



Rehabilitation bei Brustkrebs

Informationen der Frauenselbsthilfe Krebs

FSH
Bundesverband e.V.



**Frauenselbsthilfe
Krebs**

mutig bunt aktiv

Fachliche Beratung:

Prof. Dr. Hans Helge Bartsch, Freiburg

Impressum**Herausgeber:**

Frauenselbsthilfe Krebs
Bundesverband e. V.

Verantwortlich i.S.d.P.:

Dr. phil Syliva Brathuhn

Redaktion:

Caroline Mohr

Gesamtherstellung:

Dietz Druck Heidelberg

Stand: Mai 2020

Vorwort

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 können. In dieser Situation ist es häufig empfehlenswert, eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen.

Mit dieser Broschüre möchten 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 Krebs.



Dr. phil. Sylvia Brathuhn
Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe Krebs

Über uns – die Frauenselbsthilfe Krebs

Die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) ist eine der ältesten und größten Krebs-Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. 1976 wurde sie in Mannheim gegründet. Heute ist die FSH in elf Landesverbänden organisiert mit einem dichten Netz an regionalen Gruppen, in denen etwa 30.000 Frauen und Männer mit unterschiedlichen Krebserkrankungen Rat und Hilfe finden.

Leitmotiv unserer Arbeit

Das Leitmotiv unserer Arbeit ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Als Menschen mit einer Krebserkrankung unterstützen wir andere Betroffene, die vorhandenen, eigenen Ressourcen zu entdecken und zu nutzen.

Unsere Gruppen/ unser Forum

Alle Menschen mit einer Krebserkrankung und auch deren Angehörige sind in einer Selbsthilfegruppe der FSH willkommen – unabhängig von Alter, Geschlecht und Tumorart. Dafür müssen sie weder Mitglied in der FSH sein noch werden. Die Teilnahme an unseren Gruppentreffen ist unverbindlich und kostenfrei. In unseren Gruppen begleiten wir Betroffene nach dem Schock der Diagnose, während der Therapien und auch danach, wenn es gilt, wieder in den Alltag zurückzukehren.

Die Gespräche mit Gleichbetroffenen in den Gruppen ergänzen die Informationen der Ärztin oder des Arztes, machen sie verständlicher und bereiten auf Arztbesuche vor.

Neben dem Erfahrungsaustausch hat in vielen Gruppen die Wissensvermittlung z.B. durch Vorträge von Experten einen hohen Stellenwert. Außerdem werden oft gemeinsame Aktivitäten angeboten wie Gymnastik, Schwimmen, Walken, kreatives Arbeiten usw., die dazu beitragen sollen, eigene Wege im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgeerscheinungen zu finden.

Eine Gruppe in Ihrer Nähe finden Sie hier:

www.frauenselbsthilfe.de/gruppen.html

Eine weitere Möglichkeit, mit anderen Betroffenen oder Angehörigen in Kontakt zu kommen und sich auszutauschen, bietet unser moderiertes Forum im Internet. Dort gelten dieselben Beratungsgrundsätze wie in unseren Gruppen. Das Forum finden Sie unter: <https://forum.frauenselbsthilfe.de>

Unsere Qualifikation

Damit unsere Laienberatung zeitgemäß, qualifiziert und entsprechend den Erfordernissen unseres Gesundheitssystems ist, werden die Gruppenleitungsteams und die Moderatorinnen im Forum mittels eines Kompetenztrainings auf ihre Aufgaben vorbereitet und begleitet.

Unsere Finanzierung

Unabhängigkeit und Neutralität sind die besonderen Merkmale der FSH. Daher werden Spenden oder Sponsoring-Angebote von Wirtschaftsunternehmen, aus dem Gesundheitsbereich und insbesondere von der Pharmaindustrie, nicht angenommen. Wir finanzieren uns im Wesentlichen aus:

- der Förderung durch die Deutsche Krebshilfe
- der Selbsthilfeförderung der Krankenkassen
- der Unterstützung durch die öffentliche Hand (Kommunen) und
- in geringfügigem Maße aus Spenden

Scheuen Sie sich nicht,

eine unserer Gruppen aufzusuchen. Sie werden dort Menschen begegnen, die trotz ihrer Erkrankung nach vorne schauen und sich ihre Lebensqualität erhalten möchten.

