

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Bundesverband e.V.

Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen und -patienten



Unter Schirmherrschaft und mit finanzieller Förderung
der Deutschen Krebshilfe e.V.



Gender-Hinweis

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Texte wurde von uns entweder die männliche oder weibliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts. Frauen und Männer mögen sich von den Inhalten unserer Broschüre gleichermaßen angesprochen fühlen.

Impressum

Herausgeber:

Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

Verantwortlich i.S.d.P.:

Karin Meißler

Redaktion:

Caroline Mohr

Gesamtherstellung:

Dietz Druck Heidelberg

Stand: Mai 2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Was versteht man unter onkologischer Rehabilitation?	6
Was bietet eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme?	6
Welche Formen der onkologischen Rehabilitation gibt es?	8
Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation/ Anschlussgesundheitsmaßnahme	9
Nach- oder Festigungskur	10
Berufliche Rehabilitation	11
Welche Voraussetzungen müssen Sie für die Durchführung einer onkologischen Rehabilitation erfüllen?	12
Wie sinnvoll ist für Sie persönlich die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme?	13
Wie beantragen Sie eine Rehabilitationsmaßnahme?	14
Bei wem beantragen Sie eine onkologische Rehabilitation?	15
Was ist sinnvoll: eine ambulante oder stationäre onkologische Rehabilitation?	16
Stationäre Rehabilitationsmaßnahme	17
Ambulante/teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme	17
Häufig gestellte Fragen und Antworten	18
Welche Kosten kommen auf mich zu?	18
Kann ich von der Zuzahlung befreit werden?	19
Bin ich während der Rehabilitation finanziell abgesichert?	20
Werden die Reisekosten übernommen?	21
Wie lange dauert eine Rehabilitationsmaßnahme?	21
Kann ich die Reha-Klinik selbst auswählen?	21
Kann ich meine Kinder/meinen Partner mitnehmen?	22
Steht mir in meiner Abwesenheit eine Haushaltshilfe/ Kinderbetreuung zu?	22
Was mache ich, wenn mein Antrag auf Rehabilitation abgelehnt wird?	23
Wie oft kann ich eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen?	23

Hinweise für Patientinnen im Beamtenverhältnis und für Privatversicherte	23
Was können Sie selbst tun, um den Behandlungserfolg zu sichern?	24
Entspannungstechniken einsetzen	25
Soziale Isolation durchbrechen	25
Sport während und nach der Therapie	26
Angebote in der ambulanten Nachsorge	27
Wo finde ich weitere Informationen?	28
Literatur zum Thema	30

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Diagnose „Krebs“ ist für die meisten Menschen ein Schock, der seelisch, körperlich und sozial verarbeitet werden muss. Zu der sehr belastenden psychischen Situation kommen Therapien, die unterschiedliche Auswirkungen und Folgestörungen mit sich bringen. In dieser Situation ist es häufig empfehlenswert, eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen.

Mit dieser Broschüre wollen wir Ihnen helfen, Ihre persönlichen Ziele für die Teilnahme an einer solchen Maßnahme zu klären. Einen für alle passenden „Idealweg“ gibt es nicht. Onkologische Rehabilitation bedeutet den „eigenen Weg“ finden mit oder nach einer Tumorerkrankung.

Wir informieren Sie über vorhandene Unterstützungsangebote und stellen Ihnen konkrete Fragen zu Ihrer gegenwärtigen Situation, um Ihnen die Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erleichtern.

Die Aussagen beruhen auf qualitätsgesicherten Informationsquellen und den Erfahrungen von an Brustkrebs erkrankten Mitgliedern der Frauenselbsthilfe nach Krebs.



Karin Meißler

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Was versteht man unter onkologischer Rehabilitation?

Das Wort „Rehabilitation“ leitet sich aus dem Lateinischen her und bedeutet „wiederbefähigen“ (lat. rehabilitare).

In der medizinischen Leitlinie (S3-Leitlinie) für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms lautet die Definition: „Eine Rehabilitationsmaßnahme will Sie unter größtmöglicher Selbstbestimmung in die Lage versetzen, Ihre individuell mögliche Lebensform und -stellung im Alltag, in der Gesellschaft und im Beruf zu finden bzw. wieder zu erlangen. Dabei wird die Motivation zur Eigenverantwortung und Selbsthilfe besonders unterstützt.“

Onkologische Rehabilitationsmaßnahmen gibt es in Deutschland schon seit ca. 50 Jahren. Allerdings standen zu Beginn noch – wie bei einer Kur – die Erholung, gute Luft, gute Ernährung und soziales Miteinander im Vordergrund. Erst nach und nach reifte die Erkenntnis, dass Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen spezielle Therapien brauchen.

Heute existiert ein gegliedertes System der medizinischen Rehabilitation, das die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten genau erfasst und entsprechende Strategien anbietet.

Was bietet eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme?

Für Brustkrebs hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Reha-Therapiestandards festgelegt, die von Expertinnen und Experten der verschiedenen in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen erarbeitet wurden und deren Nutzen erwiesen ist. Die Therapie setzt sich aus verschiedenen Modulen zusammen, die das Ziel haben,

- den Erfolg der Behandlung zu sichern,
- den durch die Krankheit und die Behandlung beeinträchtigten körperlichen und seelischen Zustand zu verbessern,

- die Funktions- und Leistungsfähigkeit wieder herzustellen sowie
- auch bei fortschreitender Erkrankung größtmögliches Wohlbefinden und Schmerzfreiheit zu ermöglichen.

Die Rehabilitationsmaßnahme für Brustkrebs enthält körperliche und psychosoziale Elemente. Die Leistungen umfassen:

1. Körperliche Maßnahmen

- um eine Behinderung abzuwenden oder zu beseitigen,
- um Funktionsstörungen zu verringern bzw. zu beseitigen,
- um eine Verschlimmerung der Erkrankung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden,
- um die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten zu sichern,
- um die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern,
- um die selbstständige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.

