

Brustkrebs

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

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

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

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

Dieser Ratgeber möchte Frauen mit Brustkrebs und 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.

Inhalt

Vorwort	2
Brustkrebs	5
Risikofaktoren	5
Vor Beginn der Behandlung	6
Brustzentren	8
Behandlung	9
Operationen	11
Systemische Therapien	13
Strahlentherapien	14
Klinische Studien	14
Häusliche Krankenpflege	15
Nachsorge	17
Nachsorgeuntersuchungen	17
Fragen bei der Brustkrebsnachsorge (Anamnese)	18
Brustselbstuntersuchung	19
Metastasen	19
Nervenschäden bei Brustkrebs (Neuropathie)	20
Kognitive Leistungseinschränkungen	20
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 krebskranker Eltern	29
Ernährung und Bewegung	31
Urlaub	32
Psychosoziale Hilfen	34
Psychoonkologie	34
Psychotherapie	35
Chronische Müdigkeit (Fatigue)	37
Depressionen	38
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	40
Zuzahlungsregelungen	40
Zuzahlungsbefreiung	41
Sonderregelung für chronisch Kranke	44
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	45
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	45

Krankengeld _____	47
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit _____	52
Rehabilitation _____	54
Überblick über Reha-Leistungen _____	54
Ambulante Medizinische Reha-Maßnahmen _____	55
Stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen _____	56
Onkologische Nachsorgeleistung _____	59
Anschlussheilbehandlung _____	60
Stufenweise Wiedereingliederung _____	62
Berufliche Reha-Maßnahmen _____	63
Übergangsgeld _____	65
Reha-Sport und Funktionstraining _____	66
Haushaltshilfe _____	68
Behinderung _____	71
Definition _____	71
Grad der Behinderung _____	72
Schwerbehindertenausweis _____	73
Nachteilsausgleiche _____	74
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung _____	76
Erwerbsminderungsrente _____	76
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung _____	78
Hilfe zum Lebensunterhalt _____	80
Pflege _____	82
Definition „Pflegedürftigkeit“ _____	82
Pflegegrade _____	85
Pflegeleistungen _____	85
Leistungen für pflegende Angehörige _____	89
Palliativversorgung _____	90
Patientenvorsorge _____	91
Vorsorgevollmacht _____	91
Betreuungsverfügung _____	91
Patientenverfügung _____	92
Adressen _____	93
Impressum _____	95

Brustkrebs

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

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

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

Sehr selten erkranken auch Männer, nur etwa jeder 790. Mann im Laufe seines Lebens. Die Behandlung sollte am besten in einem zertifizierten Brustzentrum (siehe S. 8) erfolgen, da diese viel Erfahrung mit der Erkrankung haben. Weitere Informationen bietet das Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V. im Internet unter www.brustkrebs-beim-mann.de.

Risikofaktoren

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

Als Risikofaktoren gelten unter anderem:

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

DCIS: Vorstufe

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

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 um bis zu 40 % gesenkt werden kann. Auf der anderen Seite werden Betroffene einer Strahlenbelastung ausgesetzt und es gibt Überdiagnosen sowie falsch-positive Befunde. Eine Überdiagnose meint, dass die Brustkrebs-Erkrankung 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!

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

Vor Beginn der Behandlung

Wird die Diagnose Brustkrebs gestellt, müssen Betroffene sich 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, um 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. 11
- Systemische Therapie (Prinzipien, Ziele, Dauer, Durchführung, Nebenwirkungen, Spätfolgen), siehe S. 13
- Strahlentherapie (Prinzipien, Ziele, Dauer, Nachbeobachtung, Nebenwirkungen, Spätfolgen), siehe S. 14

- 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, Übelkeit, Lymphödem
- Eigenverantwortung und Mitwirkung, z.B. Mitteilung von Symptomen und Problemen, verlässliche Medikamenteneinnahme
- Nachsorge, siehe S. 17
- Rehabilitation, siehe S. 54
- Psychoonkologische Unterstützung, siehe S. 34
- 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. Näheres siehe Entgeltfortzahlung, S. 45.

Selbsthilfe und Beratung

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

Selbsthilfegruppen haben unterschiedliche Organisationsformen, meist treffen sich 6–12 Teilnehmer 1 Mal in der Woche über längere Zeit. Sie bestimmen gemeinsam, wie lange die Treffen dauern, wo sie stattfinden, welche Ziele sie verfolgen und wer welche Aufgaben übernimmt.

Auch Gespräche mit Familienmitgliedern oder Freunden können die Betroffene entlasten. Eventuell gibt es im Bekanntenkreis andere Frauen, die Brustkrebs haben oder hatten und mit ihren Erfahrungen weiterhelfen können. Brustkrebs ist jedoch eine sehr vielgestaltige Erkrankung, die oft unterschiedlich therapiert werden muss. Gute Ansprechpartner 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 > Wegweiser > 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.

Brustzentren

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

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



Wer hilft weiter?

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

Behandlung

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

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

Disease-Management-Programm

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

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

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

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

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



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind Ärzte und die Krankenkassen.

Kopien und Berichte

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



Praxistipps!

- Nach dem Krankenhausaufenthalt bzw. bei Therapieende sollte sich die Patientin eine Kopie des Entlassungsberichts und des Arztbriefs sowie ihre Röntgenbilder mitgeben lassen. Sie hat jederzeit das Recht, klinische Dokumentationen einzusehen und einen Anspruch auf Kopien ihrer Untersuchungsunterlagen.
- Patientinnen können grundsätzlich Arzt und Krankenhaus frei wählen und auch noch während der Behandlung wechseln. Auch eine Zweitmeinung kann jederzeit eingeholt werden.
- Wichtig ist auch der ausgefüllte Tumorpass. Dieser kann u.a. beim Tumorzentrum Dresden von Privatpersonen kostenfrei unter der Telefonnummer 0351 3177-301 oder per E-Mail an kontakt@tumorzentrum-dresden.de bestellt werden.

Überblick über die Behandlungsformen

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

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

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

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

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

Leitlinie

Das aktuelle Wissen zu Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge von Brustkrebs ist in einer medizinischen Leitlinie (Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms), Stand Dezember 2017, zusammengefasst. Hauptverantwortliche Fachgesellschaften sind die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) sowie die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Diese Leitlinie finden Sie unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de > Leitlinien > Mammakarzinom.

Ergänzende Behandlungen

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

Einen guten Überblick bietet das Informationsblatt „Alternative Krebsmedizin“ des Deutschen Krebsforschungszentrums, welches unter www.krebsinformationsdienst.de > Behandlung > Alternative Methoden heruntergeladen werden kann.

Praxistipp!

