Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e.V.

Ratgeber Krebserkrankung

ALLROUNDER
FREUNDIN
SUCHENDER
GENIEßERIN
FORSCHERIN
VATER

#Du bist MEHR als deine Krankheit

ALLTAGSHELDIN
HÄUPTLING
TOCHTER
COACH
KOLLEGE
MANAGERIN

Impressum

Herausgeber
Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.
Paracelsusstr. 23 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 4788110 · Fax 0345 4788112
info@sakg.de · www.sakg.de

1. Auflage, Dezember 2019

Autoren: Bianca Hoffmann, Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.
Elisabeth Ritter, Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.
Sabine Schleh, Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.

Wir dankend den Co-Autoren
Dr. rer. medic Michael Köhler (Spezialambulanz Psychoonkologie, Universitätsklinik für Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)
Chefarzt Dr. med. Volker König (Klinik Bad Oexen, Bad Oeynhausen)

Grafiken
Sarah Deibele (Künstlerin | Grafikerin | Illustratorin)
Künstlerhaus 188 (Raum 203); Böllberger Weg 188 | 06110 Halle
www.goldausstroh.de

Alle Rechte vorbehalten.
Diese Druckschrift ist nicht zum Verkauf bestimmt. Nachdruck (auch auszugsweise), Vervielfältigung, Übernahme in elektronische Datenverarbeitungsanlagen, Verwendung von Ausschnitten zu Werbezwecken, sind untersagt und werden als Verstoß gegen die Gesetze zum Urheberrecht und zum Wettbewerbsrecht gerichtlich verfolgt. Jede Nutzung oder Verwertung außerhalb der engen rechtlichen Grenzen ist ohne schriftliche Zustimmung des Herausgebers unzulässig.
Die Herausgabe dieser Broschüre wurde möglich mit freundlicher Unterstützung der Knappschaft und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Inhalt

Vorwort 7

Diagnose
- Umgang mit der Diagnose
- Besondere Angebote für Junge Erwachsene in Sachsen-Anhalt
- Leistungsspektrum der Krankenkassen (ärztliche Zweitmeinung)
- Behandlungszentren/ Spezialisten
- Klinische Studien

Krebs und Familie
- Partnerschaft und Sexualität
- Fertilitätserhalt und Kinderwunsch
- Hilfen und Entlastungsmöglichkeiten bei der Kinderbetreuung
- Kinder krebskranker Eltern

Rehabilitation und Nachsorge
- Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
- Spezialisierte Rehabilitation für junge Erwachsene
- Spezialisierte Nachsorge
- Rehabilitationssport

Krebs und Beruf
- Der Weg zurück in den Arbeitsalltag/ Wiedereingliederung in den Beruf
- Studium und Ausbildung
- Selbstständigkeit
- Schwerbehinderung

Krebs und Finanzen
- Krankengeld
- Übergangsgeld
- Elterngeld
- Erwerbsminderungsrente
- Grundsicherung
- Wohngeld
- Arbeitslosengeld II – Leistungen zum Lebensunterhalt durch das Jobcenter
- Einmalige Beihilfen

Adressen und Weiterführende Informationen
- Ansprechpartner zum Thema Krebs
- Ansprechpartner für junge Krebsbetroffene
- Ansprechpartner zum Thema Kinderwunsch und Familie
- Ansprechpartner zum Thema Rehabilitation
- Ansprechpartner zum Thema Sozialleistungen & Berufliche Teilhabe (Beruf, Ausbildung, Studium)
- Selbsthilfeangebote
- Krebsberatungsstellen in Sachsen-Anhalt

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,
wenn junge Erwachsene an Krebs erkranken, stecken sie in einer völlig anderen Lebenssituation als ältere Krebspatienten: Sie sind mitten in der Ausbildung, in der Lehre oder im Studium, am Anfang ihrer Karriere. Manche sind gerade von zu Hause ausgezogen, gründen eine Familie oder haben kleine Kinder.

Die Entwicklung vieler Abschnitte des Lebens, die bei älteren Patienten meist abgeschlossen ist, wird durch die lebensbedrohliche Erkrankung gestoppt. Es entstehen wieder Abhängigkeiten. Man braucht erneut Hilfe – finanziell sowie auch im Alltag. Die Familienplanung muss in manchen Fällen plötzlich im Schnellverfahren abgeschlossen werden, da Therapien die Fruchtbarkeit einschränken können. Von heute auf morgen muss man Entscheidungen treffen, für die man doch eigentlich noch ganz viel Zeit hatte.

Mit unserer Broschüre „#Du bist mehr als deine Krankheit – Informationen für Junge Krebsbetroffene“ bieten wir auf die Bedürfnisse junger Krebspatienten zugeschnitten Hilfe zur Selbsthilfe. Die häufigsten krebsbedingten Beeinträchtigungen werden beschrieben und entsprechende Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen. Diese Broschüre gibt auch Hinweise, wohin sich junge Krebsbetroffene mit Fragen und Problemen wenden können und wo sie weitergehende Informationen erhalten. Bei manchen Problemen ist eine auf die persönliche Situation abgestimmte fachliche Begleitung und Beratung am hilfreichsten. Die Krebsberatungsstellen der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft unterstützen und begleiten junge Betroffene in dieser Situation, kompetent, einfühlsam und kostenfrei. Wir helfen, wenn alles anders ist.

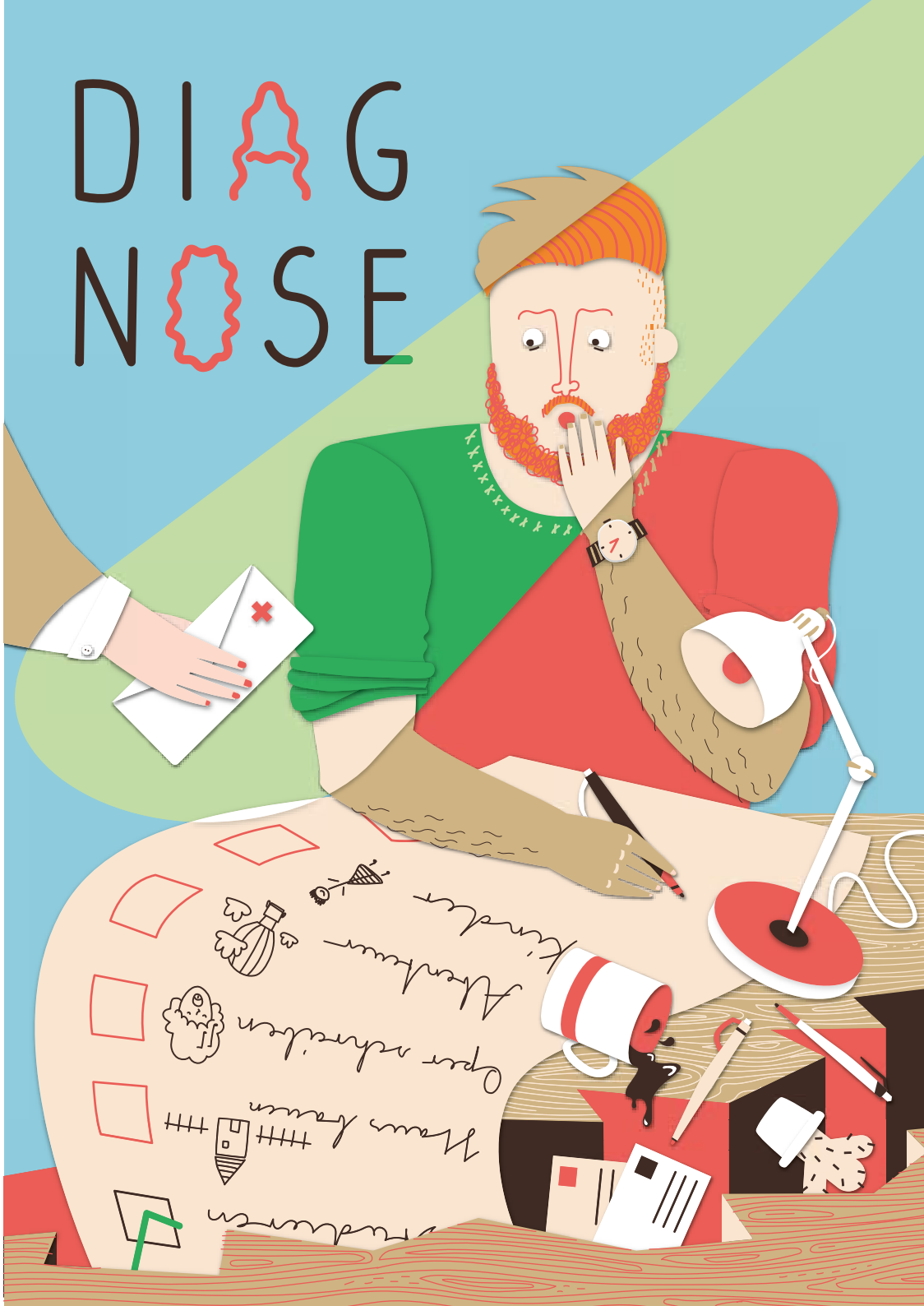
Ihr Team der Sachen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V .

Hinweise

In dieser Broschüre werden u. a. das Leistungsspektrum und die Angebote vieler Sozialleistungsträger und anderer Institutionen vorgestellt. Es werden gesetzliche Regelungen benannt und erläutert, wie sie zum Zeitpunkt der Erstellung der Broschüre Bestand haben. Diese unterliegen jedoch einem ständigen Wandel, so dass die Hinweise und Ausführungen der Broschüre das Gespräch mit einem zuständigen Sachbearbeiter bzw. Mitarbeiter nicht ersetzen.

Die Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V. übernimmt keine Haftungen für Vollständigkeit, Aktualität und Richtigkeit der Angaben. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde an einigen Stellen der Broschüre die männliche Form gewählt. Alle Angaben und Angebote beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

DIAGNOSE



Diagnose

Obwohl das mittlere Erkrankungsalter laut Deutscher Krebshilfe bei 69 Jahren liegt, bekommen jedes Jahr auch rund 15.000 Menschen zwischen 18 und 39 Jahren die Diagnose Krebs. Die Heilungschancen sind mit über 80% bei jungen Erwachsenen besser als bei älteren Patienten. Trotzdem stellt die Diagnose alles infrage. Wie geht's weiter mit Ausbildung, Studium und Job, wie mit Partnerschaft und Familienplanung?

In einer Lebensphase, welche an sich von einem vitalen und durchdringend unabhängigkeitsliebenden „Vorwärts-Gefühl" gefärbt ist, fühlen sich viele junge Krebspatienten plötzlich ausgebremst und abgedrängt: „Kein Stein steht mehr auf dem anderen".

Umgang mit der Diagnose

Direkt nach der Diagnose geht es erst einmal darum, den Schock zu überwinden, zurechtzukommen und die Krankheit zu verstehen. Diese Phase ist besonders prägend und umfasst sowohl praktische als auch psychologische Aspekte:

1. **Lassen Sie Gefühle zu**. Viele Krebspatienten berichten davon, dass es Tage oder sogar Wochen gedauert hat, bis die Realität der Diagnose zu ihnen durchgedrungen ist. Sie fühlen sich benommen und wie betäubt. Um einen Schock zu verarbeiten, muss man etwas fühlen – seien es nun Angst, Wut, Bedauern, Sorgen, Schmerz oder Verzweiflung. Lässt man diese Gefühle nicht zu, trüben diese Ihr Urteilsvermögen, lenken womöglich Entscheidungen, und die Gedanken kreisen nur um die Krankheit. Dafür ist es oftmals hilfreich, sich von jeglichen Urteilen über Gefühle zu verabschieden: Gefühle sind kein Zeichen von Schwäche, sondern von Menschlichkeit. Es bedarf Kraft und Mut, sich ihnen zu stellen. Wenden Sie sich daher an Menschen, die Ihnen nahestehen und denen Sie vertrauen. Infrage kommen Partner, Angehörige und Freunde. Auch Gespräche mit Seelsorgern, Psychoonkologen in der Klinik oder in einer Krebsberatungsstelle können Sie entlasten. Selbsthilfegruppen ermöglichen es Ihnen, mit anderen Krebspatienten offen über Ihre Ängste zu sprechen.
2. **Bitten Sie um Hilfe**. Verschließen Sie sich nicht den Menschen gegenüber, die Ihnen helfen wollen, sondern schaffen Sie sich ein tragfähiges System der Unterstützung. Sie wissen am besten, was Sie brauchen. Hier hilft es, eine Liste mit Wünschen für Familie und Freunde (z. B. Empathie, Offenheit, Essen kochen, sich um die Kinder kümmern, mit dem Hund spazieren gehen, Einkäufe erledigen ...) zu schreiben. Aber auch die Erwähnung nicht erwünschter Reaktionen (z. B. Mitleid, gutgemeinte Ratschläge erteilen, Erwartungen haben, die nicht realistisch sind ...) kann helfen eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und diese auch zu kommunizieren.
3. **Setzten Sie Grenzen**. Machen Sie im beruflichen Kontext und in Ihren Beziehungen zu anderen Menschen deutlich, wo Ihre Grenzen liegen. Sie brauchen Ihre Energie dafür, gute Entscheidungen bezüglich Ihrer Behandlung zu treffen. Dieses gilt auch für die Therapie selbst. Seien Sie dabei standhaft und entschlossen.
4. **Verstehen Sie Ihre Krankheit**. Sich hinsichtlich Ihrer Krebsart zu informieren und weiterzubilden ist eines der wichtigsten Dinge, die Sie nach der Diagnosestellung tun können. Dies macht Sie zu einem selbstbestimmten Patienten! Welche Fragen haben Sie zur Krankheit und zur Behandlung? Vielen Patienten hilft es, weitere Informationen zu erhalten, da die Angst vor dem Ungewissen dann nicht mehr so übermächtig ist. Fragen Sie Ihren Arzt oder holen Sie eine Zweitmeinung ein. Zu solchen Gesprächen sollten Sie eine vertraute Person mitnehmen. Wissenswertes erfahren Sie auch in den Broschüren der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V., in Büchern und im Internet. Auch die Teilnehmer von Selbsthilfegruppen geben ihre Erfahrungen gern weiter.

5. Tun Sie sich etwas Gutes. Anspannung und Angst machen sich auch körperlich bemerkbar. Damit Sie die Dinge wieder etwas gelassener angehen können, sollten Sie sich zwischendurch immer wieder ausruhen und entspannen. Erkundigen Sie sich nach Kursen für Autogenes Training, Yoga, Qi Gong oder Progressiver Muskelrelaxation nach Jacobson. Angebote finden Sie unter anderem bei der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V., bei Krankenkassen und bei der Volkshochschule.

Bekannt ist, dass junge Erwachsene nach Krebs eher von verminderter psychischer Lebensqualität und erhöhtem psychischen Distress als ältere Krebspatienten berichten. Dazu kommt, dass diese seelischen Beanspruchungen Auswirkungen auf den persönlichen wie beruflichen Lebensweg haben können (siehe Tabelle).

Lebensbereiche mit potentiell verstörenden Veränderungen für AYA (Adolescents and Young Adults) Krebspatienten (adaptiert nach NCCN AYA Guidelines®)

- Fertilität und Kinderwunsch
- Mentale Gesundheit und Lebensqualität
- Körperbild, Körpererleben, Körper-Selbst
- Kognitiv-emotionale Leistungsfähigkeit („Chemobrain“)
- Soziale Beziehungen und Familiendynamik (Peer, Eltern, Partner)
- Gesundheitsverhalten bzgl. Rauchen, Alkohol, Ernährung, Sport/ Fitness
- Sexualität
- Konfrontation mit Sterblichkeit
- Verzögerungen oder Verlust der Ausbildung/des Arbeitsplatzes
- Finanzielle Abhängigkeit, Risiko auf finanzielle Notlagen bzw. Verlust des gesetzlichen Systems der Absicherung
- Vertrauen in die eigene Gesundheit
- Zukunftsängste, „weil plötzlich jede Entscheidung, eine für mein ganzes Leben sein kann“

Wir möchten Sie ermutigen! Nutze Sie im Bedarfsfall immer professionelle Hilfe!

Besondere Angebote für Junge Erwachsene in Sachsen-Anhalt

In den universitären pädiatrisch-onkologischen Zentren (Magdeburg und Halle (Saale) gelten hohe Standards in der Nachbetreuung der adoleszenten Patienten. Zudem sollten sich jede psychotherapeutisch arbeitende Psychoonkologin und jeder Psychoonkologe auf Krebsbetroffene zwischen dem 15. und 39. Lebensjahr einlassen können.

Die Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V. bietet das Projekt „#Du bist mehr als deine Krankheit – Beratungsangebote für junge Betroffene“ an. Wir stehen als Zuhörer, Begleiter und Unterstützer zur Seite. „parat“ klingt etwas militärisch ;) Mit frühzeitigen und langfristigen Angeboten einer Krebsberatung können wir bei der Bewältigung von sozialen, finanziellen und beruflichen Problemen helfen.

Am Universitätsklinikum Magdeburg (http://www.khae.ovgu.de/) ist es deutschlandweit erstmals gelungen, für junge Krebsbetroffene ab dem 18. Lebensjahr und deren Angehörige eine psychoonkologische Spezialsprechstunde für junge Erwachsene mit Krebs unter dem Dach einer Ermächtigungsambulanz (Spezialambulanz Psychoonkologie) führen zu dürfen. Das bedeutet für die jungen Erwachsenen, dass sie innerhalb von wenigen Wochen, statt wie ansonsten mit der üblichen Wartezeit von ca. ein bis zwei Jahren, einen ambulanten Termin und im Bedarfsfall einen ambulanten Therapieplatz erhalten. Die Spezialsprechstunde bietet professionelle Diagnostik, Behandlung und Vermittlung zu weiteren Unterstützungsangeboten.

Zudem empfehlen wir:

- die standardisierte Nutzung einer spezifischen AYA-Checkliste bei der strukturierten Aufklärung zur onkologischen Diagnose und Tumortherapie. In dieser Liste werden die, für junge Erwachsene wichtigsten, Inhalte der Aufklärungs- und Beratungsphase nach Mitteilung der Krebsdiagnose abgebildet und erfragt. In der Aufklärung sollten neben den klassischen Themen wie bspw. Festlegung des Behandlungsplanes, Umgang mit und Vermeidung von

Nebenwirkungen auch psychoonkologische Punkte wie bspw. die Förderung patienteneigener Ressourcen und das Angehörigengespräch sowie eine mögliche Einschränkung der Fruchtbarkeit und des Kinderwunsches zur Sprache kommen. Insbesondere das Prüfen der Machbarkeit einer Eizell- oder Spermakryokonservierung sollte seitens des onkologischen Behandlungsteams standardmäßig besprochen werden.

- die Vermittlung und den Zugang zu geprüften, patientengerechten Informationsquellen sowie zu regionalen Ansprechpartnern und interdisziplinären Versorgungsangeboten.
- das AYA-Internetportal der Universitätsklinik für Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation Magdeburg ist seit dem 10. Mai 2013 online und ermöglicht Betroffenen und deren Angehörigen sowie klinischen Ansprechpartnern wie Ärzten, Psychotherapeuten und Pflegekräften den Zugang zu geprüften krankheits- und behandlungsrelevanten Informationen (http://www.khae.ovgu.de/AYA.Info). Darüber hinaus werden hier regionale und gesundheitsrelevante Ansprechpartner angezeigt.
- Die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs und das JUNGE KREBSPORTAL bieten ein breites Spektrum an Informationen zu speziellen Angeboten an. Das JUNGE KREBSPORTAL (http://www.junges-krebsportal.de/) ermöglicht jungen Frauen und Männern, die an Krebs erkrankt oder geheilt sind bzw. an einem Rezidiv leiden, einen schnellen Kontakt zu Expertinnen und Experten in ganz Deutschland, um notwendige Informationen und eine individuelle Beratung zu erhalten. Gespräche sind sowohl vor Ort als auch telefonisch oder im Online-Chat möglich.
- AYApedia(http://www.onkopedia.com/de/ayapedia/guidelines) bietet Informationen für (nicht nur) junge Erwachsene mit Krebs zu den Themenbereichen Bewegung und Sport, Ernährung, Fatigue, Fruchtbarkeit und Fruchtbarkeitserhalt, Psychoonkologie, Rehabilitation und Spiritualität. Der DGHO-Arbeitskreis „Heranwachsende und junge Erwachsene mit Krebs“ hat diese ganz praktischen Patienteninformationen zum Umgang mit der Krankheit und den ggf. auftretenden Therapienebenwirkungen zusammengestellt.
- Der „JungeLeuteTreff“ in Halle (Saale), sowie die Selbsthilfegruppe „Junge Erwachsene mit und nach Krebs“ (ab 18 Jahren) in Magdeburg bieten Ihnen Raum zum Austausch über die eigene aktuelle Situation.

Leistungsspektrum der Krankenkassen (ärztliche Zweitmeinung)

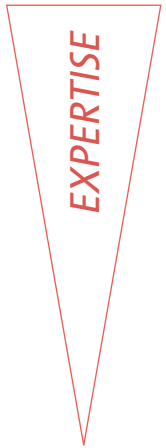
Grundsätzlich besteht für Versicherte Wahlfreiheit unter den Kassenärzten. Dies gilt auch für die Krankenhauswahl. Es muss allerdings eine ärztliche Einweisung für das gewählte Krankenhaus vorliegen. Wenn eine Krebsdiagnose gestellt und ein Therapievorschlag gemacht wurden, besteht die Möglichkeit, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Hierunter versteht man eine zweite Begutachtung bezüglich Diagnose und Therapie durch einen unabhängigen, bisher an der Betreuung des Patienten nicht beteiligten, Arzt. Dies kann wichtig sein für die Einschätzung des aktuellen Krankheitsstandes, die Beurteilung von Risiken und Chancen einer medikamentösen Therapie bzw. eines operativen Eingriffs. Zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung können z. B. Organkrebszentren, onkologische Fachabteilungen von Krankenhäusern und Universitätskliniken bzw. auf Krebstherapie spezialisierte Zentren sowie niedergelassene Onkologen herangezogen werden.

