

Brustkrebs

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Besteht der Verdacht auf Brustkrebs, ändert sich das Leben der Betroffenen meist schlagartig. Jeder weiss, dass Krebs nicht immer heilbar ist – und das macht Angst. Denn oft wissen Betroffene bei der ersten Diagnose nicht, wie hoch die Heilungsraten sind, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt und wo sie sich Unterstützung holen können.

Wichtig ist dann, sich eines bewusst zu machen: Brustkrebs erfordert keine sofortige Notfallbehandlung. In der Regel hat man genug Zeit, sich vor Beginn der Therapie ausreichend zu informieren und in Ruhe Entscheidungen über das weitere Vorgehen zu treffen.

Von großer Bedeutung ist auch, dass Betroffene ihrem Arzt vertrauen können und dieser sie hinlänglich über die Erkrankung sowie Behandlungsmöglichkeiten aufklärt. Hilfreich und informativ sind auch Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.

Dieser Ratgeber möchte Frauen mit Brustkrebs und deren Angehörigen erste Fragen beantworten und einen Überblick über die Erkrankung und mögliche Therapien geben.

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

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 2 |
| Brustkrebs | 5 |
| Risikofaktoren | 5 |
| Vor Beginn der Behandlung | 6 |
| Brustzentren | 7 |
| Behandlung | 8 |
| Operationen | 10 |
| Systemische Therapien | 11 |
| Strahlentherapien | 12 |
| Häusliche Krankenpflege | 13 |
| Nachsorge | 15 |
| Nachsorgeuntersuchungen | 15 |
| Fragen bei der Brustkrebsnachsorge (Anamnese) | 16 |
| Brustselbstuntersuchung | 16 |
| Hilfs- und Heilmittel | 17 |
| Brustprothesen und Spezial-BHs | 17 |
| Perücken | 19 |
| Therapie von Lymphödemen | 20 |
| Leben mit Brustkrebs | 24 |
| Partnerschaft und Sexualität | 24 |
| Kinder krebskranker Eltern | 25 |
| Ernährung und Bewegung | 27 |
| Urlaub | 28 |
| Psychosoziale Hilfen | 29 |
| Psychoonkologie | 29 |
| Psychotherapie | 30 |
| Chronische Müdigkeit (Fatigue) | 31 |
| Depression | 33 |
| Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit | 34 |
| Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall | 34 |
| Krankengeld | 35 |
| Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit | 39 |
| Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung | 41 |
| Erwerbsminderungsrente | 41 |
| Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | 43 |
| Hilfe zum Lebensunterhalt | 44 |
| Zuzahlungen in der Krankenversicherung | 46 |
| Zuzahlungsregelungen | 46 |
| Zuzahlungsbefreiung | 47 |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| Sonderregelung für chronisch Kranke | 50 |
| Rehabilitation | 51 |
| Überblick über Reha-Leistungen | 51 |
| Ambulante Reha-Maßnahmen | 52 |
| Stationäre Reha-Maßnahmen | 53 |
| Anschlussheilbehandlung | 55 |
| Stufenweise Wiedereingliederung | 57 |
| Berufliche Reha-Maßnahmen | 58 |
| Übergangsgeld | 59 |
| Reha-Sport und Funktionstraining | 61 |
| Haushaltshilfe | 62 |
| Behinderung | 64 |
| Definition | 64 |
| Grad der Behinderung | 64 |
| Schwerbehindertenausweis | 66 |
| Nachteilsausgleiche | 67 |
| Pflege | 68 |
| Definition „Pflegedürftigkeit“ | 68 |
| Pflegegrade | 71 |
| Pflegeleistungen | 71 |
| Leistungen für pflegende Angehörige | 75 |
| Palliativversorgung | 76 |
| Patientenvorsorge | 78 |
| Vorsorgevollmacht | 78 |
| Betreuungsverfügung | 78 |
| Patientenverfügung | 79 |
| Adressen | 80 |
| Impressum | 82 |

Brustkrebs

Brustkrebs (Mammakarzinom) ist ein bösartiger Tumor in der Brust, also ein Geschwulst aus entarteten Zellen, die überwiegend zum Drüsengewebe gehören. Besonders häufig ist das obere, äußere Viertel der Brust betroffen.

Brustkrebs ist die weltweit häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In Deutschland erkrankt etwa jede 8. Frau im Laufe ihres Lebens daran, etwa 2/3 sind älter als 55 Jahre. Mit fortgeschrittenem Alter steigt das Risiko für eine Brustkrebserkrankung deutlich an. Zum Vergleich: Im Alter um die 30 Jahre erkrankt 1 von etwa 2.500 Frauen, im Alter um die 60 Jahre erkrankt 1 von etwa 25 Frauen.

In Industriestaaten bekommen Frauen häufiger Brustkrebs als in Asien oder Afrika. Allerdings sind die Heilungschancen in den westlichen Industriestaaten deutlich höher als in ärmeren Ländern. In Deutschland leben laut Statistik 5 Jahre nach der Diagnose noch 88 % der erkrankten Frauen, nach 10 Jahren noch 82 %.

Sehr selten erkranken auch Männer, in Deutschland etwa 600 pro Jahr. Die Behandlung sollte am besten in einem zertifizierten Brustzentrum (siehe S. 7) erfolgen, da diese viel Erfahrung mit der Erkrankung haben. Weitere Informationen bietet das Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V. im Internet unter www.brustkrebs-beim-mann.de.

Risikofaktoren

Die Ursache von Brustkrebs ist nicht geklärt. Ein gesunder Lebensstil hilft jedoch, generell das Risiko für Krebserkrankungen zu senken. Dazu gehören z.B. eine ausgewogene Ernährung sowie ausreichend Bewegung.

Als Risikofaktoren gelten unter anderem:

- genetische Vorbelastung (Brustkrebs bei nahen Verwandten)
- hormonelle Faktoren, z.B. Beginn der Menstruation in sehr jungen Jahren, sehr späte Menopause, keine oder späte Geburten, bestimmte Hormonersatztherapien
- Ernährung (viel tierisches Fett, z.B. Wurst, Fleisch, Vollmilchprodukte), Alkohol, Rauchen
- Übergewicht, geringe körperliche Aktivitäten
- hohe Dichte des Brustdrüsengewebes (mehr Drüsen- und Bindegewebe, weniger Fettgewebe)
- vorausgehende Krebserkrankungen, z.B. Ersterkrankung an Brustkrebs, Gebärmutter- und Eierstockkrebs, Dickdarmkrebs

DCIS: Vorstufe

Unter DCIS (Duktales Carcinoma in situ) versteht man eine Vorstufe des Brustkrebs, bei dem sich krankhaft veränderte Zellen in den Milchgängen der Brust befinden. Experten gehen davon aus, dass DCIS ein erhöhtes Brustkrebsrisiko bedeutet, aber es muss sich kein Tumor entwickeln.

Früherkennung

Je früher Brustkrebs erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Für die Früherkennung spielen sowohl die Selbstuntersuchung als auch die ärztliche Vorsorgeuntersuchung eine Rolle.

Die regelmäßige Selbstuntersuchung der Brust ist zu empfehlen, Näheres siehe S. 16. Wenn dabei Veränderungen entdeckt werden, sollte man sofort einen Arzt aufsuchen.

Zudem bieten Frauenärzte regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen an. Die Krankenkasse trägt die Kosten für eine jährliche Brustuntersuchung ab 30 Jahren sowie alle zwei Jahre für ein Mammographie-Screening für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren.



Praxistipp!

- Der Verein Women Engage for a Common Future (WECF) hat gemeinsam mit dem Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) eine Broschüre über „Die verkannte Gefahr: Umwelteinflüsse und Brustkrebs“ herausgegeben. Diese finden Sie unter www.wecf.eu > Publications > Publications in German.
- Detaillierte Informationen zur Erkrankung und zu den verschiedenen Untersuchungsmethoden bei Krebsverdacht gibt der Krebsinformationsdienst (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums unter www.krebsinformationsdienst.de > Krebsarten > Brustkrebs.

Vor Beginn der Behandlung

Wenn sich der Verdacht auf Brustkrebs erhärtet, sollten die nächsten Behandlungsschritte in Absprache mit dem Arzt zeitnah angegangen werden. In der Regel bleibt dennoch ausreichend Zeit, sich auf die Therapie vorzubereiten und die nötigen Entscheidungen in Ruhe zu treffen.

Zeit für die Vorbereitung

Manche Patientin braucht vor der Krankenhauseinweisung Zeit: Um sich zu entscheiden, sich zu orientieren und zu informieren, um eine Zweitmeinung einzuholen oder um alles Wichtige für ihren Klinikaufenthalt zu regeln. 2 Wochen kann man sich in der Regel mindestens Zeit lassen, sofern der Arzt nicht massive medizinische Bedenken dagegen vorbringt.

Berufstätigkeit

Wenn die Patientin berufstätig ist, kann der Arzt sie schon vor der stationären Aufnahme krankschreiben, damit sie die Möglichkeit hat, sich auf die veränderte Situation einzustellen und alle wichtigen Vorbereitungen zu treffen. Näheres siehe S. 34.

Selbsthilfe und Beratung

Schon vor der Operation können verschiedene Selbsthilfeorganisationen Unterstützung bieten. Im Brustkrebsbereich sind Selbsthilfegruppen sehr aktiv und bieten u.a. Informationen und Beratung über Diagnose, Therapie und Reha sowie psychosoziale Unterstützung. Gemeinsam wollen Betroffene ihre Lage verbessern, sich gegenseitig helfen und zusammen aktiv etwas verändern.

Selbsthilfegruppen haben unterschiedliche Organisationsformen, meist treffen sich 6–12 Teilnehmer einmal in der Woche über längere Zeit. Sie bestimmen gemeinsam, wie lange die Treffen dauern, wo sie stattfinden, welche Ziele sie verfolgen und wer welche Aufgaben übernimmt.

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

Praxistipp!

- Die „Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ unterstützt unter www.nakos.de Patienten und Angehörige beim Finden und bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe.
- Adressen von psychosozialen Krebsberatungsstellen vermittelt der Krebsinformationsdienst unter der Telefonnummer 0800 4203040 oder per E-Mail an krebsinformationsdienst@dkfz.de. Regionale Anlaufstellen finden Sie auch im Internet unter www.krebsinformationsdienst.de > Wegweiser > Adressen und Links > Krebsberatungsstellen.
- Der Verein Brustkrebs Deutschland e.V. bietet unter www.brustkrebsdeutschland.de Beratung, Informationen über aktuelle Themen und neue Studienergebnisse sowie ein kostenloses „Wohlfühlpäckchen“ für betroffene Frauen.

Brustzentren

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

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

Wer hilft weiter?

Die Adressen von zertifizierten Brustzentren in der näheren Umgebung können im Internet unter www.oncomap.de gesucht werden.

Behandlung

Die Therapie von Brustkrebs erfolgt immer individuell und „Schritt für Schritt“, d.h.: Über den nächsten Therapieschritt kann oft erst entschieden werden, wenn das Ergebnis des vorhergehenden vorliegt.

Deshalb ist es nicht möglich, ein allgemeingültiges therapeutisches Vorgehen zu beschreiben. Im Folgenden werden die wichtigsten Therapiemöglichkeiten vorgestellt. Diese können einzeln oder in Kombination eingesetzt werden.

Disease-Management-Programm

Brustkrebs ist eine der wenigen Erkrankungen, für die ein sog. Disease-Management-Programm (DMP) angeboten wird. Damit soll zielgerichtet eine qualitativ hochwertige Behandlung erfolgen.

Unter einem Disease-Management-Programm versteht man die strukturierte Behandlung einer Erkrankung unter Einbeziehung aller, die daran beteiligt sind, also z.B. Krankenhaus, behandelndem Arzt und Patientin. Die Therapie muss sich an gesicherten Leitlinien orientieren, d.h. Basis der Behandlung sind aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, die auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft wurden.

In der Regel informiert der Arzt die Patientin über die Möglichkeit der Teilnahme an einem DMP. Wenn der behandelnde Hausarzt kein DMP anbietet, kann ein Wechsel sinnvoll sein. Die Patientin muss damit einverstanden sein, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen, u.a. indem sie die regelmäßigen Untersuchungstermine wahrnimmt. Die einzelnen Behandlungsschritte, Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse werden systematisch dokumentiert, damit alle an der Therapie Beteiligten die Möglichkeit haben, einzelne Entscheidungen und Maßnahmen nachzuvollziehen und bei der weiteren Behandlung zu berücksichtigen.

Ziele eines DMP sind eine bestmögliche Behandlung der Erkrankung und das Verhindern von Komplikationen und Folgeschäden. Zudem sollen die Schulungsprogramme die Patientin im Umgang mit der Erkrankung unterstützen und Möglichkeiten zeigen, im Alltag mit den Erfordernissen der Behandlung zurechtzukommen. Dadurch soll die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden.

