

Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Krebserkrankungen

Arbeitshilfe

Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)
Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt am Main
Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.
Frankfurt am Main, Juni 2020
ISBN 978-3-943714-89-0

Ansprechpartner bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Frankfurt am Main:

Dr. Teresia Widera, teresia.widera@bar-frankfurt.de
Jennifer Klös, jennifer.kloes@bar-frankfurt.de

Anmerkung:

Sofern aus Gründen besserer Lesbarkeit an einzelnen Stellen bei Personenangaben lediglich die männliche Schreibweise erscheint, sind alle Geschlechter hier gleichermaßen erfasst.

Die BAR

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.

Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Krebserkrankungen

Arbeitshilfe



Vorwort	7
<hr/>	
1 Einleitung	8
<hr/>	
1.1 Menschen mit Krebserkrankungen – Eine Einführung	8
1.2 Reha-Lotse – Bei Krebserkrankungen	8
1.3 Zielgruppen der Arbeitshilfe	10
2 Onkologische Erkrankungsformen	10
<hr/>	
2.1 Diagnostik bei Krebserkrankungen	10
2.2 Diagnoseübergreifende Aspekte	11
2.3 Ausgewählte Krebserkrankungen in der onkologischen Rehabilitation	13
2.3.1 Gynäkologische Tumore	15
2.3.2 Tumore des Magen-Darm-Traktes	17
2.3.3 Urologische Tumore	18
2.3.4 Lungenkrebs	20
2.3.5 Hautkrebs	20
2.3.6 Krebs der Lymphdrüsen und des Blutes	21
2.3.7 Tumorerkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes	21
2.3.8 Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems	22
2.4 Primärtherapie bei Krebserkrankungen	22
2.5 Auswirkungen der Krebserkrankung und -therapie auf Lebensbereiche	23
3 Rehabilitation und Teilhabe – Allgemeine Grundsätze	26
<hr/>	
3.1 Rehabilitation als Teil der Versorgungskette	26
3.2 Grundlagen und Aufgaben der Rehabilitation	27
3.3 Bio-psycho-soziales Modell der ICF	28
3.4 Sozialrecht in knapper Form – Rehabilitationsträger, -formen und -zuständigkeiten	31
3.5 Der Prozess der Rehabilitation	35
4 Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Krebserkrankungen	37
<hr/>	
4.1 Voraussetzungen für die Rehabilitation	37
4.2 Ziele der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen	39
4.2.1 Rehabilitationsziele, die sich aus der ICF ableiten	39
4.2.2 Weitere relevante Teilhabe-Ziele in der Rehabilitation	42
4.2.2.1 Teilhabe am Arbeitsleben	42
4.2.2.2 Soziale Teilhabe	44
4.2.2.3 Verhinderung von und Teilhabeförderung bei Pflegebedürftigkeit	44
4.3 Ausgestaltung der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen	45
4.3.1 Rehabilitationseinrichtungen und -angebote	45
4.3.2 Bedeutung des Rehabilitationsteams	47
4.3.3 Rehabilitanden untereinander – Experten in eigener Sache	48
4.3.4 Behandlungselemente der Rehabilitation	48
4.3.5 Besondere Zielgruppen in der Rehabilitation	52
4.3.6 Was tun, wenn ...	56

5 Nach der Rehabilitation – Nachsorge	61
5.1 Aufgaben des niedergelassenen Arztes in der Nachsorge	61
5.2 Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen	61
5.3 Nachsorgeprogramme	62
5.4 Neue Medien in der Nachsorge und Selbsthilfe	63
6 Informations- und Beratungsangebote	65
6.1 Rehabilitationsberatungsdienste	65
6.2 Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe	65
6.3 Kliniksozialdienste	65
6.4 Integrationsfachdienste	66
6.5 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®)	67
6.6 Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung	67
7 Weitere Unterstützungsmöglichkeiten	68
7.1 Ambulante Dienste	68
7.2 Schwerbehindertenausweis	69
7.3 Selbsthilfeangebote für Betroffene und Angehörige	69
7.4 Palliativversorgung und Hospizleistungen	70
7.5 Pflegeleistungen für Menschen mit Krebserkrankungen	71
7.6 Sonstige Unterstützungsmöglichkeiten	72
8 Anhang	73
8.1 Glossar	73
8.2 Leitlinien, Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen	73
8.3 Ausgewählte Literatur	74
8.4 Adressen und Links	75
8.4.1 Zertifizierte onkologische Zentren und Organkrebszentren	75
8.4.2 Portale zur Suche nach Rehabilitationseinrichtungen	75
8.4.3 Wissenschaftliche Institutionen und Fachgesellschaften	75
8.4.4 Kontaktdaten der Träger der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	76
8.4.5 Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen	77
8.5 Stichwortverzeichnis	78
9 Kompakt-Informationen	82
9.1 Wichtiges auf einen Blick	82
Mögliche Hinweise für Reha-Bedürftigkeit	87
9.2 Hilfreiche Kontakte	88
Hilfreiche Kontakte kompakt	88
Telefon-Kontakte zu den Kostenträgern (Rehabilitationsträgern)	89

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Todesursachen nach Krankheitsarten 2017	11
Abb. 2: Die Versorgungskette im Gesundheitswesen	26
Abb. 3: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)	28
Abb. 4: Zuordnung – Krankheits-Auswirkungen zu ICF-Komponenten bei Krebs	29
Abb. 5: Das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis	31
Abb. 6: Schematische Darstellung des Reha-Prozesses	35
Abb. 7: Voraussetzungen für die Rehabilitation	37

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Reha-Lotse	9
Tab. 2: Kodierung bösartiger Neubildungen in der ICD-10-GM	12
Tab. 3: Epidemiologische Maßzahlen zum Krebsgeschehen in Deutschland	14
Tab. 4: Grundsätze bei der Erbringung von Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe	27
Tab. 5: Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger)	32

Vorwort

Die Zahl der Krebserkrankungen steigt weltweit stetig an. Mittlerweile erkranken jede zweite Frau und jeder zweite Mann im Laufe des Lebens an Krebs. Die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, nimmt mit dem Lebensalter zu. Aber auch unter den Erwerbstätigen steigt die Zahl der Erkrankten: Etwa jeder dritte Neuerkrankte ist laut Robert Koch-Institut jünger als 65 Jahre. Bösartige Tumorerkrankungen stellen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in unserer Gesellschaft dar. Gleichzeitig steigen aufgrund medizinischen Fortschritts die Überlebensraten. Damit wird Krebs zunehmend zu einer chronischen Erkrankung. Die Rehabilitation bei Krebserkrankungen gewinnt somit weiter an Bedeutung. Es gibt zahlreiche verschiedene Formen von Krebserkrankungen, die sich hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen stark unterscheiden. Bösartige Tumorerkrankungen führen zu tiefen Einschnitten im Leben der Betroffenen und die Auswirkungen können sich auf alle Lebensbereiche beziehen. Die Rehabilitation leistet einen wichtigen Beitrag, dass Menschen nach einer Krebserkrankung Lebensqualität wieder zurückgewinnen, am Alltagsleben teilnehmen und ins Arbeitsleben zurückkehren können.

Die vorliegende „Arbeitshilfe – Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Krebserkrankungen“ nimmt den Versorgungsbereich der Rehabilitation mit allen seinen Möglichkeiten in den Blick. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können helfen, Funktionseinschränkungen zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen sowie vorhandene Funktionsfähigkeiten zu erhalten oder zu verbessern. Krebspatienten sind oft hoch motiviert, wieder zu arbeiten; und die Rückkehr in den Beruf wird oft mit Wieder-Gesundsein gleichgesetzt. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können für Menschen mit Krebserkrankungen den Weg ins Arbeitsleben ebnen, unterstützen und vor Überforderung schützen. Wenn ein Krebspatient im Alltag eingeschränkt ist, können Leistungen zur sozialen Teilhabe (z. B. auch finanzielle Erleichterungen, Assistenzdienste und Hilfsmittel) dabei helfen, den Alltag wieder zu bewältigen, und als Ziel aller Leistungen der Rehabilitation steht die bestmögliche Teilhabe der betroffenen Menschen.

Diese Arbeitshilfe dient als Praxishilfe für die Planung, Beantragung, Durchführung und Verstetigung rehabilitativer Maßnahmen für krebserkrankte Menschen. Darin finden Sie u. a.:

- diagnoseübergreifende Aspekte und beispielhaft ausgewählte onkologische Erkrankungen
- Ziele und Behandlungselemente der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen
- Informationen zu nachgehenden Hilfen und der Rehabilitationsnachsorge
- Informations- und Beratungsangebote sowie hilfreiche Dienstleistungen für Menschen mit und nach Krebserkrankungen
- Tipps zu vertiefender Literatur, zu Leitlinien sowie Adressen und Links zu ausgewählten Institutionen und Verbänden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) dankt allen Experten, die an der Erstellung der Arbeitshilfe beteiligt waren, insbesondere **Dr. Soha Asgari**, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), Berlin und **Dr. Wilfried Hoffmann**, Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), Badenweiler.

Wir hoffen, dass diese Arbeitshilfe für alle Interessierten eine wertvolle Unterstützung bietet.



Prof. Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

1 Einleitung

1.1 Menschen mit Krebserkrankungen – Eine Einführung

Krebs – für jeden Menschen ist diese Diagnose ein Schock. Fortan ist das Leben der betroffenen Menschen häufig geprägt von Ängsten und Gedanken an die Endlichkeit des Lebens. Krankenhausaufenthalte, Operationen und starke Medikamente mit vielen Nebenwirkungen können mitunter Teil des Alltags werden. Bösartige Tumore sind in Deutschland mittlerweile eine Volkskrankheit. Gemäß aktueller Zahlen erkrankt jede zweite Frau und jeder zweite Mann im Laufe des Lebens an Krebs.¹ Krebserkrankungen haben meist eine langandauernde Beeinträchtigung zur Folge. Die unsichere Prognose eines Tumorleidens macht eine kontinuierliche Überwachung erforderlich. Nicht selten treten zudem infolge von Krankheit und Behandlung Schmerzen und Nebenwirkungen auf, die zu einer langanhaltenden Belastung werden (z. B. Nebenwirkungen der Chemotherapie und der Strahlentherapie).

Menschen mit Krebserkrankungen benötigen zielgerichtete und am individuellen Bedarf orientierte Rehabilitationsmaßnahmen, um gesundheitliche Beeinträchtigungen abzuwenden, ihre Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und die Lebensqualität trotz der bedrohlichen Erkrankung zu erhalten. Die Rehabilitation stellt dabei einen Prozess dar, in dem viele kleine Zahnräder ineinandergreifen müssen, damit am Ende der Fortschritt erreicht wird, den der Patient gemeinsam mit den Ärzten, Therapeuten und anderen Akteuren des Rehabilitationsteams anstrebt.

Das Ziel muss dabei sein, den Rehabilitationsbedarf möglichst frühzeitig zu erkennen, den Unterstützungsbedarf umfassend zu bestimmen, die geeigneten Leistungen festzulegen und hierfür die richtigen Leistungserbringer zu finden. Nur so kann beispielsweise der Verschlimmerung und Chronifizierung der Erkrankung, gesundheitsbedingter Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt werden.

1.2 Reha-Lotse – Bei Krebserkrankungen

Krebserkrankungen: Das Leben geht weiter – aber wie?

Je nach Verlauf der Krebserkrankung und ihrer Folgen stehen unterschiedliche Ziele im Vordergrund von Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe. Die nachfolgende Auflistung bietet einen Überblick über Leistungen und Angebote im Bereich Rehabilitation und Teilhabe. Vertiefte Informationen zu den einzelnen Angeboten sind in den weiteren Kapiteln enthalten.

Es steht eine Vielzahl von rehabilitativen Leistungen und Angeboten zur Verfügung. Je nachdem, mit welchem Ziel die Rehabilitation durchgeführt wird (vgl. dazu die linke Spalte von Tab. 1), bieten sich unterschiedliche Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe an (vgl. dazu die rechte Spalte von Tab. 1). Steht z. B. die psychische Krankheitsverarbeitung im Zentrum der rehabilitativen Maßnahme, kommt möglicherweise eine sog. verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation in Frage. Psychoonkologisch ausgerichtete Rehabilitationseinrichtungen/-fachabteilungen können sich hier ebenfalls als besonders geeignet erweisen. Die psychosoziale Krebsberatung ist flankierend zu Rate zu ziehen:

¹ Robert Koch-Institut, Deutschland GEKID: Krebs in Deutschland 2013/2014. Gemeinsame Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) und des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut. 11. Ausgabe, 2017.

Tab. 1: Reha-Lotse

Ziel	Leistung/Angebot im Bereich Rehabilitation und Teilhabe * * Andere Angebote sind nicht ausgeschlossen.
Umgang mit Beeinträchtigungen, die sich als Folge der Krebserkrankung oder ihrer Behandlung ergeben (körperlich, psychisch und sozial)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Rehabilitation (Onkologische Rehabilitation) ■ Anschlussrehabilitation (AHB) bei Krebserkrankungen
Rückkehr zur Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Rehabilitation mit anschließender Beruflicher Rehabilitation ■ Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ■ Berufliche Rehabilitation ■ Versorgungsamt (Schwerbehindertenausweis) ■ Integrationsamt (Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen)
Psychische Krankheitsverarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) ■ Psychoonkologie bzw. psychoonkologisch spezialisierte Rehabilitation ■ Ambulante Psychotherapie (begleitend, nachgehend) ■ Psychosoziale Krebsberatung
Notwendigkeit vorübergehender Unterstützung bei lebenspraktischen Verrichtungen während der Zeit der Krebserkrankung und des Behandlungsverlaufs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ambulante Dienste der Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Roten Kreuzes, Diakonischen Werke, Paritätischen Wohlfahrtsverbände u. a. (Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Einkaufsdienste, Haustierbetreuung, Kinderbetreuung etc.)
Hilfe bei begleitenden Problemlagen, die aus einer Krebserkrankung und ihrer Behandlung resultieren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psychosoziale Krebsberatungsstellen ■ Schuldnerberatungsstellen ■ Angehörigenberatungsstellen ■ Ehe-, Familien-, Lebens- und Partnerberatungsstellen ■ Suchtberatungsstellen ■ Erziehungsberatungsstellen ■ Beratungsstellen zur Krisenintervention ■ Familienplanungsberatungsstellen
Anhaltende Stabilisierung des in der Rehabilitation erzielten Behandlungserfolges und Transfer des Gelernten in den Alltag	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rehabilitations-Nachsorge (nach vorausgegangener Rehabilitation) ■ Rehabilitationssport (Krebs-Sportgruppen) ■ Funktionstraining
Behandlung einer begleitenden psychischen Erkrankung, z. B. depressive Störung, Angststörung, Suchterkrankung, posttraumatische Belastungsstörung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) ■ Psychoonkologie bzw. psychoonkologisch spezialisierte Rehabilitation ■ Ambulante Psychotherapie (begleitend, nachgehend) ■ Stationäre Behandlung, z. B. in Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Verbesserung der Lebensqualität bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung, die bereits weit fortgeschritten ist	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pflegestützpunkte (Pflegeleistungen) ■ Palliativversorgung ■ Hospizdienste
Rehabilitation und Teilhabe für krebskranke Kinder	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kinder- und Jugend-Rehabilitation
Unterstützung und Begleitung der ganzen Familie (Eltern, Geschwister, krebskrankes Kind) bei einer familiären Belastungssituation aufgrund der Krebserkrankung eines Kindes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Familienorientierte Rehabilitation bei krebskranken Kindern der verschiedensten kinderonkologischen Indikationen

1.3 Zielgruppen der Arbeitshilfe

Die Arbeitshilfe „Rehabilitation für Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen“ ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe zu zielgerichtetem, planvollem und abgestimmtem Handeln in der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen. Sie wendet sich an alle an der Rehabilitation an Krebs erkrankter Menschen beteiligten Personen, Berufsgruppen und Institutionen. Dazu zählen insbesondere:

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger und Integrationsämter sowie deren medizinische Dienste, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ansprechstellen für Rehabilitation,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und nachgehenden Betreuung (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen),
- niedergelassene und in Krankenhäusern tätige Ärztinnen und Ärzte,
- Werks- und Betriebsärztinnen und -ärzte,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialverwaltung,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Behindertenverbänden sowie
- Selbsthilfegruppen und -organisationen.

Die Arbeitshilfe wendet sich selbstverständlich auch an die betroffenen Menschen selbst und ihre Angehörigen/Bezugspersonen mit dem Ziel, über Grundlagen, Möglichkeiten und Zielsetzung der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen zu informieren. Darüber hinaus stellt die Arbeitshilfe ein Hilfsmittel für die Fortbildung aller bei den Sozialleistungsträgern tätigen Rehabilitationsfachkräfte dar. Die Arbeitshilfe beschäftigt sich vor allem mit der medizinischen Rehabilitation nach Krebserkrankungen. In Ergänzung werden Schlaglichter auf weitere Möglichkeiten der beruflichen und der sozialen Rehabilitation geworfen. Die verschiedenen Abschnitte und Stationen der medizinischen Rehabilitation werden entlang des Reha-Prozesses beleuchtet. Auch vor- und nachgelagerte Stellen im Akut- wie im Nachsorgebereich werden zum Zwecke der Gestaltung eines nahtlosen Überleitungsmanagements adressiert.

2 Onkologische Erkrankungsformen

2.1 Diagnostik bei Krebserkrankungen

Der Begriff „Krebs“ steht für eine große Gruppe ganz unterschiedlicher Erkrankungen, die eins gemeinsam haben: die unkontrollierte Teilung und Vermehrung von Zellen eines Organs oder Gewebes, wodurch eine Geschwulst (Tumor) entsteht. Bösartige (maligne) Tumore zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich der normalen Wachstumskontrolle des Organismus entzogen haben. Die veränderten Zellen vermehren sich unkontrolliert bzw. ungehemmt. Sie können in umliegendes Gewebe einwachsen oder es verdrängen, sie können in Blutbahnen und Lymphgefäße eindringen und mit dem Blut- und Lymphstrom derart veränderte Zellen in andere Körperorgane gelangen lassen. Diese können sich dort ansiedeln und erneut vermehren – es entstehen Tochtergeschwülste, sogenannte Metastasen.²

Die Diagnostik bei onkologischen Erkrankungen beinhaltet die Anamnese und die körperliche Untersuchung sowie die Kontrolle der Laborparameter unter besonderer Berücksichtigung der speziellen Tumorart und -lokalisierung. Darüber hinausgehende bildgebende Untersuchungen richten sich nach der Tumormanifestation und beinhalten in aller Regel eine spezielle

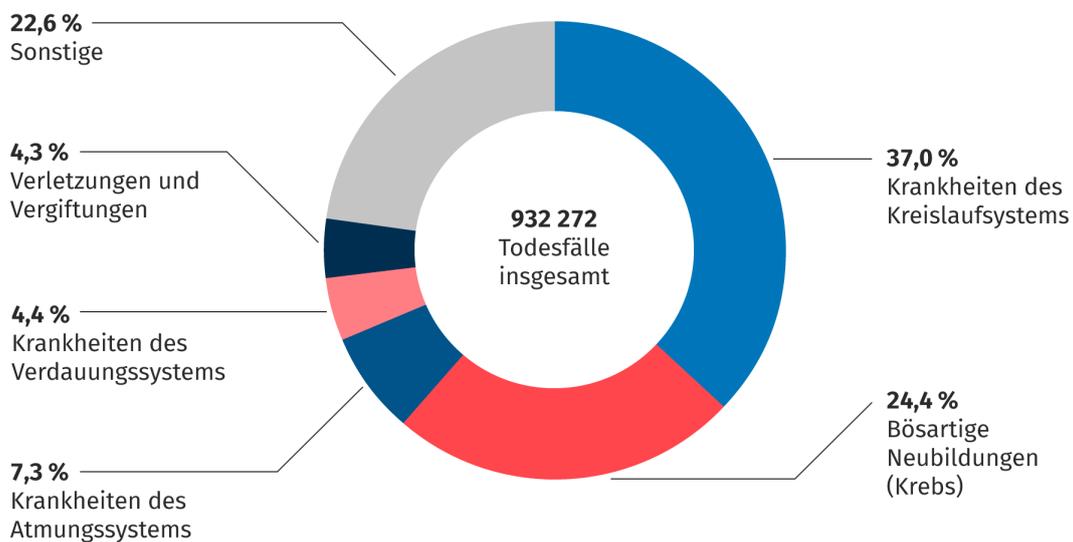
2 www.krebsinformationsdienst.de

Röntgendiagnostik (konventionelles Röntgen, Computer- oder Magnet-Resonanz-Tomographie). Zusätzlich sind, insbesondere bei Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes und auch Tumorerkrankungen im Kopf-, Hals- und Lungenbereich, endoskopische Diagnoseverfahren notwendig. Ebenfalls in Abhängigkeit von der spezifischen Tumorerkrankung werden entsprechende fachärztliche Untersuchungen (z. B. gynäkologische Untersuchungen, HNO-ärztliche Diagnostik) oder gastro-enterologische Diagnoseverfahren (v. a. Spiegelungen mittels Endoskopie) hinzugenommen.

2.2 Diagnoseübergreifende Aspekte

Während im Jahr 1980 insgesamt ca. 270.000 Männer und Frauen in Deutschland neu an Krebs erkrankten, traf dies im Jahr 2014 auf ca. 476.000 Menschen zu. Davon wurde bei ca. 249.200 Männern und 227.000 Frauen erstmalig eine Krebserkrankung diagnostiziert.³ Gemäß aktueller Zahlen erkrankt jede zweite Frau und jeder zweite Mann im Laufe des Lebens an Krebs. Frauen sind insgesamt etwas seltener betroffen, allerdings treten Krebserkrankungen tendenziell früher im Lebensverlauf auf. Bösartige Tumorerkrankungen stellen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in unserer Gesellschaft dar. Im Jahr 2017 erlag laut Angaben des Statistischen Bundesamtes ein Viertel aller Verstorbenen (227.590 Menschen) einem Krebsleiden (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Todesursachen nach Krankheitsarten 2017⁴ in Prozent



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019

3 Aussagen zur Epidemiologie sind folgender Quelle entnommen: Robert Koch-Institut, Deutschland GEKID: Krebs in Deutschland 2013/2014. Gemeinsame Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) und des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut. 11. Ausgabe, 2017.

4 Statistisches Bundesamt (2020) unter: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html

Im Zeitverlauf ist bei der Sterblichkeit (Mortalität) infolge einer Krebserkrankung jedoch eine Verringerung zu verzeichnen. So sind die altersstandardisierten Sterberaten zwischen 2005 und 2015 bei Männern um 12 %, bei Frauen um 7 % gesunken. Insofern ist von einer Zunahme der Heilung bzw. einer Verlängerung des Gesamtüberlebens bei Krebserkrankungen auszugehen. Dies dürfte wohl nicht nur einer verbesserten Frühdiagnostik, sondern insbesondere auch einer effektiveren Tumorthherapie zuzuschreiben sein.

Die Internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD-10-GM) als amtliche Klassifikation für Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung führt onkologische Erkrankungen als bösartige Neubildungen in Kapitel C der ICD auf (vgl. Tab. 1). Unter den Codes D10–D36 werden gutartige Neubildungen verschlüsselt. Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens werden mit D37–D48 kodiert (vgl. www.dimdi.de):

Tab. 2: Kodierung bösartiger Neubildungen in der ICD-10-GM

Code	Beschreibung
C00–C75	Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen
C00–C14	Lippe, Mundhöhle und Pharynx
C15–C26	Verdauungsorgane
C30–C39	Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe
C40–C41	Knochen und Gelenkknorpel
C43–C44	Haut
C45–C49	Mesotheliales Gewebe und Weichteilgewebe
C50	Brustdrüse (Mamma)
C51–C58	Weibliche Genitalorgane
C60–C63	Männliche Genitalorgane
C64–C68	Harnorgane
C69–C72	Auge, Gehirn und sonstige Teile des Zentralnervensystems
C73–C75	Schilddrüse und sonstige endokrine Drüsen
C76–C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81–C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00–D09	In-situ-Neubildungen
D10–D36	Gutartige Neubildungen
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens

Die Rehabilitationsbedürftigkeit von Menschen mit Krebserkrankungen begründet sich wesentlich durch die Folgen und Beeinträchtigungen, die aus der akutmedizinischen Krebsbehandlung durch operative Eingriffe, Strahlentherapie, anti-hormonelle Therapie oder Chemotherapie resultieren. Um Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu erhalten, gelten neben den indikationsübergreifenden Bedingungen (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitations-Prognose, ausreichende Reha-Motivation, vgl. dazu auch Kapitel 4.1), folgende Voraussetzungen der onkologischen Rehabilitation:

- Vorliegen der Diagnose eines bösartigen Tumors
- Die Primärbehandlung (operative Behandlung und/oder Chemotherapie und/oder Strahlentherapie) muss abgeschlossen sein.
- Eine weiterführende medikamentöse Therapie muss bereits begonnen haben.

In Deutschland wird die onkologische Rehabilitation oft in Form der Anschlussrehabilitation (AHB), also unmittelbar nach der Primärbehandlung im Krankenhaus, über einen durchschnittlichen Zeitraum von drei Wochen durchgeführt. Auf diese Weise kann die medizinische Therapie fortgeführt und der körperliche und psychische Zustand stabilisiert und verbessert werden.

Je nach Art der Erkrankung oder Form der Therapie können die Folgestörungen sehr unterschiedlich sein. Die Ziele einer onkologischen Rehabilitation sind dementsprechend auf die persönlichen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt.

2.3 Ausgewählte Krebserkrankungen in der onkologischen Rehabilitation

Wie viele Menschen mit Krebserkrankung leben zu einem definierten Zeitpunkt in Deutschland? Die so genannte Prävalenz ist im Bereich der Krebserkrankungen nicht ganz einfach anzugeben. Die Dauer einer Krebstherapie kann sehr stark variieren. Auch stellt sich die Frage, ab wann ein Patient als geheilt betrachtet werden kann und wie mit Patienten umgegangen wird, die zwar nicht dauerhaft geheilt werden können, deren Erkrankung aber über Jahre in Schach gehalten werden kann? Patientenschicksale mit ihren z.T. sehr unterschiedlichen Verläufen können in statistischen Angaben nicht ausreichend berücksichtigt werden. In der Krebsforschung wird häufig die sogenannte Fünf-Jahres-Prävalenz angegeben. Diese umfasst alle Personen, die innerhalb der jeweils letzten fünf Jahre an Krebs erkrankt sind.

Tab. 3: Epidemiologische Maßzahlen zum Krebsgeschehen in Deutschland*

Code	Anzahl der Neuerkrankungen (2014)		5-Jahres-Prävalenz	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Brustkrebs	650	69.220	2.400	311.400
Gebärmutterhalskrebs	-	4.540	-	17.500
Gebärmutterkörperkrebs	-	10.680	-	44.000
Eierstockkrebs	-	7.250	-	20.900
Darmkrebs	33.120	27.890	112.500	95.000
Magenkrebs	9.340	6.090	19.300	13.300
Bauchspeicheldrüsenkrebs	8.550	8.580	8.900	8.800
Prostatatakrebs	57.370	-	271.800	-
Harnblasenkrebs	11.680	4.170	36.100	11.100
Nierenkrebs	9.480	5.480	36.200	21.900
Lungenkrebs	34.560	19.280	49.400	32.100
Malignes Melanom der Haut	10.910	10.310	47.600	49.000
Morbus Hodgkin	1.340	1.030	5.500	4.300
Non-Hodgkin-Lymphome	9.160	7.880	31.400	28.100
Multiples Myelom	3.550	2.960	11.100	9.200
Mundhöhlen- und Rachenkrebs	9.130	3.700	12.600	28.200
Kehlkopfkrebs	2.980	520	10.900	1.800
Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems	3.880	3.160	7.200	5.700

*Hinweis zu Tab. 3: Die Ergebnisse beruhen auf Daten bis zum Jahr 2014.⁵

Tabelle 3 führt Daten der gemeinsamen Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. und des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut aus dem Jahr 2017 auf. Demnach sind Männer am häufigsten von urologischen Tumoren (Prostata, Harnblase, Niere), bösartigen Neubildungen des Magen-Darm-Trakts sowie von Lungenkrebs betroffen. Die häufigste Einzeldiagnose bei den Krebserkrankungen von Frauen stellt der Brustkrebs dar. Die zweithäufigste Tumorlokalisation bei Frauen sind bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane. Betrachtet man die Anzahl der Neuerkrankungen, so sind nach Schätzung des ZfKD im Jahr 2014 insgesamt in Deutschland rund 476.000 Krebserkrankungen erstmalig diagnostiziert worden. Geschlechtsübergreifend sind in etwas mehr als der Hälfte der Fälle Brustdrüse (69.900), Darm (61.000), Prostata (57.400) oder Lunge (53.800) betroffen.

Nachfolgend werden ausgewählte Krebserkrankungen in der onkologischen Rehabilitation vorgestellt. Die Zuordnung erfolgt zu folgenden Arten von Krebserkrankungen: Gynäkologische Tumore, Tumore des Magen-Darm-Traktes, urologische Tumore, Lungenkrebs, Hautkrebs, Krebs der Lymphdrüsen und des Blutes, Tumorerkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes sowie Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems.

5 Robert Koch-Institut, Deutschland GEKID: Krebs in Deutschland 2013/2014. Gemeinsame Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) und des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut. 11. Ausgabe, 2017.

Dargestellt werden Eckdaten zum Auftreten der Krebsform, die Besonderheiten und der Rehabilitationsbedarf einzelner Krebserkrankungsformen sowie beispielhafte therapeutische Leistungen in der Rehabilitation dieser Krebserkrankungen. Vertiefende, qualitätsgesicherte Basisinformationen zu häufigen Krebserkrankungen, Krebsformen und deren bio-psycho-sozialer Behandlung stehen unter den folgenden Internetadressen zur Verfügung:



Informationsquellen für alle Arten von Krebserkrankungen:

Deutsche Krebsgesellschaft

www.krebsgesellschaft.de

Krebshilfe

www.krebshilfe.de

Krebsinformationsdienst

www.krebsinformationsdienst.de

Krebs-Webweiser

www.krebs-webweiser.de

Krebs-Kompass

www.krebs-kompass.de

INKA – Infonetz für Krebspatienten/Angehörige

www.inkanet.de

Krebsvorsorge-Ratgeber

www.krebsvorsorge-ratgeber.de

Deutsches Krebsforschungszentrum

www.dkfz.de

Robert Koch-Institut

www.rki.de

Krebsdaten/-statistiken

www.krebsdaten.de

In Ergänzung dazu werden weitere Informationsquellen und Unterstützungsmöglichkeiten für spezifische Krebserkrankungen am Ende der einzelnen Kapitel genannt.

2.3.1 Gynäkologische Tumore

Brustkrebs

Eckdaten: In Deutschland erkranken aktuell jährlich ca. 70.000 Frauen an Brustkrebs. Der Brustkrebs (Mammakarzinom) ist mit etwa 30,5 % die in Deutschland am häufigsten auftretende Krebsneuerkrankung bei Frauen. Derzeit erkrankt eine von acht Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Auch Männer können von Brustkrebs betroffen sein, wobei die Wahrscheinlichkeit allerdings mit unter einem Prozent der Erkrankungsfälle viel niedriger liegt.

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Der Rehabilitationsbedarf von Patientinnen und Patienten mit bzw. nach einer Brustkrebserkrankung ist hoch, sowohl aus somatischen als auch aus psychischen Gründen. Ca. 30 % der onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen aufgrund einer Brustkrebs-Erkrankung. Die Krebsbehandlung strengt an. Nach erfolgter Primärtherapie kann eine Rehabilitation dabei helfen, den Übergang in Beruf, Alltag, häusliches und außerhäusliches Leben zu erleichtern und dabei unterstützen, mit den Spätfolgen der Erkrankung und ihrer Behandlung leben zu lernen.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Die Therapie von Brustkrebs bedingt häufig einen operativen Eingriff, wodurch sich als Therapiefolgen oftmals funktionelle Bewegungseinschränkungen im Bereich des Arms und der Schulter ergeben. Es können Lymphödeme des Armes und/oder der Brustwand sowie Verletzungen von Nerven in der Achselhöhle und neuropathische Schmerzen im Arm als Funktionsschäden resultieren.

Nebenwirkungen der Strahlentherapie bei Brustkrebs können z. B. Lymphödem, Lungen- oder Herzprobleme sein, durch die Chemotherapie kann es z. B. zu Blutbildveränderungen und Organschäden kommen und die Hormontherapie kann Thrombosen oder eine Osteoporose auslösen. Es kann auch zu akuter und chronischer Erschöpfung, Konzentrations- und auch Gedächtnisstörungen kommen.

Weiterführende Informationen:

Frauensebsthilfe nach Krebs, Bonn, mit Gruppen vor Ort, Tel. 0228 33889402 | www.frauensebsthilfe.de

Netzwerk Männer mit Brustkrebs, Hildesheim, mit regionalen Ansprechpartnern | www.brustkrebs-beim-mann.de

Hilfe beim familiären Brust- und Eierstockkrebs, Bonn, mit bundesweiten Gesprächskreisen | www.brca-netzwerk.de

Krebs der Gebärmutter und der Eierstöcke

Eckdaten: Jedes Jahr erkranken knapp 10.700 Frauen in Deutschland an Krebs der Gebärmutter. Rund 4.600 Frauen an Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom), der Rest an Gebärmutter Schleimhautkrebs (Endometriumkarzinom). Eine weitere häufige Krebserkrankung der weiblichen Genitalorgane ist der Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom), der in Deutschland jährlich bei rund 7.100 Frauen neu diagnostiziert wird (Stand: 2014). Im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung werden häufig schon Vorstufen des invasiven Zervixkarzinoms (Dysplasien und In-situ-Karzinome) diagnostiziert. Die Behandlung des Gebärmutterhalskrebses erfolgt in Abhängigkeit vom Tumorstadium mittels Operation und/oder Strahlentherapie. Da es keine erkennbaren Frühsymptome gibt, werden 60 % aller Eierstockkrebs erkrankungen erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert.