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

Operationen

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

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

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

- **Brusterhaltende Operation**

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

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

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

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

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

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

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



Praxistipps!

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

Anschlusstherapien

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

Systemische Therapien

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

Chemotherapien (Zytostatikatherapien)

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

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

Antihormontherapien

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

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

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

Molekularbiologische Therapien

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

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

Strahlentherapien

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

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

Die Bestrahlung der Brust erfolgt etwa 3–6 Wochen an 4–7 Tagen und kann in der Regel ambulant durchgeführt werden. Durch eine sog. Boost-Bestrahlung, 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 geraten mit dem Rauchen aufzuhören. Die Deutsche Krebshilfe bietet den Ratgeber „Endlich Aufatmen – Geschafft – Endlich Nichtraucher“ unter www.krebshilfe.de > Informieren > Über Krebs > Infomaterial bestellen > Prävention an.

Klinische Studien

In klinischen Studien werden neue Medikamente und Behandlungsstrategien getestet. Patientinnen, die an solchen 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 und/oder einer Selbsthilfegruppe (siehe S. 7) beraten lassen.

Praxistipps!

- Die Informationsplattform www.brustkrebs-studien.de der Deutschen Gesellschaft für Senologie informiert über klinische Studien und stellt eine Studiensuche bereit.
- Die Deutsche Krebsgesellschaft bietet unter www.krebsgesellschaft.de > Basis-Informationen Krebs > Allgemeine Informationen über Krebs > Klinische Studien in der Krebstherapie einen Überblick darüber, welche Arten, Vorteile, Risiken und Zugangsvoraussetzungen es bei klinischen Studien gibt.

Häusliche Krankenpflege

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

Die häusliche Krankenpflege ist bei Brustkrebs z.B. nötig, wenn die Patientin aus dem Krankenhaus entlassen werden kann, aber noch nicht fit genug ist, um zu Hause alleine zurecht zu kommen. Sie wird in der Regel von der Krankenkasse finanziert und ist nicht zu verwechseln mit der „häuslichen Pflege“ der Pflegeversicherung, siehe S. 85.

Voraussetzungen

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

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn

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

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

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

Dauer und Umfang

Die Krankenhausvermeidungspflege ist bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall möglich. In medizinisch begründeten Fällen (Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung) auch länger. Die **Krankenhausvermeidungspflege** umfasst die Behandlungspflege, die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Im Unterschied dazu wird bei der **Sicherungspflege** zwar auch die Behandlungspflege gewährt, die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung jedoch nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse geregelt ist.

Zu den Leistungen der **Behandlungspflege** gehören:

- medizinische Hilfeleistungen, z.B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Messen der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen oder
- verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter). Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

Grundpflege sind pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art, z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität.

Hauswirtschaftliche Versorgung umfasst z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen.



Praxistipp!

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

Verordnung

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

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

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe S. 40.

Sachleistungsprinzip

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

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

Nachsorge

Die Nachsorge nach einer Brustkrebstherapie umfasst strukturierte Untersuchungen sowie die Begleitung bei Langzeittherapien (z.B. Antihormontherapie). Da die Ausgangslage je nach Patientin sehr unterschiedlich sein kann, sollte auch die Nachsorge den individuellen Erfordernissen und Bedürfnissen angepasst werden.

In der Regel 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 unter Onkologische Nachsorgeleistung siehe S. 59.

Doch auch wenn man einige Zeit später schon wieder mitten im (Alltags-)Leben steckt, ist es wichtig die Nachsorge ernst zu nehmen. Bestimmte Medikamente, z.B. Tamoxifen oder Aromatasehemmer, wirken sehr gut, müssen dafür jedoch mindestens 5 Jahre zuverlässig eingenommen werden. Wird das Medikament vorzeitig abgesetzt, kann dies negative Auswirkungen auf krankheitsfreie Zeiten und das Langzeitüberleben haben. Aus diesem Grund sollten Patientinnen bei offenen Fragen oder Nebenwirkungen frühzeitig ihren Arzt aufsuchen, um unangenehme Begleiterscheinungen gezielt behandeln oder evtl. das Medikament wechseln zu können.

Nachsorgeuntersuchungen

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

Die Nachsorge besteht aus einer Anamnese (= systematische Befragung zum Gesundheitszustand und Sozialleben der Patientin), einer körperlichen Untersuchung sowie der Aufklärung und Information. Sie wird wegen des erhöhten Risikos eines Zweittumors oder Rückfalls (Rezidivs) nach einem strikt festgelegten Schema durchgeführt. In den ersten 3 Jahren nach der Operation finden die Nachsorgeuntersuchungen alle 3 Monate statt. Im 4. und 5. Jahr werden die Untersuchungen halbjährlich und ab dem 6. Jahr jährlich empfohlen.

Die Empfehlungen für Mammographie und Sonographie (Ultraschall) nach brusterhaltender Therapie bzw. Brustamputation finden Sie in folgender Tabelle:

	nach brusterhaltender Therapie	nach Brustamputation
1.-3. Jahr	mind. 1 Mal jährlich Mammographie und Mammasonographie der operierten Brust jährlich Mammographie (und ggf. Sonographie) der nicht betroffenen Brust	jährliche Sonographie der amputierten Brust jährlich Mammographie (und ggf. Sonographie) der nicht betroffenen Brust
ab dem 4. Jahr	jährlich Mammographie und Mammasonographie der operierten Brust jährlich Mammographie (und ggf. Sonographie) der nicht betroffenen Brust	jährliche Sonographie der amputierten Brust jährlich Mammographie (und ggf. Sonographie) der nicht betroffenen Brust

Bei Patientinnen mit niedrigem Rückfallrisiko kann das Mammographie-Screening nach 10 Jahren Nachsorge auch in 2-jährigen Abständen erfolgen. Generell sind die 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.

Die Nachsorge umfasst auch die Motivation der Patientin zu allgemein gesundheitsbewusstem Verhalten, wie mind. 2–3 Stunden körperliche Aktivität pro Woche, einer gesunden Ernährung sowie einer Gewichtsreduktion bei Übergewicht. Auch auf die Bedeutung einer zuverlässigen Einnahme der verordneten Medikamente wird hingewiesen sowie nach Nebenwirkungen gefragt.

Ausdrücklich ist in den offiziellen medizinischen Leitlinien festgehalten, dass auch das Gespräch und das Eingehen auf Ängste und Sorgen zur Nachsorge gehören. Zitat: „Zentrale Anliegen sind der Abbau von Ängsten und die Verbesserung der Lebensqualität der Patientin.“ (siehe Leitlinie S. 281)

Wenn Frauen irgendwelche neuen Beschwerden bemerken, sollten sie auch außerhalb der Nachsorge-Termine sofort den Arzt aufsuchen. Sie sollten sich nicht scheuen, alle Ängste und Befürchtungen anzusprechen. Neben medizinischen Informationen und Tests kann gegebenenfalls auch die Überweisung zum Psychoonkologen (siehe S. 34) oder zur Psychotherapie (siehe S. 35) hilfreich sein.