Ein anderes Anliegen eines DMP ist die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachleuten und Einrichtungen. Die einzelnen Behandlungsschritte sollen gut aufeinander abgestimmt sein, damit z.B. unnötige und kostenintensive Doppeluntersuchungen vermieden werden.



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind Hausärzte und die Krankenkassen.

Kopien und Berichte

Für Patientinnen mit schweren (weiteren) Erkrankungen ist es sinnvoll, einen Ordner mit Kopien ihrer wichtigen Gesundheits-Befunde anzulegen. Der Hausarzt/Gynäkologe kann Kopien der Vorbefunde dafür zur Verfügung stellen. Wenn die Patientin einen Überblick über Diagnosen und Therapie haben möchte, empfiehlt es sich, ein Kranken-Tagebuch zu führen.



Praxistipp!

Nach dem Krankenhausaufenthalt bzw. bei Therapieende sollte sich die Patientin eine Kopie des Entlassungsberichts und des Arztbriefs sowie ihre Röntgenbilder mitgeben lassen.

Wichtig ist auch der ausgefüllte Tumorpass. Dieser kann u.a. beim Tumorzentrum Dresden von Privatpersonen kostenfrei unter der Telefonnummer 0351 3177-302 oder per E-Mail an kontakt@tumorzentrum-dresden.de bestellt werden.

Überblick über die Behandlungsformen

Schon im Rahmen der Untersuchung kann ein relativ kleiner Eingriff erfolgen, bei dem Gewebeprobe aus dem verdächtigen Bereich der Brust entnommen werden (**Biopsie**). Das Gewebe wird dann mikroskopisch auf Veränderungen hin untersucht, um den Krebsverdacht zu klären.

Als **neoadjuvante** oder **präoperative** Therapie werden Behandlungsverfahren bezeichnet, die vor einer Operation erfolgen und in der Regel zum Ziel haben, den Tumor zu verkleinern. Meist sind dies Bestrahlungen oder medikamentöse Therapien.

Kern der Behandlung ist überwiegend die Entfernung des Tumors mit einer **Operation**.

Als **adjuvante** (unterstützende) Therapie werden die anschließenden Therapieschritte bezeichnet, in der Regel **Chemotherapie** und **Bestrahlung**, seltener **Antihormontherapie** und **molekular-biologische Therapie**. Sie unterstützen die operative Therapie. In seltenen Fällen werden sie auch ausschließlich eingesetzt.

Nach der eigentlichen Behandlung kommt die **Nachsorge**.

Leitlinie

Das aktuelle Wissen zur Diagnostik, Behandlung und Nachsorge von Brustkrebs ist in einer medizinischen Leitlinie (Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms) zusammengefasst. Hauptverantwortliche Fachgesellschaften sind die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) sowie die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Diese Leitlinie und eine Patientenversion davon finden Sie unter www.awmf.org > Leitlinien > Leitliniensuche > Suchbegriff „Brustkrebs“.

Alternative und komplementäre Behandlungen

Es gibt alternative bzw. komplementäre Therapien, die im Anschluss oder parallel zu einer schulmedizinischen Therapie durchgeführt werden können. Einen guten Überblick bietet das Informationsblatt „Alternative Krebsmedizin“ des Deutschen Krebsforschungszentrums, welches unter www.krebsinformationsdienst.de > Behandlung > Alternative Methoden heruntergeladen werden kann.



Praxistipp!

Die Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V. ist ein unabhängiger, gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Krebspatienten, Angehörigen und Therapeuten. Sie informiert und berät kostenlos und unabhängig über Möglichkeiten biologischer Therapien bei Krebs und versteht sich als Wegbereiter für eine moderne Krebsmedizin, in der sich naturheilkundliche und schulmedizinische Verfahren sinnvoll ergänzen. Individuelle Beratung unter der Telefonnummer 06221 138020, Mo-Do 9-16 Uhr, Fr 9-15 Uhr. Informationen im Internet unter www.biokrebs.de.

Operationen

Bei Brustkrebs sind verschiedene operative Eingriffe möglich. Vor der eigentlichen Brustkrebsoperation ist in der Regel bereits geklärt, ob wirklich Brustkrebs vorliegt. Wenn noch Zweifel bleiben, wird das fragliche Gewebe in einer Operation entnommen („Schnellschnitt“) und sofort untersucht.

Je nach Ergebnis der sog. histologischen Untersuchung entscheidet sich der Arzt für das Operationsverfahren mit dem höchsten Nutzen. Grundsätzlich werden alle krebsverdächtigen Gewebebezirke einschließlich eventuell befallener Lymphknoten entfernt.

Entscheidend für das Operationsverfahren ist vor allem die Größe des Tumors.

- **Brusterhaltende Operation**

Bei kleineren Tumoren kann brusterhaltend operiert werden. Danach schließt sich in der Regel eine Bestrahlung des restlichen Drüsengewebes an.

- **Brustamputation**

Ist der Tumor größer, muss in der Regel die gesamte Brust entfernt werden (Brustamputation, Mastektomie, Ablatio). Wurde bereits der unter dem Brustgewebe liegende große Brustmuskel befallen, werden auch Teile dieses Muskels entfernt.

- **Randsaum**

Bei der Operation des Tumors wird zur Sicherheit ein ausreichend großer, tumorfreier Randsaum mit entfernt (Sicherheitssaum).

- **Lymphknoten in der Achselhöhle**

Häufig wird mindestens ein Lymphknoten in der Achselhöhle entfernt. Dafür wird meist ein separater Schnitt in der Achselhöhle gesetzt. Dieser sog. Wächterknoten (Sentinel-Lymphknoten) wird sofort untersucht, um festzustellen, ob Tumorzellen sich bereits weiter im Körper verbreitet haben. Sind im Wächterknoten (es können auch 2 oder 3 Wächterknoten sein) keine Krebszellen vorhanden, so hat der Tumor wahrscheinlich noch nicht gestreut. Ist ein Wächterknoten befallen, werden in der Regel weitere oder alle Lymphknoten entfernt. Mögliche Folge kann ein Lymphödem sein, siehe S. 20.

- **Operation bei DCIS**

DCIS ist eine Brustkrebsvorstufe, die auf die Milchgänge beschränkt ist. Je nach Ausbreitung der veränderten Zellen kann brusterhaltend operiert werden oder muss eine Brustamputation erfolgen. Ob eine Strahlentherapie und/oder die Entfernung von Lymphknoten notwendig ist, wird individuell entschieden.

Brustwiederaufbau

Wenn die Operation die Form der Brust verändert oder die Brust amputiert werden muss, kann die Brust rekonstruiert werden. Dies ist noch während der Operation oder zu einem späteren Zeitpunkt möglich.

Die vielseitigen Möglichkeiten der Brustrekonstruktion haben die Furcht vieler Frauen vor einem Verlust ihrer Brust und damit ihrer weiblichen Erscheinung reduziert. Die Aufbauplastik kann das Selbstwertgefühl steigern und dadurch zur umfassenden Bewältigung der Krankheit beitragen. Mit den Methoden der heutigen Chirurgie kann in der Regel eine Brustrekonstruktion mit zufriedenstellendem Ergebnis erzielt werden.

Eine **Sofortrekonstruktion** wird direkt im Anschluss an die Gewebeentfernung in der gleichen operativen Sitzung durchgeführt.

Eine **Spätrekonstruktion** wird nach der Wundheilung vorgenommen, etwa 3–6 Monate nach der Operation. Wird im Anschluss an die Operation eine Strahlentherapie durchgeführt, kann der Aufbau ungefähr ein Jahr nach Ende der Bestrahlung begonnen werden. Bei Chemotherapie ist für den Zeitpunkt der Brustrekonstruktion der Allgemeinzustand der Patientin entscheidend.

Es gibt verschiedene Operationsverfahren, um die Brust durch Implantate oder eigenes Gewebe wiederherzustellen.

Alternativen zum Brustwiederaufbau sind Silikonprothesen und Spezial-BHs. Näheres, auch zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse, siehe S. 17.

Praxistipps!

- Details zu verschiedenen Operationsmethoden finden Sie unter www.patientenberatung.de > Gesundheit > Untersuchung und Behandlung > Brustentfernung und Wiederaufbau.
- Der Verband Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) bietet die kostenlose Broschüre: „Brustamputation – wie geht es weiter?“ zum Download unter www.frauenselbsthilfe.de > Medien > Broschüren und Orientierungshilfen.
- Der Ratgeber „Möglichkeiten der Brustrekonstruktion – Eine Entscheidungshilfe“ des Brustkrebsmagazins Mamma Mia! erklärt mit Hilfe zahlreicher Graphiken die gängigsten Rekonstruktionsmethoden und thematisiert deren Vor- und Nachteile. Er kann für 8,90 € plus Versandkosten bestellt werden unter www.mammamia-online.de > Publikationen > Brustkrebsratgeber oder unter der Telefonnummer 089 85853-572 .

Anschlusstherapien

Nach der Operation wird das entfernte Gewebe untersucht. Durch diese sog. histologische Untersuchung kann der Brustkrebs in bestimmte Stadien eingeteilt werden. Dabei werden Tumorgöße, Anzahl und Ort der befallenen Lymphknoten und das Vorhandensein von Tochtergeschwulsten, sog. Metastasen, in anderen Körperregionen berücksichtigt (TNM-Klassifikation). Je nach Ergebnis ist entweder keine Anschluss-Behandlung notwendig oder es wird eine örtliche Bestrahlung, eine Chemotherapie und/oder eine Hormontherapie eingesetzt. Ziel ist, eventuell noch vorhandene Krebszellen abzutöten.

Systemische Therapien

Als „systemisch“ werden alle Therapien bezeichnet, die den ganzen Körper betreffen und nicht nur örtlich begrenzt wirken. Auf diese Weise können auch weit verstreute Krebszellen erreicht werden.

Chemotherapien

Eine Chemotherapie kann vor oder nach der Operation erfolgen. Hier kommen Medikamente zum Einsatz, die Tumorzellen abtöten sollen, sog. Zytostatika. Die Medikamente wirken gezielt auf schnell wachsende Zellen. Neben den Tumorzellen sind das aber z.B. auch Haarzellen, blutbildende Zellen und Zellen im Verdauungstrakt. Deshalb leiden viele Patientinnen unter Nebenwirkungen wie z.B.

Haarausfall, Übelkeit, Durchfall oder schlechten Blutwerten.

Etwa 4 Wochen nach Ende der Chemotherapie wächst das Haar wieder nach, es kann sich aber in Struktur und Farbe verändert haben. Tipps zu Perücken, Kopfbedeckungen und Kosmetik (auch Wimpern und Augenbrauen können ausfallen) siehe S. 19.

Antihormontherapien

Viele Brustkrebsformen sind hormonabhängig und können deshalb mit Antihormontherapien behandelt werden. Die Nebenwirkungen, die auftreten können, sind ähnlich wie Wechseljahresbeschwerden, z.B. Hitzewallungen, Gewichtszunahme und Stimmungsschwankungen. Die Hormontherapie dauert etwa 5–10 Jahre.

Der Einsatz der Hormontherapie hängt vom sog. Rezeptorstatus ab, der besagt, ob das untersuchte Tumorgewebe auf die Geschlechtshormone Östrogen und/oder Progesteron sensibel ist. Die Rezeptoren sind quasi die „Andockstellen“ für Hormone auf der Zelloberfläche. Sie sind verantwortlich für die Wirkungsentfaltung der weiblichen Hormone Östrogen und Progesteron im Körper. Östrogen fördert normalerweise das Wachstum der Brustdrüse. Sind entsprechende Rezeptoren auf dem Tumorgewebe vorhanden, fördert das Hormon das Krebswachstum. Sog. Rezeptorenblocker wie Tamoxifen blockieren den Zugang der Östrogenrezeptoren, sodass die Hormone dort keine Wirkung entfalten können. Bei sensiblen Tumoren lässt sich so das Wachstum bremsen.

Nebenwirkung eines Hormonentzugs kann, insbesondere bei Frauen vor den Wechseljahren, die Entwicklung einer Osteoporose sein. Um dies zu überwachen, kann ein Arzt Knochendichtemessungen vornehmen. Die Kosten übernimmt in begründeten Fällen die Krankenkasse.

Molekularbiologische Therapien

Molekularbiologische Therapien, auch zielgerichtete Therapie bzw. Targeted Therapy genannt, sind neue medikamentöse Therapieformen, die die Tumorzellen gezielter angreifen als die verbreitete Chemotherapie. D.h. andere Zellen sind weniger betroffen und die Nebenwirkungen für die Patientin sind schwächer.

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

Strahlentherapien

Die Strahlentherapie, auch Radiotherapie oder Radiatio genannt, wird insbesondere im Anschluss an eine Operation eingesetzt. Sie wirkt nur örtlich im Bestrahlungsfeld, sodass gesundes Gewebe weitgehend geschont bleibt.