2. Sporttherapeutische Maßnahmen

- um die körperliche Leistungsfähigkeit wieder herzustellen,
- um das Fatigue-Symptom abzumildern,
- um psychosoziale Belastungen zu verringern.

3. Physiotherapeutische Maßnahmen

- um Beeinträchtigungen der Schulter-Arm-Beweglichkeit zu behandeln (Bewegungsübungen, Krankengymnastik),
- um stauungsbedingte Infektionen und Lymphödeme zu behandeln (Lymphdrainage),
- um Sensibilitätsstörungen (Polyneuropathie) zu beseitigen oder zu verringern.

4. Psychosoziale Angebote zur Verbesserung der Lebensqualität

- Entspannungstraining (Theorie und Praxis),
- psychologische Interventionen (Abbau von Angst und Depression),
- Umgang mit Hilfsmitteln (Prothese),
- Ergotherapie bei kognitiven Defiziten (Konzentration, Merkfähigkeit, Wortfindung usw.),
- Unterstützung der beruflichen Integration,
- soziale und sozialrechtliche Beratung,
- Ernährungsschulung (Theorie und Praxis),
- Organisation der Versorgung nach der Rehabilitation.

5. Sonstige Angebote

- Informationen zum Umgang mit Belastungsfaktoren (z.B. Angst, Stress usw.),
- Informationen und Diskussionen zu brustkrebspezifischen Themen,
- themenzentrierte Gesprächsgruppen.

Je nach Bedarf kommen einzelne therapeutische Bereiche in unterschiedlichem Umfang zum Einsatz. Für jede Patientin wird ein individueller, mit ihr abgestimmter Therapieplan erstellt und, wenn nötig, im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme angepasst. Entscheidend ist nicht die Zahl der unterschiedlichen Anwendungen, sondern die Kombination von Leistungen, die für ihre Situation geeignet sind.

Welche Formen der onkologischen Rehabilitation gibt es?

Die onkologische Rehabilitation teilt sich auf in die Maßnahme, die direkt nach der Akutbehandlung angeboten wird, und diejenige, die innerhalb der ersten beiden Jahre durchgeführt wird. Diese Maßnahmen werden nicht automatisch eingeleitet, sondern müssen von Patientin und/oder Arzt beantragt werden.

Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation/ Anschlussgesundheitsmaßnahme

Unmittelbar an die stationäre Behandlung schließt sich die Anschlussheilbehandlung (AHB), auch Anschlussrehabilitation (AR) genannt, an. Das ist eine ganztägige ambulante oder stationäre Leistung, die dazu dient, den Behandlungserfolg zu sichern und insbesondere mit Therapiefolgen wie Erschöpfung, Wundheilungsstörungen, seelischen Problemen, Ernährungsproblemen usw. besser umgehen zu lernen. AHB/AR wird in einer speziell dafür zugelassenen Reha-Einrichtung ambulant oder stationär erbracht .

Die AHB/AR muss von Ihnen beantragt werden, solange Sie sich zur Behandlung im Krankenhaus befinden. Das Krankenhauspersonal stellt die Erforderlichkeit fest. Der Sozialdienst des Krankenhauses unterstützt Sie bei der Antragstellung und leitet die AHB/AR in Abstimmung mit Ihnen, dem Kostenträger und der aufnehmenden Rehabilitationsklinik ein. Darüber hinaus berät Sie der Sozialdienst auf Wunsch bei allen weitergehenden psychosozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen.

Bei Krebspatientinnen wird die AHB/AR in der Regel nach Abschluss der lokalen Primärtherapie, d.h. nach Operation und Strahlentherapie sowie adjuvanter (unterstützender) Chemotherapie, eingeleitet. Eine Chemotherapie, Antikörpertherapie oder antihormonelle Therapie kann ggf. auch während der AHB weitergeführt werden. Meist erfolgt die Maßnahme über einen Zeitraum von drei Wochen. Sie kann jedoch bei Notwendigkeit verlängert werden

Wichtig! Eine AHB/AR muss innerhalb eines „angemessenen“ Zeitraums nach Abschluss der Akutbehandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) angetreten werden. Die frühere strenge 14-Tagesfrist ist erweitert worden, bis zu fünf Wochen gelten noch als angemessen. In besonderen Fällen ist die Frist verlängert auf zwölf Wochen, z.B. bei Krebserkrankungen im Bereich HNO. Auf medizinisch begründeten Antrag hin ist eine Fristverlängerung möglich, z.B. bei Wundheilungsstörungen.

Ist der Beginn der medizinischen Rehabilitation innerhalb dieser Zeit ärztlicherseits noch nicht indiziert, so kann der Arzt des Krankenhauses eine Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM) einleiten. Der Beginn dieser AGM wird individuell vom behandelnden Arzt festgelegt. Im Unterschied zur AHB muss hier jedoch die Rentenversicherung vorab prüfen, ob Sie die Voraussetzungen erfüllen. Vorher darf die Maßnahme nicht angetreten werden. Eine AGM kommt z.B. in Frage, wenn Sie nicht gesetzlich, sondern privat oder gar nicht krankenversichert sind.

In Kürze:

- Antrag durch Akutklinik (Sozialberater/Arzt) oder Strahlentherapieeinrichtung;
- Beginn: direkt nach der Krankenhausentlassung oder innerhalb von zwei bis fünf Wochen nach abgeschlossener ambulanter Strahlenbehandlung oder Chemotherapie; späterer Beginn als AGM möglich.
- Dauer: in der Regel drei Wochen, Verlängerung bei entsprechender Indikation möglich.

Nach- oder Festigungskur

Im Unterschied zur Anschlussheilbehandlung erfolgt eine Nach- oder Festigungskur nicht direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Sie kann bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung gewährt werden und muss dann auch in diesem Zeitraum durchgeführt werden. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Erstbehandlung Rehabilitationsmaßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

Meist erfolgt die Nach- oder Festigungskur über einen Zeitraum von drei Wochen. Die Maßnahme kann jedoch bei Notwendigkeit verlängert oder auch verkürzt werden.

