

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, 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 ihren 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.

Sehr selten erkranken auch Männer, in Deutschland etwa 700 pro Jahr. Dies entspricht etwa 1 % aller Brustkrebserkrankungen. Die Behandlung sollte am besten in zertifizierten Brustzentren erfolgen, da diese viel Erfahrung mit der Erkrankung haben. Weitere Informationen bietet das Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V. unter www.brustkrebs-beim-mann.de.

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

Inhalt

Vorwort	2
Brustkrebs	5
Risikofaktoren	5
Vor Beginn der Behandlung	6
Behandlung	9
Operationen	11
Systemische Therapien	12
Strahlentherapien	13
Klinische Studien	14
Häusliche Krankenpflege	14
Nachsorge	16
Dauer und Umfang der Nachsorge	16
Nachsorgeuntersuchungen	16
Metastasen	17
Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten und Therapietreue	17
Fragen bei der Brustkrebsnachsorge (Anamnese)	18
Brustselbstuntersuchung	19
Hilfs- und Heilmittel	21
Brustprothesen und Spezial-BHs	21
Perücken	23
Therapie von Lymphödemen	24
Leben mit Brustkrebs	28
Partnerschaft und Sexualität	28
Kinderwunsch und Schwangerschaft	29
Kinder krebserkrankter Eltern	30
Ernährung und Bewegung	32
Urlaub	35
Psychosoziale Hilfen	36
Psychoonkologie	36
Psychotherapie	37
Hilfe bei chronischer Müdigkeit (Fatigue)	39
Hilfe bei Angst und Depressionen	40
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	41
Zahlungsregelungen	41
Zahlungsbefreiung	43
Sonderregelung für chronisch kranke Menschen	46
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	48
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	48
Krankengeld	50
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	55

Rehabilitation	57
Überblick über Reha-Leistungen	57
Ambulante medizinische Reha-Maßnahmen	58
Stationäre medizinische Reha-Maßnahmen	59
Onkologische Nachsorgeleistung	61
Anschluss-Reha	63
Stufenweise Wiedereingliederung	65
Berufliche Reha-Maßnahmen	67
Übergangsgeld	68
Reha-Sport und Funktionstraining	70
Haushaltshilfe	72
Behinderung	73
Definition	73
Grad der Behinderung	74
Schwerbehindertenausweis	75
Nachteilsausgleiche	76
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	77
Erwerbsminderungsrente	77
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	80
Hilfe zum Lebensunterhalt	82
Pflege	84
Pflegebedürftigkeit	84
Pflegeleistungen	85
Leistungen bei häuslicher Pflege	86
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	88
Leistungen für pflegende Angehörige	89
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	90
Palliativversorgung	91
Patientenvorsorge	92
Vorsorgevollmacht	92
Betreuungsverfügung	92
Patientenverfügung	93
Adressen	95
Anhang	97
Impressum	100

Brustkrebs

Unter Brustkrebs (Mammakarzinom) versteht man einen bösartigen Tumor in der Brust. Besonders häufig ist das obere, äußere Viertel der Brust betroffen.

Brustkrebs ist weltweit die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In Deutschland erkrankt im Laufe ihres Lebens etwa jede 8. Frau daran, Frauen nach den Wechseljahren sind häufiger betroffen. 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 %.

Risikofaktoren

Die Ursache von Brustkrebs ist nicht geklärt, jedoch sind bestimmte Risikofaktoren bekannt.

Als Risikofaktoren gelten unter anderem:

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

DCIS: Vorstufe

Unter DCIS (Duktales Carcinoma in Situ) versteht man eine Vorstufe von Brustkrebs, bei der sich veränderte Zellen in den Milchgängen der Brust befinden. Diese Zellen können harmlos bleiben, sich jedoch auch zu einem bösartigen Tumor entwickeln. Aus diesem Grund sollten sich Betroffene von ihrem Arzt über Risiken und Behandlungsmöglichkeiten informieren lassen. In der Regel erfolgt eine brusterhaltende Operation und je nach Rückfallrisiko eine anschließende Strahlentherapie (siehe S. 13).

Früherkennung

Je früher Brustkrebs erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Für die Früherkennung spielen sowohl die Selbstuntersuchung (siehe S. 19) als auch die ärztliche Vorsorgeuntersuchung eine Rolle.

Frauenärzte bieten regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen an. Die Krankenkasse trägt die Kosten für eine jährliche Brustuntersuchung ab 30 Jahren sowie alle 2 Jahre für ein Mammographie-Screening für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren.

Studien zeigen, dass die Brustkrebssterblichkeit für regelmäßige Teilnehmerinnen am Mammographie-Screening nachweislich gesenkt werden kann. Auf der anderen Seite werden Betroffene einer Strahlenbelastung ausgesetzt und es gibt Überdiagnosen sowie falsch-positive Befunde.

„Überdiagnose“ meint, dass die Brustkrebserkrankung der Patientin zu Lebzeiten ohne Mammographie nicht bekannt geworden wäre, da sie an etwas anderem stirbt, bevor der Tumor sich bemerkbar macht. So kann es zu belastenden Behandlungen kommen, die die Lebensqualität unnötig einschränken.

Falsch-positive Befunde ziehen weitere Untersuchungen nach sich, z.B. Ultraschall oder Biopsien (= Entnahme und Untersuchung von Brustgewebe), und lassen Betroffene tagelang in großer Angst leben, die sich dann letztlich als unbegründet herausstellt.

Praxistipps!

- Detaillierte Informationen zur Erkrankung und zu den verschiedenen Untersuchungsmethoden bei Krebsverdacht gibt der Krebsinformationsdienst (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums unter www.krebsinformationsdienst.de > Krebsarten > Brustkrebs.
- Die Deutsche Krebshilfe bietet in dem Ratgeber „Brustkrebs“ aktuelles Wissen über Brustkrebs und Früherkennung an, Download unter www.krebshilfe.de > Informieren > Über Krebs > Infomaterial bestellen > Für Betroffene.
- Informationen über das Mammographie-Screening-Programm und andere Methoden der Früherkennung finden Sie unter www.mammo-programm.de.
- Die bekannteste Methode zur Brustselbstuntersuchung ist MammaCare. Details und Adressen von MammaCare-Trainerinnen unter <https://mammacare.de>.
- Eine Liste der zertifizierten Brustkrebszentren bietet die Deutsche Krebsgesellschaft unter www.oncomap.de.

Vor Beginn der Behandlung

Wird die Diagnose Brustkrebs gestellt, müssen sich Betroffene oft zwischen mehreren Behandlungsmöglichkeiten mit unterschiedlichem Nutzen und Risiko entscheiden. Wichtig sind deshalb ausführliche Informationen, um auf Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse sowie persönlicher Wünsche und Wertvorstellungen eine Entscheidung treffen zu können.

Das Arztgespräch

Brustkrebs erfordert keine sofortige Notfallbehandlung. In der Regel hat man ausreichend Zeit, sich eine Zweitmeinung einzuholen, sich umfassend zu informieren und Entscheidungen in Ruhe zu treffen. Insbesondere dem Arztgespräch kommt hier eine wichtige Bedeutung zu. Je nach Behandlungsmöglichkeiten sollten folgende Themen besprochen werden:

- **Brusterhaltende Operation** mit anschließender Bestrahlung oder Brustentfernung mit Rekonstruktion der Brust bzw. äußerer Prothese, siehe S. 21
- **Systemische Therapie** (Prinzipien, Ziele, Dauer, Durchführung, Nebenwirkungen, Spätfolgen), siehe S. 12
- **Strahlentherapie** (Prinzipien, Ziele, Dauer, Nachbeobachtung, Nebenwirkungen, Spätfolgen), siehe S. 13
- **Klinische Studien** (Prinzipien, Ziele, Dauer, Durchführung, bisher bekannte Wirkungen und

Nebenwirkungen, Besonderheiten wie Beobachtung, Mitwirkung, Datenspeicherung und -verarbeitung), siehe S. 14

- **Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen und Spätfolgen**, z.B. Fatigue, siehe S. 39, Übelkeit, Lymphödem, siehe S. 24
- **Eigenverantwortung und Mitwirkung**, z.B. Mitteilung von Symptomen und Problemen, verlässliche Medikamenteneinnahme
- **Nachsorge**, siehe S. 16
- **Rehabilitation**, siehe S. 57
- **Psychoonkologische Unterstützung**, siehe S. 36
- **Selbsthilfegruppen**, siehe unten

Berufstätigkeit

Bereits im Vorfeld der Behandlung ist eine Krankschreibung möglich und sinnvoll. Dann können alle wichtigen Vorbereitungen in Ruhe getroffen werden und die Frau hat die Möglichkeit, sich mit der veränderten Situation auseinanderzusetzen. Manche Frauen wollen so lange wie möglich weiter arbeiten, weil für sie Alltag und Struktur in dieser Situation wichtig ist. Näheres zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall siehe S. 48.

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 zu Diagnose, Therapie und Reha sowie psychosoziale Unterstützung. Gemeinsam wollen Betroffene ihre Lage verbessern und sich gegenseitig durch den regelmäßigen Austausch unterstützen. 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 Beratungsstellen können weiterhelfen, z.B. psychosoziale Krebsberatungsstellen. Für junge Patientinnen stellt der Verein Frauenselbsthilfe Brustkrebs Deutschland e.V. das Onlineportal NetzwerkStatt Krebs unter www.netzwerkstattkrebs.de zur Verfügung. Die Seite beinhaltet unter anderem eine Selbsthilfegruppen-Suche sowie eine Online-Selbsthilfegruppe.

Entlasten können auch Gespräche mit Familienmitgliedern oder Freunden. 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 behandelt werden muss. Gute Ansprechpartner für offene Fragen sind immer auch der behandelnde Arzt oder eine fachkundige Beratungsstelle.



Praxistipps!

- 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 > Service > Adressen und Links > Krebsberatungsstellen.

- Der Verein Brustkrebs Deutschland e.V. bietet Beratung, Informationen über aktuelle Themen und neue Studienergebnisse sowie ein kostenloses „Wohlfühlpäckchen“ für betroffene Frauen unter www.brustkrebsdeutschland.de.

Behandlung

Die Therapie von Brustkrebs hängt maßgeblich davon ab, um welche Art von Brustkrebs es sich handelt. Die Behandlung erfolgt immer individuell und „Schritt für Schritt“, d.h.: Über den nächsten Therapieschritt kann oft erst entschieden werden, wenn das Ergebnis des vorhergehenden vorliegt.

Aus diesem Grund ist es nicht möglich, ein allgemeingültiges therapeutisches Vorgehen zu nennen. In dieser Übersicht werden deshalb Unterstützungsmöglichkeiten und Therapien nur kurz beschrieben. Diese können einzeln oder in Kombination eingesetzt werden.

Disease-Management-Programm

Brustkrebs ist eine der Erkrankungen, für die ein sog. **Disease-Management-Programm (DMP)** angeboten wird. Dadurch soll eine qualitativ hochwertige Behandlung systematisch sichergestellt werden.

Unter Disease-Management-Programm (DMP) versteht man die strukturierte Behandlung einer chronischen Erkrankung unter Einbeziehung aller, die an der Behandlung beteiligt sind. Die Behandlung muss sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren, d.h. Basis der Behandlung sind aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, die auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft wurden.

Ein Arzt übernimmt die Lotsenfunktion und koordiniert die leitlinienorientierten Behandlungsschritte. Für die Umsetzung der Behandlungsprogramme hat er exakte Vorgaben und eine umfassende Dokumentationspflicht.

Ziele von Disease-Management-Programmen sind,

- die Behandlungsabläufe und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern.
- die Kosten für die Behandlung zu reduzieren.
- Patienten durch Schulungen zu unterstützen, mit ihrer Erkrankung umzugehen.
- Patienten bezüglich Diagnose und Therapie der Erkrankung umfassend zu informieren und einzubeziehen. Das beinhaltet auch Motivation und Erinnerungsfunktionen, damit Therapien konsequent umgesetzt werden.



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind Ärzte und die Krankenkassen.

Kopien und Berichte

Für Patientinnen mit (weiteren) schweren 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.

Nach dem Krankenhausaufenthalt bzw. bei Therapieende sollte sich die Patientin eine Kopie des Krankenhausberichts und des Arztbriefs sowie ihre Röntgenbilder mitgeben lassen. Wichtig ist auch ein ausgefüllter Tumorpass, in dem z.B. Angaben über den Krankheitsverlauf notiert werden können.

Überblick über die Behandlungsformen

Schon im Rahmen der Untersuchung kann ein relativ kleiner Eingriff erfolgen, bei dem Gewebeprobe entnommen werden (**Biopsie**). Das Gewebe wird dann histologisch (feinstofflich) untersucht, um den Krebsverdacht zu klären.

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

Kern der Behandlung ist in der Regel 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 molekularbiologische Therapie. Sie unterstützen die operative Therapie. In seltenen Fällen werden sie auch ausschließlich eingesetzt.

Nach der eigentlichen Behandlung kommt die **Nachsorge**, siehe S. 16.

Leitlinien und Klinikwahl

Das aktuelle Wissen zu Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Brustkrebs ist in einer **medizinischen Leitlinie** zusammengefasst. Verantwortlich sind die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und die Deutsche Krebsgesellschaft.

Diese Leitlinie kann unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de > Leitlinien > Mammakarzinom heruntergeladen werden.

Für die Behandlung sollten bevorzugt **zertifizierte Brustzentren** gewählt werden. „Zertifiziert“ bedeutet, dass diese Kliniken den genannten Leitlinien folgen, von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) anerkannt sind und regelmäßig überprüft werden. Viele niedergelassene Ärzte kooperieren mit solchen Zentren. Adressen dieser Brustzentren finden Sie

- über die Deutsche Krebsgesellschaft unter www.oncomap.de oder
- über die Deutsche Gesellschaft für Senologie unter www.senologie.org > Brustzentren.

Ergänzende Behandlungen

Es gibt ergänzende Behandlungen, die im Anschluss oder parallel zu einer schulmedizinischen Therapie durchgeführt werden können, z.B. homöopathische oder ayurvedische Heilverfahren. Wer solche Behandlungen in Anspruch nimmt, sollte seinen Arzt darüber informieren, um mögliche Risiken und Interaktionen mit den Standardtherapien abzuklären.