Jeder Patient hat grundsätzlich das Recht, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Die Kosten werden jedoch nicht in jedem Fall von den Krankenkassen übernommen. Deshalb sollten Sie unbedingt vorher bei Ihrer Kasse nachfragen, unter welchen Voraussetzungen eine Kostenübernahme möglich ist. (§ 27b SGB V Zweitmeinung)

Behandlungszentren / Spezialisten

Ist eine stationäre Behandlung notwendig, haben Patienten und Angehörige viele Fragen: Gehe ich in das Krankenhaus in Wohnortnähe oder das im nächsten Ballungszentrum? Welche Therapiemöglichkeiten werden angeboten? Arbeiten im Krankenhaus Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammen oder sind Patienten auf das Wissen nur eines Arztes oder weniger Ärzte angewiesen? Gibt es spezialisierte Ambulanzen, in denen man vor und nach der Therapie betreut werden kann? Nimmt eine Klinik an wissenschaftlichen Studien teil, in denen man unter Umständen sehr früh von neuen Erkenntnissen profitieren kann?

Was versteht man unter einem „Organkrebszentrum“, einem „Onkologischen Zentrum“ oder einem „Onkologischem Spitzenzentrum“? Wo bin ich bestmöglich aufgehoben und werde entsprechend meiner Erkrankung optimal behandelt bzw. versorgt?



Comprehensive Cancer Center	*Das Comprehensive-Cancer-Center steht für eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und patientenorientierte Zusammenarbeit – gestützt auf neueste Forschungsergebnisse (Stufe CCCC)*
Onkologisches Spitzenzentrum	*Onkologische Spitzenzentren sind sehr umfangreich qualifiziert und betreiben inten-sive Krebsforschung (Stufe CCC)*
Onkologisches Zentrum	*Onkologische Zentren sind auf mehrere Tumorarten und Fachgebiet (Stufe CC)*
Organkrebszentrum	*Organkrebszentren sind auf eine Tumorart spezialisiert (Stufe C)*

Organkrebszentren

Organkrebszentren sind auf besondere Tumorarten spezialisiert. Wie bei anderen Bezeichnungen spezieller Zentren gilt auch hier: Organkrebszentren sind in der Regel Teil einer Universitätsklinik oder eines Krankenhauses. Sie sind zertifiziert und können gegebenenfalls ergänzende Zertifizierungen aufweisen. Die Organkrebszentren sind verpflichtet, verschiedene Fachärzte, qualifiziertes Pflegepersonal, aber auch Psychoonkologen und onkologisch geschulte Kliniksozialdienste vorzuhalten. Eine Ambulanz bzw. eine ambulante Sprechstunde müssen vorhanden sein. Derartige Zentren arbeiten mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammen, die die Patienten einweisen und mitbehandeln. Selbsthilfe-Angebote oder Patientenvertreter sind ebenso in die Begleitung der Patienten eingebunden. Von Bedeutung sind „Fallkonferenzen“ oder „Tumorboards“, in denen Diagnosen und Therapien „fachübergreifend“ abgestimmt werden. Zertifizierungen in Deutschland erfolgen gegenwärtig im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaff (DKG).

Onkologische Zentren

Diese Zentren haben sich auf eine ganze Reihe von Krebsarten spezialisiert oder haben besondere Spezialisierungen auf bestimmten Fachgebieten. Eine Zertifikation ist über die DKG möglich. Detaillierte Informationen finden Sie unter www.oncomap.de .

Auch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO), der Bundesverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO) und die AG der Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus (ADHOK) zertifizieren onkologische Zentren. Sie legen dabei jedoch andere Kriterien an. Auf der Liste der DGHO findet man unterschiedlich qualifizierte Zentren, von der Facharztpraxis bis zum Spitzenzentrum (www.onkologie-zertifizierung.de).

Onkologische Spitzenzentren – Comprehensive Cancer Centers (CCC)

Zentren dieser Art verfügen über umfangreichere Besonderheiten und bündeln viele Qualitäten z. B. Ambulanzen, in denen Spezialisten fachübergreifend zusammenarbeiten. Das bedeutet, dass Patienten eine

zentrale Anlaufstelle haben. Auch weitere Angebote wie Ernährungsberatung oder psychoonkologische Betreuung sind zentral und innerhalb der gleichen Einrichtung für die Betroffenen zugänglich. Auch Selbsthilfeorganisationen sind direkt vor Ort eingebunden. Wesentliche Schwerpunkte sind klinische Studien, in denen die Krebstherapie verbessert und neue Verfahren getestet werden. Die Adressen der onkologischen Spitzenzentren findet man unter www.ccc-netzwerk.de.

Charité Comprehensive Cancer Center (CCCC)

Durch die Schaffung von interdisziplinären Strukturen sorgt das CCCC für das bestmögliche Zusammenwirken aller onkologisch tätigen Fachdisziplinen. Grundlage sind moderne Diagnostik und Therapien für alle Krebserkrankungen, welche auch durch interdisziplinäre Forschungsprojekte und die Durchführung klinischer Studien gewährleistet werden. Das Zentrum hält unterstützende Angebote zur Krankheitsbewältigung, Informationen für Krebspatienten und deren Angehörige sowie Fortbildungen für Ärzte und medizinisches Personal bereit. Es führt ein Krebsregister und eine Tumor-Bank.

In aktuell umfassendster deutschlandweiter Kooperation wird somit Spitzenmedizin in Zusammenarbeit mit den regionalen onkologischen Zentren betrieben.

Die Prüfung auf Qualität und Spezialisierung ist für Krankenhäuser in Deutschland keine Pflicht. Es kann ebenso geeignete Kliniken geben, die bisher keines der verfügbaren Zertifikate beantragt haben.

Fazit *Entscheidend bei der Behandlung von Tumorerkrankungen sind erfahrene, gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in der Onkologie, interdisziplinäre, also funktionsübergreifende, Therapien und psychoonkologische und psychosoziale Strukturen an den jeweiligen Behandlungsorten. Einen guten Überblick darüber bekommt man auf den Webseiten der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und denen der Länderkrebsgesellschaften bzw. beim Krebsinformationsdienst in Heidelberg (KID). Achtung: Nur seriöse und belegbare (ratifizierte) Informationen können sinnvoll bei der Bekämpfung der Krebserkrankung helfen Ihnen. [vgl. Adressen und weiterführende Informationen]*

Klinische Studien

„Was sind klinische Studien? Soll ich teilnehmen?“

Ob neue Therapien/Arzneistoffe bei Patienten wirksam und deren Anwendung sicher sind, wird in klinischen Studien untersucht und erforscht. So können wirksamere Medikamente, die beispielsweise Nebenwirkungen verringern sollen, gefunden werden. Bevor in Deutschland Medikamente zugelassen werden, sind Arzneimittelstudien gesetzlich vorgeschrieben. Die neuen Medikamente werden bei der klinischen Prüfung in mehreren Stufen untersucht. Gesetzliche Vorgaben und international gültige Kriterien geben vor, wie eine Studie geplant, durchgeführt und ausgewertet werden muss. Neue Behandlungsmethoden, die nicht auf Medikamente aufbauen, werden ebenfalls, zumeist in klinischen Studien, geprüft wie z. B. neue Operationsverfahren oder Therapien.

Die Teilnahme an klinischen Studien ist immer freiwillig! Patienten dürfen weder dazu gezwungen werden, noch dürfen ihnen Nachteile entstehen, wenn sie die Teilnahme an einer Studie ablehnen.

Welche Klinischen Studien gibt es?

Die Phasen der Klinischen Studien:

- Die Frühe Klinische Studie
- Die Späte klinische Studie
- Prüfung bereits zugelassener Medikamente
- Die Therapieoptimierungsstudie

An frühen klinischen Studien sind nur wenige Probanden bzw. Patienten beteiligt. Behutsam wird untersucht, wie sich ein neues Medika-

ment im Körper verhält, wie es dosiert werden muss, damit es eine entsprechende Wirkung entfaltet und welche Nebenwirkungen auftreten. Ähnlich vorsichtig wird bei anderen Verfahren vorgegangen, etwa bei neuen Bestrahlungstechniken oder Operationsmethoden.

An späten klinischen Studien nimmt eine größere Anzahl an Patientinnen und Patienten teil. In diesem Stadium ist schon relativ viel über die neuen Therapien und Arzneistoffe bekannt. In fortgeschrittenen Studienphasen werden die Wirksamkeit und Risiken genauer untersucht. Unter Prüfung bereits zugelassener Medikamente sind klinische Studien gemeint, bei denen bereits zugelassene Medikamente für andere Anwendungen geprüft werden. Pharmahersteller unterliegen einem offiziellen Genehmigungsverfahren der Arzneimittelbehörde, wenn sie den Anwendungsbereich eines Medikaments erweitern wollen. Klinische Studien müssen auch hier unzweifelhaft zeigen, dass das Medikament bei den neu hinzugefügten Krankheitsbildern wirksam und sicher ist.

Bei einigen Krebsarten empfehlen Kompetenznetzwerke oder Fachgesellschaften, sich im Rahmen von sogenannten Therapieoptimierungsstudien behandeln zu lassen. Hierbei werden neue Verfahren nicht getestet, sondern herkömmliche Therapien leicht verändert. Damit sollen beispielsweise Nebenwirkungen vermindert werden. Eine sorgfältige Überwachung und Betreuung der Patienten ist unbedingt erforderlich und verpflichtend.

Klinische Studien verlaufen nach einem festgelegten Protokoll, in welchem bspw. die Anzahl und Eignung der teilnehmenden Testpersonen, Voraussetzungen zur Studienteilnahme (Ein- und Ausschlusskriterien), Schema der Behandlung und deren Ablauf usw. festgelegt sind. Nicht alle Teilnehmer können neue Präparate erhalten oder von den neuen Methoden profitieren.

Die Probanden werden immer in unterschiedliche Gruppen aufgeteilt. Diese Form bezeichnet man als „Blindstudie“. Den Testpersonen ist nicht bekannt, ob sie eine Prüfsubstanz oder wirkstofffreie Substanz („Placebo“) erhalten. Wissen es die Studienleiter ebenfalls nicht, nennt man diese Form „doppelblind“. Die Verfahren geben Ausschluss darüber, ob der zu testende Arzneistoff besser wirkt als der bisherige, er ggf. genauso wirkt, aber besser verträglich ist usw.. Das ist notwendig, um Fehler auszuschließen und Patienten nicht zu gefährden.

Soll ich teilnehmen?

Studienteilnehmer müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dafür werden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt wie z. B.: vorangegangene Behandlungen, körperliche Verfassung der Teilnehmer, Art und Phase der Krebserkrankung oder auch das Lebensalter.

Sind Studien gefährlich?

Die Sicherheit der Teilnehmer steht immer an erster Stelle. Bevor eine Studie überhaupt begonnen wird, sind Präparate oder therapeutische Verfahren zuvor umfassend im Labor und bei Tierversuchen getestet worden. In internationalen und nationalen Richtlinien (sogenannten Leitlinien) ist im Einzelnen festgeschrieben, wie Studien durchgeführt werden müssen. In wie weit neue Therapien den herkömmlichen gleichwertig oder überlegen sind, sollen diese erst zeigen. Eine Garantie für ein positives Ergebnis kann keiner geben. Ob sich der Gesundheitszustand einzelner Patienten oder einer Patientengruppe deutlich verbessert, wird erst ermittelt. Dabei spielen Komponenten wie Nebenwirkungen usw. eine entscheidende Rolle. Die Prüfphase ist ebenfalls entscheidend. Wie hoch die jeweiligen Risiken sind, hängt von der Prüfphase und den Zielen der Studie ab. Die besten Ergebnisse zeigen sich, wenn viele Vorstudien durchgeführt wurden.

Hat eine Studienteilnahme Vorteile?

Patienten, die an Studien teilnehmen, werden individuell und intensiv betreut. Die Tumorzentren, in denen Studien stattfinden, haben zumeist großer Erfahrungen in deren Durchführung. Wenn eine neue

Methode oder Präparate als vielversprechend bewertet werden, sind die Teilnehmer ggf. die ersten, die davon profitieren. Das Studienziel ist hierbei entscheidend: Leben Patienten länger als bei der Standardbehandlung? Wurden die Nebenwirkungen auf ein erträgliches Mindestmaß herabgesetzt? Kann eine bessere Lebensqualität erreicht werden?

Interessierte Patienten sollten sich ihrer ganz persönlichen Erwartungen und Hoffnungen bewusst sein und mit den Studienzielen abgleichen.

Rechte und Pflichten

Die Teilnahme an Studien ist generell freiwillig. Grundsätzlich müssen Ärzte ausführlich über möglichen Nutzen und Risiken aufklären. Lehnt ein Patient eine Studie ab, dürfen keine Nachteile für ihn entstehen.

Rechte von Studienteilnehmern:

Vor und während der Studie muss jederzeit ausführlich über deren Ziele und Durchführung informiert werden. Studienträger müssen für alle Teilnehmer eine Versicherung abschließen (Probandenversicherung), die das Risiko eventueller gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch die Studienteilnahme absichert. Medizinische und Daten aus einer Krankenakte sind streng vertraulich und werden anonym ausgewertet. Es gelten gesetzliche Bestimmungen zum Datenschutz. Die Studie kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen abgebrochen werden.

Pflichten der Studienteilnehmer:

Mit schriftlicher Einverständniserklärung stimmen die Teilnehmer den vorgesehenen Behandlungen sowie damit verbundenen Untersuchungen zu und müssen regelmäßig zu den vereinbarten Terminen erscheinen. Sie sind verpflichtet, notwendige Auskünfte zu ihrem Befinden bzw. auftretenden Symptomen und Nebenwirkungen zu geben (Fragebögen ...).

Der aktuelle Medikamentenplan muss vor Beginn der Studie den betreuenden Ärzten ausgehändigt werden. Sollte während der Studie ein Wohnort- oder/ und Arztwechsel notwendig sein, sind diese dem Studienleiter mitzuteilen. Je nach Studienplan können weitere Vorgaben dazu kommen. In der Regel kommt der Studienanbieter (Kliniken oder Pharmaunternehmen) für alle anfallenden Kosten auf. Wenn bspw. Fahrtkosten nicht übernommen werden können, muss das vor Beginn einer Studie mitgeteilt werden. Da die Wirksamkeit der Behandlung nicht abschließend nachgewiesen werden kann, gehören die Kosten nicht zum Leistungsumfang der Krankenkassen.

Wie sind passende Studien zu finden?

Die behandelnden Ärzte verfügen über sogenannte Studienregister. Gemeinsam mit dem Interessierten sollte nach einer passenden Studie gesucht werden, falls der Patient daran interessiert ist. Die Kontaktaufnahme mit dem Studienverantwortlichen sollte seitens des Patienten geschehen, um zu prüfen, ob die Studie überhaupt „passt“ bzw. die individuellen Voraussetzungen für die Studienteilnahme gegeben sind.

Fazit *Eine Studienteilnahme kann Ihnen dabei helfen, von den aktuellsten Behandlungsmöglichkeiten zu profitieren. Die Risiken müssen kalkulierbar sein und Sie sollten dahingehend informiert werden, dass der Erfolg für Sie und die damit verbundene Einführung des Medikamentes oder der neuen Behandlungsmethode nicht garantiert werden können. Studien sind aber dennoch notwendig, damit die Mehrheit der Betroffenen ggf. davon profitieren kann.*

Krebs und Familie

Mama trägt jetzt im Sommer eine Mütze

Krebs und Familie

Wie wir mit unseren Gefühlen und Schwächen umgehen können, wenn wir nahestehende krebskranke Menschen begleiten und unterstützen, haben wir in der Broschüre „Angehörige“ erarbeitet. Diese beinhaltet sowohl hilfreiche Informationen als auch weiterführende Adressen.

Partnerschaft und Sexualität

Manchmal gewinnen infolge der schweren Erkrankung Gefühle füreinander an Bedeutung, die vorher verschüttet waren. Die vertraute, aber eventuell oberflächlich gewordene Beziehung verändert sich und Paare entdecken den Kern ihrer Liebe neu. Eine Krebserkrankung kann die Partnerschaft stark belasten oder sogar dazu führen, dass sie daran zerbricht. Auf jeden Fall birgt sie die Chance, den Blick für die wirklich wichtigen Dinge im Leben zu schärfen, einander wieder nahe zu kommen und füreinander da zu sein.

Die körperlichen und psychischen Veränderungen während und nach einer Krebserkrankung können große Ängste hervorrufen und auch das Bedürfnis nach körperlicher Nähe beeinflussen. Wichtig ist hier, miteinander zu reden, die eigenen Befürchtungen und Sehnsüchte offen anzusprechen. Gegenseitiges Verständnis ist am besten möglich, wenn die Partner wissen, was im Anderen vorgeht. Wenn man seinen Körper und seine Gefühle ernst nimmt und diese mit dem Partner teilt, wird sich mit der Zeit wieder Normalität und Erfüllung beim Sex einstellen.

Wenn körperliche oder psychische Probleme die Freude an der Sexualität dauerhaft beeinflussen, kann man sich an eine Beratungsstelle von Pro Familia wenden, Adressen finden Sie unter www.profamilia.de/angebote-vor-ort.html.

Fertilitätserhalt und Kinderwunsch

Möchte ich eine Familie gründen oder noch weitere Kinder haben? Auch bzw. insbesondere mit dieser Frage müssen sich junge Krebspatientinnen und -patienten unmittelbar nach der Diagnose und vor einer geplanten Therapie auseinandersetzen, denn die Behandlung, die ihnen hilft den Krebs zu besiegen, beeinträchtigt häufig die Fruchtbarkeit.

Fruchtbarkeitserhaltende Maßnahmen

Der Erhalt der Fruchtbarkeit (Fertilität) spielt für die meisten Krebspatienten eine große Rolle. Das zeigt eine Studie, in der Patienten drei bis fünf Jahre nach einer Krebstherapie befragt wurden. 76% der befragten Männer und Frauen, die zum Zeitpunkt der Krebstherapie kinderlos waren, gaben an, dass sie sich ein Kind wünschten. 29% der Patienten, die bereits Kinder hatten, planten weitere, und 93% der Patienten fühlten sich trotz der Erkrankung in der Lage, Eltern zu werden. 63% der Patienten, deren Lebenszeit als begrenzt eingestuft wurde, wünschten sich auch in dieser Situation ein Kind. Da die verschiedenen Behandlungsmethoden ein unterschiedliches Risiko beinhalten, kann ein Gespräch mit dem Arzt klären, inwieweit sich die jeweilige Krebstherapie auf die Fruchtbarkeit auswirkt und wie diese gegebenenfalls erhalten werden kann.

In der Krebstherapie kommen verschiedene Behandlungsmethoden zum Einsatz. Bei einer Operation werden der Tumor sowie das betroffene umgebende Gewebe bzw. befallene Lymphknoten bis in den sogenannten „Sicherheitsbereich“ hinein entfernt. Chemotherapie und Bestrahlung zerstören die Tumorzellen. Dabei besteht die Möglichkeit, dass auch gesunde Zellen geschädigt werden. Sind Eierstöcke, Ei- oder Samenzellen betroffen, kann die Fruchtbarkeit beeinträchtigt sein.

Nicht in jedem Fall führen die möglichen Therapien zur Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit, so dass der Kinderwunsch bei der Therapieauswahl berücksichtigt werden kann. Besteht die Wahrscheinlichkeit, dass nach Abschluss der Krebstherapie auf natürlichem Wege kein Kind gezeugt werden kann, stehen Frauen und Männern verschiedene

Maßnahmen zur Verfügung, damit der Wunsch nach Kindern dennoch in Erfüllung gehen kann. Diese müssen jedoch vor der Krebstherapie erfolgen. Dazu gehört zum Beispiel das Einfrieren von Ei- bzw. Samenzellen oder auch von Eierstockgewebe.

Wichtige Fragen nach der Krebstherapie

Wann ist der richtige Zeitpunkt, um nach der Krebstherapie ein Kind zu bekommen? Wie lange braucht der Körper, um sich zu erholen? Eine pauschale Antwort für den richtigen Zeitpunkt gibt es nicht. Es ist immer eine Beratungsentscheidung zwischen Arzt und Patient, abhängig von vielen individuellen Faktoren wie etwa dem Krankheitsverlauf, der notwendigen Therapie, dem Risiko eines Rezidivs und der Prognose sowie dem Alter der Patientinnen und Patienten.

Viele Frauen und Männer können nach überstandener Krebstherapie auf natürlichem Wege wieder schwanger werden bzw. Kinder zeugen. Voraussetzung ist, dass der Hormonzyklus und die Fortpflanzungsorgane wieder vollständig funktionieren. Abhängig von der erfolgten Therapie und dem Alter der Patient*innen benötigt der Körper unterschiedlich lange Erholungszeiten. Bei Frauen ab dem 35. Lebensjahr brauchen die Eierstöcke nach der Chemotherapie ca. ein halbes Jahr, um wieder voll funktionsfähig zu sein, sehr junge Frauen können hingegen oftmals sofort wieder schwanger werden.

Wenn die Erfüllung des Kinderwunsches nicht mehr auf natürlichem Weg erfolgen kann, gibt es die Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung, die künstliche Befruchtung, die assistierte Reproduktion, Kinder als Pflegeeltern zu begleiten oder sie zu adoptieren.

Führt bei Paaren mit Kinderwunsch regelmäßiger Geschlechtsverkehr nach einer gewissen Zeit (ca. 1/2 – 1 Jahr) nicht zum Erfolg, ist der Zyklus unregelmäßig oder bleibt dieser gänzlich aus, sollte ein Arzt konsultiert werden. Bei Frauen erfolgt in der Regel eine körperliche Untersuchung sowie eine Beobachtung und Analyse des Zyklus oder auch eine Kontrolle des Hormonspiegels. Bei Männern wird eine Spermaprobe entnommen und auf Anzahl und Qualität der Samenzellen überprüft. Diese Untersuchungen geben Aufschluss darüber, ob die Krebstherapie relevante Organsysteme für die Eizellen- oder Spermienproduktion geschädigt haben könnte, eine Hormonstimulation bzw. künstliche Befruchtung oder eine andere Kinderwunschbehandlung sinnvoll sind.