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Die Rehabilitationsbedürftigkeit der erkrankten Frauen resultiert aus den Funktionsstörungen infolge der Tumorerkrankung selbst und/oder der durchgeführten Behandlungen. Neben der Unterstützung der körperlichen Genesung, dem Erlernen des Umgangs mit Funktionseinschränkungen ist meist eine intensive psychologische oder psychotherapeutische Begleitung notwendig sowie Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Bedingt durch das lokale Tumorwachstum und zum Teil ausgedehnte operative Eingriffe im kleinen Becken können Störungen der Blasen- und Darmfunktion, Inkontinenz und Fistelbildungen sowie Schmerzen aufgrund von Vernarbungen auftreten. Häufige Folgen der Strahlentherapie im kleinen Becken sind entzündliche Veränderungen der Harnblase und der im Bestrahlungsfeld liegenden Darmabschnitte. Lymphödeme im Bereich des Beckens und der unteren Extremitäten können sowohl Folgen der operativen Lymphknotenentfernung als auch der Bestrahlung sein. Nebenwirkungen der bei der Behandlung von Krebserkrankungen der weiblichen Genitalien eingesetzten Chemotherapie sind oft Blutbildveränderungen, periphere Nervenschädigungen, Herzmuskelschädigungen, Beeinträchtigung der Nierenfunktion und des Hörvermögens. Besonders junge Frauen leiden nach operativer Entfernung der Eierstöcke oder strahlen- beziehungsweise chemotherapeutisch induzierter Menopause an Hormonentzugserscheinungen. Die Rehabilitation kann dabei helfen, Krankheits- und Therapiefolgen zu mindern und wieder arbeitsfähig zu werden.

Weiterführende Informationen:

Frauensebsthilfe nach Krebs, Bonn, mit Gruppen vor Ort, Tel. 0228 33889402 | www.frauensebsthilfe.de

Patienteninfo der BÄK und der kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Krebs | www.patienten-information.de

Portal der wissenschaftlichen Medizin zu Krebserkrankungen und deren Behandlung | www.awmf.org

2.3.2 Tumore des Magen-Darm-Traktes

Zu häufigen Krebserkrankungen im Bereich des Magen-Darm-Traktes zählen der Magenkrebs, der Bauspeicheldrüsenkrebs sowie der Darmkrebs.

Darmkrebs

Eckdaten: In Deutschland erkranken rund 27.000 Frauen und 33.000 Männer jährlich an Darmkrebs (Stand: 2014). Nach Empfehlung der regelmäßigen Darmspiegelung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen wird der Dickdarmkrebs häufiger im Frühstadium erkannt.

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Mithilfe der Rehabilitation sollen die Betroffenen die Folgen der Darmkrebserkrankung bewältigen. Zu diesem Zweck werden verschiedene medizinische, therapeutische, berufliche und soziale Maßnahmen eingesetzt, je nachdem, in welcher Weise die Betroffenen beeinträchtigt sind.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Bei Enddarmkrebserkrankungen wird bei fortgeschrittenen Stadien ein künstlicher Darmausgang, ein sogenanntes Stoma, als dauerhafte oder vorübergehende Stuhableitung erforderlich. Zusätzlich zu einer Operation von Dick- und Enddarmkrebserkrankung wird im lokal fortgeschrittenen Stadium bei der Mehrzahl der Patienten eine sogenannte adjuvante Chemotherapie durchgeführt. In der Rehabilitation erfolgt eine darauf abgestimmte Behandlung.

Weiterführende Informationen:

Informationen der gesetzlichen Krankenkassen zu Krebs | www.krankenkassen.de

Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs | www.ilco.de

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO) | www.onkopedia.com

Magenkrebs

Eckdaten: Magenkrebs (Magenkarzinom) ist eine in Deutschland seltener auftretende Krebserkrankung, wobei die Häufigkeit des Auftretens von Magenkrebs im Zeitverlauf rückläufig ist. Rund 9.500 Männer und 6.300 Frauen erkranken in Deutschland jährlich neu an Magenkrebs (Stand: 2014).

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Mit Hilfe einer Rehabilitationsmaßnahme wird der magenkrebskranken Mensch in das häusliche, berufliche und gesellschaftliche Leben (wieder)eingegliedert.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Magenkrebs ist häufig damit verbunden, dass operativ eine teilweise oder vollständige Entfernung des Magens notwendig wird. Es kann zu Beeinträchtigungen der Nahrungsaufnahme und -verwertung sowie Dumping-Symptomen (z. B. Übelkeit, Durchfall, Schläfrigkeit) kommen, die u. a. eine umfassende, langfristig begleitende Ernährungsberatung erforderlich machen.

Weiterführende Informationen:

S3-Leitlinie Magenkarzinom | www.aezq.de

Leitlinienprogramm Onkologie zu Magenkrebs (S3-Leitlinien) | www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Patienteninformationen (BÄK, KBV) | www.patienten-information.de

Bauchspeicheldrüsenkrebs

Eckdaten: Von Bauchspeicheldrüsenkrebs sind Männer und Frauen gleichermaßen betroffen. Die Zahl der Neuerkrankungen in Deutschland liegt bei 8.600 (Männer) bzw. 8.300 (Frauen) Fällen (Stand: 2014).

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Allgemeines Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen bei Bauchspeicheldrüsenkrebs ist es, die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit zu verbessern und möglichen Langzeitfolgen für Alltag und Beruf vorzubeugen.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Aus der vollständigen oder teilweisen operativen Entfernung der Bauchspeicheldrüse resultieren wesentliche Einschränkungen bzw. der Ausfall von Organfunktionen. Blutzuckerregulationsstörungen mit Diabetes mellitus und Störungen der Nahrungsverwertung stehen im Vordergrund der Beschwerden. In fortgeschrittenen Tumorstadien ist die Lebenserwartung deutlich reduziert. In der Rehabilitation erhält der Patient eine an sein individuelles Leistungsvermögen angepasste Auswahl aus verschiedenen (nachfolgend beschriebenen) Therapieformen.

Weiterführende Informationen:

Bauchspeicheldrüse-Pankreas-Selbsthilfe, inkl. Telefon-Hotline 0641 9748120 | www.adp-bonn.de

Informationen der Technikerkrankenkasse zu Tumorerkrankungen | www.tk.de

Krebsinformationen des Bundesverbands Deutscher Internisten | www.internisten-im-netz.de

2.3.3 Urologische Tumore

Zu häufigen urologischen Tumoren zählen der Prostatakrebs, der Harnblasenkrebs und der Nierenkrebs.

Prostatakrebs

Eckdaten: Jährlich erkranken rund 58.000 Männer in Deutschland neu an Prostatakrebs (Stand: 2014).

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Die medizinische Rehabilitation inklusive Anschlussheilbehandlung (AHB) ist ein Angebot für Patienten mit Prostatakrebs, welche die ersten Krebsbehandlungen abgeschlossen haben. Sie umfasst medizinische, psychotherapeutische, soziale und beruflichen Maßnahmen, welche die Wiedereingliederung in die Familie, Gesellschaft und den Beruf fördern sollen. Ziel ist, körperliche Einbußen und seelische Beeinträchtigungen mit Hilfe einer Reha zu überwinden.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Die operative Entfernung der Prostata, die kurative Strahlentherapie oder die Brachytherapie sind primäre Therapieoptionen bei lokal begrenztem Prostatakarzinom. Je nach festgestelltem Stadium kann eine Strahlen- und/oder Hormontherapie folgen. Bei fortgeschrittenem Stadium erfolgt eine primäre Hormon-, Bestrahlungs- oder Chemotherapie. Zusätzlich relevant für die rehabilitative Behandlung sind sich als Folge der Primärtherapie ergebende Störungsbilder: z. B. Belastungsharninkontinenz, erektile Dysfunktionen, Blasen- und Darmentleerungsstörungen. Die Rehabilitation nutzt hier u. a. Beckenbodentraining, Biofeedback sowie Elektrostimulation (bei Inkontinenz), entlastende Gespräche, psychologische Therapie und Beratung über die Möglichkeiten einer Pharmakotherapie (bei Erektionsstörungen), Blasentraining, Ernährungsumstellung (bei Entleerungsstörungen) als geeignete Therapieverfahren.

Weiterführende Informationen:

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, Bonn, inkl. Beratungshotline 0800 7080123 | www.prostatakrebs-bps.de

Erkrankungen-/Therapie-Info der kassenärztlichen Bundesvereinigung | www.kbv.de

Krebsinfo des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen | www.gesundheitsinformation.de

Harnblasenkrebs

Eckdaten: Von Harnblasenkrebs sind jährlich in Deutschland 6.900 Frauen und 22.100 Männer neu betroffen (Stand: 2014).

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Die urologisch-onkologische stationäre Rehabilitation hilft dabei, funktionelle Störungen und Beschwerden zu bessern oder zu beseitigen. Dazu zählt neben der Bewältigung von Schmerzen und einem Leistungsabbau das Erlernen des Umgangs mit einer Harnableitung, mit Harninkontinenz sowie mit sexuellen Funktionsstörungen.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Harnblasenkrebs zeigt anfänglich kaum erkennbare Symptome. Deshalb wird die Erkrankung oft auch erst in späten Stadien entdeckt. Das Tumorwachstum variiert hinsichtlich der Ausdehnung in der Fläche und der Aggressivität, sodass Therapien bei oberflächlichen Tumoren anders als bei den unterschiedlich tief eingewachsenen Tumoren ansetzen müssen. Bei invasiven – in die Muskulatur eingedrungenen – Tumoren, die sich auf die Harnblase beschränken und bei denen keine Teilresektion ausreicht, ist die Entfernung der Harnblase die geeignete Therapie. Danach gibt es unterschiedliche künstliche Harnableitungen. Blasenentfernungen mit neuer Harnableitung erfordern das Erlernen einer neuen Entleerungstechnik, Instruktionen zur eigenständigen Stomaversorgung sowie Methoden des Selbstkatheterismus in der Rehabilitation.

Weiterführende Informationen:

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs, inkl. Info-Telefon 0228 33889152 | www.blasenkrebs-shb.de

Online-Selbsthilfegruppe Blasenkrebs | www.forum-blasenkrebs.net

Seiten der Deutschen Urologie | www.urologenportal.de

Nierenkrebs

Eckdaten: Pro Jahr erkranken rund 9.700 Männer und 5.700 Frauen neu an Nierenkrebs in Deutschland (Stand: 2014).

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Nachdem die medizinische Behandlung der Tumorerkrankung abgeschlossen ist, hat die Rehabilitation das Ziel, die Folgen der Operation und Begleiterkrankungen festzustellen, zu behandeln und gegebenenfalls zu lindern sowie den Betroffenen bei ihren seelischen, körperlichen und sozialen Problemen behilflich zu sein.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Bei einer Nierenkrebserkrankung im Frühstadium ist eine Nierenerhaltung unter Entfernung des Tumors oft möglich. Manchmal muss die betroffene Niere vollständig operativ entfernt werden. Mögliche Folgestörungen sind im Wesentlichen Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe und Bewegungseinschränkungen des Rumpfes. Auch die Zwerchfellbewegung und damit die Atemfunktion können in Mitleidenschaft gezogen sein. Die Gesamtnierenfunktion kann maßgeblich reduziert sein. Im metastasierten Tumorstadium kommt neben der operativen Entfernung von Metastasen auch die medikamentöse Behandlung mit neuen Medikamenten, z. B. Tyrosinkinase-Inhibitoren, infrage. Die Rehabilitation unterstützt bei diesem weitergehenden Rehabilitationsbedarf mit geeigneten Verfahren.

Weiterführende Informationen:

Informationen des Bundesverbandes Deutscher Internisten zu Nierenkrebs | www.internisten-im-netz.de

DGHO-Patienteninformationen zu Krebserkrankungen | www.oncopedi.com

Portal der wissenschaftlichen Medizin zu Krebs | www.awmf.org

2.3.4 Lungenkrebs

Eckdaten: Rund 17.200 Frauen und 33.300 Männer sind jährlich von Lungenkrebs inklusive Luftröhre in Deutschland neu betroffen (Stand: 2014).

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Im fortgeschrittenen Tumorstadium oder bei einer besonderen Form von Lungenkrebskrankungen, den kleinzelligen Bronchialkarzinomen, wird standardmäßig eine Chemotherapie oder auch eine Strahlentherapie durchgeführt. Gelegentlich erfolgt eine vorsorgliche Bestrahlung des Gehirns. Um wieder ein größtmögliches Maß an körperlicher Leistungsfähigkeit für Alltag und Beruf herzustellen sowie den Gesundungsprozess insgesamt zu unterstützen, können Lungenkrebspatienten Rehabilitationsangebote in Anspruch nehmen. Dazu gehören neben einer stationären Rehabilitation in einer spezialisierten Rehabilitationseinrichtung auch ambulante Maßnahmen sowie Leistungen zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz und weiterführende Unterstützungen.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Die besondere Rehabilitationsbedürftigkeit nach Lungenkrebskrankungen ergibt sich aus der Folge der operativen Behandlung, welche mit Entfernung von mehr oder weniger viel Lungengewebe einhergeht. Auf die daraus z. B. resultierenden Einschränkungen der Atemfunktion, Bewegungseinschränkungen von Schulter und Arm sowie Leistungsminderung und Erschöpfung geht die Rehabilitation besonders mit pneumologischen, physiotherapeutischen und psychotherapeutischen Übungen ein.

Weiterführende Informationen:

Deutsche Fatigue-Gesellschaft (Verein), Köln | www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Telefonsprechstunde 030 69598989 | www.patientenberatung.de

Selbsthilfe Lungenkrebs, Berlin | www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de

2.3.5 Hautkrebs

Eckdaten: Die Zahl der Neuerkrankungen bei Hautkrebs beläuft sich in Deutschland auf 65.000 Frauen und 73.000 Männer pro Jahr. (Stand: 2014).

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Im Blickpunkt der medizinischen Rehabilitation stehen die allgemeinen Probleme nach einer Krebsbehandlung, z. B. Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Muskelschwäche, Gehstörung, psychische Belastung, berufliche Wiedereingliederung, Belastung von Angehörigen u. a.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Tumorerkrankungen der Haut werden meist operativ durch Entfernung des Hauttumors sowie der Entfernung des „Wächterlymphknotens“ behandelt. Bei Befall des Wächterlymphknotens werden weitere Lymphknoten im Bereich der Lymphabflusswege entfernt. Im lokal fortgeschrittenen Tumorstadium folgt der Operation eine zusätzliche medikamentöse Therapie. Im metastasierten Stadium kommen Chemotherapeutika und auch neue Medikamente, sogenannte Antikörper oder Tyrosinkinase-Inhibitoren, in Frage. Als spezielle Probleme nach der Behandlung von Hautkrebs können sich u. a. ergeben: Lymphödeme im Bereich des Operationsgebietes, Bewegungseinschränkungen eines Körperteils durch Narbenzug, Beeinträchtigung der Greif-, Stand- und Bewegungsfunktion, Wundheilungsstörungen oder Nervenausfallerscheinungen. Bei der Ausgestaltung der einzelnen therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation werden diese spezifischen Problemlagen besonders berücksichtigt.

Weiterführende Informationen:

Gemeinschaft Krebskranker im Internet von und für Krebspatienten und ihre Familien | www.inkanet.de/krebsarten

Informationen des BMBF zu Hautkrebsstudien | www.gesundheitsforschung-bmbf.de

Allianz gegen Hautkrebs der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) | www.hautkrebs-screening.de

2.3.6 Krebs der Lymphdrüsen und des Blutes

Eckdaten: Zur Gruppe der Krebserkrankungen der Lymphdrüsen (Lymphome) und des Blutes (Leukämien) zählen der Morbus Hodgkin, die Non-Hodgkin-Lymphome, das Multiple Myelom sowie verschiedene Arten der Leukämie. Bei dieser Gruppe von Erkrankungen handelt es sich um Systemerkrankungen des Blutes, des Knochenmarkes sowie des lymphatischen Systems. Etwa 39.300 Menschen erkranken jährlich in Deutschland an einer bösartigen Neubildung des blutbildenden und lymphatischen Systems.

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Krebs der Lymphdrüsen und des Blutes bedeutet für Betroffene, sich langfristig, oft sogar für das gesamte weitere Leben, mit der Erkrankung auseinandersetzen zu müssen. Die Rehabilitation hilft dabei. Zum Programm gehören die weitere medizinische Betreuung, Angebote psychoonkologischer und sozialrechtlicher Beratung, Sport, Ernährungsberatung und vieles mehr.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Die hämatologischen Krebserkrankungen werden überwiegend mittels Chemotherapie oder Immunchemotherapie unter Hinzunahme von Antikörpern behandelt. Im frühen Stadium einer Lymphomerkran- kung können mittels alleiniger Strahlentherapie Heilungen erreicht werden. Akute Leukämien werden häufig auch mittels Hochdosis-Chemotherapie und Übertragung von Blutstammzellen, z. B. von einem Fremdspender, behandelt. Die Folgestö- rungen nach einer solch intensiven Therapie sind sehr komplex, sind abhängig von den möglichen Abstoßungsreaktionen der Spenderzellen des Empfänger-Organismus auf den Patienten (Graft-versus-Host-Reaktion) und können die Aktivität sowie die Teilhabe im Sozial- und Erwerbsleben erheblich einschränken. Dazu können zählen: körperliche Erschöpfungs- symptomatik und Leistungsminderung, Gefühlsstörungen an Händen und Füßen (Polyneuropathie), Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, mögliche Abstoßungsreaktionen der Spenderzellen. Diese Folgestörungen stehen ebenfalls im Zentrum der rehabilitativen Maßnahmen.

Weiterführende Informationen:

Leukämie-Netzwerk zur Verbesserung der Leukämie-Forschung | www.kompetenznetz-leukaemie.de

Deutsche Leukämie- und Lymphom-Hilfe | www.leukaemie-hilfe.de

Deutsche Knochenmarkspenderdatei | www.dkms.de

2.3.7 Tumorerkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes

Eckdaten: Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachens stellen eine heterogene Gruppe bösartiger Neubildungen dar. An Krebs im Mund und Rachen erkranken jährlich Deutschland rund 3.700 Frauen und 9.500 Männer. Davon erhalten in Deutschland rund 500 Frauen und 3.000 Männer die Diagnose Kehlkopfkrebs jährlich neu (Stand: 2014).

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Eine Rehabilitation bietet die Möglichkeit, die verschiedenen möglichen Folgen der Erkrankung (z. B. Bewegungsstörungen der Zunge, Mundschleimhautentzündungen, Einschränkungen beim Sprechen, Gewichtsverlust und Mangelernährung, funktionelle Störungen im Bereich der Halswirbelsäule und der Schulterbeweglichkeit, psychische Belastung) mit Unterstützung von Ärzten, Therapeuten und Beratern zu bewältigen, neue Strategien zur Bewältigung der Erkrankung zu erlernen, insbesondere möglichst gut wieder sprechen und schlucken zu lernen. Auch die psychischen und sozialen Belastungen werden besprochen.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Tumorerkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes werden opera- tiv und/oder mit Strahlen- und/oder Chemotherapie behandelt. Es kann eine (vorübergehende) Ernährung über eine durch die Bauchhaut angelegte Magensonde erforderlich sein (PEG-Sonde). Im Falle einer Tumorerkrankung, die sich direkt im Kehlkopf befindet (Larynxkarzinom), kommt es im fortgeschrittenen Stadium zur Entfernung des Kehlkopfes mit ggf. An- lage eines dauerhaften Tracheostomas zur Aufrechterhaltung der Atemfunktion. In einem solchen Fall muss die Speise-

röhrenersatzsprache (Ruktusstimme) erlernt werden. Andere Verfahren sind elektronische Sprechhilfen und Stimmprothesen, in deren Verwendung der Betroffene ebenfalls intensiv eingewiesen werden muss. Neben der Ersatzstimme und den weiteren Sprechhilfen führt ein dauerhaft zur Aufrechterhaltung der Atemfunktion angelegtes Tracheostoma ebenfalls zu einer deutlichen Stigmatisierung der Rehabilitanden und damit zur Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe. Die Rehabilitation hilft, das Tracheostoma, welches zunächst als intimer Fremdkörper wahrgenommen wird, zu akzeptieren und in der Tracheostoma-Selbstpflege autonom zu werden.

Weiterführende Informationen:

Bundesverband der Kehlkopffoperierten, inkl. Selbsthilfegruppen vor Ort | www.kehlkopffoperiert-bv.de

Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu Kehlkopfkrebs | www.gbe-bund.de

Informationen des Deutschen Verlags für Gesundheitsinformationen | www.oncology-guide.com

2.3.8 Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems

Eckdaten: Krebserkrankungen des zentralen Nervensystems betreffen zumeist das Gehirn (95 % der Fälle), selten andere Bereiche des Nervensystems, wie Rückenmark, Hirnhäute oder Hirnnerven. Die Besonderheit der Hirntumore ist die unter diesem Oberbegriff zusammengefasste Vielzahl feingeweblich verschiedener Tumorarten. Deren Klassifikation erfolgt im Unterschied zu sonstigen Krebserkrankungen nach der WHO-Klassifikation der Tumoren des Nervensystems, in der zwischen Grad I (gutartiger, langsam wachsender Tumor) bis IV (bösartiger, schnell wachsender Tumor) differenziert wird.

Allgemeiner Rehabilitationsbedarf: Die Behandlung von Krebserkrankungen des zentralen Nervensystems erfolgt, wenn möglich, zunächst operativ zur weitestgehenden Tumorentfernung. Da Hirntumore mitunter aufgrund ihrer Lage nicht einer operativen Behandlung zugänglich sind und oft auch nur eine Teilentfernung des Tumors möglich ist, sind Strahlen- und Chemotherapie Elemente der Primärbehandlung.

Spezifischer Rehabilitationsbedarf: Je nach Lokalisation des Tumors im ZNS können sich als Folge der Primärbehandlung unterschiedliche Ausfälle und Beeinträchtigungen ergeben: Epileptische Anfälle, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Lähmungserscheinungen, die in der Rehabilitation u. a. mit Hilfe von Physiotherapie, Logopädie und Neuropsychologie behandelt werden.

Weiterführende Informationen:

Deutsche Hirntumorhilfe, Leipzig, mit telefonischem Hirntumor-Informationsdienst | www.hirntumorhilfe.de

Interessensgemeinschaft Akustikusneurinom-Betroffener und Interessierter, Cham | www.akustikusneurinom.info

Fachärztliche Krebsinformationen | www.neurologen-und-psihiater-im-netz.org

2.4 Primärtherapie bei Krebserkrankungen

Wie die Diagnostik richtet sich die Primärtherapie im Wesentlichen nach der spezifischen Tumorerkrankung. Dabei kann zwischen lokalen Therapieverfahren, wie einer Operation oder einer Strahlentherapie, und systemischen Behandlungsansätzen, wie einer klassischen Chemotherapie, antihormonellen Therapie und neueren Therapieverfahren, unterschieden werden. Welches therapeutische Verfahren sinnvoll ist, wird durch den behandelnden (onkologischen) Arzt bzw. eine Tumorkonferenz⁶ festgelegt.

Darüber hinaus ergibt sich die Möglichkeit der Kombination einzelner therapeutischer Verfahren in Form einer sogenannten neoadjuvanten oder adjuvanten Therapie. Unter einer neoadjuvanten Therapie versteht man ein Verfahren, welches vor einer potenziell heilenden Operation erfolgt. In diesem Kontext eignet sich insbesondere der Einsatz der Chemotherapie

⁶ Bei Tumorkonferenzen beraten und entscheiden medizinische Spezialisten verschiedener Fachrichtungen zu individuellen Therapieempfehlungen.

oder auch der Strahlentherapie. Dies erfolgt klassischerweise z. B. bei Enddarmkrebs, aber auch bei Brust- oder Lungenkrebs. Zunehmende Bedeutung findet die neoadjuvante Therapie auch bei Speiseröhren- und Magenkrebs. Erfolgt ein therapeutisches Verfahren zusätzlich nach einer auf Heilung ausgerichteten Operation, spricht man von einer adjuvanten Therapie. Dies hat bei einer Vielzahl von Tumorerkrankungen Verbreitung gefunden und wird insbesondere nach Brustkrebsoperation, aber auch nach Darm- und Lungenkrebsoperationen durchgeführt. Die Entscheidung zur adjuvanten Therapie richtet sich nach dem individuellen Risikoprofil.

Bei den nicht-soliden Tumorerkrankungen, wie dem Krebs der Lymphdrüsen (Lymphome) oder des Blutes (Leukämien), kommt eine Operation nicht in Betracht. Hier wird vornehmlich eine Chemo- und/oder Strahlentherapie, gegebenenfalls unter Einsatz eines neuen medikamentösen Therapieverfahrens wie der Antikörpertherapie, eingesetzt.

Neben der unmittelbaren Antikrebstherapie finden auch unterstützende (supportive) Therapiemaßnahmen Verwendung. Dazu zählen die Schmerztherapie, ernährungstherapeutische Verfahren, Bisphosphonate, Wachstumsfaktoren für rote und weiße Blutzellen sowie Bluttransfusionen. Insbesondere die Therapie gegen Übelkeit und Erbrechen hat die Durchführung von systemischen Therapieverfahren deutlich verbessert und die Lebensqualität der Patienten gesteigert.

Aus der Vielfältigkeit möglicher primärtherapeutischer Interventionen wird deutlich, dass Krebserkrankungen auch hinsichtlich ihrer Behandlung eine äußerst heterogene Krankheitsgruppe darstellen. Dies bedingt immer eine ganzheitliche, individuelle Betrachtung und Bewertung des Einzelfalls.

2.5 Auswirkungen der Krebserkrankung und -therapie auf Lebensbereiche

Alle Lebensbereiche

Die Diagnose Krebs bedeutet für betroffene Menschen einen massiven Einschnitt in ihr Leben, der oft von großer Angst und Gedanken an die eigene Sterblichkeit begleitet wird. Aber auch das Umfeld der Betroffenen wird vor besondere Herausforderungen gestellt. Meist tritt die Erkrankung bzw. deren Diagnose abrupt auf, hat jedoch eine langandauernde Beeinträchtigung zur Folge. Durch die unsichere Prognose eines Tumorleidens wird eine kontinuierliche Überwachung erforderlich. Nicht selten treten zudem infolge von Krankheit und Behandlung (Therapiezyklus) Schmerzen und Nebenwirkungen auf, die bis in die Rehabilitation und Nachsorge hineinreichen und zu einer langanhaltenden Belastung werden (Nebenwirkungen der Chemotherapie und der Strahlentherapie, reduzierte physische Leistungsfähigkeit, Fatigue, Funktions- und Fähigkeitsstörungen etc.). Insbesondere auch die psychische Beanspruchung der Patienten und ihrer Angehörigen ist hoch und langanhaltend. Schließlich birgt die Erkrankung Folgen für den Alltag, die Familie und die Ausbildung/den Beruf.

Übergeordnetes Ziel der onkologischen Rehabilitation ist daher nicht nur eine Milderung oder sogar Beseitigung der körperlichen und seelischen Folgen der Tumorerkrankung einschließlich der Therapie-Nebenwirkungen, sondern auch die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und die Sicherstellung der Teilhabe in bedeutsamen Lebensbereichen:

Schule und Ausbildung

Die Krebserkrankung und ihre Behandlung haben erhebliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden von jungen Patientinnen und Patienten. Mit der Diagnose beginnt eine lange Behandlungskette mit vielen schwerwiegenden Belastungen für die betroffenen Kinder/Jugendlichen und deren Angehörige. Durch Operationen, Chemotherapie und Bestrahlung treten Beeinträchtigungen auf, die oft reversibel, fallweise aber auch dauerhaft sein können.

Viele Eltern sind besorgt, dass ihr Kind durch einen Rehabilitations-Aufenthalt wichtigen Unterrichtsstoff versäumt. Diese Sorge kann jedoch genommen werden: Wenn Schülerinnen oder Schüler aus gesundheitlichen Gründen den Schulunterricht länger als sechs Wochen nicht besuchen können, haben sie Anspruch auf Unterricht auch außerhalb der Schule. In allen Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche wird Schulunterricht erteilt. Je nach Schultyp und Klassenstufe

werden die Kinder und Jugendlichen eingeteilt. Der Schulunterricht erfolgt in der Regel in Abstimmung mit der Heimatschule, sodass Unterrichtsstoff nicht versäumt wird und die Rehabilitation nicht in den Ferien stattfinden muss. Damit werden die Voraussetzungen für die Rückkehr in einen normalen Schulalltag geschaffen.

Darüber hinaus bieten die meisten Bundesländer erkrankten Schülerinnen und Schülern Hausunterricht an, wenn abzu-sehen ist, dass die Erkrankung länger als sechs Wochen andauern wird. Der Hausunterricht wird durch die jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen festgelegt, sodass es Unterschiede zwischen den Bundesländern geben kann. Ein Antrag auf Hausunterricht kann bei der zuständigen Schulaufsichtsbehörde gestellt werden. In der Regel erfolgt dies über die Heimatschule des erkrankten Kindes.

Nach Abschluss der stationären Therapie können die jungen Patientinnen und Patienten in der Regel wieder zur Schule gehen. Dieser Schritt kann große Kraft kosten. Weil die physische und psychische Kraft in der ersten Zeit oft noch nicht ausreicht, ist zunächst häufig nur die Teilnahme an einigen wenigen Stunden pro Tag möglich. Nach einer längeren Abwesenheit sollten die Schülerinnen und Schüler auf die Rückkehr vorbereitet werden. Denn leider kommt es immer wieder vor, dass betroffene Heranwachsende von Aktivitäten ausgeschlossen, vergessen, gemieden oder isoliert werden. Sie müssen nicht nur um ihr Leben kämpfen, sondern auch um ihren Platz in der Gemeinschaft. Wie viele andere Kinder mit chronischen Leiden brauchen sie Hilfe und Unterstützung, um mit solchen Situationen umgehen zu können.

Bei älteren Schülerinnen und Schülern sind die Voraussetzungen zum Teil etwas anders als bei den jüngeren. Dies hängt zum einen mit dem Entwicklungsstand, aber auch mit den Bedürfnissen der Jugendlichen zusammen (Anerkennung innerhalb der Altersgruppe, Selbstwertgefühl, Wunsch nach Unabhängigkeit). Hinzu kommt, dass die intellektuellen Anforderungen an die älteren Schülerinnen und Schüler anspruchsvoller werden. Eine Krebserkrankung ist für Jugendliche ein dramatisch einschneidendes Erlebnis. Gerade in der Lebensphase, in der sie eigentlich mit der Ablösung vom Elternhaus beginnen, werden sie krankheitsbedingt wieder in eine starke Abhängigkeit von Eltern und Klinik zurückgedrängt. Für die Eltern von betroffenen Jugendlichen ist es schwierig, in dieser Situation das richtige Maß an Fürsorge zu finden.

Eine Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation bzw. eine familienorientierte Rehabilitation kann gezielt dabei unterstützen, mit der Krebserkrankung umgehen zu lernen, Spätfolgen zu verhindern und die Leistungsfähigkeit für Schule und Ausbildung zu verbessern sowie den Übergang von Schule zur Ausbildung zu erleichtern.

Arbeit, Beruf und Erwerbsbeteiligung

Rund zwei Drittel aller Berufstätigen, die an Krebs erkranken, gehen nach einiger Zeit wieder im ehemaligen oder einem anderen Beruf arbeiten. Eine Erwerbsminderungsrente beziehen rund 16 % der Betroffenen. Das Risiko für Arbeitslosigkeit ist bei Tumorpatienten im Vergleich zu Gesunden erhöht. Ob die berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann und in welchem Umfang, hängt neben zahlreichen krankheits- und therapiebedingten Faktoren (insb. Beeinträchtigungsprofil) auch von der Hilfestellung des Arbeitgebers und der Arbeitskolleginnen und -kollegen bei der beruflichen Reintegration sowie der persönlichen Motivation im Hinblick auf eine weitere Erwerbstätigkeit ab. Krebserkrankte haben im Allgemeinen Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis, der sich unter anderem positiv auf Kündigungsschutz, Steuerfreibetrag und Urlaubsanspruch auswirkt. Für Betroffene, denen der Sprung zurück ins Arbeitsleben aus den verschiedensten Gründen schwer fällt, gibt es Angebote zu einem schonenderen, stufenweisen Wiedereinstieg.

Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) sowie begleitende Hilfen im Arbeitsleben können dabei helfen, eine durch die Krebserkrankung gefährdete Erwerbsfähigkeit zu sichern und die Betroffenen wieder beruflich zu integrieren, sodass sie unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein können.

Häusliches Leben

Aufgrund der Folgen der onkologischen Erkrankung und Therapie (z. B. Erschöpfung, fehlender Antrieb, anhaltende Müdigkeit, Kraftlosigkeit) kann es Betroffenen vor, während und nach der Rehabilitation schwer fallen, den Alltag zu organisieren,

d. h. Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, wie etwa Lebensmittel, Getränke oder Kleidung, zu beschaffen, Mahlzeiten vorzubereiten und die Hausarbeit zu erledigen.