Praxistipp!

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

Fragen bei der Brustkrebsnachsorge (Anamnese)

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

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

Mithilfe dieser Fragenliste können sich Frauen auf die Nachsorgeuntersuchung vorbereiten.

Brustselbstuntersuchung

Frauen haben nach einem Brustkrebs ein erhöhtes Risiko, wieder an Brustkrebs zu erkranken. Deshalb ist auch die Selbstuntersuchung der Brust ein wichtiges Element der Nachsorge. Denn 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
- Veränderung der Brust (Haut, Form, Lage)
- Einziehungen oder Vorwölbungen der Brust
- Einziehung der Brustwarze
- Flüssigkeit aus der Brustwarze
- Unerklärlicher Gewichtsverlust

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



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen über Brustkrebs sowie zur Nachsorge bietet die Deutsche Krebshilfe in der Broschüre „Brustkrebs“ unter www.krebshilfe.de > Informieren > Über Krebs > Infomaterial bestellen > Für Betroffene an.
- Die bekannteste Methode zur Brustselbstuntersuchung ist MammaCare. Details und Adressen von MammaCare-Trainerinnen finden Sie im Internet unter www.mammacare.de.
- Die Deutsche Krebsgesellschaft beschreibt die Brustselbstuntersuchung im Internet unter www.krebsgesellschaft.de > Basis-Informationen Krebs > Krebsarten > Brustkrebs > Basisinformationen für Patienten > Selbstuntersuchung der Brust.

Metastasen

Bei etwa 20–40 % der Patientinnen treten im Laufe ihres Lebens Metastasen (Rückkehr des Tumors an einer anderen Körperstelle) auf. Bei Brustkrebs sind Metastasen in der Lunge, der Leber oder den Knochen am häufigsten.

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:** Kurzatmigkeit, schnelle Ermüdung, langanhaltender Husten
- **Leber-Metastasen:** Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Magen-Darm-Probleme, Müdigkeit, Gelbsucht, Fieber

- **Knochen-Metastasen:** Knochenschmerzen, (grundlose) Knochenbrüche oder an ungewöhnlichen Stellen, Müdigkeit, Verwirrung, Herzrhythmusstörungen

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.

Nervenschäden bei Brustkrebs (Neuropathie)

Sowohl die Erkrankung selbst, als auch bestimmte Behandlungen wie Chemotherapie, können Nervenschäden verursachen. Patientinnen spüren dann Missempfindungen oder ein Taubheitsgefühl in Händen und/oder Füßen.

Bei einem Großteil der Patientinnen 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 Akupunktur, Elektrostimulation und Medikamente sein.



Praxistipp!

Ausführliche Informationen über die Symptome, Diagnose und Behandlung von Neuropathien bietet das Deutsche Krebsforschungszentrum unter www.krebsinformationsdienst.de > Leben mit Krebs > Belastende Folgen und Symptome > Neuropathie.

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 Bedingungen sowie die Therapie (z.B. Chemotherapie).

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

Hilfs- und Heilmittel

Während einer Brustkrebs-Therapie kann es sein, dass die Patientin bestimmte Hilfs- oder Heilmittel in Anspruch nehmen möchte, um ihre Lebensqualität zu verbessern. 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 (Epithese) und Spezial-BHs können den Verlust optisch ausgleichen. Sie werden unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse übernommen oder bezuschusst.

Prothesen

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

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

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

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

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



Praxistipp!

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

Spezial-BHs

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

Praxistipp!

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

Kostenübernahme und Zuzahlungen

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

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

Bei Spezial-BHs geben die Kassen 2 Mal im Jahr einen Zuschuss, der die Mehrkosten für die Spezialwäsche ausgleichen soll. Der Zuschuss ist je nach Bundesland und Kasse unterschiedlich und beträgt je ca. 40 €. Zum Teil bezuschussen Krankenkassen auch einen Spezial-Badeanzug. Manche Krankenkassen übernehmen die Kosten für Spezial-BHs und Spezial-Badeanzüge auch komplett.

Als Anhaltspunkte können folgende Leistungen gelten:

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

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

Praxistipp!

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

- Bei der Krankenkasse nachfragen, wie hoch der Zuschuss für den Spezial-BH und wie der Ablauf ist, um die Zuschüsse zu erhalten.
- Dann im Sanitätshaus die Verordnung vorlegen und einen Kostenvoranschlag für das gewünschte

Produkt erstellen lassen.

- Den Kostenvoranschlag daraufhin bei der Krankenkasse einreichen und sich die Kostenübernahme schriftlich bestätigen lassen.

Wer hilft weiter?

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

Perücken

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

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

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

Patientinnen sollten rechtzeitig überlegen, ob sie Haarerersatz, Tücher, Hüte oder Mützen tragen möchten. Eine Perücke sollte gegebenenfalls rechtzeitig ausgewählt werden, d.h.: vor Beginn der Chemotherapie. Ein auf Perücken spezialisierter Friseur kann dann Frisur, Haarfarbe und Haarbeschaffenheit kennenlernen. So 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, europäisches Echthaar, Maßanfertigung) und Haarlänge. Er bewegt sich im Rahmen von 150–3.000 €.

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

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

Mit oder ohne Kopfbedeckungen

Viele Frauen entscheiden sich gegen eine Perücke oder tragen diese nur außerhalb des Hauses. Statt Haarerersatz verwenden sie Mützen oder Tücher oder stehen offen dazu, übergangsweise keine Haare zu haben.

Praxistipps!

- Zur Entscheidungsfindung können Betroffenenforen im Internet viel beitragen. Unter www.krebs-kompass.de finden sich im Brustkrebs-Forum auch einige Beiträge zum Thema Haarausfall und Perücken.
- Studien zeigen, dass bei etwa der Hälfte der Brustkrebs-Patientinnen der Haarausfall durch Kältekappen („scalp cooling“) während einer Chemotherapie (zumindest teilweise) vermieden werden kann. 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 vermitteln in angenehmer, verständnisvoller Atmosphäre Ideen für Kopfbedeckungen, Anleitung und praktische Übungen zum Kopftuchbinden, dezente Kosmetik von Augenbrauen und Wimpern sowie individuelle Tipps.

Praxistipp!

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

Therapie von Lymphödemen

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

Bei einer Brustkrebsoperation werden, je nach Befund, einer bis alle Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt. Nach Brustkrebsoperationen können deshalb die Arme von Bewegungseinschränkungen betroffen sein. Bei 20–30 % der Patientinnen entsteht ein Lymphödem des Armes. 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 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.