Danach können erneute ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erst nach Ablauf von weiteren vier Jahren beantragt und durchgeführt werden. Falls es zu einem Rückfall kommen sollte oder andere schwere Erkrankungen eintreten, ist eine entsprechende Reha-Maßnahme auch früher möglich.

In Kürze:

- Antrag durch Hausarzt/Patientin bei Rentenversicherungsträger/
Krankenkasse;
- Antragstellung innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss
der Akutbehandlung;
- Wiederholung bei medizinischem Bedarf möglich;
- Dauer: in der Regel drei Wochen, Verlängerung bei entsprechen-
der Indikation möglich, allerdings nur bei Berufstätigen, wenn die
Rentenversicherung Kostenträgerin ist.

Berufliche Rehabilitation

Die Diagnose Krebs verändert meist das ganze Leben. Davon bleibt auch die berufliche Situation der Betroffenen nicht verschont. Um die berufliche Leistungsfähigkeit nach der Erkrankung wieder herzustellen, gibt es spezielle Rehabilitationsmaßnahmen. Das können zum Beispiel Maßnahmen für einen freiwilligen oder notwendigen Berufswechsel, unter anderem Fortbildungen, sein. Außerdem können in der beruflichen Rehabilitation schwierige Arbeitsabläufe geübt und die Belastbarkeit der Betroffenen bzw. die Eignung für das Ausführen gewisser Tätigkeiten getestet werden.

Ist die Prognose der Ärzte und Rehabilitationsbetreuer für einen erfolgversprechenden Wiedereinstieg in das Berufsleben günstig, bietet sich für die Wiedereingliederung nach langer Arbeitsunfähigkeit besonders das „Hamburger Modell“ an. Es bietet Langzeitkranken die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Arbeitsleben. Dafür erstellen die Patientin und der behandelnde Arzt einen Eingliederungsplan, der eine Steigerung von zunächst nur wenigen Arbeitsstunden pro Tag bis zum Erreichen der zuvor ausgeübten Voll- oder Teilzeitbeschäftigung vorsieht.

Akzeptieren Arbeitgeber und Krankenkasse diesen Plan, kann die Wiedereingliederung – je nach Absprache über die Dauer einiger Wochen oder auch mehrerer Monate - beginnen. Für ihre Tätigkeit erhält die Arbeitnehmerin entweder weiterhin Krankengeld oder sie bezieht ein Übergangsgeld (je nachdem welche Trägerschaft zuständig ist: Krankenkasse oder Deutsche Rentenversicherung). Lässt die gesundheitliche Verfassung der Krebspatientin die Fortführung des Programms nicht zu, kann die Maßnahme jederzeit abgebrochen werden.

Welche Voraussetzungen müssen Sie für die Durchführung einer onkologischen Rehabilitation erfüllen?

Grundsätzlich gilt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen erforderlich sein, vom Arzt verordnet werden und vom Kostenträger genehmigt werden muss. Die onkologische Rehabilitation ist als einzige Rehabilitationsart – unter bestimmten Bedingungen – auch für Rentner mit onkologischen Erkrankungen und sogar nichtversicherte Angehörige wie Ehepartner oder Kinder möglich.

Persönliche Voraussetzungen

Wenn Sie eine Rehabilitationsmaßnahme antreten wollen, müssen Sie in der Lage sein, die dort zum Einsatz kommenden Maßnahmen durchzuführen und aktiv zu unterstützen. Das setzt voraus, dass

- die Akutphase der Erkrankung bzw. die Wundheilung und die ggf. daran anschließende Bestrahlung abgeschlossen ist.
- Sie in der Lage sind, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu reisen (Gehfähigkeit).
- Sie selbsthilfefähig sind, das heißt ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.

Ausnahmen bestehen für Patientinnen mit speziellen Körperbehinderungen.

Wie sinnvoll ist für Sie persönlich die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme?

Wann und ob Sie eine Rehabilitationsmaßnahme beantragen, richtet sich nach Ihrem Gesundheitszustand und Ihren persönlichen Bedürfnissen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder anderen Betroffenen (z.B. in einer Selbsthilfegruppe der Frauenselbsthilfe nach Krebs) darüber. Nicht für jeden ist eine Rehabilitationsmaßnahme gleichermaßen sinnvoll und richtig. Jede Patientin hat auch das Recht, sich bewusst gegen eine Reha-Maßnahme zu entscheiden.

Die folgende Checkliste – entnommen aus der Patientinnen-Leitlinie „Brustkrebs – Die Ersterkrankung und DCIS“ – kann Ihnen helfen, Ihren Gesundheitszustand selbst einzuschätzen und die Frage nach der Notwendigkeit einer Rehabilitation zu beantworten:

- Ich fühle mich durch die Tumorerkrankung und/oder Therapie körperlich eingeschränkt.
- Ich fühle mich durch die Tumorerkrankung und/oder Therapie psychisch belastet.
- Ich lebe allein bzw. erhalte durch Freunde und Verwandte nicht die notwendige Unterstützung.
- Ich befürchte, meinen Beruf nicht mehr oder nur mit Schwierigkeiten ausüben zu können.
- Meine Fähigkeit, weiterhin in meinem Beruf tätig zu sein, ist nach Einschätzung meines Arztes gefährdet.
- Ich bin bereits länger als sechs Monate arbeitsunfähig.

Wenn Sie einer dieser Aussagen zugestimmt haben, sollten Sie eine Rehabilitationsmaßnahme in Erwägung ziehen und Ihren Arzt oder bei laufender Therapie im Krankenhaus auch den Krankenhaussozialdienst bitten, Sie diesbezüglich zu beraten.

Wenn Sie sich allerdings zu Hause, in Ihrer Familie, in Ihrem Freundeskreis gut aufgehoben fühlen und glauben, im persönlichen Umfeld die Krankheit am besten bewältigen und gesunden zu können, dann

ist das als Ihr persönlicher Weg zu akzeptieren und gleichwertig mit anderen Optionen anzusehen. Wichtig ist für Sie, in einer informierten Entscheidung das Für und Wider einer Rehabilitationsmaßnahme gut abzuwägen.