Die Strahlung schädigt die Zellen und die Tumorzellen sollen dabei zerstört werden. Gesunde Zellen sind ebenfalls betroffen, aber sie besitzen einen funktionierenden Reparaturmechanismus, mit dessen Hilfe sie sich nach der Bestrahlung wieder regenerieren. Abhängig vom Lymphknotenbefall, der Art des Tumors und seiner Größe kann es notwendig werden, auch die Achselhöhle, die mittlere Brustwand und die Schlüsselbeingrube zu bestrahlen. Wenn der Tumor schon gestreut hat, werden Bestrahlungen z.B. auch gegen Knochenmetastasen angewendet.

Die Bestrahlung der Brust dauert etwa 4–6 Wochen an 4–7 Tagen und kann in der Regel ambulant durchgeführt werden. Der Bestrahlungszeitraum kann in bestimmten Fällen verkürzt werden, indem die Brust schon während der Operation bestrahlt wird.

Praxistipp!

Bei Rauchern wirken Chemo- oder Strahlentherapie weniger gut, da der Körper schlechter durchblutet ist. Deshalb wird Betroffenen dringend geraten, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Deutsche Krebshilfe bietet den Ratgeber „Endlich Aufatmen – Geschafft – Endlich Nichtraucher“ unter www.krebshilfe.de > Informieren > Über Krebs > Infothek > Prävention an.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass eine Patientin zu Hause vorübergehend von Fachpersonal versorgt wird. Neben der medizinischen Versorgung kann das auch die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und den Haushalt der Patientin umfassen.

Die häusliche Krankenpflege ist z.B. nötig, wenn eine Patientin aus dem Krankenhaus entlassen werden kann, aber noch nicht fit genug ist, um zu Hause alleine zurecht zu kommen. Sie wird in der Regel von der Krankenkasse finanziert und ist nicht zu verwechseln mit der „häuslichen Pflege“ der Pflegeversicherung.

Voraussetzungen

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

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn:

- eine Krankenhausbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z.B. weil die Patientin aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder wegen mangelnder Transportfähigkeit der Patientin **oder** eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege) **oder**
- sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist, z.B. falls der Arzt Injektionen im nötigen Umfang nicht selbst vornehmen kann (Sicherungspflege) **und**
- keine im Haushalt lebende Person die Patientin im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die häusliche Krankenpflege übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Dauer und Umfang

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

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

Leistungsinhalte:

- Behandlungspflege sind:
 - medizinische Hilfeleistungen, z.B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Messen der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen oder
 - verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter).
Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.
- Grundpflege sind pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art, z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität.
- Hauswirtschaftliche Versorgung ist z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen.

Praxistipp!

Voraussetzung für eine Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse ist, dass der Arzt Behandlungspflege verordnet hat. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ohne Notwendigkeit von Behandlungspflege wird nicht übernommen.

Verordnung

Die Verordnung einer häuslichen Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt, z.B. den Hausarzt.

Seit 1.1.2016 können auch Krankenhausärzte häusliche Krankenpflege verschreiben, wenn sie wegen schwerer Krankheit, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung oder aufgrund einer ambulanten Operation nötig ist. Der Krankenhausarzt soll vor der Entlassung den weiterbehandelnden Vertragsarzt darüber informieren.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe S. 46.

Sachleistungsprinzip

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

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

Nachsorge

Die Nachsorge ist wichtiger Bestandteil der Versorgung und dient einer dauerhaften Betreuung und Begleitung nach der Brustkrebstherapie.

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt folgt in der Regel eine Anschlussheilbehandlung, siehe S. 55. Diese soll helfen, wieder das gewohnte Alltags- und Berufsleben aufnehmen zu können. Doch auch, wenn man einige Zeit später schon wieder mitten im (Alltags-)Leben steckt, ist es wichtig, die Nachsorge ernst zu nehmen.

Nachsorgeuntersuchungen

Regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen dienen dazu, eine eventuelle Rückkehr des Tumors (Rezidiv in der Brust oder Metastasen an anderen Körperstellen) frühzeitig zu erkennen.

Die Nachsorge wird wegen des erhöhten Risikos eines Zweittumors oder Rückfalls (Rezidivs) nach einem strikt festgelegten Schema durchgeführt. In den ersten 3 Jahren nach der Operation finden die Nachsorgeuntersuchungen alle 3 Monate statt. Im 4. und 5. Jahr werden die Untersuchungen halbjährlich und ab dem 6. Jahr jährlich empfohlen. Bei Patientinnen mit niedrigem Rückfallrisiko kann das Screening nach 5 Jahren Nachsorge auch in 2-jährigen Abständen erfolgen.

Bei den Kontrollen stehen ausführliche Anamnese (siehe S. 16), körperliche Untersuchung sowie Aufklärung und Information durch den Arzt auf dem Programm. Blutkontrollen, Röntgen und Ultraschalluntersuchung werden nur bei Beschwerden der Patientin durchgeführt. Die Mammographie wird einmal jährlich empfohlen; bei einer befallenen Brust, die brusterhaltend operiert wurde, kann sie in den ersten 3 Jahren auch alle 6 Monate erfolgen.

Die Nachsorge umfasst auch die Motivation der Patientin zu allgemein gesundheitsbewusstem Verhalten, wie Bewegungsprogrammen mit Kraft und Ausdauertraining, einer gesunden Ernährung sowie einer Gewichtsreduktion bei Übergewicht. Auch auf die Bedeutung einer zuverlässigen Einnahme der verordneten Medikamente wird hingewiesen sowie nach Nebenwirkungen gefragt.

Wenn Frauen irgendwelche neuen Beschwerden bemerken, sollten sie auch außerhalb dieser Termine sofort den Arzt aufsuchen. Sie sollten sich nicht scheuen, alle Ängste und Befürchtungen anzusprechen. Neben medizinischen Informationen und Tests kann gegebenenfalls auch die Überweisung zum Psychoonkologen oder zur Psychotherapie hilfreich sein.



Praxistipp!

Die Deutsche Krebsgesellschaft bietet unter www.krebsgesellschaft.de > Basis-Informationen Krebs > Krebsarten > Brustkrebs > Basisinformationen für Patienten > Brustkrebs: Was kommt nach der Therapie? einen Übersichtsplan zur Brustkrebs Nachsorge.

Fragen bei der Brustkrebsnachsorge (Anamnese)

Folgende Fragen werden Frauen bei einem Brustkrebs-Nachsorgetermin in der Regel gestellt:

- Haben sich Ihr subjektives Befinden oder Ihre Leistungsfähigkeit seit dem letzten Termin verändert?
- Hat sich Ihr Gewicht geändert?
Gewicht beim letzten Nachsorgetermin: _____, Gewicht heute: _____
- Haben Sie die Selbstuntersuchung der Brust und des Narbenbereichs regelmäßig durchgeführt?
- Haben Sie Knötchen, Juckreiz oder Rötungen bemerkt?
- Wünschen Sie eine weitere Erklärung der Selbstuntersuchung?
- Möchten Sie an einem Kurs zur Brustselbstuntersuchung (speziell für Betroffene) teilnehmen?
- Ist Ihr Arm auf der operierten Seite dicker geworden?
- Ist die Beweglichkeit des Arms verschlechtert?
- Haben Sie Beschwerden in der Muskulatur, in Knochen oder Gelenken?
- Haben Sie Husten oder Luftnot bei Belastung?
- Haben Sie häufig Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen oder Schwächegefühle?
- Bemerkten Sie vermehrt Müdigkeit, Leistungsminderung oder Antriebslosigkeit?
- Bemerkten Sie Sehstörungen, Orientierungsstörungen oder Gleichgewichtsstörungen?

Mithilfe dieser Fragenliste können sich Frauen auf die Nachsorgeuntersuchung vorbereiten.

Brustselbstuntersuchung

Frauen nach Brustkrebs haben ein erhöhtes Risiko, wieder an Brustkrebs zu erkranken. Deshalb ist auch die Selbstuntersuchung der Brust ein wichtiges Element der Nachsorge.

Ärzte erklären ihren Patientinnen, wie sie dabei vorgehen sollen. Intensiver ist das Erlernen der Selbstuntersuchung in einem mehrstündigen Kurs, der von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen angeboten wird. Wenn Frauen darauf Wert legen, dass am Kurs nur betroffene Patientinnen teilnehmen, sollten sie gleich bei der Anmeldung danach fragen.

Praxistipps!

- Die bekannteste Methode zur Brustselbstuntersuchung ist MammaCare. Details und Adressen von MammaCare-Trainerinnen finden Sie im Internet unter www.mammacare.de.
- Die Deutsche Krebsgesellschaft beschreibt die Brustselbstuntersuchung im Internet unter www.krebsgesellschaft.de > Basis-Informationen Krebs > Krebsarten > Brustkrebs > Basisinformationen für Patienten > Selbstuntersuchung der Brust.

Hilfs- und Heilmittel

Ein Hilfsmittel ist ein Gegenstand, der unmittelbar auf eine Beeinträchtigung ausgerichtet ist, z.B. eine Brustprothese.

Heilmittel sind medizinische Dienstleistungen, die Beschwerden (z.B. Lymphödeme) lindern können, die infolge der Behandlung einer Krebserkrankung auftreten.

Brustprothesen und Spezial-BHs

Bei Brustkrebs kann eine ganze oder teilweise Entfernung der Brust notwendig werden. Brustprothesen (Epithese) und Spezial-BHs können den Verlust optisch ausgleichen. Sie werden unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse übernommen oder bezuschusst.

Prothesen

Nach der Operation bekommt die Patientin schon in der Klinik eine weiche „Prothese“ aus Baumwolle oder Schaumstoff, welche die empfindliche Haut schont.

Ein paar Wochen später kann dann eine Silikonprothese benutzt werden. Silikon wird verwendet, da es in Gewicht und Schwingungsverhalten dem Körpergewebe ähnelt.

Sanitätshäuser bieten in der Regel eine große Auswahl an Prothesen in unterschiedlichen Grundformen, in verschiedenen Körbchengrößen und in Farben von hell- bis dunkelhäutig. Bei hochwertigen Silikonprothesen können die Brustwarzen separat gewählt werden und die Form der Brust individuell angepasst werden, was vor allem bei einseitiger Operation von Bedeutung ist.

Es gibt auch selbsthaftende Silikonprothesen, die bei jeder Bewegung halten, sich anfühlen und bewegen wie eine natürliche Brust. Sie sollen erst nach der vollständigen Abheilung der Operationsnarben verwendet werden und können entweder ohne oder mit einem beliebigen normalen BH getragen werden.

Für Frauen, die brusterhaltend operiert wurden, gibt es auch Teilprothesen, die der Brust wieder eine schöne Form geben und die Symmetrie zur gesunden Brust herstellen.



Praxistipp!

Ob Frauen selbsthaftende oder herkömmliche Prothesen verwenden, ist individuell unterschiedlich. Manche Frauen haben Probleme mit der Haftung oder scheuen den größeren Aufwand mit Befestigung und Reinigung der selbsthaftenden Prothesen. Andere haben Probleme mit Rückenschmerzen infolge der Belastung der eingeschobenen Prothesen, die nur von den BH-Trägern gehalten werden.

Spezial-BHs

Spezial-BHs für Brustprothesen haben rechts, links oder beidseitig eine Tasche, damit die Prothese nicht rutscht. Auch sie sind in Sanitätshäusern erhältlich. Es gibt auch spezielle Badeanzüge und Bikinis mit entsprechenden Taschen.

Praxistipp!

Handwerklich geschickte Frauen können sich in herkömmliche BHs auch selbst Taschen aus dünnem Baumwollstrickstoff einnähen. So können sie BHs aus der Zeit vor der Operation weiter nutzen und haben eine größere Einkaufsauswahl, auch aus preisgünstigen Modellen.

Kostenübernahme und Zuzahlungen

Brustprothesen und Spezial-BHs gelten als Hilfsmittel und müssen vom Arzt verordnet werden, wenn die Krankenkasse Kosten übernehmen soll.

Generell übernehmen die Krankenkassen die Kosten für die brustprothetische Versorgung ganz. Das umfasst, vereinfacht gesagt, die Leistungen Beratung und Anpassung, die in der Regel ein Sanitätshaus vornimmt.

Bei Spezial-BHs geben die Kassen zwei Mal im Jahr einen Zuschuss, der die Mehrkosten für die Spezialwäsche ausgleichen soll. Der Zuschuss ist je nach Bundesland und Kasse unterschiedlich und beträgt je ca. 40 €. Zum Teil bezuschussen Krankenkassen auch einen Spezial-Badeanzug. Manche Krankenkassen übernehmen die Kosten für Spezial-BHs und Spezial-Badeanzüge auch komplett.