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

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

Ursache und Folgen

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

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

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

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



Praxistipp!

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

Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE)

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

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

allen ihren Teilen konsequent und langfristig umgesetzt werden, weil die verschiedenen Bausteine sich gegenseitig unterstützen. Wenn ein Teil vernachlässigt wird, verlieren auch alle anderen Teile erheblich an Wirkung.

Die KPE besteht aus **2 Phasen**:

- Die **Initialphase** (Anschubphase, Entstauungsphase) dauert 1–3 Wochen und sorgt dafür, dass die akuten Beschwerden gelindert und die Schwellungen deutlich reduziert werden. Die Initialphase wird bei Bedarf wiederholt.
- Die **Erhaltungsphase** folgt in unmittelbarem Anschluss und läuft dann beständig. Die Zahl der Therapietermine wird dabei laufend dem Bedarf angepasst.

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

- Manuelle Lymphdrainage
- Kompression
- Bewegungsübungen
- Hautpflege

Manuelle Lymphdrainage (MLD)

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

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

Kompression

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

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

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

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

Praxistipp!

Für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie gibt es in der Krankenversicherung Festbeträge. Die Krankenkasse erstattet Kosten nur bis zu einem bestimmten Betrag (= Festbetrag). Wird ein Hilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte den Differenzbetrag selbst übernehmen (Eigenanteil). Die Zuzahlung (siehe S. 40) 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/das Bein auf Dauer funktionsfähig bleibt. Es ist wichtig, diese Übungen auch zu Hause täglich konsequent durchzuführen. Wenn Patientinnen die Übungen nicht alleine schaffen, verschreibt der behandelnde Arzt ambulante Krankengymnastik. In Ruhe sollten, wenn möglich, betroffene Arme oder Beine hochgelagert werden.

Hautpflege und -schutz

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

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

Praxistipp!

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

Leben mit Brustkrebs

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

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

Partnerschaft und Sexualität

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

Miteinander reden

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

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

Oft ist es 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 Brustkrebs-Erkrankung 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.

Kinderwunsch und Schwangerschaft

Eine überstandene Brustkrebs-Erkrankung spricht nicht gegen eine Schwangerschaft. Die Entscheidung für oder gegen ein Kind sollten Brustkrebs-Patientinnen 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 mindestens 6 Monate mit der Familienplanung zu warten. Auch sollte das persönliche Rückfall-Risiko in die Überlegungen mit einbezogen werden.

Da eine Chemotherapie Eizellen schädigen kann, sollte darüber nachgedacht werden, Eizellen vor Beginn der Therapie einfrieren zu lassen.

Möchte eine Patientin nach der Brustkrebs-Therapie 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!

Informationen über Kinderwunsch bei Krebs bietet die Deutsche Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de > Aktuelle Themen > Service > Broschüren > Broschüren Übergreifende Krebs-Themen > Kinderwunsch und Krebs.

Kinder krebskranker Eltern

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

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

Den Begriff „Krebs“ nicht meiden

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

Kinder hören „Krebs“ oft nur im Zusammenhang mit Sterben. Deshalb sollten Eltern ihrem Kind sagen, dass Krebs nicht tödlich enden muss, sondern dass alles dafür getan wird, damit man wieder gesund wird und noch lange leben kann. Es ist richtig, von positiven Beispielen aus dem Bekanntenkreis zu berichten: „Tante Susanne hatte vor vielen Jahren Brustkrebs. Das war eine schwere Zeit für

alle, aber sie wurde auch wieder gesund. Heute hat sie keinen Krebs mehr und es geht ihr gut." Aber man sollte immer bei der Wahrheit bleiben und keine falschen Heilungsversprechen machen.

Angst und Schuldbewusstsein

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

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

Kindergarten und Schule

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

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

Veränderung und Normalität

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

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

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

Praxistipps!

- Tipps zum Gespräch mit Kindern geben psychosoziale Krebsberatungsstellen, siehe Praxistipp S. 7.
- Die kindgerechte Broschüre „Mir sagt ja doch (k)einer was!“ sowie weitere Informationen sind kostenfrei unter www.kinder-krebskranker-eltern.de > Viele Infos > Infomaterial erhältlich.
- Ausführliche Informationen mit wissenschaftlichen Quellen, Buchtipps und Anlaufstellen bietet die Deutsche Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de > Basis-Informationen Krebs > Krebs und Psyche > Was Kindern krebskranker Eltern hilft.
- In ihrem Buch „Plötzlich ist alles ganz anders - wenn Eltern an Krebs erkranken“ (Klett-Cotta Verlag, ISBN 3608946055) zeigt Sylvia Broeckmann anhand praktischer Beispiele und Vorschläge, wie Eltern und andere Erwachsene Kinder informieren und ihnen den Umgang mit der Erkrankung erleichtern können.

Reha-Maßnahme „Gemeinsam gesund werden“

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

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

Ernährung und Bewegung

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

Ernährung

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

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

Während einer Strahlen-, Chemo- oder Hormontherapie reicht es in der Regel aus, Vitamine und Spurenelemente über die normale Ernährung aufzunehmen. Wenn sich bei einer Blutuntersuchung jedoch Mangelzustände zeigen, sollten diese durch Nahrungsergänzungsmittel ausgeglichen werden.



Praxistipp!

Umfangreiche Informationen und Empfehlungen rund um das Thema Ernährung bei Krebs bietet die Deutsche Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de > Aktuelle Themen > Service > Broschüren > Broschüren Ernährung bei Krebs.

Bewegung

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

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

Studien zeigen, dass Betroffene schon während der Chemo- und Strahlentherapie von Bewegung profitieren. Sport reduziert Depressionen, Angst und Müdigkeit und ist auch später eine gute Vorsorge insbesondere gegen Fatigue (chronische Müdigkeit, siehe S. 37). Einschränkungen, z.B. durch Gleichgewichtsstörungen oder Störungen im Blutsauerstofftransport, sollten immer ausreichend berücksichtigt werden.

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

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

Um Einschränkungen in den Bewegungsfunktionen zu verbessern, können Brustkrebspatientinnen unter Anleitung eines speziellen Trainers und ärztlich betreut Krebsnachsorgesport betreiben. Das Bewegungsprogramm wird auf die teilnehmende Patientin abgestimmt. Der Krebsnachsorgesport kann als Reha-Sport ärztlich verordnet werden, siehe S. 66.

Praxistipp!

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

Urlaub

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

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

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

Patientinnen sich ausführlich von ihrem Arzt beraten lassen.