Praxistipps!

- Einen guten Überblick bietet das Informationsblatt „Alternative Krebsmedizin“ des Deutschen Krebsforschungszentrums, welches unter www.krebsinformationsdienst.de > Behandlung > Alternative, komplementäre Methoden heruntergeladen werden kann.
- Es gibt Gesundheits-Apps und Webanwendungen, die Brustkrebs-Patientinnen unterstützen und von der Krankenkasse bezahlt werden. Näheres zu digitalen Gesundheitsanwendungen finden Sie beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter <https://diga.bfarm.de> > Suchbegriff Krebs.

Operationen

Bei Brustkrebs sind verschiedene operative Eingriffe möglich. Vor der eigentlichen Brustkrebsoperation ist in der Regel 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 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 meist brusterhaltend operiert werden. Danach schließt sich in der Regel eine Bestrahlung der gesamten Brust an.

- **Brustamputation**

Je nach Befund kann die Entfernung der gesamten Brust (Brustamputation, Mastektomie, Ablatio) notwendig sein. 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. Der 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. 24.

- **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 empfohlen werden. Ob eine Strahlentherapie und/oder die Entfernung von Lymphknoten notwendig sind, wird individuell entschieden.

Brustwiederaufbau

Die Entfernung einer Brust verändert das Erscheinungsbild. Auch der Gewichtsunterschied und die häufig daraus folgenden Verspannungen in Nacken, Schultern und Rücken können die Lebensqualität betroffener Frauen einschränken. Eine Brustrekonstruktion ist noch während der ersten Operation oder später nach der Wundheilung möglich.

Eine **Sofortrekonstruktion** wird direkt im Anschluss an die Gewebeentfernung in der gleichen operativen Sitzung durchgeführt. Eine **Spätrekonstruktion** wird nach der Wundheilung durchgeführt, etwa 3–6 Monate nach der Operation. Wird nach der 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.

Alternativen zum Brustwiederaufbau sind **Silikonprothesen und Spezial-BHs**. Näheres, auch zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse, siehe S. 21.



Praxistipps!

- Der Verband Frauenselbsthilfe nach Krebs bietet die kostenlose Broschüre „Brustamputation – wie geht es weiter?“ zum Download unter www.frauenselbsthilfe.de > Medien > Broschüren/Orientierungshilfen.
- Der Ratgeber „Brustrekonstruktion – Verschiedene Methoden im Überblick“ des Brustkrebsmagazins Mamma Mia! erklärt mit Hilfe zahlreicher Graphiken die einzelnen Operationsschritte der 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 die histologische Untersuchung kann der Brustkrebs in bestimmte Stadien eingeteilt werden. Dabei werden Tumorgöße, Anzahl und Ort der befallenen Lymphknoten und das Vorhandensein von Tochtergeschwülsten 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.

Seit 2019 werden die Kosten für einen sog. **Biomarker-Test** von der Krankenkasse übernommen. Dieser Test findet bei Patientinnen Anwendung, die an Brustkrebs in einem frühen Stadium erkrankt sind (ohne Metastasierung) und bei denen Unsicherheit über das Wiedererkrankungsrisiko besteht. Mittels Biomarker-Tests kann entschieden werden, ob nach der OP noch eine Chemotherapie erforderlich ist oder eine Strahlentherapie ausreicht.

Weitere Informationen und ein Patientinnenmerkblatt können auf der Website des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de > Suchbegriff: „Biomarker-Test künftig Kassenleistung“ heruntergeladen werden.

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. Dabei kommen Medikamente zum Einsatz, die die Teilung der Tumorzellen verhindern sollen, sog. Zytostatika. Die Medikamente wirken gezielt auf schnell wachsende Zellen. Neben den Tumorzellen sind das aber z.B. auch Haarzellen, blutbildende Zellen und Zellen im Verdauungstrakt. Deshalb haben viele Patientinnen als Nebenwirkung der Chemotherapie z.B. Haarausfall, Übelkeit oder schlechte Blutwerte.

Etwa 4 Wochen nach Ende der Chemotherapie wächst das Haar in der Regel wieder nach, es kann sich aber in Struktur und Farbe verändert haben. Praktische Tipps zu Perücken, Kopfbedeckungen und Kosmetik (auch Wimpern und Augenbrauen können ausfallen) siehe S. 23.

Antihormontherapien

Viele Brustkrebsformen sind hormonabhängig und können deshalb mit Antihormontherapien

behandelt werden. Die Nebenwirkungen, die auftreten können, sind ähnlich wie Wechseljahrsbeschwerden, z.B. Hitzewallungen, Gewichtszunahme und Stimmungsschwankungen. Die Hormontherapie dauert in der Regel 5–10 Jahre.

Der Einsatz der Hormontherapie hängt vom sog. Rezeptorstatus ab, der besagt, ob das untersuchte Tumorgewebe für 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 unter anderem das Wachstum der Brustdrüsen. Sind also entsprechende Rezeptoren auf dem Tumorgewebe vorhanden, fördert das Hormon das Krebswachstum. Sog. Rezeptorenblocker blockieren den Zugang der Östrogenrezeptoren, sodass die Hormone dort keine Wirkung entfalten können. Bei sensiblen Tumoren lässt sich so das Wachstum bremsen.

Nebenwirkung der Antihormontherapie 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, andere Zellen sind weniger betroffen und die Nebenwirkungen für die Patientin schwächer. Diese Therapie wirkt jedoch nur, wenn bestimmte Strukturen nachgewiesen werden können. Oftmals ersetzt die molekularbiologische Therapie andere Therapieformen nicht komplett, kann jedoch ergänzend eingesetzt werden.

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 Tumorwachstum.

Strahlentherapien

Die Strahlentherapie (= Radiotherapie, Radiatio) kann vor einer Operation, nach einer Operation oder anstelle einer Operation eingesetzt werden. Sie wirkt nur örtlich im Bestrahlungsfeld, sodass gesundes Gewebe weitgehend geschont wird.

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 Schlüsselbeinrinne zu bestrahlen. Wenn der Tumor schon gestreut hat, werden Bestrahlungen z.B. auch gegen Knochenmetastasen angewendet.

Die Häufigkeit und Dauer der Bestrahlung ist von Frau zu Frau unterschiedlich und kann in der Regel innerhalb von 6 Wochen ambulant durchgeführt werden. Durch eine sog. Boost-Bestrahlung, also einer höheren Strahlendosis im Bereich des entfernten Tumors, kann das Rückfallrisiko gesenkt werden. Laut medizinischen Studien profitieren davon vor allem Frauen unter 50 Jahren und Patientinnen mit erhöhtem Rückfallrisiko.

Bei Patientinnen mit niedrigem Rückfallrisiko kann eine Teilbestrahlung der Brust, bzw. eine

Bestrahlung noch während der Operation ausreichend sein, bzw. die Dauer der Strahlentherapie verkürzen.

Praxistipp!

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

Klinische Studien

In klinischen Studien werden neue Medikamente und Behandlungsstrategien getestet. Patientinnen, die an Studien teilnehmen, haben so die Möglichkeit, von den neuesten medizinischen Erkenntnissen zu profitieren.

Da diese Therapien jedoch noch nicht etabliert sind, kann es auch Risiken geben. Zudem eignet sich nicht jede Studie für jede Patientin. In der Regel müssen bestimmte Voraussetzungen, z.B. Alter oder Vorerkrankungen, gegeben sein, um teilnehmen zu können. Aus diesem Grund sollten sich Patientinnen vor der Teilnahme an einer klinischen Studie eingehend von ihrem Arzt beraten lassen und bei Bedarf Erfahrungsberichte in einer Selbsthilfegruppe einholen.

Praxistipps!

- Die Deutsche Gesellschaft für Senologie informiert unter www.brustkrebs-studien.de über klinische Studien und bietet eine Volltext-Studiensuche.
- Die Deutsche Krebsgesellschaft bietet unter www.krebsgesellschaft.de > *Basis-Informationen Krebs* > *Allgemeine Informationen über Krebs* > *Klinische Studien in der Krebstherapie* einen Überblick über die Arten, Vorteile, Risiken und Zugangsvoraussetzungen von klinischen Studien.

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege kann von Vertrags- oder Klinikärzten verordnet werden, wenn die Patientin z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt bei Brustkrebs noch medizinische/pflegerische Versorgung oder Unterstützung im Haushalt benötigt.

Die häusliche Krankenpflege ist nicht zu verwechseln mit der häuslichen Pflege als Leistung der Pflegeversicherung, siehe ab S. 86.

Voraussetzungen

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

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn

- eine Krankenhausbehandlung vermieden wird bzw. erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z.B. weil die Patientin aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung

verweigert oder wegen mangelnder Transportfähigkeit der Patientin (**Krankenhausvermeidungspflege**)

oder

eine Krankenhausbehandlung verkürzt wird (**Krankenhausverkürzungspflege**)

oder

eine schwere Krankheit bzw. eine akute Verschlimmerung der Krankheit vorliegt, z.B. nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter Operation (**Unterstützungspflege**)

oder

sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist, z.B. in Form von Wundversorgung oder Injektionen (**Sicherungspflege**)

und

- keine im Haushalt lebende Person 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.

Dauer

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

Verordnung

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

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

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung.

Leistungserbringer

In der Regel erfolgt die häusliche Krankenpflege durch **Pflegedienste**, die Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Der Pflegedienst rechnet dann direkt mit der Krankenkasse des Patienten ab.

Unter bestimmten Voraussetzungen können auch die Kosten für eine selbst beschaffte Pflegekraft in angemessener Höhe (d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Pflegekraft) übernommen werden.

Nachsorge

Die Nachsorge nach einer Brustkrebstherapie zielt auf Gesundheit, Abbau von Ängsten und möglichst gute Lebensqualität. Sie dauert 10 Jahre und erfolgt ggf. parallel zu einer Langzeittherapie. Der Kern der Nachsorge sind Untersuchungen, um sicherzustellen, dass der Krebs geheilt ist, oder um Metastasen frühzeitig zu entdecken.

Die Nachsorge umfasst zudem gezielte Fragen und Gespräche zu Befinden und Beschwerden sowie bei Bedarf weitere körperliche Untersuchungen. Da die Ausgangslage je nach Patientin sehr unterschiedlich ist, wird die Nachsorge den individuellen Erfordernissen und Bedürfnissen angepasst.

Im Rahmen der Nachsorge kann auch eine medizinische Rehabilitation eingeleitet werden. Häufig erfolgt im ersten Jahr nach der Behandlung eine onkologische Nachsorge. Das ist eine bis zu dreiwöchige Behandlung in einer Reha-Klinik, wenn erforderlich auch länger. Näheres siehe S. 61.

Dauer und Umfang der Nachsorge

Die Nachsorge nach einer Brustkrebstherapie dauert in der Regel 10 Jahre. Die Arzttermine finden in den ersten 3 Jahren nach der Operation alle 3 Monate statt. Im 4. und 5. Jahr werden die Untersuchungen halbjährlich und ab dem 6. Jahr jährlich empfohlen.

Die Nachsorge nach einer Brustkrebstherapie umfasst:

- Anamnese (Fragen an die Patientin),
- körperliche Untersuchung,
- ärztliche Beratung, Betreuung und Begleitung sowie
- Mammographie und Ultraschall.

Generell sind alle Empfehlungen zur Nachsorge nur als Vorschlag für Ärzte und Patientinnen zu sehen. Je nach auftretenden Symptomen sollte die Nachsorge an die persönlichen Bedürfnisse der Patientin angepasst werden.

Nachsorgeuntersuchungen

Zu jedem Nachsorgetermin gehört eine körperliche Untersuchung. Dabei achtet der Arzt vor allem auf mögliche Nebenwirkungen und Langzeitauswirkungen der Brustkrebstherapie. Hierzu zählen z.B. Lymphödem, Osteoporose, Schmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hitzewallungen/Schweißausbrüche, Unfruchtbarkeit (bei Frauen in gebärfähigem Alter) oder Fatigue (starke Erschöpfung).

Patientinnen nach einer Brustkrebstherapie haben zudem ein erhöhtes Risiko für einen Zweitumor. Regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen dienen dazu, einen eventuellen Tumor frühzeitig zu erkennen. Dabei kann es sich um ein Rezidiv handeln, eine Rückkehr des Tumors in der behandelten Brust oder um Metastasen (siehe S. 17).

Deshalb gehören zu jedem Nachsorgetermin Tastuntersuchungen der Brustkorbwand sowie der Lymphabflussgebiete.

Zudem werden in der Regel jährlich eine Mammographie und ein Ultraschall (Sonographie) durchgeführt. Davon kann abgewichen werden, wenn die Symptome oder die individuelle Situation der Frau dies erfordern. Vor allem in den ersten 3 Jahren können die Untersuchungen auch halbjährlich durchgeführt werden.

Metastasen

Bei etwa jeder vierten Patientin treten Metastasen auf, das sind Absiedelungen des Tumors an einer anderen Körperstelle. Bei Brustkrebs sind Metastasen in der Lunge, der Leber oder den Knochen am häufigsten, in den ersten Jahren ist das Risiko am höchsten. Ein neuer Tumor in der anderen Brust wird nicht als Metastase bezeichnet, sondern gilt als neue Erkrankung.

Da Metastasen Symptome verursachen und dadurch auch zwischen den Nachsorgeuntersuchungen entdeckt werden können, sollten Betroffene ihren Körper auch noch Jahre nach der Brustkrebsbehandlung genauestens beobachten.

Je nach betroffenem Körperteil können z.B. folgende Symptome auf Metastasen hinweisen:

- **Lungen-Metastasen:** Luftnot, schnelle Ermüdung, langanhaltender Husten mit blutigem Auswurf, Lungenentzündung
- **Leber-Metastasen:** Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Magen-Darm-Probleme, Müdigkeit, Gelbsucht, Fieber
- **Knochen-Metastasen:** Knochenschmerzen, (grundlose) Knochenbrüche bzw. Knochenbrüche an ungewöhnlichen Stellen

Treten Beschwerden dauerhaft oder wiederkehrend sowie ohne ersichtlichen Grund (z.B. Infektionen) auf, sollten Patientinnen sich an ihren behandelnden Arzt wenden. Besteht der Verdacht auf Metastasen, kann dieser z.B. durch Computertomographie, Magnetresonanztomographie oder Knochenszintigraphie abgeklärt werden.

Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten und Therapietreue

Die Nachsorge umfasst auch die Motivation der Patientin zu allgemein gesundheitsbewusstem Verhalten, insbesondere:

- körperliche Aktivität (mindestens 2–3 Stunden/Woche)
- Abnehmen bei Übergewicht

Zudem geht es beim Nachsorgetermin um die zuverlässige Einnahme der verordneten Medikamente sowie die Frage nach Nebenwirkungen.

Bestimmte Medikamente, z.B. Aromatasehemmer, wirken sehr gut, müssen dafür jedoch mindestens 5 Jahre lang zuverlässig eingenommen werden. Wird das Medikament vorzeitig abgesetzt, kann dies negative Auswirkungen auf krankheitsfreie Zeiten und das Langzeitüberleben haben. Deshalb sollten Patientinnen bei Fragen oder Nebenwirkungen frühzeitig ihren Arzt aufsuchen, um unangenehme Begleiterscheinungen gezielt behandeln oder evtl. das Medikament wechseln zu können. Patientinnen sollten ihren Onkologen zudem über ergänzende und alternative Therapien informieren, wenn sie solche nutzen. Das ist wichtig, um mögliche Wechselwirkungen richtig einschätzen zu können.

Fragen bei der Brustkrebsnachsorge (Anamnese)

Ausdrücklich ist in den offiziellen medizinischen Leitlinien festgehalten, dass auch das Gespräch und das Eingehen auf Ängste und Sorgen zur Nachsorge gehören, um der Betroffenen eine bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen.

Bei einem Brustkrebs-Nachsorgetermin werden in der Regel die folgenden Themen erfragt:

- Haben sich Ihr subjektives Befinden oder Ihre Leistungsfähigkeit seit dem letzten Termin verändert?
- Hat sich Ihr Gewicht geändert?
- 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?

Diese Fragen sind darauf ausgerichtet, mögliche Nebenwirkungen und Langzeitauswirkungen der Brustkrebstherapie(n) rechtzeitig zu bemerken und möglichst zu behandeln. Wenn Frauen irgendwelche neuen Beschwerden bemerken, sollten sie auch außerhalb der Nachsorgetermine sofort den Arzt aufsuchen. Sie sollten sich nicht scheuen, alle Ängste und Befürchtungen anzusprechen. Neben medizinischen Informationen und Tests kann ggf. auch die Überweisung zum Psychoonkologen oder zur Psychotherapie helfen.

Nachfolgend einige **Nebenwirkungen und Langzeitauswirkungen**, auf die Frauen achten können.

Knochenverlust (Osteopenie, Osteoporose)

Ein Verlust von Knochenmasse kann vor allem eintreten bei Frauen mit beginnenden Wechseljahren, auch wenn die Wechseljahre durch die Therapie verursacht werden. Im Idealfall wird die Knochendichte bereits vor der Brustkrebstherapie bestimmt und dann in der Nachsorge alle 2 Jahre geprüft, falls es Hinweise auf einen Knochenverlust gibt.

Schmerzen

Schmerzen während der Brustkrebsnachsorge können verschiedenste Ursachen haben. Es können Narbenschmerzen auftreten, Gelenkschmerzen (Arthralgien), Muskelschmerzen (Myalgien) oder Nervenschmerzen.

Nervenschäden bei Brustkrebs (Neuropathie)

Patientinnen mit Nervenschäden (Neuropathie, Polyneuropathie – PNP) spüren Missempfindungen oder ein Taubheitsgefühl in Händen und/oder Füßen. Bei den meisten verschwinden diese Probleme von alleine wieder. Etwa 20 % der Patientinnen leiden jedoch langfristig unter diesen neuropathischen

Beschwerden. Dann ist es wichtig, Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu halten, um die Symptome zu behandeln. Hilfreich können z.B. Akupunktur, Elektrostimulation, Physiotherapie, Ergotherapie oder Medikamente sein.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Manche Krebsmedikamente können das Herz schädigen, sie wirken „kardiotoxisch“. Das kann zu einer Herzschwäche (Herzinsuffizienz), zu Herzrhythmusstörungen oder einer Veränderung des Herzmuskels (Kardiomyopathie) führen. Wichtig ist dann, Herz und Kreislauf genau zu untersuchen und Risikofaktoren wie Übergewicht, wenig Bewegung, Stress oder Rauchen zu reduzieren.

Wechseljahressymptome

Hitzewallungen und/oder Schweißausbrüche können mit Medikamenten gelindert werden, aber bei manchen Frauen helfen auch Veränderungen bei der Ernährung und den Aktivitäten.

Lymphödem

Wenn Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt wurden, kann sich im betroffenen Arm ein Lymphödem bilden. Näheres zur Therapie siehe S. 24.

Kognitive Leistungseinschränkungen

Nach Krebserkrankungen kann es kurz- oder langfristig zu Einschränkungen der Konzentrations- und Lernfähigkeit, von Denk- oder Gedächtnisleistungen oder Störungen der Aufmerksamkeit kommen.

Mögliche Gründe sind der Stress durch die Erkrankung, die Tumorerkrankung selbst, genetische Ursachen sowie die Therapie, z.B. Chemotherapie. Deswegen wird das Symptom auch „Chemobrain“ genannt.

Hilfreich können computergestützte Konzentrations- und Gedächtnistrainings sowie Psychotherapie und Bewegungsprogramme, z.B. Yoga, sein.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen über Nebenwirkungen und Langzeitauswirkungen von Krebsbehandlungen finden Sie beim Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums unter www.krebsinformationsdienst.de > *Leben mit Krebs* > *Belastende Symptome*.
- Ein Nachsorgepass hilft Ihnen, den Überblick über die Nachsorgetermine zu behalten. Im Nachsorgepass werden alle wichtigen Daten festgehalten. Das hilft auch allen Ärzten und Therapeuten, weil sie die wichtigsten Informationen auf einen Blick haben.

Brustselbstuntersuchung

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

Obwohl medizinische Studien zeigen, dass die Brustselbstuntersuchung als alleinige Methode die Brustkrebssterblichkeit nicht senkt, kann sie dazu beitragen, das Körperbewusstsein zu verbessern und so alarmierende Veränderungen zu erkennen.

Folgende Warnzeichen sollten ernst genommen und ärztlich abgeklärt werden:

- Knoten in der Brust oder in der Achselhöhle
- Schwellungen in der Achselhöhle
- Veränderung der Brust (Haut, Form, Größe, Lage)
- Einziehungen oder Vorwölbungen der Brust
- Einziehung der Brustwarze
- Flüssigkeit aus der Brustwarze
- Unerklärlicher Gewichtsverlust

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 von Brustkrebs 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 Brustkrebs* > *Selbstuntersuchung der Brust*.

Hilfs- und Heilmittel

Während oder nach einer Brustkrebstherapie kommen verschiedene Hilfs- oder Heilmittel in Betracht. Wie hoch die Kosten dafür sind und welcher Anteil von der Krankenkasse übernommen wird, ist hierbei sehr unterschiedlich.

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 (Brustepithesen) und Spezial-BHs können den Verlust optisch ausgleichen. Die Kosten werden unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse übernommen oder bezuschusst.

Brustprothesen

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 richtige **Silikonprothese** benutzt werden. Silikon wird verwendet, da es in Gewicht und Schwingungsverhalten dem Körpergewebe ähnelt.

Ein gut sortiertes Sanitätshaus bietet eine große Auswahl an Prothesen in unterschiedlichen Grundformen, in verschiedenen Körbchengrößen und Hautfarben. 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 und sich anfühlen und bewegen wie eine natürliche Brust. Sie sollen erst nach der vollständigen Abheilung der Operationsnarben und nach Beendigung der Folgebehandlungen wie Strahlen- oder Chemotherapie 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 zudem Spezial-Badeanzüge und Bikinis mit entsprechenden Taschen.

Praxistipp!

Frauen können sich in herkömmliche BHs auch selbst Taschen aus dünnem Baumwollstrickstoff einnähen oder einnähen lassen. 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 die 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 zweimal im Jahr einen Zuschuss, der die Mehrkosten für die Spezialwäsche ausgleichen soll. Die Höhe des Zuschusses ist je nach Bundesland und Kasse unterschiedlich und beträgt ca. 40 €.

Zum Teil bezuschussen Krankenkassen auch einen **Spezial-Badeanzug**. Manche Krankenkassen übernehmen die Kosten für Spezial-BHs und Spezial-Badeanzüge komplett.

Als Anhaltspunkte können folgende Leistungen gelten:

- **Erstversorgung nach einer Brustamputation**
1 Erstversorgungsprothese aus Schaumstoff und 1 Erstversorgungs-BH
- **Erstausrüstung**
1-2 Brustprothesen
2 Spezial-BHs mit oder ohne eingenähter Tasche
zum Teil Spezial-Badeanzug
- **Jedes Jahr**
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 in der Regel folgendes Vorgehen:

- Die Patientin sollte bei ihrer Krankenkasse nachfragen, wie hoch der Zuschuss für den Spezial-BH ist und wie der Ablauf ist, um die Zuschüsse zu erhalten.

- Im Sanitätshaus die Verordnung vorlegen und einen Kostenvoranschlag für das gewünschte Produkt erstellen lassen.
- Bei der Krankenkasse einreichen und sich die Kostenübernahme schriftlich bestätigen lassen.

Wer hilft weiter?

Selbsthilfegruppen können meist darüber informieren, welche Sanitätshäuser in der Region kompetent zu Brustprothesen, Spezial-BHs und -Badeanzügen beraten.

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.

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

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 Haarerersatz, 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, Maßanfertigung) und Haarlänge. Er bewegt sich im Rahmen von 150–3.000 €.

Sozialrechtlich gelten Perücken als Hilfsmittel, die vom Arzt verordnet werden müssen. 2018 wurde die Produktgruppe 34 „Haarerersatz“ in das sog. Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes aufgenommen, Details siehe <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>.

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

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.

Die Zuzahlung der Versicherten für ein Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 10 % des Abgabepreises, jedoch mindestens 5 € und maximal 10 €.

Praxistipp!

Bei einigen Patientinnen kann der Haarausfall durch Kältekappen („scalp cooling“) während einer Chemotherapie (zumindest teilweise) vermieden werden. Die Kosten dafür belaufen sich auf etwa 1.200–2.000 € und werden in der Regel nicht von der Krankenkasse übernommen. Weitere Informationen finden Sie unter www.aerztezeitung.de > Suchbegriff: „scalp cooling“.

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 Kopfhaare, 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 geben in angenehmer, verständnisvoller Atmosphäre Ideen für Kopfbedeckungen, Anleitung und praktische Übungen zum Kopftuchbinden, dezente Kosmetik von Brauen und Wimpern sowie individuelle Tipps für ein schönes Äußeres.

Praxistipp!

Online-Schritt-für-Schritt-Anleitungen als Video finden sich auf www.dkms-life.de > News & Wissen > Tipps & Tutorials.

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. Bei etwa 10–20 % der Patientinnen entsteht ein Lymphödem am Arm. Bereits kurz nach der Operation sollten deshalb individuelle Therapien ansetzen, damit der Arm funktionsfähig bleibt.

Um ein Lymphödem zu erkennen, ist eine genaue Untersuchung notwendig. Hier wird u.a. das Gewebe zwischen Daumen und Zeigefinger abgehoben und verglichen (sog. Hautfaltentest nach Stemmer). Dieser Test sollte schon vor der Operation und danach in regelmäßigen Abständen, z.B. bei den Nachsorgeterminen, durchgeführt werden.

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 den Extremitäten (Hände, Füße) Richtung Körperstamm transportiert. Das Lymphgefäßsystem ist so wichtig wie die Blutgefäße. Es mündet in der Nähe des Herzens in das Venensystem.

Lymphknoten sind zentrale „Kreuzungen“ im Lymphsystem. Wenn sie nicht mehr vorhanden sind oder nicht mehr richtig funktionieren, kommt der Abtransport der Lymphe in den Bereichen vor dieser

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

Anfangs ist die Schwellung blass und weich. Ein Fingerdruck tut nicht weh, hinterlässt aber eine Delle. Der Arm/das Bein fühlt sich oft schwer an, die Beweglichkeit wird im Verlauf immer mehr eingeschränkt. Im fortgeschrittenen Stadium wird die Schwellung immer dicker, das Gewebe infolge von Ablagerungen immer härter, und 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 (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 Patientinnen mit Lymphödem Veränderungen bemerken, z.B. Verhärtungen oder Rötungen, sollten sie immer sofort einen Arzt aufsuchen.

Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE)

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

Die KPE besteht aus **zwei Phasen**:

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

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

1. Manuelle Lymphdrainage
2. Kompression
3. Bewegungsübungen
4. Hautpflege

Manuelle Lymphdrainage (MLD)

Die MLD ist eine Massage mit schonenden kreisenden und pumpenden Bewegungen, die das Lymphsystem stimuliert, mehr Lymphe abzutransportieren. Damit reduziert sich die Schwellung. Ausgeführt

wird die MLD von Masseuren oder Physiotherapeuten, die dafür eine spezielle Fortbildung brauchen. Lymphdrainage muss vom Arzt verordnet werden und zählt zu den Heilmitteln. Bei einem ausgeprägten dauerhaften Lymphödem nach einer Brustkrebsoperation oder nach Bestrahlung wird 1 MLD pro Woche empfohlen. Sie dauert 30 Minuten, 45 Minuten, oder 60 Minuten inklusive Bandagierung. Der Arzt kann bis zu 6 MLD pro Rezept und maximal 30 MLD verordnen. Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein **langfristiger Heilmitteldarf** festgestellt werden. In diesen Fällen bedarf es keinem weiteren Antrags- und Genehmigungsverfahren, um die Heilmittel langfristig verordnet zu bekommen.