Die einmal getroffene Entscheidung schließt aber nicht aus, dass Sie sich zu einem späteren Zeitpunkt anders entscheiden und veränderten Gegebenheiten Rechnung tragen.

Wie beantragen Sie eine Rehabilitationsmaßnahme?

Eine Rehabilitationsmaßnahme kann entweder formlos oder mit einem speziellen Antragsformular beantragt werden.

Das erforderliche Formular „**Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag**“ gibt es bei der Rentenversicherung und ihren Auskunfts- und Beratungsstellen, den Servicestellen für Rehabilitation, bei den gesetzlichen Krankenkassen, den Versicherungsämtern oder bei den örtlichen Stadt- oder Gemeindeverwaltungen. In Nordrhein-Westfalen ist die www.argekrebsnw.de Ihr zuständiger Ansprechpartner. Diese Stellen sowie ambulante Krebsberatungsstellen sind Ihnen beim Ausfüllen des Antrags gerne behilflich.

Zu einem Antrag gehört immer ein Gutachten des behandelnden Arztes, der eigens dafür qualifiziert sein muss. Wichtig ist, dass Ihr Arzt so ausführlich wie möglich Ihren tatsächlichen Gesundheits- bzw. Krankheitszustand beschreibt und die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme eingehend begründet. Sie können auch Kopien von Krankenhausberichten mitschicken.

Falls notwendig, können Sie Ihrem Antrag einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung (siehe S. 19) beifügen. Formulare halten Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen und Versicherungsanstalten bereit.

Bei wem beantragen Sie eine onkologische Rehabilitation?

Wenn Sie im erwerbsfähigen Alter sind und durch Ihre Krankheit die Erwerbsfähigkeit bedroht ist, oder durch Ihre Erkrankung eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit droht, dann ist in der Regel die Deutsche Rentenversicherung der zuständige Kostenträger.

Um einen Antrag beim Rentenversicherungsträger stellen zu können, müssen Sie eine der nachfolgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen:

- Sie können eine sogenannte Wartezeit von fünf Jahren nachweisen, dazu zählen Zeiten, in denen Sie freiwillige oder Pflichtbeiträge gezahlt haben, Ersatzzeiten (z.B. Zivildienst, Wehrdienst, Flucht aus der DDR, Kriegsgefangenschaft usw.), Zeiten aus einem Versorgungs-Ausgleich und Zeiten von geringfügiger Beschäftigung (400-Euro-Job).
- Für die vergangenen zwei Jahre können Sie sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen nachweisen.
- Sie beziehen eine Rente von der Deutschen Rentenversicherung.

Einen Anspruch auf onkologische Rehabilitation haben darüber hinaus – unter bestimmten Bedingungen – auch nichtversicherte Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Kinder bis zum 18. Lebensjahr oder Hinterbliebene.

Andere Kostenträger

Erfüllen Sie keine der oben genannten Voraussetzungen, übernimmt in der Regel die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für eine Rehabilitationsmaßnahme.

Sozialhilfeempfänger, für die keine Versicherung zuständig ist, können die Reha-Maßnahme über das Sozialamt beantragen.

Bei **Beamten**, Ehefrauen von Beamten und Beamtenwitwen tragen die Krankenkasse und die Beihilfe-Kasse die Kosten der Nach- und

Festigungskuren. Diese werden in beihilfefähigen Reha-Einrichtungen durchgeführt.

Für **Privatversicherte** gilt: Ob die private Krankenversicherung die Kosten übernimmt, ist vom Umfang des jeweiligen Vertrags abhängig. Bitte überprüfen Sie als Privatpatientin Ihren Versicherungsschutz daraufhin, auf welche Leistungen Sie Anspruch haben. In der Regel müssen Privatversicherte einen Teil der entstehenden Kosten vorstrecken.

Die Sozialdienste in den Krankenhäusern informieren über zusätzliche lokale Unterstützungsangebote, wie z.B. die der Niedersächsischen Krebsgesellschaft, der Arbeitsgemeinschaft zur Krebsbekämpfung in NRW u.a.

Was ist sinnvoll: eine ambulante oder stationäre onkologische Rehabilitation?

Grundsätzlich bestehen für Rehabilitationsmaßnahmen ambulante und stationäre Angebote. Dies gilt aber in eingeschränktem Umfang für Krebspatienten, da in vielen Regionen, gerade im ländlichen Bereich spezielle ambulante Zentren nicht in zumutbarer Nähe verfügbar sind.

Dann gilt: Ob Sie die Anschlussheilbehandlung oder die Nach- oder Festigungskur ambulant oder stationär durchführen, ist eine Entscheidung, die nur Sie allein aufgrund Ihrer Lebenssituation, Ihrer ganz persönlichen Bedürfnisse und der regionalen Möglichkeiten treffen können. Keine der beiden Optionen ist besser oder schlechter, keiner Variante kann grundsätzlich der Vorzug gegeben werden. Wichtig ist, dass Sie sich für die Option entscheiden, die für Sie die optimale Möglichkeit der Rehabilitation bietet.

Im Folgenden sind beide Varianten mit ihren jeweiligen Vorteilen aufgeführt.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Während der gesamten Dauer der Maßnahme wohnen Sie in der Rehabilitationseinrichtung. Der Vorteil:

- Sie haben die Möglichkeit, Abstand zu gewinnen und den Alltag mit all seinen Anforderungen und Belastungen hinter sich zu lassen.
- Sie können sich wirklich auf sich selbst konzentrieren und müssen auf niemanden Rücksicht nehmen.
- Sie haben besonders in den Abendstunden und am Wochenende die Gelegenheit, sich mit anderen Patientinnen auszutauschen und positive Impulse aufzunehmen.