Für eine Kinderwunschbehandlung ist es nötig, dass im Vorfeld der Krebstherapie fruchtbarkeitserhaltende Maßnahmen erfolgt sind (z. B. Einfrieren von Eizellen oder dem Gewebe der Eierstöcke, von Samenzellen oder Hodengewebe). Für Krebspatienten können, je nach Befund, verschiedene Methoden der künstlichen Befruchtung infrage kommen:

Intrauterine Insemination (IUI)

Bei der intrauterinen Insemination (IUI) werden zuvor gespendete Spermien über einen Katheter direkt in die Gebärmutter eingebracht. Dies erfolgt zu einem Zeitpunkt, an dem die Chance auf eine erfolgreiche Befruchtung der Eizellen besonders groß ist.

In-Vitro-Fertilisation (IVF)

Bei der In-Vitro-Fertilisation (IVF) kommt es zu einer Befruchtung der Eizellen mit zuvor gewonnenen Spermien im Reagenzglas, in dem sie noch einige Tage heranreifen. Die am besten entwickelten Embryonen (höchstens jedoch 3) werden der Frau in die Gebärmutter eingepflanzt. Nach ca. zwei Wochen kann festgestellt werden, ob die Frau schwanger geworden ist.

Intrazytoplasmatische Spermatozoeninjektion (ICSI)

Die Intrazytoplasmatische Spermatozoeninjektion (ICSI) verläuft ähnlich wie die IVF. Hierbei werden jedoch die Spermien direkt in die Eizelle injiziert.

Sollte mit diesen Verfahren keine Schwangerschaft eintreten, kann

ergänzend ggf. Eierstockgewebe rückverpflanzt werden, das bereits vor der Krebstherapie entnommen wurde, um so die Möglichkeit zu erhöhen, dass die Eierstöcke wieder selbst Eizellen bilden.

Empfehlenswert ist es, fruchtbarkeitserhaltende Maßnahmen und auch die Kinderwunschbehandlung in Kliniken zu planen und durchzuführen, die auf Krebspatienten spezialisiert sind. Damit ist sichergestellt, dass Expertenwissen und die technischen Voraussetzungen auf dem neuesten Stand und auf die entsprechende Patientengruppe zugeschnitten sind. Adressen im jeweiligen Wohnumfeld sind zum Beispiel auf der Webseite der Plattform „Fertiprotekt“ http://www.fertiprotekt.de aufgelistet. Auch wer sich zum Zeitpunkt der Diagnose nicht ausreichend beraten fühlt, findet hier kompetente Ansprechpartner. Hier arbeiten Onkologen und Reproduktionsmediziner eng zusammen, sammeln kontinuierlich Behandlungsdaten und werten diese aus. So ist es möglich, gezielt zu fruchtbarkeitserhaltenden Maßnahmen bei den einzelnen Krebsarten zu beraten und Behandlungen durchzuführen, die auf den neuesten Kenntnissen basieren. Dem Netzwerk sind verschiedene Einrichtungen wie Universitätskliniken, Krankenhäuser und private Kinderwunschzentren angeschlossen, die entsprechende Standards erfüllen.

Behandlungskosten

Die Bedingungen für Kinderwunschbehandlungen und die Art der medizinischen Leistungen, die finanziell von den Krankenkassen unterstützt werden, sind bei den gesetzlichen und privaten Krankenkassen verschieden.

Vor der Behandlung sollten Sie sich bei ihrer Krankenkasse informieren, welche Kosten übernommen werden. In der Regel übernehmen sowohl die gesetzlichen als auch die privaten Versicherungen die ersten Untersuchungen, um zunächst die Ursachen der Kinderlosigkeit zu klären. Aber schon die Kosten für Folgemedikamente, etwa zur Hormoneinstellung oder zur Stimulierung der Eierstöcke, werden von vielen Kassen nur unter bestimmten Bedingungen übernommen. Soll eine assistierte Reproduktion durchgeführt werden, gibt es bei gesetzlichen und privaten Krankenkassen unterschiedliche Regelungen, was Art und Umfang der finanziell unterstützten Behandlungen anbelangt. Findet die hormonelle Stimulation vor einer Samenübertragung, In-Vitro-Fertilisation oder ICSI statt, gehört sie zur jeweiligen Kinderwunschbehandlung. Bei der künstlichen Befruchtung hängt eine Kostenbeteiligung der Krankenkasse davon ab, ob das Paar gesetzlich oder privat versichert ist.

Kostenbeteiligung bei gesetzlich Versicherten

Gesetzlich Versicherte haben nach §27a SGB V einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass sich ihre Krankenkasse an „Medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ beteiligt. Hierfür muss vor Beginn einer Behandlung der Krankenkasse ein Behandlungsplan vorlegen werden, der die geplante Behandlung sowie die anfallenden Kosten enthalten. Im Allgemeinen übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung 50% der Behandlungs- und Medikamentenkosten für insgesamt entweder 8 Zyklen einer Insemination ohne vorherige hormonelle Stimulation oder 3 Zyklen einer Insemination mit hormoneller Stimulation oder 3 Zyklen einer IVF oder einer ICSI-Behandlung.

Die Behandlungen können bei Bedarf nacheinander in Anspruch genommen werden, wenn die vorangegangene Therapie erfolglos war. Nur die jeweils drei Zyklen IVF und ICSI schließen einander aus, da entweder eine IVF oder ICSI angewandt wird. Folgende Voraussetzungen müssen dabei erfüllt sein:

Das Paar ist verheiratet, und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen der beiden Ehepartner verwendet. Beide Ehepartner sind mindestens 25 Jahre alt, wobei die Frau höchstens 40 und der Mann höchstens 50 Jahre alt ist. Die Behandlung ist medizinisch notwendig. Für das ICSI-Verfahren ist bspw. genau festgelegt, welche Grenzwerte im Spermiogramm des Mannes unterschritten sein müssen, damit die

Krankenkassen von einer schweren Störung der männlichen Fruchtbarkeit ausgehen und sich an den Kosten beteiligen. Eine ärztliche Bescheinigung zu ausreichenden Erfolgsaussichten der Behandlung muss vorliegen. Beide Partner müssen sich vor der Behandlung einem HIV-Testunterziehen, um eine AIDS-auslösende Infektion zu vermeiden. Beide Partner haben sich zu den medizinischen und psychosozialen Aspekten der künstlichen Befruchtung beraten lassen.

Gesetzliche Krankenkassen dürfen ihren Versicherten über die 50%ige Kostenbeteiligung hinaus weitere freiwillige Mehrleistungen anbieten. Die Höhe und die Voraussetzungen können sich von Kasse zu Kasse unterscheiden. Deshalb ist es ratsam, sich vor der Behandlung genau über die Leistungen der Krankenkasse zu informieren.

Kostenbeteiligung bei privat Versicherten

Die Regelungen der privaten Krankenkassen sind sehr unterschiedlich. Voraussetzung für eine Kostenübernahme oder -beteiligung ist, dass bei dem/der Versicherten eine organische Ursache für die Unfruchtbarkeit gefunden wird. Lässt sich diese nicht feststellen, ist die Krankenkasse nicht verpflichtet, die Behandlungskosten zu übernehmen. Je nach Versicherungsvertrag gelten keine Altersgrenzen und die Anzahl der Versuche ist, wenn nicht anders vereinbart, nicht pauschal vorgegeben. Vor Beginn einer Behandlung ist es deshalb wichtig, die Kostenübernahme einzelner Behandlungen mit der Kasse zu klären.

Finanzielle Unterstützung von Bund und Ländern

Darüber hinaus kann es Zuschüsse von Bund und Ländern im Rahmen der „Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“ geben. Bund und Länder stellen die finanziellen Mittel gemeinsam zur Verfügung. In jedem Bundesland gelten unterschiedliche Bedingungen. Auch die Höhe der finanziellen Hilfen variiert.

Grundsätzlich können Paare eine finanzielle Unterstützung erhalten, wenn sie im Bundesgebiet ihren Hauptwohnsitz haben, dort eine Reproduktionseinrichtung nutzen und die Voraussetzungen des § 27a SGB V erfüllen. Sind diese gegeben, fördert der Bund grundsätzlich durchgeführte Behandlungen vom ersten bis vierten Behandlungszyklus nach Art der In-Vitro-Fertilisation (IVF) und Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI). Der Zuschuss erfolgt in Höhe von bis zu 25% des den Paaren nach Abrechnung mit der Krankenversicherung verbleibenden Eigenanteils.

Sachsen-Anhalt

Eine besondere Regelung für Krebspatienten gibt es in diesem Bundesland nicht. Betroffene werden auf gleiche Weise behandelt wie Paare mit Unfruchtbarkeit durch andere oder unbekannte Ursachen. Bei Ehepaaren und Paaren, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben, werden in Sachsen-Anhalt die In-Vitro-Fertilisation (IVF) und die Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) im ersten bis dritten Behandlungszyklus gefördert. Das Bundesland übernimmt bei Ehepaaren bis zu 25% der Kosten, bei Paaren, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben, bis zu 37,5% des verbleibenden Eigenanteils (nach Abrechnung mit den Krankenkassen und/oder ggf. Beihilfestellen). Zusammen mit dem Bundesförderanteil ergibt sich eine Gesamtbezuschussung von bis zu 50% des verbleibenden Eigenanteils.

Sofern eine nichteheliche Lebensgemeinschaft von keinem anderen Leistungsträger (z. B. private Krankenversicherung) finanziell unterstützt wird, kann darüber hinaus eine zusätzliche Förderung in Höhe von 12,5% des verbleibenden Eigenanteils erfolgen. Für eine Antragstellung müssen die Paare ihren Hauptwohnsitz in Sachsen-Anhalt haben, eine Reproduktionseinrichtung in Sachsen-Anhalt konsultieren und die Voraussetzungen nach § 27a SGB V erfüllt sein. In begründeten Einzelfällen können für die Landesförderung Ausnahmen durch die Bewilligungsbehörde zugelassen werden.

Die Förderhöchstbeträge liegen für die erste bis dritte IVF bei bis zu 800 Euro und bei der ICSI bei bis zu 900 Euro und sind den zusätzlichen Förderbeträgen für nichteheliche Lebensgemeinschaften gleichgestellt.

Ein gesetzlicher Anspruch auf Gewährung einer Zuwendung für eine künstliche Befruchtung besteht nicht. Es handelt sich um eine ergänzende Bezuschussung. Die Bewilligungsbehörde entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen und im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

Die Zuwendung ist im Hinblick auf andere Erstattungsleistungen nachrangig und erfolgt als nicht rückzahlbarer Zuschuss in Form einer Anteilfinanzierung. Das bedeutet, soweit von dritter Seite (z. B. durch Leistungen der Krankenkassen) eine Kostenerstattung zu 100% gegeben ist, kommt ein Landes- oder Bundeszuschuss nicht mehr in Betracht. Dies gilt auch für die Fälle, in denen die Krankenkassen eine getrennte Aufteilung der Kostenerstattung anbieten, zunächst im Rahmen der gesetzlichen Pflichtleistung und später nach der Landes- und Bundesförderung als nachgelagerte freiwillige Zusatzleistung.

Zuständigkeit für Bewilligung der Landes- und Bundeszuwendung:
Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
Landesjugendamt
Ernst-Kamieth-Straße 2
06112 Halle (Saale)

Alle wichtigen Informationen zum Förderprogramm und zur Beantragung der Zuwendung finden Sie hier:
www.lvwa.sachsen-anhalt.de bzw. unter:
www.informationsportal-kinderwunsch.de

Adoption

Bleibt die Kinderwunschbehandlung auch dann erfolglos, stellt möglicherweise (bis zu einer bestimmten Altersgrenze) auch die Adoption eine Alternative dar. Informationen geben die Adoptionsvermittlungsstellen der Jugendämter, die zentralen Adoptionsstellen der Landesjugendämter und die anerkannten Adoptionsvermittlungsstellen freier Träger.

Hilfen und Entlastungsmöglichkeiten bei der Kinderbetreuung

Inmitten der schweren und plötzlich so veränderten Alltagssituation, nach der Diagnosestellung und bei der Therapieplanung, ist eine Neuorganisation in der Familie mit Betreuung der Kinder und der Haushaltsführung notwendig. Hier fehlen oftmals adäquate Betreuungsangebote und Hilfen, die den Alltag mit der Erkrankung nicht zu einer zusätzlichen Belastung werden lassen, sondern diesen einigermaßen erträglich machen.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z. B. Einkauf, Kochen, Waschen oder Kinderbetreuung. Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn Kinder unter 12 Jahren im Haushalt leben, die haushaltsführende Person zur stationären Behandlung in eine Klinik muss oder aus dieser entlassen wird und nicht in der Lage dazu ist, die anfallenden Tätigkeiten zu erledigen. Zuständig können verschiedene Kostenträger sein. Die Haushaltshilfe kann eine Leistung der Krankenversicherung, der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung sein, bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten auch eine Leistung der Sozialhilfe, die sich dabei an den Leistungen der Krankenversicherung orientiert. Sie stellen entweder direkt eine Haushaltshilfe oder erstatten deren tarifliche bzw. übliche Kosten. Eine Haushaltshilfe muss beantragt werden.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme der Krankenversicherung

Die Krankenkasse stellt eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts nicht gewährleistet ist. Dies geschieht für einen Zeitraum von maximal 26 Wochen, wenn eine Krankenhausbehandlung notwendig ist, medizinische Vorsorgeleistungen in Anspruch genommen werden, eine häuslicher Krankenpflege oder Medizinische Rehabilitation notwendig sind, die Frau unter Schwangerschaftsbeschwerden leidet oder zur Entbindung ins Krankenhaus muss.

Voraussetzung ist ebenfalls, dass bei Antragstellung ein Kind im Haushalt lebt, dass entweder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder eine Beeinträchtigung hat und auf Hilfe bei der Körperpflege bzw. Ernährung angewiesen ist und betreut werden muss.

Ein weiterer Grund für eine Haushaltshilfe ist, dass im Haushalt keine weitere Person lebt (auf Volljährigkeit kommt es nicht an), die den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alters, einem schlechten Gesundheitszustand oder der Überforderung auf Grund des hohen Umfangs der Haushaltsführung. Wichtig ist, dass sich die andere, im Haushalt lebende, Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) wegen der Weiterführung des Haushalts nicht von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, sondern diese weiterverfolgen kann.

Eine Haushaltshilfe kann ununterbrochen für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, genehmigt werden. Sie kann seit dem 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob diese, über die genannten Voraussetzungen hinaus, freiwillig die Kosten für die Haushaltshilfe übernimmt (§ 11 Abs. 6 SGB V). Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme seitens der Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen Medizinischer oder Beruflicher Rehabilitation nicht möglich ist, ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder es eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung sowie keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alters, eines schlechten Gesundheitszustandes oder des Umfangs der Haushaltsführung.

Wichtig ist hierbei ebenso, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss.

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen sowie die Rahmenbedingungen der Medizinischen Rehabilitation oder der Berufliche Reha zu erfüllen.

Bitte klären Sie mit Ihrer Krankenkasse,, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in deren Satzung festgelegt ist. Anspruch auf Haushaltshilfe haben Sie auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus (Grundsatzurteil des BSG vom 23.11.1995). Zudem müssen die weiteren o. g. Voraussetzungen vorliegen. Bei „normalen“ Krankheiten, z. B. Grippe, wird in der Regel keine Haushaltshilfe bewilligt. Einige Krankenkassen haben in ihrer Satzung jedoch Ausnahmen festgelegt oder übernehmen in Einzelfällen die Kosten dafür freiwillig, wenn eine ärztliche Verordnung dafür vorliegt. Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge Ihrer Erkrankung nicht

gewährleistet ist, könne Sie beim Jugendamt ein Antrag auf ambulante Familienpflege stellen. Falls Sie als Familie Leistungen der Sozialhilfe erhalten, besteht die Möglichkeit, „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts“ beantragen.

Sachleistungserbringung

Vorrangig erbringen die Krankenkassen, die Unfallversicherungsträger und die Rentenversicherungsträger eine Sachleistung, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann.

Die Krankenkassen haben mit Organisationen bspw. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfekräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen diese dann direkt mit der Krankenkasse ab.

Selbst beschaffte Haushaltshilfe

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

Für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrtkosten und des Verdienstausfalls geben. Den Verdienstausfall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

Anderweitige Unterbringung

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder bis zur Höhe der Kosten für die Haushaltshilfe übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht gefährdet ist (Näheres unter Praxistipps für die Anschlussheilbehandlung). Dies gilt vornehmlich bei Gewährung der Haushaltshilfe-Leistung durch die Unfallversicherung bzw. die Rentenversicherung (§ 74 Abs. 2 SGB IX).

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Bei Schwangerschaft und Geburt muss keine Zuzahlung geleistet werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich.

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

Ambulante Familienpflege

Ambulante Familienpflege soll die Betreuung und Versorgung von Kindern bis zum 14. Geburtstag in Notsituationen sicherstellen. Die Betreuung erfolgt im elterlichen Haushalt. Zuständiger Kostenträger ist das Jugendamt. Voraussetzung ist, dass der Antrag auf Haushaltshilfe von der Krankenkasse abgelehnt wurde. Einen Rechtsanspruch auf ambulante Familienpflege gibt es nicht.

Voraussetzungen für die ambulante Familienpflege des Jugendamtes sind, dass das im Haushalt lebende Kind unter 14 Jahre alt ist, das Elternteil, das die überwiegende Betreuung des Kindes übernommen hat, aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen (z. B. Pflegebedürftigkeit, Teilnahme an Bildungsmaßnahmen für die beabsichtigte Aufnahme einer Berufstätigkeit, Inhaftierung, Todesfall) verhindert oder das andere Elternteil wegen berufsbedingter Abwe-

senheit nicht in der Lage dazu ist, die Betreuung und Versorgung des Kindes wahrzunehmen. Hierbei steht das Wohl des Kindes an erster Stelle. Ebenso muss nachweisbar sein, dass die Betreuung und Versorgung der Kinder in der Kindertagesstätte oder im Rahmen der Tagespflege nicht ausreichend ist.

Die Haushaltshilfe als Leistung der Krankenversicherung ist vorrangig. Bei Hilfebedarf wegen gesundheitlicher Einschränkungen muss zuerst die Haushaltshilfe bei der Krankenkasse beantragt werden. Nur wenn dieser Antrag abgelehnt oder nur teilweise bewilligt wird, kann ambulante Familienpflege beim Jugendamt beantragt werden.

Zur Betreuung und Versorgung der Kinder zählen die Säuglingspflege und altersgemäße Kinderpflege, altersentsprechende Beschäftigung und Spiel, die Zubereitung der Mahlzeiten und somit Sicherstellung der Ernährung des Kindes, die Gewährleistung von Terminen (Schulbesuch, Freizeitaktivitäten etc.), die Aufsicht über die Erledigung der Hausaufgaben und deren Kontrolle, Unterstützung in psychischen Belastungssituationen sowie die sonstige Haushaltsführung, z. B. Einkauf, Wäsche-, Haus- bzw. Wohnungspflege.

Ist eine ambulante Familienpflege im elterlichen Haushalt nicht möglich, z. B. wenn sich für bestimmte Zeiten kein Familienpfleger finden lässt, kann beim Jugendamt ausnahmsweise eine Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie oder einem Heim im Rahmen einer kurzzeitig angelegten Vollzeitpflege (im Fall akuter Krisensituationen) beantragt werden. Auskünfte darüber erteilt das Jugendamt.

Vollzeitpflege in einer Pflegefamilie (Kurzzeitpflegestelle)

Als Übergangspflegestelle für Kinder und Jugendliche, bei denen die Erziehung in der Familie nicht sichergestellt ist, gibt es die Vollzeitpflege in einer Pflegefamilie. In der Regel werden Kinder dort nicht auf Grund von familiären Konflikten untergebracht, sondern in Krisensituationen, die z. B. durch Krankenhausaufenthalt des erziehenden Elternteils und berufliche Unabkömmlichkeit des anderen verursacht werden.

Das Jugendamt trägt die Kosten der Vollzeitpflege. Die Eltern der Kinder und Jugendlichen sowie deren Ehegatten/Lebenspartner können unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Kostenbeteiligung herangezogen werden. Dabei richtet sich die Höhe des Beitrags nach der Kostenbeitragsverordnung und kann in der Höhe von Bundesland zu Bundesland variieren.

Weitere Informationen geben z. B. die örtlichen Jugendämter.

Kinderbetreuungskosten in der Rehabilitation

Während der Teilnahme an einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation können unter bestimmten Voraussetzungen Kinderbetreuungskosten erstattet werden. Diese zählen zu den ergänzenden Leistungen einer Rehabilitation, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Diese Leistungen erhalten Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation.

Der zuständige Träger der Rehabilitation erstattet die Kosten der Kinderbetreuung in Höhe von maximal 160 € je Kind während einer Reha unter folgenden Voraussetzungen:

Anstelle einer Haushaltshilfe werden Leistungen zur Kinderbetreuung in Anspruch genommen. Die Kinder sind jünger als 18 Jahre. Die Inanspruchnahme einer Kinderbetreuung ist unvermeidbar.

Mitnahme der Kinder in die Rehabilitationseinrichtung oder anderweitige Unterbringung:

Sind die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe erfüllt, kann das Kind in die Rehabilitationseinrichtung mit aufgenommen werden. Dann übernimmt der Rehabilitationsträger die Kosten für Unterbringung und Betreuung des Kindes. Bei anderweitiger Unterbringung (z. B. bei Verwandten oder in Kindertagesstätten) werden die nachgewiesenen Unterbringungskosten höchstens bis zu den anfallenden Kosten einer Haushaltshilfe übernommen.