Kompression

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

Lymphologische Kompressions**verbände** werden vor allem in Phase 1 eingesetzt. Medizinische Kompressions**strümpfe** (MKS) sind dagegen eine Dauermaßnahme. Sie sollten täglich und so viel wie möglich getragen werden. Patientinnen brauchen deshalb je Arm 2 Sätze, damit sie wechseln können. Spätestens alle 6 Monate sollten neue Strümpfe verordnet werden, weil diese 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 zwei Arten: rund gestrickte und flach gestrickte. Bei Lymphödemem 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 Lymphödemem 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 die Versicherte den Differenzbetrag selbst übernehmen (Eigenanteil). Die Zuzahlung (siehe ab S. 41) 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 vermieden werden.

In der Regel werden Patientinnen schon im Krankenhaus **physiotherapeutische Übungen** gezeigt, damit der Arm auf Dauer funktionsfähig bleibt. Es ist wichtig, diese Übungen auch **zu Hause täglich konsequent** durchzuführen. Wenn Patientinnen die Übungen nicht alleine durchführen können, verschreibt der behandelnde Arzt Physiotherapie. In Ruhe sollten, wenn möglich, betroffene Arme 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 infolge des gestörten Lymphflusses Erreger sich schnell ausbreiten, Stoffwechselreste dagegen nur ungenügend abtransportiert werden.

Zu achten ist insbesondere auf die Hände und Füße: Bei jeglicher 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: besser feilen als 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 Frauenselbsthilfe nach Krebs bietet die Broschüre „Krebs und Lymphödem“ auf www.frauenselbsthilfe.de > Medien > Broschüren/Orientierungshilfen zum kostenlosen Download.

Leben mit Brustkrebs

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

Sowohl die Betroffenen als auch die Angehörigen machen sich in der Regel viele Gedanken, haben Sorgen und Ängste. Hilfreich sind hier vor allem offene Gespräche.

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 zudem hilfreich, sich Zeit zu nehmen und sich nicht zu überfordern. Wenn man seinen Körper und seine Gefühle ernst nimmt und diese mit dem Partner teilt, 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*.
- Beim Deutschen Krebsforschungszentrum kann eine Broschüren für Patientinnen und deren Partner als Einzelexemplare bestellt oder auf der Homepage heruntergeladen werden: www.krebsinformationsdienst.de > *Leben mit Krebs* > *Alltag mit Krebs* > *Sexualität*.

Kinderwunsch und Schwangerschaft

Eine überstandene Brustkrebserkrankung spricht nicht gegen eine Schwangerschaft. Die Entscheidung für oder gegen ein Kind sollten Brustkrebspatientinnen aus persönlichen und weniger aus medizinischen Gründen treffen.

Es gibt keinen Hinweis darauf, dass die Hormonumstellung während einer Schwangerschaft negative Auswirkungen auf das Langzeitüberleben hat. Es ist jedoch ratsam, nach der abgeschlossenen Brustkrebsbehandlung 1–2 Jahre mit der Familienplanung zu warten. Auch sollte das persönliche Rückfall-Risiko in die Überlegungen mit einbezogen werden.

Möchte eine Patientin nach der Brustkrebstherapie verhüten, sollte dies nicht hormonell (z.B. Pille, Hormonspirale, Drei-Monats-Spritze) erfolgen.

Sehr selten wird auch während einer Schwangerschaft Brustkrebs diagnostiziert. Die Erkrankung selbst scheint keinen negativen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes zu haben. In der Regel wird der Tumor noch während der Schwangerschaft operiert und nach der 12. Schwangerschaftswoche kommt eine Chemotherapie in Frage. Eine Bestrahlung wird aufgrund möglicher Gefahren für das Kind nicht durchgeführt. Die individuellen Behandlungsmöglichkeiten sollten schwangere Frauen jedoch mit ihrem behandelnden Arzt abklären.



Praxistipp!

Die Deutsche Krebshilfe bietet den Ratgeber „Kinderwunsch und Krebs“ zum kostenlosen Download unter www.krebshilfe.de > Informieren > Über Krebs > Infomaterial bestellen > Für Betroffene.

Kryokonservierung

Bestimmte Behandlungsmethoden können Keimzellen schädigen und so zu Unfruchtbarkeit führen. Die Kryokonservierung wird von der **Krankenkasse übernommen**, wenn eine **notwendige Therapie** (z.B. Bestrahlung, bei der die Keimdrüsen voraussichtlich geschädigt werden oder Medikamente, die fruchtbarkeitsschädigend sein können) **potenziell die Keimzellen schädigt**. Ob diese Voraussetzung vorliegt, entscheidet der behandelnde Arzt.

Bei einer Kryokonservierung werden die entnommenen Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe aus Eierstock oder Hoden bei -196 Grad in flüssigem Stickstoff eingefroren. Bei dieser Methode sterben die Zellen nicht ab, sondern stellen die Stoffwechselfvorgänge ein, bis sie wieder erwärmt werden.

Durch eine Kryokonservierung können sowohl befruchtete als auch unbefruchtete Eizellen eingefroren werden. Wichtig ist, dass der Behandlungsbeginn der Brustkrebserkrankung noch 2 Wochen warten kann, sodass durch hormonelle Stimulation genug Eizellen reifen können, um die Wahrscheinlichkeit einer späteren Schwangerschaft zu erhöhen.

Der Leistungsanspruch besteht für Frauen bis zum 40. Geburtstag.

Folgende **Voraussetzungen** müssen erfüllt werden:

- Die Kryokonservierung ist wegen einer Erkrankung und einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig, um später eine Schwangerschaft herbeiführen zu können.
- Der behandelnde Arzt berät die Patientin und stellt eine Bescheinigung zur Vorlage bei einem reproduktionsmedizinisch qualifizierten Facharzt aus.

- Die Patientin wird reproduktionsmedizinisch und soweit erforderlich andrologisch beraten.
- Die Patientin (oder ein Bevollmächtigter) ist einwilligungsfähig und stimmt der Entnahme von Keimzellen oder Keimzellgewebe zu.

Bei der Kryokonservierung werden die Ei- oder Samenzellen und das Keimzellgewebe vorbereitet, entnommen und aufbereitet, transportiert, eingefroren und gelagert und später aufgetaut. Ist die Krankheit überstanden und eine **künstliche Befruchtung** geplant, muss der Krankenkasse ein **Behandlungsplan** zur Genehmigung vorgelegt werden. Die Krankenkasse übernimmt dann die Hälfte der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind, z.B. Erfolgsaussichten oder Altersgrenzen.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zur medizinischen Indikation, zur Beratung und zum Umfang der medizinischen Maßnahmen bietet die „Richtlinie zur Kryokonservierung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de > *Richtlinien*.
- Hilfreiche Informationen rund um das Thema Fruchtbarkeitserhalt bei Krebs bietet die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs unter www.junge-erwachsene-mit-krebs.de > *Jung & Krebs* > *Wissen für Dich* > *Fruchtbarkeitserhalt*.

Kinder krebskranker Eltern

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

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

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, unvorbereitet davon erfahren könnte.

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

Angst und Schuldgefühle

Manchmal haben Kinder Angst, dass Krebs ansteckend ist und dass es jetzt gefährlich wäre, mit 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. Manche Kinder reagieren mit Alpträumen, Bettnässen, diffusen Ängsten, übertriebener Anpassung, Rückzug oder Aggression auf die emotionale Belastung durch die Krebserkrankung eines Elternteils. Offenheit der Eltern gegenüber ihren Kindern, deren Fragen und Ängste ernst zu nehmen, die Bereitschaft innerhalb der Familie, gemeinsam darüber zu sprechen, und das Zeigen der eigenen Gefühle können helfen, mit dieser Belastung umzugehen.

Kindergarten und Schule

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

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

Veränderung und Normalität

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

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

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

Buchtipps und weitere Infos

Sylvia Broeckmann: Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. 4. Aufl. Klett Verlag 2018, 19 €. ISBN 978-3-608-94605-5.

Praktische Beispiele und Vorschläge der Autorin zeigen Eltern und anderen Erwachsenen, wie sie Kindern im Umgang mit der Erkrankung helfen können.

Ausführliche Informationen mit wissenschaftlichen Quellen, Buchtipps und Anlaufstellen bietet zudem die Deutsche Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de > *Basis-Informationen Krebs* > *Krebs und Psyche* > *Was Kindern krebskranker Eltern hilft*.



Wer hilft weiter?

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Arnstädter Weg 3, 65931 Frankfurt

Telefon: 069 47892071

E-Mail: info@hkke.org

www.hkke.org

Flüsterpost e.V.

Lise-Meitner-Str. 7, 55129 Mainz-Hechstheim

Telefon: 06131 5548798

E-Mail: info@kinder-krebskranker-eltern.de

www.kinder-krebskranker-eltern.de

Kontaktadressen für Ehe- und Familienberatung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung finden Sie unter www.dajeb.de > *Beratungsführer online*.

Tipps zum Gespräch mit Kindern geben auch psychosoziale Krebsberatungsstellen. Adressen vermittelt der Krebsinformationsdienst unter der Telefonnummer 0800 4203040 oder per E-Mail an krebsinformationsdienst@dkfz.de. Regionale Anlaufstellen finden Sie auch im Internet unter www.krebsinformationsdienst.de > *Service* > *Adressen und Links* > *Krebsberatungsstellen*.

Hilfreiche Anlaufstellen sind auch Erziehungsberatungsstellen, Schulpsychologen oder Schulsozialarbeiter.

Ernährung und Bewegung

Etwa 30 % aller Krebserkrankungen gehen laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in den westlichen Ländern auf unausgewogene Ernährung und zu wenig Bewegung zurück. Sowohl um eine laufende Krebstherapie zu unterstützen als auch um einer erneuten Krebserkrankung vorzubeugen, ist es sinnvoll auf eine ausgewogene Nahrungsaufnahme zu achten.

Ernährungsempfehlungen

Der gemeinnützige Verein World Cancer Research Fund International gibt in Bezug auf die Ernährung im Zusammenhang mit Krebserkrankungen folgende Empfehlungen:

- Vermeidung von Übergewicht und Untergewicht.
- Begrenzter Verzehr von kalorienreichen Lebensmitteln und Vermeidung von zuckerhaltigen Getränken.
- Überwiegender Verzehr von pflanzlichen Lebensmitteln: Durchschnittlich 600 g nicht stärkehaltiges Gemüse (z.B. Karotten, Brokkoli, Kohl) und Obst sowie 25 g Ballaststoffe täglich (z.B. in Form von Vollkornbrot und Hülsenfrüchten).
- Stark verarbeitete, stärkehaltige Lebensmittel nur begrenzt verzehren.
- Maximal 300 g rotes und verarbeitetes Fleisch pro Woche.
- Alkoholkonsum reduzieren oder auf Alkohol verzichten.
- Höchstens 5 g Salz pro Tag.
- Die Aufnahme von Aflatoxinen, welche z.B. in verschimmelten Getreide oder Hülsenfrüchten

vorkommen, vermeiden.

- Es gibt keine Empfehlung für Nahrungsergänzung zur Krebsprävention.
- Menschen mit Krebserkrankungen sollten von Ernährungsfachkräften betreut werden.

Auswirkungen einer Krebserkrankung

Die Behandlung von Krebs kann mit starken Nebenwirkungen verbunden sein.

Übelkeit und Erbrechen

Neben Medikamenten zur Krebstherapie beinhaltet die Behandlung in der Regel auch Mittel zur Verringerung der Nebenwirkungen, wie z.B. Übelkeit und Erbrechen während einer Chemotherapie. Sollte es dennoch dazu kommen, kann z.B. folgendes helfen:

- Kleine Portionen über den Tag verteilt zu sich nehmen.
- Gut lüften und Küchentür geschlossen halten, um starke Essensgerüche vor und nach dem Essen zu vermeiden.
- Bei anhaltendem Erbrechen sollten Ernährung und Flüssigkeitszufuhr angepasst werden, ggf. auch durch künstliche Ernährung.

Gewichtsverlust

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

Appetitlosigkeit und Geschmacksstörung

Medikamente können eine Veränderung des Geschmackssinns bewirken. Auch Appetitlosigkeit kann mit der Therapie einhergehen. Folgendes kann hierbei helfen:

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

Durchfall und Verstopfung

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

Krebsdiäten

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

Ernährungstherapie

Eine Ernährungstherapie kann die Patientinnen bei der Umsetzung einer ausgewogenen, gesundheitsfördernden Ernährung unterstützen. Zudem kann sie als Orientierung dienen, welche Empfehlungen auf wissenschaftlichen Untersuchungen basieren. Die Kosten für eine Ernährungstherapie können für Krebspatientinnen von der Krankenkasse übernommen werden.



Praxistipp!

- Informationen zum Thema „Ernährung bei Krebs“ bietet der Krebsinformationsdienst unter www.krebsinformationsdienst.de > *Leben mit Krebs* > *Alltag mit Krebs* > *Ernährung*.
- Ansprechpartner für Ernährungsberatung bei Krebserkrankungen können unter www.krebsinformationsdienst.de > *Leben mit Krebs* > *Alltag mit Krebs* > *Ernährung* > *Links und Adressen* > *Ernährungsberatung: Wo findet man Ansprechpartner?* gefunden werden.

Bewegung und Sport

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 gerne 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 (Erschöpfung und Müdigkeit über das normale Maß hinaus, siehe S. 39). Einschränkungen, z.B. durch Gleichgewichtsstörungen oder Störungen im Blutsauerstofftransport, sollten immer ausreichend berücksichtigt werden.

Empfohlen werden täglich 30 Minuten körperliche Betätigung, alternativ 3 mal pro Woche jeweils 60 Minuten. Die Einheiten sollen in ihrer Intensität dem Gesundheitszustand angepasst werden. Krafttrainings können zudem den Aufbau von Zell- und Muskelmasse fördern.

Auch in der **Nachsorge** spielt Sport eine wichtige Rolle und verbessert die dauerhaften Heilungschancen. 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. 70.

Praxistipp!

Einige Krankenkassen übernehmen 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 > Für Patienten > Sportärztliche Untersuchung.