Finden Sie heraus, wie gut es tut, wenn jemand sagt: *„Deine Gedanken und Sorgen hatte oder habe ich auch. Lass uns lernen, damit umzugehen.“*

Inhaltsverzeichnis

Was versteht man unter onkologischer Rehabilitation?	8
Was bietet eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme?	8
Formen der onkologischen Rehabilitation	11
Gründe für oder gegen die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme	15
Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme	16
Ambulante oder stationäre onkologische Rehabilitation – Was ist sinnvoll?	18
Häufig gestellte Fragen und Antworten	19
Hinweise für Patientinnen und Patienten im Beamtenverhältnis und für Privatversicherte	25
Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs	25
Angebote in der ambulanten Nachsorge	30
Weiterführende Informationen	32
Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe Krebs	34

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 den 1960er Jahren. Allerdings standen zu Beginn noch – wie bei einer Kur – 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 Erkrankten genau erfasst und entsprechende Strategien anbietet.

Was bietet eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme?

Für Brustkrebs hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Reha-Therapiestandards festgelegt, die von 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 Leistungsfähigkeit wieder herzustellen sowie
- auch bei fortschreitender Erkrankung größtmögliches Wohlbefinden und Schmerzfreiheit zu ermöglichen.

Die Rehabilitationsmaßnahme für Patientinnen mit Brustkrebs enthält körperliche und psychosoziale Elemente. Sie sollen dazu dienen,

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

Sporttherapeutische Maßnahmen

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

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

Psychosoziale Angebote zur Verbesserung der Lebensqualität

- Erlernen von Strategien für einen guten Umgang mit der Erkrankung (Coping)
- Erlernen von Techniken zum Umgang mit Stress und zur Entspannung (Theorie und Praxis)
- psychologische Interventionen, um Ängste zu reduzieren und Depressionen abzuwenden
- Schulung der Körperwahrnehmung und Hilfe bei der Akzeptanz des veränderten Körperbildes

- Ergotherapie bei kognitiven Defiziten (Konzentration, Merkfähigkeit, Wortfindung usw.)
- Umgang mit Hilfsmitteln (Prothese)
- Unterstützung bei der beruflichen Integration
- Entwicklung von Strategien zur Reduktion von Risikofaktoren (Fehlernährung, Bewegungsmangel, schädlicher Gebrauch von Alkohol und Tabak, negativer Stress)
- Motivation und Unterstützung bei der Lebensstiländerung
- Hilfe bei der Entwicklung einer guten Freizeitgestaltung einschließlich regelmäßiger sportlicher Aktivitäten
- soziale und sozialrechtliche Beratung
- Ernährungsschulung (Theorie und Praxis)

Sonstige Angebote

- Informationen und Diskussionen zu brustkrebspezifischen Themen
- Sexualberatung
- themenzentrierte Gesprächsgruppen
- sozialrechtliche Beratung
- Organisation der Versorgung nach der Rehabilitation
- Planung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Je nach Bedarf kommen einzelne therapeutische Bereiche in unterschiedlichem Umfang zum Einsatz. Für jede Patientin/jeden Patienten wird ein individueller, mit ihr / ihm 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.

Formen der onkologischen Rehabilitation

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 Ihnen und/oder Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt beantragt werden.

Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation

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

Wichtig! Eine AHB/AR muss innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) angetreten werden. In besonderen Fällen wird die Frist auf vier Wochen verlängert, z.B. bei Wundheilungsstörungen. Eine Besonderheit ist die Verlängerung der Frist auf maximal zehn Wochen nach Bestrahlung im Bereich des Halses oder Rachens, wenn die Nebenwirkungen der Strahlentherapie eine effektive logopädische Therapie nicht früher ermöglichen. Für die Fristverlängerung ist ein medizinisch begründeter Antrag notwendig.

Ist der Beginn der medizinischen Rehabilitation innerhalb dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich, kann die Ärztin oder der Arzt des Krankenhauses zu einem späteren Zeitpunkt eine Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM) einleiten. Der Beginn dieser AGM wird individuell von der behandelnden Ärztin oder dem 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 außerdem in Frage, wenn Sie nicht gesetzlich, sondern privat oder gar nicht krankenversichert sind.

In Kürze:

- Antrag durch Akutklinik oder Strahlentherapieeinrichtung
- Beginn: direkt nach der Krankenhausentlassung oder innerhalb von zwei bis vier 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 Krankheitsrückfall kommen sollte oder andere schwere Erkrankungen eintreten, ist eine Reha-Maßnahme auch vor Ablauf der vier Jahre möglich.

In Kürze:

- Antrag durch Hausärztin/Hausarzt/Patientin/Patient 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 entsprechender Indikation möglich, allerdings nur bei Berufstätigen, wenn die Rentenversicherung Kostenträgerin ist

Voraussetzungen für die Durchführung einer onkologischen Reha

Grundsätzlich gilt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen erforderlich sein, von der Ärztin oder dem Arzt verordnet und vom Kostenträger genehmigt werden muss. Die onkologische Rehabilitation ist als einzige Reha-Art – unter bestimmten Bedingungen – auch für Rentnerinnen/Rentner mit onkologischen Erkrankungen und sogar für nicht-versicherte Angehörige wie Ehepartner/-partnerin oder Kinder möglich.

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 sind
- Sie in der Lage sind, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu reisen
- Sie ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können

Ausnahmen bestehen für Patientinnen/Patienten mit speziellen Körperbehinderungen.

Berufliche Rehabilitation

Die Diagnose Krebs verändert meist das ganze Leben. Davon bleibt auch die berufliche Situation der Erkrankten nicht verschont. Um die berufliche Leistungsfähigkeit nach den Therapien 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 ein Beschäftigter innerhalb von zwölf Monaten insgesamt mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig, ist der Arbeitgeber verpflichtet, dem Beschäftigten die Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements anzubieten.

Hamburger Modell

Ist die Prognose der Ärztinnen/Ärzte 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/der Patient und die behandelnde Ärztin/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/der Arbeitnehmer entweder weiterhin Krankengeld oder sie/er bezieht ein Übergangsgeld – je nachdem welche Trägerschaft zuständig ist: Krankenkasse oder Deutsche Rentenversicherung. Lässt die gesundheitliche Verfassung der Patientin/des Patienten die Fortführung des Programms nicht zu, kann die Maßnahme jederzeit abgebrochen werden.

Intensivierte Rehabilitationsnachsorge

Seit 2019 besteht für berufstätige Menschen die Möglichkeit einer „Intensivierten Rehabilitationsnachsorge“, kurz: IRENA, die von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) angeboten wird. IRENA kommt für Sie in Betracht, wenn Sie nach der Reha noch Probleme in mehreren Bereichen haben. Diese Maßnahme wird ausschließlich in stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt.

Alle Infos zu IRENA finden sich auf der Seite der DRV (www.deutsche-rentenversicherung.de) oder können telefonisch erfragt werden: Tel. 0800 1000 4800; Sprechzeiten Mo - Do 07:30 - 19:30, Fr 07:30 - 15:30.