Als Anhaltspunkte können folgende Leistungen gelten:

- **Erstversorgung nach Brustamputation**
 - 1 Erstversorgungsprothese (Schaumstoff)
 - 1 Erstversorgungs-BH
- **Erstausstattung**
 - 1 bis 2 Brustprothesen
 - 2 Spezial-BHs (mit oder ohne eingenähter Tasche)
 - zum Teil Spezial-Badeanzug
- **Jährlich**
 - 2 Spezial-BHs (mit oder ohne eingenähter Tasche)
- **Alle 2 Jahre**
 - 1 neue Brustprothese
 - zum Teil Spezial-Badeanzug

In der Regel leisten die Krankenkassen außerdem Ersatz bei Funktionsverlust einer Haft-Prothese, bei Defekt der Prothese oder bei Veränderung des Körpergewichts. Die Zu- oder Abnahme der Brust muss ärztlich bestätigt werden.

Praxistipp!

Um die Zuschüsse reibungslos zu erhalten, empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

- Bei der Krankenkasse nachfragen, wie hoch der Zuschuss für den Spezial-BH und wie der Ablauf ist, um die Zuschüsse zu erhalten.
- Dann im Sanitätshaus die Verordnung vorlegen und einen Kostenvoranschlag für das gewünschte Produkt erstellen lassen.
- Den Kostenvoranschlag daraufhin bei der Krankenkasse einreichen und sich die Kostenübernahme schriftlich bestätigen lassen.



Wer hilft weiter?

Selbsthilfegruppen können meist darüber informieren, welche Sanitätshäuser in der Region freundlich und kompetent zu Brustprothesen, Spezial-BHs und Badeanzügen beraten. Unter Umständen lohnt es sich für die Patientin, dafür auch ein bisschen weiter zu fahren.

Perücken

Die meisten Patientinnen leiden während einer Chemotherapie unter teilweisem oder vollständigem Haarverlust. Etwa 4 Wochen nach Ende der zytostatischen Therapie wächst das Haar wieder nach. Mit dieser starken Veränderung der äußeren Erscheinung umzugehen, ist für die meisten Frauen eine große Herausforderung: Egal ob Perücke, kreative Kopfbedeckung oder Haarlosigkeit – wichtig scheint insbesondere eine bewusste Entscheidung für den eigenen Umgang damit.

Nicht alle Medikamente, die für eine Chemotherapie eingesetzt werden, haben einen Haarausfall zur Folge. Ärzte können darüber recht zuverlässig im Voraus informieren.

Patientinnen sollten rechtzeitig überlegen, ob sie Haarsersatz, Tücher, Hüte oder Mützen tragen möchten. Eine Perücke sollte gegebenenfalls rechtzeitig ausgewählt werden, d.h.: vor Beginn der Chemotherapie.

Vor und während der Therapie milde Shampoos und weiche Bürsten verwenden, um Haar und Kopfhaut zu schonen.

Es ist zu empfehlen, schon vor Beginn der Chemotherapie einen auf Perücken spezialisierten Friseur aufzusuchen, damit dieser Frisur, Haarfarbe und Haarbeschaffenheit kennt. Dann kann in Ruhe eine entsprechende Perücke ausgesucht oder angefertigt werden.

Manche Frauen freuen sich über die Möglichkeit einer neuen Frisur, andere entscheiden sich für einen Haarsersatz, der ihrem natürlichen Haar möglichst ähnlich ist. Medizinische Qualitätsperücken unterscheiden sich kaum vom natürlichen Haar.

Kosten und Kostenübernahme

Der Preis einer Perücke richtet sich nach Qualität (Kunsthaar, Echthaar, europäisches Echthaar, Maßanfertigung) und Haarlänge. Er bewegt sich im Rahmen von 150–3.000 €.

Sozialrechtlich gelten Perücken als Hilfsmittel, die vom Arzt verordnet werden müssen.

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

Vor Anfertigung der Perücke sollten sich Patientinnen einen Kostenvoranschlag erstellen lassen und mit diesem bei der Krankenkasse nachfragen, bis zu welcher Höhe die Kosten übernommen werden. Die Kostenübernahme der Krankenkassen ist sehr unterschiedlich und kann unter 200 € liegen, andere Kassen übernehmen Perücken ganz.

Mit oder ohne Kopfbedeckungen

Viele Frauen entscheiden sich gegen eine Perücke oder tragen diese nur außerhalb des Hauses. Statt Haarersatz verwenden sie Mützen oder Tücher oder stehen offen dazu, übergangsweise keine Haare zu haben. Je zufriedener Patientinnen mit ihrem Aussehen sind, desto wohler werden sie sich fühlen.

Praxistipp!

Zur Entscheidungsfindung können Betroffenenforen im Internet viel beitragen. Unter www.krebs-kompass.de finden sich im Brustkrebs-Forum auch einige Beiträge zum Thema Haarausfall und Perücken.

Kosmetik

Der Haarausfall kann die gesamte Körperbehaarung betreffen, auffällig ist das insbesondere am Kopf und im Gesicht. Wimpern und Augenbrauen fallen weniger oft aus als Kopfhare, da sich die entsprechenden Zellen langsamer teilen. Allerdings wachsen sie deshalb auch langsamer nach.

Krebsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und Kliniken vermitteln Kosmetik-Kurse für Frauen nach Chemotherapie. Diese Kurse vermitteln in angenehmer, verständnisvoller Atmosphäre Ideen für Kopfbedeckungen, Anleitung und praktische Übungen zum Kopftuchbinden, dezente Kosmetik von Augenbrauen und Wimpern sowie individuelle Tipps.

Praxistipp!

Online-Schritt-für-Schritt-Anleitungen als Video finden sich unter www.dkms-life.de > Online-Schminktipp.

Therapie von Lymphödemen

Nach einer Krebsoperation oder Bestrahlung kann es zu einem Lymphödem kommen. Am häufigsten bei Brustkrebs sind Lymphödeme des Armes. Bei einem ausgeprägten Lymphödem ist dauerhaft eine Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE) nötig, die aus Lymphdrainage, Kompression, Übungen und Hautpflege besteht.

Bei einer Brustkrebsoperation werden, je nach Befund, einer bis alle Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt. Nach Brustkrebsoperationen können deshalb die Arme von Bewegungseinschränkungen betroffen sein. Bereits kurz nach der Operation sollten deshalb individuelle Therapien ansetzen, damit der Arm funktionsfähig bleibt.

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

Lymphexperten beklagen allerdings, dass bei Ärzten und Therapeuten oft das Spezialwissen für die richtige Therapie fehlt. Wenn sich ein Lymphödem nach längerer Behandlung nicht bessert oder wenn ein Arzt keine Behandlung verschreiben möchte, sollten Betroffene sich an einen Spezialisten wenden.

Leider ist es oft schwierig, dass Krankenkassen den vollen Umfang der notwendigen Therapiemaßnahmen und Hilfsmittel (Kompressionsstrümpfe) übernehmen.

Ursache und Folgen

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

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

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

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



Praxistipp!

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

Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE)

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

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

Die KPE besteht aus **2 Phasen**:

- Die **Initialphase** (Anschubphase, Entstauungsphase) dauert 1–3 Wochen und sorgt dafür, dass die akuten Beschwerden gelindert und die Schwellungen deutlich reduziert werden. Die Initialphase wird bei Bedarf wiederholt.

- Die **Erhaltungsphase** folgt in unmittelbarem Anschluss und läuft dann beständig. Die Zahl der Therapietermine wird dabei laufend dem Bedarf angepasst.

Die KPE hat **4 Bausteine**. Die Bausteine werden in beiden Phasen angewandt:

- Manuelle Lymphdrainage
- Kompression
- Bewegungsübungen
- Hautpflege

Manuelle Lymphdrainage (MLD)

Die MLD ist eine Massage mit schonenden kreisenden Bewegungen, die das Lymphsystem stimuliert, mehr Lymphe abzutransportieren. Damit reduziert sich die Schwellung. Ausgeführt wird die MLD von Masseuren oder Krankengymnasten (Physiotherapeuten), die dafür eine spezielle Fortbildung brauchen.

Lymphdrainage muss vom Arzt verordnet werden und zählt zu den Heilmitteln.

Kompression

„Kompression“ heißt Druck. Er wird aufgebaut, damit im Gewebe kein Platz ist, um zu viel Lymphe einzulagern. Bei Bewegung unterstützt die Kompression den Abtransport von Lymphe. Eingesetzt werden dafür entweder ein lymphologischer Kompressionsverband (Kompressionsbandage) oder Kompressionsstrümpfe.

Lymphologische Kompressionsverbände werden vor allem in Phase 1 eingesetzt. Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) sind dagegen eine Dauermaßnahme. Sie sollten täglich und so viel wie möglich getragen werden. Patientinnen brauchen deshalb je Arm/Bein 2 Sätze, damit sie diese wechseln können. Spätestens alle 6 Monate sollten neue Strümpfe verordnet werden, weil sie sonst ausleiern und nicht mehr richtig wirken. Ein MKS darf nicht mit einem MTS verwechselt werden, einem Medizinischen Thromboseprophylaxestrumpf, auch Stützstrumpf genannt. Ein MTS beugt Thrombosen vor, wird meist im Liegen getragen und übt wenig Druck auf das Gewebe aus.

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

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

Praxistipp!

Für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie gibt es in der Krankenversicherung Festbeträge. Die Krankenkasse erstattet Kosten nur bis zu einem bestimmten Betrag (= Festbetrag). Wird ein Hilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte den Differenzbetrag selbst übernehmen (Eigenanteil). Die Zuzahlung (siehe S. 46) richtet sich nur nach der Höhe des Festbetrags. In der Regel muss die Patientin also dann Eigenanteil plus Zuzahlung leisten.

Bei der Erstverordnung eines Kompressionsstrumpfs ist aus hygienischen Gründen ein zweiter enthalten. So kann die Patientin einen tragen und den anderen waschen.

Bewegungsübungen

Spezielle Gymnastik und Bewegung fördern den Abtransport der Lymphe und reduzieren das Ödem, wenn dabei gleichzeitig der MKS getragen wird. Günstig sind „ruhige“ Sportarten wie Spaziergehen, Wandern (nicht Bergsteigen), Radfahren, Schwimmen. Ruckartige Bewegungen, Verletzungsrisiken und Überanstrengung sollten gemieden werden.

In der Regel werden Patientinnen schon im Krankenhaus physiotherapeutische Übungen gezeigt, damit der Arm/das Bein auf Dauer funktionsfähig bleibt. Es ist wichtig, diese Übungen auch zu Hause täglich konsequent durchzuführen. Wenn Patientinnen die Übungen nicht alleine schaffen, verschreibt der behandelnde Arzt ambulante Krankengymnastik. In Ruhe sollten, wenn möglich, betroffene Arme oder Beine hochgelagert werden.

Hautpflege und -schutz

Bei einem Lymphödem ist es wichtig, täglich die Haut zu begutachten und sorgfältig zu pflegen. Schon kleine Risse oder Verletzungen können Infektionen verursachen, die nur schwer abheilen, weil sich infolge des gestörten Lymphflusses Erreger schnell ausbreiten, Stoffwechselreste dagegen nur ungenügend abtransportiert werden.

Zu achten ist insbesondere auf die Hände und Füße: Bei jeder Haus-, Garten- und Handwerksarbeit sollten schützende Handschuhe getragen werden. Schuhe dürfen nicht reiben, nicht drücken und keinesfalls abschnüren, aber sie sollen fest sitzen (Kompression). Die Finger- und Zehennägel sind sorgfältig, aber vorsichtig zu pflegen und besser zu feilen als zu schneiden. Parfümierte Wasch- und Pflegeprodukte können die Haut reizen. Zu bevorzugen sind ph-neutrale Produkte. Wenn Kompressionsbandagen oder -strümpfe getragen werden, ist die Feuchtigkeitspflege für die Haut wichtig.

Praxistipp!

Die Broschüre „Krebs und Lymphödem“ des Vereins Frauenselbsthilfe nach Krebs informiert über Ursachen und Vermeidung von Lymphödemen sowie mögliche Gefahren und Verhaltensgrundsätze. Im Internet kann diese kostenlos unter www.frauenselbsthilfe.de > Medien > Broschüren und Orientierungshilfen heruntergeladen werden.

Leben mit Brustkrebs

Die Diagnose und die Behandlung von Brustkrebs haben meist starke Auswirkungen auf den Alltag und das Familienleben. Sowohl die Betroffenen als auch die Angehörigen haben Ängste, welche die Gedanken und Gefühle stark beeinflussen. Hilfreich ist hier vor allem das offene Gespräch.

Auch sollten Betroffene auf ausreichend Bewegung und eine gesunde Ernährung achten. Dadurch kann die Lebensqualität gesteigert und das Rückfallrisiko gesenkt werden.