Urlaub

Gegen einen Urlaub vor, während oder nach einer Brustkrebstherapie 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 Brustkrebsoperation 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.

Psychosoziale Hilfen

Eine Brustkrebserkrankung zu verarbeiten ist nicht immer einfach. Die Krankheit erzeugt bei den meisten Frauen eine schwere existentielle Bedrohung und Zukunftsängste. Doch auch andere psychosoziale Probleme können entstehen.

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 Krebsberatungsstellen und Selbsthilfegruppen. Informationen und Adressen siehe Praxistipp ab S. 7.

Psychoonkologie

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

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

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

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

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

Wer hilft weiter?

- Eine Adresssammlung von Ärzten, Kliniken, Krebsberatungsstellen und psychoonkologischen Praxen bietet der Krebsinformationsdienst unter www.krebsinformationsdienst.de > Service > Adressen und Links.

- www.psycho-onkologie.net, ein Beratungsportal für Betroffene, das zum Einstieg Videos anbietet, die Belastungssituationen nachföhlbar machen. Außerdem gibt es die Möglichkeit einer psychoonkologischen Beratung via Skype sowie eine Übersicht zu psychoonkologischen Hilfsangeboten.

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 bis zu 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.

Anerkannte Therapieverfahren sind:

- **Verhaltenstherapie:** Die Verhaltenstherapie ist ziel- und lösungsorientiert, konzentriert sich auf die Gegenwart und enthält viele praktische Übungselemente. Sie dauert 60 Stunden, in besonderen Fällen bis zu 80 Stunden, und ist als Einzel- oder Gruppentherapie möglich.
- **Analytische Psychotherapie:** Das Ziel der analytischen Psychotherapie ist es, unbewusste Geföhle und Verhaltensweisen aufzudecken, um emotionale Belastungen loszuwerden und die eigene Persönlichkeit neu zu strukturieren. Sie dauert bis zu 160 Stunden, in besonderen Fällen bis zu 300 Stunden; bei Gruppenbehandlung bis zu 80, in besonderen Fällen bis zu 150 Doppelstunden.
- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:** Ziel ist, die verborgenen Hintergründe der aktuellen Beschwerden aufzudecken und so zu bearbeiten, dass diese künftig besser bewältigt werden können. Sie dauert bis zu 60 Stunden, in besonderen Fällen bis zu 100 Stunden; bei Gruppenbehandlung bis 60, in besonderen Fällen bis 80 Doppelstunden.
- **Systemische Therapie:** Die systemische Therapie konzentriert sich auf die Beziehungsprozesse des Betroffenen, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung eines Problems beteiligt und daher auch für Veränderungs- und Lösungsprozesse von Bedeutung sind. Sie dauert bis zu 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden, in besonderen Fällen bis zu 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.

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.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Den ersten Zugang zum Psychotherapeuten bietet die sog. psychotherapeutische Sprechstunde. In der Regel erhalten Patientinnen diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. Hier wird dann abgeklärt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind. Die Sprechstunde kann je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) in Anspruch genommen werden.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig, verfügt der Psychotherapeut aktuell jedoch über keinen freien Therapieplatz, ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und Patientinnen mit akuten Symptomen zu entlasten. Eine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden Probleme erfolgt erst in der anschließenden Psychotherapie.

Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen ggf. einbezogen werden. Bei Anwendung eines solchen Mehrpersonensettings beträgt die Mindestdauer 50 Minuten mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen 2 probatorische Sitzungen (siehe unten) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) darf die Wartezeit für eine psychotherapeutische Akutbehandlung maximal 2 Wochen betragen. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Terminservicestellen“.

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Seit dem 1.10.2021 bezahlen die Krankenkassen die sog. gruppentherapeutische Grundversorgung. Hier können Betroffene die Psychotherapie in einer Gruppe kennenlernen, um für sich zu sehen, ob sie diese als hilfreich erleben. Es geht dabei zum einen um Informationen darüber, wie Gruppentherapie abläuft, funktioniert und welche Vorteile sie bietet. Zum anderen soll dabei auch schon damit angefangen werden, die Symptome zu lindern.

Es ist dafür kein Anzeige- oder Antragsverfahren gegenüber den Krankenkassen notwendig, damit der Zugang einfach und unkompliziert ist.

Probesitzungen (probatorische Sitzungen)

Es ist möglich, **2–4 Probestunden** bei einem gewählten Therapeuten zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will. Seit dem 1.10.2021 gibt es auch probatorische Sitzungen in Gruppen.

Digitale Anwendungen (DiGA) – Gesundheits-Apps auf Rezept

Es gibt zunehmend Apps und Online-Angebote (digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA), die kostenlos sind oder von der Krankenkasse übernommen werden. Offiziell anerkannte Online-Anwendungen zu psychischen Erkrankungen finden Sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> > Kategorie Psyche.



Praxistipps!

- Im Rahmen des Patientenservice der Kassenärztlichen Vereinigung können regional Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten gesucht werden unter www.116117.de.
- Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung genehmigen. 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.

Hilfe bei chronischer Müdigkeit (Fatigue)

Bei Fatigue fühlen sich Betroffene sehr müde und erschöpft, ohne dass sie sich vorher körperlich angestrengt haben. Erschöpfung und Müdigkeit gehen über das normale Maß hinaus, sind für die Betroffenen sehr unangenehm und verschwinden auch durch Schlaf und Erholung nicht.

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

Fatigue kann auch nach Beendigung einer Tumorthherapie auftreten. In vielen Fällen klingt sie nach ein paar Wochen wieder ab. Bei einigen Frauen bestehen 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.

Behandlung

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

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

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



Praxistipps!

- Tipps für den Alltag mit Fatigue bietet die Deutsche Fatigue Gesellschaft unter www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de > *Damit Leben*.
- Der Ratgeber „Fitness trotz Fatigue“ der Deutschen Fatigue Gesellschaft informiert anhand praktischer Übungen über Bewegung und Sport beim tumorbedingten Müdigkeitssyndrom. Dieser kann unter www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de > *Service* > *Infomaterial* kostenfrei heruntergeladen werden.
- Der Ratgeber „Fatigue – chronische Müdigkeit“ der Deutschen Krebshilfe kann im Internet unter www.krebshilfe.de > *Informieren* > *Über Krebs* > *Infomaterial bestellen* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden. Dieser informiert unter anderem über Ursachen, Auswirkungen und Therapieansätze bei Fatigue.

Hilfe bei Angst und Depressionen

Angesichts der Tatsache, dass eine Brustkrebserkrankung große Ungewissheit mit sich bringt, treten häufig Symptome wie Angst, Depressionen, Schlafstörungen und Unruhe auf.

Angst bei einer schweren Erkrankung wie Brustkrebs, ist häufig und hat vielfältige Ursachen. Gespräche über Ängste sind wichtig und können sehr hilfreich sein. Angehörige und Freunde können zuhören und da sein. Wenn es sehr konkrete Ängste sind, z.B. vor Schmerzen, vor dem Fortschreiten der Krankheit, vor dem Verlust der Selbstständigkeit, sind Ärzte und Pflegende gute Ansprechpartner. Sie kennen Entwicklungen bei anderen Patienten und können durch Informationen Ängste lösen. Bei sehr starken Ängsten kennen sie auch die Medikamente, die dagegen helfen können.

Es ist normal, dass eine Brustkrebserkrankung mit belastenden Symptomen die Stimmung drückt. Betroffene leiden deshalb nicht gleich an einer **Depression**, die mit Medikamenten behandelt werden muss. Wenn entsprechende Symptome wie z.B. niedergedrückte Stimmung, Schlafstörungen, Hoffnungslosigkeit, vermindertes Interesse und geringer Antrieb aber ausgeprägt sind und lange anhalten, sollte der Arzt informiert werden. Antidepressiva können hier zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen. Ihre Verordnung muss jedoch sorgfältig erfolgen mit Blick auf Wechsel- und Nebenwirkungen. Manche Nebenwirkungen sind aber auch erwünscht, z.B. können Antidepressiva bestimmte Schmerzen lindern.

Ein Online Screening unter www.psycho-onkologie.net > *Online-Screening* kann helfen psychische Belastungen und Symptome im Rahmen einer Krebserkrankung kennenzulernen und einzuordnen.



Praxistipps!

- Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe bietet ein Info-Telefon unter der Nummer 0800 3344533 (Mo, Di und Do 13–17 Uhr, Mi und Fr 8:30–12:30 Uhr) sowie als Hilfestellung, um Depressionen bei sich zu erkennen, einen Selbsttest unter www.deutsche-depressionshilfe.de > *Depression: Infos und Hilfe* > *Selbsttest*.
- Ausführliche Informationen zum Thema bietet der Ratgeber „Depressionen“. Kostenloser Download unter www.betanet.de > *Ratgeber*.

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 (umgangssprachlich „Rezeptgebühr“ genannt): 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels.

Preis/Kosten	Zuzahlung	Beispiel
bis 5 €	Kosten = Zuzahlung	Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 €
5 € – 50 €	5 €	Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 €
50 € – 100 €	10 % der Kosten	Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 €
ab 100 €	10 €	Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 €

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittel 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. Die Zuzahlung (s.o.) richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe bezahlt die Patientin also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Verbandmittel

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

Heilmittel

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

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. 21.

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

Bei der Häuslichen Krankenpflege werden Patienten, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt (siehe S. 14).

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 ggf. die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 72).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

Fahrtkosten

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden (Verordnung Krankenbeförderung), Details unter Fahrtkosten.

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

Künstliche Befruchtung

Die Krankenkasse übernimmt 50 % der mit dem Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung genehmigten Kosten, die restlichen Kosten muss der Versicherte übernehmen.

Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Patientin im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. Belastungsgrenze), kann sie sich und ihre Angehörigen, die mit ihr 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.

Gerade während der Brustkrebstherapie und auch danach sollten Patientinnen die Belastungsgrenze genau im Auge behalten, da diese durch Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie Krankenhaus- und Reha-Maßnahmen oft schnell erreicht wird.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen der Versicherten und dem Bruttoeinkommen aller Angehörigen der Versicherten, die mit ihr in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Angehörige der Versicherten sind:

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

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Freibetrag

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

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 5.922 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 3.948 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.388 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld und Kinderpflege-Krankengeld
- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 38 BVG)

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld und Familiengeld (Sollte gleichzeitig Elterngeld, Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld/Familiengeld bezogen werden, bleiben diese Leistungen nur bis zu einer Gesamtsumme von 300 € unberücksichtigt.)
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Besondere Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

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

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Nicht alle Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt. Befreiungsfähige Zuzahlungen sind z.B. Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, aber auch Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Gesetzlich Versicherte müssen teilweise noch weitere Kosten im Zusammenhang mit ihrer Krankenversicherung leisten,

z.B. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder finanzielle Eigenbeiträge zum Zahnersatz. Diese werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung jedoch **nicht** berücksichtigt.

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen der Versicherten mit den Zuzahlungen ihrer Angehörigen, die mit ihr im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

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

Belastungsgrenze und Zuzahlungsbefreiung

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält die Versicherte sowie ihr Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihr in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 16.776 € (2 x 8.388 €)

ergibt: 7.302 €, davon 2 % = Belastungsgrenze: 146,04 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb die Versicherte und ihre Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- 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 %-Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann die Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.

Sonderregelung für chronisch kranke Menschen

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

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

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP, siehe S. 9) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze.

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

Vorsorge

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich die Patientin an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

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

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

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

Richtlinie

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



Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Brustkrebs kann z.B. durch die Operation, eine Bestrahlung, medikamentöse Therapien oder psychische Belastungen zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Für die Patientinnen ist es dann wichtig zu wissen, welche Unterstützungen (z.B. Entgeltfortzahlung, Krankengeld oder Arbeitslosengeld) ihnen zustehen und wo sie diese unter welchen Voraussetzungen beantragen können.

In besonders schweren Fällen von Brustkrebs, z.B. wenn der Tumor schon gestreut hat, kann es auch zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit kommen. Informationen über finanzielle Hilfen in diesem Fall siehe S. 77.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

Voraussetzungen

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

Pflichten der Arbeitnehmerin

Für die Arbeitnehmerin gelten folgende Pflichten:

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

Hinweis: Voraussichtlich ab 1.7.2022 muss nicht mehr der Arbeitnehmer die AU beim Arbeitgeber vorlegen, sondern das erfolgt digital zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber.

- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Wird die Arbeitnehmerin im Ausland krank, ist sie ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss sie die voraussichtliche Dauer und ihre genaue Auslandsadresse mitteilen sowie ihre Krankenkasse benachrichtigen. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt die Arbeitnehmerin während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Dauer

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

Höhe

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

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

In Tarifverträgen kann die Grundlage für die Bemessung der Entgeltfortzahlung abweichend von den gesetzlichen Regelungen bestimmt werden.



Praxistipp!

Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.

Krankengeld

Krankengeld erhalten versicherte Patientinnen von der Krankenkasse, wenn sie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind.

Dies ist bei einer Brustkrebserkrankung z.B. dann der Fall, wenn die Patientin aufgrund der Operation und anschließender Bestrahlung und/oder medikamentöser Therapie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig ist.

Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder** stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse. (Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie die Versicherte daran hindert, ihren Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.)
- Es handelt sich immer um **dieselbe** Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer nicht.

Bezieherinnen von **Arbeitslosengeld** erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- 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. 68)
- 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

Krankengeld für Selbstständige

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

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. Anspruch heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmerinnen erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung.



Praxistipp!

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

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 112,88 € täglich.

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

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

Bemessungszeitraum

Das Krankengeld errechnet sich aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen. Wurde nicht monatlich abgerechnet, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.



Praxistipp!

Wie sich der Bemessungszeitraum in besonderen Fällen, z.B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld vom

03.12.2020“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Abzüge

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

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

Dauer

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

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Eine Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer anderen Erkrankung beginnt eine neue Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

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

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

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

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

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes (MD) die Erwerbsfähigkeit der Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Rehabedarf abzuklären), 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. 77) umwandelt.

Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern die Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen (siehe ab S. 57) durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann die Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass die Patientin alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält. Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 55).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente aus der Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung aus der Rentenversicherung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

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

Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist die Patientin noch immer arbeitsunfähig, dann endet ihre Mitgliedschaft als **Pflicht**versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. Aussteuerung). Die Krankenkasse informiert die Versicherte rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, ihren 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.