Sonne

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

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

Flugreisen

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

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



Praxistipp!

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

Psychosoziale Hilfen

Eine Brustkrebs-Erkrankung 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 Brustkrebs-Erkrankung 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 S. 7.

Psychoonkologie

Eine Brustkrebs-Erkrankung 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.

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

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

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



Praxistipp!

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

Psychotherapie

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

Psychotherapie als Kassenleistung

Psychotherapie wird nur dann von der Krankenkasse übernommen, wenn sie dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Fühlen sich Patientinnen durch ihre Brustkrebs-Erkrankung und/oder Therapie stark psychisch belastet, übernehmen die Krankenkassen in der Regel die Kosten für eine anerkannte Psychotherapie.

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.

- **Psychoanalyse**

Ziel der Psychoanalyse ist unbewusste Gefühle 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.

Wahl des Psychotherapeuten

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

Qualifikation

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

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 Psychotherapie „notwendig“ ist. Die Sprechstunde kann je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) in Anspruch genommen werden.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

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

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

Probesitzungen (probatorische Sitzungen)

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

Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung

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

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

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



Praxistipps!

- Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung können regional Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten gesucht werden unter www.kbv.de > Service > Service für Patienten > Arztsuche.
- Nähere Informationen zur Kostenerstattung bietet die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...“. Dieses kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > Patienten > Faltblätter & Broschüren bestellt oder heruntergeladen werden.
- Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Sprechstunden-Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Die zuständige Terminservicestelle kann unter www.bundesgesundheitsministerium.de > Themen > Krankenversicherung > Terminservicestellen gefunden werden.

Chronische Müdigkeit (Fatigue)

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

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

In vielen Fällen bessern sich die Symptome nach einigen Wochen wieder. Bei einigen Frauen 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.

Symptome

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

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

Behandlung

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

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

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 Symptome bewirken.

Tipps für den Alltag

Tagesablauf

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

Schlaf

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



Praxistipps!

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

Depressionen

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

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

Depressionen sind ernst zu nehmende Erkrankungen. Depressive Menschen können ihre Niedergedrücktheit und die Unfähigkeit, aktiv zu sein, nicht willentlich beeinflussen. Menschen, bei denen eine depressive Erkrankung vorliegen könnte, sollten unbedingt einen Arzt aufsuchen, damit geklärt wird, ob eine Behandlung hilfreich wäre. Die beiden wichtigsten Behandlungsansätze sind Medikamente (Antidepressiva) und Psychotherapie. Sie werden häufig kombiniert eingesetzt.

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



Praxistipp!

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

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

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

Zuzahlungsregelungen

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

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

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

Festbeträge

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder manuelle Lymphdrainagen, siehe S. 24.

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

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass eine Patientin zu Hause von Fachpersonal versorgt wird (siehe S. 15).

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 68).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

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

Gerade während der Brustkrebs-Therapie 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.

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

Berechnung der Belastungsgrenze

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

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

Angehörige der Versicherten sind z.B.:

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

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

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

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen der Versicherten 5.481 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen der Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.654 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jedes Kind der verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.428 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.714 €.
- Für jedes Kind einer alleinerziehenden Versicherten 7.428 €

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

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

- Altersrente
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

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

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

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern:
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.481 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.856 € (2 x 7.428 €)
davon 2% = Belastungsgrenze: 193,26 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 193,26 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehende Zuzahlungen.

Praxistipps!

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

Sonderregelung für chronisch Kranke

Für Brustkrebs-Patientinnen 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.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

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

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

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich die Patientin an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann.

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

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Brust-, Gebärmutterhals- oder Darmkrebs erkranken, können die 1 %ige 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.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. Präventionspass). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung über 60 und Pflegebedürftige ab Pflegegrad 3.
- Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte
 - mit schweren psychischen Erkrankungen
 - mit schweren geistigen Behinderungen
 - die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden

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

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. 76.

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.

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

Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt. Dies trifft bei Brustkrebs-Erkrankungen in der Regel zu.

Pflichten der Arbeitnehmerin

Für die Arbeitnehmerin gelten folgende Pflichten:

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

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

Dauer

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

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

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

Nach einem Arbeitgeberwechsel müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

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

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

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



Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchwort „Entgeltfortzahlung“.
- Weitere Informationen erteilen auch die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do 8-20 Uhr.

Krankengeld

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

Dies ist bei einer Brustkrebs-Erkrankung 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 den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.)
- Es handelt sich immer um **dieselbe** Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**.

Bezieher von **Arbeitslosengeld I** erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld. Das Krankengeld wird dann in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden (Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld, siehe S. 65).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.
- Versicherungspflichtige Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe.
- Personen, die infolge der Gesundheitsreform 2007 krankenversicherungspflichtig wurden (sog. Auffangversicherung, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Ausnahme: Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig Beschäftigte, sofern sie nicht geringfügig beschäftigt sind.

Selbstständige

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

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

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

Beginn des Anspruchs

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



Praxistipp!

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach dem letzten Tag der Krankschreibung muss beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag der Arzt aufzusuchen. Unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. einer Kündigung vom Arbeitgeber, kann der Anspruch auf Krankengeld durch eine lückenhafte Attestierung verloren gehen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts.
- maximal 103,25 € täglich.

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

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

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.

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 12,08 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,33 % bei kinderlosen Empfängern.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:
Monatlich brutto 3.000 € 3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 € davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € 1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 € davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,08 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,48 €
Folgt: Die Patientin erhält 47,48 € Krankengeld täglich.

Dauer

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

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

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

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

Beispiel: Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach

gibt es Krankengeld. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, so dass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von Arbeitsentgelt (gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger ist als das Krankengeld, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Zuschüsse (z.B. vermögenswirksame Leistungen) werden nicht berücksichtigt, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- Bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld 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.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des MDK die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Rehabedarf abzuklären), kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 76) umwandelt.

Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente

zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass vorher geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. 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. 52).

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. Das Krankengeld wird in diesem Fall nicht vom Versicherten zurückgefordert. War das Krankengeld niedriger als der Rentenanspruch für den Zeitraum, erhält der Versicherte den Differenzbetrag als Ausgleichszahlung vom Rentenversicherungsträger. War das bezogene Krankengeld höher als der Rentenanspruch, muss der Versicherte den Differenzbetrag jedoch nicht zurückzahlen.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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



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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Wenn eine Brustkrebs-Behandlung länger dauert oder die Krankheit sich in einem höheren 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:

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn die Antragstellerin in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Die Arbeitslose steht wegen einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.

- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 76) 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 entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeitslosengeld endet. Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt nicht darauf an, was die Arbeitslose aufgrund der Minderung ihrer Leistungsfähigkeit hätte verdienen können. Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend **Übergangsgeld** (siehe S. 65) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält die Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss sie den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.