Kinder krebserkrankter Eltern

„Kinder bemerken schnell, wenn in ihrer Familie etwas nicht stimmt. Dabei sind ihre Phantasien meist schlimmer als die Realität“, sagt Sven Weise, Geschäftsführer der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V. (SAKG). In ca. 4.000 Familien mit minderjährigen Kindern in Sachsen-Anhalt erkrankt jedes Jahr ein Elternteil an Krebs. Das Beratungsangebot für Kinder krebskranker Eltern der SAKG zielt darauf ab, in den Eltern-Kind-Beziehungen eine Basis zu finden, auf deren Grundlage an den familiären Spannungen gearbeitet werden kann, da eine Krebsdiagnose erhebliche Umstellungen im Familienalltag mit sich bringt.

Was sich aus kindlichen Phantasien entwickeln kann, ist in deren Folgen oft nicht absehbar. Kinder nässen plötzlich wieder ein, ziehen sich zurück oder werden verhaltensauffällig. Schulische Probleme sind in der familiären Beziehungsdynamik womöglich das geringere Übel. Warum sollten Eltern ihre Kinder mit der eigenen Erkrankung belasten? Das renkt sich mit der Zeit doch alles von selbst wieder ein.? Mitnichten, sagen Familientherapeuten. Neue Erkenntnisse in der kindzentrierten Familienberatung belegen, in welchen Dimensionen psychische Belastungen bei Kindern auftreten, wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt.

Nach der Diagnose Krebs und dem damit verbundenen Schock, ist das betroffene Familienmitglied zunächst mit sich selbst beschäftigt. Für Operation(en), Medikation, Therapien und Rehabilitation sind wichtige Entscheidungen zu treffen. Das familiäre Umfeld muss sich in die neue Situation hineinfinden. Aber wie? Sorgen machen sich breit, vermischen sich mit Angst und münden nicht selten in einer Überforderung aller.

Angebote für krebskranke Eltern:

Wichtig für das Eltern-Kind-Gespräch sind die Vorbereitung und die Begleitung des Gesprächs durch eine (Kinder-) Psychologin. Sie bekommen Anregungen zur Auseinandersetzung mit Ihrer individuellen Situation sowie Beratung und Unterstützung bei der Bewältigung von belastenden Situationen im Alltag und dem Umgang mit Kindern und Jugendlichen, Tipps zur Krisenprävention sowie praktische Hinweise und Literaturempfehlungen.

Angebote für Kinder und Jugendliche:

Gemeinsam mit einer Psychoonkologin/ (Kinder-)Psychologin erfolgt eine altersgerechte Vorbereitung der Kinder und Jugendlichen auf das Eltern-Kind-Gespräch. Hilfestellungen zur Verarbeitung von Ängsten und Sorgen sowie körperlich-seelischer Belastungen werden ebenfalls gegeben. Kinder und Jugendliche sind weitaus belastbarer als wir Erwachsenen denken. In offenen Gesprächen können Missverständnisse geklärt sowie das Vertrauen innerhalb der Familie gefestigt werden. Meistern Sie gemeinsam diese neue Situation und reden Sie mit Ihren Kindern! Wir unterstützen Sie mit unserem Beratungsangebot „Wie sag ich`s nur? Mit meinem Kind über Krebs reden“. Im Beratungsraum der SAKG finden die Kinder und ihre Eltern eine angenehme und diskrete Atmosphäre. Er ist gemütlich und kindgerecht eingerichtet, z. B. mit zwei Puppen: „Enno“ und dem „Sorgenfresser“. Mit der pädagogischen Handpuppe „Enno“ können jüngere Kinder ihre Sorgen und Ängste in den „Sorgenfresser“ stecken.

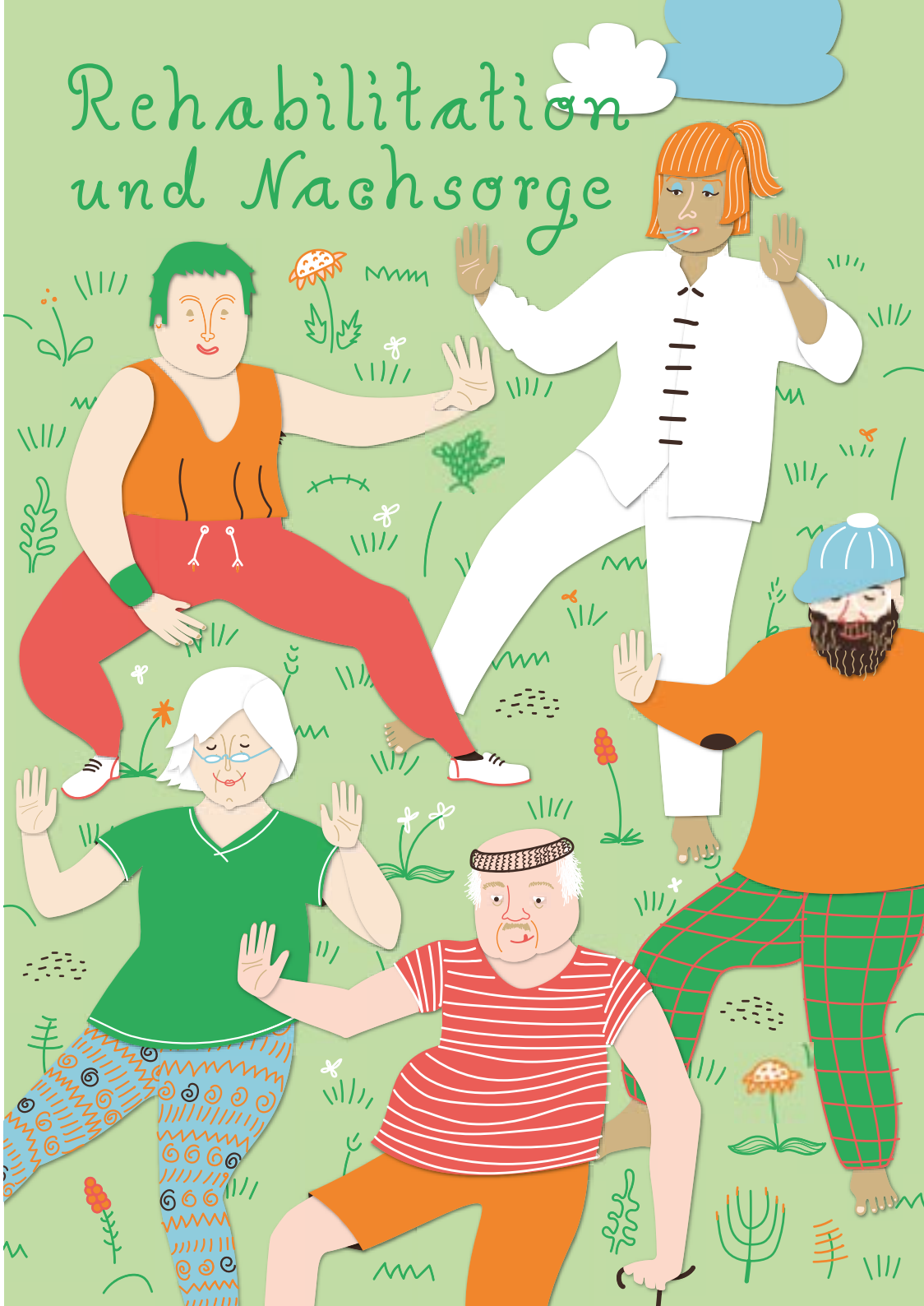
Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

„Hilfen für Kinder krebskranker Eltern e. V.“ gibt es in Berlin, Hamburg, Heidelberg, Leipzig und Magdeburg.

Der Mainzer Verein „Flüsterpost e. V.“ hat zahlreiche Informationen zum Thema zusammengetragen und auf seiner Website (https://kinder-krebskranker-eltern.de/) veröffentlicht. Zudem gibt es eine eigene Beratungsstelle, an die sich Eltern und Kinder jeden Alters telefonisch oder per E-Mail wenden können.

Auch besteht die Möglichkeit, sich über Broschüren zu informieren bspw. „Was Kindern und Jugendlichen hilft, wenn Eltern an Krebs erkranken“ – eine Broschüre der SAKG

Rehabilitation und Nachsorge



Rehabilitation und Nachsorge

Ursachen körperlicher Einschränkungen sind zum einen die maligne Erkrankung selbst, zum anderen aber auch die Folgen der Behandlung sowie der körperlichen Inaktivität während der Therapie. So kommt es innerhalb weniger Wochen zu einem signifikanten Verlust der Muskelmasse (20 – 30%), der Abnahme der Herzleistung um ca. 10 – 15% und zu einer Reduktion der Sauerstoffaufnahme um ca. 20%. Ebenso wird die Immunabwehr geschwächt. Bei einer länger andauernden Inaktivität sind eine Schwächung der Knochenstruktur und ein damit verbundenes erhöhtes Risiko für Frakturen, Thrombosen und Lungenentzündungen sowie eine Verschlechterung von Sensomotorik und Koordination oftmals die Folge.

Da bei vielen Krebserkrankungen eine vollständige Heilung möglich ist, kommen bei jungen Krebsbetroffenen häufig intensivierte Therapiestrategien (Chemotherapie, ggf. Bestrahlung und/oder Operation = multimodales Therapiekonzept) zum Einsatz. Diese führen oftmals zu somatischen Folgestörungen und z. T. gravierenden Veränderungen des Körper- und Selbstbildes. Sozialer Rückzug und Isolation, mit den entsprechenden Auswirkungen auf Partnerschaft und Sexualität, haben großen Einfluss auf den Alltag der Betroffenen. Die Beeinträchtigungen werden in dieser Altersgruppe mitunter stärker wahrgenommen als bei Erwachsenen ab dem mittleren Lebensalter.

Daher empfehlen wir eine, auf junge Erwachsene nach Krebs spezialisierte, Rehabilitation. Diese kann für jene Betroffenen eine Hilfe sein, bei denen es durch die Erkrankung oder als Folge der Therapie zu körperlichen Beeinträchtigungen und/oder seelischen Belastungen gekommen ist. Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland spezielle Rehabilitationseinrichtungen, die für Jugendliche und junge Erwachsene Rehabilitationen anbieten. Adressen von Rehabilitationskliniken sind zu finden auf der Homepage der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs (www.junge-erwachsene-mit-krebs.de) oder können im Gespräch in einer regionalen Krebsberatungsstelle erfragt werden.

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation sind eine Form der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und umfassen gezielte diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, die geeignet sind, den Gesundheitszustand des Krebspatienten zu stabilisieren oder zu bessern und dabei Funktionsstörungen beseitigen bzw. ausgleichen.

Bei onkologischen Erkrankungen kann die Rentenversicherung nur innerhalb eines Jahres nach erfolgter Akutbehandlung Rehabilitationsleistungen erbringen. Liegen erhebliche Funktionseinschränkungen entweder durch die Erkrankung selbst oder auf Grund von Komplikationen oder Folgen der Behandlung vor, können Antragsteller im Einzelfall auch im zweiten Jahr nach Ende der Akutbehandlung eine onkologische Rehabilitation erhalten. Auch die Krankenkasse kann die Form der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen. Zwischen der Kranken- und Rentenversicherung besteht Gleichrangigkeit.

Zeitpunkt, Ort, Dauer und Umfang der Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Die Leistungen zur onkologischen Rehabilitation sollen unmittelbar an die Primär- bzw. Akutbehandlung der Krebserkrankung anschließen (Operation, Chemo-, Strahlentherapie). Unmittelbar heißt, dass die Anschlussrehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung angetreten wird. Eine Fristverlängerung aus tatsächlichen oder medizinischen Gründen ist möglich. Eine Anschlussrehabilitation wird nur erbracht, wenn die Strahlentherapie abgeschlossen ist.

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation dauern in der Regel drei

Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn diese erforderlich ist, um das Rehabilitations- bzw. Behandlungsziel zu erreichen.

Die Leistung zur onkologischen Rehabilitation kann ambulant oder stationär erbracht werden. Bei einer stationären Leistung ist der Versicherte in einer spezialisierten Rehabilitationseinrichtung untergebracht. Bei einer ambulanten Leistung ist der Versicherte während der Woche täglich bis zu 8 Stunden in der Rehabilitationseinrichtung und nachts, sowie am Wochenende zu Hause. Manche Rehabilitationseinrichtungen bieten einen Fahrdienst an.

Der Kostenträger übernimmt alle Kosten für die medizinischen und therapeutischen Maßnahmen während der Leistung zur onkologischen Rehabilitation. Dies gilt ebenso für Unterkunft und Verpflegung, Fahrtkosten und Kosten für den Gepäcktransport. Erstattet werden die Kosten für die An- und Abreise zur/von der Rehabilitationseinrichtung in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel. Bei Nutzung des privaten Kraftfahrzeuges wird eine Wegstreckenentschädigung gezahlt.

Beantragung onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation können sowohl durch die Rentenversicherung als auch durch die Krankenversicherung erbracht werden. Diese können nur gewährt werden, wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird. Spätestens 2 Wochen nachdem der ausgefüllte Rehabilitationsantrag bei einem Rehabilitationsträger eingegangen ist, muss der Träger geprüft haben, ob er dafür zuständig ist. Nach einer weiteren Woche wird (bei Zuständigkeit) über die beantragte Leistung entschieden. Ist ein anderer Rehabilitationsträger zuständig, wird der Antrag zusammen mit den eingereichten Unterlagen an diesen weitergeleitet. Nach eingehender Prüfung legt der Rehabilitationsträger entsprechend den medizinischen und individuellen Bedürfnissen, die Leistung nach Art, Dauer, Umfang sowie den Beginn, die Durchführung und auch die Rehabilitationseinrichtung fest. Bei der Entscheidung und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird dabei den Wünschen entsprochen, sofern sie berechtigt sind. Auch auf die persönliche Lebenssituation der Patienten wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse wird nach Möglichkeit Rücksicht ge nommen. Die Wünsche können sich insbesondere auch auf die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung bzw. den Leistungsort beziehen. Berechtigt sind nur jene Wünsche, die der Zielsetzung der Rehabilitation entsprechen und in der wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bestehen. Darüber hinaus sind auch wirtschaftliche und qualitative Aspekte entscheidend.

Bei einer Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten die Patienten vom Rentenversicherungsträger eine neutrale Bescheinigung über die Dauer der Leistung. Diese ist zur Vorlage beim Arbeitgeber bestimmt.

Wie wird der Antrag gestellt?

Für die Antragstellung sind je nach Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers, dem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf, den persönlichen Voraussetzungen und der Rentenversicherungszugehörigkeit unterschiedliche Formulare notwendig. Diese Formulare sind in den Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, bei Krankenkassen oder unter: www.deutsche-rentenversicherung.de (--> Services --> Formulare & Anträge --> Versicherte, Rentner, Selbstständige --> Rehabilitation --> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation ODER --> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation für nichtversicherte Angehörige) erhältlich.

Wann wird der Antrag gestellt?

Wenn die Akutbehandlung in einem Krankenhaus durchgeführt wird, sollte die Antragstellung auf Anschlussrehabilitation bereits im Krankenhaus erfolgen. Dabei sollten Sie den Sozialdienst der Klinik rechtzeitig um Unterstützung hierfür bitten.

Wenn die Behandlung ambulant in einer onkologischen oder strah-

lentherapeutischen Praxis erfolgt, sollte der behandelnde Arzt rechtzeitig vor dem Ende der Therapie auf die Antragstellung für eine Rehabilitation angesprochen werden.

Nach- und Festigungskuren zählen zu den onkologischen Nachsorgeleistungen, dauern 3 Wochen und können bis zum Ablauf eines Jahres nach der beendeten Akutbehandlung gewährt werden. Wenn erhebliche Funktionsstörungen durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen, können darüber hinaus bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Akutbehandlung erneut Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt werden. Im Gegensatz zur Anschlussrehabilitation besteht jedoch kein gesetzlicher Anspruch auf weitere Reha-Maßnahmen.

Voraussetzungen für die Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahmen

Für die Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahmen müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Es muss eine bösartige Krebserkrankung vorliegen, denn bei Krebsvorstufen oder einem „Carcinoma in situ“ (feingeweblicher Befund eines frühen bösartigen Tumors ohne wucherndes Wachstum) kann eine Leistungserbringung oft nur im Einzelfall geprüft und positiv entschieden werden.

Ebenso muss die Akutbehandlung abgeschlossen sein. Eine weiterhin notwendige Behandlung mit Medikamenten kann in der Reha-Klinik fortgeführt werden. Sehr belastende Chemotherapien sollten jedoch beendet sein.

Der Patient muss rehabilitationsfähig sein, d.h. eine ausreichende Belastbarkeit sollte vorliegen, um aktiv an der Rehabilitation mitwirken zu können. Dies ist besonders wichtig, wenn eine ambulante Rehabilitation durchgeführt werden soll.

Ebenso sollte der Patient reisefähig und in der Lage sein, mit dem eigenen PKW oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Rehabilitationsklinik zu gelangen (kein Krankentransport).

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation können Rentenversicherungsträger für Versicherte u. a. dann erbringen, wenn sie bei der Antragsstellung die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben oder in den letzten 2 Jahren vor Antragsstellung 6 Monate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit eingezahlt haben.

Anspruch auf eine Rehabilitation haben auch Versicherte, die innerhalb von 2 Jahren nach ihrer Ausbildung bis zum Antrag eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt haben, nach dieser bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos waren sowie Patienten, die eine Rente von der Rentenversicherung (z. B. Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) beziehen.

Anspruchsberechtigt können auch nicht versicherte Ehegatten/Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG), Hinterbliebene und Kinder von Versicherten und Rentenbeziehern sein.

Leistungsausschluss

Leistungen werden vom Renten- bzw. Krankenversicherungsträger u. a. nicht erbracht, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegen, Sie eine Beschäftigung mit einer späteren Versorgungsanwartschaft (z. B. Beamte) ausüben, Sie als Bezieher einer Versorgung ab der Altersgrenze versicherungsfrei sind (z. B. Pensionär oder gleichgestellte Personenkreise) oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland ist.

Ergänzende Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Haushaltshilfe

Wird während der Dauer der Rehabilitationsleistung eine Haushaltshilfe zur Fortführung des Haushalts benötigt, übernimmt der Kostenträger der Rehabilitationsleistung auf Antrag unter bestimmten Voraussetzungen auch die Kosten für eine Haushaltshilfe. Unter denselben Bedingungen können Kosten für eine anderweitige Unterbringung von Kindern während der Rehabilitationsleistung übernommen werden.

Familienorientierte Rehabilitationsleistungen

In Einzelfällen ist, in Absprache mit dem Kostenträger und der bewilligten Rehabilitationsklinik, auch die Mitaufnahme von Kindern während der Zeit der Rehabilitation möglich. Die Kostenübernahme ist unbedingt vor Antritt der Leistung mit dem Kostenträger abzuklären. Sollte für eine Leistung eine Begleitperson erforderlich sein (z. B. bei Kindern mit Krebserkrankung) und der Medizinische Dienst der Krankenkassen bestätigt diese Notwendigkeit, werden auch Leistungen im Rahmen einer „Familientherapie“ übernommen. Für Begleitpersonen fallen keine Zuzahlungen an.

Übergangsgeld

Wenn für den Zeitraum der Rehabilitationsmaßnahme kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, kann vom Rentenversicherungsträger Übergangsgeld gezahlt werden. Dies gilt, wenn der Versicherte zuvor durch Berufstätigkeit Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen erzielt und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet hat oder wenn Krankengeld bzw. Arbeitslosengeld bezogen wurde. Übergangsgeld muss beantragt werden. Einzelheiten hierzu siehe Abschnitt „Einkommensarten”.

Zuzahlungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen

Auch für medizinische Rehabilitationsleistungen fallen Zuzahlungen an, deren Höhe vom Kostenträger der Leistung abhängt. Zuzahlungen bei Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Rentenversicherung betragen für eine Anschlussrehabilitation stationär 14 Tage x 10,00 EUR[1]. Bei einer ambulanten Maßnahme ist keine Zuzahlung erforderlich. Für sonstige Rehabilitationsleistungen müssen im stationären Bereich je Tag der Leistung 10,00 EUR (max. 42 Tage/ Jahr)[2] zugezahlt werden während auch hier bei der ambulanten Maßnahme keine Zuzahlung geleistet werden muss.

Bei den Zuzahlungen zu Lasten der Krankenversicherung müssen für eine Anschlussrehabilitation stationär und ambulant für 28 Tage je 10,00 EUR* und für sonstige Rehabilitationsleistungen je Tag der Leistung 10,00 EUR* erbracht werden.

In Abhängigkeit vom mtl. Nettoeinkommen kann eine teilweise oder vollständige Befreiung von der Zuzahlung erfolgen. Diese ist beim zuständigen Kostenträger der Rehabilitationsleistung zu beantragen. Es wird geprüft, ob die Zuzahlung eine unzumutbare Belastung darstellt. Dem Antrag müssen eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung (z. B. ALGII-Bescheid) und ggf. Hinzuverdienstbescheinigungen beigefügt werden.

Zuzahlungstabelle bei Antragstellung im Jahr 2019 zu Lasten der Rentenversicherung

Monatliches Nettoeinkommen		Tägliche Zuzahlung
unter	1.247,00 EUR	keine Zuzahlung
ab	1.247,00 EUR	5,00 EUR
ab	1.370,60 EUR	6,00 EUR
ab	1.495,20 EUR	7,00 EUR
ab	1.619,80 EUR	8,00 EUR
ab	1.744,40 EUR	9,00 EUR
ab	1.869,00 EUR	10,00 EUR

Vollständig von Zuzahlungen befreit sind Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt (Arbeitslosengeld II) bzw. Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Übergangsgeld ohne

[1] Im selben Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte werden in diesen Fällen angerechnet.