Wenn eine Brustkrebsbehandlung länger dauert oder die Krankheit sich in einem fortgeschrittenem Stadium befindet, kann das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit eine wichtige Unterstützungsleistung sein, um einkommenslose Zeiten zu verhindern.

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder** Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn die Antragstellerin in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- 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. 77) beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt, oder Maßnahmen zur beruflichen bzw. medizinischen Rehabilitation. 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. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

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

Höhe

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

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend** Übergangsgeld (siehe S. 68) 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.



Praxistipp!

Wird der Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger bzw. der Agentur für Arbeit Leistungsfähigkeit von mehr als 15 Stunden wöchentlich bescheinigt, fällt sie aus dem Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld heraus. Um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, muss sie sich der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen – auch wenn sie mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers/der Agentur für Arbeit nicht einverstanden ist und gegen diese gerichtlich vorgeht. Kann sie einen Bewerbungsprozess aus gesundheitlichen Gründen nicht aktiv gestalten, braucht sie gegenüber der Agentur für Arbeit eine Bescheinigung ihres Arztes.

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.

Rehabilitation

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

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Sie sollen
 - Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
 - den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.Zur medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschluss-Reha nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 63) oder die stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 65).
- **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. 68), Haushaltshilfe (siehe S. 72), Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 70), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern. Dazu zählen u.a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Kostenträger

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

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn** nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur medizinischen Reha, zur beruflichen Reha sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische und für berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur beruflichen Reha sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur medizinischen Reha, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur Sozialen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.

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



Praxistipp!

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, welche Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.

Ambulante medizinische Reha-Maßnahmen

Ob eine ambulante Reha-Maßnahme im Anschluss an eine Brustkrebstherapie sinnvoll ist, kommt ganz auf die individuelle Situation der Betroffenen an: Möchte sie aufgrund der Betreuung ihrer Kinder lieber zu Hause bleiben? Läuft noch eine therapeutische Maßnahme vor Ort? Gibt es eine geeignete ambulante Einrichtung in ihrer Nähe? Sprechen andere Gründe für eine ambulante Reha-Maßnahme?

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Stationäre medizinische Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären medizinischen Reha wohnt die Patientin für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort versorgt. Die Patientin hat nun Zeit für sich und die Möglichkeit, ihre Brustkrebserkrankung und die daraus folgenden Sorgen und Ängste in Ruhe zu verarbeiten. Hierbei helfen neben Angeboten aus der Sport-, Physio- und Ergotherapie auch psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten.

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

Bei Brustkrebs sind medizinische Reha-Leistungen sehr oft Teil des Behandlungskonzepts. Möchte eine Patientin eine medizinische Reha beantragen, kann ihr behandelnder Arzt die Reha verordnen, wenn sie medizinisch notwendig ist.

Die Antragsformulare müssen bei der Krankenkasse angefordert werden. Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.

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

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen 2 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.

Praxistipps!

- Adressen von Reha-Kliniken können unter www.rehakliniken.de oder www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung informiert über aktuelle Reha-Therapiestandards für Brustkrebspatientinnen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Suchbegriff: „Reha-Therapiestandards (RTS)“.

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. 41 .

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 Anschluss-Reha erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

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

Keine Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Von Bezieherinnen von Übergangsgeld (wenn sie kein zusätzliches Erwerbseinkommen haben)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerb ersatzeinkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Von Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei beruflichen Reha-Leistungen
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.317 € liegt

Teilweise von der Zuzahlung befreit sind Personen,

- die ein Kind haben, solange für dieses Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht, **oder**

- die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, **oder**
- deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

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

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

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, muss die Befreiung von der Zuzahlung auf jeden Fall beantragt werden. Dem Antrag sind **eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid)** und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen. Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Reha* > *Themen-Schnelleinstieg: Warum Reha?* > *Zuzahlung*.



Praxistipps!

- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 72) gewährt werden.

Onkologische Nachsorgeleistung

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

Bei einer Onkologischen Rehabilitation geht es insbesondere um medizinische Leistungen nach einer Erstbehandlung bösartiger Krebserkrankungen. Ziel ist es, die Behandlungserfolge zu sichern und seelische und körperliche Folgeerscheinungen der Behandlung abzumildern.

Voraussetzungen

Damit der Rentenversicherungsträger die Kosten übernimmt, muss eine der folgenden **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** erfüllt sein:

- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird durchgehend (kein Kalendermonat Unterbrechung) 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 Rente der Rentenversicherung **oder**
- nicht rentenversichert, aber Ehegatte, Lebenspartner oder Kind eines Versicherten oder Rentners der Rentenversicherung.

Zudem müssen folgende **persönliche Voraussetzungen** erfüllt sein:

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

Zuzahlung

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

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

Dauer

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

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

Die Nachsorgeleistung kann auch als Anschluss-Reha, siehe S. 63, erbracht werden.

Praxistipps!

- Während einer onkologischen Nachsorgeleistung kann unter bestimmten Voraussetzungen

Übergangsgeld (siehe S. 68) bezogen werden. Damit die Rentenversicherung den Anspruch prüfen kann, ist es sinnvoll, dem Reha-Antrag eine Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers beizulegen.

- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, an einer onkologischen Nachsorgeleistung teil, so kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 72) zur Betreuung der Kinder beantragt werden. Haushaltshilfen können unter bestimmten Voraussetzungen für maximal 4 Wochen auch genehmigt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.
- Reisekosten können auf Antrag beim Rentenversicherungsträger geltend gemacht werden.
- Die Broschüre „Rehabilitation nach Tumorerkrankungen“ der Deutschen Rentenversicherung kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger.

Anschluss-Reha

Die Anschlussrehabilitation (auch Anschlussreha, Anschlussheilbehandlung oder kurz AHB genannt) ist eine Reha-Maßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und zur Weiterbehandlung erforderlich ist.

Der Begriff Anschlussheilbehandlung wurde in den Begriff Anschlussrehabilitation (kurz: Anschlussreha) überführt. Die Abkürzung AHB blieb jedoch bestehen und ist bei den Kostenträgern, z.B. Rentenversicherung, weiterhin gebräuchlich.

Ziel einer Anschlussreha ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen. Nach einer Brustkrebsoperation soll insbesondere Physiotherapie dabei helfen, die Beweglichkeit und Kraft in Arm und Schulter wiederzugewinnen und Bewegungseinschränkungen entgegenzuwirken. Doch auch die psychische Unterstützung und die Vorbereitung auf den Alltag und das Berufsleben sind Ziele der Anschlussreha.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Wenn die Rentenversicherung der Kostenträger ist, muss eine der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen 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 bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwenrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

Diese Voraussetzungen gelten bei Krankenversicherung und Rentenversicherung:

- Krankheit, die in der Indikationsliste aufgeführt ist, hierunter fallen auch Krebserkrankungen.
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patientin muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patientin muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patientin sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

Antrag

In der Regel veranlasst ein Arzt des letzten behandelnden Krankenhauses die Anschlussreha in enger Zusammenarbeit mit der Sozialberatung (auch Sozialdienst genannt) des Krankenhauses. Die Sozialberatung kümmert sich dann zusammen mit dem Patienten um die Antragstellung. Eine direkte Verlegung vom Akutkrankenhaus in die Rehaklinik ist möglich, wenn die Sozialberatung das sowohl mit der aufnehmenden Rehaklinik als auch mit dem verantwortlichen Träger entsprechend koordinieren kann.

Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussreha zu begründen.



Praxistipps!

- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- In wenige Häuser können erkrankte Mütter ihre Kinder mitnehmen, ansonsten wird bei bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 72) genehmigt.

Besonderheit: Onkologische Rehabilitationsleistung

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

Nach Ablauf eines Jahres ist es möglich, eine Festigungskur (Onkologische Nachsorgeleistung, siehe S. 61) zu beantragen. Der Medizinische Dienst (MD) prüft die medizinische Notwendigkeit und entscheidet dann im Einzelfall.



Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und die Sozialberatung (häufig auch Sozialdienst genannt) des Krankenhauses, bei ambulanten Serienbehandlungen von Krebserkrankungen auch die onkologische Praxis oder das Strahleninstitut.

Stufenweise Wiedereingliederung

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

Nach einer Brustkrebserkrankung leiden Betroffene nicht nur unter den körperlichen Folgen (z.B. durch eine Brustamputation und/oder eine Chemo-Therapie), sondern meist auch unter den enormen psychischen Belastungen, welche die Diagnose sowie die Therapie mit sich bringen. Dann kann es schwierig sein, sich nach einer Reha gleich wieder voll in die Arbeit zu „stürzen“. Wenn möglich, sollten Patientinnen deshalb eine stufenweise Wiedereingliederung in Anspruch nehmen, um sich langsam wieder an die täglichen Aufgaben in der Arbeit zu gewöhnen.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist die Arbeitnehmerin noch krankgeschrieben. Möglich ist die stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn Versicherte und Arbeitgeber zustimmen und dadurch keine nachteiligen gesundheitlichen Folgen entstehen.

Ab einer **Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen** wird bei jeder Folgebescheinigung der AU geprüft, ob eine stufenweise Wiedereingliederung möglich ist. Ziel ist es, Versicherten mit länger andauernden Erkrankungen frühzeitig die Möglichkeit zu geben, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Die ärztliche Beurteilung zur stufenweisen Wiedereingliederung kann von der Versicherten auch abgelehnt werden. Ihre Zustimmung ist immer freiwillig.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit vor.
- Die Arbeitnehmerin wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und sie ist ausreichend belastbar, das heißt: Sie kann mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Die Arbeitnehmerin stimmt der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Sie kann die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen.

Frauen mit Schwerbehinderung (siehe S. 73) 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 können Arbeitgeber dann prüfen, ob die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine stufenweise Wiedereingliederung einer schwerbehinderten Arbeitnehmerin wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen. Auch wenn die Wiedereingliederung im Zuge eines BEM (Betriebliches Eingliederungsmanagement) stattfindet, dürfen Arbeitgeber vernünftige Vorschläge nicht ablehnen, sondern muss sie mit allen Beteiligten sachlich erörtern.

Dauer

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

Wiedereingliederungsplan

Damit die stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl die Versicherte als auch Arbeitgeber einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt. Der Plan wird von allen Beteiligten gemeinsam erstellt. Federführend können z.B. sein: Ärzte, Sozialberater, Reha-Träger oder die unabhängige Teilhabeberatung.

Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:

- Beginn und Ende des Wiedereingliederungsplans
- Einzelheiten über die verschiedenen Stufen (Art und Dauer) und die finanziellen Modalitäten
- Rücktrittsrecht vor dem vereinbarten Ende
- Gründe für ein vorzeitiges Zurücktreten
- Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Dauer der Wiedereingliederung
- Höhe eines eventuell gezahlten Arbeitsentgelts

Der Wiedereingliederungsplan muss flexibel sein und bei Bedarf angepasst werden, z.B. was die Dauer, die Stufen und die tägliche Arbeitszeit angeht. Das wird bei den regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen überprüft, welche die Wiedereingliederung begleiten müssen.

Kostenträger und finanzielle Sicherung

Die stufenweise Wiedereingliederung ist, sozialrechtlich betrachtet, keine eigenständige Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Beim Kostenträger geht es vor allem um die Frage, wer den Wiedereingliedernden mit sog. **Entgeltersatzleistungen** finanziell absichert:

- Findet die Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung Kostenträger und zahlt Übergangsgeld.
- Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig und zahlt Krankengeld.
- Wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit.
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zahlt der Unfallversicherungsträger Verletztengeld.

Zusätzlich können im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen fällig werden, z.B. ergänzende Reha-Leistungen oder berufliche Reha-Leistungen. Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

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 Arbeitgeber.

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

Praxistipps!

- Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu,

in Kooperation mit Arzt und Patientin, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.

- Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agenturen für Arbeit oder Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt und Arbeitgeber.

Berufliche Reha-Maßnahmen

In seltenen Fällen kann durch die Brustkrebserkrankung und/oder Folgeerscheinungen eine besondere Förderung nötig werden, um beim bisherigen Arbeitgeber weiterhin beschäftigt werden zu können oder um eine neue geeignete berufliche Tätigkeit aufzunehmen.

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha. Dieser umfasst alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehören zu den Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen, die von verschiedenen Trägern finanziert werden können.

Umfang

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

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

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

Dauer

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

Praxistipp!

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

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an einer medizinischen oder beruflichen Reha bzw. bei Maßnahmen zur beruflichen Orientierung.

Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen und kann helfen, Brustkrebspatientinnen während einer Reha zumindest den finanziellen Druck zu nehmen.

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

Bei allen Kostenträgern gilt:

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

Voraussetzungen der Rentenversicherung

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

Die Rentenversicherung zahlt also Übergangsgeld

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

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

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

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

- mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**

- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllen und Leistungen beantragt haben.

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

Zu den behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen

- Berufsausbildung,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- individuelle betriebliche Qualifizierungen (unterstützte Beschäftigung),
- Maßnahmen im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX
- und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

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

Höhe

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der 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.

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

Dauer

Die Träger zahlen Übergangsgeld

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

Anschlussübergangsgeld. Das Anschlussübergangsgeld ist allerdings niedriger.

- zwischen zwei Reha-Leistungen, wenn die eine Maßnahme abgeschlossen ist und eine weitere erforderliche nicht direkt anschließt: Das sog. Zwischenübergangsgeld gibt es nur, wenn in der Zwischenzeit Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht.

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

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld des **Rentenversicherungsträgers** und der **Agentur für Arbeit** für diesen Zeitraum.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit.

Reha-Sport und Funktionstraining

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

Zum **Reha-Sport** zählen **Sport, sportliche Spiele** und gezielte **bewegungstherapeutische Übungen**. Möglich sind verschiedenste Sportarten und Übungen, das ist stark abhängig von den (Vor-)Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmerinnen.