Gründe für oder gegen die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme

Wann und ob Sie eine Rehabilitationsmaßnahme beantragen, richtet sich nach Ihrem Gesundheitszustand und Ihren persönlichen Bedürfnissen. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt oder anderen Betroffenen (z.B. in einer Selbsthilfegruppe oder dem Internetforum der Frauenselbsthilfe Krebs) darüber. Eine Rehabilitationsmaßnahme ist nicht für alle Menschen gleichermaßen sinnvoll und richtig. Sie haben 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 meiner Ärztin/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 Ihre Ärztin/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 am besten mit der Erkrankung umgehen 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.

Beantragung einer 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, bei den gesetzlichen Krankenkassen, den Versicherungsämtern oder bei den örtlichen Stadt- oder Gemeindeverwaltungen. In Nordrhein-Westfalen ist die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung (www.argekrebsnw.de) ihre Ansprechpartnerin. Diese Stellen sowie ambulante Krebsberatungsstellen sind Ihnen beim Ausfüllen des Antrags gerne behilflich. Zu einem Antrag gehört immer ein Gutachten der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes. Wichtig ist, dass Ihre Ärztin/Ihr Arzt so ausführlich wie möglich Ihren 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 Zahlungsbefreiung (siehe S.19) beifügen. Formulare halten Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und Versicherungsanstalten bereit.

Zuständig für die Kostenübernahme: Renten- oder Krankenversicherung?

Um die Zuständigkeit der Kostenübernahme muss sich eine Patientin/ein Patient meist nicht selbst kümmern. Die Träger klären untereinander, wer für die Rehabilitations-Maßnahme finanziell aufkommt und leiten den Antrag an die richtige Stelle weiter.

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 (450-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/Ehegattinnen, Lebenspartner/Lebenspartnerinnen 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/Privatpatient 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.

Ambulante oder stationäre onkologische Rehabilitation – Was ist sinnvoll?

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

Ob Sie die Anschlussheilbehandlung, 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 sind nicht in alltägliche Verpflichtungen eingebunden.
- Sie haben besonders in den Abendstunden und am Wochenende die Gelegenheit, sich mit anderen Betroffenen 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 Ihrer niedergelassenen Ärztin oder 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 zwei 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 ein 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.

Bin ich während der Rehabilitation finanziell abgesichert?

Als Arbeitnehmer haben Sie für die Zeit der Rehabilitationsleistung einen Anspruch auf Fortzahlung Ihres Entgelts, der im Allgemeinen sechs Wochen beträgt. Ist der Anspruch wegen gleichartiger Vorerkrankung ganz oder teilweise verbraucht, können Sie vom Rentenversicherungsträger Übergangsgeld für die Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Dazu müssen Sie unmittelbar vor dem Beginn der Rehabilitation oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkünfte erzielt und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben. Auch wenn Sie Krankengeld beziehen, können Sie ein Übergangsgeld erhalten, wenn Sie zuvor rentenversicherungspflichtig waren.

Das Übergangsgeld beträgt für Versicherte ohne Kinder 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts, mit einem Kind mit Kindergeldanspruch 75 Prozent. Sind Sie selbständig tätig beziehungsweise freiwillig Versicherter, so wird das Übergangsgeld nicht aus dem letzten Nettoarbeitsentgelt, sondern aus 80 Prozent des Einkommens ermittelt, das den vor Beginn der Leistungen für das letzte Kalenderjahr gezahlten Beiträgen zugrunde liegt.

Erhalten Sie während des Bezuges von Übergangsgeld Arbeitsentgelt oder erzielen Sie Arbeitseinkommen, so werden diese Einkünfte auf das Übergangsgeld angerechnet. Waren Sie unmittelbar vor der Rehabilitationsleistung arbeitslos, erhalten Sie (unter bestimmten Voraussetzungen) Übergangsgeld in Höhe des zuvor gezahlten Arbeitslosengeldes. Empfängern von Arbeitslosengeld II werden regelmäßig die Leistungen vom Träger der Grundsicherung weitergezahlt.

Tipp: Während Ihres stationären Aufenthaltes erhalten Sie vom Sozialdienst des Krankenhauses die Unterlagen zur Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme. Im Regelfall enthalten diese Unterlagen auch ein Formular „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.