Ggf. können die Betroffenen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe vorübergehend eine Haushaltshilfe oder andere ambulante haushaltsnahe Dienstleistungen zur Entlastung erhalten. Zuständig können verschiedene Kostenträger sein. Die Finanzierung einer Haushaltshilfe kann eine Leistung der Krankenversicherung, der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung sein, bei Geringverdienenden oder Nicht-Versicherten auch eine Leistung der Eingliederungs- bzw. Sozialhilfe.

Außerhäusliche Aktivitäten

Krebspatienten können im Laufe ihrer Erkrankung mit den Folgen körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung konfrontiert werden (vgl. dazu Fatigue). Fehlender Antrieb, anhaltende Müdigkeit und Kraftlosigkeit sowie daraus resultierender Interessenverlust beeinträchtigen nicht nur die Alltagsroutinen, sondern auch die Freizeit(-gestaltung) und das kulturelle Leben. Dabei wäre es gerade in dieser Krisensituation wichtig, sich trotz der Krankheit so viel an Lebensqualität wie möglich zu erhalten und die Wohnung bzw. Einrichtung zu verlassen, an Veranstaltungen teilzunehmen, Freunde zu besuchen oder Hobbys nachzugehen (z. B. Fitnessstudio, Verein, Skatrunde, Konzert, Theater, Oper, Ehrenamt, Schwimmbad, Café-Besuch, Shopping, Kino, Reisen, Feiern).

Im Rehabilitations-Setting können die Betroffenen von körperlichem (Ausdauer- und Kraft-)Training steigender Belastungsintensität, Anleitungen zur Tagesstrukturierung, Stressbewältigungs-, Achtsamkeits- und Genusstraining, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Strategien zum Aktivitäts- und Energiesparmanagement sowie Verfahren der Verhaltenstherapie profitieren. Um die positiven Rehabilitations-Effekte langfristig aufrechtzuerhalten, sollten die Maßnahmen über den Zeitraum der Rehabilitation hinaus fortgeführt werden. Eine Möglichkeit, den Transfer in den Alltag zu unterstützen, bietet die Nachsorge. Rehabilitation und Nachsorge bauen aufeinander auf. Die Verstetigung des Gelernten in der Rehabilitations-Nachsorge erleichtert die Übertragbarkeit in den Alltag, um sich auf diese Weise ein eigenes (öffentliches) Leben zu erhalten.

Sozialbeziehungen, soziales Leben, Kontakte

Eine Krebserkrankung und -behandlung haben auch Auswirkungen auf das private soziale Lebensumfeld. Wenn es den Betroffenen aufgrund notwendiger Kinderbetreuung nicht möglich wäre, an der onkologischen Rehabilitation teilzunehmen, können Kinderbetreuungskosten von dem zuständigen Rehabilitationsträger übernommen werden.

Bei Kindern und Jugendlichen kann die Krebserkrankung zusätzlich zu Belastungen bei ihren Eltern und Geschwistern führen und die Einbeziehung der gesamten Familie erfordern. Hier kann eine sogenannte Familienorientierte Rehabilitation (FOR) in Anspruch genommen werden. Finanziert wird die FOR über die Kranken- und/oder Rentenversicherung. Auch spezielle Rehabilitationen für verwaiste Familien, die ein Kind an Krebs verloren haben, werden angeboten.

Krebs kann alle Beziehungen rundherum infrage stellen und zu sozialem Rückzug sowie Spannungen mit (Ehe-)Partnern, Angehörigen, Freunden und Bekannten führen. Möglichst schon innerhalb der Rehabilitation wird geklärt, ob langfristig eine Rückkehr zu den vertrauten familiären Abläufen möglich ist oder aber sich eine neue Aufgabenverteilung innerhalb der Familie einstellen muss. Hier unterstützen z. B. krankheitsspezifische Patientenschulungen, Angehörigengespräche, psychologische Beratung, praktische Hilfen, paarbezogene Interventionen sowie Förderung von Selbstbefähigung die Rückkehr in den Lebensalltag der sozialen Umgebung.



Hinweis:

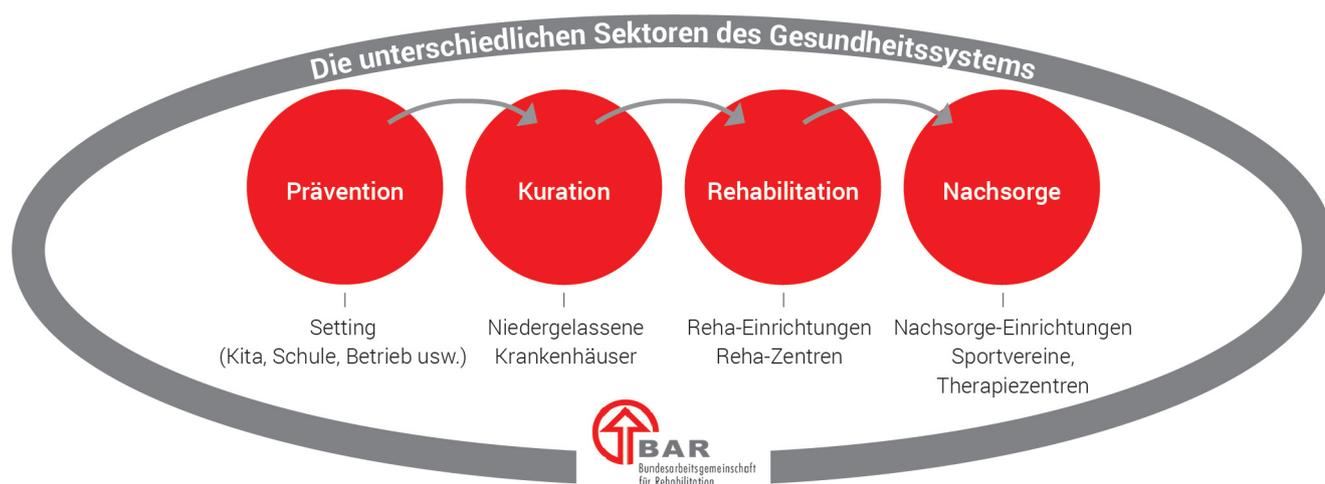
In der onkologischen Rehabilitation werden die möglichen Auswirkungen der Krebs-Diagnose und ihrer Folgen auf Lebensbereiche im Gespräch und Therapie aufgegriffen. Die rehabilitative Therapie beschäftigt sich mit Möglichkeiten der Funktionsverbesserung, Strategien zur Ausnutzung verbliebener Möglichkeiten und Anpassung der Umgebung (Restitution, Kompensation, Adaptation).

3 Rehabilitation und Teilhabe – Allgemeine Grundsätze

3.1 Rehabilitation als Teil der Versorgungskette

In Deutschland stehen differenzierte Versorgungsstrukturen mit gestuften Versorgungsangeboten für die Behandlung von Krankheiten und deren Folgen zur Verfügung (vgl. Abb. 2). Das Spektrum der Angebote reicht von niedrigschwelligen Angeboten, wie z. B. Beratungsstellen, über Behandlungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich bei Haus- und Fachärzten, im kurativen Bereich in Krankenhäusern, in ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtungen bzw. -zentren sowie in Pflegeheimen bis zu Angeboten der Selbsthilfe. Für die Krankenbehandlung einerseits und die Rehabilitation andererseits bestehen gesetzlich geregelte Zuständigkeiten und unterschiedliche Behandlungsziele.

Abb. 2: Die Versorgungskette im Gesundheitswesen



Die Rehabilitation umfasst Leistungen zur Teilhabe. Rehabilitationsmaßnahmen stehen chronisch kranken, von Behinderung bedrohten oder behinderten Menschen zur Verfügung. Sie kommen dann zum Tragen, wenn der ursprüngliche Gesundheitszustand mit der vollen Leistungsfähigkeit ggf. nicht vollständig wieder hergestellt werden kann und zum Teil Einschränkungen bestehen bleiben. D. h. im Zentrum der Rehabilitationsmaßnahme steht nicht die Krankheit oder (drohende) Behinderung an sich, sondern die Auswirkungen und Folgen der Erkrankungen, die es zu kompensieren gilt. Die Rehabilitation sollte direkt an den Krankenhausaufenthalt anschließen und dem Patienten Eigenständigkeit zurückgeben. Zur Erreichung der Rehabilitationsziele ist eine aktive Mitarbeit der Rehabilitanden notwendig. Die Rehabilitation kann ihren Beitrag dazu leisten, dass Menschen trotz Einschränkungen aufgrund einer chronischen Erkrankung oder Behinderung eine ausreichende Lebensqualität zurückgewinnen, weiterhin am Alltagsleben teilhaben, am gemeinschaftlichen Leben partizipieren sowie im Arbeitsleben verbleiben. Neben der medizinischen Rehabilitation existieren weitere Formen der Rehabilitation, die in der Regel nicht mehr zum Gesundheitssystem im eigentlichen Sinne gehören, so z. B. die berufliche und die soziale Rehabilitation. Diese verschiedenen Formen der Rehabilitation können auch zeitlich aufeinander folgend in Anspruch genommen werden. So kann beispielsweise im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme folgen.

3.2 Grundlagen und Aufgaben der Rehabilitation

Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe sind darauf ausgerichtet, den durch Krankheit und Behinderung bedingten Einschränkungen zu begegnen und den betroffenen Menschen ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, d. h. ein möglichst eigenständiges Leben im Alltag, in der Freizeit und im Beruf, zu ermöglichen. Die komplexen und multidisziplinären Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können im gestuften System der sozialen Sicherung angezeigt sein, wenn die akutmedizinische Versorgung allein nicht ausreicht (z. B. der primär auf Heilung oder Linderung ausgerichtete Einsatz von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln etc.), um

1. die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu beheben oder zu reduzieren – oder, wenn dies nicht ausreichend möglich ist,
2. den Betroffenen in den Stand zu versetzen, seine noch vorhandenen Fähigkeiten so zu nutzen, dass der größtmögliche Grad an eigenständiger Lebensführung und Integration in die Gesellschaft erreicht werden kann.

Tab. 4: Grundsätze bei der Erbringung von Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe

Bei der Erbringung der Leistungen zur Teilhabe gelten folgende Grundsätze:
<p>Frühzeitigkeit der Bedarfserkennung:⁷ Rechtzeitiges Einsetzen der notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe</p>
<p>Individualität: Berücksichtigung des individuellen Rehabilitationsbedarfs</p>
<p>Komplexität: Beachtung aller im Einzelfall notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe (umfassender Teilhabeplan)</p>
<p>Interdisziplinarität: Integration aller im Einzelfall notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe</p>
<p>Zielgerichtetheit: Abstimmung von spezifischen Reha-Zielen für spezifische Beeinträchtigungen (Kompensation der Folgen der Erkrankung)</p>
<p>Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit der Leistungserbringung:⁸ Gewährleistung der Behandlungskontinuität im Zugang wie auch innerhalb der verschiedenen Leistungsarten der Rehabilitation</p>
<p>Bedarfsgerechtigkeit: Ermöglichung des Zugangs zu Reha-Maßnahmen für differenzielle Zielgruppen</p>
<p>Berücksichtigung des möglichen Vorrangs von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ambulanten vor stationären Hilfen ■ Rehabilitation vor Rente und ■ Rehabilitation vor Pflege

7 BAR, Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ unter www.bar-frankfurt.de

8 BAR, Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ unter www.bar-frankfurt.de

3.3 Bio-psycho-soziales Modell der ICF

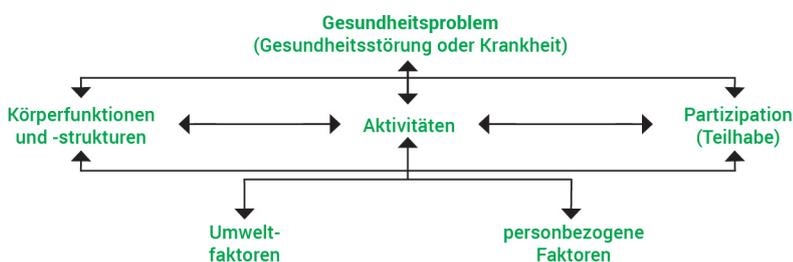
Für die Auswahl des im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Interventionskonzeptes in der Rehabilitation sind neben der (Grund-)Erkrankung Art und Ausmaß der Struktur-/Funktionsschädigung sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten/ Teilhabe vor dem jeweiligen Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des betroffenen Menschen maßgeblich. Dieser umfassenden Betrachtung trägt die von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) Rechnung.⁹ Die ICF ermöglicht die systematische Beschreibung von Krankheitsauswirkungen im Einzelfall. Sie erweitert den Blick auf vorhandene Ressourcen und die im Einzelfall relevanten Förderfaktoren und Barrieren.

Der Oberbegriff für Körperstrukturen/-funktionen, Aktivitäten und Teilhabe ist in der ICF die **Funktionsfähigkeit**. Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Funktionsfähigkeit ist das Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person, den Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems auf Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der für den Einzelfall relevanten Kontextfaktoren.

Die **Kontextfaktoren** ermöglichen die Beschreibung des gesamten Lebenshintergrundes einer Person, also aller umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit einer Person haben können. Kontextfaktoren können positiv (Förderfaktoren) oder negativ (Barrieren) wirken. So kann eine Person z. B. durch fehlende Barrierefreiheit im öffentlichen Personennahverkehr behindert werden. Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb des Individuums. Dazu gehören z. B. Technologien, soziale Unterstützung und Beziehungen, Fremd-Einstellungen und Dienstleistungen. Personbezogene Faktoren können z. B. Alter, Geschlecht, Beruf, Lebensstil oder Gewohnheiten sein.

Abb. 3: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)



Das in Abbildung 3 gezeigte Modell der Wechselwirkungen verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist. Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, z. B. bei der Behandlung der Funktionsschädigung

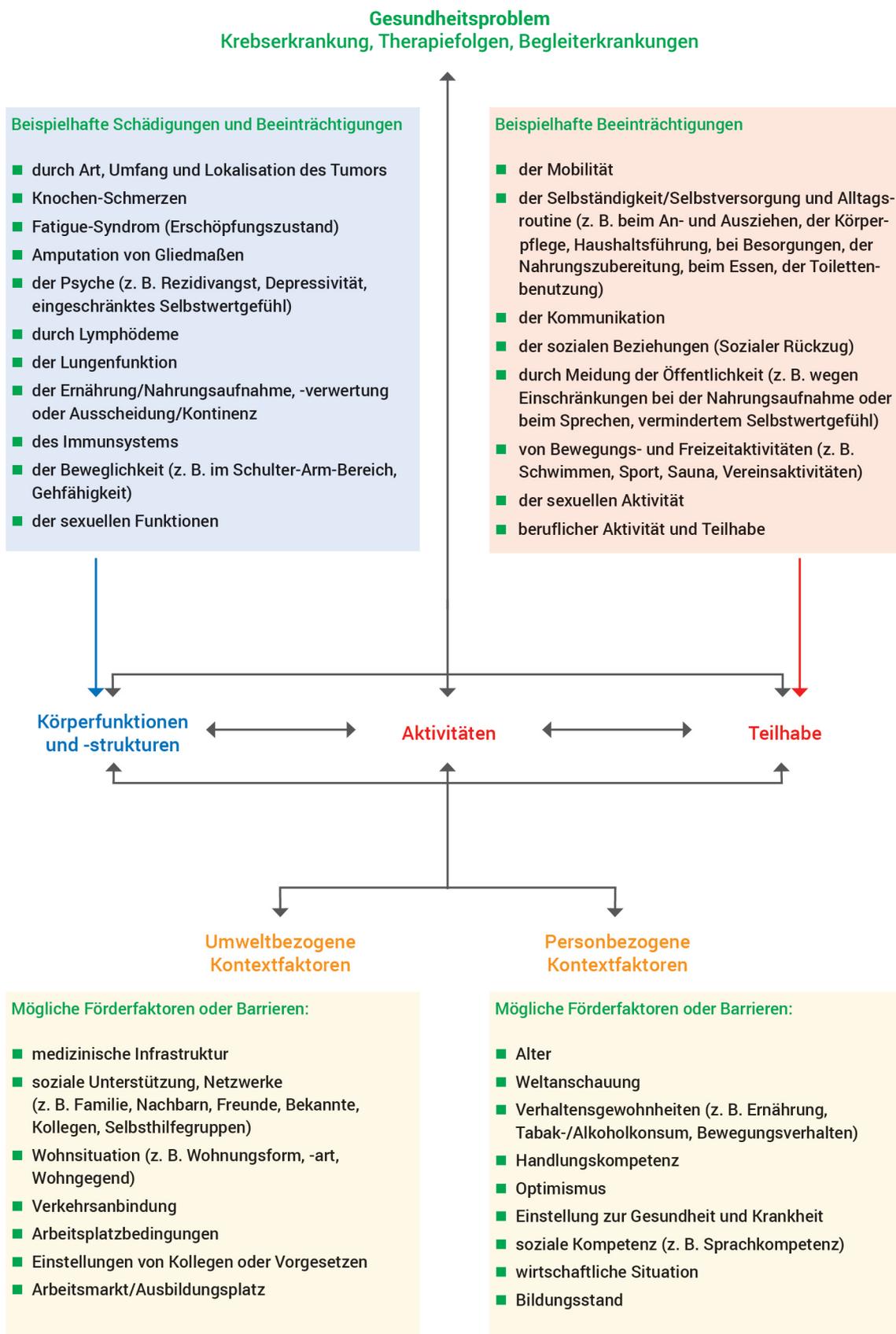
selbst oder der Förderung verbliebener Fähigkeiten, der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten, der Nutzung von Ressourcen des Betroffenen oder seines Lebensraumes sowie der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

In der Rehabilitation werden Zustände nach einer Erkrankung und deren Therapie behandelt (Krankheitsfolgen). Die bio-psycho-sozialen Auswirkungen einer Krebserkrankung können anhand der jeweiligen Komponenten der ICF verdeutlicht werden (vgl. dazu Abb. 4).¹⁰

⁹ Die deutschsprachige Übersetzung der ICF wurde vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben unter www.dimdi.de

¹⁰ Weitere Beispiele zu anderen Erkrankungen auch in: BAR, ICF-Praxisleitfäden 1–3 unter www.bar-frankfurt.de

Abb. 4: Zuordnung – Krankheits-Auswirkungen zu ICF-Komponenten bei Krebs



Die Auswirkungen können anhand eines Fallbeispiels veranschaulicht werden: Ein 45-jähriger an Krebs erkrankter Mann kann z. B. dadurch gerettet werden, dass Gliedmaßen (Arme/Beine) amputiert werden, die von Metastasen befallen waren. Als Folge der Operation resultiert eine körperliche Beeinträchtigung.

Die Beeinträchtigung wirkt sich sowohl auf das häusliche wie auch außerhäusliche Leben des Betroffenen aus. Die Beeinträchtigung ändert die Bedingungen, wie er am Leben teilnehmen kann. Er ist in seiner Mobilität eingeschränkt, seiner beruflichen Tätigkeit kann er nur unter der Voraussetzung einer Arbeitsplatzanpassung weiter nachgehen, er schämt sich wegen seines veränderten Körpers, weswegen die sexuelle Aktivität in der Partnerschaft leidet, von Freizeitaktivitäten wie Schwimmen nimmt er Abstand, weil er meint, ob seiner Behinderung angestarrt zu werden, zu Hause dauert jegliche Verrichtung länger, weil er sich noch nicht an die neue Prothese gewöhnt hat und erst lernen muss, mit der Prothese umzugehen (Aktivitäten, Partizipation, Teilhabe).

In dieser Situation kann sowohl die Umwelt hilfreich oder hinderlich sein als auch der betroffene Mensch sich selbst im Wege stehen oder die veränderte Lebenssituation mit neuem Mut anpacken (Kontextfaktoren).

Das Gesundheitssystem stellt geeignete Hilfsmittel zur Verfügung, die seine Amputation zu kompensieren helfen. Im gleichen Haus wird eine Wohnung im Erdgeschoss frei, die ihm mühsames Treppensteigen erspart. Der Arbeitgeber und die Kollegen passen seinen Arbeitsplatz an, damit er wie gewohnt mitarbeiten kann (förderliche Umweltfaktoren).

Der betroffene Mensch ist noch jung genug, um schnell das Laufen mit Prothese und Krücken zu erlernen. Ihm hilft in dieser Situation auch seine optimistische Grundeinstellung, das Leben unter veränderten, erschwerten Bedingungen bewältigen zu können. Ferner verdient er genug, sich nützliche Assistenzleistungen dazukaufen zu können (förderliche personbezogene Faktoren).

Anders wäre es, wenn sich seine Clique schleichend auflöst, weil er nicht mehr bei allen Freizeitaktivitäten mitmachen kann, er seine Arbeit nicht mehr ausüben kann, weil diese Unversehrtheit und körperliche Kraft und Schnelligkeit erfordert, er bei den Sozialversicherungssystemen um jede Unterstützungsleistung mühsam kämpfen muss, bis sie ihm gewährt wird (hinderliche Umweltfaktoren).

Ggf. ungünstig wäre es auch, wenn er sich aufgibt, aufgrund von Phantomschmerzen eine Medikamentenabhängigkeit entwickelt, wegen der fehlenden Gliedmaßen eine Schonhaltung einnimmt oder sich abkapselt, weil er meint, nicht mehr mithalten zu können (hinderliche personbezogene Faktoren).

Sowohl die Diagnose Krebs als auch die Primär- und weiterführende Behandlung der onkologischen Erkrankung haben Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche des betroffenen Menschen – gesamtexistenziell wie auch bezogen auf Schule und Ausbildung (bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen), Arbeit, Beruf, Erwerbsbeteiligung (bei Krebskranken im erwerbsfähigen Alter), häusliches Leben, außerhäusliche Aktivitäten sowie soziales Leben.

3.4 Sozialrecht in knapper Form – Rehabilitationsträger, -formen und -zuständigkeiten

Vereinfacht ausgedrückt, sind an der Rehabilitation drei Parteien beteiligt: Der Rehabilitationsträger, die Rehabilitationseinrichtung und der Rehabilitand (vgl. dazu Abb. 5):

Abb. 5: Das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis



Grundlagen: Rehabilitationsleistungen werden auch Leistungen zur Teilhabe genannt. Leistungen zur Teilhabe werden für chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erbracht. Das Sozialgesetzbuch (IX) Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen definiert den Behinderungsbegriff in § 2 Absatz 1 SGB IX. Der Schwerpunkt liegt auf den Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt. Demnach gelten Menschen als behindert, die „körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Geisteszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist“.

Grundsätzliche Ziele: Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) „umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern,
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“.

Vor diesem Hintergrund ist Rehabilitation als Prozess zu verstehen, in dem unterschiedliche Hilfen – zeitlich parallel oder in zeitlicher Folge – jeweils so kombiniert werden, wie es dem individuellen Hilfebedarf neben der ggf. weiter erforderlichen Behandlung entspricht. Dieser umfassende Rehabilitationsgedanke wird im gegliederten System der sozialen Sicherung umgesetzt.

Leistungsträger und Leistungsgruppen: Für die unterschiedlichen Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX) sind im gegliederten System der sozialen Sicherung verschiedene Rehabilitationsträger zuständig (Tabelle 4). Es werden fünf Leistungsgruppen unterschieden, für die jeweils unterschiedliche Zuständigkeiten gelten:

Tab. 5: Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger)

Rehabilitations- bzw. Leistungsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teilhabe	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
Gesetzliche Krankenversicherung	✓			✓	
Gesetzliche Rentenversicherung	✓	✓		✓	
Alterssicherung der Landwirte	✓			✓	
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓	✓	✓
Bundesagentur für Arbeit		✓		✓	
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	✓	✓	✓		✓
Träger der Eingliederungshilfe	✓	✓	✓		✓
Träger des Sozialen Entschädigungsrechts*	✓	✓	✓	✓	✓
Integrations-/Inklusionsämter**		✓			

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), 2020

* alte Bezeichnung: Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge

** nicht Rehabilitationsträger, aber Sozialleistungsträger

Um die zeitnahe Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen sicherzustellen, ist eine enge Kooperation aller an der Versorgungskette beteiligten Rehabilitationsträger und Leistungserbringer (z. B. niedergelassene Ärzte sowie Therapeuten, in Rehabilitationseinrichtungen tätige Ärzte unter Einschluss des gesamten Rehabilitationsteams, in der Nachsorge beschäftigte Berufsgruppen) erforderlich.

Medizinische Rehabilitation: Allgemeines Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, Krankheitsfolgen zu kompensieren, eine drohende oder bereits manifeste Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, eine Verschlimmerung zu vermeiden oder ihre Folgen zu mildern. Durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen soll zudem die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt oder verbessert und damit eine Erwerbsunfähigkeit verhindert werden (Reha vor Rente). Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (d.h. für seinen persönlichen Lebenskontext üblich) erachtet werden. Es existiert ein flexibles medizinisches Rehabilitationssystem: Leistungen der medizinischen Rehabilitation können ambulant, stationär oder mobil erbracht werden. In der Gesundheitspolitik gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“, d. h. es sollten zunächst die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden.

Die ambulante Rehabilitation findet in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen in der Nähe des Wohnorts statt, sie ist also in einer angemessenen Fahrzeit zu erreichen. Dort erhalten die Rehabilitanden in der Regel tagsüber ihre Behandlungen und können anschließend in das häusliche Umfeld zurückkehren (ganztäglich ambulante Rehabilitation). Als Voraussetzung gilt jedoch u. a., dass der Rehabilitand ausreichend körperlich und psychisch belastbar sowie mobil ist. Die Wohnortnähe ermöglicht es, den Arbeitsplatz, die Angehörigen, den Hausarzt und die Selbsthilfeangebote vor Ort in die Rehabilitation einzubeziehen und alltagsnahe Trainingsmaßnahmen durchzuführen sowie das in der Rehabilitation Erlernte direkt im privaten oder beruflichen Bereich umzusetzen.

Die stationäre Rehabilitation findet in einer überregionalen Rehabilitationseinrichtung (Rehabilitationsklinik, Reha-Zentrum) statt, in der die Rehabilitanden auch übernachten. Es handelt sich um eine wohnortferne Unterbringung außerhalb der gewohnten Umgebung. Die stationäre Rehabilitationseinrichtung weist die entsprechende Indikationsausrichtung der rehabilitations-begründenden Diagnose der Rehabilitanden auf und ist auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen spezialisiert. Bei den Werktagen sowie dem Samstagvormittag handelt es sich im Allgemeinen um therapiegebundene Zeiten. Die Abende, der Samstagnachmittag sowie der Sonntag sind in der Regel therapiefrei und stehen zur freien Verfügung der Rehabilitanden (Eigentaining oder Freizeit).

Die für den einzelnen Menschen am besten geeignete Form der Rehabilitation (ambulant, stationär) hängt u. a. von der medizinischen Ausgangssituation, den persönlichen Lebensbedingungen, den individuellen Reha-Zielen und vom regional vorhandenen Reha-Angebot ab.

Medizinische Rehabilitation im Antrags- oder AHB-Verfahren: Die medizinische Rehabilitationsleistung kann im Antrags- oder AHB-Verfahren beantragt bzw. durchgeführt werden. Existiert ein medizinischer Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, wird ein Anschlussrehabilitations-Verfahren (AHB) begründet. Die Besonderheit besteht darin, dass sich die Rehabilitationsmaßnahme unmittelbar oder in einem engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließt und nach besonderen Vorgaben der Rehabilitationsträger (Schnell- beziehungsweise Direkteinleitungsverfahren) durchgeführt wird. Es gilt grundsätzlich eine 14-Tage-Frist zwischen Abschluss der Krankenhausbehandlung und Beginn der Anschlussrehabilitation. Die Frist beginnt in der Regel mit dem Entlassungstag nach Krankenhausbehandlung. Ansprechpartner für die Einleitung des AHB-Verfahrens sind die Mitarbeiter des Entlassmanagements (§ 39 Abs. 1a SGB V). Sofern die Voraussetzungen für eine AHB nicht vorliegen, kann Rehabilitation außerhalb des AHB-Verfahrens beantragt und eingeleitet werden.

Besonderheit in der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen: Bei onkologischen Erkrankungen kann die medizinische Rehabilitation auch dann zu Lasten der Rentenversicherung durchgeführt werden, wenn eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von § 10 SGB VI nicht zu erwarten ist oder wenn der Betroffene nicht erwerbstätig, z. B. Altersrentner, ist.

Berufliche Rehabilitation: Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, berufliche Rehabilitation) ist, die Erwerbsfähigkeit chronisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Vorrangiges Ziel ist die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in regulären Beschäftigungsverhältnissen im eigenen Beruf, oder wenn Menschen ihren Beruf nicht mehr ausüben können, in einem anderen Beruf. Dies erfolgt im Allgemeinen mit Maßnahmen der Arbeitsplatzanpassung, Umschulung, beruflichen Qualifizierung und Weiterbildung in Berufsförderungswerken oder Berufstrainingszentren, betrieblichen Praktika, Berufswegeplanungsangeboten oder beruflichen Trainings. Neben Maßnahmen, die die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern oder dabei helfen, einen anderen, weniger belastenden Arbeitsplatz zu finden oder einer anderen Beschäftigung nachzugehen, sind auch Leistungen an Arbeitgeber, Gründungszuschüsse oder Kfz-Hilfen möglich. Kann das Ziel der Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeits-

markt bei schweren Beeinträchtigungen auch mit Unterstützter Beschäftigung nach § 55 SGB IX nicht erreicht werden,¹¹ ist eine Eingliederung auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z. B. Werkstätten für behinderte Menschen) möglich. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen in Frage, wenn Betroffene länger als sechs Monate gesundheitlich so beeinträchtigt sind, dass sie ihren bisherigen Beruf nicht mehr wettbewerbsfähig ausüben können.

Soziale Rehabilitation: Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wurden im Zuge der Einführung des Bundesteilhabegesetzes in Leistungen zur sozialen Teilhabe umbenannt. Dadurch wurde der Leistungskatalog nicht erweitert oder eingeschränkt, sondern neu formuliert und benannt. Leistungen zur sozialen Teilhabe zielen darauf ab, chronisch kranken, von Behinderung bedrohten und behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Eine chronische Erkrankung oder Behinderung belastet nicht nur körperlich und psychisch, sondern auch finanziell (z. B. Mehraufwendungen für Zuzahlungen, Aufwendungen für Fahrten zum Arzt, zur Klinik oder zur ambulanten Therapie, finanzielle Ausfälle durch einen Wechsel von einem Vollzeit- zu einem Teilzeitarbeitsplatz, finanzielle Aufwände für die Anschaffung von Hilfsmitteln oder Wohnungsumbau), sodass soziale Teilhabe am kulturellen Leben nicht mehr ohne weiteres ohne Abstriche möglich ist. Leistungen zur sozialen Teilhabe können hier z. B. erkrankungs-, behinderungs- und behandlungsbedingte Mehraufwendungen durch finanzielle Erleichterungen ausgleichen – z. B. freie Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Zuzahlungsbefreiungen, Parkerleichterungen, Wohngeldzuschüsse und die Befreiung von Rundfunk- und Fernsehgebühren.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung: Eine neue eigene Leistungsgruppe stellen seit Einführung des Bundesteilhabegesetzes die Leistungen zur Teilhabe an Bildung dar. Leistungen zur Teilhabe an Bildung sollen Menschen mit Krankheitsfolgen oder Behinderung einen gleichberechtigten Zugang zum allgemeinen Bildungssystem (Schul-, Aus-, Hochschul-, Weiterbildung) ermöglichen. Dabei handelt es sich z. B. um personelle Unterstützung (z. B. Assistenz und Begleitung eines chronisch kranken oder behinderten Menschen), kommunikative, technische oder andere Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Rollstühle, behindertengerecht umgebautes Auto, behindertengerechte Hard- und Software).

Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen: Zusätzlich werden unter bestimmten Bedingungen unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen erbracht, damit der Betroffene die eigentlichen Leistungen zur Teilhabe (z. B. eine dreiwöchige, stationäre medizinische Rehabilitation in einem anderen Bundesland) überhaupt wahrnehmen kann, ohne seinen Lebensunterhalt und seine finanzielle Absicherung zu gefährden. Auch soll die Rehabilitation nicht daran scheitern, dass ein im Haushalt lebendes Kind oder pflegebedürftiger Familienangehöriger durch die Abwesenheit des Rehabilitanden ohne häusliche Versorgung bleiben würde. Dazu zählen u. a. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltszuschüsse, Beitragszuschüsse zu Sozialversicherungen, Haushaltshilfen, Kinderbetreuungskosten.

Persönliches Budget: Das Persönliche Budget ist eine alternative Form der Leistungserbringung von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger (§ 29 SGB IX). Für den leistungsberechtigten Menschen besteht unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, statt der oben genannten Dienst- und Sachleistungen zur Teilhabe Geldleistungen (oder Gutscheine) von den Rehabilitationsträgern zu erhalten. Mit dem Geld des Persönlichen Budgets wählt der Leistungsberechtigte die benötigten Hilfen selbst aus, kauft sie ein und bezahlt diese. Mit dem Persönlichen Budget wird chronisch kranken, von Behinderung bedrohten und behinderten Menschen die Möglichkeit gegeben, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen selbstbestimmt am individuellen Bedarf und eigenen Wünschen auszurichten sowie in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Es besteht ein Rechtsanspruch auf Persönliches Budget. Ein Persönliches Budget setzt einen Anspruch auf Teilhabeleistungen bzw. andere budgetfähige Sozialleistungen voraus, der vom Leistungsträger im Vorfeld geprüft wird. Dazu wird eine Zielvereinbarung zwischen Leistungsberechtigten und Leistungsträger geschlossen. Dabei sind alle Leistungen zur Teilhabe budgetfähig (medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen, Leistungen

¹¹ BAR – Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ unter www.bar-frankfurt.de

zur sozialen Teilhabe sowie zur Teilhabe an Bildung). Die Leistungen, die als Persönliches Budget erbracht werden, können zwischen den Leistungsträgern variieren. Beispielhafte Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets können spezifischen Handlungsempfehlungen¹² entnommen werden.