Ziele von Reha-Sport sind:

- Ausdauer und Kraft stärken
- Koordination und Flexibilität verbessern
- Selbstbewusstsein stärken, insbesondere auch von Menschen mit Behinderungen
- Hilfe zur Selbsthilfe bieten, Eigenverantwortung stärken und Teilnehmer motivieren, auch nach dem verordneten Reha-Sport weiter Sport zu treiben

Reha-Sport findet immer in **Gruppen** zu regelmäßigen Terminen statt, denn es geht auch um den Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen, um gruppendynamische Effekte und Selbsthilfe.

Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen und wird als Trocken- und/oder Wassergymnastik angeboten. Es wird häufig bei Problemen der Stütz- und Bewegungsorgane verordnet (z.B. Muskel- und Gelenkschmerzen), insbesondere bei degenerativen und entzündlichen Veränderungen wie Rheuma und Osteoporose.

Ziele von Funktionstraining sind:

- Körperliche Funktionen erhalten oder verbessern
- Funktionsverluste von Organen/Körperteilen verzögern
- Schmerzen lindern
- Beweglichkeit verbessern
- Krankheitsbewältigung unterstützen

- Selbsthilfepotentiale aktivieren, um die Eigenverantwortung für die Gesundheit zu stärken und langfristig zu körperlichem Training zu motivieren

Voraussetzungen

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

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

Antrag

Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme 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 dann 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. Für Menschen mit Behinderungen können die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen auch von einem Eingliederungshilfe-Träger übernommen werden.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

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

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

Wer hilft weiter?

- Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können bei den Krankenkassen erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.
- Viele Sportverbände für Menschen mit Behinderungen bieten auch Reha-Sportarten und Funktionstrainingsmaßnahmen an. Über entsprechende Gruppen informiert die Hauptgeschäftsstelle des Deutschen Behindertensportverbands, Telefon 02234 6000-0, www.dbs-npc.de > *Schnellzugriff* > *Rehasportgruppen*.

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.

Für Mütter mit Brustkrebs ist es wichtig, sich während einer Reha auf die Therapien konzentrieren zu können und sich nicht zusätzlich Sorgen um die Haushaltsführung und Kinderbetreuung machen zu müssen.

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. Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person z.B. ins Krankenhaus muss (oder danach) und daheim **Kinder unter 12 Jahren** oder **Kinder mit einer Behinderung** zu versorgen sind.

Zuständig können verschiedene Kostenträger sein. Sie stellen entweder eine Haushaltshilfe oder erstatten deren tarifliche bzw. übliche Kosten. Eine Haushaltshilfe muss vorab beantragt werden. Die Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe auch bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, für maximal 4 Wochen genehmigen. Die Haushaltshilfe kann im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen, dem Leistungsumfang und der Zuzahlung finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Haushaltshilfe“*.

Praxistipps!

- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist. Einige Krankenkassen bezahlen eine Haushaltshilfe, wenn Kinder unter 14 Jahren im Haushalt leben.
- 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.

Wer hilft weiter?

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

Behinderung

Brustkrebs kann je nach Verlauf 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.

Je nach der individuellen Lebenssituation der Betroffenen, kann es sinnvoll sein, sich die Beeinträchtigungen durch die Brustkrebserkrankung und -therapie als Behinderung anerkennen zu lassen. Dies kann z.B. vor einer krankheitsbedingten Kündigung schützen, einen früheren Renteneintritt oder eine (finanzielle) Unterstützungsleistung ermöglichen.

Definition

Grundlage der Definitionen von Behinderungen im Sozialgesetzbuch (SGB) ist das Behinderungsverständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die zentrale sozialrechtliche Definition steht in § 2 Abs. 1 SGB IX:

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

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (siehe S. 74) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten Menschen mit Schwerbehinderung nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem **Schwerbehindertenausweis** nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt (siehe S. 75).

Gleichstellung

Für Personen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30, gelten zum Teil die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für Menschen mit Schwerbehinderung, **wenn** sie infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können. Gleichgestellte genießen wie Menschen mit Schwerbehinderung einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben im Gegensatz zu Menschen mit Schwerbehinderung **keinen** Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für Menschen mit Schwerbehinderung. Sie bekommen **keinen** Schwerbehindertenausweis und **keine** Vergünstigungen im öffentlichen Nahverkehr.



Praxistipp!

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

Grad der Behinderung

Brustkrebs kann zu vorübergehenden oder dauerhaften Behinderungen führen. Bei Mastektomie (Entfernung der Brust) kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden. Der GdB beziffert bei Menschen mit Behinderungen die Schwere der Behinderung.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des GdB bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS). Im sozialen Entschädigungsrecht wird vom GdS gesprochen, im Schwerbehindertenrecht vom GdB.

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

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

Bei Brustkrebs gibt es folgende Richtwerte:

Verlust einer Brust (Mastektomie)	GdB/GdS
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, Fehlhaltung) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	

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

Nach der Behandlung eines bösartigen Brusttumors ist bei der GdB/GdS-Bemessung eine Heilungsbewährung abzuwarten. Das Abwarten der Heilungsbewährung dauert in der Regel 5 Jahre, bei DCIS 2 Jahre. Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie (Primärtherapie) als beseitigt angesehen werden kann.

Heilungsbewährung (= erste 5 Jahre nach der Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors)	GdB/GdS
bei Entfernung im Stadium (T1-2) pN0 M0	50
bei Entfernung im Stadium (T1-2) pN1 M0	60
in höheren Stadien	wenigstens 80
Bedingen die Folgen der Operation und gegebenenfalls anderer Behandlungsmaßnahmen einen GdB/GdS-Grad von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdB/GdS-Grad entsprechend höher zu bewerten.	

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

Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des GdB ist das Versorgungsamt.

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 für Menschen mit Schwerbehinderung beantragt oder in Anspruch genommen werden.

Bei Brustkrebs steht der Patientin nach operativer Entfernung eines bösartigen Brustdrüsentumors in der Regel für 5 Jahre ein Schwerbehindertenausweis zu, bei einem DCIS (siehe S. 5) für 2 Jahre. Der Antrag sollte so bald wie möglich gestellt werden, da die Bearbeitung einige Monate dauern kann.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag der Betroffenen. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwerbehinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

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

- Passbild beilegen.
Wenn Menschen mit Schwerbehinderung nicht in der Lage sind, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

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

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

Nachteilsausgleiche

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene „Nachteilsausgleiche“ in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen 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 finden Sie im Anhang dieses Ratgebers oder unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche“.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderungen“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911-006, Mo–Do von 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder zur Zuständigkeit der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung** unter www.teilhabeberatung.de.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Unter Umständen ist die körperliche und/oder psychische Belastung durch den Brustkrebs bzw. die Therapie 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, siehe S. 80.

Bekommt man keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, besteht noch die Möglichkeit, Hilfe zum Lebensunterhalt (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) siehe S. 82, zu beziehen.

Erwerbsminderungsrente

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

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

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

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

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

Arbeitsmarktrente

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

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

Grundsätzlich ist die Arbeitsmarktlage gemäß § 43 Abs. 3 SGB VI nicht zu berücksichtigen, wenn ein Mensch mehr als 6 Stunden erwerbstätig sein kann, aber wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen keine Arbeit finden kann. Eine Erwerbsminderungsrente gibt es dann nicht.

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

- Bei schweren spezifischen Leistungseinschränkungen
- Bei einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Dauer

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

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

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen (§ 102 Abs. 2 SGB VI). Ist bereits bei Antragstellung eindeutig, dass es sich um eine unbefristete Erwerbsminderungsrente handelt, wird sie ab dem Monat nach dem Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt. Der Rentenanspruch muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht werden.

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

Antrag

Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden. Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrente heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.

Höhe

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

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Auch wer in jungen Jahren eine Erwerbsminderungsrente braucht, soll eine ausreichend hohe Rente haben. Darum bekommen diese Menschen eine sog. Zurechnungszeit, das heißt sie werden so gestellt, als hätten sie länger gearbeitet.

- **Neuregelung zum 1.7.2014**

Die Zurechnungszeit wird von 60 auf 62 Jahre angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Alter weitergearbeitet, was die Erwerbsminderungsrente für alle erhöhte, die seitdem **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten, sog. Rentenneuzugänge.

- **Neuregelung zum 1.1.2019**

Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben und steigt auch danach Jahr für Jahr. Das erhöhte die Erwerbsminderungsrente für alle, die seitdem **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten.

- **Neuregelung zum 1.7.2024**

Menschen, deren Erwerbsminderungsrente zwischen dem 1.1.2001 und 31.12.2018 begonnen hat, erhalten ab 1.7.2024 einen pauschalen Zuschlag zur Rente. Den Zuschlag gibt es sowohl für die Erwerbsminderungsrente als auch für die Altersrente, je nachdem welche Rente die Betroffenen ab 1.7.2024 beziehen.

Selbstständigkeit

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

Hinzuverdienst

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

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

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



Praxistipps!

- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann unter Umständen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Grundrente“.
- Ausführliche Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente **oder** dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind **und**
- es ist keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt **und**
- es gibt keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Höhe

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

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

Unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Sozialhilfe > Einkommen“ und www.betanet.de > Suchbegriff: „Sozialhilfe > Vermögen“ wird erläutert, welches Einkommen und Vermögen wie angerechnet wird.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für die Antragsberechtigte maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Höhe, S. 80).
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfszuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. erhalten Kranke und Genesende, die einer kostenaufwendigeren Ernährung bedürfen, Krankenkostzulage in angemessener Höhe nach den Richtlinien der Sozialämter und in der Regel unter Vorlage eines ärztlichen Attestes.
- Bedarfe von jungen Erwachsenen bis zum 25. Geburtstag für Bildung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Übernahme von Mietschulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht (z.B. wenn nicht ausreichend Geld für einen neuen Kühlschrank angespart werden konnte). Das Darlehen kann dann in kleinen Raten aus den zukünftig ausgezahlten Regelsätzen getilgt werden.

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Erstbewilligung: Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z.B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Änderung: Änderungen **zugunsten** der Berechtigten werden ab dem Ersten des Monats angerechnet, in dem die Änderung eintritt bzw. gemeldet wird. Bekommt die Berechtigte infolge der Änderung **weniger** Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des **Folgemonats**.

Nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des **Folgemonats**.

Praxistipps!

- Empfängerinnen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsempfängerinnen, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, bekommen bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen der Grundsicherung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.

Wer hilft weiter?

- Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich die

Antragsberechtigte ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung bei Erwerbsminderung, 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“ ist das, was im allgemeinen Sprachgebrauch als „Sozialhilfe“ bezeichnet wird. Ihre Aufgabe ist es, Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn ihr Einkommen und Vermögen dafür nicht ausreicht und sie sich weder selbst helfen können, noch von anderen (z.B. von Angehörigen oder über andere Sozialleistungen) die nötige Hilfe bekommen.

Ist eine Brustkrebspatientin während oder nach der Therapie nicht in der Lage zu arbeiten, hat nicht genug eigenes Vermögen und auch keine Angehörigen, die sie unterstützen, kann sie Sozialhilfe beantragen, um Geld für Unterkunft, Lebensmittel, Kleidung etc. zur Verfügung zu haben. Zuvor sollte sie sich jedoch erkundigen, ob ihr andere finanzielle Leistungen wie z.B. Krankengeld (siehe S. 50) oder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 77) zustehen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird in der Regel beim Sozialamt beantragt. Sie muss aber **auch ohne Antrag** gewährt werden, wenn der Träger der Sozialhilfe (z.B. Landkreis oder kreisfreie Stadt) oder die von ihm beauftragten Stellen erfahren, dass ein Mensch hilfebedürftig ist. Das ist so geregelt, weil viele Menschen, die Hilfe zum Lebensunterhalt brauchen, nicht in der Lage sind, einen Antrag zu stellen. In der Praxis bedeutet das, dass die Leistungen oft auch dann eingeklagt werden können, wenn sie nicht beantragt wurden. Stellt z.B. ein Sozialarbeiter fest, dass das Sozialamt nicht geleistet hat, obwohl dem Amt bekannt war, dass die Voraussetzungen für die Hilfe bestehen, so kann er dem Klienten rechtsanwaltliche Hilfe vermitteln.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in **Höhe und Umfang** fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 80.

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen **unterhaltspflichtig** gegenüber der Hilfebedürftigen sind. Es wird unterschieden zwischen **gesteigert** Unterhaltspflichtigen, **normal** Unterhaltspflichtigen und **nicht** Unterhaltspflichtigen. Seit 1.1.2020 werden Kinder für ihre Eltern im Pflegeheim oder Eltern für ihre erwachsenen Kinder mit Behinderungen nur noch zu Unterhaltszahlungen herangezogen, wenn sie über ein Jahresbruttoeinkommen von **mehr als 100.000 €** verfügen.



Praxistipps!

- Die Sozialhilfe wird in der Regel zunächst als Vorleistung gezahlt und Unterhaltsberechtigte werden dann ggf. nachträglich zur Erstattung herangezogen.
- Sozialhilfeempfängerinnen können 30 % des aus Erwerbstätigkeit erzielten Einkommens, höchstens jedoch 224 € (= 50 % der Regelbedarfsstufe 1) für sich behalten. Hier wird davon ausgegangen, dass eine Erwerbstätigkeit einer Sozialhilfeempfängerin einen geringeren Umfang als 3 Stunden pro Tag hat, denn bei höherer Leistungsfähigkeit würde sie in den Leistungsbereich des SGB II (Arbeitslosengeld und Sozialgeld) übergehen.
- Die Broschüre „Sozialhilfe“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A207“ kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Zuständig sind die örtlichen Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Gemeinden sind nicht Träger der Sozialhilfe, können aber als erste Anlaufstelle genutzt werden und wissen, wie und wo die Ansprechpartner erreichbar sind.

Pflege

Brustkrebs kann in schweren Fällen zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Dann bedürfen sowohl die Betroffene selbst, als auch ihre Angehörigen Hilfe und Unterstützung. Dafür kommen Leistungen der Pflegeversicherung in Betracht.

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

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

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

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Pflegebedürftig ist, wer Hilfe braucht, weil seine Fähigkeiten und Selbstständigkeit infolge gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind.

Vorversicherungszeit

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

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

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

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

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

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf.