Partnerschaft und Sexualität

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

Miteinander reden

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

Beispielsweise kann eine antihormonelle Behandlung auch schon bei jungen Frauen Wechseljahresbeschwerden wie trockene Scheidenschleimhäute hervorrufen. Dann ist es sinnvoll, sich seinem Partner anzuvertrauen, damit dieser Bescheid weiss. Auch der Frauenarzt sollte informiert werden, da diese Beschwerden in der Regel gut behandelt werden können.

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

Belastung und Chancen

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



Wer hilft weiter?

Wenn körperliche oder psychische Probleme die Freude an der Sexualität dauerhaft nehmen, kann man sich an eine Beratungsstelle von Pro Familia wenden, um Unterstützung zu erhalten. Adressen finden Sie unter www.profamilia.de > Beratungsstellen.

Kinder krebskranker Eltern

Wenn eine Mutter an Brustkrebs erkrankt, sollte frühzeitig mit den Kindern über die Krankheit gesprochen werden. Kinder spüren schon in jungen Jahren intuitiv, wenn Vater oder Mutter in Gefahr sind, und empfinden die Ungewissheit als eine größere Belastung als die Wahrheit.

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

Den Begriff „Krebs“ nicht meiden

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

Kinder hören „Krebs“ oft nur im Zusammenhang mit Sterben. Deshalb sollten Eltern ihrem Kind sagen, dass Krebs nicht tödlich enden muss, sondern dass alles dafür getan wird, damit man wieder gesund wird und noch lange leben kann. Es ist richtig, von positiven Beispielen aus dem Bekanntenkreis zu berichten: „Tante Susanne hatte vor vielen Jahren Brustkrebs. Das war eine schwere Zeit für alle, aber sie wurde auch wieder gesund. Heute hat sie keinen Krebs mehr und es geht ihr gut.“ Aber man sollte immer bei der Wahrheit bleiben und keine falschen Heilungsversprechen machen.

Angst und Schuldbewusstsein

Manchmal haben Kinder Angst, dass Krebs ansteckend ist und dass es jetzt gefährlich wäre, mit der kranken Mama zu kuscheln und zu schmusen. Es ist wichtig, dem Kind diese Bedenken zu nehmen.

Es sollte altersgerecht erklärt werden, wie Krebs entstehen kann, damit sich das Kind nicht die Schuld an der Erkrankung gibt und meint, dass diese die Folge von Ungehorsam oder Streit war.

Kindergarten und Schule

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

Bei Jugendlichen sollte man solche Informationen nur nach Rücksprache mit dem „Kind“ weitergeben, denn: Teenager orientieren sich an Gleichaltrigen, sie wollen gleich (stark) sein und dazugehören. Oft können sie auch die unbeschwerte Zeit mit ihren Freunden nutzen, um die Sorgen und Ängste für kurze Zeit zu vergessen. Wenn die Freunde jedoch über die schwere Krankheit der Mutter Bescheid wissen, ist dies nur schwer möglich.

Veränderung und Normalität

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

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

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

Praxistipps!

- Tipps zum Gespräch mit Kindern geben psychosoziale Krebsberatungsstellen, siehe Praxistipp S. 7.
- Die kindgerechte Broschüre „Mir sagt ja doch (k)einer was!“ sowie weitere Informationen sind kostenfrei unter www.kinder-krebskranker-eltern.de > Viele Infos > Infomaterial erhältlich.
- Ausführliche Informationen mit wissenschaftlichen Quellen, Buchtipps und Anlaufstellen bietet die Deutsche Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de > Basis-Informationen Krebs > Krebs und Psyche > Was Kindern krebskranker Eltern hilft.
- Das Bilderbuch „Auch Schutzengel machen Urlaub – Mama hat Krebs“ (Urban und Vogel Verlag, ISBN 3899352823) von Sigrid Wehnelt und Ines Grocki können betroffene Eltern ihren Kindern vorlesen. Das Buch hilft, kindgerecht Wissen über Brustkrebs zu vermitteln und mit dem Kind über das schwierige Thema ins Gespräch zu kommen.
- In ihrem Buch „Plötzlich ist alles ganz anders - wenn Eltern an Krebs erkranken“ (Klett-Cotta Verlag, ISBN 3608946055) zeigt Sylvia Broeckmann anhand praktischer Beispiele und Vorschläge, wie Eltern und andere Erwachsene Kinder informieren und ihnen den Umgang mit der Erkrankung erleichtern können.

Rehamaßnahme „Gemeinsam gesund werden“

„Gemeinsam gesund werden“ ist ein Projekt, das die Rexrodt von Fircks Stiftung mit Unterstützung der Krankenkassen seit Oktober 2006 in der Klinik Ostsee-deich in Grömitz durchführt. Das Projekt richtet sich an Mütter, die erstmals an Brustkrebs erkrankt sind und sieht vor, dass die Frauen direkt nach ihrer akuten Krebstherapie gemeinsam mit ihrem Kind/ihren Kindern (von 3–12 Jahren) eine Reha-Behandlung erhalten. Diese Rehabilitation ist eine „Mutter-Kind-Kur“ und bezieht die Kinder in die Behandlung mit ein.

Informationen zu diesem und ähnlichen Angeboten sowie Hilfe bei der Beantragung dieser Maßnahmen erhalten Sie im Internet unter www.mutter-kind-hilfswerk.de > Schwerpunktkuren > Von A - Z > Krebsnachsorge (psychosozial) oder telefonisch unter der Nummer 0800 2255100 (gebührenfrei aus dem deutschen Festnetz).

Ernährung und Bewegung

Laut der Weltgesundheitsorganisation WHO gehen etwa 30 % aller Krebserkrankungen in den westlichen Ländern auf schlechte Ernährung und zu wenig Bewegung zurück. Sowohl um eine laufende Brustkrebs-Therapie zu unterstützen als auch einer erneuten Krebserkrankung vorzubeugen, ist es sinnvoll, auf eine ausgewogene Nahrungsaufnahme und ausreichend Bewegung zu achten.

Ernährung

Zur Ernährung während einer Krebsbehandlung gibt es sehr viele – zum Teil widersprüchliche – Informationen. Es gibt keine Studien, welche die Wirksamkeit von sog. „Krebsdiäten“ oder „krebsfeindlichen“ Nahrungsmitteln nachweisen können. Da jede Erkrankung, und somit auch mögliche Nebenwirkungen wie Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Appetitlosigkeit, unterschiedlich ausfallen, empfiehlt es sich, vom Arzt oder einer (Ernährungs-)Beratungsstelle individuellen Rat einzuholen.

In der Regel gelten jedoch die generellen Empfehlungen zu gesunder Ernährung. Sinnvoll ist eine ausgewogene, abwechslungsreiche Nahrungsaufnahme mit frischem Obst und Gemüse sowie ausreichend Kohlenhydraten, Proteinen und „guten“ Fetten (z.B. Oliven-, Raps- und Leinöl). Fleisch und Wurst sollte nur 1–2 Mal in der Woche gegessen werden und auch von übermäßigem Zuckerkonsum ist abzuraten.

Bewegung

Aufgrund der Bewegungseinschränkungen im Brust- und Armbereich können sich die Freizeitmöglichkeiten bei Frauen mit Brustkrebs verändern. Sport ist generell zu empfehlen, unter Berücksichtigung der individuellen Situation.

Wenn eine Frau schon immer gern Sport gemacht hat, oder auch erst nach der Erkrankung damit beginnen möchte, ist das in den meisten Fällen möglich. Im Vorfeld sollte sich die Patientin ärztlich untersuchen und sich über geeignete Sportarten beraten lassen.

Studien zeigen, dass Betroffene schon während der Chemo- und Strahlentherapie von Bewegung profitieren. Sport reduziert Depressionen, Angst und Müdigkeit und ist auch später eine gute Vorsorge insbesondere gegen Fatigue (chronische Müdigkeit, siehe S. 31). Einschränkungen, z.B. durch Gleichgewichtsstörungen oder Störungen im Blutsauerstofftransport, sollten immer ausreichend berücksichtigt werden.

Auch in der Nachsorge spielt Sport eine wichtige Rolle und verbessert die dauerhaften Heilungschancen. Mittlerweile haben Forscher auch herausgefunden, warum das so ist. Sport wirkt verjüngend auf die T-Zellen. Diese Zellen sind im Immunsystem verantwortlich für die Abwehr von Krankheitserregern und Krebszellen. Je mehr junge T-Zellen und je weniger gealterte T-Zellen, desto besser die Immunabwehr. Regelmäßiger Sport erhöht den Anteil an jungen, voll funktions- und abwehrfähigen T-Zellen und senkt die Zahl der alten, schwachen T-Zellen.

Geeignete Sportarten sind in der Regel Schwimmen, Gymnastik, Tanzen, Wandern, Walking, Yoga, Joggen und Fahrradfahren. Ungünstig sind Sportarten, die das Schultergelenk ruckartig belasten, z.B. Mountainbiken, Rudern oder Tennis.

Um Einschränkungen in den Bewegungsfunktionen zu verbessern, können Brustkrebspatientinnen unter Anleitung eines speziellen Trainers und ärztlich betreut Krebsnachsorgesport betreiben. Das Bewegungsprogramm wird auf die teilnehmende Patientin abgestimmt. Der Krebsnachsorgesport kann als Reha-Sport ärztlich verordnet werden, siehe S. 61.

Praxistipp!

Relativ neu übernehmen einige Krankenkassen die Kosten für die sog. sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung. Hier können sich Sportbeginner und Wiedereinsteiger ärztlich untersuchen lassen, um Vorerkrankungen und damit verbundene Risiken abzuklären. Nähere Informationen finden Sie unter www.dgsp.de > Sportärztl. Untersuchung.

Urlaub

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

Abzuklären ist z.B. die medizinische Versorgung im Zielgebiet des Urlaubslandes und welche konkreten Anlaufstellen es vor Ort gibt. Zudem sollte man die benötigte Anzahl an Medikamenten und deren Lagerbedingungen (Schutz vor zu hohen oder niedrigen Temperaturen) mit dem Arzt abklären.

Wie lange Patientinnen nach einer Brust-Operation mit einem Urlaub warten sollten, ab wann eine Flugreise möglich ist und was beachtet werden muss, ist sehr individuell. Aus diesem Grund sollten Patientinnen sich ausführlich von ihrem Arzt beraten lassen.

Sonne

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

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

Flugreisen

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

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

Praxistipp!

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

Psychosoziale Hilfen

Durch eine Krebserkrankung können für die Patientin viele psychosoziale Probleme entstehen. Die Krankheit erzeugt bei den meisten Frauen eine schwere existentielle Bedrohung und Zukunftsängste.

Eine Brustkrebserkrankung hat nicht nur auf die Frau Auswirkungen, sondern auch auf ihr Umfeld. Probleme können sich sowohl durch die psychischen und körperlichen Beschwerden ergeben, als auch durch die Tatsache, dass Kinder zu versorgen sind, ein Gehalt ausfällt oder eine Rückkehr ins Berufsleben (vorerst) nicht möglich ist.

Wer hilft weiter?

- Hilfreiche Anlaufstellen sind die Krebsberatungsstellen, die es flächendeckend in Deutschland von unterschiedlichen Trägern gibt. Adresssuche siehe Praxistipp S. 7.
- Informationen über Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen finden Sie auf S. 6.

Psychoonkologie

Eine Brustkrebserkrankung hat für die Patientin auch Auswirkungen auf psychischer, seelischer und sozialer Ebene. Psychoonkologen unterstützen Patientinnen bei der individuellen Krankheitsbewältigung.

Krebspatientinnen, die therapeutische Unterstützung suchen, sind bei speziell ausgebildeten Psychoonkologen in guten Händen.

Unter Psychoonkologie versteht man einen interdisziplinär orientierten Ansatz, der sich mit den psychosozialen Aspekten bei der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung einer Krebserkrankung beschäftigt.

Psychoonkologen können Mitarbeiter verschiedener Fachrichtungen sein, z.B. Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen oder Krankenpfleger, die speziell für die Arbeit mit kranken Menschen ausgebildet wurden.

In der psychoonkologischen Einzeltherapie stehen folgende Aspekte oft im Mittelpunkt der Behandlung:

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

Nicht immer ist es möglich, vor Ort und zum passenden Zeitpunkt einen Termin zu bekommen. Alternativ können Patientinnen sich einen Psychotherapeuten (siehe S. 30) suchen, der Erfahrung in der Arbeit mit chronisch kranken Menschen hat.



Praxistipp!

Adressen von Psychoonkologen finden Sie im Internet unter www.krebsinformationsdienst.de > Wegweiser > Adressen und Links > Psychoonkologen-Praxen.

Psychotherapie

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenversicherung die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen (im Sinne einer Krankenbehandlung). Die Patientin kann sich ihren Therapeuten selbst aussuchen und zum Test 4 Probesitzungen machen.