Detaillierte Informationen zur Zuständigkeit der jeweiligen Rehabilitationsträger und deren Leistungen sowie den versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen sowie Zielen der jeweiligen Leistungsform sind im Wegweiser „Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.¹³ aufgeführt.



Hinweis:

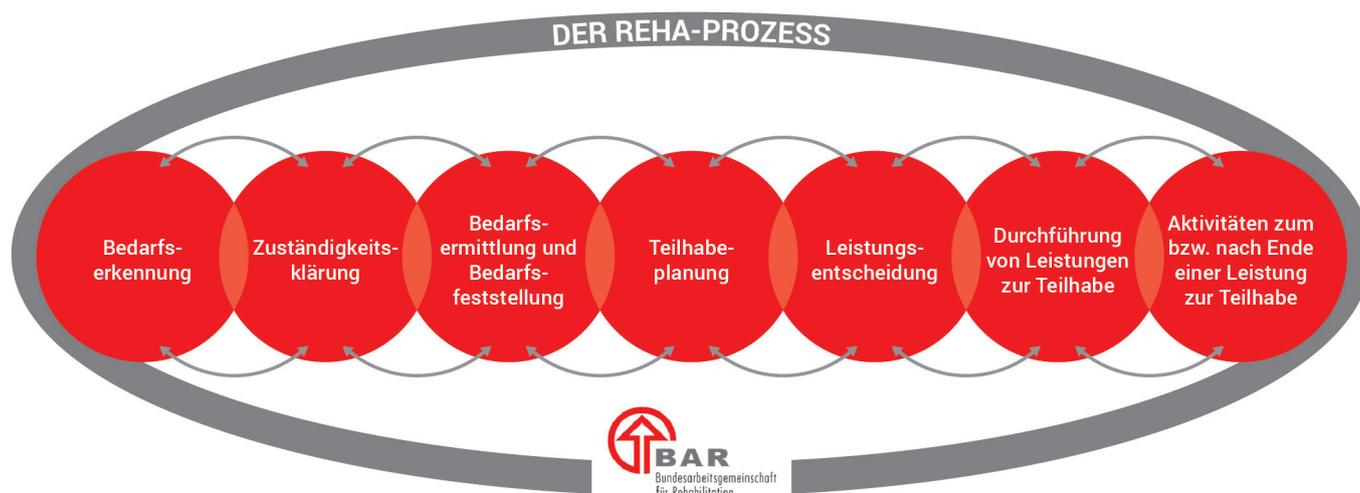
Ergänzende sozialrechtliche Informationen für die Rehabilitation besonderer Zielgruppen in der Rehabilitation (Kinder und Jugendliche, Erwerbstätige/Nicht-Erwerbstätige, Frauen/Männer, bestimmte Altersgruppen und Migranten) finden sich in Kapitel 4.3.5 dieser Arbeitshilfe.

Am Ende dieses Leitfadens finden sich in kompakter Form die wichtigsten Informationen auf einen Blick zu sozialrechtlichen Grundlagen zu Rehabilitation und Teilhabe, Rehabilitations-Antragstellung, Rehabilitationsformularen, Rehabilitationsvoraussetzungen, Rehabilitationsfristen und Besonderheiten in der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen. Nützliche Kontakte und Adressen für Rehabilitationsprofis und Rehabilitanden sind besonders ausgewiesen.

3.5 Der Prozess der Rehabilitation

Rehabilitation ist nicht statisch, sondern ein Prozess aus verschiedenen Phasen (vgl. Abb. 6).

Abb. 6: Schematische Darstellung des Reha-Prozesses



12 BAR – Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 1. April 2009 unter www.bar-frankfurt.de

13 BAR - Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung unter www.bar-frankfurt.de

Wichtig für das Grundverständnis ist daher, den Reha-Prozess nicht als einmalig ablaufendes, lineares Modell bzw. als Prozesskette mit streng getrennten Prozessphasen zu betrachten. Vielmehr greifen die Phasen bzw. Elemente oftmals ineinander, überschneiden oder wiederholen sich oder fallen ganz weg. So spezifisch das Reha-Ziel jedes einzelnen Menschen ist, so individuell kann auch der Reha-Prozess ausgestaltet sein. In der Gemeinsamen Empfehlung (GE) „Reha-Prozess“ haben die Rehabilitationsträger ein einheitliches Prozessverständnis von Rehabilitation vereinbart.¹⁴ Der Reha-Prozess beinhaltet demnach folgende Phasen bzw. Elemente:

Bedarfserkennung

Es soll möglichst frühzeitig erkannt werden, ob ein Mensch Leistungen zur Teilhabe benötigt. Dabei sind verschiedene Akteure verpflichtet, aktiv zu werden (z. B. Ärzte, Therapeuten, Betreuer etc.). Aber auch der betroffene Mensch selbst ist angehalten, mitzuwirken. Ziel ist eine Antragstellung durch den Leistungsberechtigten.

Zuständigkeitsklärung

Leistungen zur Teilhabe werden in der Regel auf Antrag erbracht. Dieser löst ein entsprechendes Verwaltungsverfahren aus. Wenn es mehrere Rehabilitationsträger braucht, ist zunächst festzustellen, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist. Dieser ist für die Koordination der Leistungen und gegenüber dem Antragsteller verantwortlich (Zuständigkeit).

Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung

Nachdem ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe eingegangen ist, sind die individuellen Bedarfe und dazu passgenaue Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe inhaltlich zu ermitteln. Der leistende Rehabilitationsträger stellt den Rehabilitationsbedarf umfassend anhand von Instrumenten der Bedarfsermittlung fest und bildet damit die Basis für die Entscheidung über die beantragten Leistungen. Für die umfassende Bedarfsermittlung kann das Gutachten eines Sachverständigen erforderlich sein und es müssen ggf. weitere Stellen in die Bedarfsermittlung einbezogen werden.

Teilhabeplanung

Eine Teilhabeplanung erfolgt, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen (z. B. medizinische und berufliche Rehabilitation) oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Ein Teilhabeplan ist zudem anzufertigen, wenn der Leistungsberechtigte dies wünscht. Im Teilhabeplan wird festgelegt, welche Leistungen wann durchgeführt werden.

Leistungsentscheidung

Die Entscheidung über Leistungen wird auf Grundlage des festgestellten Bedarfs getroffen. Es gelten dabei verschiedene Fristen (vgl. §§ 14 und 15 SGB IX iVm § 69 GE Reha-Prozess). In der Regel entscheidet der sogenannte leistende Rehabilitationsträger über die beantragten Leistungen. Der betroffene Mensch erhält dann einen Bescheid. Sofern mehrere Träger über einzelne Teile der beantragten Leistungen entscheiden, können u. U. auch mehrere Bescheide ergehen.

Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

Leistungen zur Teilhabe werden in der Regel von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (z. B. Rehabilitationskliniken oder Berufsförderungswerken) durchgeführt. Grundsätzlich kann auch in dieser Phase weiterer Rehabilitationsbedarf erkannt werden.

Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

Nach dem Ende einer Rehabilitation soll der betroffene Mensch dabei unterstützt werden, die Rehabilitationserfolge nachhaltig zu sichern. Es wird überprüft, ob die erhaltenen Leistungen ausreichend waren und/oder ob weitere bzw. nachgehende Leistungen notwendig sind.

¹⁴ BAR – Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ unter www.bar-frankfurt.de

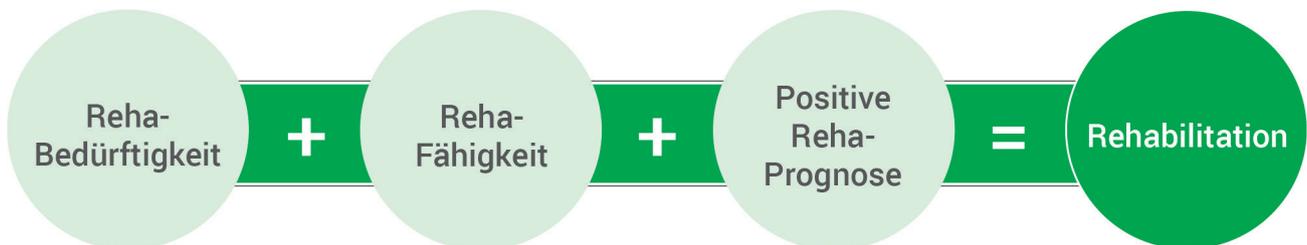
4 Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Krebserkrankungen

4.1 Voraussetzungen für die Rehabilitation

Bei Krebserkrankungen besteht ein Rehabilitationsbedarf immer dann, wenn eine tumor- oder operationsbedingte und/oder strahlen- oder medikamentös bedingte funktionelle Einschränkung (somatisch und/oder psychisch) vorliegt, die eine Beeinträchtigung darstellt, sei es im Alltagsleben oder in beruflicher Hinsicht. Je nach onkologischer Erkrankung, betroffenem Organ und der durchgeführten Therapie ist mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen zu rechnen, die auch zeitlich verzögert auftreten können.

Die Feststellung eines individuellen Rehabilitationsbedarfs, als Voraussetzung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Krebserkrankungen, bedingt das Bestehen einer individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit sowie einer im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationsziels¹⁵ positiv eingeschätzten Rehabilitationsprognose. Das heißt: Das Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzung (vgl. dazu Wichtiges auf einen Blick II) für die Durchführung einer Rehabilitation sowie eine die Rehabilitation begründende Diagnose allein reichen nicht für die Bewilligung einer Rehabilitation aus.

Abb. 7: Voraussetzungen für die Rehabilitation



Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge einer Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen und/oder Beeinträchtigung der Aktivitäten die Teilhabe an Lebensbereichen nicht nur vorübergehend bedroht oder beeinträchtigt ist. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Maßgebend für die Ermittlung der individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit sind nicht die klassifizierenden Diagnosen, sondern Art und Umfang einer drohenden oder eingetretenen Behinderung und deren Auswirkungen auf die verschiedenen Ebenen der Teilhabe. Hierzu ist eine mehrdimensionale Diagnostik erforderlich, die neben dem Krankheitsbild auch die persönlichen, beruflichen und sozialen Folgen der Erkrankung berücksichtigt. Während der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können die Diagnostik weiter differenziert und der Teilhabeplan angepasst werden.

Bei Krebserkrankungen hängt die Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere von

- Art und Ausdehnung eines Tumors,
- der Intensität der Therapie und/oder
- Folgeproblemen von Tumor und Therapie und deren Beeinflussbarkeit durch die Rehabilitation ab.

15 Die Darstellung wesentlicher Rehabilitationsziele bei Krebserkrankungen findet sich unter Kapitel 4.2 dieser Arbeitshilfe.

Auch psychische Belastungen infolge einer Krebserkrankung (z. B. Rezidivangst, Anpassungsstörungen, Depressivität und vermindertes Selbstwertgefühl) können einen ebenso wichtigen Rehabilitationsbedarf begründen. Darüber hinaus können umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren für den Rehabilitationsbedarf Bedeutung haben.

In der Regel ist kein Rehabilitationsbedarf gegeben, wenn aus einer Krebserkrankung keine Funktionsschädigungen resultieren oder bestehende Funktionsschädigungen keinerlei Beeinträchtigungen darstellen und auch keine Behinderung infolge der Erkrankung droht. Da die medizinisch-onkologische Rehabilitation therapeutisch auf Funktionsschädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe ausgerichtet ist, muss zur sinnhaften Durchführung einer rehabilitativen Maßnahme im Vorfeld der Rehabilitation der individuelle Bedarf erkannt und dargestellt werden. Treten nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung im Krankheitsverlauf weitere oder weiter bestehende Krankheitsfolgen auf, kann sich die Notwendigkeit einer erneuten medizinischen Rehabilitationsleistung ergeben, wenn diese aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Voraussetzung dafür ist, dass als Folge der Tumorerkrankung oder der Tumorthherapie erhebliche Funktionsstörungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe bestehen.

Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation/Motivierbarkeit und Belastbarkeit) im Hinblick auf die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe. Die Rehabilitationsfähigkeit ist gleichfalls Voraussetzung für die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe.

Die Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen sollte in einer ausreichend stabilen Krankheits- bzw. Behandlungsphase erfolgen, sodass für eine medizinische Rehabilitationsleistung eine ausreichende Belastbarkeit gegeben ist. Tumorthérapien, wie Immuntherapien oder Chemotherapien bzw. andere medikamentöse Tumorbehandlungen, können die Rehabilitationsleistung begleiten, sofern durch sie die Durchführung und Effektivität der Rehabilitationsleistung nicht beeinträchtigt werden. Andernfalls sollte eine zeitliche Verschiebung der Rehabilitation in Betracht gezogen werden.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels

- durch geeignete Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe und
- in einem dafür notwendigen Zeitraum.

Eine positive Rehabilitationsprognose setzt somit eine Beeinflussbarkeit der relevanten Folgen von Tumor und Therapie durch Rehabilitationsleistungen voraus und erwartet das Erreichen der individuellen Rehabilitationsziele.

Rehabilitationsmotivation

Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und Rehabilitationserfolg werden von der Motivation des Rehabilitanden und seinem Engagement, im Rahmen der Rehabilitation etwas für seine Gesundheit, Lebensqualität und seine Teilhabe zu tun, erheblich beeinflusst. Die Rehabilitanden müssen die Bereitschaft zeigen, an einer Leistung zur Teilhabe konstruktiv mitzuwirken und an den Therapien aktiv teilzunehmen.

4.2 Ziele der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen

Unter Würdigung der Rehabilitationsfähigkeit werden Rehabilitationsziele aus den Funktionsschädigungen sowie den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe abgeleitet, die den betroffenen Menschen in der selbständigen Bewältigung und Gestaltung seiner Lebensbereiche beeinträchtigen. Im Übrigen wird auf die Zielbeschreibung der Leistungen zur Teilhabe in Kapitel 3.4 verwiesen.

Zu Beginn einer Leistung werden die individuellen Rehabilitationsziele mittels rehabilitationsspezifischer Diagnostik (näher) bestimmt und die zu deren Erreichung geeigneten Leistungsinhalte nach Art, Umfang und Intensität festgelegt. Am Ende der Maßnahme hat die Rehabilitationsdiagnostik u. a. festzustellen, ob und in welchem Umfang die zum Beginn der Maßnahme festgelegten Rehabilitationsziele erreicht wurden.

Die Befunde der Diagnostik im Vorfeld der Rehabilitation werden grundsätzlich ebenso berücksichtigt wie zeitnahe Befunde während der Rehabilitation. Die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie relevante Kontextfaktoren werden beschrieben und bewertet.

Ziel der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen ist die Minderung der drohenden oder bereits bestehenden Beeinträchtigungen von Körperstruktur, Körperfunktion, Aktivitäten und Teilhabe unter Beachtung der Kontextfaktoren, um eine größtmögliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft langfristig zu ermöglichen.

Der Rehabilitationserfolg lässt sich insbesondere an dem Ausmaß beurteilen, in dem eine Rehabilitandin oder ein Rehabilitand

- in für sich befriedigender Weise am Leben in der Gesellschaft teilnehmen und seinen/ihren Alltag gestalten und
- einer Arbeit nachgehen kann.

Bei der Ermittlung des konkreten individuellen Rehabilitationsbedarfs und der Entwicklung der Rehabilitationsziele sind wichtige Anhaltspunkte:

- vorhandene persönliche und umweltbezogene Ressourcen
- Funktionen und Funktionsstörungen
- Aktivitäten und Beeinträchtigung der Aktivitäten
- Teilhabe an Lebensbereichen und hier vorliegende Beeinträchtigungen

4.2.1 Rehabilitationsziele, die sich aus der ICF ableiten

Die Ziele der Rehabilitation umfassen alle Aspekte der funktionalen Gesundheit, wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF, 2001) beschrieben sind. Dabei wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen und der gesamte Lebenshintergrund des Menschen berücksichtigt.

Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimensionen „Körperfunktionen und -strukturen“: Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen resultieren aus der Tumorerkrankung selbst und/oder den Behandlungsfolgen. Dabei können die Beeinträchtigungen sowohl Folge einer fortgeschrittenen, ggf. nicht mehr behandelbaren Tumorerkrankung, einer Operation mit ggf. Organverlust, einer Strahlentherapie als auch der medikamentösen Behandlung sein. Betroffen sind die körperliche (somatische) wie auch die psychische Ebene.

Auf der körperlichen Ebene sind die individuellen Beeinträchtigungen vor allem abhängig von der Art und dem Ort (Lokalisation) der Tumorerkrankung. Daraus lassen sich z. B. folgende spezifische Rehabilitationsziele formulieren:

- Bei Tumoren des Magen-Darm-Traktes sind die Optimierung des Ernährungsverhaltens hinsichtlich der Nahrungsmittel- und Flüssigkeitsaufnahme und der Kalorienbilanz, die Reduktion von Funktionsstörungen der Verdauung wie Durchfall (Diarrhoe), Verstopfung (Obstipation), Blähungen (Meteorismus) sowie Kontinenzprobleme wesentliche Rehabilitationsziele. Außerdem sollte bei vorhandenem Stoma der selbständige und sachgerechte Umgang mit den Hilfsmitteln erlernt werden.
- Beim Brustkrebs stehen die Verbesserung der Koordination der Muskulatur des Brustkorbs und des Schultergürtels, die Reduktion des Lymphödems mit notwendiger Hilfsmittelversorgung, die Bewältigung der Folgen der antineoplastischen und Antikörpertherapie sowie der Hormonmangelsituation im Fokus der Rehabilitation.
- Beim Prostatakrebs wird die Normalisierung der Harnblasenfunktion angestrebt, vorrangig das Wiedererlangen der Harnkontinenz und, falls diese nicht vollständig möglich ist, das Erlernen eines optimalen Umgangs mit verfügbaren Hilfsmitteln.
- Beim Lungenkrebs ist das Rehabilitationsziel die Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Lunge nach der Behandlung und daraus resultierend eine bessere Sauerstoffversorgung des gesamten Körpers und gesteigerte körperliche Belastbarkeit.
- Bei bösartigen Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane sind Rehabilitationsziele neben der Verminderung der narben- und verwachsungsbedingten Beschwerden die Normalisierung der Harnblasen- und Darmfunktion, die Reduktion eines vorhandenen Lymphödems und das Erreichen allgemeinen Wohlbefindens trotz der Hormon-Entzugserscheinungen.
- Bei malignen hämatologischen Systemerkrankungen und Lymphomen sind die Steigerung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit, Muskelaufbau, Schmerzreduktion und die Verminderung der Folgen der medikamentösen antineoplastischen Therapie (z. B. Polyneuropathie, Kardiomyopathie, Veränderung des Lungenparenchyms) die zentralen Rehabilitationsziele.
- Bei Hirntumoren werden je nach Lokalisation die Reduktion der epileptischen Anfälle und die Verminderung neurologischer Ausfälle, das Wiedererlangen der Gehfähigkeit und Gangsicherheit sowie das Wiederherstellen der Sprech- und Sprachfähigkeit als Rehabilitationsziele benannt.

Auf der psychischen Ebene können spezifische Rehabilitationsziele unabhängig von der Tumorentität aufgestellt werden, z. B.

- Erlernen von Strategien zur Krankheitsbewältigung (Coping)
- Reduktion depressiver Krankheitsverarbeitung
- Minderung von Ängsten
- Erlernen von Techniken zur Stressbewältigung und Entspannung

Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Aktivität“: Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen beeinträchtigen die Betroffenen häufig auf der Ebene der Aktivitäten. Das betrifft die Mobilität, körperliche und seelische Belastbarkeit, die soziale Interaktion einschließlich der Aktivitäten des täglichen Lebens. Rehabilitationsziele zur Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen einer Zunahme der Beeinträchtigung der Aktivitäten sind beispielsweise: Verbesserung der Fortbewegung und Beweglichkeit, Erhalt bzw. Wiedererlangen der Selbstversorgung (Körperhygiene, An- und Auskleiden, Nahrungszubereitung und -aufnahme), Erlernen des selbständigen und sachgerechten Umgangs mit Hilfsmitteln, bessere Bewältigung der Aufgaben und Anforderungen am Arbeitsplatz oder Entwicklung einer sinnvollen Freizeitgestaltung einschließlich regelmäßiger sportlicher Aktivitäten. Weitere relevante Lebensbereiche, in denen weitgehende Selbständigkeit erreicht werden sollte, sind nachfolgend aufgeführt:



Rehabilitationsziel – Selbständigkeit in wichtigen Lebensbereichen erreichen*

1. Lernen können und Wissen anwenden – z. B. umgehen mit Gegenständen, schreiben, rechnen, denken, Probleme lösen, Entscheidungen treffen ...
2. Aufgaben und Anforderungen bewältigen – z. B. Aufgaben in Routinesituationen und neuen, ungewohnten Situationen meistern und dabei mit Stress umgehen können ...
3. Kommunizieren können – z. B. sprechen, schreiben, diskutieren, verstehen, Konversation betreiben, sich verständlich machen, an Gesprächen teilnehmen, einem langen Gesprächsverlauf folgen ...
4. Mobil sein – z. B. sich (fort)bewegen, gehen, seine Körperposition ändern, fahren, ÖVM nutzen ...
5. Sich selbst versorgen können – z. B. sich waschen, pflegen, zur Toilette gehen, sich an- und ausziehen, essen, trinken, Waren besorgen, Dienstleistungen beschaffen ...
6. Häusliches Leben organisieren – z. B. Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten verrichten, kochen, essen, ab- und aufräumen, putzen, einkaufen gehen, Post aus dem Briefkasten holen oder zum Briefkasten bringen ...
7. Zwischenmenschliche Beziehungen pflegen – Fremde, Partner, Familie, Verwandte, Bekannte, Freunde, Arbeitskollegen, Sexualität, Freundschaft, Small Talk, Kollegen, am Arbeitsplatz, im Verein, Freunde besuchen,
8. An bedeutenden Lebensbereichen teilhaben – z. B. zur Schule gehen, Ausbildung/Lehre absolvieren, Arbeitsplatz aufsuchen, seiner Berufstätigkeit nachgehen, an der Hochschule studieren, sich weiter- und fortbilden, Geldgeschäfte tätigen ...
9. Am Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Leben teilnehmen – z. B. wählen gehen, eine Kirche aufsuchen, sich kulturell betätigen, Freizeitangebote wahrnehmen, am Vereinsleben teilnehmen, in Urlaub fahren ...

*vgl. dazu ICF (2001)

Rehabilitationsziele bezogen auf „Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren)“ der ICF.

Kontextfaktoren im Sinne der ICF bilden den gesamten Lebenshintergrund einer Person ab. Man differenziert in umwelt- und personbezogene Faktoren, die mit den Körperfunktionen/-strukturen, den Aktivitäten und der Teilhabe in Wechselwirkung stehen können. Der Rehabilitationsverlauf kann durch Kontextfaktoren sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden. Daraus resultiert, dass im Rehabilitationsprozess die rehabilitationsfördernde Wirkung positiver Kontextfaktoren (Förderfaktoren) im Sinne des Ressourcenkonzeptes der Rehabilitation genutzt und negativ wirkende Kontextfaktoren (Barrieren) identifiziert und bei der Teilhabepflege berücksichtigt werden. Die Kontextfaktoren der betreffenden Person beziehen sich sowohl auf alle externen Gegebenheiten der Welt, in der sie lebt (z. B. Verfügbarkeit von Teilzeitarbeitsplätzen), wie auch auf ihre persönlichen Eigenschaften und Einstellungen (z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Motivation, Leistungsbereitschaft).

In diesem Sinne umfassen Förderfaktoren aus der Umwelt z. B. verfügbare Hilfsmittel, angepasste Technologien, Assistenzdienste bzw. Unterstützung durch Bezugspersonen oder eine vollzogene Arbeitsplatzanpassung, während zu den umweltbezogenen Barrieren z. B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze oder eine nicht behinderungsgerechte Wohnung zählen. Als günstige personbezogene Faktoren können z. B. eine hohe Rehabilitationsmotivation, ein guter körperlicher Trainingszustand, Geschicklichkeit im Umgang mit Kompensationsmitteln oder eine hohe Medienkompetenz gelten, während sich ggf. negative Einstellungen zu Krankheit und Behinderung, verbunden mit dem Erleben von Verlusten der Autonomie, sowie eine geringe Veränderungsbereitschaft nachteilig auf den Rehabilitationsverlauf auswirken.

Bei manifesten Funktions- und Fähigkeitsstörungen und resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten müssen mitunter speziell die Umweltbedingungen angepasst werden:

- Planung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Ausschluss arbeitsbedingter kanzerogener Einwirkungen oder
- Gestaltung der häuslichen Umgebung.

Die positive Beeinflussung der personbezogenen Kontextfaktoren wird angestrebt über die

- Erweiterung des Informationsstandes über die Krankheit,
- Entwicklung von Strategien zur Reduktion von Risikofaktoren (Fehlernährung, Bewegungsmangel, schädlicher Gebrauch von Alkohol und Tabak, negativer Stress),
- Schulung der Körperwahrnehmung und Akzeptanz des veränderten Körperbildes oder
- Motivation und Unterstützung bei der Lebensstiländerung.

4.2.2 Weitere relevante Teilhabe-Ziele in der Rehabilitation

Andere – von den Rehabilitationszielen, die sich aus der ICF ableiten, abzugrenzende – relevante Teilhabe-Ziele in der Rehabilitation können sein:

4.2.2.1 Teilhabe am Arbeitsleben

Arbeit und strukturierte Beschäftigung sind in unserer Gesellschaft insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter von zentraler Bedeutung. Kaum eine andere Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung. Arbeit vermittelt

- eine Möglichkeit, sich in einer gesellschaftlich anerkannten Funktion zu betätigen, und wirkt so auf den sozialen Status und die Identität.
- soziale Kontakte und Unterstützung.
- eine Möglichkeit zur Selbstverwirklichung.
- ein Gefühl der Wertschätzung und des persönlichen Erfolgs durch die gelungene Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartung anderer.
- die Struktur für den Tages-, Wochen- und Monatsablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus).
- finanzielle Anerkennung sowie wirtschaftliche Eigenständigkeit durch Entlohnung.

Zur Ermöglichung oder Sicherung der Partizipation am Erwerbsleben von Menschen mit Krebserkrankungen kommen – sofern notwendig – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht. Diese Leistungen werden dann erbracht, wenn die Aussichten, beruflich tätig zu werden oder zu bleiben, in Folge einer eingetretenen oder drohenden Behinderung nicht nur kurzfristig wesentlich gemindert sind und deshalb besondere Hilfen erforderlich werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Was erwartet mich dort? Rund zwei Drittel aller Berufstätigen, die von einer Krebsdiagnose betroffen sind, kehren zurück in das Arbeitsleben. Die Motivation ist oft sehr hoch, denn der Gang zur Arbeit bringt ein Stück Normalität in den Alltag zurück. Der Wiedereinstieg sollte jedoch behutsam erfolgen und an die individuelle Belastbarkeit angepasst werden. Leistungen zur beruflichen Rehabilitation – im Sozialrecht als „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ bezeichnet – bieten nach längerer Arbeitsunfähigkeit ein breites Spektrum, um die Wiedereingliederung in das Berufsleben zu unterstützen. In Abhängigkeit von den festgelegten rehabilitativen Zielsetzungen kommen als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Krebserkrankungen z. B. folgende Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation in Betracht: Stufenweise Wiedereingliederung¹⁶ „Hamburger Modell“, Anpassungen des Arbeitsplatzes, technische Arbeitshilfen, wie höhenverstellbarer Tisch oder ein Stuhl mit Armlehne und Kopfstütze, Kraftfahrzeughilfen oder Aus- und Weiterbildungen, berufliche Qualifizierung sowie berufliche Bildungsleistungen¹⁷. Das detaillierte Leistungsverzeichnis für

16 BAR – Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess unter www.bar-frankfurt.de

17 vgl. www.krebsinformationsdienst.de

berufliche Bildungseinrichtungen ist z. B. in der „Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR)“ aufgeführt und umfasst u. a. Leistungen zur beruflichen Orientierung und Berufserkundung, Assessments, Kompetenzdiagnostik, Qualifizierungsvorbereitung sowie Leistungen zur Erlangung von Fach-, Schlüssel-, Gesundheits- und Integrationskompetenzen, Hilfsmittelberatung und -Training, Fallmanagement, Berufspraktika, Bewerbungstraining.



Exkurs Betriebliches Eingliederungsmanagement

Eine Krebserkrankung bewirkt bei Beschäftigten oftmals eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Um Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und dadurch wiederum das Arbeitsverhältnis möglichst dauerhaft zu sichern, wurde im Jahr 2004 das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) verpflichtend eingeführt (§ 167 Abs. 2 SGB IX). Das BEM ist ein wesentliches Verbindungselement der Schnittstellen zwischen dem System der Sozialversicherungen und der betrieblichen Arbeitswelt. Damit ist es möglich, die Unterstützungsleistungen der Rehabilitationsträger noch zielgenauer im betrieblichen Kontext zu verankern.

Ist ein Beschäftigter innerhalb von zwölf Monaten insgesamt mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig, ist der Arbeitgeber verpflichtet, dem Beschäftigten die Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements anzubieten. Die Entscheidung, ob ein BEM durchgeführt wird, trifft der Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin. In den Prozess sind zudem weitere betriebliche Akteure einzubinden. Ziel des Zusammenwirkens ist, mit der/dem Beschäftigten Möglichkeiten zur Beendigung der bestehenden bzw. zur Vorbeugung einer erneuten Arbeitsunfähigkeit sowie Möglichkeiten zum Arbeitsplatzalterhalt zu klären. Daraus können sich

- betriebsinterne Maßnahmen (z. B. Arbeitsplatzanpassung, Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, Anpassung des Beschäftigungsumfangs),
- Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb und Kfz-Hilfen) oder
- (außerbetriebliche) Maßnahmen der Rehabilitationsträger bzw. des Integrationsamtes (z. B. (erneute) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) ableiten.

Kommen Leistungen zur Teilhabe in Betracht, sind vom Arbeitgeber die Rehabilitationsträger oder – bei schwerbehinderten Beschäftigten – das Integrationsamt hinzuzuziehen, um die frühzeitige Bedarfserkennung zu unterstützen.

Das BEM ist insgesamt nicht nur für die/den gesundheitlich beeinträchtigte(n) Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter, die/der im Betrieb wieder adäquat eingesetzt werden kann, sinnvoll, sondern auch für den Arbeitgeber durch verringerte Ausfallzeiten, geringere Kosten der Entgeltfortzahlung und verbesserte Arbeitsabläufe durch schnellere Rückkehr des Betroffenen in den Betrieb. Für den Arbeitgeber ist es jedoch nicht immer einfach, den konkreten BEM-Bedarf für den erkrankten Mitarbeiter zu erkennen und die erforderlichen Schritte einzuleiten.

Zusammen mit 60 betrieblichen sowie überbetrieblichen Vertreterinnen und Vertretern der für das BEM bedeutsamen Organisationen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. ein Online-Angebot, den so genannten BEM-Kompass, entwickelt. Der BEM-Kompass gibt aus betriebspraktischer Sicht Antworten zu richtungsweisenden Fragen des „Warum? Was? Wie? und Wo?“. Umfassende Informationen helfen dabei, sich im Themenfeld BEM zu orientieren. Der BEM-Kompass unterstützt Arbeitgeber und BEM-berechtigte Beschäftigte. Zusätzlich informieren BEM-Info-Flyer, die sich zielgerichtet jeweils an Beschäftigte und Arbeitgeber wenden, über das BEM und das Angebot des BEM-Kompasses. Der BEM-Kompass sowie die BEM-Infoflyer für Arbeitgeber und Beschäftigte sind online abrufbar auf

www.bar-frankfurt.de/bem-kompass.

4.2.2.2 Soziale Teilhabe

Für Menschen mit Krebserkrankungen können im Einzelfall auch Leistungen zur Sozialen Teilhabe (bis 31.12.2017 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) sinnvoll und notwendig sein. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen betroffenen Menschen eine möglichst uneingeschränkte Teilnahme am gewohnten Leben ermöglichen oder erleichtern. Dabei sollen sie zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum befähigt oder dabei unterstützt werden.

Dies kann z. B. folgende Zielstellungen beinhalten:

- eine möglichst weitgehende physische, psychische oder soziale Unabhängigkeit
- den Ausbau, die Pflege oder die Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen
- das Erreichen einer höheren Mobilität
- eine Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung oder zu sportlichen Aktivitäten

Welche Ziele im Rahmen der sozialen Teilhabe berücksichtigt werden sollten, hängt jedoch immer von der individuellen Situation ab, in der sich der Betroffene befindet. Es sollte daher beispielsweise geprüft werden, ob die betroffene Person durch die Krebserkrankung zuhause und im Alltag eingeschränkt ist und bestimmten Unterstützungsbedarf aufweist. Zur Erreichung der Rehabilitationsziele sind nach Möglichkeit auch Bezugspersonen mit einzubeziehen. Dies gilt insbesondere bei der Rehabilitation von Kindern (vgl. Kapitel 4.3.5).