Ambulante/teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme

Während der Dauer der Maßnahme wohnen Sie zu Hause und suchen tagsüber von montags bis freitags eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung auf. Der Vorteil:

- Sie sind nur an Werktagen für vier bis sechs Stunden in der Reha-Einrichtung und können den Rest des Tages und die Wochenenden in Ihrem gewohnten sozialen Umfeld verbringen.
- Sie haben die Möglichkeit, in der medizinischen Betreuung Ihres niedergelassenen Arztes zu bleiben.
- Angehörige oder unterstützende Personen können besser in die Behandlung einbezogen werden.

Häufig gestellte Fragen und Antworten

Welche Kosten kommen auf mich zu?

Wie viel Sie die Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme kostet, ist von Art und Dauer der Leistung, vom Kostenträger und von bereits im selben Kalenderjahr anderweitig geleisteten Zuzahlungen abhängig.

Zuzahlungen zu Anschlussheilbehandlungen

Kostenträger Rentenversicherung

- Für stationäre Behandlungen müssen 10 € pro Tag an höchstens 14 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres zugezahlt werden.
- Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen, einschließlich der für Krankenhausbehandlung, werden angerechnet.
- Bei ambulanter/teilstationärer Behandlung müssen keine Zuzahlungen geleistet werden.

Kostenträger Krankenkasse

- Für stationäre und ambulante/teilstationäre Behandlungen müssen 10 € pro Tag an höchstens 28 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres zugezahlt werden.
- Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für einen Krankenhausaufenthalt oder eine Anschlussheilbehandlung werden angerechnet.

Zuzahlungen zu stationären/ambulanten Reha-Maßnahmen

Kostenträger Rentenversicherung

- Es müssen 10 € pro Tag an höchstens 42 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres zugezahlt werden.
- Bereits geleistete Zuzahlungen im selben Kalenderjahr für ambulante oder stationäre Reha-Maßnahmen sowie für Krankenhausbehandlungen werden angerechnet.
- Bei ambulanter/teilstationärer Behandlungen müssen keine Zuzahlungen geleistet werden.

Kostenträger Krankenkasse

- Sowohl für die stationäre als auch für ambulante/teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen müssen 10 € pro Tag ohne zeitliche Begrenzung zugezahlt werden.
- Bereits geleistete Zuzahlungen im selben Kalenderjahr für ambulante oder stationäre Reha-Maßnahmen sowie für Krankenhausbehandlungen werden angerechnet.

Ist der Kostenträger die Berufsgenossenschaft, ist keine Zuzahlung fällig.

Die Eigenbelastung der Versicherten ist bei allen Leistungen der **Krankenkassen** auf eine Zuzahlung von höchstens 2 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens begrenzt. Wenn Sie diese gesetzlich festgelegte Belastungsgrenze überschreiten, bescheinigt Ihnen Ihre Krankenkasse auf Antrag, dass Sie für das restliche Kalenderjahr keine Zuzahlungen mehr leisten müssen. Bei einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (z.B. einer Krebserkrankung) vermindert sich die Belastungsgrenze auf 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.

Wichtig! Zum Nachweis, dass Sie die Belastungsgrenze erreicht haben, ist es erforderlich, dass Sie alle Belege über Zuzahlungen sammeln!

Kann ich von der Zuzahlung befreit werden?

Unter bestimmten Bedingungen können Sie von der Zuzahlung ganz oder teilweise befreit werden. Die Befreiung müssen Sie beim Rehabilitationsträger beantragen. Den Antrag erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse, beim Versicherungsamt oder bei Ihrem Versicherungsträger der Deutschen Rentenversicherung. Der Rehabilitationsträger prüft, ob Sie mit der Zuzahlung unzumutbar belastet sind.

Die Zuzahlungspflicht für stationäre Leistungen durch die Rentenversicherung entfällt z.B. wenn Sie

- ein Nettoeinkommen von weniger als 1.023 Euro pro Monat haben (Stand 2011),
- Übergangsgeld erhalten,

- Arbeitslosengeld II beziehen,
- Sozialgeld erhalten,
- bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Bin ich während der Rehabilitation finanziell abgesichert?

Berufstätige haben Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Entfällt diese während der Reha-Maßnahme, zahlt der Rentenversicherungsträger ein Übergangsgeld. Darauf hat einen Anspruch, wer zuvor Arbeitsentgelt (bei Arbeitnehmern) oder Arbeits-einkommen (bei Selbständigen) erhalten und Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt hat. Im Allgemeinen richtet es sich nach den letzten Arbeitseinkünften bzw. Beitragszahlungen zur gesetzlichen Rentenversicherung. Je nach familiärer Situation – beispielsweise bei Kindern im Haushalt oder pflegebedürftigen Familienmitgliedern – beträgt das Übergangsgeld zwischen 54 und 60 Prozent des letzten Bruttoverdienstes.

Waren Sie vor der Rehabilitation arbeitslos, erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe Ihrer bisherigen Leistungen von der Arbeitsagentur. Haben Sie Krankengeld bezogen, orientiert sich das Übergangsgeld an dieser Leistung.

Bei Selbständigen bzw. freiwillig Versicherten wird das Übergangsgeld aus den Beiträgen im letzten Kalenderjahr vor Beginn der onkologischen Rehabilitation ermittelt.

Tipp: Während Ihres stationären Aufenthaltes erhalten Sie vom Sozialdienst des Krankenhauses die Unterlagen zur Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme. Im Regelfall enthalten diese auch eine Verdienstbescheinigung. Wenn Sie erwerbstätig sind, sollten Sie diese Bescheinigung schnellstmöglich von Ihrem Arbeitgeber ausfüllen lassen und an die Rentenversicherung senden. Nur so ist gewährleistet, dass keine Versorgungslücke entsteht.

Auch während des Bezuges von Übergangsgeld sind Sie sozialversichert. Die Beiträge zahlt Ihr Rehabilitationsträger.

Werden die Reisekosten übernommen?

Die Kosten für die Fahrt zwischen Ihrem Wohnort und der Reha-Einrichtung werden in der Regel erstattet. Die Höhe orientiert sich an den Tarifen öffentlicher Verkehrsmittel. Das gilt sowohl für stationär als auch für ambulant durchgeführte Maßnahmen.