Erstattet werden außerdem folgende erforderliche (nicht die tatsächlich angefallenen) Kosten:

- Kosten des Gepäcktransports
- Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind
- Kosten für Kinder, deren Mitnahme an den Reha-Ort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt werden kann

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?

Für Menschen mit einer Krebserkrankung kommen nur Reha-Einrichtungen infrage, die vom Versicherungsträger als geeignet für die Rehabilitation nach Krebs anerkannt sind. Muss die Reha zeitnah beginnen, ist es nicht immer möglich, sich selbst eine Wunschadresse auszusuchen.

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 Renten-

versicherungsträgers. Aussicht auf Erfolg haben Sie insbesondere, wenn es nachvollziehbare, medizinische Gründe für Ihre Wahl gibt. Von einer sozialgerichtlichen Klage ist in der Regel abzuraten, weil die dadurch bedingte Verzögerung der Maßnahme dem eigentlichen Zweck abträglich ist.

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: Eine geeignete Reha-Kliniken können Sie über die Suchmaschine der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e.V.) im Internet suchen: www.bar-frankfurt.de/datenbanken-verzeichnisse/rehastattenverzeichnis.

Treffen Sie eine Vorauswahl und überlegen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, welche Einrichtung für Sie am besten geeignet ist. Äußern Sie Ihren Wunsch bereits bei Antragstellung und bitten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, diesen durch eine Stellungnahme zu unterstützen.

Wichtig ist allerdings, zuvor zu klären, ob in der Klinik zum gewünschten Zeitpunkt überhaupt ein Platz frei ist.

Kann ich meine Kinder / meinen Partner / meine Partnerin mitnehmen?

Angesichts der eigenen Erkrankung kommen bei vielen Frauen noch Sorgen um versorgungsbedürftige Kinder oder den Partner / die Partnerin hinzu. Viele Rehabilitationskliniken haben sich darauf eingestellt und bieten die Möglichkeit, Kinder und / oder Partner / Partnerin 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 / der Partnerin müssen selbst getragen werden.

Bevor Sie sich dazu entschließen, Kinder oder Partner / Partnerin 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 mit Behinderung 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 Patientinnen/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 die attestierende Ärztin oder den attestierenden Arzt. Dabei muss die Belastung durch die bestehenden Symptome deutlich werden. Geben Sie Ihrer Ärztin oder 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 der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes oder entsprechenden Arztberichten nachweisen.

Hinweise für Patientinnen und Patienten im Beamtenverhältnis und für Privatversicherte

Die Kosten für Rehabilitationsleistungen übernehmen auch die Beihilfe (bei Beamten) oder private Krankenversicherungen. Bei Letzteren ist die Kostenübernahme vom Umfang des individuell abgeschlossenen Vertrags der Patientinnen/Patienten abhängig.

Stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sind für Beamte beihilfefähig, wenn sie vorher von der Festsetzungsstelle genehmigt wurden. Der Anteil der Beihilfe an den Aufwendungen richtet sich nach den individuellen Bemessungsgrundsätzen des Beihilfeberechtigten. Der Differenzbetrag kann von einer zusätzlichen Versicherung getragen werden, wenn bei dieser das Risiko individuell vertraglich abgesichert ist.

Weder Beihilfe noch private Krankenversicherung sind Rehabilitationsträger gemäß Sozialgesetzbuch. Beamte können daher Reha-Maßnahmen der Rentenversicherungsträger nicht in Anspruch nehmen. Sie können jedoch z.B. Krebsnachsorgekuren im Rahmen der Beihilfevorschriften beim Bund oder bei den Ländern beantragen.