[2] Im selben Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen für Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalte werden in diesen Fällen angerechnet. Quelle: Dt. Rentenversicherung, Januar 2019

zusätzliches Erwerbseinkommen erhalten. Bei Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung kann ausschließlich die Krankenkasse über die Befreiung entscheiden.
Die Zuzahlungen für Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Krankenversicherung werden angerechnet. Bei der Entscheidung wird berücksichtigt, ob Sie die vorgeschriebene Belastungsgrenze erreicht ist. Notwendige oder entsprechende Quittungen sind daher unbedingt aufzuheben.

Spezialisierte Rehabilitation für junge Erwachsene

Rehabilitationskonzept

Das Konzept der Rehabilitation junger Krebsbetroffener umfasst verschiedene Schwerpunkte. Die stationäre Behandlung erfolgt in einer Gruppe Gleichaltriger und Gleichbetroffener, die in der Regel eine Dauer von 4 Wochen hat. Mit Hilfe der Gruppe, die auch als „Co-Therapeut" bezeichnet wird, erfährt der Betroffene eine spezielle psychologische Unterstützung. Die Belastungsanforderungen während des körperlichen Rehabilitationsprogramms sind höher als bei älteren Patienten. Eine intensive psychosoziale Betreuung zur Unterstützung einer erfolgreichen schulischen und beruflichen Reintegration ergänzt das Konzept. Bei Interesse und auf Wunsch der Betroffenen gibt es Gesprächsangebote, die spezifische Informationen (ggf. auch als Einzelinformation) zu der jeweiligen Erkrankung beinhalten. Die pädagogische Betreuung, auch außerhalb der regulären Therapiezeiten wie z. B. abends und am Wochenende, ist garantiert.

Rehabilitationsdiagnostik

Zu Beginn der Rehabilitation steht die Identifizierung von Folgestörungen bzgl. der Erkrankung und Therapien, funktioneller Einschränkungen und seelischer Belastungen durch eine entsprechende Rehabilitationsdiagnostik. Dazu gehören u. a. die ärztliche Aufnahmeuntersuchung (inklusive labormedizinischer/apparativ-technischer Untersuchungen, soweit erforderlich), das psychologisches Erstgespräch und ggf. eine zusätzlich erweiterte Diagnostik durch anerkannte psychologische Testinstrumente. Auch die Pflegeanamnese mit Erfassung der Selbsthilfekompetenz des Patienten und die Ermittlung des Pflegebedarfs gehören dazu. Bei der physiotherapeutischen und/oder ergotherapeutischen Statuserhebung mit Feststellung der Funktionsdefizite werden die therapeutischen Strategien festgelegt. Die sportlichen Vorerfahrungen werden mit Hilfe der sportmedizinischen Basiserfassung erfragt sowie analysiert und sind Voraussetzung zur Definition der sporttherapeutischen Ziele. Dabei werden die vorhandenen Einschränkungen und Risikofaktoren berücksichtigt.

Ziele der Rehabilitation

Die Rehabilitationsdiagnostik innerhalb der ersten 1-2 Tage erlaubt die Definition von Rehabilitationszielen. Diese sind z. B. die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Kondition und Ausdauerleistung, der Muskelkraft, die Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit sowie die Motivation zur Intensivierung körperlicher Aktivitäten.

Die psychische Stabilisierung und Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung ermöglichen eine Stärkung des Selbstwertgefühls sowie die Nutzung eigener Ressourcen und führen somit zu einer Steigerung der Lebensqualität. Während der Ernährungstherapie erhalten die Betroffenen Informationen zur krankheitsangepassten Ernährung. Das Gesundheitstraining trägt dazu bei, den Informationsstand über die Erkrankung zu erweitern. Ebenso beinhaltet es die Anleitung zur gesundheitsbewussten Lebensführung.
Im Training sozialer Fähigkeiten wird eine Wiedererlangung einer Tagesstruktur angestrebt, die, insbesondere bei jüngeren Patienten, in der Gruppe wieder eingeübt werden muss.

Für einen nachhaltigen Erfolg der Rehabilitation sind die familiäre und soziale Reintegration, die Reintegration in Schule, Ausbildung, Studium oder Beruf von großer Bedeutung. Sie finden in der Sozialbe-

ratung im Rahmen einer Potenzialanalyse und beim Bewerbungstraining Beachtung. Bei fortbestehenden körperlichen oder psychomentalen Defiziten mit erschwerter Rückkehr in Schule, Ausbildung oder Beruf werden diese neu geplant. Bei Bedarf findet eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in Kooperation mit einem Berufsförderungswerk statt.

Rehabilitative Therapie

Arzt, Patient und therapeutisches Team erarbeiten gemeinsam einen Rehabilitationsplan, der die zuvor definierten Rehabilitationsziele unter Einsatz der verschiedenen Therapiemodalitäten verfolgt. Zur körperlichen Reaktivierung kommt ein (teil-) standardisiertes und kombiniertes Kraftausdauertraining am Gerät (medizinische Trainingstherapie) zum Einsatz. Ergänzt wird dieses durch ein angeleitetes Ausdauertraining (Training auf dem Ergometer und/oder dem Cross-Trainer sowie Laufen/Walking/Nordic Walking). Die Patienten werden zusätzlich ermutigt, selbstständig zu trainieren und ihre Therapiefortschritte zu protokollieren. Gleichgewicht, Koordination und Beweglichkeit werden u. a. bei Step-Aerobic, Wassergymnastik, Aerofit (Gruppentraining mit Spielelementen) sowie dem Klettern an der Kletterwand trainiert. Bei spezifischen Einschränkungen erfolgen eine individuelle Physio- und/oder Ergotherapie, Massagen, Balneotherapie und weitere physikalische Verfahren. Für Patienten mit starken funktionellen Einschränkungen steht die Physiotherapie im Zentrum der Rehabilitation. Diese geht oft mit einer Optimierung der Hilfsmittelversorgung durch die Orthopädietechnik einher. Zur psychischen Stabilisierung kommen Gruppengespräche, ggf. ergänzend auch Einzelgespräche, zum Einsatz. In der Sozialberatung werden wichtige Weichenstellungen für die Reintegration in Ausbildung, Studium bzw. Beruf gestellt. Bei bestimmten Erkrankung bzw. Therapien ist eine Ernährungsberatung/Ernährungstherapie notwendig. In wöchentlichen ärztlichen Visiten bzw. bedarfsorientiert werden der Genesungsverlauf kontrolliert und die Therapien

angepasst. Zusätzlich begleitet das therapeutische Team im täglichen Austausch und in regelmäßigen Besprechungen den Rehabilitationsprozess. Eine aktuell laufende antineoplastische Therapie wird ebenso wie eine notwendige Wundversorgung, Stomatherapie, parenterale Ernährung, Katheterpflege etc. fortgesetzt.

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Am Ende der Rehabilitation steht die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung durch den behandelnden Arzt, die die Möglichkeiten für die weitere Ausbildung, das Studium oder die berufliche Tätigkeit aufzeigt. Sozialmedizinisch relevant sind jene Einschränkungen, die sich voraussichtlich über einen längeren Zeitraum (mehr als 6 Monate) oder auf Dauer negativ auf Ausbildung/Studium oder Beruf auswirken werden. Für die Beantragung einer Rehabilitation sollten Sie Sich auf jeden Fall professionelle Unterstützung, z. B. in einer Krebsberatungsstelle, suchen.

Spezialisierte Nachsorge

Dank des medizinischen Fortschritts ist eine Heilung der Krebserkrankung in vielen Fällen möglich und immer mehr junge Krebsbetroffene überleben die Erkrankung bzw. leben viele Jahre mit einer guten Lebensqualität. Aber Krebserkrankungen und ihre Therapien können auch unterschiedliche körperliche, seelische und soziale Nachwirkungen haben – auch Jahre nach der Behandlung.

Ist die Akutbehandlung bei einer Krebserkrankung beendet, durchlaufen die erwachsenen Patienten i. d. R. eine 5-jährige Nachsorge, die meist ausschließlich auf die Erkennung von Tumorrezidiven ausgelegt ist. Bisher finden eine systematische Diagnostik von Langzeitfolgen und deren Prävention hierbei nur wenig bis keine Berücksichtigung. Um aber diese Langzeitfolgen frühzeitig erkennen und so früh wie möglich therapeutisch eingreifen zu können, kommt der strukturier-

ten Nachsorge eine zentrale Bedeutung zu. Darüber hinaus hat der Lebensstil einen wesentlichen Einfluss auf das Risiko von Langzeitfolgen und den damit verbundenen Beschwerden und Einschränkungen. Somit wird eine umfassende, systematische und effektive Nachsorge für Langzeitüberlebende immer wichtiger.

Beachte: Derzeit gibt es in Deutschland leider noch keine Standards für die Nachsorge junger Erwachsener nach Krebs. Deshalb muss jeder selbst aktiv werden und mit der Onkologin oder dem Onkologen einen Nachsorgeplan erstellen.

Mit der Nachsorgesprechstunde für junge Erwachsene nach Krebs an der Universitätsklinik für Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation Magdeburg wurde 2017 im Rahmen eines deutschlandweiten Forschungsprojektes die erste Sprechstunde dieser Art in Sachsen-Anhalt initiiert. Nach einer ausführlichen Bedarfsanalyse in den drei Bereichen körperliche Aktivität, Ernährung und psychosoziale Belange wird besprochen, ob der Bedarf einer spezialisierten Beratung in einem der drei genannten Gebiete besteht. Doch ganz gleich, ob Sie Patientin oder Patient dieser Universitätsklinik in Magdeburg sind oder nicht, Sie brauchen eine auf Sie abgestimmte Nachsorge!

Rehabilitationssport

In der Krebsnachsorge hat die Sport- und Bewegungstherapie einen festen Platz. Sie wird von Medizinern unbedingt empfohlen, um die Bewegungsfähigkeit des Patienten wiederherzustellen sowie krankheits- oder therapiebedingte körperliche Beeinträchtigungen auszugleichen. Im Fokus der beiden Maßnahmen steht die Hilfe zur Selbsthilfe. Das Ziel soll sein, dass die Übungen nach Beendigung des angeleiteten Trainings selbstständig in Eigenverantwortung weitergeführt werden. Krankenkassen und Rentenversicherer sind zu Leistungen im Rehabilitationssport bzw. zum Funktionstraining verpflichtet. Sie finanzieren die Maßnahme in anerkannten qualifizierten Gruppen und Vereinen. Rehabilitationssport ist ganzheitlich orientiert und wirkt mit den Mitteln

des Sports. In Gruppen mit gleichfalls betroffenen Krebspatient*innen werden Beweglichkeit, Ausdauer, Koordination, Kraft sowie das Selbstbewusstsein des Betroffenen verbessert. Rehabilitationssportarten sind Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen sowie Bewegungsspiele. Rehabilitationssportgruppen werden von zertifizierten Übungsleitern durchgeführt, die verpflichtet sind, sich regelmäßig mit Blick auf die Zielgruppe Krebsbetroffener fortzubilden.

Adressen von Rehabilitationssportgruppen in der Region können Sie beim Behinderten- und Rehabilitationssportverband Sachsen-Anhalt (www.bssa.de), bei den Krankenkassen oder bei der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft erfragen bzw. finde Sie auch im Anhang. Die Sportverbände bieten Reha-Sport innerhalb von Sportvereinen an. Weitere Informationen finden Sie in der Broschüre „Krebs und Sport – Regeneration für Körper, Seele, Geist“ der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft.

<u>Verordnung von Rehabilitationssport</u>

Stellt der Arzt bereits während der Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik die Notwendigkeit von Rehabilitationssport fest, ist die dortige Aufklärung des Patienten über Nachsorgeangebote wünschenswert. Der behandelnde Arzt der Rehabilitationseinrichtung kann zu Lasten des Rentenversicherungsträgers Rehabilitationssport verordnen, in dem er auf dem dafür vorgesehenen Vordruck (G 850/ G852/35 G 854) die Sportart sowie die Anzahl der wöchentlich notwendigen Trainingsstunden festlegt. Die betreffende Maßnahme muss dann innerhalb von 3 Monaten nach der Rehabilitation beginnen. Der Patient sollte mit seinem behandelnden Arzt am Heimatort Rücksprache halten und ihm eine Ausfertigung der Verordnung aushändigen. Bestehen ärztlicherseits Bedenken gegen diese Verordnung, verliert sie ihre Gültigkeit.

Ebenso kann der behandelnde Arzt der Rehaklinik in seinem Abschlussbericht eine entsprechende Empfehlung für die Durchführung von Rehabilitationssport vermerken. Der weiterbehandelnde Arzt zu

Hause kann der Empfehlung folgen und ggf. eine entsprechende ärztliche Verordnung ausstellen. Diese muss Diagnose, Gründe und Ziele, Dauer und Anzahl der notwendigen wöchentlichen Übungseinheiten sowie eine Empfehlung der geeigneten Sportart beinhalten.

Hierzu gibt es spezielle Unterlagen, die von den Ärzten bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung angefordert werden können. Dieser „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport“ zu Lasten der Krankenversicherung (Muster 56), kann im Gegensatz zu Rezepten für die Physio- oder Ergotherapie, unabhängig vom zur Verfügung stehenden Quartalsbudget des verordnenden Arztes gestellt werden. Vor Beginn der Maßnahme muss sich der Versicherte durch Einreichen des Antrages die Genehmigung der Krankenkasse einholen. Die Krankenkasse sendet den genehmigten Antrag an den Versicherten zurück.

Die Beteiligung an den Kosten für Reha-Sport erfolgt entweder durch die Krankenkasse oder durch den Rentenversicherungsträger. Für den Rehabilitationssport gelten dabei folgende Grenzen: bei den Krankenkassen: 50 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 18 Monaten; bei bestimmten Erkrankungen bis zu 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten sowie dem Rentenversicherungsträger: 6 Monate, längstens 12 Monate bei medizinischer Erforderlichkeit.

Danach muss der behandelnde Arzt eine neue Verordnung (Muster 58) ausstellen. Diese Folgeverordnung ist laut den Empfehlungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation jedoch nur möglich, wenn „die Motivation zur langfristigen Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht gegeben ist.“

Tipp *Wird Ihre Folgeverordnung durch den entsprechenden Kostenträger abgelehnt, fragen Sie bitte nach dem Grund der Ablehnung. In einem Gespräch lassen sich Unstimmigkeiten unter Umständen klären. Bleibt es jedoch bei der negativen Entscheidung, denken Sie doch alternativ über eine Mitgliedschaft in dem entsprechenden Verein nach. Bei Zahlung eines Mitgliedsbeitrages können Sie den Sport in Ihrer Gruppe auch ohne Verordnung weiterführen.*

<u>Präventionsprogramm</u>

CARE for CAYA (Comprehensive Assessments and Related interventions to Enhance longterm outcome for Children, Adolescents and Young Adults) wurde entwickelt, um frühzeitig und vorsorgend auf diese Langzeitfolgen einzuwirken. Im Fokus des Programms stehen intensive Beratungsangebote aus den Lebensstilbereichen „Ernährung“, „Sport und körperliche Aktivität“ sowie „Psychoonkologie“, um einen gesunden Lebensstil zu fördern und Hilfestellung bei der Umsetzung zu geben. Deutschlandweit beteiligen sich 14 Zentren am CAYA-Konsortium. Im Projekt werden psychische Belastungsfaktoren sowie Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten mittels Fragebögen erhoben. Besteht Interventionsbedarf, werden die Patienten durch ein Zufallsprinzip in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Patienten der Interventionsgruppe können eine intensivierte Beratung durch Psychoonkologen, Sporttherapeuten und/oder Ernährungsberater erhalten. Patienten der Kontrollgruppe haben die Möglichkeit, ein einmaliges Beratungsgespräch wahrzunehmen sowie die Intervention 1 Jahr später zu beanspruchen. Das Programm wird für einen Zeitraum von 3 Jahren über den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses mit 3,1 Mio. Euro finanziert. Unterstützung kommt zudem von der AOK und der Techniker Krankenkasse.

Krebs
und
Beruf

Krebs und Beruf

Krebserkrankungen, insbesondere im jungen Erwachsenenalter, führen vielfach zu zeitlichen Verschiebungen bzw. Veränderungen in der Ausbildungs- Studien- oder Arbeitssituation. Dies betrifft sowohl den theoretischen Teil als auch die vorgesehenen Praktika. Auch Partnerschaften oder junge Ehen werden davon beeinflusst, da die Krebserkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen und Änderungen des Lebensplans die Bindung an einen festen Partner auf die Probe stellt.

Die nach Abschluss der Behandlung anstehende Wiedereingliederung in Ausbildung und Beruf muss neben somatischen auch psychosoziale Aspekte berücksichtigen. Entschieden werden muss, ob die bisherige Ausbildung oder das begonnene Studium bzw. die berufliche Tätigkeit unter Berücksichtigung ggf. bestehender Einschränkungen fortgeführt werden können. Hinderungsgründe können neben physischen Faktoren auch kognitive Einschränkungen sowie psychische Beeinträchtigungen sein.

Die Reintegration in Schule, Ausbildung, Studium bzw. Beruf sollte sich möglichst direkt an die Rehabilitationsmaßnahme anschließen, damit die erreichte Selbstsicherheit, Motivation und Tagesstruktur nicht wieder verloren gehen.

Da Krankheitsverläufe, Lebensbiografien sowie soziale und familiäre Strukturen immer individuell betrachtet werden müssen, kann persönliche Beratung bzw. Begleitung in Krebsberatungsstellen über einen gewissen Zeitraum der Weg zu sicheren Häfen sein, ein Kompass durch eine beunruhigende Zeit. Damit können psychoonkologische Krisenentlastungsgespräche bzw. Orientierungshilfen gemeint sein oder ein Coaching für Wiedereingliederungsgespräche.

Ausführliche Informationen gibt es in der Broschüre „Krebs und Erwerbsleben“.

Der Weg zurück in den Arbeitsalltag

Betriebliches Eingliederungs-Management (BEM)

Mit BEM meint man alle Maßnahmen und Aktivitäten, die nach längerer Arbeitsunfähigkeit zur Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz durch den Arbeitgeber und nur mit Zustimmung des Betroffenen eingeleitet und durchgeführt werden. Das betriebliche Eingliederungsmanagement kommt bei einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen zur Anwendung. Das Vorliegen eines Behinderungsgrades spielt dabei keine Rolle.

Seit 2004 sind Arbeitgeber dazu verpflichtet, länger erkrankten Beschäftigten ein BEM anzubieten. Es dient dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und ist ein Instrument, dem demographischen Wandel entgegen zu wirken. Gleichzeitig sichert das BEM durch frühzeitige Intervention die individuellen Chancen, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Das BEM-Verfahren setzt sich aus sieben einzelnen Schritten zusammen:

1. Die Fehlzeiten des Arbeitnehmers durch die Arbeitsunfähigkeit werden seitens des Arbeitgebers erfasst und dokumentiert.
2. Der Arbeitgeber setzt sich schriftlich mit dem Arbeitnehmer in Verbindung.
3. Es wird ein Erstgespräch vereinbart, an dem sowohl der Arbeitgeber als auch Vertreter der Mitarbeitervertretung/des Betriebsrates und der Schwerbehindertenvertretung (ggf. des Integrationsfachdienstes) teilnehmen.
4. Der Fall wird besprochen.
5. Ein individueller, situationsangepasster Maßnahmenplan mit zeitlicher Befristung und der Vereinbarung eines weiteren Gespräches wird erstellt.
6. Der Maßnahmenplan wird umgesetzt.
7. In einem zuvor vereinbarten Gespräch werden die Maßnahmen und bereits vereinbarte Zwischenziele überprüft und der Maßnahmenplan bei Bedarf angepasst.

Die Kontaktaufnahme zum Betroffenen erfolgt durch den Arbeitgeber. Wenn der Betroffene dem BEM-Verfahren nicht zustimmt, kann es nicht durchgeführt werden. Daraus dürfen keine Konsequenzen für den Betroffenen entstehen. Stimmt der Betroffene dem Verfahren zu, organisiert der Arbeitgeber, nach Absprache mit dem Arbeitnehmer, die Durchführung des Erstgespräches und auch der Fallbesprechung. Wenn alle Zielmaßnahmen wie Kostenübernahme, finanzielle Absicherung des Betroffenen, Dauer der Maßnahme usw. geklärt und dokumentiert sind, kann die Maßnahme im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung durchgeführt werden. Am Ende des BEM-Verfahrens findet ein Auswertungsgespräch statt, in dem ggf. eine Verlängerung der Maßnahme oder andere, den Arbeitsplatz betreffende, Vereinbarungen verabredet werden. Der Arbeitnehmer sollte sich sorgfältig darauf vorbereiten. Die Mitarbeitenden in den wohnortnahen Krebsberatungsstellen können ihm dabei beratend zur Seite stehen. Zu bedenken ist, welche Leistungen (in Bezug auf den Arbeitsvertrag) er erbringen kann, d. h. welche Tätigkeiten und in welchem Umfang die Arbeitsaufgaben in der nächsten Zeit (6 – 12 Monate) ausgeübt werden können.

Maßnahmen beim BEM-Verfahren

1. Aufgabenanpassung: Schwerpunktverlagerung der Tätigkeit/Verantwortung; flexible Arbeitszeiten
2. Arbeitsplatzanpassung: (PC, Bildschirm, Tastatur, Telefon, Büromöbel...)
3. Umsetzung: interne Versetzung in einen anderen Tätigkeitsbereich
4. Weiterbildung: Erweiterung von spezifischen Fachkenntnissen

Weitere Informationen stellt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales www.bams.de unter dem Suchbegriff „Gesundheit am Arbeitsplatz oder betriebliches Eingliederungsmanagement“ zur Verfügung.

Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell)

Was ist eine stufenweise Wiedereingliederung (STW)?

Viele Patienten im arbeitsfähigen Alter können nach Abschluss der onkologischen Primärtherapie nicht sofort an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Die Folgen der Tumorerkrankung selbst oder Nebenwirkungen von Operation, Chemo-, Strahlen- oder Hormontherapie können die Leistungsfähigkeit erheblich einschränken. Im Anschluss an die Akuttherapie erfolgt in der Regel die Anschlussheilbehandlung (AHB) oder eine erste Rehabilitationsmaßnahme in einer onkologischen Rehabilitationsklinik. Die Rehabilitation hat die Aufgabe, die Patienten in der Genesung zu stärken, ihre körperliche Kondition zu verbessern sowie die Patienten bei der Verarbeitung der Tumordiagnose und deren Folgen zu unterstützen, damit im Anschluss eine berufliche Wiedereingliederung in Angriff genommen werden kann.