Psychotherapie als Kassenleistung

Psychotherapie wird nur dann von der Krankenkasse übernommen, wenn sie dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Für andere Therapien übernehmen die Kassen die Kosten nur im Einzelfall.

Derzeit anerkannte Verfahren sind:

- **Verhaltenstherapie**
Kerngedanke ist, dass (problematisches) Verhalten erlernt wurde und auch wieder verlernt werden kann, bzw. stattdessen neue, angemessenere Verhaltensmuster erlernt werden können. Die Verhaltenstherapie ist ziel- und lösungsorientiert, konzentriert sich auf die Gegenwart und enthält viele praktische Übungselemente.
- **Psychoanalyse**
Psychoanalyse geht davon aus, dass unbewusste Konflikte aus der Vergangenheit (insbesondere der Kindheit) das Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen und ursächlich für das aktuelle Problemverhalten sind. Ziel der Psychoanalyse ist eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, insbesondere des Gefühlslebens.
- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**
Diese am häufigsten in Anspruch genommene Therapieform hat sich aus der Psychoanalyse entwickelt. Ziel ist, die unbewussten Hintergründe und Auslöser der aktuellen Beschwerden aufzudecken und so zu bearbeiten, dass diese künftig besser bewältigt werden können.

Wahl des Psychotherapeuten

Die Beziehung zwischen Patientin und Therapeut spielt bei einer Psychotherapie eine zentrale Rolle, deshalb ist die Auswahl des passenden Therapeuten wichtig. Für eine Psychotherapie ist keine Überweisung durch einen Arzt erforderlich. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine Kassenzulassung haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt.

Qualifikation

Therapeuten können entweder Psychologen („psychologischer Psychotherapeut“) oder Mediziner („ärztlicher Psychotherapeut“) sein – beide dürfen Kinder, Jugendliche und Erwachsene behandeln – oder (Sozial-)Pädagogen, die für die Therapie von Kindern und Jugendlichen ausgebildet sind („Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“). Alle 3 Arten von Psychotherapeuten haben zusätzlich zu ihrem „Grundberuf“ eine psychotherapeutische Zusatzausbildung abgeschlossen.

Probesitzungen

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

Nach diesen „probatorischen“ Sitzungen, auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss ein Arzt (z.B. Hausarzt, Internist oder Neurologe) aufgesucht werden, um abzuklären, ob eventuell eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss (Konsiliarbericht). Dieser Arztbesuch ist jedoch nur nötig, wenn es sich bei dem behandelnden Therapeuten um einen psychologischen Psychotherapeuten handelt. Handelt es sich um einen ärztlichen Psychotherapeuten, erübrigt sich dieser Arztbesuch.

Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung

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

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

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



Praxistipps!

- Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung können regional Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten gesucht werden unter www.kbv.de > Service > Service für Patienten > Arztsuche.
- Nähere Informationen zur Kostenerstattung bietet die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...!“. Dieses kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > Patienten > Faltblätter & Broschüren bestellt oder heruntergeladen werden.

Chronische Müdigkeit (Fatigue)

Von chronischer Müdigkeit, Fatigue oder Erschöpfungssyndrom wird gesprochen, wenn Erschöpfung und Müdigkeit über das normale Maß hinausgehen, für die Patientin sehr unangenehm sind und auch durch Schlaf und Regeneration nicht mehr verschwinden.

Fatigue betrifft fast alle Frauen mit Brustkrebs, vor allem während oder kurz nach der Chemo- oder Strahlentherapie. Besonders oft tritt sie bei Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs auf.

In vielen Fällen bessern sich die Symptome nach einigen Wochen wieder. Bei einigen Frauen gehen die Beschwerden jedoch über Monate bzw. Jahre oder treten später noch einmal auf. Die anhaltende

Erschöpfung schränkt die Lebensqualität der Patientinnen stark ein.

Ursachen

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

Symptome

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

- anhaltende Müdigkeit, nicht zu befriedigendes Schlafbedürfnis
- eingeschränkte körperliche Leistung, Konzentrations- und Wortfindungsstörungen
- körperliche und seelische Erschöpfung, fehlende Motivation
- Interesselosigkeit, Traurigkeit

Behandlung

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

- **ärztlich-therapeutische Behandlungsmöglichkeiten**, z.B. Medikamente, Physiotherapie oder Psychotherapie,
- **unterstützende Maßnahmen**, z.B. Beratung, Aromapflege, Motivation zu körperlichem Training oder
- **Tipps für den Alltag**, die Patientinnen und Angehörige umsetzen können.

Tipps für den Alltag

Tagesablauf

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

Schlaf

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

Praxistipps!

- Die Broschüre „Fitness trotz Fatigue“ der Deutschen Fatigue Gesellschaft informiert anhand praktischer Übungen über Bewegung und Sport beim tumorbedingtem Müdigkeitssyndrom. Diese kann im Internet unter www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de > Wichtige Infos > Informationsmaterial kostenfrei bestellt oder heruntergeladen werden.
- Der Ratgeber „Fatigue – chronische Müdigkeit“ der Deutschen Krebshilfe kann im Internet unter www.krebshilfe.de > Informieren > Über Krebs > Infothek > Für Betroffene kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden. Dieser informiert unter anderem über Ursachen, Auswirkungen und Therapieansätze bei Fatigue.

Depression

Bei manchen Patientinnen kann es im Krankheitsverlauf zu einer Depression kommen. Dabei handelt es sich um eine psychische Erkrankung, die die Stimmung, das Denken, das Verhalten und die Körperfunktionen der Betroffenen tiefgreifend und langfristig verändert.

Depressionen haben sehr unterschiedliche seelische und körperliche Auswirkungen. Die häufigsten Symptome sind gedrückte Stimmung und Antriebslosigkeit, d.h.: die Unfähigkeit, sich zu irgendwelchen Handlungen aufzuraffen.

Die meisten Depressionen können durch Behandlung mit Medikamenten und/oder Psychotherapie geheilt werden.

Nicht zu verwechseln sind Depressionen mit vorübergehenden Phasen von Niedergeschlagenheit oder Antriebschwäche, die fast jeder aus seinem Leben kennt. Oft folgen solche Phasen auf die Diagnose Krebs. Patientinnen brauchen Zeit, um sich von der einschneidenden und emotional belastenden Krankheit und Behandlung zu erholen. Mit der Krankheit Depression hat das nichts zu tun, solange die Phasen von „gesunder“ Traurigkeit bald wieder vorüber sind und ihren Zweck erfüllt haben, nämlich dass die Betroffene wieder Mut und Kraft hat.

Praxistipp!

Die Stiftung Deutsche Depressions Hilfe bietet ein Info-Telefon unter der Nummer 0800 3344533 (Mo, Di und Do 13–17 Uhr, Mi und Fr 8:30–12:30 Uhr) sowie als Hilfestellung, um Depressionen bei sich zu erkennen, einen Selbsttest unter www.deutsche-depressionshilfe.de > Depression: Infos und Hilfe > Selbsttest.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Brustkrebs kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte (Mini- oder 450 €-Jobber) und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, soweit ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen besteht.

Pflichten der Arbeitnehmerin

Für die Arbeitnehmerin gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist die Arbeitnehmerin verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.

Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden. Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmerin, kann er ein Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

Dauer

Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung.

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

Höhe

Die Entgeltfortzahlung entspricht dem bisher üblichen Arbeitsentgelt. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Sozialzuschläge (z.B. Orts- und Familienzuschläge).

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



Praxistipps!

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

Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für Krankengeld sind:

- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder**
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung.
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**.

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben in der Regel **keinen** Anspruch auf Krankengeld.

Um bei Krankheit dennoch finanziell abgesichert zu sein, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zahlen und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten Krankentagegeldversicherung**.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z.B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmerinnen an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeits-erprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 59).
- Studentinnen (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikantinnen.
- Bezieherinnen einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festge-stellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt.



Praxistipp!

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

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Arbeits-unfähigkeit berücksichtigt.

Berechnungsbeispiel

Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:

Monatlich brutto 3.000 €
 $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$
davon 70 % = 70 €

Monatlich netto 1.800 €
 $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$
davon 90 % = 54 €

Das Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich.

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel zusätzlich ein Abzug von 12,13 % bei Krankengeldempfängerinnen mit Kindern bzw. von 12,38 % bei kinderlosen Empfängerinnen.

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

Bei freiwillig Versicherten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt, wird das Arbeitsentgelt nur bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. 2017 ist das ein Betrag von 145 € (= Beitragsbemessungsgrenze 52.200 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 101,50 €** täglich betragen. Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Dauer

Die Dauer des Krankengelds wegen derselben Krankheit beträgt maximal 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Die Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit.

Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine **andere** Krankheit hinzutritt, sondern es beginnt eine **neue** Blockfrist. Es ist möglich, dass **mehrere** Blockfristen nebeneinander laufen.

Nach Ablauf der Blockfrist entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

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

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



Praxistipp!

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmerin das Entgelt nicht weiter, obwohl hierauf ein Anspruch besteht, gewährt die Krankenkasse bei Vorliegen der Voraussetzungen das Krankengeld, da dieses nur bei tatsächlichem Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Der Anspruch der Arbeitnehmerin gegen den Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung geht dabei auf die Krankenkasse über.

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- bei Erhalt von Arbeitsentgelt (gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Das gilt auch für

die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger ist als das Krankengeld, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Zuschüsse (z.B. vermögenswirksame Leistungen) werden nicht berücksichtigt, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.

- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld oder Mutterschaftsgeld.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des MDK (sog. Vertrauensarzt der Krankenkasse) die Erwerbsfähigkeit der Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt, kann die Krankenkasse der Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 41) umwandelt.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, jeweils aus dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

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

Praxistipp!

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

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist die Patientin noch immer arbeitsunfähig, dann endet ihre Mitgliedschaft als Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. **Aussteuerung**).

Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen

keine Austrittserklärung vor, wird die Versicherte **automatisch** am Tag nach der Aussteuerung **als freiwilliges Mitglied weiterversichert** (obligatorische Anschlussversicherung). Besteht Anspruch auf Familienversicherung, hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn die Antragstellerin in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Die Arbeitslose steht wegen einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 41) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung beantragt.
- Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem die Arbeitslose den Antrag stellt.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeitslosengeld endet. Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt nicht darauf an, was die Arbeitslose aufgrund der Minderung ihrer Leistungsfähigkeit hätte verdienen können.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend **Übergangsgeld** (siehe S. 59) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält die Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag.

War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss sie den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.



Praxistipps!

- Wird der Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger **Arbeitsfähigkeit von mehr als 15 Stunden pro Woche** bescheinigt, muss sie sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gerichtlich gegen diese vorgeht.
- Obwohl das Verhalten der Arbeitslosen gegenüber dem Rentenversicherungsträger (Geltendmachung von Leistungsunfähigkeit) im Widerspruch zum Verhalten gegenüber der Agentur für Arbeit (Leistungsfähigkeit und Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme) steht, muss die Arbeitslose im Verfahren mit dem Rentenversicherungsträger keine Nachteile befürchten, da die Beurteilung über die Leistungsfähigkeit ausschließlich nach objektiven Maßstäben erfolgt. Auf subjektive Erklärungen der Arbeitslosen („sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen“) kommt es nicht an.



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

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

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

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

Erwerbsminderungsrente

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

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung **und**
- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung **und** in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre **oder**
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren (Mindestversicherungszeit), wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

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

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

Berufsschutz

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

Befristung

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

Höhe

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

Hinzuverdienst

Die volle Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden.

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



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,

- die die Altersgrenze für Regelaltersrente erreicht haben **oder**
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben sowie, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage, aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren Lebensunterhalt nicht selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können.
- die keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress) haben. Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

Die Altersgrenze wird derzeit nach und nach angehoben. Eine detaillierte Übersicht nach Geburtsjahrgängen findet man unter www.bmas.de > Themen > Soziale Sicherung > Sozialhilfe > Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

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

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

Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 409 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 368 €.
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 327 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 311 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 291 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 237 €.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für die Antragsberechtigte maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe.
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Einen Mehrbedarfzuschlag, z.B. bei Behinderung oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.

- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden.

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

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

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

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt. Die Auszahlung beginnt am 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Bekommt die Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am 1. des Folgemonats. Zu Beginn der Altersrente oder nach Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt der Bezug mit dem 1. des Folgemonats.

Praxistipps!

- Empfängerinnen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsleistungen erhalten nur Bedürftige, die ihren Lebensunterhalt nicht oder nicht vollständig bestreiten können.

Wer hilft weiter?

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich die Antragsberechtigte ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 43.

Sozialhilfeempfängerinnen sind in der Regel krankenversichert. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfängerinnen werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu Zuzahlungen herangezogen. In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Überprüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet.

Praxistipp!