Unter dem folgenden Link gelangen Sie zu den Beihilfevorschriften bzw. Beihilfeverordnungen des Bundes und der Länder:

www.die-beihilfe.de/beihilfevorschriften

Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs

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, liebgewonnene Familientraditionen zu ändern, wenn es Ihnen gut tut und für Ihren Gesundheitsprozess 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/Patienten, 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 auflösen

Für Menschen mit einer Krebserkrankung 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 Menschen, die Ähnliches erlebt haben und die wissen, wovon man spricht, eine große psychische Entlastung, auch für die Angehörigen.

In den regionalen Gruppen der Frauenselbsthilfe Krebs erhalten Sie Antworten auf Fragen der Alltagsgestaltung und zum Umgang mit Thera-

pieefolgen. Sie werden informiert über soziale Hilfen, Versicherungs- und Schwerbehindertenrecht.

Neben den Gruppentreffen bietet auch das Forum der Frauenselbsthilfe im Internet die Möglichkeit, sich unabhängig von Zeit und Ort mit Gleichbetroffenen auszutauschen: <https://forum.frauenselbsthilfe.de>

Wo sich in Ihrer Nähe eine Gruppe der Frauenselbsthilfe befindet, erfahren Sie im Internet unter:

www.frauenselbsthilfe.de/gruppen.html

oder rufen Sie uns an: 0228 - 3 38 89-400

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/Patienten, 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 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.

In der Rahmenvereinbarung zur Leistungsgewährung im Rehabilitationssport und im Funktionstraining heißt es unter Punkt 4: „Die Erforderlichkeit für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung ist grundsätzlich so lange gegeben, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltungen auf die fachkundige Leitung des/der Übungsleiter/-in/ Therapeuten/-in angewiesen ist, um die genannten Ziele zu erreichen.“

Für gesetzlich Versicherte gelten:

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

Für die Rentenversicherung gilt:

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

In Deutschland gibt es spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge, die über den Deutschen Olympischen Sportbund organisiert werden. Nähere Informationen dazu erhalten Sie über den Deutschen Behindertensportverband: Telefon: 02234 – 6000-303. Internet: www.dbs-npc.de

Die Regelungen für eine Kostenübernahme sind bei den Krankenkassen zu erfragen.

Informationen zu Sportangeboten in der Krebsnachsorge

Sport in der Krebsnachsorge wird in den meisten Bundesländern angeboten. Die Gruppen werden von speziell ausgebildeten Fachkräften geleitet. Die Teilnahme wird in der Regel vom behandelnden Arzt verordnet.

Baden-Württemberg

Badischer Sportbund Freiburg

Tel.: 0761 – 15 246-0

Mail: info@bsb-freiburg.de

Badischer Sportbund Nord e.V.

Tel.: 0721 – 1808-0

Mail: info@Badischer-Sportbund.de

Württembergischer Landessportbund

Tel.: 0711 – 28 077-100

Mail: info@wlsb.de

Bayern

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Bayern e.V.

Tel.: 089 – 544 189-0

E-mail: info@bvs-bayern.com

Berlin

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Berlin e.V.

Tel.: 030 – 30 83 38 70

Mail: info@bsberlin.de

Brandenburg

Landessportbund Brandenburg e.V.

Tel.: 0331 – 97 198-0

Mail: info@lsb-brandenburg.de

Behinderten- und Rehabilitationssportverband Brandenburg e.V.

Tel.: 0355 – 486 463 25

Mail: kontakt@bsbrandenburg.de

Bremen

Landessportbund Bremen

Tel.: 0421 – 79 287-0

Mail: info@lsb-bremen.de

Hamburg

Behinderten- u. Rehabilitations-Sportverband Hamburg e.V.

Tel.: 040 – 41 908-155

Mail: mail@brs-hamburg.de

Hessen

Landessportbund Hessen e.V.

Tel.: 069 – 67 89-0

Mail: info@lsbh.de

Mecklenburg-Vorpommern

Landessportbund Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Tel.: 0385 – 76 176-0

Mail: info@lsb-mv.de

Verband für Behinderten- und Rehabilitationssport M-V e.V.