Praxistipps!

- Wird der Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger **Arbeitsfähigkeit von mehr als 15 Stunden pro Woche** bescheinigt, muss sie sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn sie mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gerichtlich gegen diese 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, die Behandlung von Brustkrebs sowie deren Folgen können das Leben der Betroffenen stark einschränken und zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeits- und 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 Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

Verschiedene Reha-Leistungen können dazu beitragen, dass Brustkrebs-Patientinnen 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:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 60) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 62).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen** (früher: Unterhaltssichernde Leistungen): Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 65), Haushaltshilfe (siehe S. 68), Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 66), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe (früher: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft):** Sie werden auch als „soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen.

Zuständigkeiten

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

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

die Leistungen erbringen.

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



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

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

Ambulante Medizinische Reha-Maßnahmen

Ob eine ambulante Reha-Maßnahme im Anschluss an eine Brustkrebs-Therapie 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.

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

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- 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. Aus medizinischen Gründen ist eine Verlängerung 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 Brustkrebs-Erkrankung 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

Möchte ein Patient eine Medizinische Reha beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Erkennt dieser die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie verordnen: mit Formular 61 „Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“, das er an die Krankenkasse schickt.

Die Antragsformulare müssen bei der Krankenkasse angefordert werden. 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.

Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge. Ausnahmen macht die Krankenkasse nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

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

Wahl der Reha-Einrichtung

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

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann die Patientin selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Kranken-

kasse, zahlt die Patientin die Mehrkosten. Sie muss keine Mehrkosten tragen, wenn sie ihren Klinikwunsch mit ihrer persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.

- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Hier können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter oder besondere Bedürfnisse der Betroffenen eine Rolle spielen. Zudem steht der Patientin ein **Wunsch- und Wahlrecht** zu. Sie sollte dem Antrag ein formloses Schreiben beilegen, in dem sie ihre Reha-Wünsche äußert und begründet.

Praxistipps!

- Das „Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen“ enthält einen Überblick über rund 1.500 Reha-Kliniken. Es erscheint jedes Jahr im Verlag MMI und liegt z.B. in Beratungsstellen aus. Die Inhalte finden Sie auch online unter www.rehakliniken.de. Adressen von Reha-Kliniken können auch unter www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung Bund informiert über aktuelle Reha-Therapiestandards für Brustkrebs-Patientinnen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Reha-Therapiestandards > RTS Downloads > Brustkrebs.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <http://dbkg.de> > Beantragung > Wunsch- und Wahlrecht.

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. 40.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Leistungen
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Von Bezieherinnen von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Von Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

- Bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.219 € liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2018 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.219 €	keine
ab 1.219 €	5 €
ab 1.339,80 €	6 €
ab 1.461,60 €	7 €
ab 1.583,40 €	8 €
ab 1.705,20 €	9 €
ab 1.827 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

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

Praxistipps!

- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation > Medizinische Reha: Wie sie Ihnen hilft, kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 68) 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. Aufgrund der Spezialisierung und der gezielten therapeutischen Leistungen können Verbesserungen der seelischen und körperlichen Folgeerscheinungen einer Brustkrebs-Therapie erreicht werden.

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

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 oder Kind eines Versicherten und Rentners der Rentenversicherung

Zudem müssen folgende persönliche Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Zuzahlung

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

Findet die onkologische Nachsorgeleistung als Anschlussheilbehandlung statt, ist die Zuzahlung auf 14 Tage begrenzt. Im Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen für eine Krankenhausbehandlung oder Anschlussheilbehandlung werden angerechnet.

Dauer

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

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

Die Nachsorgeleistung kann auch als Anschlussheilbehandlung, siehe unten, erbracht werden.

Praxistipps!

- Während einer onkologischen Nachsorgeleistung kann unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld (siehe S. 65) 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. 68) zur Betreuung der Kinder beantragt werden.
Seit 1.1.2016 können von der Krankenkasse Haushaltshilfen für maximal 4 Wochen auch genehmigt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.
- Reisekosten können auf Antrag beim Rentenversicherungsträger geltend gemacht werden.
- Die Broschüre „Rehabilitation nach Tumorerkrankungen“ der Deutschen Rentenversicherung kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation > Rehabilitation nach Tumorerkrankungen kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger, die Reha-Servicestellen und die „Unabhängige Teilhabeberatung“. Adressen unter www.reha-servicestellen.de, www.rehadat-adressen.de und www.teilhabeberatung.de.

Anschlussheilbehandlung

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

Ziel einer Anschlussheilbehandlung ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen. Nach einer Brustkrebs-Operation soll insbesondere Physiotherapie dabei helfen, die Beweglichkeit und Kraft in Arm und Schuler wieder zu gewinnen und Bewegungseinschränkungen entgegenzuwirken. Doch auch die psychische Unterstützung und die Vorbereitung auf den Alltag und das Berufsleben sind Ziele der Anschlussheilbehandlung.

Voraussetzungen

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

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**

- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

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

Anschlussheilbehandlungs-Indikationsgruppen sind:

- Krebserkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten der Gefäße
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungssystems und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen.
- Hormonelle Erkrankungen
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven



Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- In wenige Häuser können erkrankte Mütter ihre Kinder mitnehmen (siehe S. 31), ansonsten ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe (siehe S. 68) möglich.

Besonderheit: Onkologische Rehabilitationsleistung

Ist bei einer malignen Geschwulst- und Systemerkrankung, also z.B. Brustkrebs, nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Bestrahlung notwendig, kann die AHB auch vom niedergelassenen Radiologen eingeleitet werden. Die AHB sollte dann innerhalb von 14 Tagen nach der letzten Bestrahlung beginnen, außer dies ist aus tatsächlichen, medizinischen Gründen nicht möglich. Dann kann auf Antrag des Arztes später begonnen werden.

Nach Ablauf eines Jahres ist es möglich, eine Festigungskur (Onkologische Nachsorgeleistung, siehe S. 59) zu beantragen. Der MDK prüft die medizinische Notwendigkeit und entscheidet dann im Einzelfall.

Antrag

Die Kostenübernahme muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden.



Wer hilft weiter?