Der Anspruch auf Sozialhilfe besteht ab dem Zeitpunkt, an dem der Sozialhilfeträger oder eine zuständige andere Stelle erfährt, dass die Voraussetzungen dafür vorliegen (sog. „Kenntnisgrundsatz“). Es ist kein gesonderter Antrag notwendig.

Wer hilft weiter?

Zuständig sind die örtlichen Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die überörtlichen Träger sind in der Regel für Hilfen zuständig, die in Einrichtungen gewährt werden; die örtlichen Sozialämter in Landkreisen, großen und kreisfreien Städten für alle anderen Hilfen. Gemeinden sind nicht Träger der Sozialhilfe, können aber als erste Anlaufstelle genutzt werden und wissen, wie und wo die Ansprechpartner erreichbar sind.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

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

Zuzahlungsregelungen

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

Arznei- und Verbandmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arznei- oder Verbandmittels.

| Preis/Kosten | Zuzahlung |
|----------------|-------------------|
| bis 5 € | Preis = Zuzahlung |
| 5 € bis 50 € | 5 € |
| 50 € bis 100 € | 10 % des Preises |
| ab 100 € | 10 € |

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss die Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt die Patientin also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patientinnen lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder manuelle Lymphdrainagen, siehe S. 20.

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z.B. Brustprothesen oder Spezial-BHs, siehe S. 17.

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

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass eine Patientin zu Hause von Fachpersonal versorgt wird (siehe S. 13).

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 62).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderung, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden.

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt der Versicherten ggf. eine **Zuzahlungsbefreiung** aus, sodass diese für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

Berechnung der Belastungsgrenze

Alle Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen der Versicherten mit den Zuzahlungen ihrer Angehörigen, die mit ihr im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet. Dasselbe gilt auch bei eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige der Versicherten sind z.B.:

- Ehepartner.
- Kinder bis zum 18. Geburtstag.
- Kinder ab dem 18. Geburtstag, wenn sie familienversichert sind.
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz).

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft beziehungsweise Partner einer nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen der Versicherten 5.355 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen der Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.570 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind der verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.356 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.678 €.
- Für jedes Kind einer alleinerziehenden Versicherten 7.356 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit.
- Krankengeld.
- Arbeitslosengeld.
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der über 300 € bzw. beim doppelten Bezugszeitraum über 150 € liegt.
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung.
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Nicht hierzu zählen Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt.
- Altersrente.
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes.
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG.

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

- Kindergeld.
- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum).
- Landeserziehungsgeld.
- Ausbildungsförderung (BAföG).
- Pflegegeld.
- Blindenhilfe.
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner.
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG.
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist.
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“.

| Berechnungsbeispiel |
|--|
| Ehepaar mit 2 Kindern: |
| Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 € |
| minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.355 € |
| minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.712 € (2 x 7.356 €) |
| davon 2% = Belastungsgrenze: 198,66 € |
| Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 198,66 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehende Zuzahlungen. |

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängerinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.

Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patientinnen immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat eine Versicherte im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte sie sich mit ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung ausgestellt.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Für chronisch kranke Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens 1 Mal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und **mindestens eines** der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich die Patientin an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Für die reduzierte Belastungsgrenze gelten abhängig vom Alter zudem folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. „Präventionspass“). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Rehabilitation

Die Krankheit, die Behandlung von Brustkrebs sowie deren Folgen können das Leben der Betroffenen stark einschränken und zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen. Ziele von Reha-Maßnahmen sind daher die Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit und die Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

Verschiedene Reha-Leistungen können dazu beitragen, dass Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 55) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 57).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 59), Haushaltshilfe (siehe S. 62), Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 61), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zählen Unterstützungsleistungen, um z.B. Besuche von Veranstaltungen oder Aktivitäten in einem Verein zu ermöglichen sowie Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen).

Zuständigkeiten

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein:

- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und zur Beruflichen Reha, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.
- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger die Leistungen erbringen.

- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Berufliche Reha-Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha-Leistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. Zuständigkeitsklärung soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird. Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, außer der Antrag wurde, bei Erklärung der Unzuständigkeit, an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet.

Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Der „weitere“ (zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nicht, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass der zweite Träger nicht zuständig ist. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf die Versicherte.

Ist ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig, muss dieses 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung darüber 2 Wochen nach Vorliegen des Antrags getroffen sein.

Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die sog. „Reha-Servicestellen“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.reha-servicestellen.de.

Ambulante Reha-Maßnahmen

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Die Patientin wohnt zu Hause und besucht tagsüber 4 bis 6 Stunden die behandelnde Einrichtung. Eine ambulante Reha-Maßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Vertragskliniken bzw. Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Kliniken mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. Ob eine ambulante Reha in einer Einrichtung ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Sozialversicherungsträger geprüft werden.

Dauer

Eine ambulante Reha-Maßnahme dauert in der Regel 20 Behandlungstage. Aus medizinischen Gründen ist eine Verlängerung möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha wohnt die Patientin für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort versorgt.

Voraussetzungen

- Eine ambulante Reha-Maßnahme reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die stationäre Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag durchgeführt.

Dauer

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

Antrag

Den Antrag auf eine Medizinische Reha-Maßnahme beim zuständigen Träger sollte der Arzt gemeinsam mit der Patientin stellen. Erforderlich sind zudem eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und der sog. „Selbstauskunftsbogen“.

Der Leistungsumfang bei Reha-Maßnahmen liegt im Ermessen des Sozialversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.

Erkennt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er bei der Krankenkasse einen Antrag stellen. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Reha-Maßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger (z.B. Rentenversicherung) gestellt werden muss, wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.

Eigentlich genügt bei den Anträgen auf Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch empfehlenswert, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Reha ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann durchaus sein, dass der MDK über das ärztliche Attest hinaus die Patientin zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen zwei bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge. Ausnahmen macht die Krankenkasse nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

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

Wahl der Reha-Einrichtung

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

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann die Patientin selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt die Patientin die Mehrkosten. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Diese versucht, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Erkrankung der Versicherten, den Wünschen der Patientin zu entsprechen.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Hier können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter oder besondere Bedürfnisse der Betroffenen eine Rolle spielen. Zudem steht der Patientin ein **Wunsch- und Wahlrecht** zu. Sie sollte dem Antrag ein formloses Schreiben beilegen, in dem sie ihre Reha-Wünsche äußert und begründet.



Praxistipp!

Das „Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen“ enthält einen Überblick über rund 1.500 Reha-Kliniken. Es erscheint jedes Jahr im Verlag MMI und liegt z.B. in Beratungsstellen aus. Adressen von Reha-Kliniken können auch unter www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.

Zuzahlungen

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patientinnen zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung siehe S. 46.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Wird die Medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung.
- bei ambulanten Leistungen.
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- von Bezieherinnen von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen.
- von Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation.
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.191 € liegt.

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2017 nach folgender Tabelle:

| Monatliches Nettoeinkommen | Zuzahlung |
|----------------------------|-----------|
| bis 1.191 € | keine |
| ab 1.191 € | 9,50 € |
| ab 1.200 € | 10 € |

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

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



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 62) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Weiterbehandlung in einer spezialisierten Reha-Einrichtung.

Ziel einer Anschlussheilbehandlung ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen und die Patientin wieder an die Belastungen des Alltags und Berufslebens heranzuführen.

Voraussetzungen

Eine der folgenden **versicherungsrechtlichen** Voraussetzungen muss erfüllt sein:

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**

- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Krankheit, die in der Indikationsliste aufgeführt ist (s.u.).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patientin muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patientin muss selbsthilfefähig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patientin sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

Anschlussheilbehandlungs-Indikationsgruppen sind:

- Krebserkrankungen.
- gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Krankheiten der Gefäße.
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen.
- degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen.
- Erkrankungen des Verdauungssystems und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen.
- hormonelle Erkrankungen.
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen.
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata.
- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven.

Beginn und Dauer

Die Anschlussheilbehandlung muss bereits von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich eine Anschlussheilbehandlung zu begründen. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen, möglichst jedoch direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.

Die Kosten werden in der Regel für 3 Wochen übernommen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

Die Kostenübernahme muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden.



Wer hilft weiter?

Informationen sind beim zuständigen Kostenträger erhältlich: Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft oder Sozialamt.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmerinnen nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern.

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist die Arbeitnehmerin noch krankgeschrieben. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung zuständiger Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor.
- Arbeitgeber und Arbeitnehmerin stimmen der Maßnahme zu.
- Die Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmerinnen haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber dann prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Hält der Arbeitgeber die Beschäftigung für nicht zumutbar, kann er die Mitwirkung an der Wiedereingliederung unter Benennung der Gründe ablehnen.

Dauer

Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. In der Regel dauert sie 6 Wochen bis 6 Monate.

Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält die Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. „Entgeltersatzleistungen“, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 35), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 59) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 39). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

Praxistipp!

Arzt und Patientin füllen gemeinsam den Antrag auf Stufenweise Wiedereingliederung aus und erstellen einen „Wiedereingliederungsplan“, aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl die Arbeitnehmerin beginnt und in welchem Zeitraum Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agenturen für Arbeit oder Rentenversicherungsträger, behandelnder Arzt und Arbeitgeber.

Berufliche Reha-Maßnahmen

In seltenen Fällen ist durch die Brustkrebs-Erkrankung eine besondere Förderung nötig, um beim bisherigen Arbeitgeber weiterhin beschäftigt werden zu können, oder um eine neue geeignete berufliche Tätigkeit aufzunehmen.

Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) umfassen alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von kranken und/oder behinderten Menschen fördern.

Leistungen

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder zum Erwerb eines Arbeitsplatzes

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht. In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u.a. folgende Leistungen:

- Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- Gründungszuschuss für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- Fahrtkostenbeihilfe für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn die Versicherte ansonsten unzumutbar belastet wäre und das Reha-Ziel absehbar ist.
- Trennungskostenbeihilfe bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung für bis zu 6 Monate. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- Übergangsbeihilfe bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- Umzugskostenbeihilfe, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist.

Berufsvorbereitung

Dazu zählt auch die wegen eines Gesundheitsschadens erforderliche Grundausbildung. Unter die Berufsvorbereitung fallen zudem die ganzheitliche Stabilisierung der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds sowie der Aufbau und die Festigung der Motivation und der beruflichen Fähigkeiten.

Berufliche Bildung

- Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch keine allgemeinbildenden Maßnahmen.
- Übernahme von Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte.
- Zuschüsse an den Arbeitgeber. Anspruchs- und antragsberechtigt ist die Versicherte; der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulungen sowie Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

Dauer

Die Beruflichen Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Verlängerung möglich, z.B. bei einer Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren oder bei voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens eines Menschen mit Behinderung.

Soziale Sicherung

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



Wer hilft weiter?

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst (Adressen unter www.integrationsaemter.de).

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht mehr besteht. Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.

Übergangsgeld wird je nach Voraussetzungen vom jeweiligen Reha-Träger gezahlt. Höhe und Dauer sind im Wesentlichen einheitlich geregelt, nur die Voraussetzungen unterscheiden sich bei den Leistungsträgern.

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha.

- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha.
- während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn die Betroffenen die Vorbeschäftigungszeit erfüllen, d.h. sie müssen innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit

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

Zu den behindertenspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen Berufsausbildung, Berufsvorbereitung und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

- Berufsrückkehrerinnen mit Behinderung.
- Behinderte Menschen, die innerhalb des letzten Jahres vor Beginn der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit eine schulische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, die einer betrieblichen Berufsausbildung gleichgestellt ist.

Höhe

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt 80 % des letzten Bruttoverdienstes, höchstens jedoch den Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an Leistungen der Beruflichen Reha vermindert sich das Übergangsgeld jeweils um 8 %, also auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha, maximal 6 Wochen.
- bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.
- nach einer Beruflichen Reha-Leistung: maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.

- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert.
- während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese unmittelbar im Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit.

Reha-Sport und Funktionstraining

Patientinnen mit Brustkrebs, insbesondere nach der Entfernung von einem oder mehreren Lymphknoten, hilft gezielte Bewegung durch Reha-Sport und Funktionstraining.

Als **Reha-Sport** gelten z.B. bewegungstherapeutische Übungen. Sie dienen der Stärkung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Kraft und psychischer Leistungsfähigkeit. Hierzu zählen unter anderem Gymnastik, Leichtathletik und Schwimmen.

Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke etc.) und wird unter Anleitung und Überwachung v.a. durch Physiotherapeuten durchgeführt. Funktionstraining ist immer organ-orientiert, es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Als Funktionstraining gelten z.B. auch Trocken-/Wassergymnastik.

Voraussetzungen

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

- Ärztliche Verordnung:
 - Diagnose und Nebendiagnosen, wenn diese berücksichtigt werden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit nehmen.
 - Gründe und Ziele, weshalb Reha-Sport/Funktionstraining erforderlich ist.
 - Dauer und Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungseinheiten.
 - Angaben zur Auswahl der geeigneten Sportart.
- Durchführung in Gruppen.
- Durchführung unter ärztlicher Betreuung.