In der Rehabilitationsklinik werden die Weichen in Richtung Gesundung gestellt. Die Leistungsfähigkeit der Betroffenen reicht aber oft nicht aus, sofort wieder voll in das Berufsleben einsteigen zu können. Um den Patienten die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit zu erleichtern, wurde das Verfahren der so genannten „Stufenweisen Wiedereingliederung (STW)“ geschaffen, auch bekannt unter dem Namen „Hamburger Modell“. Die STW hat die Aufgabe, die Patienten stufen- bzw. schrittweise wieder an den bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen.

Unter welchen Umständen ist eine stufenweise Wiedereingliederung sinnvoll?

Patienten, die ihre volle Leistungsfähigkeit bereits während der (Anschluss-) Rehabilitation erreichen, benötigen keine STW. Sie werden arbeitsfähig aus der Rehabilitationsmaßnahme entlassen. Bei anderen Patienten sind die Nebenwirkungen der Primärtherapien so erheblich, dass ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer eingeschränkt ist. Oft sind es aber auch psychische Einschränkungen bzgl. der Krankheitsverarbeitung oder kognitive Einschränkungen, wie z. B. das sogenannte „Che-

mobrain“. Darunter versteht man belastende Konzentrationsschwierigkeiten und/oder Wortfindungsstörungen, die durch die Chemotherapie verursacht wurden. Das Erschöpfungssyndrom Fatigue spielt auch eine wesentliche Rolle bei und nach einer onkologischen Reha. Damit ist die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit über eine bestimmte Zeit nicht möglich bzw. ist an dieser Stelle eine STW angezeigt. Für manche Patienten ist es unter Umständen sogar sinnvoller, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen.

Der Wiedereingliederungsplan muss zwischen dem Patienten = Arbeitnehmer, seinem Arbeitgeber, dem Betriebsarzt und dem Kostenträger der Maßnahme (meist die DRV = Deutsche Rentenversicherung), der zuständigen Krankenkasse sowie dem Arzt, der das Verfahren beantragt (Arzt der Reha-Klinik oder Hausarzt), abgesprochen werden. Alle Beteiligten müssen dem Verfahren zustimmen.

Kostenübernahme

Das Sozialgesetzbuch regelt, wer Kostenträger der stufenweisen Wiedereingliederung ist (siehe Tabelle). Bei der überwiegenden Anzahl der Verfahren ist entweder die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) des Patienten zuständig. Nach langen Verhandlungen haben sich die Spitzenverbände der GKV und der GRV im Jahre 2011 auf einen Zeitraum von 4 Wochen geeinigt: Erfolgt die STW innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus der Reha-Klinik, übernimmt die Rentenversicherung die, nicht unerheblichen, Kosten der STW. Ab dem 29. Tag nach Entlassung aus der Reha-Klinik ist die Krankenkasse zuständig.

Während einer STW gilt der Betroffene als arbeitsunfähig. Wenn die Krankenkasse die Kosten der STW übernimmt, erhält der Patient/Arbeitnehmer während der Maßnahme Krankengeld. Erfolgt die Kostenübernahme durch die Rentenversicherung, wird ein sogenanntes Übergangsgeld gezahlt. Der Arbeitgeber ist in dieser Zeit von der Gehaltszahlung für seinen Arbeitnehmer freigestellt.

Zuständiger Kostenträger der stufenweisen WE	**Krankenversicherung**	**Rentenversicherung**
Start der WE nach Entlassung aus der Reha-Klinik	später als 4 Wochen	früher als 4 Wochen
Lohnersatzleistungen während der WE	zahlt Krankengeld	zahlt Übergangsgeld
zuständiger Arzt, der die WE verordnet	Hausarzt	behandelnder Arzt der Reha-Klinik
Gesetzliche Grundlage der WE	§ 74 SGB V	§ 28 SGB IX

Tabelle: Stufenweise Wiedereingliederung (STW); aus Broschüre „Krebserkrankung und Erwerbsleben“, SAKG (2019)

Rechtsgrundlagen für die stufenweise Wiedereingliederung (STW)

Für die gesetzliche Rentenversicherung sind die Vorgaben im § 28 SGB IX geregelt. Dort steht: „Träger der GRV können Leistungen zur stufenweisen Wiedereingliederung von Versicherten im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbringen. Dabei muss die Notwendigkeit zur stufenweisen Wiedereingliederung vom Arzt in der Rehabilitationsklinik festgestellt und das Verfahren von dort eingeleitet werden.“

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist das Verfahren in § 74 SGB V geregelt: „Arbeitsunfähige Versicherte können nach ärztlicher Feststellung (durch ihren Hausarzt) voraussichtlich durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit wieder vollständig in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Der Arzt soll auf einer Bescheinigung „Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben – Wiedereingliederungsplan“ Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben.“

Organisation der stufenweisen Wiedereingliederung

Wenn der betreuende Arzt in der Reha-Klinik gemeinsam mit dem Patienten festlegt, dass die STW zeitnah beginnen soll, organisiert der Sozialdienst der Reha-Klinik die notwendigen Schritte und bereitet die entsprechenden Formulare vor (Checklisten und Informationen für die Versicherten: G831, G832, G833, G830 bzw. unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de).

Wenn Arzt und Patient jedoch gemeinsam feststellen, dass vor Beginn der STW noch eine Genesungszeit von mehr als 4 Wochen erforderlich ist, wird der Patient arbeitsunfähig aus der Reha-Klinik entlassen. Der betreuende Arzt der Reha-Klinik empfiehlt in seinem Entlassungsbericht dem Hausarzt, die stufenweise Wiedereingliederung zu einem späteren Zeitpunkt einzuleiten. Diese Verordnung erfolgt seitens der Hausarztes auf einem speziellen Musterformular der Krankenkasse. Der Wiedereingliederungsplan wird vom Hausarzt und dem Patienten gemeinsam erstellt.

Ablauf der stufenweisen Wiedereingliederung

In der Regel beginnt die stufenweise Wiedereingliederung mit einer Arbeitszeit von 50%, d.h. bei einem zuvor bestehendem 8-Stunden Tag beginnt der Arbeitnehmer jetzt mit vier Stunden pro Tag. In etwa alle zwei Wochen wird die Arbeitszeit um zwei Stunden pro Tag erhöht, so dass nach ca. vier bis sechs Wochen die volle Arbeitszeit von acht Stunden pro Tag erreicht ist. Damit endet die STW. Der Arbeitnehmer wird gesundgeschrieben, und der Arbeitgeber übernimmt wieder die Lohnzahlung.

Von diesem Regime kann im Einzelfall, je nach individuellen Gegebenheiten und Einschränkungen, abgewichen werden. So kann z. B. die STW auch mit nur zwei Stunden pro Tag beginnen und das Verfahren insgesamt, bis zu maximal 6 Monaten, ausgedehnt werden. Auch ist es möglich, eine tageweise Wiedereingliederung durchzuführen, wenn dies dem Betriebsablauf dienlich ist. Beispielsweise kann mit zwei vollen Arbeitstagen und drei Freitagen pro 5-Tage-Woche begonnen werden. Hierbei handelt es sich jedoch um zu begründende Einzelfälle. Im Normalfall (d. h. zu 90%) ist die STW nach sechs Wochen abgeschlossen. Das Verfahren hat sich als sehr erfolgreich erwiesen. In der überwiegenden Zahl aller Fälle können die Arbeitnehmer wieder voll in das Berufsleben integriert werden.

Status während einer stufenweise Wiedereingliederung

Während einer stufenweisen Wiedereingliederung gilt der Arbeitnehmer als krankgeschrieben. Der Arbeitgeber zahlt in dieser Zeit kein Gehalt. Der Arbeitnehmer erhält sogenannte Lohnersatzleistungen, d. h. entweder Krankengeld, wenn die Krankenkasse der Kostenträger ist oder Übergangsgeld, wenn die Rentenversicherung zuständig ist. Während der Zeit der STW hält sich die tägliche Belastung für den Arbeitnehmer in Grenzen. Er kann sich langsam wieder an die berufliche Tätigkeit gewöhnen und weiß, dass er sich nach wenigen Arbeitsstunden erholen kann. Ein Nachteil für den Arbeitgeber ist, dass der Arbeitnehmer nicht voll belastbar ist. Der Arbeitnehmer darf, da er krankgeschrieben ist, während der STW keinen Urlaub nehmen! Der Urlaub kann also erst genommen werden, wenn die STW abgeschlossen und der Arbeitnehmer gesundgeschrieben ist. Die Stufenweise Wiedereingliederung kann aus gesundheitlichen Gründen des Arbeitnehmers oder aus betrieblichen Gründen bis zu längstens sieben Tagen unterbrochen werden. Dabei muss der ursprünglich vorgesehene Stufenplan weiter eingehalten werden. Wenn die Unterbrechung länger als sieben Tage dauert, gilt sie als nicht begonnen und muss zu einem späteren Zeitpunkt erneut beantragt werden.

Fazit Das betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) als betriebliche Maßnahme kann förderlich sein, wenn dadurch ein Austausch mit dem Arbeitgeber in einem frühen Stadium einer Erkrankung stattfindet. Es erhöht die Sensibilität für die Grundsituation. BEM-Gespräche werden relativ zeitig geführt, während die stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss an die Therapien und Behandlungen, in der Regel nach der Anschlussheilrehabilitation (AHB) bzw. nach der erfolgreichen Rehabilitation, dem langsamem Herantasten an den alten Arbeitsplatz dient.
Kehren Sie nach der Erkrankung vollschichtig an Ihren Arbeitsplatz zurück, gehen alle Beteiligten davon aus, dass Sie voll belastbar sind.. Oft fällt sogar zusätzliche Arbeit an, die während der Krankschreibung liegen geblieben ist. Manche Arbeitnehmer halten diese (Über-) Belastung nicht aus und müssen erneut krankgeschrieben werden.
Bei der stufenweisen Wiedereingliederung dagegen ist allen Kollegen und auch dem Arbeitgeber bewusst, dass Sie bei der Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz noch nicht voll belastbar sind und ggf. nicht allen Anforderungen gerecht werden können. Normalerweise werden Ihnen dann nur Teilaufgaben übertragen, so dass Sie, bei reduzierter Arbeitszeit, tatsächlich auch weniger Leistung erbringen müssen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation. LTA umfasst alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit (chronischen) Erkrankungen und/oder Behinderungen fördern. Dazu gehören Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten, Vorbereitungs-, Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, Zahlungen von Zuschüssen an den Arbeitgeber sowie die Übernahme der Kosten, die mit diesen Maßnahmen im Zusammenhang stehen, z. B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern wie der Agentur für Arbeit, dem Jobcenter, dem Sozialhilfeträger, der Jugendhilfe, dem Rentenversicherungsträger oder den Berufsgenossenschaften übernommen.

<u>Das Leistungsspektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist breit angelegt.</u>

Ziel ist es, den bestehenden Arbeitsplatz des Versicherten zu erhalten. Bedroht eine gesundheitsbedingte Einschränkung die Erwerbsfähigkeit des Arbeitnehmers und führt diese möglicherweise zum Verlust des Arbeitsplatzes, wird versucht, durch technische Hilfsmittel oder eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes die Folgen von Funktionseinschränkungen auszugleichen und den Arbeitsplatz somit zu erhalten. Die Leistungen können aber auch zur Schaffung eines neuen, einschränkungsgerechten Arbeitsplatzes genutzt werden oder dazu, eine innerbetriebliche Umsetzung zu realisieren. Vor allem durch Maßnahmen der beruflichen Bildung erhalten die Versicherten theoretische und praktische Grundlagen zur Aufnahme einer neuen Tätigkeit, wenn sie ihre bisherigen Aufgaben auf Grund ihrer eingeschränkten Erwerbsfähigkeit nicht mehr erfüllen können. Arbeitgeber können von der Rentenversicherung Zuschüsse erhalten, wenn sie Menschen mit Beeinträchtigungen einstellen und beschäftigen. Ebenso wird bei Bedarf die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit durch sogenannte Gründungszuschüsse unterstützt.

Die beruflichen Rehabilitationsleistungen sind ebenfalls breit gefächert. Es gibt sowohl Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes bzw. zur Förderung der Arbeitsaufnahme, eine theoretische und praktische Berufsvorbereitung, eine, zeitlich befristete, Arbeitserprobung, berufliche (Weiter-) Bildungsmaßnahmen, Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen, die Übernahme weiterer Kosten sowie die Zuschüsse an den Arbeitgeber.

Die berufliche Rehabilitation sieht auch medizinische, psychologi-

sche und pädagogische Hilfen vor. Diese dienen der Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, der seelischen Stabilisierung sowie dem Erwerb von Schlüsselkompetenzen, wenn sie im Einzelfall notwendig sind.

Seit dem 1.1.2018 erbringt die gesetzliche Rentenversicherung entsprechende Leistungen auch bei Leistungsanbietern nach§ 60 SGB IX.

Die Voraussetzungen dafür sind in den Vorschriften des § 10 SGB VI festgelegt und haben für Versicherte Gültigkeit, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger bzw. seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist oder bei denen die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann. Sie gilt auch für Arbeitnehmer, bei denen bei geminderter Erwerbsfähigkeit die Gefährdung durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt bzw. deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Auch bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit kann der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bedürfen eines Antrages und werden unter Erfüllung bestimmter versicherungsrechtlicher Voraussetzungen und bei einer positiven Prognose im Hinblick auf die Teilhabe am Erwerbsleben gewährt. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gemäß § 11 SGB VI sind gegeben, wenn bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt ist oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird. Der Antrag kann innerhalb der Rehabilitationszeit oder bei Bestehen dauerhafter Funktionsstörungen bei der Rentenversicherung gestellt werden. Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld. Das Übergangsgeld muss bei der Rentenversicherung beantragt werden.

Institutionen zur Unterstützung für Arbeitnehmer und Arbeitgeber im Wiedereingliederungsprozess und bei der Gesundheitsfürsorge

Integrationsamt

Das Amt für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben („Integrationsamt“), ist eine Behörde, die Aufgaben nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 des SGB IX) erfüllt. Integrationsämter sind für alle erforderlichen Maßnahmen und Leistungen zuständig, um schwerbehinderten Menschen mit mindestens 30 Grad Behinderung die Teilhabe am Arbeitsleben zu gewähren.

Dazu zählen Leistungen an den Arbeitgeber zur Schaffung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen, die Einstellung von schwerbehinderten Menschen im Rahmen von Arbeitsmarktprogrammen und Modellvorhaben, die Förderung der innerbetrieblichen Aus- und Weiterbildung, die behindertengerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und Räumen sowie einen Ausgleich durch außergewöhnlichen Belastungen. Zu den Leistungen für den beeinträchtigten Arbeitnehmer gehören u. a. berufsbezogene technische Arbeitshilfen, die nicht Eigentum des AG sind, Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes, berufsbezogene Weiterbildungen am Arbeitsplatz sowie die Gründung und Erhaltung einer selbstständigen Existenz.

Daneben sind Integrationsämter zuständig für den besonderen Kündigungsschutz der (schwer-) behinderten Arbeitnehmer sowie die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgaben. Für Verantwortliche in Betrieben und Verwaltungen (Schwerbehindertenvertretung, Betriebs- oder Personalrat und Arbeitgeberbeauftragte) bieten sie Seminare und Informationsveranstaltungen an.

Besonderer Kündigungsschutz

Die Kündigung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers ist nur mit Zustimmung des Integrationsamtes möglich. Dieses bemüht sich, eine gütliche Einigung sowie die Sicherung des Arbeitsplatzes und unterstützt den Arbeitgeber mit finanziellen Leistungen.

Integrationsfachdienst (IFD)

Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützen sollen. Diese Dienste sind in der Regel in der Trägerschaft freier bzw. gemeinnütziger Einrichtungen. Der IFD berät und begleitet schwerbehinderte Menschen, die einen hohen Bedarf an Betreuung im Arbeitsleben haben und vermittelt sie in Arbeit. Auch Schulabgänger, die beeinträchtigt sind, und Menschen, die in Werkstätten für behinderte Menschen arbeiten, werden bei Bedarf vom Integrationsfachdienst unterstützt, um ihnen den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Zudem können schwerbehinderte Selbstständige vom IFD beraten und unterstützt werden. Der IFD arbeitet im Auftrag von Integrationsämtern, der Agentur für Arbeit und anderer Rehabilitationsträger.

Der IFD ist Ansprechpartner sowohl für schwerbehinderte Arbeitnehmer als auch für Arbeitgeber, die Fragen im Zusammenhang mit schwerbehinderten Arbeitnehmern haben (z. B. finanzielle Fördermöglichkeiten, Arbeitsplatzanpassungen, Neueinstellungen und Reha-Maßnahmen). Der IFD bereitet schwerbehinderte Menschen auf die vorgesehenen Arbeitsplätze vor, schätzt deren beruflichen Fähigkeiten ein und hilft dabei, sie im Arbeitsleben zu integrieren. Er unterstützt beim Einüben von Arbeitsabläufen und hilft dabei, soziale sowie persönliche Hindernisse zu minimieren oder ganz zu beseitigen.

Fazit Integrationsämter und Integrationsfachdienste helfen Ihnen bei der Rückkehr ins Erwerbsleben. Ihr Arbeitspatz kann erhalten werden, ggf. eine interne betriebliche Umsetzung erfolgen oder ein neuer Arbeitsplatz für Sie geschaffen werden. In den meisten Fällen ist eine individuelle Begleitung, z. B. in Krebsberatungsstellen hilfreich, da die psychosoziale Konstellation für beide Seiten oftmals sehr komplex ist.

Studium und Ausbildung

Studium

Studierende müssen sich an ihr zuständiges Studentenwerk wenden, um Einzelfallregelungen zu besprechen. Eine rechtzeitige Beratung beim Studierendensekretariat der entsprechenden Hochschule ist unbedingt notwendig, da die Regelungen kompliziert sind und Unterschiede zwischen den Hochschulen bestehen können. Hilfreiche Hinweise finden sich auf der Seite des Deutschen Studentenwerks.

Härtefallregelungen

Über einen Härtefallantrag ist es möglich, dass junge Menschen mit und nach einer Krebserkrankung einen bevorzugten Zugang zu einem Studium erhalten. „Hochschulstart“, das Bewerbungsportal für viele Studiengänge, hält bis zu zwei Prozent der Studienplätze für Fälle außergewöhnlicher Härte vor. Die Anerkennung eines Härtefallantrages führt ohne Beachtung der übrigen Auswahlkriterien, also auch ohne Numerus clausus, unmittelbar zur Zulassung.

Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Das Bundesausbildungsförderungsgesetz regelt die staatliche Unterstützung für die Ausbildung von Schülern und Studenten in Deutschland. Mit dem Kürzel BAföG wird umgangssprachlich auch die Förderung bezeichnet, die sich aus dem Gesetz ergibt. Eine Krebserkrankung kann schnell zu einer finanziellen Notlage führen. Bei Unterbrechung des Studiums/der Ausbildung von mehr als drei Monaten entfällt das BAföG. Die Zahlungen werden ab dem vierten Monat bis zur Wiederaufnahme des Studiums/der Ausbildung eingestellt. Erfolgt keine Meldung an das zuständige BAföG-Amt, kann es zu Rückforderungen von bereits gezahlten Leistungen kommen.

Die Studienfinanzierung erfolgt nur für die Regelstudienzeit. Daher kann die Beantragung von Urlaubssemestern durchaus sinnvoll sein.

So gehen keine oder weniger förderungsfähige Semester verloren, die für eine spätere Weiterführung des Studiums gebraucht werden.

Eine Studienfinanzierung kann auch über Stipendien, Studienkredite bzw. Bildungsfonds erfolgen.

Finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten bei längerer Erkrankung

Wer länger als drei, aber kürzer als sechs Monate erkrankt ist, hat Anspruch auf ALG II, welches man auf Antragstellung beim zuständigen Jobcenter erhält. Nach sechs Monaten und nachgewiesener Bedürftigkeit kann beim Sozialamt ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden.

BEACHTE *Nach dem 25. Lebensjahr scheiden Studierende aus der Mitversicherung im Rahmen ihrer Familie aus. Sie müssen sich freiwillig versichern. Hieraus ergeben sich oft hohe Versicherungsbeiträge. Die Absprache mit der Krankenkasse ist daher sehr wichtig.*

Auszubildende

Auszubildende sollten sich bei längerer Erkrankung (mehr als 6 Wochen, Ende der Lohnfortzahlung) mit ihrem Ausbildungsbetrieb und der zuständigen Industrie- und Handelskammer in Verbindung setzen. In Sachsen-Anhalt gibt es zwei Standorte: Halle (Saale) und Magdeburg. Die Adressen sind im Abschnitt 6 zu finden. Es gilt zu klären, ob und wie die Ausbildung fortgesetzt bzw. ein Wiedereinstieg gelingen kann.

Selbstständigkeit

Was bei angestellten Betroffenen die Angst vor der Kündigung, ist für Freiberufler und Selbstständige die Bedrohung ihrer Existenz. Doch auch diese Berufsgruppen können den gleichen Anspruch auf Krankengeld erwerben, wenn sie rechtzeitig und umfassend vorgesorgt haben. Das kann zum Beispiel über spezielle Tarife bei der privaten Krankenversicherung passieren. Der Nachteil hierbei ist, dass als Bemessungsgrundlage für den Tarif das zu versichernde Risiko herangezogen wird. Je nach Alter und Gesundheitszustand des Versicherten sowie dem Umfang des Versicherungsschutzes, wird der Beitrag entsprechend höher, unabhängig davon, wie sich die Einkommenssituation in der Selbstständigkeit entwickelt. Private Anbieter können auf Grund von bestimmten Vorerkrankungen die Aufnahme in die Versicherung oder die Versicherung spezieller Risiken verweigern. Auch müssen Familienangehörige extra versichert werden.