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

Stufenweise Wiedereingliederung

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

Nach einer Brustkrebs-Erkrankung leiden Betroffene nicht nur unter den körperlichen Folgen (z.B. durch eine Brust-Amputation 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 der Arbeitgeber zustimmt. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung zuständiger Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Schwerbehinderte (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 kann der Arbeitgeber dann prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung einer schwerbehinderten Arbeitnehmerin wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Dauer

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

Finanzielle Leistungen

Die Versicherte erhält während der Stufenweisen Wiedereingliederung meist weiterhin sog. „Entgeltersatzleistungen“, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 47), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 65) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 52). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

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



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

In seltenen Fällen kann durch die Brustkrebs-Erkrankung 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. Dies umfasst alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern: Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, Zuschüsse an Arbeitgeber sowie die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen in Zusammenhang stehen, z.B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

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

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. Arbeitsassistenz, Fahrtkostenbeihilfe, Gründungszuschuss)
- Berufsvorbereitung
- Berufliche Bildung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen
- Übernahme weiterer Kosten (z.B. Arbeitskleidung, Arbeitsgeräte, Lehrgangskosten)
- Zuschüsse an den Arbeitgeber (z.B. Eingliederungszuschuss, Zuschüsse für Arbeitshilfen)

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

Zuständigkeit

Die Rentenversicherung übernimmt die berufliche Reha, wenn die Maßnahmen geeignet sind, eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu erreichen.

Dauer

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

Soziale Sicherung

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



Praxistipp!

Die Broschüre „Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente & Reha > Rehabilitation > Leistungen > Berufliche Rehabilitation (LTA) kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht mehr besteht.

Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen und kann helfen, Brustkrebs-Patientinnen während einer Reha zumindest den finanziellen Druck zu nehmen. Wichtig ist, dass Patientinnen es frühzeitig beantragen.

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

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

Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben oder z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II bezogen haben. Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den Ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

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

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

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

Höhe

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

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

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

Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld:

- Für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha.
- Bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Beruflichen Reha maximal 6 Wochen.
- Nach einer Beruflichen Reha-Leistung: maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- Nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha bei Erforderlichkeit weiterer Beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert.
- Während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese unmittelbar im Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit.

Reha-Sport und Funktionstraining

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

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

Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke etc.) und wird unter Anleitung und Überwachung v.a. durch Physiotherapeuten durchgeführt. Funktionstraining ist immer organ-orientiert, es

dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Als Funktionstraining gelten z.B. auch Trocken-/Wassergymnastik.

Voraussetzungen

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

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

Antrag

Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“. Dieser Vordruck ist bei Ärzten und den zuständigen Leistungsträgern erhältlich. Wird während einer Reha-Maßnahme die medizinische Notwendigkeit von Reha-Sport festgestellt, ist vom Arzt der Behandlungsstätte eine Empfehlung im sog. „Abschlussbericht“ auszusprechen und der weiterbehandelnde Arzt hat dem Reha-Sport oder Funktionstraining zuzustimmen. Der Reha-Sport muss innerhalb von 3 Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen.

Kostenträger

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

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

- in der Rentenversicherung in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- in der gesetzlichen Krankenversicherung
 - 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.

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 der Zeit der Reha-Maßnahme die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen oder die Kinderbetreuung.

Voraussetzungen

Die **Krankenkasse** stellt eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen der nachfolgenden Gründe nicht möglich ist:

- für maximal 26 Wochen wegen Medizinischer Rehabilitation, Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, häuslicher Krankenpflege, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung.

Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation.

Die Haushaltshilfe kann seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Der **Rentenversicherungsträger** übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn:

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Medizinischer oder Beruflicher Rehabilitation **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterfüh-

ren kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung.

Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen oder Beruflichen Rehabilitation zu erfüllen.

Praxistipps!

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

Leistungsumfang

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

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

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

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

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 41).

Wer hilft weiter?

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

Behinderung

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 Brustkrebs-Erkrankung und -Therapie als Behinderung anerkennen zu lassen. Dies kann z.B. vor krankheitsbedingten Kündigungen schützen, einen früheren Renteneintritt ermöglichen oder finanzielle Vorteile bringen.

Definition

Eine Behinderung liegt dann vor, wenn erhebliche Beeinträchtigungen bestehen, die länger als 6 Monate anhalten, und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Nur wenn vom Versorgungsamt eine Behinderung festgestellt wurde, kann ein Mensch mit Behinderungen Vergünstigungen und Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen.

„**Behinderung**“ ist im Sozialrecht in § 2 Abs. 1 SGB IX genau definiert: „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 (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt, siehe S. 73.

Gleichstellung

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

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

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

Grad der Behinderung

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

Der GdB wird nach den Grundsätzen des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) bemessen. Im sozialen Entschädigungsrecht wird vom GdS gesprochen, im Scherbehindertenrecht vom GdB. Berechnet werden beide jedoch gleich nach der sog. **Versorgungsmedizinischen Grundsätzen**. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Schädigungsfolgen und werden auch zur Berechnung des Grads der Behinderung herangezogen. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung von GdS/GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

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

Bei Brustkrebs gibt es folgende Richtwerte:

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

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

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

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

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

Wer hilft weiter?

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

Schwerbehindertenausweis

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

Bei Brustkrebs steht der Patientin nach operativer Entfernung eines bösartigen Brustdrüsenumors 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.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleitscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.

- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit, psychische Auswirkungen) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

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

Praxistipp!

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

Gültigkeitsdauer

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

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

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

Nachteilsausgleiche

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene „Nachteilsausgleiche“ in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit 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.

Erhält eine Patientin nach ihrer Brustkrebs-Therapie z.B. einen GdB von 50, stehen ihr unter anderem folgende Nachteilsausgleiche zu:

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

Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de > Nachteilsausgleiche.

- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen bzw. die „Unabhängige Teilhabeberatung“. Adressen unter www.reha-servicestellen.de, www.rehadat-adressen.de und www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

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.

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

Erwerbsminderungsrente

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

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

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

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

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

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

Berufsschutz

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

Befristung

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

Höhe

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

Für Menschen, die **ab 2018** erstmals Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben, verbessert sich die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente. Die Zurechnungszeit soll schrittweise von 62 auf 65 Jahre angehoben werden. Damit werden Erwerbsgeminderte ab 2024 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr weitergearbeitet. Dadurch erhöht sich die jeweilige Erwerbsminderungsrente. Diese Erhöhung gilt nicht für Menschen, die bereits vor 2018 den Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben.

Hinzuverdienst

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

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

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

Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenanspruch sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundberichte des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegeb-

nenfalls von der Rentenversicherung befragt werden können.

- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen der Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Ist eine Betroffene durch die Brustkrebs-Erkrankung und/oder Behandlung z.B. nicht mehr in der Lage zu arbeiten, erhält jedoch nicht genug Erwerbsminderungsrente, um davon Miete, Essen, Kleidung etc. bezahlen zu können, sollte sie einen Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung stellen, um finanziell ausreichend abgesichert zu sein.

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente **oder**
- dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage (Erwerbsminderungsrente), **oder**
- Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen **und**
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt **und**
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (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.