Antrag

Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“. Dieser Vordruck ist bei Ärzten und den zuständigen Leistungsträgern erhältlich. Wird während einer Reha-Maßnahme die medizinische Notwendigkeit von Reha-Sport festgestellt, ist vom Arzt der Behandlungsstätte eine Empfehlung im sog. „Abschlussbericht“ auszusprechen und der weiterbehandelnde Arzt hat dem Reha-Sport oder Funktionstraining zuzustimmen. Der Reha-

Sport muss innerhalb von 3 Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen.

Kostenträger

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

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

- in der Rentenversicherung in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel 18 Monate, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 36 Monate. Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.



Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

Nimmt eine Patientin, die zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die in dieser Zeit die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen oder die Kinderbetreuung.

Voraussetzungen

Die Krankenkasse oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege der Krankenversicherung oder Medizinischer Reha **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung und Betreuung, **oder**
- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Wichtig ist, dass sich die andere im Haushalt lebende Person, z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder, nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulaus-

bildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Praxistipps!

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.

Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich die Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann. Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfskräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für eine **selbst beschaffte Haushaltshilfe** in angemessener Höhe, d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Haushaltshilfe, übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Für Verwandte und Schwäger*innen bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrkosten und des Verdienstaufschlags geben.

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die **Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder** bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 47).

Wer hilft weiter?

Antragsformulare für eine Haushaltshilfe gibt es bei den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften und den Rentenversicherungsträgern. Sie beraten auch bei Detailfragen und geben individuelle Auskünfte.

Behinderung

Eine schwere Form von Brustkrebs kann dazu führen, dass die Betroffene mit einigen Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Dann kann es sein, dass sie den Status einer (Schwer-) Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. „Nachteilsausgleiche“, verbunden.

Definition

Wann jemand als „behindert“ oder „schwerbehindert“ gilt, ist im SGB IX genau definiert.

Als **behindert** nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit zu einer Beeinträchtigung führt, die für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.

Sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigungen zu erwarten sind.

Als **schwerbehindert** nach § 2 Abs. 2 SGB IX gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Gleichstellung

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

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

Der Antrag auf Gleichstellung muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts und eines Schreibens des Arbeitgebers, der die Antragstellerin als schwerbehinderten Menschen einstellen bzw. weiterbeschäftigen würde. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden.

Grad der Behinderung

Brustkrebs kann zu vorübergehenden oder dauerhaften Beeinträchtigungen führen. Der Grad der Behinderung (GdB) ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund einer gesundheitlichen Störung.

Der GdB wird nach den Grundsätzen des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) bemessen. Der Unterschied ist, dass der GdS nur die Schädigungsfolgen und der GdB alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache berücksichtigt.

Für die Feststellung des GdS gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. „**Versorgungsmedizinischen Grundsätze**“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des

Grads der Schädigungsfolgen und werden auch zur Berechnung des Grads der Behinderung herangezogen. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung von GdS und GdB sind vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesjustizministerium unter www.bmas.de > Service > Medien > Publikationen gefunden werden.

Bei Brustkrebs gibt es folgende Richtwerte:

| Verlust einer Brust (Mastektomie) | GdS/GdB |
|---|----------------|
| einseitig | 30 |
| beidseitig | 40 |
| Segment- oder Quadrantenresektion der Brust | 0–20 |
| Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, des Armes oder der Wirbelsäule als Operations- oder Bestrahlungsfolgen (z.B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehllhaltung) sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen. | |

| Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Prothese je nach Ergebnis (z.B. Kapselfibrose, Dislokation der Prothese, Symmetrie) | GdS/GdB |
|--|----------------|
| nach Mastektomie einseitig | 10–30 |
| nach Mastektomie beidseitig | 20–40 |
| nach subkutaner Mastektomie einseitig | 10–20 |
| nach subkutaner Mastektomie beidseitig | 20–30 |
| Nach Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Eigengewebe kommt ein geringerer GdS/GdB in Betracht. | |

| Heilungsbewährung (= erste 5 Jahre nach der Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors) | GdS/GdB |
|--|----------------------|
| bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN0 M0 | 50 |
| bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN1 M0 | 60 |
| in höheren Stadien | wenigstens 80 |
| Bedingen die Folgen der Operation und gegebenenfalls anderer Behandlungsmaßnahmen einen GdS/GdB von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdS/GdB entsprechend höher zu bewerten. | |

Nach Entfernung eines Carcinoma in situ der Brustdrüse ist in den ersten 2 Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. Der GdS/GdB beträgt während dieser Zeit 50.

Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die einzelnen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein Gesamtgrad der Behinderung festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.

Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) ist das **Versorgungsamt**, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

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

Nach der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet.

Praxistipp!

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung hinzu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung** des GdB gestellt werden.

Gültigkeitsdauer

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

Ausnahme: Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet

ausgestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Regelungen.

Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens **2 Mal verlängert** werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

Nachteilsausgleiche

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene „Nachteilsausgleiche“ in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderung soweit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen, welche die Art der Behinderung kennzeichnen, und vom Grad der Behinderung (GdB). Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de mit den Suchbegriffen „GdB“ oder „Merkzeichen“ gefunden werden.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo–Do von 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

Pflege

Brustkrebs kann je nach Verlauf zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen Hilfe und Unterstützung bieten.

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



Praxistipp!

Besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung oder sind diese nicht ausreichend, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt „Hilfe zur Pflege“ beantragt werden.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind

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

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

Antrags- und Begutachtungsverfahren

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

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

Der Gutachter erhebt eine Anamnese zur Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (siehe S. 69).

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

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft sie die Pflegebedürftige in einen Pflegegrad ein und sendet der Antragstellerin einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.

Ist die Pflegebedürftige mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann sie innerhalb eines Monats **Widerspruch** bei der Pflegekasse einlegen.



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend „**Hilfe zur Pflege**“ beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

Grad der Selbstständigkeit

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

Modul 1: Mobilität

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

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

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

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

Modul 4: Selbstversorgung

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

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

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

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

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

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

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

Modul 8: Haushaltsführung

Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

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

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig** (= Punktwert 0): Die Aktivität kann, eventuell unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.
- **Überwiegend selbstständig** (= Punktwert 1): Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernähme von Teilhandlungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbstständig** (= Punktwert 2): Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität kann notwendig sein.
- **Unselbstständig** (= Punktwert 3): Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

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

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

Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.

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



Praxistipp!

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) unter www.mds-ev.de > Richtlinien/Publikati-

onen > Pflegeversicherung > Pflegebegutachtung - Rechtliche Grundlagen heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Pflegegrade

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

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

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



Praxistipp!

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

Pflegeleistungen

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

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

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

Nimmt die Pflegebedürftige Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält sie zudem anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung, zu welchen Teilen sie Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist sie in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass die Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson die Pflegebedürftige vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag (siehe Tabelle S. 73) kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

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

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen, im Zusammenhang mit

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder
- Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind Leistungen aus dem Bereich Selbstversorgung (Modul 4) ausgenommen.

Pflegehilfsmittel

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

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z.B. der behindertengerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt maximal 4.000 € je Maßnahme und bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 214 € monatlich, wenn sie mit mindestens 2 weiteren pflegebedürftigen Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Der Zuschuss muss zweckmäßig eingesetzt werden, z.B. für Ausstattungsgegenstände der Gemeinschaftsräume, die die besonderen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen berücksichtigen oder Personal- und Sachkosten, die z.B. in Zusammenhang mit der Organisation und Verwaltung der ambulanten Wohngruppe stehen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
|---|---|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Pflegegeld monatlich | – | 316 € | 545 € | 728 € | 901 € |
| Pflegesachleistungen monatlich | (Anspruch über Entlastungsbeitrag: 125 €) | bis zu 689 € | bis zu 1.298 € | bis zu 1.612 € | bis zu 1.995 € |
| Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr.) | | | | | |
| ... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte | – | bis zu 1.612 € | bis zu 1.612 € | bis zu 1.612 € | bis zu 1.612 € |
| ... durch nahe Angehörige * | – | bis zu 474 € (316 € x 1,5) | bis zu 817,50 € (545 € x 1,5) | bis zu 1.092 € (728 € x 1,5) | bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5) |

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

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

Leistungen bei teilstationärer Pflege

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

Leistungen bei stationärer Pflege

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

Leistungen bei stationärer Pflege

| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
|---|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalenderjahr) | (Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €) | bis zu 1.612 € | bis zu 1.612 € | bis zu 1.612 € | bis zu 1.612 € |
| Vollstationäre Pflege monatlich | 125 € | 770 € | 1.262 € | 1.775 € | 2.005 € |

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss die Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen.

Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre Kurzzeitpflege nötig werden. Diese ist auf maximal 8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

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



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber „Pflege“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter Telefon: 030 3406066-02, Mo-Do von 8–18 Uhr und Fr von 8–12 Uhr.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im „gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-VG“ ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele, u.a. zur Ersatzpflege (S. 156–175).

Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflege von schwer kranken Angehörigen kann sehr belastend sein und ist oft schwierig zu organisieren. Die Pflegekasse bietet verschiedene Unterstützungsangebote.

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

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**
Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die eine Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung. Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.
- **Unfallversicherung**
Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten.
- **Kranken- und Pflegeversicherung**
Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit (siehe S. 76) ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.
- **Arbeitslosenversicherung**
Pflegerische, die eine Angehörige mindestens 10 Stunden wöchentlich pflegen und keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig und auf eigene Kosten eine Arbeitslosenversicherung abschließen. Der Antrag dazu muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Pflegetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.

Praxistipps!

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

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

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

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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

Praxistipp!

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

Palliativversorgung

Ist die Krebserkrankung bereits so weit fortgeschritten, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist, setzt die sog. Palliativversorgung ein.

Oberstes Ziel ist dann nicht mehr die Heilung, sondern die bestmögliche Lebensqualität für die Patientin. Dabei werden vor allem die Symptome gelindert, insbesondere der Schmerz.

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

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

Wer hilft weiter?

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

Patientenvorsorge

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

Dies kann in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

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

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

Betreuungsverfügung

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

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

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 78) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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

Praxistipp!

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

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

Adressen

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

Stiftung Deutsche Krebshilfe

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

Krebsinformationsdienst

Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
www.krebsinformationsdienst.de
Telefonischer Krebsinformationsdienst:
Telefon: 0800 4203040, täglich von 8–20 Uhr

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

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

Frauenselbsthilfe nach Krebs – Bundesverband e. V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Telefon: 0228 338894-00
Fax: 0228 338894-01
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
www.frauenselbsthilfe.de
Beratung am Telefon:

Die Beraterinnen wechseln sich wöchentlich ab. Die aktuelle Telefonnummer erfahren Sie in der Bundesgeschäftsstelle der Frauenselbsthilfe nach Krebs unter: 0228 338894-02. Mo–Do 8–15 Uhr, Fr 9–12 Uhr. Beratung auch in türkischer Sprache möglich.

Brustkrebs Deutschland e.V.

Lise-Meitner-Str. 7, 85662 Hohenbrunn
Telefon: 089 4161980-0
Fax: 089 4161980-1
E-Mail: online@brustkrebsdeutschland.de
www.brustkrebsdeutschland.de

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Münchener Str. 45, 60329 Frankfurt
Telefon: 0180 4435530
E-Mail: info@hkke.org
www.hkke.org

Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.

Voßstr. 3, 69115 Heidelberg
Telefon: 06221 13802-0
Fax: 06221 13802-20
E-Mail: information@biokrebs.de
www.biokrebs.de

Förderverein INKA – Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige e.V.

Geschäftsstelle
c/o Selbsthilfe- Kontakt- und Beratungsstelle Mitte
Perleberger Str. 44, 10559 Berlin-Tiergarten
www.inkanet.de
Beratung am Patiententelefon: (psychosoziale Beratung, Behandlungsentscheidung, soziale Fragen)
Telefon: 030 88921858, Di 11-13 Uhr und 14-16 Uhr sowie nach Vereinbarung.
Beratung per E-Mail: auskunft@patiententelefon.de

Nakos – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin-Charlottenburg
Telefon: 030 310189-80
Fax: 030 310189-70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Deutsche Fatigue Gesellschaft e.V. (DFaG)

Maria-Hilf-Str. 15, 50677 Köln
Telefon: 0221 931159-6
Fax: 0221 931159-7
E-Mail: info@deutsche-fatigue-gesellschaft.de
www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig
Telefon: 0341 9724-493
Fax: 0341 9724-599
E-Mail: info@deutsche-depressionshilfe.de
www.deutsche-depressionshilfe.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Janina Del Giudice

Redaktionsteam

Max Glaser, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

5. vollständig überarbeitete Auflage, August 2017