Mangels gesetzlicher Lohnfortzahlung für den Krankheitsfall ist in der Selbstständigkeit insbesondere eine Verdienstausfallversicherung wichtig. Sie wird auch als Krankentagegeldversicherung bezeichnet. Die Höhe des vereinbarten Krankentagegelds und eine eventuelle Karenzzeit können vertraglich vereinbart werden. Eine Berufsunfähigkeit muss extra versichert werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass Krankentagegeld- und Berufsunfähigkeitsversicherung so synchronisiert sind, dass nicht beide mit Verweis auf den jeweils anderen die Leistung verweigern.

Viele Freiberufler und Selbstständige haben allerdings ein geringes Jahreseinkommen. An eine private Krankenversicherung ist damit nicht zu denken. In solchen Fällen kann eine freiwillige, gesetzliche Krankenversicherung eine Option sein. Familienangehörige sind im Rahmen der Familienversicherung mitversichert. Der Beitrag richtet sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des Sozialgesetzbuchs 5 und berücksichtigt so finanzielle Schwankungen in der Selbstständigkeit.

In der gesetzlichen Krankenkasse gilt der Gleichheitsgrundsatz. Sie kann mit privaten Zusatzversicherungen ergänzt werden. Für diese sind wiederum Alter und Gesundheitszustand relevant. Auch in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) kann ein Anspruch auf Krankengeld erworben werden. Der allgemeine Beitragssatz beträgt in diesem Fall 15,5% der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Mit diesem

Satz kann der Versicherte ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit (43. Kalendertag) Anspruch auf Krankengeld durch entsprechende Wahlerklärung gegenüber seiner Kasse erwerben. Die Einzelheiten, insbesondere die Höhe, richten sich nach den Vorschriften des SGB V.

Bei einer gesetzlichen Krankenversicherung zum reduzierten Beitragssatz von 14,9% kann ein Anspruch auf Krankengeld nur über einen Wahltarif oder über eine private Zusatzversicherung erworben werden. Die Wahltarife der GKV erhöhen das Krankengeld bzw. ermöglichen die Zahlung schon vor der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit. Die Tarife sind mit privaten Krankenzusatzversicherungen vergleichbar, binden den Versicherten aber für mindestens drei Jahre an Kasse und Wahltarif.

Bevor man sich für eine individuelle Lösung mit GKV-Wahltarifen oder privater Krankentagegeldversicherung entscheidet, sollten die Beitragskosten auf jeden Fall genau kalkuliert werden. Eine Berufsunfähigkeit ist von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abgedeckt.

Fazit *Als Selbstständige(r) sind Sie darauf angewiesen, selbst vorzusorgen. Bei Fragen wenden Sie sich ggf. an das Beraterteam der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V..*

Schwerbehinderung

Was ist das?

Als behindert gelten Personen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist dadurch dauerhaft oder vorübergehend beeinträchtigt (vgl. SGB IX, §2 Abs.1). Als schwerbehindert gelten Menschen, die mindestens einen Grad der Behinderung von 50% haben.

Mit der Anerkennung einer Schwerbehinderung sind je nach Schweregrad bestimmte Ansprüche und Vergünstigungen verbunden. Diese sollen helfen, entstehende Nachteile auszugleichen. Dazu gehören:

- erweiterter Kündigungsschutz: Er tritt in Kraft, wenn das Unternehmen mehr als 6 Angestellte hat und der Arbeitnehmer seit 6 Monaten ununterbrochen angestellt sind.
- Zusatzurlaub: Auf Grund der Schwerbehinderung können in der Regel bis zu 5 Tage zusätzlichen Urlaub gewährt werden.
- Steuererleichterungen/Steuerfreibetrag in Abhängigkeit vom Grad der Behinderung und/oder entsprechender Merkzeichen: z. B. steuermindernde Pauschalbeträge zur Abgeltung von außergewöhnlichen Belastungen oder tatsächlich anfallende Fahrtkosten mit dem KFZ zur Bewältigung des Arbeitsweges (inkl. Reparaturen, Abnutzung, Garagenmiete) oder Ermäßigung oder ggf. Befreiung von der KFZ-Steuer.
- Altersrente wegen Schwerbehinderung: Dies gilt, wenn die Schwerbehinderung bei Rentenbeginn anerkannt und eine Lebensarbeitszeit (einschließlich der Kindererziehungszeiten) von 35 Jahren erfüllt ist. Bei Inanspruchnahme der Rente vor dem 65. Lebensjahr muss mit Rentenabschlägen gerechnet werden. Eine Beratung zum Bezug der Altersrente bei Schwerbehinderung wird seitens der Rentenversicherung empfohlen.

Studierende mit Schwerbehinderung können eine Reihe von Erleichterungen oder Anpassungen im Sinne eines Nachteilsausgleichs erhalten. Hierzu zählen u. a.:

- Befreiung von Anwesenheitspflichten
- Urlaubssemester
- Berücksichtigung körperlicher Einschränkungen bei der Raumplanung
- längere Bearbeitungszeiten für Hausarbeiten und Klausuren
- Nutzung von Hilfsmitteln (Prüfungen am Computer)
- Verfassen von Prüfungen in einem anderen Raum unter Aufsicht
- Änderung der Prüfungsart (z. B. Umwandlung von schriftlicher Prüfung in mündliche Prüfung)

- abweichende Regelungen zu Fristen, z. B. Regelstudienzeit, individueller Studienverlaufsplan
- bevorzugte Zuteilung eines Studierendenwohnheimplatzes
- Beim BAföG kann ein Antrag auf Verschiebung der Altersgrenze gestellt werden. Dadurch wird eine Verlängerung des Studiums, sowie ein Bezug von BAföG über die Regelstudienzeit hinaus ermöglicht.
- Studierende mit Behinderung können Kindergeld über das 25. Lebensjahr hinaus beziehen, ohne dass dies auf das BAföG angerechnet wird.

WICHTIG *Die Ausführungen über die Merkzeichen und Nachteilsausgleiche stellen nur einen ersten Überblick dar. Wenden Sie sich bei weiteren Fragen an das zuständige Landesverwaltungsamt oder den Integrationsfachdienst und holen Sie bei steuerlichen Fragen Auskünfte beim Finanzamt ein. Als Studierende wenden Sie sich bitte an das zuständiges Dekanat der Universität, das Studentenwerk oder die Studienberatung.*

Voraussetzungen – Was muss ich beachten?

Die Antragsstellung beim Landesverwaltungsamt sollte in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt erfolgen, damit alle Auswirkungen der Erkrankung detailliert erfasst werden können. Dem Antrag sollten alle ärztlichen Unterlagen, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung vorliegen in Kopie beigelegt werden (z. B. Entlassungsberichte des Krankenhauses oder der Rehaklinik, Gutachten ...). Der Grad der Behinderung ist abhängig von Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen wie z. B. Operationsfolgen (z. B. Funktionseinschränkungen des Armes) oder Folgen von Bestrahlungs- und Chemotherapien, wie Lymphödem, Nervenläsionen, Fatigue...). Wichtig ist, dass diese möglichst genau beschreiben werden. Die Feststellungsbehörde wird zur Bearbeitung des Antrages zusätzliche Unterlagen von den angegebenen Ärzten, Krankenhäusern und Rentenversicherungsträgern anfordern. Hierzu müssen diese von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Dies geschieht, indem die beigelegten Einverständniserklärungen zur Entbindung der Schweigepflicht unterzeichnet werden.

Was muss ich organisieren?

Das Landesverwaltungsamt stellt fest, ob eine Behinderung besteht, welchen Grad die Behinderung hat (GdB) und welche der Merkzeichen ggf. zugesprochen werden. Liegen die Anspruchsvoraussetzungen vor (GdB von mindestens 50%), wird der Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Das Landesverwaltungsamt gibt auch Auskunft zu den möglichen Nachteilsausgleichen. Tut es dies nicht, sind Nachfragen unbedingt empfehlenswert. Die Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises beginnt in der Regel am Tag der Antragsstellung. Antragsformulare können beim Landesverwaltungsamt angefordert werden.

WICHTIG *Grundsätzlich gilt, dass Sie gegen Bescheide des Landesverwaltungsamtes innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegen können. Zur Fristwahrung reicht zunächst ein formloses Widerspruchsschreiben mit der Ankündigung einer schriftlichen Begründung aus.*

Besonderheiten

Heilungsbewährung

Die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises erfolgt in der Regel zeitlich befristet und gilt als sogenannte „Heilungsbewährung“. Bei Krankheiten, die zu Rückfällen neigen, wird eine Zeit des Abwartens von zwei bis zu fünf Jahren, eingeräumt. Maßgeblicher Zeitpunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Tag, an dem der Tumor durch die Operation oder andere Therapien (Chemotherapie/Bestrahlung) als „beseitigt“ angesehen werden kann. Nach Ablauf der Heilungsbewährung wird der GdB herabgestuft. Dies darf nur erfolgen, wenn während dieser Zeit keine Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen auftreten.

In diesen Fällen wird nur noch ein Organverlust bewertet. Damit es nicht zu einer ungerechtfertigten Rückstufung kommt, sollten Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen, die in der Zwischenzeit auftreten, der Feststellungsbehörde unbedingt mitgeteilt werden.

Bei Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes oder bei weiteren dauerhaften Einschränkungen sollte ein Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung bzw. Anerkennung eines Merkzeichens gestellt werden. Bei einer lebenslangen Beeinträchtigung kann ein unbefristeter Ausweis ausgestellt werden.

WICHTIG *Stellen Sie den Folgeantrag rechtzeitig, drei Monate vor Ablauf der Gültigkeitsfrist.*

Gleichstellung

Antragsteller, die einen Feststellungsbescheid von einem GdB von 30% erhalten und infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können, haben die Möglichkeit, sich auf Antrag und mit Zustimmung des Arbeitgebers, bei der zuständigen Agentur für Arbeit gleichstellen zu lassen. Gleichgestellte stehen wie Schwerbehinderte unter einem besonderen Kündigungsschutz, haben jedoch keinen Anspruch auf Zusatzurlaub und erfüllen durch die Gleichstellung nicht die Voraussetzungen für eine Altersrente schwerbehinderter Menschen.

Krebs und Finanzen

Krankengeld

Anspruch auf Krankengeld besteht für Patienten, die aufgrund einer Erkrankung arbeitsunfähig werden und mit dem Anspruch auf Krankengeld versichert sind. Das Krankengeld ist eine Lohnersatzleistung und wird nur dann gezahlt, wenn nach 6 Wochen ununterbrochener Krankschreibung kein Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Der Krankengeldanspruch besteht für dieselbe Krankheit längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Blockfrist). Die Anspruchsdauer beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit, wobei in die 78 Wochen die Gehaltsfortzahlung des Arbeitgebers (6 Wochen), Bezugszeiten von Übergangsgeld bei Leistungen zur Teilhabe (z. B. medizinische oder berufliche Rehabilitation) sowie Bezugszeiten von Arbeitslosengeld I und II (Hartz IV) hineingerechnet werden.

Das Krankengeld beträgt 70% des beitragspflichtigen regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts, jedoch nicht mehr als 90% des Nettoarbeitsentgelts. Ein Antrag auf Leistung zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag), ein Rentenantrag bzw. Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit (§145 SGB III, Nahtlosigkeitsprinzip) muss rechtzeitig vor dem Ende des Krankengeldbezugs (Aussteuerung) gestellt werden. Informationen hierzu gibt es bei den Kranken- oder Rentenversicherungsträgern bzw. bei der Agentur für Arbeit.

Es besteht kein Anspruch auf Krankengeld, wenn Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit bezogen wird oder der Arbeitnehmer Lohnersatzleistungen wie Übergangs-, Arbeitslosen- oder Elterngeld erhält.

Der Beginn der Zahlung einer der oben genannten Renten beendet den Krankengeldanspruch. Familienversicherte haben ebenfalls keinen Anspruch auf Krankengeld.

<u>Wegfall des Krankengeldes (§51 SGB V)</u>
<u>Aufforderung zur Rehabilitation</u>

Bei Erhalt von Krankengeld fordert die Krankenkasse den Versicherten vor Ablauf der 78 Wochen auf, innerhalb einer Frist von zehn Wochen einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu stellen, wenn nach ärztlichem Gutachten die Erwerbsfähigkeit des Patienten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Dieser Antrag muss gestellt werden, da die Krankenkasse berechtigt ist, das Krankengeld mit Ablauf der gesetzten Frist ruhen zu lassen!

Der Medizinische Dienst kann überprüfen, ob eine Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist oder ob möglicherweise eine Rehabilitationsunfähigkeit vorliegt. Der Entlassungsbericht der Rehaklinik, in dem auch eine Einschätzung der Erwerbsfähigkeit des Patienten vorgenommen wird, dient später dem Rentenversicherungsträger als wichtige Grundlage, um über einen eventuell gestellten Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu entscheiden.

Wenn die Rentenversicherung sich jedoch keinen Erfolg von der Rehabilitationsmaßnahme verspricht, kann der Rehaantrag in einen Rentenantrag umgewandelt werden.

Das sogenannte „Dispositionsrecht“ besagt, dass Versicherte im Rahmen des Sozialrechts über Antragstellungen frei entscheiden dürfen. So können z. B. bereits gestellte Anträge auch wieder zurückgenommen werden. Dieses Dispositionsrecht wird durch den § 51 SGB V eingeschränkt, da u. U. erhebliche Rechtsfolgen für den Versicherten eintreten können, wenn er einer Aufforderung der Krankenkasse zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme nicht nachkommt. Der Versicherte kann in diesem Fall seinen Antrag nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse zurücknehmen oder einschränken. Wenn die

Krankenkasse zu einer Rehabilitationsmaßnahmen drängt, auf diese zu verzichten oder diese zu einem anderen Zeitpunkt durchzuführen, ist eine professionelle Beratung zu versicherungsrechtlichen Folgen unbedingt erforderlich!

Antrag auf Rente

Es gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente". Ist ein Patient nicht rehabilitationsfähig, scheint diese Maßnahme nicht Erfolg versprechend oder nicht notwendig zu sein, kann der Patient von der Krankenkasse zur Beantragung einer Rente aufgefordert werden. Dieser Aufforderung muss innerhalb einer Frist von zehn Wochen nachgekommen werden. Eine Entscheidung über den Rentenantrag seitens des Rentenversicherungsträgers ist dann sofort möglich. Wenn bis zur Entscheidung noch Anspruch auf Krankengeld besteht, wird dieses weitergezahlt. Ist der Anspruch auf Krankengeld erschöpft, kann bis zur Entscheidung über den Rentenantrag bei der Agentur für Arbeit „Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit" (§ 145 SGB III) beantragt werden. Besteht ein Anspruch auf diese Leistung, übernimmt die Agentur für Arbeit auch die Sozialversicherungsbeiträge. Liegen die Voraussetzungen für „Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit" nicht vor, muss geprüft werden, ob bis zur Entscheidung über den Rentenantrag, Leistungen der Sozialhilfe nach SGB XII bezogen werden können.

Diese Verfahrensweisen sollen sicherstellen, dass rechtzeitig vor dem Ende des Krankengeldbezuges Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Rentenantragsverfahren eingeleitet werden.

Übergangsgeld

Übergangsgeld dient als Unterhaltsersatz für den Zeitraum, in dem Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Somit werden Einkommenslücken überbrückt bzw. von vornherein ausgeschlossen. Das Übergangsgeld richtet sich in der Regel nach der Höhe der letzten Arbeitseinkünfte. Ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht nur, wenn unmittelbar vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme bzw. vor Einsetzen der Arbeitsunfähigkeit, Arbeitseinkommen oder Entgeltersatzleistungen erzielt, sowie Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden und die sechswöchige Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber abgelaufen ist. Bei Arbeitslosigkeit vor der Rehabilitation wird unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe der bisherigen Leistungen von der Arbeitsagentur gezahlt.

Wurde bis zum Beginn der Rehabilitation Krankengeld bezogen, orientiert sich das Übergangsgeld an dieser Leistung.

Während des Bezugs von Übergangsgeld bleibt der Patient sozialversichert. Nichtversicherte Angehörige, wie z. B. durch den Ehegatten mitversicherte Ehefrauen, erhalten kein Übergangsgeld, da zum Zeitpunkt der Antragsstellung keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden.

Elterngeld

Während der Elternzeit erfolgt i.d.R. der Bezug von Elterngeld durch die Elterngeldstelle. Eine Krankschreibung ist in diesem Fall nicht erforderlich, da kein Bezug von Krankengeld erfolgt. (doppelter Leistungsbezug). Erst nach Ablauf der Elternzeit ist die Zahlung von Krankengeld möglich, wenn vorher eine Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber erfolgt ist.

Bei konkreten Fragen geben Krebsberatungsstellen vor Ort Auskunft.

Erwerbsminderungsrente

Ist aufgrund einer Erkrankung die Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise eingeschränkt, kann ein Rentenantrag gestellt werden. Für Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren sind, gelten weiterhin die Regelungen zur Berufsunfähigkeitsrente, wenn der bisher ausgeübte Beruf nur teilweise, also weniger als sechs Stunden täglich, ausgeübt werden kann.

Hier greift der so genannte „Berufsschutz“, welcher besagt, dass der erreichte berufliche Status so weit wie möglich erhalten bleiben soll.

Es besteht Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter drei Stunden täglich. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wird bei einem Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von drei bis unter sechs Stunden täglich gezahlt.

Wichtig: Wegen der oft ungünstigen Arbeitsmarktsituation kommt eine soziale Komponente zum Tragen. Versicherte, die in der Verfassung sind, täglich mindestens drei Stunden (aber nicht mehr als sechs) zu arbeiten, aber das verbliebene Restleistungsvermögen wegen Arbeitslosigkeit nicht in Erwerbseinkommen umsetzen, können eine Rente wegen voller Erwerbsminderung erhalten.

Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente ist das Vorliegen einer verminderten Erwerbsfähigkeit (1). Sie wird auch gezahlt, wenn die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht ist (2) und der Versicherte in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge an den Rentenversicherungsträger gezahlt hat (3). Ebenso wird sie gewährt, wenn vor 1984 Pflichtbeiträge für die Dauer von fünf Jahren an den Rentenversicherungsträger gezahlt wurden und seitdem lückenlose Versicherungszeiten nachweisbar und die allgemeine Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren erfüllt sind (4).

zu 1) Nachdem ein Rentenantrag gestellt wurde, wird vom zuständigen Rentenversicherungsträger geprüft, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Der Antragsteller wird zu einer Untersuchung beim Medizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers oder einem anderen Gutachter eingeladen. Unter Berücksichtigung aller vorliegenden medizinischen Befunde wird entschieden, ob die Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung gegeben sind bzw. ob durch eine Rehabilitationsmaßnahme die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. Dafür ist es sehr wichtig, dass möglichst vollständig alle Ärzte aufführen werden, bei denen der Betroffene in Behandlung ist/war und Befundberichte (ggf. auch Röntgenbilder, CT-/ MRT-Aufnahmen, Laborbefunde) mit eingereicht werden.

zu 2) Wenn die Altersgrenze für den Anspruch auf die Regelaltersrente erreicht ist, kann eine Erwerbsminderungsrente nicht mehr gewährt werden.

zu 3) Zu den Pflichtversicherungszeiten gehören neben den Arbeitnehmerbeiträgen u. a. auch die Kindererziehungszeiten, Zeiten mit Pflichtbeiträgen auf Grund einer nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen sowie Pflichtbeiträge bezüglich des Bezuges von Krankengeld oder Arbeitslosengeld (I und II). Bestimmte rentenrechtliche Zeiten, die keine Pflichtbeitragszeiten sind, verändern den Fünfjahreszeitraum.

zu 4) Unter dem Begriff „allgemeine Wartezeit“ wird die Mindestversicherungszeit verstanden, in der ein Versicherter gesetzlich rentenversichert sein muss, um Rente zu erhalten. Sie umfasst fünf Jahre. Für die Ermittlung der allgemeinen Wartezeit werden Beitragszeiten (z. B. Kindererziehungszeiten), Berücksichtigungs- und Ersatzzeiten angerechnet.

Rente auf Zeit

Bei Aussicht auf Wiedereingliederung in den Beruf werden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit grundsätzlich als Zeitrenten gewährt. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre und wird im Bescheid festgelegt. Falls vor Ablauf der Befristung absehbar ist, dass der Antragsteller weiterhin krankheitsbedingt nicht erwerbsfähig ist, kann rechtzeitig vor Ablauf ein Antrag auf Weitergewährung der Rente gestellt werden. Wer vor oder infolge der Erkrankung arbeitslos geworden ist, muss sich drei Monate vor Ablauf der Rente auf Zeit bei der Agentur

für Arbeit arbeitssuchend melden. Diese Vorgehensweise sollte auch eingehalten werden, wenn ein Antrag auf Weitergewährung der Rente gestellt wurde, um bei einem negativen Bewilligungsbescheid keine Kürzung bei den Leistungen der Agentur für Arbeit zu haben.

Die Renten werden unbefristet geleistet, wenn eine Besserung der Erwerbsminderung unwahrscheinlich ist. Hiervon ist nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen. Renten wegen Erwerbsminderung enden jedoch mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Zahlung der Altersrente.

Grundsicherung

Als Grundsicherung wird die finanzielle Sicherstellung des notwendigen Lebensunterhaltes eines Menschen bezeichnet, der aufgrund seines Alters oder einer Erwerbsminderung endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist und dessen reguläre Einkünfte für den Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Voraussetzungen für die Bewilligung von Grundsicherung sind der gewöhnliche Aufenthalt/Wohnsitz in Deutschland, das Erreichen der Altersgrenze oder die Vollendung des 18. Lebensjahres und die medizinisch begründete, dauerhaft volle Erwerbsminderung.