Über Leistungen zur sozialen Teilhabe hinaus können auch selbst betroffene Menschen aus Selbsthilfegruppen/-organisationen mit ihrem ehrenamtlichen Angebot wesentlich zur Verbesserung der Teilhabe beitragen.

Beachte: Durch Einführung des BTHG wurden die Leistungen zur Sozialen Teilhabe in Teil 1 des SGB IX (§§ 76 ff. SGB IX) und für die Eingliederungshilfe seit 2020 in Teil 2 des SGB IX (§§ 113 ff. SGB IX) zusammengefasst und neu strukturiert.

4.2.2.3 Verhinderung von und Teilhabeförderung bei Pflegebedürftigkeit

Abhängig von Art und Ausprägung der Krebserkrankung können in unterschiedlichem Ausmaß Beeinträchtigungen in der eigenverantwortlichen und selbstständigen Lebensführung vorübergehend oder auch für einen längeren Zeitraum auftreten.

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

Das Rehabilitationsziel der Verhinderung von und Förderung der Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit beinhaltet den Erhalt bzw. die Erlangung der im Einzelfall größtmöglichen Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Pflege. Es gilt der Grundsatz „Reha vor Pflege“. In Anlehnung an § 31 SGB XI prüfen die Pflegekassen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Einfach ausgedrückt besagt dieser Grundsatz, dass – bevor ein Mensch pflegebedürftig wird – mit Hilfe medizinischer Rehabilitation alles getan werden muss, um dies zu verhindern. Wenn ein

Mensch bereits pflegebedürftig ist, muss im Rahmen der medizinischen Rehabilitation alles daran gesetzt werden, um den Zustand und die Situation des Pflegebedürftigen zu verbessern. D. h., eine Rehabilitation ist auch aus der Pflege heraus möglich. Je nach Art und Umfang drohender oder eingetretener Beeinträchtigungen und Behinderungen stehen hier Hilfen zur eigenverantwortlichen Alltagsbewältigung im Vordergrund. Diese Zielsetzung erfordert bei den Mitgliedern des therapeutischen Teams eine Haltung, die den Menschen mit Krebserkrankung das im Einzelfall größtmögliche Maß an Eigenverantwortlichkeit erhält und die betroffenen Menschen auch in ihrer Eigenverantwortlichkeit anspricht.

4.3 Ausgestaltung der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen

4.3.1 Rehabilitationseinrichtungen und -angebote

Medizinische Rehabilitationseinrichtungen: Für die Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen stehen spezifische medizinische Rehabilitationseinrichtungen im ganzen Bundesgebiet zur Verfügung. Diese spezifische bio-psycho-soziale Betreuung in speziell dafür ausgestatteten Rehabilitationseinrichtungen ist wichtig, auch um zum Teil bleibende Folgeschäden bei den Betroffenen zu verhindern. Dabei handelt es sich um eigene Kliniken der Rehabilitationsträger (z. B. bei der Rentenversicherung) oder um belegte Vertragskliniken. In Nordrhein-Westfalen wählt die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung (Arge Krebs) für die Rehabilitanden nach medizinischen Gesichtspunkten geeignete Rehabilitationskliniken aus. Die Rehabilitation bei Krebserkrankungen wird häufig in Form einer Anschlussrehabilitation durchgeführt. Bei der Abwicklung der Anschlussrehabilitation kann entweder eine Direkteinweisung in die Anschlussrehabilitationsklinik durch die klinischen Sozialdienste des Akutkrankenhauses erfolgen (Krankenhaus – Rehabilitationseinrichtung – Rehabilitationsträger), oder es findet eine Schnellzuweisung in die Anschlussrehabilitationsklinik durch den Rehabilitationsträger statt (Krankenhaus – Rehabilitationsträger – Rehabilitationseinrichtung). Dafür gilt eine Frist von 14 Tagen. Das Wunsch- und Wahlrecht des Rehabilitanden wird berücksichtigt.

Die Rehabilitationseinrichtungen arbeiten nach rehabilitationsspezifischen Rehabilitationskonzepten sowie leitlinienorientierten Prozessabläufen. Mindeststandards an die Rehabilitation sind in den Vorgaben und Anforderungskatalogen der Rehabilitationsträger definiert. Bauliche, räumliche, medizinisch-apparative, technische und personelle Rahmenbedingungen sind auf die Rehabilitation abgestimmt. Die Teilnahme an externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement stellen Qualitätsstandards in den Rehabilitationseinrichtungen sicher.

In Deutschland steht eine Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen oder Rehabilitations-Fachabteilungen für die Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen zur Verfügung. Geeignete Kliniken können über die Einrichtungslisten der Rehabilitationsträger, Rehabilitationsstättenverzeichnisse (z. B. auf der BAR-Website) oder Klinikportale im Internet gesucht und gefunden werden (vgl. dazu auch den Verweis auf Kliniksuchtools im Anhang).

Neben den „normalen“ medizinischen Rehabilitationseinrichtungen existieren spezifische Rehabilitationseinrichtungen oder -Fachabteilungen mit einem besonderen Behandlungskonzept. Das sind vor allem psychoonkologisch bzw. verhaltensmedizinisch orientierte und medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationseinrichtungen oder -Fachabteilungen.

Psychoonkologisch orientierte und verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitationseinrichtungen und Leistungen: Die Diagnose einer Krebserkrankung stellt für die meisten betroffenen Menschen ein äußerst belastendes Lebensereignis dar. Zu den körperlichen Symptomen treten psychische und psychosoziale Problemlagen hinzu, die erhebliche Anpassungsleistungen erfordern. Die Bereitstellung psychoonkologischer Unterstützung ist in der Regel Bestandteil der medizinischen

Rehabilitationspraxis. Die Psychosoziale Onkologie unterstützt Betroffene bei der Bewältigung flankierender psychosozialer Belastungen, bei der Krankheitsverarbeitung und Optimierung der Krankheitsbewältigung durch Erlernen von Coping-Strategien und bietet Interventionen zu Stress- und Angstreduktion, Besserung von Depression und Verzweiflung sowie Verminderung von chronischer Erschöpfung an.¹⁸ Einige Rehabilitationseinrichtungen haben sich auf die Psychosoziale Onkologie spezialisiert. Leistungen der psychosozialen Onkologie können auch vor Beginn der Rehabilitation und nach Ende der Rehabilitationsleistung notwendig sein. Dafür stehen psychoonkologische Ambulanzen zur Verfügung. Psychoonkologisch ausgebildete Psychotherapeuten im ambulanten Bereich können über das Adressenverzeichnis der Website des Krebsinformationsdienstes des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg gefunden werden (www.krebsinformationsdienst.de). Neben den dargestellten professionellen Unterstützungsmöglichkeiten bestehen auch Angebote psychosozialer Unterstützung durch ebenfalls von einer Krebserkrankung betroffene Menschen. Diese Hilfen werden insbesondere durch Selbsthilfegruppen und -organisationen angeboten (siehe auch Kapitel 7.3).

In Ergänzung dazu halten verschiedene Rehabilitationseinrichtungen auch verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitationsangebote in der onkologischen Rehabilitation für Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität vor (VOR).

Einrichtungen/Leistungen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR):¹⁹ Bei bestimmten Gruppen von Rehabilitanden kann es vorkommen, dass das Ziel der Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt besonders schwer zu erreichen ist. Charakteristisch für diese Personengruppe sind längere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit sowie eine negative subjektive Erwerbsprognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können. Man spricht hier von Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL). Auch Menschen im erwerbsfähigen Alter mit Krebserkrankung sind häufig von solchen BBPLs betroffen. Um diese Rehabilitanden bei der Bewältigung beruflicher Problemlagen zu unterstützen, gibt es die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). Diese setzt zu einem Zeitpunkt ein, an dem bereits BBPLs aufgetreten sind, sodass unklar ist, ob der Rehabilitand wieder an seinen Arbeitsplatz zurückkehren kann. Leistungen der MBOR werden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht. Im Unterschied zur klassischen medizinischen Rehabilitation bezieht die MBOR Berufs- und Arbeitsplatzaspekte in den gesamten Rehabilitationsverlauf mit ein. Ziel der MBOR ist es, BBPLs frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, sodass der noch vorhandene Arbeitsplatz erhalten werden kann. Bei Rehabilitanden, deren körperliche Verfassung und Tumorstadium eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nach dem Rehabilitationsaufenthalt grundsätzlich zulassen, können mit Hilfe medizinischer, psychologischer und berufsbezogener Trainingsmethoden bestimmte Fertigkeiten erlernt und Belastungen – z. B. durch vermeidbares psychisches oder körperliches Fehlverhalten – reduziert werden. Oftmals reichen bereits geringfügige Veränderungen am Arbeitsplatz, die Optimierung von Arbeitsabläufen, die Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln oder die Veränderung der persönlichen Einstellung aus, um den Rehabilitationserfolg nachhaltig sicherstellen zu können.

¹⁸ S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ (im Erscheinen), dann verfügbar unter: www.awmf.org

¹⁹ Wesentliche Quelle: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de sowie www.deutsche-rentenversicherung.de → Experten → Infos für Rehabilitationseinrichtungen → Grundlagen und Anforderungen → Anforderungsprofile für Rehabilitationseinrichtungen → Anforderungsprofil zur Durchführung von MBOR.

Die MBOR wird nur von der Deutschen Rentenversicherung angeboten und unterscheidet die folgenden Stufen:

- Stufe A (MBOR-A):** Beruflich orientierte Basisangebote, die für alle Rehabilitanden, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten, angeboten werden.
- Stufe B (MBOR-B):** Über die beruflich orientierten Basisangebote hinausgehende Rehabilitations-elemente für Versicherte mit BBPL (MBOR-Kernangebote). Hier werden Therapien wie beispielsweise Psychoedukation (Stressbewältigung am Arbeitsplatz) angeboten.
- Stufe C (MBOR-C):** Spezielle Angebote für Rehabilitanden, bei denen trotz einer intensivierten berufsbezogenen medizinischen Rehabilitation (MBOR-Kernangebote) nicht absehbar ist, dass sie an ihren alten oder einen entsprechenden Arbeitsplatz erfolgreich zurückkehren können.

Je nach individueller Bedarfssituation des Rehabilitanden können darüber hinaus ggfs. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden (LTA, berufliche Rehabilitation).

Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation: Kann der Mensch mit Krebserkrankung seine vorangegangene Berufstätigkeit wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht weiter ausüben, stehen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation z. B. zur beruflichen Anpassung, Umschulung oder Weiterqualifizierung zur Verfügung. Dabei handelt es sich um Berufsförderungs- oder Berufsbildungswerke als außerbetriebliche Bildungseinrichtungen. Berufsbildungswerke dienen der erstmaligen Berufsausbildung vornehmlich junger beeinträchtigter Menschen. Berufsförderungswerke sind überregionale und überbetriebliche Rehabilitationseinrichtungen zur beruflichen Fort- und Weiterbildung sowie der Umschulung erwachsener Menschen mit Behinderung, die ihren bisherigen Beruf behinderungsbedingt nicht mehr ausüben können. In Deutschland gibt es insgesamt 28 Berufsförderungswerke an fast 100 Standorten mit ca. 250 Qualifizierungsangeboten. Die Maßnahmen werden als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB IX erbracht. Die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation unterstützen auch Arbeitgeber. Bei der beruflichen Wiedereingliederung wird vorrangig die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz oder eine betriebliche Umsetzung auf einen krankheits- bzw. behinderungsgerechten Arbeitsplatz mit gleichen oder ähnlichen Anforderungen angestrebt. Wenn dies nicht möglich ist, werden die Rehabilitanden auf eine Umschulung oder auf eine andere Tätigkeit vorbereitet.

Einrichtungen zur sozialen Rehabilitation: Im Bereich der sozialen Teilhabe kommen möglicherweise auch ambulante psycho-soziale Hilfeinrichtungen in Betracht (vgl. Kapitel 7.1).

4.3.2 Bedeutung des Rehabilitationsteams

Es arbeiten die unterschiedlichsten Gesundheitsfachberufe in einem Rehabilitationsteam zusammen. Die Zusammensetzung des Teams sowie die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter variiert in Abhängigkeit vom Indikationsbereich und dem Schweregrad sowie der Komplexität der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Rehabilitanden. Zum interdisziplinären Rehabilitationsteam in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen gehören z. B. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie mit nachgewiesener Erfahrung in der Onkologie und Kenntnissen in der Sozialmedizin und im Rehabilitationswesen, je nach Behandlungsschwerpunkt der Klinik auch Ärztinnen und Ärzte mit indikationsspezifischen Facharztanerkennungen (Funktionsärzte), Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Assistenzkräfte, Psychologinnen und Psychologen, Pädagoginnen und Pädagogen, Sportlehrerinnen und Sportlehrer beziehungsweise Sporttherapeutinnen und Sporttherapeuten, Physiothera-

apeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Diätassistentinnen und Diätassistenten.

Die interprofessionelle Teamarbeit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitationsbehandlung.

Diese erfordert einen intensiven wechselseitigen Informationsaustausch sowie eine Wissensintegration zwischen den Teammitgliedern über die Rehabilitanden und deren Ziele für die Rehabilitation. Dafür sind regelmäßige Teambesprechungen notwendig. Die Rehabilitationsziele sind zwischen dem Rehabilitationsteam und den Rehabilitanden abzustimmen.

Auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation werden die Betroffenen von einem multiprofessionellen Team aus Rehabilitationsfachkräften, Pädagogen, Psychologen und Fachlehrern unterstützt. Beratungsfachkräfte können zudem spezifische Fachdienste hinzuziehen: den Ärztlichen Dienst, den Berufspsychologischen Service oder den Technischen Beratungsdienst der Bundesagentur für Arbeit.

4.3.3 Rehabilitanden untereinander – Experten in eigener Sache

Im Kliniksetting und in der therapeutischen Gruppensituation können Mitbetroffene sozial unterstützen und stabilisieren sowie auf den motivationalen Prozess des Rehabilitanden einwirken. Die Beziehungen und der Austausch der Rehabilitanden untereinander spielen hinsichtlich der behandlungsbezogenen Erwartungen, des Rehabilitationsverlaufs und des Behandlungserfolgs eine wichtige Rolle. Die Mitpatienten dienen den Rehabilitanden jenseits von Therapie häufig als alternative Ansprechpartner während der Rehabilitation, die eine andere Perspektive auf rehabilitationsrelevante Fragen bringen. Die Rehabilitanden helfen sich untereinander besonders bei der Bewältigung von alltäglichen Fragen in der Rehabilitation sowie bei der Vorbereitung auf kritische Situationen in der Rehabilitation und mit Blick auf die Zeit danach. Sie bringen ihre eigenen Erfahrungen mit ein, werden eher verstanden und können damit oft ganz praktisch auf Augenhöhe unterstützen. Damit übernehmen sie eine Brückenfunktion zwischen den professionellen Kräften im Rehabilitationsteam und den Betroffenen. Das Prinzip des sogenannten Peer-to-Peer-Counselings (Betroffene beraten Betroffene) findet auch im Rahmen der 2018 neu eingeführten „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ (EUTB®) nach § 32 SGB IX Anwendung (vgl. Kap. 6.5). Menschen mit Behinderung werden zu „Experten in eigener Sache“ und unterstützen Ratsuchende dabei, ihre Fähigkeiten und Ressourcen für eine selbstbestimmte Teilhabe zu nutzen.

4.3.4 Behandlungselemente der Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen erfolgt in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen. Sie geht von einem ganzheitlichen Rehabilitationskonzept aus und beinhaltet ein umfassendes, rehabilitationsspezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot, das entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden aus physischen, psychischen, ernährungsbezogenen, sozialen und edukativen Komponenten bestehen kann. Aufgrund der Vielgestaltigkeit von Krebserkrankungen und individueller Bedarfe von Menschen mit Krebserkrankungen ist ein individualisierter Rehabilitationsplan erforderlich.

In Abhängigkeit von den festgelegten rehabilitativen Zielsetzungen enthalten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Krebserkrankungen z. B. folgende Behandlungselemente (vgl. dazu z. B. eine Übersicht der therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation unter www.ktl-drv.de):



Übersicht möglicher therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation:

- Fortsetzen der medikamentösen Behandlung
- Sport- und Bewegungstherapie mit Anleitung zum Eigentraining
- Physiotherapie (Krankengymnastik) mit dem Ziel der Funktionsverbesserung
- Physikalische Therapieverfahren (Hydro-, Thermo-, Balneo- und Elektrotherapie, Massagen und Lymphdrainagen)
- Information, Motivation und krankheitsspezifische Schulung inklusive Gesundheitsbildung
- Klinische Psychologie und Neuropsychologie mit Hirnleistungstraining (wenn erforderlich, z. B. bei kognitiven Folgestörungen, Konzentrationsschwächen, geistiger Ermüdung)
- Psychologische Beratung und Therapie sowie psychologische Gruppenarbeit (Psychoonkologie)
- Psychotherapie mit der Möglichkeit der Paar- und Familientherapie
- Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie (u. a. Arbeitsplatztraining)
- Hilfsmittelberatung, -anleitung, -anpassung und -schulung (z. B. bei Brustprothetik)
- Logopädische Behandlung (wenn erforderlich, z. B. bei Hirntumoren mit Beeinträchtigung des Sprachvermögens)
- Entspannungsverfahren und Stressbewältigungstraining
- Künstlerische Therapien (z. B. Musik-, Tanz-, Kunst-, Gestaltungs-, Theatertherapie)
- Ernährungsberatung und ernährungsmedizinische Leistungen
- Inkontinenzbehandlung und Stomaversorgung
- Sexualberatung
- Angehörigengespräche, -beratung und -anleitung
- Reha-Pflege (aktivierend-therapeutisch sowie erhaltend) mit Anleitung zur Kontrolle medizinischer Parameter oder Umgang mit Hilfsmitteln und Prothesen
- Rekreationstherapie zur Förderung einer gesundheitsorientierten Freizeitgestaltung und Aufbau von Freizeitkompetenz (z. B. Bewegungsspiele sowie gestalterisch-kreative Therapie)
- Klinische Sozialarbeit und Soziotherapie inklusive Kooperation mit verschiedenen Akteuren außerhalb der Rehabilitationseinrichtung (z. B. Hausärzte, Fachärzte, Nachsorgeeinrichtungen)
- Soziale- und sozialrechtliche Beratung (auch zu flankierenden Problemlagen, wie z. B. Schuldenproblematik, Konflikte am Arbeitsplatz, Umgang mit Suchtmitteln)
- Unterstützung der beruflichen Reintegration (z. B. Hilfen zur beruflichen Orientierung, stufenweise Wiedereingliederung, Belastungserprobung)
- Nachsorge und soziale Integration (insbesondere Verordnung von Rehabilitationssport, Vermittlung in Selbsthilfegruppen, Einleitung von Reha-Nachsorgeprogrammen, Anbahnung von Pflegedienstleistungen)
- abschließende sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden

Die häufigsten therapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation: Die Auswahl der therapeutischen Leistungen erfolgt in Abhängigkeit vom individuellen Rehabilitationsbedarf. Wichtig ist, dass durch eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit der im Rehabilitationsteam tätigen verschiedenen Berufsgruppen die Möglichkeiten der ganzheitlichen Rehabilitation ausgeschöpft werden.

Ein Schwerpunkt der rehabilitativen Leistungen sind die Wissensvermittlung und die Motivationsförderung im Rahmen der Gesundheitsbildung sowie die indikationsspezifische Patientenschulung mit dem Ziel der Sekundär- und Tertiärprävention. Hierbei ist es sinnvoll, die Schulungen auch für Angehörige und Betreuungspersonen zu öffnen bzw. deren Teilnahme zu ermöglichen oder zu fördern.

Ein Schwerpunkt der Gesundheitsbildung ist die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der chronisch Erkrankten mit dem Ziel, das Gesundheitsverhalten und die Nutzung des Gesundheitssystems zu fördern. In der Psychoedukation kommt u. a. der Auseinandersetzung mit jeweils bedeutsamen Risikofaktoren, ihrer Beeinflussbarkeit und dem daran geknüpften individuellen Gesundheitsverhalten eine große Bedeutung zu (Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsmangel, psychischer Stress, Konsum von psychotropen Substanzen wie Alkohol, Drogen, Medikamente, Rauchen, aber auch Exposition gegenüber gefährlichen Stoffen wie z. B. Asbest am Arbeitsplatz, Verwendung von Lichtschutz, Auftreten von Strahlenbelastung). Ziel ist hier, durch Informationsvermittlung und über Einstellungsänderungen das jeweilige Gesundheitsverhalten umzustellen.

Ein weiteres wesentliches Element der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen ist die professionelle Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung. Hier können insbesondere Psychologinnen und Psychologen mit einer Zusatzqualifikation im Bereich der Psychoonkologie sowohl in Gruppengesprächen als auch im Rahmen von therapeutischen Einzelinterventionen Bewältigungsstrategien vermitteln. Der Fokus liegt hier bei Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements, der Selbstregulation und der Eigeninitiative bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung. Sport und Bewegung spielen während der Rehabilitation ebenfalls eine wesentliche Rolle. Allgemein gut bekannt ist der wissenschaftlich nachgewiesene Sachverhalt, dass ein ausreichendes Maß an körperlicher Bewegung die Gesundheit fördern und das Risiko für zahlreiche Erkrankungen senken kann. Am wirksamsten scheinen dabei sportliche Aktivitäten in der Kombination eines Kraft- und Ausdauertrainings zu sein. Auch in der Rehabilitation von Krebserkrankungen nimmt Sport und Bewegung viel Raum im Therapieplan ein. Die Effekte sind nicht für alle Tumorarten wissenschaftlich belegt, eine differenzierte Sichtweise in Abhängigkeit von der Organlokalisation des Tumors ist erforderlich. Körperliche Aktivität hat vermutlich nicht bei allen Krebserkrankungen dieselbe Wirkung. Vielfach belegt ist die stressreduzierende Wirkung von Sportaktivität. Der Time-Out-Effekt des Sports dient der Ressourcenstärkung. Auf die aktuelle Leistungsfähigkeit angepasste sportliche Aktivitäten können die belastenden Nebenwirkungen der begleitenden Therapien reduzieren. Neben den erwarteten positiven Effekten auf die körperliche Fitness und Kondition kann das Training auch eine stimmungsaufhellende Wirkung haben und damit die chronische Erschöpfung (Fatigue-Symptomatik) mindern sowie die Lebensqualität der Menschen mit Krebserkrankungen verbessern helfen. Erkrankungsrezidive können möglicherweise in ihrem Auftreten verzögert werden.

Allgemeine und spezifische therapeutische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation: Die medizinische Rehabilitation bei bzw. nach Krebserkrankungen umfasst immer – unabhängig von der jeweiligen Krebsform – Behandlungselemente aus den Therapiebereichen Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Information, Motivation, Schulung, Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie, Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie, klinische Psychologie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Reha-Pflege und Pädagogik, Physikalische Therapie, Rekreationstherapie sowie ernährungsmedizinische Leistungen.

Daneben ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf an besonderen therapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation in Abhängigkeit von den Nebenwirkungen und Folgeerkrankungen sowie Zuständen nach abgeschlossener Primärtherapie der jeweiligen Krebserkrankung, die vorübergehend oder langanhaltend-chronisch sein können:

- Bei Lungenkrebs etwa ein Atemtraining oder Atemgymnastik zur Kompensation beeinträchtigter Atemfunktionen,
- bei Brustkrebs z. B. Sport- und Bewegungstherapie sowie Physiotherapie zur Therapie funktioneller Bewegungseinschränkungen des Armes und der Schulter,
- bei Krebs der Gebärmutter oder der Eierstöcke sowie bei Prostata- oder Harnblasenkrebs z. B. ein Beckenbodentraining oder ein Kontinenztraining zur Verbesserung möglicher Blasenentleerungsstörungen,
- ein Darmschließmuskeltraining, Maßnahmen zur Verdauungsregulation sowie Erlernen der eigenständigen Stomaver-sorgung bei Tumoren des Magen-Darm-Trakts,
- eine logopädische Behandlung, eine kaufunktionelle Rehabilitation, Sprech- und Schluckrehabilitation, Erlernen der Speiseröhrenersatzsprache (Ruktusstimme), Einweisung in elektronische Sprechhilfen bei Krebs der Mundhöhle, des Rachens oder des Kehlkopfs,
- neuropsychologische Trainingsverfahren, kognitive Trainings bei Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, wie sie bei Tumorerkrankungen des ZNS vorkommen können,
- funktionelle Therapien, sensomotorisches Training oder Vibrationstraining, Gleichgewichts- und Koordinationsübun-gen, Bewegungsübungen, Ergotherapie, Physikalische Therapie, Physiotherapie, Elektrotherapie oder Bäder sowie Schmerztherapie bei Polyneuropathie und neuropathischen Schmerzen, wie sie als Folge einer Behandlung mit Krebs-medikamenten oder einer Strahlentherapie bei vielen Krebsformen auftreten können,
- Lymphödemtherapie, Entstauung, Kompression, Massagen, Lymphdrainage bei Lymphödemem, wie sie häufig bei den Operationen oder Bestrahlungen verschiedener Krebsformen auftreten können,
- Aktivitätsaufbau, körperliches Training unter fachkundiger Anleitung, Entspannungsverfahren bei Erschöpfung, Abge-schlagenheit, Fatigue, Müdigkeit und Leistungsminderung, wie jedwede Krebserkrankung an sich, als auch Chemothe-rapie, Bestrahlung und zielgerichtete Therapien zu ihrer Behandlung auslösen zu können,
- Psychologische Interventionen, künstlerische Therapien, psychoonkologische Angebote, psychologische Beratung, gestalterische Therapien, Angstbewältigungstrainings, psychosomatische Unterstützungsangebote zur psychischen Verarbeitung der neuen Lebenssituation und eines möglicherweise veränderten Körperbildes, zur Krankheitsverarbei-tung sowie im Zusammenhang mit der psychischen Belastung, die jede Krebserkrankung auslöst.

Ausgestaltung des Therapieplans in der medizinischen Rehabilitation: In Abstimmung mit dem Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin wird ein individueller Therapieplan erstellt und ausgehändigt. Die Möglichkeit zur nachträglichen Verände-rung und Anpassung des Behandlungsplans in Abhängigkeit von dem Rehabilitationsverlauf und den Rehabilitationszielen besteht. Die meisten Behandlungen und Übungen in der Rehabilitation werden in der (Klein-)Gruppe durchgeführt und durch Einzeltherapien ergänzt. Bei Antritt und Abschluss der Rehabilitation sind Einzelgespräche die Regel. Gesundheits-informationen werden häufig in Form von Patientenschulungen, -seminaren und -vorträgen vermittelt. Aktive und passive Therapien wechseln ab. Die Therapiedichte orientiert sich an der Belastbarkeit der Rehabilitanden. Es bestehen therapie-freie Zeiten mit der Möglichkeit zur Erholung und zum Eigentraining ohne Anwesenheit eines Therapeuten. Dies dient der Stärkung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung des Rehabilitanden. In der Regel hat zuvor eine Anleitung des Rehabilitanden stattgefunden, um ihn zu befähigen, das Eigentraining sachgemäß durchzuführen. Zu beachten ist: Die Rehabilitation wird weder grundsätzlich in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen, noch müssen stets alle Rehabilita-tionsleistungen erforderlich werden.

Grundsätzlich gilt, dass bei der Auswahl und Durchführung von Rehabilitationsleistungen zu dieser Thematik erarbeitete Leitlinien der relevanten Fachgesellschaften sowie Reha-Therapiestandards der Rehabilitationsträger berücksichtigt wer-den sollten.²⁰

²⁰ Eine Auflistung der für die Rehabilitation von Krebserkrankungen relevanten Leitlinien findet sich im Kapitel 8.2 „Leitlinien, Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen“.

4.3.5 Besondere Zielgruppen in der Rehabilitation

Für besondere Zielgruppen in der onkologischen Rehabilitation stehen spezifische Rehabilitationseinrichtungen, -konzepte und -leistungen zur Verfügung. Ferner hängt die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger z. T. von der jeweiligen Zielgruppe ab (vgl. dazu auch Kapitel 3.4). Als besondere Zielgruppen sind Kinder und Jugendliche, Erwerbstätige und Nichterwerbstätige, Männer und Frauen, ältere Menschen sowie Migranten dargestellt.

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Die zunehmend besseren Behandlungserfolge bei der Therapie der hochmalignen Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind Ergebnis äußerst intensiver mehrmonatiger stationärer Therapien mit einem breiten Spektrum von Komplikationen und Nebenwirkungen. Die sich aus der Krebstherapie häufig ergebenden Folgeerkrankungen bedingen oft einen hohen Rehabilitationsbedarf. Außerdem sind infolge der Primärtherapie oft die innerfamiliären Strukturen, sowohl die Eltern-Kind-Beziehung als auch die Geschwister-Interaktion, erheblich gestört. Kinder und Jugendliche erkranken an anderen Krebsarten als erwachsene oder ältere Menschen. Bei Kindern treten vorwiegend Leukämien, Hirntumore, Knochentumore und Weichteiltumore auf. Lungen-, Brust- oder Darmkrebs hingegen sind keine Krebserkrankungen des Kindes- und Jugendalters.

Primäres Ziel der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit, sodass die jungen Patientinnen und Patienten wieder an Schule oder Ausbildung teilhaben können. Die spätere Lebensqualität und Erwerbsfähigkeit kann so in jungen Jahren gesichert werden.

Krankenversicherung und Rentenversicherung als Träger der Rehabilitationsleistung für Kinder und Jugendliche sind gleichrangig zuständig. Kosten für eine Begleitperson werden in der Regel abhängig vom Alter des Kindes übernommen. Auch die Aufnahme von Geschwisterkindern kann vollständig oder anteilmäßig finanziert werden. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen werden stationär und ambulant erbracht. Die Dauer der Rehabilitationsleistung beträgt in der Regel vier Wochen. Alle Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche bieten Überbrückungsunterstützung an, um eine Verschlechterung schulischer Leistungen zu verhindern oder dieser entgegenzuwirken. Wichtig: Auch für Kinder ist eine onkologische Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung möglich (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bei z. B. noch nicht abgeschlossener Schul- oder Berufsausbildung bis zum vollendeten 27. Lebensjahr).

Im Rahmen einer sogenannten „Familienorientierten Rehabilitation“ (FOR) wird das Kind von seinen Eltern/Erziehungsberechtigten und/oder Geschwistern während der Rehabilitation begleitet.²¹ Die Mitaufnahme der Familienangehörigen erfolgt, wenn deren Einbeziehung in den Rehabilitationsprozess erforderlich ist und nur so ein Behandlungserfolg des erkrankten Kindes zu erreichen ist. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit der Familienangehörigen ist nicht erforderlich. Es muss notwendig und möglich sein, die betroffenen Familienangehörigen medizinisch-psychologisch zu betreuen und in die Patientenschulung einzubeziehen. Sofern für Familienangehörige ein eigenständiger Rehabilitationsbedarf besteht, prüft der zuständige Rehabilitationsträger die zeitgleiche Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in derselben oder in einer anderen Rehabilitationseinrichtung am Rehabilitationsort.

Eine „Familienorientierte Rehabilitation“ kann in der Regel nur einmal nach Abschluss der Primärtherapie durchgeführt werden. Lediglich im Fall von Rezidiverkrankungen könnte die Leistung erneut in Anspruch genommen werden. Um das Antragsverfahren für eine FOR möglichst unbürokratisch und zügig zu gestalten, besteht eine Verfahrensabsprache zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Alterskasse.

Durch die Einführung des Flexirentengesetzes haben Kinder und Jugendliche seit Dezember 2016 auch Anspruch auf nachgehende Leistungen, wie z. B. Rehabilitationssport.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stellt auf ihrer Website Informationen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung (www.bar-frankfurt.de/themen/gesundheit/reha-kinder-und-jugendliche.html). Zudem veröf-

21 Siehe hierzu auch die „Verfahrensabsprache zu Anträgen der ‚Familienorientierten Rehabilitation‘“.

fentlichte die BAR einen „Wegweiser für Fachkräfte. Reha für Kinder und Jugendliche“ sowie einen Flyer mit gebündelten Informationen zur Reha für Kinder- und Jugendliche. Beide Produkte sind auf der Website der BAR erhältlich.

Weiterführende Informationen:

- www.junge-erwachsene-mit-krebs.de
- www.kinderkrebsregister.de
- www.kinderkrebsinfo.de/index_ger.html
- www.kinderkrebsstiftung.de/startseite.html
- www.krebs-bei-kindern.de/info/berichte/index.php
- www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/leistungen/familie/index.html
- www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Rehabilitation von Erwerbstätigen vs. Nicht-Erwerbstätigen

Im Allgemeinen ist die Gesetzliche Krankenversicherung für die Rehabilitation von Nicht-Erwerbstätigen und die Gesetzliche Rentenversicherung für die Rehabilitation von Erwerbstätigen zuständig. Ausnahmen gelten für die Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen. Hier kann die Rentenversicherung auch bei nicht erwerbstätigen Personen für die onkologische Rehabilitation zuständig sein. D. h., auch Rentner haben Anspruch auf Rehabilitation (sowohl Altersrentenbezieher als auch Erwerbsminderungsrentner), aber auch Kinder und Jugendliche, nichtversicherte Ehe- oder Lebenspartner sowie Hinterbliebene. Dies begründet sich darin, dass im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung eine onkologische Rehabilitation nach § 15 SGB VI wie auch nach § 31 SGB VI möglich ist. Der Gesetzgeber spricht zwar in § 31 SGB VI von „Leistungen zur onkologischen Nachsorge“, hier handelt es sich jedoch auch um „Leistungen der onkologischen Rehabilitation“. Diese unterscheiden sich von den Leistungen nach § 15 SGB VI, weil diese Leistungen nicht (mehr) dem rentenversicherungsspezifischen Rehabilitationsziel „Sicherung der Erwerbsfähigkeit“ dienen und die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI nicht erfüllt sein müssen. Die Rehabilitation beruflich bedingter Krebserkrankungen fällt in die Zuständigkeit der Deutschen Unfallversicherung. Eine Liste anerkannter Berufskrankheiten steht auf der Website der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zur Verfügung.²² Ist eine Krebserkrankung beispielsweise ursächlich mit Einsätzen diensthabender Soldaten verknüpft oder resultiert sie aus einem Kriegseinsatz, sind Träger des Sozialen Entschädigungsrechts (früher: Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge) für die Rehabilitation zuständig – z. B. Auftreten von Strahlenkrebs durch Radarstationen bei diensthabenden Soldaten und Wehrdienstleistenden.