Wie lange dauert eine Rehabilitationsmaßnahme?

Die Dauer einer Rehabilitationsmaßnahme beträgt in der Regel drei Wochen. Sie kann jedoch aus medizinischen Gründen bei besonderer Indikation und Notwendigkeit verlängert werden.

Kann ich die Reha-Klinik selbst auswählen?

Die Krankenkasse/Rentenversicherung hat die berechtigten Wünsche der Versicherten zu berücksichtigen. Dazu gehören die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse der Versicherten.

Sind Sie mit der Auswahl der Einrichtung durch den Träger nicht einverstanden, können Sie Widerspruch einlegen. Kommt man Ihrem Wunsch nicht nach, so beachten Sie die Begründung der Krankenkasse/des Rentenversicherungsträgers. Aussicht auf Erfolg haben Sie insbesondere wenn es nachvollziehbare, medizinische Gründe für Ihre Wahl gibt. Von einer sozialgerichtlichen Klage ist i.d.R. abzusehen, weil die dadurch bedingte Verzögerung der Maßnahme dem eigentlichen Zweck abträglich sein dürfte.

Als grober Anhaltspunkt für die Entfernung der gewünschten Klinik vom Wohnort gilt ein Radius von 200 km, der mit Begründung auch überschritten werden kann.

Tipp: Überlegen Sie mit Ihrem Arzt, welche Einrichtung für Sie am besten geeignet ist. Wichtig ist, dass in der Klinik ein Platz frei ist. Äußern Sie Ihren Wunsch bereits bei Antragstellung und bitten Sie Ihren Arzt, Ihren Wunsch durch eine Stellungnahme zu unterstützen.

Kann ich meine Kinder/meinen Partner mitnehmen?

Angesichts der eigenen Erkrankung kommen bei vielen Frauen noch Sorgen um versorgungsbedürftige Kinder oder den Partner hinzu. Viele Rehabilitationskliniken haben sich auf diese Problematik eingestellt und bieten die Möglichkeit, Kinder und/oder Partner mitzubringen. Die Kinder werden betreut oder sogar in therapeutische/rehabilitative Maßnahmen einbezogen. Voraussetzung ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes, aus dem die Notwendigkeit der Mitnahme der Kinder hervorgeht, nämlich, dass deren Versorgung zu Hause nicht gewährleistet werden kann.

Die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung von Kindern unter zwölf Jahren werden bis zur Höhe der Kosten für eine Haushaltshilfe übernommen. Die Kosten für die Mitnahme des Partners müssen selbst getragen werden.

Bevor Sie sich dazu entschließen, Kinder oder Partner mitzunehmen, sollten Sie jedoch genau abwägen, was Ihnen gut tut. Es kann durchaus sinnvoll sein, eine Reha-Maßnahme allein anzutreten.

Steht mir in meiner Abwesenheit eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung zu?

Während einer stationär erfolgenden Rehabilitationsmaßnahme kann auf Kosten des Reha-Leistungsträgers die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe in Anspruch genommen werden, die sich in der Zeit Ihrer Abwesenheit um die Kinder und die Versorgung des Haushalts kümmert. Diese Möglichkeit besteht, wenn Kinder unter zwölf Jahren oder ein behindertes Kind in der Familie leben und kein anderes Familienmitglied die Haushaltsführung übernehmen kann. Die Kosten der Betreuung oder die Mitaufnahme nichtbehinderter Kinder über zwölf Jahren können im Einzelfall – z.B. beim Fehlen einer Betreuungsperson und bei wirtschaftlicher Bedürftigkeit – auf Antrag vom zuständigen Jugendamt übernommen werden. Privat krankenversicherte Patienten haben unter diesen Voraussetzungen einen entsprechenden Anspruch.

Was mache ich, wenn mein Antrag auf Rehabilitation abgelehnt wird?

Bei einer Ablehnung des Reha-Antrages durch die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger kann innerhalb eines Monats Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid bei dem entsprechenden Kostenträger eingelegt werden. Wichtig ist hier eine fundierte und ausführliche ärztliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit durch den attestierenden Arzt. Dabei muss die bestehende Symptomlast deutlich werden. Geben Sie Ihrem Arzt bereits bei Erstantragstellung eine Stichwortliste, die ihre Symptome enthält.

Der zuerst angegangene Rehabilitationsträger muss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages feststellen, ob er oder ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist. Die Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf muss der zuständige Träger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang treffen.

Wie oft kann ich eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen?

Sie können immer dann eine Rehabilitationsmaßnahme beantragen, wenn diese zur Wiederherstellung Ihrer Gesundheit oder zum Erhalt Ihrer Erwerbsfähigkeit oder der Selbstversorgungsfähigkeit im Alltag erforderlich ist. Die Notwendigkeit und Dringlichkeit müssen Sie mit einem Gutachten des behandelnden Arztes oder entsprechenden Arztberichten nachweisen.

Hinweise für Patientinnen im Beamtenverhältnis und für Privatversicherte

Seit 2007 sind umfangreiche Änderungen im Beihilferecht in Kraft getreten. Für den Bereich der Rehabilitation gilt, dass nun auch ambulante Reha-Maßnahmen beihilfefähig sind. In eine private Vollversicherung ist die Kurbehandlung grundsätzlich nicht eingeschlossen. Es gibt jedoch spezielle Kurtarife.

Beamte können Reha-Maßnahmen der Rentenversicherungsträger nicht in Anspruch nehmen. Sie können jedoch z.B. Krebsnachsorgekuren im Rahmen der Beihilfavorschriften beim Bund oder bei den Ländern beantragen.

Gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung haben versicherte Personen bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Voraussetzung ist, dass diese unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten. Viele Kurkliniken erfüllen diese Bedingungen.

Da es in Deutschland kein einheitliches Beihilferecht für Beamte gibt – es ist Ländersache –, sollten Sie sich in jedem Fall die Zusage der Krankenversicherung für die Kostenübernahme einholen, bevor Sie sich für eine Klinik entscheiden.