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

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

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

Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 416 €
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 374 €
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 332 €
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 316 €
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 296 €
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 240 €

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für die Antragsberechtigte maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Höhe)
- 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
- Einen Mehrbedarfzuschlag, z.B. bei Behinderung oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht

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

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

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

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

Dauer

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

Praxistipps!

- Empfängerinnen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsleistungen erhalten nur Bedürftige, die ihren Lebensunterhalt nicht oder nicht vollständig bestreiten können.
- 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, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Ist eine Brustkrebs-Patientin 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 ausreichend 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 oder Erwerbsminderungsrente, zustehen.

Sozialhilfeleistungen müssen immer beim Sozialamt beantragt werden. Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 78.

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

Praxistipp!

Sozialhilfeempfängerinnen können 30 % des aus Erwerbstätigkeit erzielten Einkommens, höchstens jedoch 208 € (= 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.

Wer hilft weiter?

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

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.

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



Praxistipp!

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

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung ist, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss dauerhaft, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate** bestehen.

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf, siehe Häusliche Krankenpflege S. 15.

Antrags- und Begutachtungsverfahren

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

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

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit durch Feststellung der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Lebensbereichen (Modulen, siehe S. 83) ermittelt. Dabei werden verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen, die je nach Modul unterschiedlich gewichtet werden. Die Gesamtbewertung ergibt die Einstufung in einen von 5 Pflegegraden (siehe S. 85).

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

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



Praxistipps!

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

Grad der Selbstständigkeit

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

Modul 1: Mobilität

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

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

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

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

Modul 4: Selbstversorgung

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

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

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

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

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

Zusätzlich: Außerhäusliche Aktivität und Haushaltsführung

Auch Beeinträchtigungen in den Bereichen außerhäusliche Aktivität und Haushaltsführung werden ermittelt. Diese beiden Bereiche werden allerdings nicht für die Einstufung in einen Pflegegrad herangezogen, sondern dienen dazu, einen passenden Versorgungsplan zu entwickeln.

Bei der Begutachtung werden zudem Maßnahmen ermittelt, welche die Pflegebedürftigkeit beseitigen, mindern oder eine Verschlimmerung verhindern. Hierunter können Wohnumfeldverbesserungen, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder eine Medizinische Reha gehören.

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

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig** (= Punktwert 0): Es besteht die Fähigkeit eine Handlung oder Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung einer anderen Person, aber ggf. mit Nutzung von Hilfsmitteln, durchzuführen.
- **Überwiegend selbstständig** (= Punktwert 1): Der größte Teil der Aktivität kann alleine durchgeführt werden. Die Pflegeperson muss nur unterstützend tätig werden, z.B. durch Zurechtlegen von Gegenständen, einzelne Handreichungen, Aufforderungen oder um die Sicherheit zu gewährleisten.
- **Überwiegend unselbstständig** (= Punktwert 2): Die Aktivität kann nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchgeführt werden, aber eine Beteiligung ist möglich. Diese setzt ggf. eine ständige Anleitung oder Motivation voraus und Teilschritte müssen übernommen werden.
- **Unselbstständig** (= Punktwert 3): Die Aktivität kann nicht eigenständig durchgeführt werden, auch nicht teilweise. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Die Pflegeperson muss nahezu alle (Teil-)Handlungen durchführen. Eine minimale Beteiligung des Pflegebedürftigen ist nicht zu berücksichtigen.

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

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

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



Praxistipp!

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

Pflegegrade

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

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

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



Praxistipp!

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

Pflegeleistungen

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

Benötigt eine Brustkrebs-Patientin Pflege zu Hause, kann sie folgende Leistungen der häuslichen Pflege beantragen:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen sind dafür verantwortlich, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe sicherstellen, z.B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

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

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass die Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson die Pflegebedürftige vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag (siehe Tabelle S. 87) kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

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

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen, im Zusammenhang mit

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

Pflegehilfsmittel

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

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

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

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

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

Leistungen bei teilstationärer Pflege

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

Leistungen bei stationärer Pflege

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

Leistungen bei stationärer Pflege

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

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

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

Kurzzeitpflege

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

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



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber „Pflege“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter Telefon: 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im „gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI“ vom 13.2.18 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele.

Leistungen für pflegende Angehörige

Für Brustkrebs-Patientinnen kann es bei schweren Verlaufsformen nötig werden, dass sie sich von ihren Angehörigen pflegen lassen. Um Angehörige in dieser oft belastenden und meist schwer zu organisierenden Zeit zu entlasten, bietet die Pflegekasse verschiedene Unterstützungsangebote.

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

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert:

- **Rentenversicherung**
Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die eine Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung. Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.
- **Unfallversicherung**
Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten.
- **Kranken- und Pflegeversicherung**
Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit (siehe S. 90) ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.
- **Arbeitslosenversicherung**
Pfleger, die eine Angehörige mindestens 10 Stunden an regelmäßig mindestens 2 Tagen wöchentlich pflegen und keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig und auf eigene Kosten eine Arbeitslosenversicherung abschließen. Der Antrag dazu muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Pflegetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.



Praxistipps!

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

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

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

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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



Praxistipp!

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

Palliativversorgung

In besonders schweren Fällen kann die Brustkrebs-Erkrankung 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?

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

Patientenvorsorge

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

Dies kann in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

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

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

Betreuungsverfügung

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

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

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 91) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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

Praxistipp!

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

Wer hilft weiter?

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

Adressen

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

Stiftung Deutsche Krebshilfe

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

Krebsinformationsdienst

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

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

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

Frauenselbsthilfe nach Krebs – Bundesverband e. V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Telefon: 0228 338894-00
Fax: 0228 338894-01
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
www.frauenselbsthilfe.de
Beratung am Telefon: Die Beraterinnen wechseln sich wöchentlich ab. Die aktuelle Telefonnummer erfahren Sie in der Bundesgeschäftsstelle der Frauenselbsthilfe nach Krebs unter: 0228 338894-02. Mo–Do 8–15 Uhr, Fr 9–12 Uhr. Beratung auch in türkischer Sprache möglich.

Brustkrebs Deutschland e.V.

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

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

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

Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.

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

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

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

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

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

Deutsche Fatigue Gesellschaft e.V. (DFaG)

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

Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig
Telefon: 0341 9724-493
Fax: 0341 9724-599
E-Mail: info@deutsche-depressionshilfe.de
www.deutsche-depressionshilfe.de
Info-Telefon Depression: 0800 3344533 Mo, Di und Do 13-17 Uhr sowie Mi und Fr 8:20-12:30 Uhr

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Janina Del Giudice

Redaktionsteam

Max Glaser, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2018

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

5. vollständig überarbeitete Auflage, März 2018