Weiterführende Informationen:

„Rehabilitation nach Tumorerkrankungen“ im Broschürenversand der Deutschen Rentenversicherung

- www.deutsche-rentenversicherung.de

Geschlechtsspezifische Rehabilitation

Das Erkrankungsrisiko für bestimmte Krebsarten ist bei Männern und Frauen unterschiedlich. Das gilt aus naheliegenden physiologisch-anatomischen Gründen nicht nur für Brust-, Gebärmutterhals-, Eierstock-, Prostata- oder Hodenkrebs. Zu den häufigsten Krebsarten in Deutschland zählen bei erwachsenen Frauen Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs, bei erwachsenen Männern Prostatakrebs. Darmkrebs, Lungenkrebs, Hautkrebs und Lymphdrüsenkrebs sind weitere, bei beiden Geschlechtern häufig auftretende Krebsarten. Es können geschlechtsspezifische Unterschiede in Lebensgewohnheiten und verhaltensbezogenen Risikofaktoren zu Unterschieden in den Neuerkrankungsraten bestimmter Krebsformen führen (z. B. Rauchverhalten und Entstehung von Lungen- oder Kehlkopfkrebs). Durch ihre allgemein höhere Lebenserwartung sind Frauen in den höchsten Altersklassen deutlich in der Überzahl. Da bei vielen Krebsarten das Risiko mit dem Alter ansteigt, ist daher ein Teil der Krebsfälle von Frauen im Vergleich zu Männern dem demografischen Effekt zuzurechnen.

22 www.baua.de → Rechtstexte und Technische Regeln → Berufskrankheiten

Die Veranlagung für einen erblichen Tumor wird mit 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit an die Kinder beiderlei Geschlechts weitergegeben. Es bestehen Hinweise darauf, dass einige Krebserkrankungen einen geschlechtsspezifischen Verlauf nehmen können, was u. a. mit geschlechterspezifischen Unterschieden in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in Verbindung gebracht wird. Ferner sind die jeweiligen Geschlechtshormone von Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf von bestimmten Krebserkrankungen. Bei den Reaktionsmustern auf Stress unterscheiden sich Männern und Frauen ebenfalls. Auch können Belege angeführt werden, dass Frauen im Vergleich zu Männern stärker an Nebenwirkungen einer onkologischen Behandlung leiden.

Die Rehabilitation greift geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zusammenhänge in den Behandlungskonzepten vermehrt auf und richtet ihre Angebote auf die differenziellen Risiko- und Ressourcenprofile von Männern und Frauen aus. Neben einer geschlechterspezifischen Ansprache gewinnen geschlechtersensible Programme zunehmend an Bedeutung. Zur Kommunikation und Motivation werden bei Frauen und Männern unterschiedliche Interventionsstrategien eingesetzt. Ferner haben sich geschlechtsspezifische Gruppen in der Psychotherapie, Suchttherapie sowie der Patientenschulung bewährt, welche die unterschiedlichen Lebenswelten der Geschlechter adressieren.

Um den bei Frauen und Männern unterschiedlichen Erwartungen und Ansprüchen in der Selbsthilfe und Nachsorge gerecht zu werden, haben sich sowohl gemeinschaftliche als auch separate Frauen- und Männerelbsthilfegruppen nach Krebs als Austauschplattformen gebildet.

Weiterführende Informationen:

- www.frauengesundheitsportal.de
- www.maennergesundheitsportal.de
- www.bzga.de → Programme und Aktivitäten → Frauengesundheit
- www.bzga.de → Programme und Aktivitäten → Männergesundheit
- www.rki.de → Gesundheitsmonitoring → Prävention → Gesundheit: Männer

Rehabilitation von älteren Menschen

Eine Krebserkrankung kann in jedem Alter auftreten. Mit dem Alter nimmt das Erkrankungsrisiko allerdings zu. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten in Deutschland ist bereits im Rentenalter, wenn die Diagnose Krebs erfolgt. Laut Krebsinformationsdienst waren 2014 fast zwei von drei Krebsbetroffenen über 64 Jahre alt. Das Gesamt-Krebsrisiko unterscheidet sich im Lauf des Lebens zwischen Frauen und Männern: Im mittleren Alter sind Frauen insgesamt häufiger von Krebs betroffen. Ab etwa 55 Jahren tragen dagegen Männer ein höheres Krebsrisiko.

Dabei werden Ärztinnen und Ärzte häufig mit der Angst konfrontiert, einem alten Menschen mit der Behandlung (z. B. Operation, Chemotherapie) zu viel zuzumuten. Grundsätzlich ist nicht allein das Geburtsdatum (biographisches Alter), sondern auch das so genannte biologische Alter von Bedeutung. Dieses beschreibt den individuellen Gesundheitszustand im Vergleich zum gleichaltrigen Bevölkerungsdurchschnitt. Sofern sich betroffene Personen fit fühlen und die allgemeinen Untersuchungsbefunde es ermöglichen, erfolgt die Behandlung ähnlich der eines jüngeren Menschen. Zu Unterschieden kann es jedoch in Zusammenhang mit den langfristigen Folgen einer Krebserkrankung kommen, die ältere Patientinnen und Patienten rein statistisch gesehen unter Umständen nicht mehr betreffen würden. Die Situation gestaltet sich zudem anders, sobald Patientinnen und Patienten in hohem Alter sich in einer schlechten gesundheitlichen Verfassung befinden. In diesem Fall gilt es, zwischen körperlich belastenden, aber lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen und dem Erhalt von Lebensqualität abzuwägen. Diese sehr persönliche Entscheidung können Betroffene nur ganz individuell in Abstimmung mit den Medizinerinnen und ggfs. den Angehörigen treffen. Patientinnen und Patienten mit einer oder mehreren Vor-Erkrankungen sind nicht selten bereits vor der Krebsdiagnose auf Medikamente angewiesen. Potenzielle Wechselwirkungen müssen dementsprechend beachtet und das Therapieverfahren sowie die Dosierung der Medikamente an die gesundheitliche Situation angepasst werden. Nicht allein die Planung der Krebstherapie ist jedoch von Bedeutung, auch die Zeit nach einem (Rehabilitations-)Klinikaufenthalt sollte Berücksichtigung finden. Die Phase der Rekonvaleszenz, d. h.

die zur Erholung benötigte Zeit, kann bei älteren Menschen unter Umständen länger andauern. Ein längerer Klinikaufenthalt kann bestimmte Fähigkeiten beeinträchtigen, sodass die direkte Rückkehr in den Alltag z. T. schwer fallen kann. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniksozialdienste können in diesen Fällen dazu beraten, wie sich der Alltag rund um die Krebserkrankung leichter gestalten lässt und wo es weitere Hilfsangebote und -möglichkeiten gibt.

Eine altersgerechte Fachrehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen sollte idealerweise all diese besonderen Behandlungsbedingungen berücksichtigen. Diese ist von einer geriatrischen Rehabilitation abzugrenzen, die indikationsübergreifend erfolgt und sich vor allem auf die Behandlung altersbedingter Erkrankungen bei multimorbiden Patienten richtet. Eine geriatrische Rehabilitation ist somit für ältere krebserkrankte Rehabilitanden in der Regel nicht geeignet.

Weiterführende Informationen:

- www.gbe-bund.de → Gesundheitliche Lage → Gesundheit im Alter
- www.krebsgesellschaft.de → Basisinfo Krebs → Alltag mit Krebs → Krebs im Alter
- www.krebsinformationsdienst.de → Behandlung → Senioren: Behandlung
- www.rki.de → Gesundheitsmonitoring → Themen → Gesundheit im Alter
- www.bzga.de → Programme und Aktivitäten → Gesundheit älterer Menschen

Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund

Migration ist im 21. Jahrhundert ein wichtiges Thema. Viele Menschen verlassen ihr Geburtsland, die Gründe dafür sind unterschiedlich. Ein Großteil der Menschen ist auf der Flucht vor Gewalt und Armut und hofft auf Asyl, Sicherheit und ein besseres Leben. Andere verlassen ihr Heimatland für eine lukrative Arbeitsstelle. Fakt ist, dass das Thema Migration auch in den onkologischen Kliniken und weiteren Einrichtungen an Bedeutung gewinnt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden zunehmend mit Krankheitsvorstellungen aus anderen Kulturkreisen konfrontiert, die von den westeuropäischen abweichen. Fachkräfte und Betroffene stehen vor Verständigungsproblemen und erleben sprachliche und kulturelle Missverständnisse. Migranten sind z. T. vielen Stressoren ausgesetzt, etwa durch den Verlust von Bezugspersonen im Herkunftsland oder enttäuschte Erwartungen. Fachkräfte werden z. T. mit unermesslichem Leid von Opfern politischer Verfolgung konfrontiert.

Eine medizinische Rehabilitation nehmen Migrantinnen und Migranten deutlich seltener in Anspruch als deutsche Versicherte. Besonders auch in der onkologischen Rehabilitation sind ausländische Versicherte unterrepräsentiert. Beispielsweise die Deutsche Rentenversicherung hat sich daher auf die Versorgung von Migranten eingestellt. Sie bietet migrantenspezifische Rehabilitationsangebote an, die sich dadurch auszeichnen, dass sie mutter- und mehrsprachig und kultursensibel sind. Zudem werden sie unter Einbindung der Familie durchgeführt. Kulturelle Hemmschwellen und Sprachbarrieren, die ein Zugangs- und Behandlungserschwerern darstellen können, sollen so überwunden werden. Als Beispiel ist ein spezielles Angebot des Ethno-Medizinischen Zentrums e. V. „MiMi – Mit Migranten für Migranten“ zu nennen. Im Rahmen dieses Projektes wurden engagierte Migrantinnen und Migranten zu interkulturellen Gesundheitslotsen ausgebildet, sodass sie ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache über das deutsche Gesundheitssystem, zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie über die Rehabilitation informieren und beraten können. Die Broschüre „Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen“ ist in acht Sprachen erhältlich. Sie enthält Informationen über die Ziele und Inhalte der Rehabilitation und zeigt etwa, wie eine Rehabilitation beantragt wird und welche Regelungen gelten. Die Broschüre steht auf der folgenden Seite als Download zur Verfügung (vgl. dazu www.deutsche-rentenversicherung.de).

Weiterführende Informationen:

- www.migration-gesundheit.bund.de
- www.rki.de → Gesundheitsmonitoring → Alle Themen → Migration & Gesundheit
- www.bmas.de → Themen → Arbeitsschutz → Forschungs-DB → Migration, Arbeit
- www.deutsche-rentenversicherung.de → Nord → Services → MiMi
- www.dvfr.de → Reha & Teilhabe → Reha-Meldungen → Wegweiser Migranten

4.3.6 Was tun, wenn ...

Zum einen gilt es, sich auf die Rehabilitationsmaßnahme vorzubereiten. Zum anderen erfolgt gelegentlich das Rehabilitations-Antragsverfahren oder die Rehabilitationsmaßnahme auch nicht reibungslos. Es sind möglicherweise einige Hindernisse auf dem Weg zur Rehabilitation zu bewältigen. Im Folgenden sind einige typische Herausforderungen im Zusammenhang mit der Beantragung einer Rehabilitation und der Durchführung einer Rehabilitation aufgeführt. Was kann passieren? Wie kann man vorgehen? Als Mitarbeiter in einer Ansprechstelle für Rehabilitation und Teilhabe, als Rehabilitationsfachkraft, als Fachtherapeut oder Rehabilitand. Als Rehabilitationsmitarbeiter – wenn man von Rehabilitanden um Auskunft und Rat gefragt wird sowie angesichts von behandlungskritischen Situationen während der Rehabilitation. Als Rehabilitand – wenn man sich nicht mehr zu helfen weiß oder Probleme während der Rehabilitation auftreten.

REHABILITATIONS-ANTRAG WURDE BEWILLIGT

Mögliches Vorgehen:

- als Patient überlegen, was in die Klinik idealerweise mitzunehmen ist; nützliche Packlisten für den Rehabilitationsaufenthalt finden sich z. B. unter www.vor-der-reha.de, www.aok.de, www.packlisten.org, www.kkh.de sowie auf den Seiten der Rehabilitationseinrichtungen
- die Rehabilitationseinrichtungen verschicken häufig einen Fragebogen zur Abstimmung der Rehabilitationsziele, der möglichst ausgefüllt zur Aufnahme in die Rehabilitation mitgebracht werden sollte, vgl. dazu z. B. „Arbeitsbuch Reha-Ziele – Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation“ (2015)

Was die Rehabilitationseinrichtung möglicherweise wissen will: Die Verwaltungsabteilung sowie die Rehabilitationsärzte, Therapeuten und der Sozialdienst der Rehabilitationseinrichtung werden möglicherweise Fragen zu der Erkrankung, den Vorbehandlungen, dem Arbeitgeber, dem Arbeitsplatz, der Arbeitstätigkeit, den AU-Zeiten in den letzten zwölf Monaten, den Lebensbedingungen sowie den Lebensgewohnheiten stellen. Die dafür notwendigen Informationen sollten bereitgehalten werden.

REHABILITATIONS-ANTRAG WURDE ABGELEHNT

Mögliches Vorgehen:

- als Patient zeitnah darauf reagieren (Widerspruch einreichen)
- Widerspruchsfrist im Rehabilitations-Ablehnungs-Bescheid beachten
- Rehabilitations-Ablehnungsgründe prüfen
- ggf. fehlende Unterlagen oder angepasste Atteste in Abhängigkeit von den genannten Ablehnungsgründen nachreichen (dazu Haus-, Fach- oder Betriebsarzt bzw. vorausgegangenes Krankenhaus kontaktieren)
- bei erneuter Ablehnung als Leistungsberechtigter Möglichkeit einer Klage beim Sozialgericht erwägen

Nützliche Kontaktdaten:

Online-Verzeichnis der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe (§ 12 SGB IX) auf www.ansprechstellen.de
Kontaktaufnahme mit der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB[®]) über www.teilhabeberatung.de

REHABILITATION SOLL NICHT IN DER VOM PATIENTEN GEWÜNSCHTEN KLINIK ERFOLGEN

Mögliches Vorgehen:

- Prüfen, ob die gewünschte Einrichtung von dem zuständigen Kostenträger belegt wird und auf die rehabilitationsbegründende Indikation (Haupt-Diagnose) spezialisiert ist. Die BAR stellt eine Übersicht von nach § 37 Abs. 3 SGB IX zertifizierten stationären Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.²³ Zudem finden Sie auf den BAR-Internetseiten das Rehakliniken-Verzeichnis, in dem über 1.000 stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation systematisch aufgelistet sind

²³ www.bar-frankfurt.de → Datenbanken und Verzeichnisse

- auf bestimmte Behandlungskonzepte und Ausstattungsmerkmale der Wunschklinik hinweisen, die dem jeweiligen Rehabilitationsbedarf entgegenkommen

Gesetzliche Grundlage: Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 8 SGB IX – Wenn der Leistungsberechtigte eine bestimmte Rehabilitationseinrichtung bevorzugt, kann dies im Rehabilitationsantrag angegeben werden und wird nach Möglichkeit berücksichtigt. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen. Es gilt jedoch das Gebot der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung.

PATIENT SOLL STATT EINER STATIONÄREN REHABILITATION EINE AMBULANTE REHABILITATION DURCHFÜHREN

Mögliches Vorgehen:

- Umfang bereits in Anspruch genommener ambulanter Therapien auflisten und ärztlicherseits bestätigen lassen
- Hinweis auf zusätzliche Belastung durch die Alltagssituation im ambulanten Setting geben (Verbleib im gewohnten Lebensumfeld wirkt sich nachteilig auf den Rehabilitationsverlauf aus, Abstand zum Alltagsleben als Teil des Genesungsprozesses)
- kombinierte stationäre/ambulante Rehabilitationsformen bei dem Kostenträger erfragen

Hintergrundinformationen: In der Regel ist eine ambulante Rehabilitation einer stationären Rehabilitation gleichwertig, was die Qualität der Durchführung und die Ergebnisse der Rehabilitation anbelangt. Beide Versorgungsformen bieten ein differenziertes, ganztätiges, komplexes und multimodales Angebot an therapeutischen Leistungen an. In Abhängigkeit von Alter, Diagnose, Verfügbarkeit ambulanter im Vergleich zu stationärer Rehabilitationseinrichtungen in der Region, Schweregrad der Erkrankung und Präferenzen der Rehabilitanden für die jeweilige Versorgungsform, bieten sich unterschiedliche Rehabilitationssettings an. Für bestimmte Zielgruppen, z. B. Alleinerziehende mit kleinen Kindern, ist eine stationäre Rehabilitation aus Betreuungsgründen ggf. nicht möglich. Ambulante Rehabilitation setzt zwar einerseits eine entsprechende Mobilität und Wegefähigkeit voraus, andererseits ermöglicht sie Angehörige und den Arbeitsplatz vor Ort in die Rehabilitation einzubeziehen und sich mit den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten sowie dem Arbeitgeber am Wohnort des Rehabilitanden zu vernetzen.

PATIENT ERHÄLT KEINE REAKTION AUF DEN REHABILITATIONS-ANTRAG

Mögliches Vorgehen:

- Prüfen, ob der Rehabilitationsträger den potentiellen Leistungsberechtigten schriftlich darüber informiert hat, dass er die Rehabilitationsentscheidung nicht innerhalb der geltenden Fristen fällen kann.

Wenn nicht, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist (siehe unten) als genehmigt. Dann hat der Leistungsberechtigte die Möglichkeit, sich die Rehabilitationsleistung auf eigene Kosten selbst zu beschaffen. Der sogenannte leistende Rehabilitationsträger muss die Leistungen erstatten. Es gelten jedoch Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Bevor dieser Weg erwogen wird, ist zunächst der Rehabilitationsträger zu kontaktieren. Diese Fristen gelten jedoch nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge (§ 18 Abs. 7 SGB IX) sowie für die Integrationsämter.

Gesetzliche Fristen: Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz zumindest für einen Teil der beantragten Leistung/en zuständig ist. Ist der erstangegangene Rehabilitationsträger insgesamt nicht zuständig, muss er den Antrag unverzüglich an einen anderen – mutmaßlich zuständigen – Rehabilitationsträger weiterleiten. Dieser Rehabilitationsträger wird dann in der Regel automatisch „leistender Rehabilitationsträger“ i.S.d. §§ 14 ff. SGB IX. Läuft die Zwei-Wochen-Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ab, ohne dass der erstangegangene Träger den Antrag unverzüglich weitergeleitet hat, wird er selbst „leistender Rehabilitationsträger“. Der leistende Rehabilitationsträger ist gemäß §§ 14 ff. SGB IX u. a. für die Koordination der Leistungen verantwortlich.

Grundsätzlich hat der leistende Rehabilitationsträger nach Antragseingang drei Wochen Zeit, über den Antrag zu entscheiden (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Muss er dazu ein Gutachten einholen, verlängert sich die Zeitspanne. Das Gutachten muss unverzüglich, spätestens innerhalb der drei Wochen, in Auftrag gegeben werden. Für die Gutachtenerstellung sind weitere zwei Wochen vorgesehen (§ 17 Abs. 2 SGB IX). Die Entscheidung über den Antrag erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). D. h. die Leistungsentscheidung muss bei einer Weiterleitung insgesamt spätestens innerhalb von 9 Wochen nachdem der Antrag beim ersten Rehabilitationsträger gestellt wurde, fallen bzw. innerhalb von 7 Wochen nachdem der Antrag beim „leistenden Rehabilitationsträger“ eingegangen ist. Wenn auch andere Rehabilitationsträger an der Bedarfsermittlung und -feststellung beteiligt werden bzw. anteilig zuständig sind (§ 15 SGB IX), ist abweichend von § 14 Abs. 2 SGB IX innerhalb von sechs Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wird eine Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB IX durchgeführt, ist innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang zu entscheiden. Die Einholung eines Gutachtens hat bei der Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger keine Auswirkungen auf die Frist.

Eine Genehmigungsfiktion (s. o.) kann eintreten, wenn innerhalb von zwei Monaten nach Eingang des Antrags beim leistenden Rehabilitationsträger keine Entscheidung erfolgt ist und der leistende Rehabilitationsträger dem Leistungsberechtigten die Gründe hierfür nicht schriftlich mitgeteilt hat (vgl. § 18 SGB IX).

Hinweis: Der Fristenrechner der BAR ermöglicht die Berechnung relevanter Fristen im Reha-Prozess. Dieser richtet sich an Reha-Fachkräfte, Antragsteller/-innen und alle, die Reha-Anträge bearbeiten und Reha-Verfahren koordinieren. Der Fristenrechner ist online abrufbar unter www.reha-fristenrechner.de.

Für ergänzende Informationen zu Reha-Fristen siehe auch die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ (BAR, 2019).

THERAPIEAUSFALL IN DER REHABILITATION

Mögliches Vorgehen:

- zunächst prüfen, welche Ausfall-Ursachen vorliegen
- sind die Therapieausfälle dadurch bedingt, dass es zu zeitlichen Überschneidungen der Therapien kommt, sollte der Therapieplan im Gespräch mit dem Rehabilitationsteam angepasst werden
- Therapieausfälle im offenen Gespräch klären und zusammen Lösungen erarbeiten, die ausgefallenen Therapien zu auszugleichen
- sich Verbündete suchen (das können je nach Perspektive andere Rehabilitationsmitarbeiter oder andere Patienten sein)
- als Patient das Beschwerdemanagement (auch Kummerkasten) der Rehabilitationseinrichtung nutzen
- Liegen die Behandlungs-Ausfälle an Mängeln in der personellen Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung, unzureichenden Therapeuteschlüsseln, Personal-Fluktuationen oder Krankenständen des Personals, kann es auch ein Weg sein, den Kosten-Träger/Rehabilitationsträger über den Sachverhalt zu informieren, der anlassbezogen eine Visitation in der Rehabilitationseinrichtung vornehmen kann.
- Es steht sowohl den Patienten als auch den Rehabilitationsmitarbeitern offen, Eindrücke auf Klinikbewertungsportalen wiederzugeben.

Hintergrundinformationen: Der Umfang der in der Rehabilitation durchgeführten Therapien wird in der Regel an die Belastbarkeit des Rehabilitanden angepasst. Mancher Therapieausfall ist unvermeidbar, z. B. wegen notwendiger Reparaturarbeiten in Therapiebereichen oder kurzfristiger Erkrankungen der Rehabilitations-Fachtherapeuten. Um einen Überblick über das therapeutische Leistungsspektrum in der Rehabilitation zu gewinnen, vgl. Sie dazu z. B. die sogenannte Klassifikation therapeutischer Leistungen oder Reha-Therapiestandards für die jeweilige Diagnose.

PATIENT FÜHLT SICH AN DER ERSTELLUNG DES THERAPIEPLANS UND DER ABSTIMMUNG DER REHABILITATIONSZIELE NICHT BETEILIGT

Mögliches Vorgehen:

- Der Patient sollte sich im Vorfeld der Rehabilitation mit seinen Rehabilitationszielen auseinandersetzen.
- Fühlt sich der Patient überfordert, seine Rehabilitationsziele im Einzelgespräch konkret zu benennen, können auch vorformulierte Fragebögen zur Erfassung von Rehabilitationszielen eingesetzt werden; auch ist die Rehabilitationszielarbeit in Gruppen oder als Hausaufgabe möglich.
- Die Rehabilitationsziele sollten möglichst im Vorfeld des Rehabilitationsaufenthalts (z. B. Selbstauskunftsbogen, Rehabilitations-Ziel-Fragebogen), zu Beginn der Rehabilitation (z. B. im Aufnahmegespräch), im Verlauf der Rehabilitation (zur Anpassung der Rehabilitationsziele) und am Ende der Rehabilitation besprochen werden (zur Überprüfung, ob die Reha-Ziele erreicht wurden).

Hintergrundinformationen: Damit eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgreich durchgeführt werden kann, bedarf es einer klaren Zielsetzung, was durch die Rehabilitationsmaßnahme erreicht werden soll. Für den Rehabilitationserfolg ist es wichtig, dass der Patient nicht nur über die Ziele der Rehabilitation informiert ist, sondern eigene Rehabilitationsziele mitteilt und diese mit dem Rehabilitationsteam abstimmt. Nur wenn alle Beteiligten die Rehabilitationsziele mittragen, ist eine aktive und effektive Therapie möglich.

Nützliches Internetportal: www.reha-ziele.de

REHABILITATION ÜBERFORDERT DEN PATIENTEN

Mögliches Vorgehen:

- Es ist offen mit dem Rehabilitanden abzuklären, welche Vorstellungen er davon hat, wie die Behandlung in der Rehabilitation ablaufen wird und ob diese Behandlungserwartungen eingetroffen sind.
- Es sollte geklärt werden, ob die Rehabilitation den Rehabilitanden körperlich überbelastet (nicht so aktiv mitarbeiten können, wie es erwünscht und erforderlich ist), oder andere Faktoren (Mitpatienten, Bezugstherapeuten, Rehabilitationsablauf und -Organisation, Konflikte in der Rehabilitation u. a.) zur Überforderung als psychische Konfliktsituationen beitragen.
- Wenn der Rehabilitand mehr Pausen bei den Therapien bzw. zwischen den Therapien benötigt, sollte er das Gespräch mit dem Rehabilitationsteam suchen, Therapieplan und Therapedichte können in Abstimmung mit dem Arzt/Therapeuten in der Regel individuell angepasst werden.
- Unter Umständen ist eine interne oder externe Belastungserprobung und/oder Belastungskontrolle angezeigt; sprechen Sie die Reha-Mitarbeiter darauf an.

Hintergrundinformationen: In der Regel setzt die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme eine ausreichende Grundbelastbarkeit des Patienten voraus. Belastbarkeit beinhaltet u. a. Rehabilitationsfähigkeit, Reisefähigkeit, eigenständige Mobilität und Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen. Bettlägerigkeit schließt eine Rehabilitation im Normalfall aus. In der Rehabilitation ist der Patient gefordert. Es wechseln passive und aktive Therapien ab. Ein Patient muss auch in der Lage sein, mehrstündige Therapieprogramme mit viel Gruppenarbeit absolvieren zu können. Eine belastungsadäquate Förderung ist Bestandteil vieler durchgeführter Therapien (z. B. im Rahmen von Sport und Bewegung). Eine aktive Belastungsbewältigung kann auch Ziel in der Rehabilitation sein. Begleitpersonen für die Unterstützung vor Ort sind in der Regel nicht vorgesehen. Der Beginn der Rehabilitationsmaßnahme muss auf die Belastbarkeit des Patienten angepasst werden.

FACHTHERAPEUTEN WECHSELN IN DER REHABILITATION

Mögliches Vorgehen:

- Feste Ansprechpartner helfen dabei, gemeinsam und erfolgreich die Rehabilitationsziele zu erreichen. Während des Rehabilitationsprozesses sollte die Betreuung durch die Rehabilitationsärzte und Fachtherapeuten möglichst nicht

ständig wechseln. Vorteile für den Rehabilitanden: Vertrauensverhältnis wird aufgebaut und Therapiekontinuität wird gewahrt. Vorteile für den Rehabilitations-Mitarbeiter/Fachtherapeuten: Wahrnehmung des Rehabilitationsverlaufs und erhöhte Planungssicherheit.

- klären, worin der Personalwechsel begründet ist, z. B. multipersonaler Bezugsrahmen im Setting der Rehabilitationsbehandlung, personelle Fluktuationen (Abwanderungen), fehlendes Bezugstherapeutensystem mit festen Therapeuten für jeden Rehabilitanden, enge Kooperation und Vertretung derselben Funktionsgruppen im Rehabilitationsteam untereinander
- den Rehabilitanden vermitteln, dass regelmäßige Fallbesprechungen und Teamkonferenzen des gesamten Rehabilitationsteams stattfinden, in denen alle rehabilitationsbezogenen Berufsgruppen sich über die Rehabilitationsziele, den Rehabilitationsverlauf, Rehabilitationsergebnisse einzelner Patienten austauschen; alle patientenseitigen Informationen werden dokumentiert, so dass auch wechselnde Therapeuten den gleichen Informationsstand über individuelle Behandlungsschwerpunkte, Ausgangslagen und -Verläufe haben.

Hintergrundinformationen: Rehabilitationseinrichtungen halten ein multiprofessionelles Team vor. In den Struktur Anforderungen der Rehabilitationsträger an die Rehabilitationseinrichtungen ist u. a. die notwendige personelle Ausstattung definiert, auf deren Grundlage die Rehabilitationseinrichtung und ihre Fachabteilungen betrieben und von Seiten der Rehabilitationsträger belegt wird. Festgelegt in Stellenplänen sind erforderliche Therapeuteschlüssel und Orientierungswerte für einzelne Berufsgruppen in der Rehabilitation in Abhängigkeit vom jeweiligen Indikationsbereich. Abweichungen können sich z. B. daraus ergeben, dass bestimmte Funktionsgruppen in der Rehabilitation ihre Leistungen sehr häufig in Kooperation erbringen, dass der Personalbedarf in unterschiedlichen Fachabteilungsgrößen in der Rehabilitationseinrichtung variiert oder dass unterschiedliche Versorgungsaufwände für einzelne Rehabilitandengruppen (z. B. AHB-Patienten) betrieben werden müssen. Die belegenden Rehabilitationsträger sind dazu angehalten, Unterschreitungen des Personalbestands unter Berücksichtigung bestimmter Toleranzbereiche nachzugehen.

PATIENT WILL DIE REHA-KLINIK WECHSELN

Mögliches Vorgehen:

- Die Benennung einer Wunsch-Einrichtung im Rehabilitations-Antrag ist möglich.
- Etwaige Wechselwünsche sollten sowohl mit der jetzigen Rehabilitationseinrichtung als auch mit dem zuständigen Rehabilitationsträger besprochen werden.
- die Gründe für die Zuweisung zu der jetzigen Einrichtung erfragen, ggf. ist gerade die aktuelle Einrichtung auf die Behandlung der in Frage stehenden Erkrankung besonders spezialisiert (medizinisch-therapeutische begründete Auswahl) oder die aktuelle Einrichtung verfügt über Fachpersonal, welches die Muttersprache des Rehabilitanden spricht (Auswahl unter Berücksichtigung von patientenseitigen Zuweisungskriterien) u. a.
- Die Gründe für einen gewünschten Einrichtungswechsel sollten nicht nur subjektiver Natur, sondern objektivierbar sein.
- Die Rehabilitationseinrichtung kann gewechselt werden; eine Umeinweisung ist jedoch aufwendig.
- Ein schneller Wechsel ist zumeist nicht möglich, da Rehabilitationseinrichtungen nur über eine bestimmte Anzahl an freien Kapazitäten (Betten) verfügen.
- Nach einem Abbruch der Rehabilitation ist zumeist das Rehabilitations-Antragsverfahren erneut zu starten, was einen Mehraufwand für den Patienten bedeutet.

Achtung: Es muss unterschieden werden zwischen Umeinweisungswunsch auf der einen Seite und Verlegungsnotwendigkeit auf der anderen Seite: Eine ärztlich indizierte Verlegung des Rehabilitanden in eine andere Rehabilitationseinrichtung oder ein Krankenhaus ist nach Anzeige und ausführlicher Begründung gegenüber dem Kostenträger von Seiten der aktuellen Rehabilitationseinrichtung möglich; Gründe könnten hier z. B. sein: akuter Behandlungsbedarf nach Auftreten von Komplikationen im Zustandsbild, starke Suchtproblematik des Rehabilitanden, die zunächst eine Entgiftung und Entwöhnung erfordert, Aufnahmediagnose entspricht nicht der tatsächlichen Reha-Diagnose u. a.

5 Nach der Rehabilitation – Nachsorge

5.1 Aufgaben des niedergelassenen Arztes in der Nachsorge

Nach dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung ist in der Regel für Menschen mit Krebserkrankung der niedergelassene betreuende Hausarzt bzw. die Hausärztin die weitere Anlaufstelle. Er/Sie übernimmt die Basisversorgung des Patienten und koordiniert alle weiteren erforderlichen Maßnahmen. Dies erfolgt bezogen auf die individuelle Situation des einzelnen Patienten, unter Berücksichtigung der Empfehlungen im Entlassungsbericht und ggf. der Untersuchungen im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Zu den ambulanten Leistungen gehören

- die Empfehlung und Einleitung von Krankengymnastik, ergotherapeutischen und logopädischen Maßnahmen in Fortsetzung der Aktivitäten der Rehabilitationseinrichtung und deren Koordination,
- die Rezidivprophylaxe,
- die Überwachung möglicher erkrankungsspezifischer Risikofaktoren,
- die medikamentöse Behandlung,
- die Feststellung und Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen,
- die Gesundheitsberatung einschl. der Unterweisung der Bezugspersonen,
- ggf. die Einleitung einer psychotherapeutischen Betreuung sowie
- Hinweise auf Selbsthilfegruppen.