Pflegeberatung

Wurde der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt, besteht ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung. Die

Pflegekasse muss in jedem Fall eine Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder einen Pflegestützpunkt zugänglich machen. Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für gesetzlich versicherte Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei Fragen, Planung und Hilfestellungen rund um das Thema Pflege. Sie koordinieren und vermitteln Hilfeleistungen und örtliche Angebote.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen werden von der **Versicherten**, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der **Pflegekasse** beantragt.

Die Pflegekasse beauftragt den **Medizinischen Dienst** (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und legt diesen in einem **Gutachten** fest. Näheres zur Pflegebegutachtung unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung“*.



Praxistipps!

- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst Bund (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien/Publikationen* > *Grundlagen der Begutachtung/Richtlinien* > *Pflegebedürftigkeit* heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.
- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend bis zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt Hilfe zur Pflege beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab. Wichtig ist in einem solchen Fall, dass der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts über die Dringlichkeit des Antrags informiert ist, ggf. können auch Pflegestützpunkte oder Sozialverbände Unterstützung und Beratung bieten.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang auf S. 97 oder können diese unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeleistungen“* herunterladen.

Pflegeleistungen

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

Zuständig für die Leistungen der Pflegeversicherung ist die Pflegekasse.

Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt auch die Krankenkasse Pflegeleistungen z.B.

- **Häusliche Krankenpflege:** Die häusliche Krankenpflege kann von Vertrags- oder Klinikärzten verordnet werden, wenn Patientinnen z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt noch medizinische/pflegerische Versorgung oder Unterstützung im Haushalt benötigen. In der Regel erfolgt die häusliche Krankenpflege durch Pflegedienste, die Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben.

Der Pflegedienst rechnet dann direkt mit der Krankenkasse der Patientin ab, Näheres siehe S. 14.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die eine pflegebedürftige Patientin zu Hause erhält.

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. Das **Pflegegeld** beträgt je nach Pflegegrad zwischen **316 € und 901 € monatlich**.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdiensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflege-/Betreuungsdienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab und erhält je nach Pflegegrad **125 € bis 2.095 € monatlich**. Werden Pflegesachleistungsbeträge nicht in Anspruch genommen, können Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 bis zu einer Höchstgrenze von 40 % den Pflegesachleistungsbetrag für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag, z.B. Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Besuch von Demenzcafés oder Fahr- und Begleitdienste, verwenden (sog. Umwandlungsanspruch).

Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung kombiniert Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes, anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den die Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Insgesamt dürfen beide Leistungen zusammen 100 % nicht übersteigen. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege

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. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt **2.418 €** im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für Pflegekräfte und Pflegebedürftige zu mindern, bieten die Pflegekassen Pflegekurse an. Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Die Teilnahme ist kostenlos.

Entlastungsbetrag

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

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

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Patientinnen, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung der Patientin fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können Pflegehilfsmittel direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) auf **40 € monatlich** begrenzt.

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

DiPA - Digitale Pflegeanwendungen

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

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der **Wohnumfeldverbesserung** haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z.B. der behindertengerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder

Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt **maximal 4.000 € je Maßnahme** und bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von 214 € monatlich. Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Zur teilstationären und stationären Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die eine pflegebedürftige Patientin teilweise oder ganz in einer stationären Pflegeeinrichtung erhält.

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

Tages- oder Nachtpflege

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

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre Kurzzeitpflege nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt. Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.

Vollstationäre Pflege

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

Seit 1.1.2022 leistet die Pflegekasse, abhängig von der Aufenthaltsdauer des Pflegebedürftigen im Pflegeheim, einen **Zuschlag zum Eigenanteil**. Anspruch auf diesen Leistungszuschlag haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5:

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

Praxistipps!

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

Leistungen für pflegende Angehörige

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

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

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

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Pflegende Angehörige, die berufstätig sind, haben Anspruch auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit. Arbeitgeber dürfen 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. Arbeitgeber müssen bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen der Arbeitnehmerin entsprechen, solange es keine dringenden betrieblichen Gründe gibt, die dem entgegenstehen.

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

Praxistipp!

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder

auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung. Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.

- **Unfallversicherung**

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zum/vom Pflegebedürftigen.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

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

- **Arbeitslosenversicherung**

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



Praxistipps!

- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Die Broschüre kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rente“* herunterladen.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > *Suchbegriff: „A401“* heruntergeladen werden.
- Informationen für pflegende Angehörige z.B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > *Pflege* > *Pflegende Angehörige* gefunden werden.
- Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Online-Portal „Pflegen und Leben“ bietet online psychologische Beratung, Entlastung und Fachinformationen unter www.pflegen-und-leben.de. Die Online-Beratung steht allen Menschen offen, die in einer Krankenkasse versichert sind. Sie erfolgt anonym, kostenfrei und datensicher.
- Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Familie kümmern, finden unter www.pausentaste.de Unterstützung, Informationen über Gruppen und Workshops sowie Telefon- und E-Mail-Beratung.

Palliativversorgung

In besonders schweren Fällen kann die Brustkrebserkrankung so weit fortschreiten, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist. Dann setzt die sog. Palliativversorgung ein, um der Patientin eine bestmögliche Lebensqualität zu bieten. 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 Würde und Integrität der Palliativpatientin sind zu respektieren. Die Wünsche, Ziele sowie physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patientin stehen im Vordergrund.

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



Wer hilft weiter?

- Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin bietet unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de Adressen von verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten der Palliativversorgung.
- Weitere Informationen bietet der Ratgeber „Palliativversorgung“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern. Das ist für jeden Menschen wichtig, doch für Betroffene mit Brustkrebs umso mehr, da man nicht voraussagen kann, wie sich die Erkrankung entwickelt.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

- Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit.
- Vermögenssorge.
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten.
- Aufenthaltsbestimmung.
- Post- und Fernmeldeverkehr.
- Behörden- und Ämtervertretung.
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten.

Hier können auch Bestimmungen zum digitalen Nachlass getroffen werden. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Digitaler Nachlass“.

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

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

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn die Verfügende niemanden kennt, dem sie eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, sie aber eine oder mehrere Personen kennt, die die Verwaltung ihrer Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts übernehmen sollen und dies auch wollen.

Die Verfügende kann ihre Wünsche an den Betreuer sehr detailliert schriftlich festlegen, z.B.:

- zum Umgang mit ihrer Person
- zur Verwaltung ihrer Finanzen und ihres Vermögens (z.B. Immobilien auf keinen Fall in Aktien umwandeln)
- zum Aufenthalt (in welchem Pflegeheim sie untergebracht werden will, in welchem auf keinem Fall)
- zu medizinischen Angelegenheiten
- zum digitalen Nachlass

Die Wünsche an den Betreuer sollten schriftlich in einem Anhang der Betreuungsverfügung festgelegt werden.

Das Gericht und der Betreuer **müssen** die Wünsche der zu Betreuenden berücksichtigen, außer sie widersprechen deren Wohl, oder die Erfüllung ist dem Betreuer nicht zuzumuten, oder es ist erkennbar, dass die Betreute nicht an den in der Betreuungsverfügung geäußerten Wünschen festhalten will.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung wird festgelegt, wie die medizinisch-pflegerische Behandlung in bestimmten Situationen erfolgen soll, in denen man selbst nicht mehr in der Lage ist, diese Entscheidungen zu treffen oder zu äußern. Eine Patientenverfügung sollte unbedingt in Zusammenarbeit mit einem Arzt verfasst werden, um ihr eine medizinisch fachkundige Basis zu geben.

Grundsätzliches

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

Damit die entsprechenden Situationen und die gewünschten ärztlichen Maßnahmen in der Patientenverfügung auch wirklich eindeutig beschrieben sind, ist es empfehlenswert, ausführliche Gespräche mit Ärzten und/oder Intensiv- oder Palliativfachkräften insbesondere in Bezug auf eigene evtl. bereits bekannte Erkrankungen, ihre Folgen und ihre Behandlung bzw. Nichtbehandlung zu führen.

Um den Willen der Verfasserin nachvollziehen zu können, ist es hilfreich, wenn persönliche Wertvorstellungen und möglicherweise anstehende Behandlungsfragen in der Patientenverfügung möglichst konkret beschrieben sind.

Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

Im Fall einer Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit ist der Arzt verpflichtet, den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten zu ermitteln. In § 1901b BGB ist geregelt, wie der Patientenwillen zu ermitteln ist:

- Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme indiziert ist.
- Arzt und Betreuer/Bevollmächtigter erörtern die Maßnahmen unter Berücksichtigung des Patientenwillens. Die Patientenverfügung trägt wesentlich zur Ermittlung des Patientenwillens bei.
- Bei der Entscheidung sollten nahe Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen miteinbezogen werden, wenn dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.



Praxistipps!

- Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ des beta Instituts mit ausführlichen Informationen sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- **Hinweis:** Zum 1.1.2023 tritt das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts in Kraft. Nähere Informationen finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Betreuung“*.



Wer hilft weiter?

Informationen geben Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon 0231 738073-0 (Dortmund) oder 030 2844484-0 (Berlin) oder 089 202081-0 (München).

Adressen

Beratung und Informationsmaterial rund um das Thema Brustkrebs sowie Kontakte 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
Telefon: 0800 4203040 (täglich von 8–20 Uhr)
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
www.krebsinformationsdienst.de

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 Krebs - Bundesverband e.V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Telefon: 0228 338894-02 (Mo–Do 8–15 Uhr, Fr 9–12 Uhr, Beratung auch in türkischer Sprache möglich)
Fax: 0228 338894-01
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
www.frauenselbsthilfe.de

Brustkrebs Deutschland e.V.

Lise-Meitner-Str. 7, 85662 Hohenbrunn
Telefon: 0800 0117112 (zusätzlich kostenlose ärztliche Telefonsprechstunde: Mo 17:30–19 Uhr)
Fax: 089 4161980-1
E-Mail: online@brustkrebsdeutschland.de
www.brustkrebsdeutschland.de

mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.

Max-Hempel-Str. 3, 86153 Augsburg

Telefon: 0821 2684191-0

Fax: 0821 2684191-1

E-Mail: info@mamazone.de

www.mamazone.de

Lymphselbsthilfe e.V.

Jane-Addams-Str. 7, 91074 Herzogenaurach

Telefon: 09132 745886 (Mo–Fr 14:30–16 Uhr)

E-Mail: info@lymphselbsthilfe.de

www.lymphselbsthilfe.de

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Arnstädter Weg 3, 65931 Frankfurt am Main

Telefon: 069 4789 2071

E-Mail: info@hkke.org

www.hkke.org

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

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin

Telefon: 030 310189-60

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

Goerdelerring 9, 04109 Leipzig

Telefon: 0800 3344533 (Mo, Di und Do 13–17 Uhr, Mi und Fr 8:30–12:30 Uhr)

Fax: 0341 223874-99

E-Mail: info@deutsche-depressionshilfe.de

www.deutsche-depressionshilfe.de

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (GdB) angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.
Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.

20	50		60	80	90	100
Eine Funktions-einschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung. Steuerfreibetrag: 384 €* (§ 33b EStG)	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern	Steuerfreibetrag: 1.440 €* (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 2.120 €* (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 2.460 €* (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag: 2.840 €* (§ 33b EStG)
	Steuerfreibetrag: 1.140 €* (§ 33b EStG)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häuslicher oder teilstationärer Pflege/ Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen				
30/40	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)	70	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)					
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX)	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)	Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km* (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km* (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)	In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB	
Steuerfreibetrag: GdB 30: 620 €* GdB 40: 860 €* (§ 33b EStG)	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)	Pflegepersonen können einen Pflegepauschbetrag bei der Steuer absetzen: Bei Pflegegrad 2: 600 €* Bei Pflegegrad 3: 1.100 €* Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 €* Bei Merkzeichen H: 1.800 €* (§ 33b Abs. 6 EStG)	Bei Merkzeichen G behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 €* (§ 33 Abs. 2a EStG)			
	Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich		Ermäßigte BahnCard			
	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland					
	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)					

*gilt ab dem Veranlagungszeitraum 2021

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

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

aG	B	Bl	G	Gl	H	RF	
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind	erheblich gehbehindert	gehörlos	hilflos	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags	
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson: <ul style="list-style-type: none"> im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§ 228 ff. SGB IX) bei den meisten innerdeutschen Flügen blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC) 	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§ 228 ff. SGB IX)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 5,83 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)	
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)				Telekom-Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates	
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 €* (§ 33 Abs. 2a EStG)		Rundfunkbeitrag <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV) 	Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	Ab GdB 70 behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 €* (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 €* (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	TBI
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen			Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und ALG II: 17 % (§ 30 SGB XII)	Rundfunkbeitrag <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für taubblinde Menschen Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV) 	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	taubblind
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)		Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 €* (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Blauer Parkausweis (§ 46 StVO)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 €* (§ 33b Abs. 6 EStG)	Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)			Blinderhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld				Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und ALG II: 17 % (§ 30 SGB XII)		Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Hundesteuer-Befreiung möglich	Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 €* (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)				Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

*gilt ab dem Veranlagungszeitraum 2021

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Abhängig vom ermittelten [Pflegegrad](#) hat der Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der [Pflegeversicherung](#):

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) mtl.	—	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) mtl.	—	bis zu 724 €	bis zu 1.363 €	bis zu 1.693 €	bis zu 2.095 €
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) mtl.	—	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Entlastungsbetrag für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) mtl.	125 €	125 €*	125 €*	125 €*	125 €*
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) mtl.	—	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI) mtl.	—	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)	15 % des Heimentgelts (bis zu 266 €)
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI)	—	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen jährlich) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI)	—	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)
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen jährlich) (§ 42 SGB XI)	—	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €	bis zu 1.774 €
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 und 2 SGB XI) mtl.	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €	bis zu 40 €
Digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) mtl.	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €	bis zu 50 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €	bis zu 4.000 €
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen, siehe auch Wohnen im Alter (§ 38a SGB XI) mtl.	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen, siehe auch Wohnen im Alter (§ 45e SGB XI) einmalig	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

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

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Claudia Gottstein

Redaktionsteam

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

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© underdogstudios – stock.adobe.com – ID 73026470

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

9. vollständig überarbeitete Auflage, Mai 2022