Unter dem folgenden Link gelangen Sie zu den Beihilfavorschriften bzw. Beihilfeverordnungen des Bundes und der Länder:
www.die-beihilfe.de/beihilfavorschriften

Was können Sie selbst tun, um den Behandlungserfolg zu sichern?

Wenn Sie nach einer Rehabilitationsmaßnahme wieder zu Hause sind, ist es wichtig, die erworbenen Fähigkeiten in Ihren Alltag zu integrieren und das Erreichte nachhaltig zu sichern oder weiterhin zu verbessern.

Überdenken Sie kritisch Ihre Alltagsgewohnheiten und Ihre persönliche Lebensgestaltung. Scheuen Sie sich nicht, liebgewonene Familientraditionen zu ändern, wenn es Ihnen gut tut und für Ihren Gesundungsprozess oder die Gesunderhaltung wichtig ist. Ihre Familie wird mit Sicherheit Verständnis dafür aufbringen!

Eine gesunde, ausgewogene Ernährung mit viel Gemüse, Obst und Ballaststoffen und ausreichend Flüssigkeit kann zum Therapieerfolg beitragen. Der Verzicht auf Nikotin und ein moderater Umgang mit Alkohol sind ebenfalls empfehlenswert. Außerdem ist erholsamer Schlaf besonders wichtig. Da Ängste und Sorgen diesen behindern können, sollte bei Schlafstörungen psychoonkologische Hilfe in Anspruch genommen werden.

Entspannungstechniken einsetzen

Das Erlernen von Entspannungstechniken unter professioneller Anleitung hilft vielen Patientinnen, mit Ängsten, Unruhezuständen und Schlafstörungen besser umzugehen. Yoga, Qi Gong, Autogenes Training, Muskelentspannung nach Jakobsen, Meditation, Imagination und Visualisierung sind mögliche Entspannungstechniken. Auch hier gilt es, seinen eigenen Weg zu suchen und auszuprobieren, was hilfreich ist.

Außerdem beeinflussen Spaziergänge, Naturerlebnisse, Musizieren (Chor), Spiele und Gespräche den Krankheitsverlauf positiv und lenken von körperlichen Beschwerden und seelischen Belastungen ab.

Soziale Isolation durchbrechen

Für Krebspatientinnen ist es wichtig, von einem gut funktionierenden Netzwerk aufgefangen zu werden, um nicht neben der krankheitsbedingten auch noch in eine soziale Isolation zu geraten. Die Unterstützung durch wichtige Bezugspersonen darf mit ihren positiven Auswirkungen auf den Genesungsprozess nicht unterschätzt werden. Zum Kreis der sozialen Unterstützer gehören z.B. Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn und Kollegen.

Da diese nur bedingt belastbar sind, ist insbesondere die Unterstützung durch gleich Betroffene aus der Krebs-Selbsthilfe sehr ratsam. In dieser Lebenssituation bedeuten Gesprächspartner, die Ähnliches erlebt haben und die wissen, wovon man spricht, eine große psychische Entlastung, auch für die Angehörigen. Außerdem macht der Austausch mit anderen Betroffenen, die einen Weg gefunden haben, mit der Erkrankung zu leben, Mut und vermittelt Hoffnung.

In den regionalen Gruppen der Frauenselbsthilfe nach Krebs erhalten Sie Antworten auf Fragen der Alltagsgestaltung und zum Umgang mit Hilfsmitteln. Sie werden informiert über soziale Hilfen, Versicherungs- und Schwerbehindertenrecht. Das Neue, Nichtverstandene, bedrohlich Erscheinende kann erklärt werden und so zum Abbau von Angst und zu einem gestärkten Selbstbewusstsein beitragen.

Weitere Informationen erhalten Sie in der Bundesgeschäftsstelle der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Telefon: 0228 - 3 38 89-400 oder unter www.frauenselbsthilfe.de.

Sport während und nach der Therapie

Sport und Bewegung stellen eine Möglichkeit dar, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen und die eigene Genesung positiv zu beeinflussen. Sport und Bewegung stärken die Leistungsfähigkeit, vermitteln ein besseres Körpergefühl und wirken antidepressiv. Patientinnen, die regelmäßig sportlich aktiv sind, fühlen sich besser als solche, die sich extrem schonen. Wichtig ist, das richtige Gleichgewicht zwischen Über- und Unterforderung zu finden.

Vom Deutschen Sportbund bzw. den Landessportverbänden speziell ausgebildete Übungsleiter/innen bieten innerhalb der Sportvereine oder der Selbsthilfegruppen Sport in der Krebsnachsorge als Rehabilitationsleistung an. Sowohl die Krankenkassen als auch die Rentenversicherungsträger sind zu Leistungen im Rehabilitationssport verpflichtet.

Grundlage der Leistungsgewährung im Rehabilitationssport und im Funktionstraining ist eine Rahmenvereinbarung vom 1. Oktober 2003. Darin heißt es unter Punkt 4: „Rehabilitationssport wird grundsätzlich solange für erforderlich gehalten, wie er durch eine fachkundige Leitung zur eigenen selbständigen/eigenverantwortlichen Durchführung des Bewegungstrainings befähigt.“

Für gesetzlich Versicherte gelten:

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten;
- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten bei vom behandelnden Arzt näher beschriebenen Beeinträchtigungen.

Für die Rentenversicherung gilt:

- Verordnungen über 6, längstens 12 Monate bei bestimmten vom behandelnden Arzt näher beschriebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

In der Bundesrepublik gibt es etwa 300 spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge, die über den Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) organisiert werden. Er ist als Rehabilitationssport verordnungsfähig (§ 44 SGB IX). Die Regelungen für eine Kostenübernahme sind bei den Krankenkassen zu erfragen.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)

Otto-Fleck-Schneise 12

60528 Frankfurt

Tel. 069 – 6 70 00

www.dsb.de

Deutscher Behinderten-Sportverband e.V.