Die spezifische onkologische Nachsorge wird in hämatologisch-onkologischen Schwerpunktpraxen²⁴ oder bei den jeweiligen Fachärzten (je nach Lokalisation des Primärtumors), z. B. für Gynäkologie oder Urologie, in enger Abstimmung und Kooperation mit den jeweiligen Hausärzten sichergestellt.

Bei schweren Verlaufsformen der onkologischen Erkrankung mit besonderen Erkrankungsverläufen ist eine Betreuung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V möglich.

5.2 Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen

Um die Nachhaltigkeit einer ambulanten oder stationären onkologischen Rehabilitationsleistung zu unterstützen, können als Leistungen im Anschluss an die Rehabilitation Rehabilitationssport und Funktionstraining ärztlich verordnet werden. Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des Menschen mit Krebserkrankung für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen, z. B. durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe bzw. im Verein auf eigene Kosten.

Rehabilitationssport findet in Gruppen unter ärztlicher Betreuung statt. Rehabilitationssportarten sind Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele, aber auch geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten wie Judo, Karate und Entspannungsübungen können integriert werden.

²⁴ Über www.bnho.de können die Adressen onkologischer Praxen in Deutschland recherchiert werden.

Derzeit existieren in Deutschland etwa 1.000 spezielle Krebsnachsorge-Sportgruppen, insbesondere für Brustkrebs-erkrankte Frauen. Eine Liste mit Kontaktadressen für Rehabilitationssport wird den Rehabilitanden meist durch die Rehabilitationseinrichtung ausgehändigt. Hierüber können dann Anschriften und Telefonnummern der in der Nähe von Wohnort oder Arbeitsplatz ansässigen Sportgruppen in Erfahrung gebracht werden. Auch die Rehabilitationsträger, die Verbände der Leistungserbringer sowie die örtlichen Selbsthilfegruppen können über geeignete und anerkannte Rehabilitationssportgruppen am jeweiligen Wohnort informieren.

Das Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining findet unter fachkundiger Leitung vor allem durch Fachkräfte der Bereiche Physiotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie statt. Zu den Funktionstrainingsarten gehören insbesondere Wasser- und Trockengymnastik. Beim Rehabilitationssport und Funktionstraining werden in der Regel keine Fahrtkosten erstattet.

In der BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 sind u. a. Leistungsumfang, Inhalte und Durchführung des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings geregelt.²⁵

Weiterführende Informationen:

Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen in Deutschland:

→ www.dbs-npc.de/sportentwicklung-rehabilitationssportgruppen-in-deutschland.html

→ www.rehasport-deutschland.de/gruppen/krebssport.html

→ www.rheuma-liga.de/angebote/beratung-und-begegnung/gruppen-vor-ort

5.3 Nachsorgeprogramme

Die Deutsche Rentenversicherung bietet IRENA (Multimodale Reha-Nachsorge) als zeitlich begrenztes indikationsübergreifendes Nachsorgeprogramm nach § 17 SGB VI an. IRENA kann im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI grundsätzlich für alle Indikationsbereiche, auch für Menschen mit Krebserkrankungen, in Frage kommen. IRENA wird in der Gruppe bei einer maximalen Gruppengröße von zehn Teilnehmern erbracht. IRENA ist angezeigt, wenn nach Ende einer medizinischen Rehabilitation noch mindestens zwei erkrankungsbedingte Problembereiche weiter fortbestehen und bearbeitet werden müssen, z. B. Stabilisierung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen, Unterstützung bei der Übertragung der in der vorausgehenden Rehabilitation vermittelten Krankheitsbewältigungsstrategien in den Alltag, Hilfe bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz bzw. bei der beruflichen Wiedereingliederung oder Therapien zur Verbesserung fortbestehender funktionaler und/oder kognitiver Einschränkungen. Dabei werden Leistungen aus mindestens zwei Therapiebereichen in jeweils angemessenem Umfang erbracht, z. B. Sport- und Bewegungstherapie, Information, Motivation, Schulung oder Klinische Psychologie (u. a. Stressbewältigung, Entspannungstraining, problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit).

IRENA sollte in einem zeitlichen Zusammenhang zur vorangegangenen Rehabilitationsleistung stehen, daher sollte IRENA spätestens innerhalb von drei Monaten nach Ende der Rehabilitationsleistung beginnen und innerhalb von zwölf Monaten nach Ende der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein. Der Umfang von IRENA beträgt für in der Regel je nach Bedarf bis zu 24 Behandlungseinheiten. Eine Behandlungseinheit umfasst mindestens 90 Minuten. IRENA kann in allen von den Rentenversicherungsträgern zugelassenen stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 21 SGB IX geschlossen wurde, erbracht werden. Dabei müssen die Rehabilitationseinrichtungen die

²⁵ BAR – Rahmenempfehlung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining unter www.bar-frankfurt.de

Nachsorge-Indikation auch als Reha-Indikation behandeln (können). Grundsätzlich ist eine Kombination von IRENA mit weiteren Nachsorgeangeboten nicht möglich (vgl. dazu www.reha-nachsorge-drv.de).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Leistungen zur onkologischen Nachsorge als sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI zu erhalten. Diese unterscheiden sich von den Leistungen nach § 15 SGB VI, weil diese Leistungen nicht (mehr) dem Reha-Ziel „Sicherung der Erwerbsfähigkeit“ dienen und die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI nicht erfüllt sein müssen. Die hier genannte onkologische Nachsorge kann durch Reha-Sport und Funktionstraining ergänzt werden.

Für Kinder und Jugendliche nach Krebserkrankungen kommen ggf. auch sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V in Frage. Die Krankenkassen erbringen aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Ziel der sozialmedizinischen Nachsorge ist es, Eltern und Betreuungspersonen bei der Versorgung zu entlasten und sektorenübergreifende Hilfsangebote aufzuzeigen. Die sozialmedizinische Nachsorge umfasst in Abhängigkeit zum individuellen Bedarf mindestens sechs bis maximal 20 Nachsorgeeinheiten in einem Zeitraum von sechs bis zwölf Wochen. In Ausnahmefällen ist eine Verlängerung der sozialmedizinischen Nachsorge um bis zu zehn sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten möglich.

Zusätzlich wurden erste sogenannte „Survivorship-Programme“ aufgelegt, die Patienten nach einer Krebserkrankung ohne zeitliche Begrenzung begleiten, also auch über die Tumornachsorge hinaus. Diese sind von der onkologischen Rehabilitation und der onkologischen Nachsorge als zeitlich begrenzte Maßnahmen abzugrenzen. Im Zentrum dieser Programme steht das Erkennen und Therapieren medizinischer und psychosozialer Spätfolgen von Krebserkrankungen. Die Abklärung organischer Erkrankungen als Langzeitfolge wird durch Schulungen und Seminare, psychologische, sozialmedizinische sowie rechtliche Beratungsangebote, Maßnahmen zur Lebensstilveränderung (Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Sport- und Bewegungsprogramme, Sexualberatung) sowie psychoonkologische Leistungen begleitet.

Weiterführende Informationen:

→ www.nachderreha.de

5.4 Neue Medien in der Nachsorge und Selbsthilfe

Zunehmend werden neue Medien in der Prävention, Früherkennung, Therapiebegleitung, Rehabilitation, Nachsorge und Selbsthilfe genutzt. Es stehen z. B. Unterstützungsansätze auf der Basis von Krebs-Apps für Krebspatienten zur Verfügung. Sie stellen neben allgemeinen Gesundheitsinformationen zu Diagnose und Therapie, Tools zu individuellen Risikoabschätzungen (Tumor-Screening) bereit, enthalten Erinnerungsfunktionen (Termine, Arzneimittelgebrauch), stellen Patiententagebücher zur Verfügung, bieten Aufzeichnungen zur Zielerreichung an, ermöglichen eine gezielte Informationssuche (Adressen von Spezialisten, Einrichtungen oder Kontaktstellen) sowie den Austausch mit Mitbetroffenen. Erprobt werden auch teleonkologische Anwendungen in strukturschwachen Gebieten (ländliche Regionen), die Krebspatienten in der Nachsorge ermöglichen, mit ihren Onkologen per Video-Chat zu sprechen und medizinische, psychosoziale und unterstüt-

zende Betreuung zu erhalten. Viele der telematischen Anwendungen sind derzeit noch im Stadium von Insellösungen, ihre Überführung in die Regelversorgung und flächendeckende Verfügbarkeit ist jedoch fortgeschritten.

Telematische Nachsorgeangebote müssen spezifischen Anforderungen genügen: Ist ihre Wirksamkeit erwiesen? Sind Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit geklärt? Ist die Sicherheit des Nutzers gewährleistet? Ist Barrierearmut bzw. -freiheit der Anwendungen gegeben? Sind die Programme individualisierbar? Sie sind von Leistungserbringern durchzuführen, die dafür zugelassen sind. Ob telematische Nachsorge geeignet ist, hängt u. a. von der häuslichen IT-Ausstattung, Medienkompetenz der Nutzer, Internet- und Computererfahrung der Anwender und dem Schweregrad der Erkrankung bzw. dem Ausmaß der Beeinträchtigungen ab.

Tele-Nachsorge kann eine sinnvolle Ergänzung des Spektrums der herkömmlichen Nachsorgeleistungen darstellen. Besonders herauszustellen ist die Flexibilität ihrer Nutzungsmöglichkeiten hinsichtlich der zeitlich-räumlichen Unabhängigkeit der Anwendung. Telematische Anwendungen eignen sich auch, wenn kein geeignetes herkömmliches Reha-Nachsorgeangebot am Wohnort des Versicherten wegen bestehender regionaler Versorgungslücken und unzureichender Nachsorge-Infrastruktur verfügbar ist. Bei in ihrer Mobilität eingeschränkten Menschen kommt sie ebenfalls in Frage. Als Intervention weniger geeignet ist diese Form der Nachsorge für chronisch Kranke, die auf den Austausch mit anderen im Gruppensetting angewiesen sind, was sich telematisch nur eingeschränkt herstellen lässt.

6 Informations- und Beratungsangebote

6.1 Rehabilitationsberatungsdienste

Rehabilitationsberatungsdienste sind ein trägerspezifisches Beratungsangebot des jeweiligen Rehabilitationsträgers. Dort stehen Beratungsfachkräfte auch für eine persönliche Beratung zur Verfügung, wenn es z. B. um eine medizinische oder berufliche Rehabilitation bzw. um die Koordination mehrerer Teilhabeleistungen geht.

Weiterführende Informationen:

Die Kontaktadressen einzelner Leistungsträger der Rehabilitation und Teilhabe (mit bundesweiter oder regionaler Zuständigkeit) finden Sie im Kapitel 8.4.4.

Trägerspezifische Beratungsangebote der Deutschen Rentenversicherung → www.deutsche-rentenversicherung.de
→ Reha → Warum Reha? → Reha-Beratungsdienst

Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung erhalten Sie über den Internetauftritt, das Servicetelefon oder die Geschäftsstelle der jeweiligen Krankenkasse nähere Informationen.

6.2 Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe

Alle Rehabilitationsträger, Jobcenter, Integrationsämter und Pflegekassen sind seit dem 1. Januar 2018 gesetzlich verpflichtet, untereinander vernetzte Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe nach § 12 SGB IX zu benennen. Diese Ansprechstellen vermitteln Informationen zu Reha- und Teilhabeleistungen an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger. Bereitzustellen sind niedrigschwellige und barrierefreie Angebote über Inhalte, Ziele und Verfahren zu Leistungen zur Teilhabe sowie über das Persönliche Budget. Ratsuchende erhalten hier auch Informationen zu Beratungsangeboten z. B. der Rehabilitationsträger (vgl. 6.1) und zur 2018 geschaffenen „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ nach § 32 SGB IX (vgl. 6.5).

Weiterführende Informationen:

Ein bundesweites und trägerübergreifendes Verzeichnis der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe stellt die BAR unter www.ansprechstellen.de zur Verfügung.

6.3 Kliniksozialdienste

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen verfügen über einen Kliniksozialdienst. Der Kliniksozialdienst berät in Fragen der augenblicklichen Situation und zur Rückkehr in die gewohnten Lebensverhältnisse. Der Kliniksozialdienst kann erkrankte Menschen insbesondere auch bei dem Übergang von der akuten Behandlung im Krankenhaus in nachgehende Strukturen, z. B. die Rehabilitation, unterstützen (Beantragung und Einleitung einer Rehabilitation). Weitere Beratungsschwerpunkte sind sozialrechtliche Angelegenheiten (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Schwerbehindertenausweis, Erwerbsminderungsrente), Möglichkeiten ambulanter Versorgung nach dem Aufenthalt im Krankenhaus, zwischen dem Aufenthalt im Krankenhaus und Beginn der Reha-Maßnahme oder nach Abschluss der Rehabilitation (z. B. Reha-Nachsorge, häusliche Krankenpflege, mobile Hilfsdienste, Pflegehilfsmittel, Nachbarschaftshilfe, Essen auf Rädern, Hausnotruf), Möglichkeiten weitergehender stationärer Versorgung (z. B. Alten- und Pflegeheim, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Hospiz), Anbahnung und Kontaktaufnahme zu anderen Beratungsstellen, Fachdiensten und Selbsthilfegruppen (z. B. psychosozia-

le, Sucht-, Familien-, Paar- oder Schuldnerberatungsstellen, niedergelassene Psychotherapeuten). Der Kliniksozialdienst steht sowohl den Betroffenen als auch deren Angehörigen zur Verfügung. Die Beratung kann persönlich, schriftlich oder telefonisch erfolgen.

Weiterführende Informationen:

Weitere Informationen sind in der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“²⁶ der BAR sowie auf der Website der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) zu finden.²⁷

6.4 Integrationsfachdienste

Die Integrationsfachdienste bieten ein breit gefächertes Dienstleistungsangebot für schwerbehinderte Menschen und ihre Arbeitgeber. Hierzu gehören auch Menschen mit Krebserkrankung, wenn sich Krankheitsfolgen im Arbeitsleben nachteilig auswirken und die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erschwert ist. Die Integrationsfachdienste verfügen über Fachpersonal mit entsprechender psychosozialer oder arbeitspädagogischer Qualifikation. Sie sind bundesweit flächendeckend vorhanden, räumlich zumeist orientiert an den Bezirken der Agenturen für Arbeit.

Im Rahmen der Berufsbegleitung für schwerbehinderte Menschen sind die Hauptauftraggeber der Integrationsfachdienste die Integrationsämter. Sie werden aber auch für Rehabilitationsträger, beispielsweise die Bundesagentur für Arbeit in der Arbeitsvermittlung tätig oder für die Rehabilitationsträger im Rahmen der beruflichen (Wieder-)Eingliederung; sie können insoweit auch zur Unterstützung behinderter, nicht gleichgestellter Menschen beauftragt werden (§ 192 SGB IX).

Das Aufgabenspektrum der Integrationsfachdienste umfasst sowohl die Beratung und Unterstützung der betroffenen behinderten Menschen selbst wie auch die Information und Beratung für Arbeitgeber bei den unterschiedlichsten Problemsituationen bei der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben.

Zu den Aufgaben gehören im Blick auf Menschen mit Krebserkrankungen insbesondere,

- die Fähigkeiten der schwerbehinderten Menschen zu bewerten und einzuschätzen und dabei ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zur Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erarbeiten,
- geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erschließen,
- eine Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung durchzuführen,
- als Ansprechpartner für den Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen und über Leistungen zu informieren sowie in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern die für schwerbehinderte Menschen notwendigen Leistungen zu klären und bei der Beantragung zu unterstützen.

Weiterführende Informationen:

Weitere Informationen sind in der Gemeinsamen Empfehlung Integrationsfachdienste²⁸ der BAR sowie auf der Website der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) zu finden:

→ www.integrationsaemter.de → Kontakt → Integrationsfachdienste

²⁶ BAR – Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste unter: www.bar-frankfurt.de → Service → Publikationen → Reha-Vereinbarungen

²⁷ www.dvsg.org

²⁸ BAR – Gemeinsame Empfehlung Integrationsfachdienste unter: www.bar-frankfurt.de → Service → Publikationen → Reha-Vereinbarungen

6.5 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®)

Mit der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX (EUTB®) wurde 2018 ein Beratungsangebot eingeführt, das die Beratung der Rehabilitationsträger ergänzt. Es steht bereits im Vorfeld der Beantragung von Leistungen zur Verfügung und informiert und berät über Teilhabeleistungen nach dem SGB IX. Das Peer-to-Peer-Counseling (Betroffene beraten Betroffene) wird bei der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung besonders berücksichtigt. So werden Menschen mit Behinderung zu „Experten in eigener Sache“ und unterstützen Ratsuchende dabei, ihre Fähigkeiten und Ressourcen für eine selbstbestimmte Teilhabe zu nutzen. Auch Angehörige können als Betroffene nach dieser Beratungsmethode beraten und beraten werden.

Weiterführende Informationen:

Die regionalen Beratungsangebote der EUTB® finden Sie über die Website der Fachstelle Teilhabeberatung unter: www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb.

6.6 Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung

Für Versicherte, Rentner oder deren Angehörige mit Wohnsitz im Bundesland Nordrhein-Westfalen besteht hinsichtlich der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Krebserkrankungen eine Besonderheit. Die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen (Arge Krebs NW) erbringt hier die Leistungen zur onkologischen Rehabilitation. Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland, die Deutsche Rentenversicherung Westfalen, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Alters- und Krankenkasse sowie die gesetzlichen Krankenkassen des Landes Nordrhein-Westfalen gehören der Arge Krebs NW an.

Für Menschen mit Krebserkrankungen, die bei diesen Sozialleistungsträgern versichert sind oder diesen gegenüber Ansprüche erworben haben und in Nordrhein-Westfalen wohnen, ist die Arbeitsgemeinschaft für die Bewilligung und Durchführung der onkologischen Rehabilitationsleistungen zuständig.

Die Arge Krebs NW ist als Servicestelle für Patientinnen und Patienten zudem Ansprechpartner für Sozialdienste, Praxisteam und Ärzte. Dazu gehören auch die Aufklärung und Beratung von Betroffenen zu medizinischen, sozialen und sonstigen mit der Krebsnachsorge und der Krebsrehabilitation zusammenhängenden Fragen.

Weiterführende Informationen:

→ www.argekrebsnw.de

7 Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

7.1 Ambulante Dienste

Verschiedene Institutionen bieten Hilfe bei der ambulanten medizinischen und psychosozialen Betreuung sowie Bereitstellung von lebenspraktischen und häuslichen Diensten an. Dazu zählen vor allem die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege:

- die Arbeiterwohlfahrt (AWO),
- der Deutsche Caritasverband (DCV),
- der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (Der PARITÄTISCHE),
- das Deutsche Rote Kreuz (DRK),
- das Diakonische Werk der Evangelischen Kirchen in Deutschland (DW der EKD) und
- die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST).

Diese Verbände haben in vielen Orten Beratungsstellen. Hinzu kommen Sozialstationen, die länderspezifisch unterschiedlich verbreitet sind, sei es als Angebot durch die Kommunen, sei es durch die o. g. Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und Haus-Krankenpflegedienste, die auf privater Basis arbeiten. Für pflegerische Aspekte bestehen wohnortnah Beratungsangebote in Pflegestützpunkten. Es gibt ferner Organisationen von und für Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen sowie psychosoziale Krebsberatungsstellen. Die Beratungs- und Betreuungsangebote dieser Stellen beziehen sich je nach entsprechendem Schwerpunkt auf

- Informationsvermittlung bei medizinischen, pflegerischen, sozialrechtlichen und praktischen Fragen,
- psychosoziale Beratung durch Einzel-, Familien- oder Gruppengespräche,
- Angebote von Gymnastik, autogenem Training, Entspannungs- und Atemübungen,
- Kreativitätsangebote,
- Bereitstellung von praktischen und wirtschaftlichen Dienstleistungen und Klärung der Leistungsträgerschaft.

Darüber hinaus enthält das Spektrum der angebotenen sozialen Dienste

- Hilfen bei der Haushaltsführung,
- Einkaufen durch Bundesfreiwillige,
- Haushaltshilfe durch Fachkräfte,
- medizinische Pflege durch examinierte Kräfte,
- Mahlzeitendienst („Essen auf Rädern“),
- Besuchsdienst und
- Haus-Notrufdienst.

Weiterführende Informationen:

www.awo.de → Beratung finden → Krebsberatung

www.caritas.de → Hilfe und Beratung

www.der-paritaetische.de

www.drk.de → Hilfe in Deutschland → Behindertenhilfe → Beratung und unterstützende Dienste

hilfe.diakonie.de → Hilfeportal Hilfe vor Ort → Hilfsangebote und Einrichtungen in Deutschland

www.zwst.org

7.2 Schwerbehindertenausweis

Nach Behandlung einer Krebserkrankung unterstellt man eine sogenannte Heilbewährungszeit. Diese kann einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren nach der ersten gesicherten Krebsdiagnose (wenn nicht operiert wird) oder dem Zeitpunkt der Operation (wenn operiert wird) umfassen. Nach Ende der Heilbewährungszeit wird ein positiver Behandlungserfolg angenommen; Rückfälle werden nicht erwartet. Es ist möglich, während der Heilbewährungszeit den Schwerbehindertensstatus zu erhalten. Zur Beurteilung der Schwere einer Behinderung wird der sogenannte Grad der Behinderung (GdB) herangezogen. Grundlage für die Feststellung des GdB ist die Versorgungs-Medizinverordnung (VersMedV), in welcher die Erkrankungen und Beeinträchtigungen aufgelistet sind. Man erhält auf ihrer Grundlage einen Anhaltspunkt, welcher GdB für welche Beeinträchtigung geltend gemacht werden kann (vgl. Bsp. Prostata). Die konkrete Beurteilung von Auswirkungen einer Beeinträchtigung erfolgt individuell. Der Schwerbehindertensstatus ist in der Regel befristet. Die Eintragung zusätzlicher Merkmale ist möglich, z. B. G für gehbehindert. Für die Dauer der Heilbewährungszeit liegt der Grad der Behinderung (GdB) bei mindestens 50. Nach erfolgreicher Heilbewährungszeit wird der GdB i. A. herabgesetzt.

Beispiel: GdB/GdS bei Prostatakrebs

Prostatakrebs steht in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen unter Punkt 13.6.

Maligner (bösartiger) Prostatatumor	GdB/GdS
ohne Notwendigkeit einer Behandlung	50
auf Dauer hormonbehandelt	wenigstens 60

Mit einem Schwerbehindertensstatus sind zahlreiche Entlastungen und Vergünstigungen verbunden, z. B. Befreiung von der Kfz-Steuer, kostenfreie oder vergünstigte Teilnahme am öffentlichen Nahverkehr, Aushändigung eines General-WC-Schlüssels für öffentliche Behindertentoiletten (relevant z. B. für Menschen mit Stoma), Parkausweis mit Berechtigung, im Haltverbot zu halten. Der Schwerbehindertenausweis ist bei dem zuständigen Versorgungsamt zu beantragen. Nützlich dafür sind Arztberichte, die aus der Krebserkrankung und der Krebstherapie resultierende Funktionsbeeinträchtigungen detailliert auflisten. Bei Krebspatienten im höheren Lebensalter kann der Schwerbehindertensstatus ggf. auch dauerhaft vergeben werden.

Weiterführende Informationen:

Informationen des BMAS zum Schwerbehindertenausweis

→ www.bmas.de → Service → Publikationen → Schwerbehindertenausweis

7.3 Selbsthilfeangebote für Betroffene und Angehörige

Vielen chronisch kranken, von Behinderung bedrohten und behinderten Menschen hilft es, mit anderen in Kontakt zu kommen, denen es ähnlich geht. In einer Selbsthilfegruppe trifft man auf Menschen, die sich in einer vergleichbaren Erkrankungssituation oder gesundheitlichen, seelischen oder sozialen Problemlage befinden. Die Gleichbetroffenen können sich gegenseitig psychosozial unterstützen, es können Informationen und Erfahrungen ausgetauscht werden, sie können sich gegenseitig ermutigen oder voneinander und miteinander lernen.

Selbsthilfeangebote können zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsverlauf in Anspruch genommen werden: Schon bei der Diagnosestellung, zu Beginn der Therapie, in der Akutklinik, nach Abschluss der Primärbehandlung erst in der Rehabilitation oder in Ergänzung oder an Stelle der Rehabilitationsnachsorge. Kooperationsvereinbarungen können

dazu dienen, die Krebs-Selbsthilfe in die Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen im Akut-Krankenhaus oder in der (Rehabilitations-)Einrichtung zu integrieren.

Die Bundesebene von Selbsthilfeorganisationen stellt neben der Verbandsführung die gesundheits- und sozialpolitische Interessenvertretung für Menschen mit Krebserkrankungen in den Mittelpunkt ihrer Aufgaben und Ziele. Ferner bereitet sie Informationen zu zentralen Themen wie „Leben mit Krebs“ auf und stellt das Wissen zur Verfügung. Die regionale Selbsthilfe vor Ort ist in Form lokaler Selbsthilfegruppen organisiert. Manche Selbsthilfegruppen sind offen für alle krebsbetroffenen Menschen und ihre Angehörige, andere konzentrieren sich auf bestimmte Krebserkrankungen und daraus gegebenenfalls resultierende Behinderungen. Mehr und mehr wird auch das Internet für den Austausch der Betroffenen untereinander genutzt (z. B. Chats, Foren), insbesondere wenn die Seltenheit der Erkrankung die Bildung regionaler Strukturen erschwert. Selbsthilfegruppen haben im Allgemeinen keine professionelle Leitung. Sowohl die inhaltliche Arbeit als auch die Struktur wird ausschließlich von ehrenamtlich tätigen, selbst betroffenen Menschen und ihren Angehörigen bestimmt.

Weiterführende Informationen:

www.krebsinformationsdienst.de → Wegweiser → Adressen und Links → Selbsthilfeorganisationen

www.schon-mal-an-selbsthilfegruppen-gedacht.de/kontaktstellen-suche

www.junge-erwachsene-mit-krebs.de/projekte/jung-und-krebs-erste-hilfe

7.4 Palliativversorgung und Hospizleistungen

Ist eine Krebserkrankung nicht heilbar, progredient und bereits weit fortgeschritten, sind alle ambulanten und stationären Therapieoptionen ausgeschöpft und ist von weiteren Therapien ein klinischer Nutzen mit harter Evidenz nicht zu erwarten, ist die Lebenszeit begrenzt, kommt Angeboten der Palliativversorgung sowie Hospizleistungen eine wesentliche Bedeutung zu. Hier geht es darum, die verbleibende Lebenszeit durch eine Verbesserung der Lebensqualität zu erleichtern. Im Vordergrund steht nicht, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben. Zentrales Anliegen ist die Symptomlinderung. Beispielsweise werden für den Patienten belastende Symptome, wie z. B. Tumorschmerz, Übelkeit, Atemnot oder gravierende Ängste, auf ein erträgliches Maß gelindert. Ebenso wichtig wie die körperliche Versorgung ist auch die psychosoziale Begleitung. Im erweiterten Sinne gehört zur Palliativmedizin auch, den Betroffenen positive Erlebnisse zu ermöglichen.

Wesentliche Quelle dieses Abschnitts:

www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/palliativtherapie/bessere-lebensqualitaet-durch-palliativmedizin.html

Im Rahmen der Palliativversorgung wird zwischen Angeboten der allgemeinen (APV) und der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) unterschieden.

Maßnahmen der allgemeinen Palliativversorgung beinhalten in erster Linie die kontinuierliche Versorgung durch Haus- und Fachärzte, ambulante Hospizdienste sowie Pflegedienste in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie Sozialarbeitern, Psychologen und Therapeuten. Aber auch palliativtherapeutische Interventionen in allgemeinen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gehören dazu.

Ist ein Beschwerdebild sehr komplex oder sind die einzelnen Symptome sehr ausgeprägt und nur durch spezialisierte Fachkräfte wirksam zu behandeln, findet die spezialisierte Palliativversorgung Anwendung. Diese muss von einem Arzt (niedergelassenem oder Krankenhausarzt) verordnet werden und erfolgt entweder ambulant oder stationär.

Die so genannte Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird meist von einem multidisziplinären Team aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Psycho- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten (Palliative Care Team) übernommen. Auch schwer erkrankte Patientinnen und Patienten soll es so ermöglicht werden, weiter in ihrer gewohnten Umgebung leben zu können. Anspruch auf eine SAPV haben gesetzlich krankenversicherte Krebspatienten, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, die eine begrenzte Lebenserwartung zur Folge hat und eine besonders aufwendige Versorgung notwendig macht (z. B. bei komplexem Symptomgeschehen). Eng mit der SAPV verbunden ist die Sterbebegleitung, die stationär in Hospizen, aber auch in der häuslichen Umgebung durch ambulante Hospizdienste erbracht wird.

Stationäre Angebote der spezialisierten Palliativversorgung stehen den Patientinnen und Patienten z. B. auf Palliativstationen oder durch Palliativdienste in Krankenhäusern zur Verfügung. Palliativstationen sind an ein Krankenhaus gebundene, aber eigenständige Abteilungen. Eine medizinisch/ärztliche Betreuung ist dort jederzeit möglich.

Weiterführende Informationen:

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. → www.dhpv.de

Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

→ www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

7.5 Pflegeleistungen für Menschen mit Krebserkrankungen

Eine Krebserkrankung kann mit Pflegebedürftigkeit einhergehen. Handelt es sich um eine vorübergehende Pflegenotwendigkeit, z. B. aufgrund von Einschränkungen durch die Krebstherapie, ist ggf. eine medizinische Krankenpflege indiziert. Dauert die Pflegebedürftigkeit mindestens sechs Monate an, kann ein Pflegegrad 1–5 je nach Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit erteilt werden. Dabei prüft der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK bei gesetzlich Versicherten oder MEDICPROOF bei privat Versicherten) die Fähigkeiten des Patienten in sechs Lebensbereichen: Mobilität (z. B. körperliche Beweglichkeit, Treppensteigen), geistige und kommunikative Fähigkeiten (z. B. verstehen, sprechen, sich räumlich und zeitlich orientieren), Selbstversorgung (z. B. sich selbständig waschen, anziehen, essen, trinken), Bewältigung und selbständiger Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen (z. B. Medikamente selbstständig einnehmen) sowie die Gestaltung des Alltagslebens (z. B. Tagesablauf strukturieren). Besteht Pflegebedürftigkeit, ist es möglich, Sachleistungen, wie z. B. einen ambulanten Pflegedienst, oder Pflegegeld zu erhalten. Eine Kombination aus Sachleistung und Pflegegeld ist ebenfalls möglich. Pflegeleistungen sind bei der zuständigen Pflegekasse zu beantragen. Pflegestützpunkte bieten dazu eine vertiefte Beratung an.

Weiterführende Informationen:

Datenbank mit Suchmöglichkeiten von regionalen Pflegestützpunkten bzw. Pflegeberatern

→ www.zqp.de/beratung-pflege/#/home

7.6 Sonstige Unterstützungsmöglichkeiten

Neben den bereits aufgeführten Unterstützungsmöglichkeiten für Krebspatientinnen und -patienten gibt es in Deutschland eine Reihe gemeinnütziger Organisationen, die Ratsuchende in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen informieren und beraten. Betroffene Menschen sollen sich dadurch im Gesundheitswesen besser zurechtfinden, informierte eigene Entscheidungen treffen und ihre Rechte wahrnehmen können. Als Beispiele sind die Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) und pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. zu nennen. Pro familia informiert und bildet rund um die Themen Sexualität und Familienplanung. Eine Krebserkrankung kann Folgen für die spätere Familienplanung haben. Viele Krebstherapien können die Fruchtbarkeit einschränken, zeitweilig oder sogar auf Dauer. Für Patientinnen und Patienten bedeutet dies eine weitere Herausforderung. Auch, wenn ein Kinderwunsch noch nicht vorhanden ist, müssen z. T. Entscheidungen für das spätere Leben und die Familienplanung getroffen werden, nicht selten sogar unter großem Zeitdruck. Es kann daher helfen, sich in einer Beratungsstelle entsprechend zu informieren.