Die Gewährung der Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit. Sie richtet sich nach den Regeln, die für die Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) gelten. Eigenes Einkommen und Vermögen werden auf die Grundsicherung angerechnet. Die Grundsicherung umfasst auch Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, falls keine Pflichtversicherung besteht. Der Antrag auf Grundsicherung wird beim wohnortnahen, zuständigen Sozialamt gestellt. Alle Fragen zu Umfang und Höhe der Leistungen, Dauer, Anrechnung von Vermögen sowie Ihre individuelle Lebenssituation sollten Sie mit dem zuständigen Mitarbeiter des Sozialamtes besprechen!

Wohngeld

Um einen Anspruch auf Wohngeld zu haben, muss man bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Diese Voraussetzungen hat der Gesetzgeber im Wohngeldgesetz (WoGG) und im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt. Die Wohngeldstelle, die es in jeder Gemeinde oder Stadt gibt, entscheidet darüber, ob bei einem Antragsteller die Voraussetzungen bezüglich des Wohngeldanspruchs gegeben sind. Dabei hat jeder Bürger, der diese Voraussetzungen erfüllt, einen Rechtsanspruch auf Wohngeld. Es liegt also nicht im Ermessen der Behörde, ob der Antrag positiv oder negativ beschieden wird (http://www.wohngeld.org/antrag.html).

Arbeitslosengeld II – Leistungen zum Lebensunterhalt durch das Jobcenter

Ergänzende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (ALG II) werden an Personen gezahlt, die einen Arbeitsplatz haben, die in einem Mini- bzw. Midijob tätig sind oder in Teilzeit arbeiten und das Arbeitsentgelt nicht für die Sicherung des Lebensunterhalts ausreicht. Einen Teil des Lebensunterhalts kann selbst verdient werden. Dieser wird unter Berücksichtigung bestimmter Freibeträge zur Berechnung der ergänzenden Leistungen des ALG II herangezogen.

ALG-II-Empfänger müssen 3 Voraussetzungen erfüllen. Sie müssen beim Beantragen von ALG II das 15. Lebensjahr erreicht haben, erwerbsfähig sein, d. h. mindestens 3 Stunden täglich arbeiten können oder hilfebedürftig sein, d. h. ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten können.

Zur Ermittlung der Hilfebedürftigkeit wird das private Vermögen geprüft. Es besteht aber ein Selbstbehalt, der nicht angetastet werden darf. Es gelten folgende Freibeträge: 150 € pro Person und Lebensjahr, 3.100 € je Kind, 750 € pro Jahr und Person für die Alterssicherung bis zum 67. Lebensjahr (Das muss vertraglich dokumentiert werden!), 750 € für anstehende Reparaturen im Haushalt sowie finanzielles Vermögen für die Berufsausbildung oder Erwerbstätigkeit. Des Weiteren

dürfen in einem angemessenen Umfang Wohneigentum zur Selbstnutzung sowie ein PKW zum Erreichen des Arbeitsplatzes vorhanden sein. Die Angemessenheit wird im Einzelfall geprüft.

Grundlegend gilt, dass alle Leistungen beim zuständigen Jobcenter beantragt werden müssen. Weitere Informationen dazu erhält man unter www.bmas.de, beim zuständigen Jobcenter oder in einer Krebsberatungsstelle.

Einmalige Beihilfen

Krebspatienten und ihre Familien, die durch eine Krebserkrankung in finanzielle Notlage geraten sind, können einmalige finanzielle Zuwendungen bei gemeinnützigen Vereinen und Trägern erhalten. Eine Beantragung mit dem Nachweis der Bedürftigkeit ist beispielsweise beim Härtefonds der Deutschen Krebshilfe e. V., den Unterstützungsfonds des Bundespräsidenten oder der Stiftung „Familie in Not“ Sachsen-Anhalt möglich.

Mit dem Antragsformular können Antragsteller ihre Situation darlegen, entsprechende Nachweise beifügen und ihre Angaben von einer öffentlichen Institution (Sozialamt, Kliniksozialdienst, kirchliche Beratungsstellen oder andere Behördlichen) bestätigen lassen. Die Bearbeitung erfolgt in der Regel schnell und weitgehend unbürokratisch. Die Zuwendung ist an Familieneinkommensgrenzen gebunden. Das Antragsformular sowie ein Merkblatt finden Sie unter: www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/finanziellehilfe-unserhaertefonds/.

Ansprechpartner zum Thema Krebs

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.
Paracelsusstr. 23 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 4788110 · Fax 0345 4788112
info@sakg.de · www.sakg.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8 · 14057 Berlin
Tel. 030 3229329-0 · Fax 030 3229329-66
service@krebsgesellschaft.de · www.krebsgesellschaft.de

KID – Krebsinformationsdienst
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280 · 69120 Heidelberg
Tel. 0800 4203040
krebsinformationsdienst@dkfz.de · www.krebsinformationsdienst.de

Deutsche Krebshilfe e. V.
Buschstr. 32 · 53113 Bonn
Tel. 0228 72990-0 · Fax 0228 72990-11
deutsche@krebshilfe.de · www.krebshilfe.de

Haus der Krebsselbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn
Tel. 0228 33889-0 · Fax 0228 33889-560
info@hksh-bonn.de · www.hksh-bonn.de

Info-Netz der Deutschen Krebshilfe e. V. und der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Tel. 0800 80708877
www.infonetz-krebs.de

Ansprechpartner für junge Krebsbetroffene

Beratung und Begleitung junger Krebsbetroffener
Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V. (SAKG)
Paracelsusstraße 23 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 4788110 · Fax 0345 4788112
info@sakg.de, www.sakg.de

Sprechstunde für junge Erwachsene mit Krebs und familiäre Angehörige
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Universitätsklinik für Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation
Dr. rer. medic. Michael Köhler
Leipziger Str. 44 · 39120 Magdeburg
Tel. 0391 6713307 oder -13266 · Fax 0391 67290353
michael.koehler@med.ovgu.de
AYA-Informationsportal – http://www.khae.ovgu.de/AYAInfo.html

AYApedia – Empfehlungen für Heranwachsende und junge Erwachsene mit Krebs
https://www.onkopedia.com/de/ayapedia/guidelines

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs
Besucheradresse:
Chausseestraße 50 Seitenflügel rechts, 1. OG · 10115 Berlin
Tel. 030 280930560 · Fax 030 280930569
info@junge-erwachsene-mit-krebs.de · https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/

Ansprechpartner zum Thema Kinderwunsch und Familie

Universitätsfrauenklinik Magdeburg
Gerhart-Hauptmann-Str. 35 · 39108 Magdeburg
Tel. 0391 6717392 · Fax 0391 6717389
www.krep.ovgu.de

Kinderwunschzentrum Magdeburg
Ulrichplatz 1 · 39104 Magdeburg
Tel. 0391 6624890 · Fax 0391 66248929
service@kiwumed.de · www.kinderwunschzentrum-magdeburg.de

FertiPROTEKT-Netzwerk e. V.
Der FertiPROTEKT Netzwerk e. V. ist ein Zusammenschluss von Zentren aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die sich mit der Fertilitätsprotektion (Erhaltung der Fruchtbarkeit) beschäftigen.
https://fertiprotekt.com/

Landesverwaltungsamt · Landesjugendamt – Kinder und Frauen
Ernst-Kamieth-Straße 2 · 06112 Halle (Saale)
Tel. 0345 5141619 · Fax 0345 5141012
https://lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/landesjugendamt/
Hier finden Sie die Kontaktdaten der Jugendämter in Sachsen-Anhalt:
https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/familie/familienratgeber/adressen/jugendaemter/

Landesförderung für Maßnahmen der assistierten Reproduktion
(Kinderwunschbehandlung)
Tel. 0345 5143541 · Fax 0345 5141719
repro@lvwa.sachsen-anhalt.de
https://lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/landesjugendamt/familien-und-frauen/reproduktionsfoerderung/

Wie sag ich's nur? Mit meinem Kind über Krebs reden. – Beratungsangebot der Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V. (SAKG)
Paracelsusstraße 23 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 4788110 · Fax: 0345 4788112
info@sakg.de, www.sakg.de

Ansprechpartner zum Thema Rehabilitation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)
Solmsstraße 18 · 60486 Frankfurt am Main
Tel. 069 6050180 · Fax 069 60501829
info@bar-frankfurt.de, www.bar-frankfurt.de
Suchmöglichkeit nach Reha-Kliniken: www.bar-frankfurt.de/datenbanken-verzeichnisse/rehastaettenverzeichnis/rehastaetten-suche/

Klinik Bad Oexen – Klinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation
Oexen 27 · 32549 Bad Oeynhausen
Tel. 05731 537-0
www.badoexen.de
Zielgruppen: Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen, Gruppenorientierte Rehabilitation für Jugendliche (16 – 18 Jahre), junge Erwachsene (18 – 32 Jahre), für jung gebliebene Erwachsene (33 – 49 Jahre)

Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe
Oberkatzensteig 11 · 78141 Schönwald/Schwarzwald
Tel. 07723 6503-0
www.katharinenhoehe.de
Zielgruppen: Patienten mit Herzerkrankungen, hämatologischen und onkologischen Erkrankungen, Gruppenorientierte Rehabilitation für Jugendliche (15 – 17 Jahre), für junge Volljährige (18 – 22 Jahre) und für junge Erwachsene (23 – 28 Jahre)

Nachsorgeklinik Tannheim
Gemeindewaldstr. 75 · 78052 Villingen-Schwenningen/ Tannheim
Tel. 07705 92-00
http://www.tannheim.de
Zielgruppen: Patienten mit Herzerkrankungen, onkologischen Erkrankungen und Mukoviszidose, Junge Reha (16-21 Jahre), Erwachsenen-Reha (22 – 26 Jahre), Reha 27+ (27 – 32 Jahre)

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Sachsen-Anhalt e. V.
Am Steintor 14 · 06112 Halle (Saale)
Tel. 0345 5170824 · Fax: 0345 5170825
info@bssa.de, https://www.bssa.de/

Ansprechpartner zum Thema Sozialleistungen & Berufliche Teilhabe (Beruf, Ausbildung, Studium)

Kostenloses Service-Telefon der Deutschen Rentenversicherung
0800 10004800
Sprechzeiten Mo bis Do 7:30 – 19:30 Uhr
Fr 7:30 – 15:30 Uhr

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Paracelsusstr. 21 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 213-0
service@drv-md.de · www.deutsche-rentenversicherung.de/Mitteldeutschland/

Deutsche Rentenversicherung Bund
Ruhrstraße 2 · 10709 Berlin
Tel. 030 865-0
drv@drv-bund.de · www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14 – 28 · 44789 Bochum
Tel. 0234 304-0
zentrale@kbs.de · www.deutsche-rentenversicherung.de/KnappschaftBahnSee/

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
Bürgertelefon Mo bis Do 8:00 – 18:00 Uhr,
Fr: 8:00 – 15:00 Uhr
Tel. 030 3406066-01 Krankenversicherung
Tel. 030 3406066-02 Pflegeversicherung
Tel. 030 3406066-03 Gesundheitliche Prävention
Tel. 030 3406066-08 Gebärdentelefon (ISDN-Bildtelefon)
Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte – Gebärdentelefon Video over IP
gebaerdentelefon.bmg@sip.bmg.buergerservice-bund.de
info.deaf@bmg.bund.de / info.gehoerlos@bmg.bund.de
Fax: 030 3406066 – 07
info@bmg.bund.de, www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Wilhelmstraße 49 · 10117 Berlin
Bürgertelefon Mo bis Do 8:00 – 20:00 Uhr
Tel.: 030 221911-001 Rente
Tel.: 030 221911-004 Arbeitsrecht
Tel.: 030 221911-006 Infos für Menschen mit Behinderung
info@bmas.bund.de, www.bmas.de

Landesverwaltungsamt, Standort Magdeburg
Referat Versorgungsamt, Schwerbehindertenrecht
Olvenstedter Str. 1 – 2 · 39108 Magdeburg
Tel. 0391 567-02 · Fax 0391 567-2696
https://lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/soziales/schwerbehindertenrecht/

Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen
Frau-von-Selmnitz-Straße 6 · 06110 Halle (Saale)
Tel. 0345 1332-0
www.arbeitsagentur.de/vor-ort/rd-sat/startseite

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®)
www.teilhabeberatung.de/

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)
Solmsstraße 18 · 60486 Frankfurt am Main
Tel. 0 69 605018-0 · Fax 0 69 605018-29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de · www.bar-frankfurt.de

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
Standort Halle (Saale)
Referat Versorgungsamt, Schwerbehindertenrecht
Maxim-Gorki-Str. 7 · 06114 Halle (Saale)
Tel.: 0345 514-0 · Fax: 0345 514-3120
www.lvwa.sachsen-anhalt.de /das-lvwa/versorgungsverwaltung/schwerbehindertenrecht/
Standort Magdeburg
Referat Versorgungsamt, Schwerbehindertenrecht
Olvenstedter Str. 1 – 2 · 39108 Magdeburg
Tel. 0391 567-02 · Fax 0391 567-2696
https://lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/soziales/schwerbehindertenrecht/

Integrationsamt Sachsen-Anhalt
Standort Halle (Saale)
Ernst-Kamieth-Straße 2 · 06112 Halle (Saale)
Tel. 0345 514-0 · Fax 0345 514-1609
www.lvwa.sachsen-anhalt.de /das-lvwa/integrationsamt/
Nebenstelle Magdeburg
Olvenstedter Straße 1 – 2 · 39108 Magdeburg
Tel. 0391 567-2477 · Fax 0391 567-2352

Deutsche Krebshilfe e. V. – Härtefonds
Buschstr. 32 · 53113 Bonn
Tel. 0228 7299094
haertefonds@krebshilfe.de
www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/finanzielle-hilfe-unserhaertefonds/

Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen
Frau-von-Selmnitz-Straße 6 · 06110 Halle (Saale)
Tel. 0345 13320
www.arbeitsagentur.de/vor-ort/rd-sat/startseite

Studentenwerk Halle (Saale)[1]
Wolfgang-Langenbeck-Str. 5, 06120 Halle
Tel. 0345 68470
www.studentenwerk-halle.de

Studentenwerk Magdeburg[2]
J.-G.-Nathusius-Ring 5, 39106 Magdeburg
Tel. 0391 6718361
www.studentenwerk-magdeburg.de

Industrie- und Handelskammer Magdeburg
Alter Markt 8 · 39104Magdeburg
Tel. 0391 56930 · Fax 0391 5693193
kammer@magdeburg.ihk.de, www.magdeburg.ihk.de

[1] ist zuständig für Studierende der: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Burg Giebichenstein Kunsthochschule Halle, Hochschule Merseburg, Hochschule Anhalt mit den Standorten Köthen, Bernburg, Dessau, Evangelische Hochschule für Kirchenmusik

[2] ist zuständig für Studierende der: Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Hochschule Harz mit den Standorten Wernigerode und Halberstadt, Hochschule Magdeburg-Stendal mit den Standorten Magdeburg und Stendal, Theologische Hochschule Friedensau

Industrie- und Handelskammer Halle-Dessau
Franckestraße 5 · 06110 Halle (Saale)
Tel 0345 21260 · Fax: 0345 2029649
info@halle.ihk.de
www.halle.ihk.de

Selbsthilfeangebote

JungeLeuteTreff · Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.
Paracelsusstr. 23 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 4788110, Fax 0345 4788112
info@sakg.de · www.sakg.de

Gruppe für junge Krebsbetroffene · Magdeburger Krebsliga e. V.
Gerhart-Hauptmann-Straße 35 · 39108 Magdeburg
Tel. 0391 6717394 · Fax 0391 6717504

Junge Selbsthilfe in Sachsen-Anhalt
www.wirmüessenreden.de

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs
Berolinahaus, Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
Tel.: 030 280930562

Haus der Krebsselbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn
Tel. 0228 33889-0 · Fax 0228 33889-560
info@hksh-bonn.de · www.hksh-bonn.de

NetzwerkStatt Krebs · c/o Frauenselbsthilfe Krebs e. V.
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn
Tel.: 0228 33889400
mail@netzwerkstattkrebs.de · www.netzwerkstattkrebs.de

Pink Kids – Hilfe-Plattform zum Thema Brustkrebs bei Müttern
Mittlerer Dallenberg 5 A · 97082 Würzburg
Tel. 0931 30408485 · Fax 0931 30408488
hallo@pink-kids.de · www.pink-kids.de

Krebsberatungsstellen in Sachsen-Anhalt

Krebsberatungsstelle der SAKG e. V., Halle (Saale)
Paracelsusstr. 23 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 4788110 · Fax 0345 4788112
beratung@sakg.de
Beratungszeiten: Mo bis Do 9:00 – 16:00 Uhr
Fr 9:00 – 14:00 Uhr

Krebsberatungsstelle der SAKG e. V., Außenstelle Magdeburg
Katharinenhaus (Eingang über Innenhof) · Leibnizstr. 4 · 39104 Magdeburg
Tel 0391 56938800 · Fax 0345 4788112
beratung@sakg.de
Beratungszeiten: Mo und Mi 9:00 – 15:00 Uhr
Fr 9:00 – 14:00 Uhr

! Die **Außenstellenberatung der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V.** erfolgt **nur** bei **Terminvergabe**! Vereinbarungen unter Tel. 0345 4788110 oder 0391 56938800 sowie per E-Mail unter beratung@sakg.de

Außenstellenberatung Bernburg
AWO Seniorenzentrum Zepziger Weg gGmbH
Stauffenbergstraße 18 · 06406 Bernburg
Beratungszeiten: jeden vierten Mittwoch im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr

Außenstellenberatung Bitterfeld
AWO Kreisverband Bitterfeld e. V.
Friedensstr. 2 · 06749 Bitterfeld-Wolfen/OT Bitterfeld
Beratungszeiten: jeden zweiten Mittwoch im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr

Außenstellenberatung Dessau
MDK Sachsen-Anhalt, Regionaldienst Dessau
Am Alten Theater 9 · 06844 Dessau-Roßlau
Beratungszeiten: jeden vierten Donnerstag im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr und 12:30 – 15:30 Uhr

Außenstellenberatung Haldensleben
Seminarraum des Schulungsvereins Ohrekreis e. V. im Medicenter, Eingang B
Gerikestraße 4 · 39340 Haldensleben
Beratungszeiten: jeden letzten Donnerstag im Monat von 14:30 – 17:30 Uhr

Außenstellenberatung Kalbe (Milde)
AWO Kreisverband Altmark e. V.
Alte Bahnhofstr. 27 · 39624 Kalbe (Milde)
Beratungszeiten: jeden letzten Donnerstag im Monat von 10:00 – 13:00 Uhr

Außenstellenberatung Naumburg
Klinikum Burgenlandkreis GmbH · Veranstaltungsraum V 2 im Untergeschoss,
Humboldstr. 31 · 06618 Naumburg
Beratungszeiten: jeden ersten Donnerstag im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr

Außenstellenberatung Sangerhausen
AWO Kreisverband Mansfeld-Südharz e. V.
Karl-Liebknecht-Str. 33 · 06526 Sangerhausen
Beratungszeiten: jeden ersten Mittwoch im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr und 12:30 – 15:30 Uhr

Außenstellenberatung Stendal
Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal gGmbH, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Eingang Ambulanz, 1. Etage, Bibliothek
Bahnhofstr. 24 – 25 · 39576 Stendal
Beratungszeiten: jeden zweiten Donnerstag im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr und 12:30 – 15:30 Uhr

Außenstellenberatung Wernigerode
Praxis für Hämatologie & Onkologie, MVZ Harz, Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben GmbH, Haus A, 2. Etage
Ilsenburger Str. 15 · 38855 Wernigerode
Beratungszeiten: jeden zweiten Mittwoch im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr und 13:00 – 16:00 Uhr

Außenstellenberatung Wittenberg
AWO Kreisverband Wittenberg e. V., Begegnungsstätte (im Innenhof)
Marstallstr. 13 a · 06886 Lutherstadt Wittenberg
Beratungszeiten: jeden zweiten Donnerstag im Monat von 9:00 – 11:30 Uhr und 12:00 – 15:00 Uhr

Außenstellenberatung Zeitz
Georgius-Agricola Klinikum Zeitz · Veranstaltungsraum V 3
Lindenallee 1 · 06712 Zeitz
Beratungszeiten: jeden 1. Donnerstag im Monat von 13:30 – 16:30 Uhr

Magdeburger Krebsliga e. V.
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R. · Universitätsfrauenklinik
Gerhart-Hauptmann-Str. 35 · 39108 Magdeburg
Tel. 0391 6717394 · Fax 0391 6717504
magdeburger-krebsliga@med.ovgu.de
Sprechzeiten: Mo bis Do 9:00 – 15:00 Uhr
sowie nach Vereinbarung

Psychosoziale Krebsberatungsstelle am Universitätsklinikum Magdeburg
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R
Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Haus 14 (rechter Eingang), Raum 380
Leipziger Str. 44 · 39120 Magdeburg

Erreichbarkeit:	Mo	8:00 – 15:00 Uhr
	Di	8:00 – 14:00 Uhr
	Mi	8:00 – 16:00 Uhr
	Do	8:00 – 12:30 Uhr
	Fr	8:00 – 13:30 Uhr

Terminvereinbarung unter 0391 6721241 und krebsberatung@med.ovgu.de

Außensprechstunde Universitätsfrauenklinik
Räume der Magdeburger Krebsliga e. V.
Gerhard-Hauptmann-Str. 35 · 39108 Magdeburg
Beratungszeiten: nach Absprache montags
Terminvereinbarung unter 0391 6721241 und krebsberatung@med.ovgu.de

Außenstelle Burg
Räume der Selbsthilfekontaktstelle Jerichower Land
Bahnhofstr. 7 · 39288 Burg
Beratungszeiten: nach Absprache dienstags
Terminvereinbarung unter 0391 6721241 und krebsberatung@med.ovgu.de

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Helfen Sie uns, damit wir helfen können!

Spendenkonto bei der Saalesparkasse
IBAN: DE08 8005 3762 0387 3073 17
BIC: NOLADE21HAL