Friedrich-Alfred-Str. 10

47055 Duisburg

Tel. 0203 – 7 78 01 70,

www.dbs-npc.de

Auch die Frauenselbsthilfe nach Krebs bietet Sport in der Krebsnachsorge in ca. 60 ihrer 400 bundesweit vertretenen Gruppen an. Näheres erfahren Sie in der Bundesgeschäftsstelle.

Angebote in der ambulanten Nachsorge

Nach einer erfolgten Krebsbehandlung und Rehabilitation sollten Sie regelmäßig zu einem Arzt Ihres Vertrauens gehen, der Sie in der Nachsorge begleitet – je nach Art und Schwere der Erkrankung in kürzeren oder längeren Abständen.

In der Regel stellt der behandelnde Arzt entsprechend den Empfehlungen der Behandlungsleitlinien einen so genannten „Nachsorgeplan“ auf, in dem alle wichtigen Nachsorgeuntersuchungen zusammen gestellt sind. Der Erfolg der Behandlung wird so regelmäßig kontrolliert. Die Nachsorgeuntersuchungen stellen auch sicher, dass ein Wiederauftreten der Krankheit schnell erkannt wird und angemessen reagiert werden kann.

Unabhängig von dem „Nachsorgeplan“ ist es wichtig, dass Sie Ihren Arzt informieren, wenn Sie ungewohnte Schmerzen haben oder andere Beschwerden sowie körperliche Veränderungen feststellen.

Die ambulante Nachsorge ist nicht nur als Verlaufskontrolle oder Nachbeobachtung Ihrer Krebserkrankung zu verstehen, sondern sie soll Ihre physische und psychische Genesung sowie die soziale Rehabilitation unterstützen und Sie kontinuierlich betreuen und begleiten.

Ziele der ambulanten Nachsorge sind:

- eventuelle Krankheits- und Therapiefolgen zu behandeln,
- mögliches Fortschreiten der Erkrankung frühzeitig zu erkennen,
- Symptome gezielt abzuklären,
- Nebenwirkungen von Therapien zu erkennen und zu behandeln,
- die Überlebenszeit zu verlängern,
- eine möglichst gute Lebensqualität zu erhalten.

Wo finde ich weitere Informationen?

Reha-Servicestellen

Für gesetzlich versicherte Patientinnen gibt es zentrale Reha-Servicestellen, die informieren und beraten. Wo sich bei Ihnen vor Ort eine solche Servicestelle befindet, erfahren Sie im Internet unter: www.reha-servicestellen.de oder telefonisch über das Servicetelefon der Deutschen Rentenversicherung 0800 – 10 00 480 70.

Deutsche Rentenversicherung

Umfassende Informationen zum Thema Rehabilitation bietet die Deutsche Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de oder telefonisch unter 0800 – 10 00 480 0, Mo – Do 7.30 – 19.30 Uhr, Fr 7.30 – 15.30 Uhr

Bundesministerium für Gesundheit

Einen Überblick über Ziel und Finanzierung der Rehabilitation im deutschen Gesundheitswesen findet sich auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit unter www.bmg.bund.de.

Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Wer ganz genau wissen möchte, wie das Thema Rehabilitation in Deutschland geregelt ist, kann sich die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses durchlesen, die unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/ zu finden ist.

Informationen zum Thema liefern auch:

- die Deutsche Krebshilfe e.V.; Tel. 02 28 – 7 29 90 0; www.krebshilfe.de
- der Krebsinformationsdienst (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum; Tel. 08 00 – 4 20 30 40; täglich 8:00 – 20.00 Uhr www.krebsinformationsdienst.de
- die Deutsche Krebsgesellschaft e.V.; Tel. 0 30 – 3 22 93 29 0; www.krebsgesellschaft.de
- die Unabhängige Patientenberatung (UPD) – Mo-Fr 10:00 – 18:00 Uhr; Tel. 08 00 – 011 77 22; www.unabhängige-patientenberatung.de

Individuelle Auskünfte

erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger, wie Rentenversicherung, Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Sozialamt. Umfassende Beratung und Unterstützung in allen psychosozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen erhalten Sie außerdem durch die Sozialdienste in Akut- und Rehakliniken sowie die ambulanten Krebsberatungsstellen.

Literatur zum Thema

Patientinnenleitlinie „Brustkrebs. Die Ersterkrankung und DCIS“, Hrsg. „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Februar 2010

Patientenleitlinie „Brustkrebs II. Die fortgeschrittene Erkrankung, Rezidiv und Metastasierung“, Hrsg. „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), August 2011

Die beiden Leitlinien bieten in allgemeinverständlicher Form ausführliche Informationen zu Brustkrebs. Enthalten ist jeweils auch ein Kapitel zum Thema Rehabilitation. Die Broschüren können bei der Deutschen Krebshilfe bestellt oder im Internet herunter geladen werden: <http://www.frauenselbsthilfe.de/orientierungshilfen/leitlinien/>

Onkologische Rehabilitation, Hrsg. Deutsche Rentenversicherung, 2006

Die Broschüre beantwortet die wichtigsten Fragen rund um die onkologische Rehabilitation, wenn die Deutsche Rentenversicherung der Rehabilitationsträger ist. Sie kann über die Deutsche Rentenversicherung bestellt oder im Internet herunter geladen werden: www.sozialberater.net/onkologische_rehabilitation.pdf

Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Abschnitt D4 „Rehabilitation“
Die Leitlinie enthält Standards zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Erhältlich ist das Werk im Buchhandel oder unter www.senologie.org/leitlinien.php.

Mammakarzinom: interdisziplinär, hrsg. von Rolf Kreienberg, Springerverlag, 4. Auflage, 2010

Der Leitfaden stellt das aktuelle Diagnose- und Therapiemanagement bis hin zur Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen dar. Dieses Werk kann ausschließlich über den Buchhandel bezogen werden.



Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.

Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Telefon 0228 – 33889-400
www.frauenselbsthilfe.de
kontakt@frauenselbsthilfe.de