Weiterführende Informationen:

Pro familia → www.profamilia.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) → www.patientenberatung.de

8 Anhang

8.1 Glossar

Ausführliche Glossare zu Themen der Rehabilitation, Teilhabe, Sozialmedizin mit und ohne Fokus auf onkologische Erkrankungen finden sich u. a. unter:

www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/lexikon/index.php

www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/...glossar

www.gbe-bund.de/glossar

www.krebsdaten.de/Krebs/Glossar/glossar_node.html

www.deutsche-rentenversicherung.de → Sozialmedizinisches Glossar

8.2 Leitlinien, Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen

- Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), auch zur Behandlung bei onkologischen Erkrankungen, verfügbar unter → www.awmf.org/leitlinien
- Leitlinienprogramm Onkologie, verfügbar unter → www.leitlinienprogramm-onkologie.de
- Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten der Deutschen Rentenversicherung, verfügbar unter → www.deutsche-rentenversicherung.de → Experten → Infos für Ärzte → Sozialmedizinische Begutachtung → Leitlinien → Neubildungen
- Patientenleitlinien für die Behandlung Krebskranker, verfügbar unter → www.krebshilfe.de
- Rahmenkonzepte zur medizinischen Rehabilitation, für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Reha-Nachsorge sowie ein indikationsspezifisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation bei Neubildungen der Deutschen Rentenversicherung, verfügbar unter → www.reha-konzepte-drv.de
- Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation („Rehabilitations-Richtlinie“), verfügbar unter → www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23
- Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI für die Erbringung von Leistungen zur onkologischen Nachsorge bei malignen Tumorerkrankungen und Systemerkrankungen (Ca-Richtlinien) vom 28. Juni 2018, verfügbar unter → www.rvliteratur.driv-bund.de/pdf/recht_sv/8315.pdf
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, verfügbar unter → www.bar-frankfurt.de → Service → Publikationen → Reha-Vereinbarungen
- Medizinische Voraussetzungen der Anschlussrehabilitation – AHB-Indikationskatalog, verfügbar unter → www.deutsche-rentenversicherung.de → Experten → Infos für Reha-Anbieter → Weiterführende Informationen → Indikationskatalog für die Anschlussrehabilitation (AHB)
- Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess → www.bar-frankfurt.de → Service → Publikationen → Reha-Vereinbarungen
- Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, verfügbar unter → www.bar-frankfurt.de → Service → Publikationen → Reha-Vereinbarungen
- Reha-Therapiestandards Brustkrebs der Deutschen Rentenversicherung, verfügbar unter → www.reha-therapiestandards-driv.de
- Heilmittelkataloge, verfügbar unter → www.heilmittelkatalog.de
- Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Heilmittel-Richtlinie“) verfügbar unter → www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/
- Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinie“) → www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/

8.3 Ausgewählte Literatur

Bayerische Krebsgesellschaft e. V.: Patientenratgeber. Dem Krebs keine Chance. Berlin, 2016.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2018.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung. Frankfurt am Main, in aktueller Fassung.

Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.): Nationaler Krebsplan: Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. Berlin, 2017.

Crevenna, R.: Onkologische Rehabilitation: Grundlagen, Methoden, Verfahren und Wiedereingliederung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2019.

Deutsche Krebshilfe: Die blauen Ratgeber. Broschüren-Serie für Krebs-Betroffene, Angehörige und Interessierte, verfügbar unter → www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Reha-Bericht 2018. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik mit dem Fokusthema „Onkologische Rehabilitation“, 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Rehabilitation nach Tumorerkrankungen, 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Medizinische Rehabilitation. Wie sie Ihnen hilft, 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund: Mit Rehabilitation wieder fit für den Job, 2018.

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Praxiswissen. Medizinische Rehabilitation. Hinweise zur Verordnung für Ärzte und Psychotherapeuten, 2018.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe (Hrsg.): Psychoonkologie. Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige, 2016.

Müller, H.: Ihre Rechte bei Diagnose Krebs: Antragstellungen und Leistungen. Informationen und praktische Tipps. Regensburg: Walhalla-Verlag, 2017.

Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (Hrsg.): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin, 2016.

8.4 Adressen und Links

8.4.1 Zertifizierte onkologische Zentren und Organkrebszentren

Eine Übersicht über zertifizierte onkologische Zentren und Organkrebszentren findet sich auf der Internetseite der Deutschen Krebsgesellschaft unter → www.oncomap.de/centers

8.4.2. Portale zur Suche nach Rehabilitationseinrichtungen

Eine Suche nach geeigneten Rehabilitationseinrichtungen für den jeweiligen Erkrankungsschwerpunkt ist z. B. möglich über

- www.bar-frankfurt.de/datenbanken-verzeichnisse/rehastuettenverzeichnis
- www.argekrebsnw.de/Standort-Uebersicht-Karte.16.0.html
- www.deutsche-rentenversicherung.de → Rehabilitation → Rehabilitationseinrichtungen → Kliniksuche
- www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/suchmaschinen/

Der Krebsinformationsdienst stellt ferner in kompakter Form Informationen über die Arzt- und Kliniksuche bei Krebserkrankungen bereit, verfügbar unter

- www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/iblatt/iblatt-arzt-klinik-suchen.pdf

8.4.3 Wissenschaftliche Institutionen und Fachgesellschaften

- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) → www.krebsgesellschaft.de
- Deutsche Krebshilfe → www.krebshilfe.de
- Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums → www.krebsinformationsdienst.de
- Arbeitsgemeinschaft Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen → www.argekrebsnw.de
- Robert Koch-Institut → www.rki.de
- Arbeitsgemeinschaft für supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS) der Deutschen Krebsgesellschaft → www.onkosupport.de/asors/content/index_ger.html
- Arbeitskreis Onkologische Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO), → www.dgho.de/gesellschaft/verein/arbeitskreise/onkologische-rehabilitation

8.4.4 Kontaktdaten der Träger der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

- Bundesagentur für Arbeit (BA)
Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
Tel. 0911 179-0

E-Mail: zentrale@arbeitsagentur.de
Internet: www.arbeitsagentur.de

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)
GlinkasträÙe 40
10117 Berlin
Tel. 030 13001-0

E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
10704 Berlin
Tel. 030 865-0

E-Mail: drv@drv-bund.de
Internet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

- GKV-Spitzenverband
Reinhardstr. 28
10117 Berlin
Tel. 030 206288 -0

E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)
c/o LVR-Integrationsamt
Deutzer Freiheit 77–79
50663 Köln
Tel. 02 21 809-5390 und 5391

E-Mail: bih@integrationsaemter.de
Internet: www.integrationsaemter.de

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAG LJÄ)
c/o LVR Landesjugendamt Rheinland
Kennedy-Ufer 2
50679 Köln
Tel. 0221 809 4090

E-Mail: bagljae@lvr.de
Internet: www.bagljae.de

- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS)
Warendorfer Straße 26–28
48133 Münster/Westfalen
Tel. 0251 591-6530

E-Mail: bag@lwl.org
Internet: www.bagues.de

- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Weißensteinstraße 70–72
34131 Kassel
Tel. 0561 785 -0

E-Mail: poststelle@svlfg.de
Internet: www.svlfg.de

Aufgeführt sind die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger bzw. ihre Dachorganisationen. Weitere Anschriften der Krankenkassen in der Region, der regionalen Renten- und der Unfallversicherungsträger, der für die soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden zuständigen Verwaltungsbehörden, der Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsämter, der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie weiterer Institutionen im Bereich der Rehabilitation behinderter Menschen enthält der von der BAR herausgegebene „Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“.

8.4.5 Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen

- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) → www.nakos.de
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. → www.bag-selbsthilfe.de
- Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige (INKA) → www.inkanet.de
- Haus der Krebs-Selbsthilfe → www.hksh-bonn.de
- Selbsthilfeangebote speziell für Frauen → www.frauenselbsthilfe.de
- Selbsthilfeangebote speziell in NRW → www.selbsthilfenetz.de

Es existieren darüber hinaus Selbsthilfegruppen für fast alle Arten der Krebserkrankung.

8.5 Stichwortverzeichnis

A

Aktivitäten 28, 39, 40
Ambulante Dienste 9, 68
Ambulante Rehabilitation 33, 57
Angehörige 50, 52, 69
Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe nach § 12 SGB IX 56, 65
Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung 67
Aufgaben der Rehabilitation 27
Auswirkungen der Krebserkrankung und -therapie auf Lebensbereiche 23, 30
Ältere Menschen 54

B

Barrieren 28, 41
Behandlungselemente 49, 50
Beratung 65 ff.
Berufliche Rehabilitation 33, 42, 47
Berufsbildungswerke 47
Berufsförderungswerke 34, 47
Betriebliches Eingliederungsmanagement 43
Bio-psycho-soziales Modell der ICF 28, 39, 42

D

Diagnosen 11 ff.
Diagnostik 10, 37, 39

E

Entspannungsverfahren 49, 51
Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX 48, 56, 67
Ergotherapie 49, 51, 62
Ernährung 23, 29, 49
Erwerbstätige und Nicht-Erwerbstätige 53, 86

F

Familienorientierte Rehabilitation 9, 24, 52
Förderfaktoren 28, 41
Funktionen, Funktionsbeeinträchtigungen 28, 37, 39
Funktionstraining 9, 61, 63

G

Glossar 73
Gynäkologische Tumore 15

H

Hautkrebs 20, 53
Hilfsmittel 34, 40, 49
Hospizleistungen 70

I

ICF 28, 39, 41
Informations- und Beratungsangebote 65
Information, Motivation, Schulung 50, 62
Integrationsfachdienste 66
Internetportale 73, 75, 77

K

Kinder und Jugendliche 23, 52, 63, 84
Kliniksozialdienste 65
Klinische Psychologie 49, 50, 62
Kompaktinformationen 82 ff.
Kontaktdaten 56, 76, 88
Kontextfaktoren 28, 41
Krebs der Lymphdrüsen und des Blutes 21
Kritische Situationen in der Rehabilitation 56

L

Lebensbereiche 23, 41
Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe 8, 27, 32, 83
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 24, 33, 42, 83
Leitlinien 73
Lotse 8
Lungenkrebs 20, 23, 40

M

Medien 41, 63, 64
Medizinische Rehabilitation 9, 32, 33, 45
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation 9, 46
Migranten 55
Mobilität 29, 30, 40, 44

N

Nachsorge 9, 61 ff.
Nachsorgeprogramme 49, 62 ff.

O

Onkologische Erkrankungsformen 13-22

P

Palliativversorgung 70
Patientenverbände 77, 88
Pflegebedürftigkeit 31, 44, 71
Pflegeleistungen 71
Physikalische Therapie 49 ff.
Physiotherapie 47, 49, 51, 62
Primärtherapie bei Krebserkrankungen 13, 22, 23
Psychoonkologie 45, 46, 49, 50

R

Rehabilitanden 48, 52, 56
Rehabilitationsberatungsdienste 9, 45, 75, 88
Rehabilitationseinrichtungen 65 ff.
Rehabilitationssport 49, 61, 62
Rehabilitationsantrag 33, 36, 56 ff., 85 ff.
Reha-Bedürftigkeit 37, 85, 87
Rehabilitationsfähigkeit 38
Rehabilitationsformen 9, 31-35
Rehabilitationsprognose 38, 85
Rehabilitationsteam 47, 58-60, 88
Rehabilitationsträger 32
Rehabilitations-Zuständigkeit 83
Reha-Prozess 35-36, 48-51
Reintegration 24, 49
Ressourcen 28, 39, 41, 50

S

Schwerbehindertenausweis 69, 84
Selbsthilfeangebote 63, 69, 77, 88
Selbstversorgung 29, 40
Sozialarbeit 48, 49, 65
Sozialgesetzbuch 31, 83, 84
Soziale Teilhabe 34, 44
Sozialmedizin 47, 49, 63, 73, 75
Sozialrecht 31 ff., 82 ff.
Sport- und Bewegungstherapie 49-51, 62-63
Stationäre Rehabilitation 33, 57
Supportive Maßnahmen 23, 75

T

Teilhabe 23, 28, 67

Teilhabe am Arbeitsleben 24, 31-34, 42, 47, 66

Teilhabe am gesellschaftlichen Leben 44

Therapie, therapeutische Leistungen 48 ff.

Tumore des Magen-Darm-Traktes 14, 17

Tumorerkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes 12, 21, 51

Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems 12, 14, 22

U

Urologische Tumore 14, 18

V

Versorgungskette 26 ff.

Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation 9, 45, 46

W

Weitere Unterstützungsmöglichkeiten 68 ff., 72

Wichtiges auf einen Blick 82 ff.

Wiedereingliederung 23, 42, 46 ff.

Wissenschaftliche Institutionen und Fachgesellschaften 75

Z

Zertifizierte onkologische Zentren und Organkrebszentren 56, 75

Ziele der Rehabilitation 9, 31, 39 ff.

Zielgruppen 10, 52

9 Kompakt-Informationen

9.1 Wichtiges auf einen Blick

Sozialrecht auf einen Blick

Art und Umfang der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe sind rehabilitationsträgerübergreifend in den §§ 4–84 SGB IX sowie in den speziellen sozialgesetzlichen Vorschriften der einzelnen Rehabilitationsträger geregelt (jeweiliges Leistungsrecht der einzelnen Sozialversicherungsträger in SGB III (Bundesagentur für Arbeit), SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), SGB VI (Deutsche Rentenversicherung), SGB VII (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) sowie SGB XII (Eingliederungshilfe). Für die Träger der Alterssicherung der Landwirte gilt das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG). Die rechtliche Grundlage für die Träger des Sozialen Entschädigungsrechts ist das Bundesversorgungsgesetz (BVG) bzw. Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges. Regelungen über die Zusammenarbeit der verschiedenen Rehabilitationsträger und über die Koordinierung der Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe sind in §§ 14–27 SGB IX festgelegt. Die nachfolgende Übersicht beinhaltet eine Auflistung ausgewählter gesetzlicher Grundlagen:

Sozialrecht auf einen Blick I	
Rehabilitationsträger	Wichtige gesetzliche Grundlagen (Auswahl)
Gesetzliche Krankenversicherung (Krankenkassen)	§ 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation* § 41 SGB V Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter § 42 SGB V Belastungserprobung und Arbeitstherapie § 43 SGB V Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation § 43 SGB V Krankengeld * auch in Verbindung mit Rehabilitations-Richtlinie (2018)
Deutsche Rentenversicherung (Rentenversicherungsträger)	§ 15 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation* § 15a SGB VI Leistungen zur Kinderrehabilitation § 16 SGB VI Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben § 17 SGB VI Leistungen zur Nachsorge* § 20 SGB VI Anspruch auf Übergangsgeld § 31 SGB VI Sonstige Leistungen (u. a. Leistungen zur onkologischen Nachsorge*) * Im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung ist eine onkologische Rehabilitation nach § 15 SGB VI (bei Erwerbstätigen) wie auch nach § 31 SGB VI (bei Nicht-Erwerbstätigen) möglich. Der Gesetzgeber spricht zwar in § 31 SGB VI von „Leistungen zur onkologischen Nachsorge“, hier handelt es sich jedoch auch um „Leistungen der onkologischen Rehabilitation“. Diese unterscheiden sich von den Leistungen nach § 15 SGB VI, weil diese Leistungen nicht (mehr) dem rentenversicherungsspezifischen Reha-Ziel „Sicherung der Erwerbsfähigkeit“ dienen und die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI nicht erfüllt sein müssen. D.h. auch Rentner können sie in Anspruch nehmen. Ist eine onkologische Rehabilitation nach § 31 SGB VI durchgeführt worden, kann sich keine Reha-Nachsorge nach § 17 SGB VI anschließen. Hier kann die onkologische Rehabilitation nur durch Reha-Sport und Funktionstraining ergänzt werden.
Träger der Alterssicherung der Landwirte* * Träger der Alterssicherung der Landwirte ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. In Angelegenheiten der Alterssicherung der Landwirte und bei Durchführung der Aufgaben nach diesem Gesetz führt sie die Bezeichnung landwirtschaftliche Alterskasse. Es gilt das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG).	In der Alterssicherung für Landwirte werden Rehabilitationsleistungen und Renten erbracht. Rehabilitationsleistungen sind die Leistungen der medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen, insbesondere die Stellung einer Betriebshilfe bzw. einer Haushaltshilfe (§§ 7ff. ALG). § 7 ALG Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen § 10 ALG Ergänzende Leistungen § 36 ALG Betriebs- und Haushaltshilfe bei medizinischer Rehabilitation
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften)	§ 1 SGB VII Prävention, Rehabilitation, Entschädigung § 26 SGB VII Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft § 33 SGB VII Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen § 45 SGB VII Voraussetzungen für das Verletztengeld
Bundesagentur für Arbeit (Jobcenter)	§ 112 SGB III Teilhabe am Arbeitsleben § 113 SGB III Leistungen zur Teilhabe § 115 SGB III Allgemeine Leistungen § 118 SGB III Besondere Leistungen § 119 SGB III Übergangsgeld § 122 SGB III Ausbildungsgeld § 124 SGB III Bedarf bei Berufsvorbereitung § 125 SGB III Bedarf bei WfbM §§ 130–135 SGB III Befristete Leistungen und innovative Ansätze

Sozialrecht auf einen Blick II	
Kinder- und Jugendhilfe (Jugendämter)	§ 35a SGB XIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche* <i>* Die Eingliederungshilfen bei seelischer bzw. drohender seelischer Behinderung gem. § 35a SGB VIII sind Bestandteil des Leistungsspektrums der Kinder- und Jugendhilfe. Bei der Einführung des SGB VIII waren die Eingliederungshilfen rechtssystematisch noch Teil der Hilfen zur Erziehung, später wurde daraus ein eigenständiger Leistungsparagraf – der § 35a SGB VIII.</i>
Träger der Eingliederungshilfe (Träger der Sozialhilfe, Sozialämter)	§ 54 SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe § 14 SGB XII Vorrang von Prävention und Rehabilitation § 15 SGB XII Vorbeugende und nachgehende Leistungen
Träger des Sozialen Entschädigungsrechts* <i>* Früher: Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge, d. h. Versorgungsämter, Fürsorgestellen, Hauptfürsorgestellen (es gilt das Bundesversorgungsgesetz bzw. Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges).</i>	§ 11 Abs. 1 Ziffer 6 BVG Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung § 11 Abs. 5 BVG Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation § 12 BVG Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen § 26 BVG Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen sowie sonstige Leistungen der Rehabilitation
Integrationsämter* <i>* Integrationsämter sind keine Rehabilitationsträger, aber Sozialleistungsträger; sie erbringen vor allem auf die Gruppe der schwerbehinderten Menschen bezogene Leistungen zur Prävention und Begleitende Hilfen im Arbeitsleben gemäß SGB IX.</i>	§§ 68–159 SGB IX, Teil 2 Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht), insb. begleitende Hilfen im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen), insb. §§ 101, 102 SGB IX
Versorgungsämter* <i>* Versorgungsämter sind keine Rehabilitationsträger, aber Sozialleistungsträger im Sinne der §§ 12, 24 SGB I. Sie sind für Rehabilitation und Teilhabe gegenüber den andern Rehabilitationsträgern nachrangig zuständig (vgl. dazu § 2 SGB XII Nachrang der Sozialhilfe).</i>	In den Versorgungsämtern werden Aufgaben im Zusammenhang mit dem Sozialen Entschädigungsrecht (BVG und Nebengesetze; siehe auch oben) sowie dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) bearbeitet. Das Versorgungsamt stellt z. B. fest, ob eine Behinderung besteht und welcher Grad der Behinderung (GdB) und welche Merkzeichen einem Menschen mit Behinderungen zustehen. Es prüft u. a. auch die gesundheitlichen Voraussetzungen für einen Schwerbehindertenausweis und für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen bei Behinderung.
Alle Rehabilitationsträger <i>* nach SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“</i>	§ 4 SGB IX Leistungen zur Teilhabe § 5 SGB IX Leistungsgruppen § 6 SGB IX Rehabilitationsträger § 8 SGB IX Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten § 9 SGB IX Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe § 10 SGB IX Sicherung der Erwerbsfähigkeit § 14 SGB IX Leistender Rehabilitationsträger § 15 SGB IX Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern § 18 SGB IX Erstattung selbstbeschaffter Leistungen § 19 SGB IX Teilhabeplan § 19 SGB IX Teilhabeplankonferenz § 25 SGB IX Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger § 29 SGB IX Persönliches Budget

Rehabilitation auf einen Blick I		
Rehabilitations-Antrag		Rehabilitationsformulare
<p>1. Schritt: Kontakt zu Haus-, Fach-, Betriebs-Arzt Die Notwendigkeit der Reha-Leistung muss durch einen Arzt festgestellt werden.</p> <p>2. Schritt: Zusammenstellung von Unterlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rehabilitations-Antrags-Formular ■ ärztlicher Befundbericht ■ Selbstauskunftsbogen <p>3. Schritt: Weiterleitung an Reha-Kostenträger</p> <p>4. Schritt: Weitere medizinische Unterlagen</p> <p>5. Schritt: Reha-Bewilligung/-Ablehnung</p>		<p>Nützliche Links dazu (Auswahl):</p> <p>www.bar-frankfurt.de www.Rehabilitationsformulare.de www.reha-jetzt.de/antrag/ www.reha.de/aerzte/antragstellung/ www.rehadat-adressen.de www.teilhabeberatung.de</p> <p>z. B. Formular „G0100“ (Deutsche Rentenversicherung) oder „Muster 61“ (Gesetzliche Krankenversicherung)</p>
Reha-Voraussetzungen bei krebserkrankten Menschen		
Versicherungsrechtlich	Persönlich	Bzgl. der Erstbehandlung
<p>1 Anspruchsberechtigt sind: Versicherte, Rentenbezieher, nichtversicherte Ehegatten oder Lebenspartner und Kinder von Versicherten und von Rentenbeziehern</p> <p>Wartezeiten/Pflichtbeiträge:</p> <p>2 Für Leistungsberechtigte gilt: Es reicht eine allgemeine Wartezeit von 5 Jahren.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Oder es liegen 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung vor. ■ Oder es wird eine Rente der Rentenversicherung bezogen. ■ Oder es handelt sich um den Ehegatten oder Lebenspartner oder Kind des Versicherten oder Rentners. 	<p>3 Reha-Bedürftigkeit 4 Reha-Fähigkeit 5 Positive Reha-Prognose</p> <p>In der onkologischen Reha: Diagnose eines bösartigen Tumors (Präkanzerosen reichen i. A. nicht, Ausnahme: Carcinoma in situ bei Brustkrebs)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Auftreten von Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen nach Krebs ■ Patienten müssen für die onkologische Rehabilitation ausreichend belastbar sein. ■ Die körperlichen, psychischen, sozialen oder beruflichen Einschränkungen, die durch die Krebserkrankung entstanden sind, müssen durch die Rehabilitation positiv zu beeinflussen sein. 	<p>6 Abgeschlossene operative Behandlung 7 Abgeschlossene Strahlenbehandlung</p> <p>(Laufende Chemotherapie bzw. zytostatische Behandlung oder andere medikamentöse Tumorbehandlung gleichzeitig möglich)</p>

Rehabilitation auf einen Blick II	
Besonderheiten in der Reha von Menschen mit Krebserkrankung	Reha-Fristen für Menschen mit Krebserkrankung*
<p>Im Allgemeinen ist die Gesetzliche Krankenversicherung für die Rehabilitation von Nicht-Erwerbstätigen und die Gesetzliche Rentenversicherung für die Rehabilitation von Erwerbstätigen zuständig.</p> <p>Ausnahmen gelten für die Reha von Menschen mit Krebserkrankungen. Hier kann die Rentenversicherung auch bei nicht erwerbstätigen Krebskranken für die onkologische Rehabilitation zuständig sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ D. h. bei Altersrentenbeziehern, Erwerbsminderungsrentnern, Kindern und Jugendlichen, nichtversicherten Ehe- oder Lebenspartner sowie Hinterbliebenen. <p><i>Im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung ist eine onkologische Rehabilitation nach § 15 SGB VI wie auch nach § 31 SGB VI möglich. Der Gesetzgeber spricht zwar in § 31 SGB VI von „Leistungen zur onkologischen Nachsorge“, hier handelt es sich jedoch auch um „Leistungen der onkologischen Rehabilitation“. Diese unterscheiden sich von den Leistungen nach § 15 SGB VI, weil diese Leistungen nicht (mehr) dem rentenversicherungsspezifischen Reha-Ziel „Sicherung der Erwerbsfähigkeit“ dienen und die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI nicht erfüllt sein müssen. D. h., z. B. auch Rentner, nicht-versicherte Ehe- oder Lebenspartner oder Kinder können sie in Anspruch nehmen.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Onkologische Reha kann i.d.R. innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Erstbehandlung (OP, Strahlenbehandlung) beantragt werden, spätestens innerhalb von 2 Jahren, wenn eine medizinische Notwendigkeit dafür vorliegt. ■ Innerhalb der 1- bzw. 2-Jahresfrist nach einer beendeten Erstbehandlung (OP, Strahlenbehandlung) kann onkologische Rehabilitation noch einmal gewährt werden (Wiederholung), wenn die Reha-Voraussetzungen vorliegen und erhebliche Funktionsstörungen oder Komplikationen festzustellen sind. ■ Ist eine weitere OP oder Strahlentherapie erforderlich (z. B. weil sich Metastasen gebildet haben), beginnt eine neue „Zwei-Jahres-Frist“. ■ Eine neben der onkologischen Rehabilitation weitere medizinische (also nicht-onkologische) Rehabilitation ist für Versicherte ebenfalls möglich, wenn neue Gründe (z. B. eine andere Haupterkrankung) vorliegen, die einen Reha-Bedarf begründen. Hier muss zwischen zwei Rehabilitationsmaßnahmen in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. <p><i>* mit Geltungsbereich für den Rehabilitationsträger Rentenversicherung</i></p>
Unterhaltssichernde Leistungen für Menschen mit Krebserkrankungen*	Finanzielle Hilfen bei Krebserkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Lohnfortzahlung im Krankheitsfall: Vom Arbeitgeber für maximal 6 Wochen. ■ Krankengeld: Von der Krankenkasse in Höhe von i.d.R. 70 % des Bruttoeinkommens. ■ Übergangsgeld: Von der Rentenversicherung in Höhe von (je nach individueller Konstellation) 68–80% des letzten Nettoarbeitsentgelts. ■ Verletztengeld: Von der Unfallversicherung in Höhe von 80 % des Regelentgelts. <p><i>* Je nach Fallkonstellation sind ggf. auch Unterhaltszuschüsse, Beitragszuschüsse zu Sozialversicherungen, Aufwendungen für Haushaltshilfen oder Kinderbetreuungskosten möglich.</i></p>	<p>Eine Krebserkrankung und ihre Behandlung kann auch eine finanzielle Belastung (durch Verdienstausschlag) darstellen.</p> <p>Finanzielle Unterstützung können ggf. leisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sozialamt, z. B. durch Gewährung sog. Heilbehelfe für erkrankungs- oder behinderungsbedingt notwendige Zusatzanschaffungen. ■ Deutsche Krebshilfe, die einen Härtefonds eingerichtet hat, aus dem auf Antrag eine einmalige Zuwendung erhalten werden kann. ■ Stiftungen, die Menschen mit bestimmten Grunderkrankungen oder Behinderungen unterstützen; eine Stiftungssuche ist möglich auf www.stiftungen.org.

Mögliche Hinweise für Reha-Bedürftigkeit

Anhaltspunkte aus der vorausgegangenen Behandlung

- wenn die akutmedizinische Behandlung (im Krankenhaus oder bei niedergelassenen Ärzten und Therapeuten) weitgehend abgeschlossen ist
- wenn der Haus-, Betriebs- oder Facharzt oder der Sozialdienst des Krankenhauses eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen hat
- wenn eine körperliche und/oder seelische Behinderung festgestellt wurde
- wenn aufgrund der Grunderkrankung Krankheitsfolgen sowie Folgeerkrankungen aufgetreten sind, die den Betroffenen im Alltag oder Beruf einschränken
- wenn dem Betroffenen sogar notwendige Arztbesuche schwer fallen

Krankmeldungen – Krankschreibungen

- bei häufigen Krankschreibungen
- bei langen Krankschreibungen
- bei wiederholten Krankschreibungen
- bei häufigeren Krankschreibungen als in der Vergangenheit

Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

- wenn der Betroffene sich den Anforderungen seines Arbeitsplatzes nicht mehr richtig gewachsen fühlt
- wenn es dem Betroffenen immer schwerer fällt, seine Arbeit zu schaffen
- wenn der Betroffene manchmal fürchtet, in Zukunft überhaupt nicht mehr arbeiten zu können
- wenn der Betroffene zunehmend daran glaubt, dass es besser wäre, in einem anderen Beruf zu arbeiten
- wenn der Betroffene häufig daran denkt, dass es besser wäre, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen
- wenn der Betroffene meint, sich eine andere Arbeit suchen zu müssen, die er/sie eher bewältigen kann
- wenn der Betroffene manchmal daran denkt, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen
- wenn der Betroffene sich körperlich oder seelisch nicht mehr in der Lage fühlt, zur Schule, an den Ausbildungs- oder an den Arbeitsplatz zu gehen

Häusliches Leben

- wenn der Betroffene im Alltagsleben nicht mehr zurechtkommt
- wenn der Betroffene sich nicht mehr alleine zu Hause selbst versorgen kann (gezielt ernähren, essen, einkaufen, waschen, pflegen, zur Toilette gehen, anziehen, ausziehen, essen, trinken, Waren beschaffen, Dienstleistungen besorgen)
- wenn der Betroffene seinen/ihren Haushalt nicht mehr selbstständig bewerkstelligen kann
- wenn der Betroffene es nicht mehr schafft, Hausarbeiten, Kochen, Aufräumen, Putzen oder Einkäufe in bewährter Weise zu verrichten
- wenn der Betroffene sich nicht mehr richtig erholen kann

Lebensumfeld

- wenn der Betroffene sich vielen Lebenssituationen außerhalb seiner/Ihrer Wohnung nicht mehr gewachsen fühlt
- wenn die Kontakte und Beziehungen zu Familie und Partner, Verwandten, Freunden und Bekannten, Kollegen und Arbeitgeber des Betroffenen immer mehr leiden und er/sie immer weniger am Gemeinschaftsleben teilnimmt
- wenn der Betroffene an den notwendigen Aktivitäten des täglichen Lebens zunehmend verzweifelt
- wenn der Betroffene nötige Behörden- und Ämterangelegenheiten immer mehr schleifen lässt
- wenn es dem Betroffenen zunehmend schwerer fällt, außerhäusliche Tätigkeiten selbständig und allein auszuführen
- wenn der Betroffene in schwierigen Situationen begleitet werden muss

Nützliche Internetadressen:

www.reha-jetzt.de/bedarfscheck

9.2 Hilfreiche Kontakte

Hilfreiche Kontakte kompakt

für Reha-Ärzte	für das Reha-Team
www.rehainfo-aerzte.de www.leistungsbeurteilung-reha.de	www.rehateam-drv.de www.reha-ziele.de
für Patienten	zur Selbsthilfe
www.reha-patient.de www.patientenberatung.de www.patienten-information.de www.gesundheitsinformation.de www.verbraucherzentrale.de www.teilhabeberatung.de www.einfachteilhaben.de www.nachsorgeistvorsorge.de www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation www.krankheitserfahrungen.de www.telefonseelsorge.de www.junge-erwachsene-mit-krebs.de www.kbv.de/media/sp/Patienteninformation www.ccc-netzwerk.de/patienteninformation	www.nakos.de www.selbsthilfe-interaktiv.de www.dag-shg.de www.BAG-Selbsthilfe.de www.selbsthilfe-news.de www.hksh-bonn.de www.der-paritaetische.de Daneben existieren regionale Angebote und Angebote unter dem Dach gemeinnütziger Organisationen oder Plattformen von Patienten für Patienten. Die Selbsthilfeangebote sind z. T. auf bestimmte Krebsformen ausgerichtet oder für besondere Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Frauen) geeignet.
für vertiefende Informationen	Suche nach Reha-Einrichtungen
www.krebsgesellschaft.de www.krebshilfe.de www.krebsinformationsdienst.de www.dkfz.de www.infonetz-krebs.de www.krebs-webweiser.de www.krebsratgeber.de www.krebs-kompass.de www.krebsliga.info www.krebsdaten.de www.dgho.de www.rki.de www.leben-mit-cml.de	www.bar-frankfurt.de www.argekrebsnw.de www.rehakliniken.de www.qualitaetskliniken.de www.reha-atlas.de www.kurklinikverzeichnis.de www.tumorzentren.de www.medfuehrer.de www.krebsgesellschaft.de www.qs-reha.de www.oncomap.de www.oncology-guide.de <i>Auf den Seiten der jeweiligen Rehabilitationsträger finden sich ebenfalls Kliniklisten.</i>

Telefon-Kontakte zu den Kostenträgern (Rehabilitationsträgern)

Servicetelefon der Deutschen Rentenversicherung	0800 100048070
Bürgertelefon zur Gesetzlichen Krankenversicherung	030 340606601
Infoline der Gesetzlichen Unfallversicherung	0800 6050404
Servicetelefon der Bundesagentur für Arbeit	0800 4555500
Bürgertelefon zur Pflegeversicherung	030 340606602
Beratungstelefon der Kinder- und Jugendhilfe	0800 1110550
Infos des BMAS zu Behinderungen	030 221911006
Infos der Integrationsämter & Hauptfürsorgestellen	0221 8095390

Telefonate mit der Vorwahl 0800 sind gebührenfrei.

Reha Grundlagen

Praxisorientiertes und konzeptionelles Wissen bietet Orientierung zu Leistungen und dem System der Rehabilitation.

REHA
Grundlagen

Reha Vereinbarungen

Trägerübergreifende Vorgaben und gemeinsame Empfehlungen konkretisieren die Zusammenarbeit in der Rehabilitation sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

REHA
Vereinbarungen

Reha Entwicklungen

Positionen, Stellungnahmen und Projekte geben Impulse zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe.

REHA
Entwicklungen

BAR Report

Die BAR berichtet über Themen und Aktivitäten, darunter z. B. Tagungsbericht, Geschäftsbericht und Orientierungsrahmen.

BAR
Report

Periodika

Regelmäßig erscheinende Publikationen, zum Beispiel Fortbildungsbroschüre, Geschäftsbericht, Wegweiser ...

BAR
Fortbildung



Downloads und weitere Informationen unter
www.bar-frankfurt.de/publikationen/

