, J. Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung. 2018. http://www.sozialerhebung.de/download/21/Soz21_hauptbericht.pdf
- 87) Deutsches Studentenwerk. Bafög bei krankheitsbedingter Studienunterbrechung. 2018. Eingesehen: 29-10-2018. <https://www.studentenwerke.de/de/content/baf%C3%B6g-bei-krankheitsbedingter-studienunterbrechung>
- 88) Bokemeyer C, Borgmann-Staudt A, Dittrich R, Freund M, Oldenburg M, Modl H. Vom Krebs geheilt, aber nicht gesund. Keine Hoffnung auf eigene Kinder, vol. 11. Berlin: DGHO e.V., 2017., https://www.dgho.de/publikationen/schriftenreihen/fertilitaetserhalt/dgho_gpsr_xi_de_0971_web.pdf
- 89) Beendigung der Elternzeit und Bezug von Entgeltfortzahlung und Krankengeld. 15-10-2014. Eingesehen: 28-10-2018. <https://www.frag-einen-anwalt.de/ElterngeldKrankheit-f266887.html>
- 90) Bundesrepublik Deutschland. Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) - Arbeitsförderung. 12-7-2018. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_3/SGB_3.pdf
- 91) Bundesrepublik Deutschland. Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende. 17-7-2017. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_2/SGB_2.pdf
- 92) Bundesrepublik Deutschland. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022). 20-7-2018. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/BJNR302300003.html

- 93) Bottcher HM, Steimann M, Ullrich A, Rotsch M, Zurborn KH, Koch U, Bergelt C. [Evaluation of a Vocationally Oriented Concept within Inpatient Oncological Rehabilitation]. Rehabilitation (Stuttg). 2013;52:329-36.

- 94) de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. Cochrane.Database.Syst.Rev. 2015;CD007569.



DEUTSCHE STIFTUNG FÜR
**JUNGE
ERWACHSENE
MIT KREBS**

**Erste Wohnung, erste große Liebe,
erster Job... und dann Krebs!
Wir lassen junge
Krebspatienten nicht allein.**

Die Arbeit der Stiftung ist
als gemeinnützig anerkannt
und wird ausschließlich
über Spenden finanziert.

Spenden Sie bitte für das JUNGE KREBSPORTAL.

SPENDENKONTO:

IBAN: DE 57 1001 0010 0834 2261 04

BIC: PBNKDEFF

Deutsche Stiftung für
junge Erwachsene mit Krebs
www.junge-erwachsene-mit-krebs.de

ISBN 978-3-9818079-7-4