Tel.: 0381 – 72 17 52

Mail: kontakt@vbrs-mv.de

Niedersachsen

Behinderten-Sportverband Niedersachsen e.V.

Tel.: 0511 – 12 68-5101

Mail: info@bsn-ev.de

Nordrhein-Westfalen

Landessportbund Nordrhein-Westfalen e.V.

Tel.: 0203 – 73 81-0

Mail: info@lsb.nrw.de

Behinderten- und Rehabilitationssportverband Nordrhein-Westfalen e.V.

Tel.: 0203 – 71 74-150

Mail: brsnw@brsnw.de

Rheinland-Pfalz

Landessportbund Rheinland-Pfalz e.V.

Tel.: 06131 – 28 14-0

Mail: lsb@lsb-rlp.de

Behinderten- und Rehabilitationssportverband Rheinland-Pfalz e.V.

Tel.: 0261 – 97 38 78-0

Mail: info@bsv-rlp.de

Saarland

Landessportverband Saarland e.V.

Tel.: 0681 – 3879-110

Mail: info@lsvs.de

Sachsen

Landessportbund Sachsen e.V. -

Tel.: 0341 – 21 63 10

Mail: lsb@sport-fuer-sachsen.de

Sächsischer Behinderten- und Rehabilitationssportverband

Tel.: 0341 – 23 10 660

Mail: sbv@behindertensport-sachsen.de

Sachsen-Anhalt

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Sachsen-Anhalt e.V.

Tel.: 0345 – 5170-824

Mail: info@bssa.de

Schleswig-Holstein

Landessportverband Schleswig-Holstein e.V.

Tel.: 04 31 – 64 86-0

Mail: info@lsv-sh.de

Thüringen

Landessportbund Thüringen e.V.

Tel.: 0361 – 34 054-0

Mail: info@lsb-thueringen.de

Thüringer Behinderten und Rehabilitations-Sportverband e.V.

Tel.: 0361 – 34 53 800

Mail: tbrsv@t-online.de

Online-Suchmaschine für Bewegungsangebote

Außerdem bietet der Deutsche Olympische Sportbund auf seiner Website die Möglichkeit an, auf einer Deutschlandkarte ein Postleitzahlengebiet auszuwählen oder nach Ort oder Postleitzahl zu suchen und so ein Sportangebot (nicht krebsspezifisch) in der Nähe zu finden:

<https://sportprogesundheit.dosb.de/angebote/sport-pro-gesundheit/>

Auch die Frauenselbsthilfe Krebs bietet in einigen Gruppen vor Ort Sport in der Krebsnachsorge an. Näheres erfahren Sie auf den jeweiligen Gruppenseiten im Internet: www.frauenselbsthilfe.de/gruppen.html.

Angebote in der ambulanten Nachsorge

Nach einer erfolgten Krebsbehandlung und Rehabilitation sollten Sie regelmäßig zu einer Ärztin oder 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 die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt entsprechend den Empfehlungen der Behandlungsleitlinien einen sogenannten „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 und angemessen reagiert wird.

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

Die ambulante Nachsorge ist nicht nur als Verlaufskontrolle oder Nachbeobachtung Ihrer Krebserkrankung zu verstehen, sondern soll Ihre physische und psychische Genesung unterstützen.

Weiterführende Informationen

Informationen der Deutsche Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) bietet ein kostenloses Servicetelefon an: Mo - Do von 07:30 bis 19:30 Uhr und Fr von 07:30 bis 15:30 Uhr
Tel.: 0800 – 1000 4800

Außerdem finden sich auf der Website der DRV unter: www.deutsche-rentenversicherung.de in der Rubrik „Beratung und Kontakt“ weitere Kontaktmöglichkeiten und eine Suche nach Beratungsstellen vor Ort nach Ortsnamen oder Postleitzahl.

Informationen zum Thema liefern auch:

- das Infonetz Krebs der Stiftung Deutsche Krebshilfe;
Tel.: 0800 – 80 70 88 77 montags bis freitags von 8.00 bis 17.00 Uhr
- der Krebsinformationsdienst (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum; Tel. 0800 – 4 20 30 40; täglich 8:00 bis 20.00 Uhr
www.krebsinformationsdienst.de
- die Deutsche Krebsgesellschaft e.V.; Tel. 030 – 32 29 32 90;
www.krebsgesellschaft.de
- die Krebsberatungsstellen: Auf der Website des Krebsinformationsdienstes können passende Angebote vor Ort recherchiert werden: www.krebsinformationsdienst.de/service/adressen/krebsberatungsstellen
- 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.

Literatur zum Thema

Patientinnenleitlinie „Brustkrebs im frühen Stadium“, Hrsg. „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Dezember 2018.

Patientinnenleitlinie „Metastasierter Brustkrebs“, Hrsg. „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Dezember 2018.

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 (Tel.: 02 28 / 7 29 90-0) oder im Internet herunter geladen werden: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Patientenleitlinien.8.0.html>

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen; Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.; August 2013.

Die Broschüre informiert umfassend über das Thema onkologische Rehabilitation und kann für 2 € zuzügl. Versandkosten bei der BAR bestellt (Tel.: 069 / 60 50 18-0) oder kostenfrei im Internet herunter geladen werden: www.bar-frankfurt.de/publikationen/arbeitshilfen

Rehabilitation nach Tumorerkrankungen; Hrsg. Deutsche Rentenversicherung; August 2019.

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 (Tel.: 0800 - 1000 480 24) oder im Internet herunter geladen werden: www.deutsche-rentenversicherung.de/

Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Abschnitt D4 „Rehabilitation“ (Februar 2020)

Die Leitlinie enthält Standards zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Erhältlich ist das Werk im Buchhandel oder unter www.senologie.org/leitlinien.php.

Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe Krebs

In der Bundesgeschäftsstelle der Frauenselbsthilfe Krebs können u.a. folgende weitere Informationsmaterialien bestellt werden (Kontaktadresse siehe Rückseite) und stehen im Internet zum Download bereit:

- E-Book/PDF „Soziale Informationen“ (jährlich aktualisiert)
- Broschüre „Leben mit Metastasen“
- Broschüre „Krebs und Lymphödem“
- Orientierungshilfe „Brustkrebs – Was nun?“
- Orientierungshilfe „Frauen mit einer Krebserkrankung und ihre Kinder“
- Orientierungshilfe „Eierstockkrebs“
- Magazin „perspektive“ (kostenfrei abonnierbar)

Hinweis in eigener Sache

Die in dieser Broschüre enthaltenen Informationen werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Eine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte übernehmen wir nicht. Als juristisch verbindlich können ausschließlich die originalen Gesetzestexte, Verordnungen und Richtlinien dienen. Sollten Ihnen Fehler auffallen, freuen wir uns über einen Hinweis.

Ihr Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe Krebs



Die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) ist eine der größten und ältesten Krebs-Selbsthilfeorganisationen Deutschlands. Sie verfügt bundesweit über ein dichtes Netz an regionalen Gruppen, über ein Forum im Internet, eine Telefonberatung und über Netzwerkangebote für Männer mit Brustkrebs sowie für junge, an Krebs erkrankte Menschen. Alle Angebote stehen auch Angehörigen offen. Die Teilnahme an den Gruppentreffen ist unverbindlich und ohne Mitgliedsbeitrag. Probieren Sie unsere Selbsthilfe-Angebote aus! Sie sind herzlich willkommen!



Bundesverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Frauenselbsthilfe Krebs
Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Telefon +49 228 - 3 3889-400
kontakt@frauenselbsthilfe.de
www.frauenselbsthilfe.de

Unter Schirmherrschaft und mit finanzieller
Förderung der Deutschen Krebshilfe



Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.