



ARBEITSHILFE
für die Rehabilitation und Teilhabe
von Menschen mit Krebserkrankungen

ARBEITSHILFE für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen

IMPRESSUM

Herausgeber:

*Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18,
60486 Frankfurt/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/Main,
Juni 2013
ISBN 978-3-943714-09-8*

INHALT

<i>Vorwort</i>	<i>11</i>
1 <i>Einleitung</i>	<i>12</i>
1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe	12
1.2 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	12
1.2.1 Bio-psycho-soziales Modell der ICF	14
1.2.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen	15
2 <i>Onkologische Erkrankungsformen</i>	<i>18</i>
2.1 Diagnoseübergreifende Aspekte	18
2.2 Ausgewählte Krebserkrankungen in der onkologischen Rehabilitation	19
2.2.1 Gynäkologische Tumoren	19
2.2.2 Tumoren des Magen-Darm-Traktes	20
2.2.3 Urologische Tumoren	22
2.2.4 Lungenkrebs	24
2.2.5 Hautkrebs	25
2.2.6 Krebs der Lymphdrüsen und des Blutes	25
2.2.7 Tumorerkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes	26
2.2.8 Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems	27
3 <i>Diagnostik, Therapie und Rehabilitationsindikation bei onkologischen Erkrankungen</i>	<i>29</i>
3.1 Diagnostik und Primärtherapie bei Menschen mit Krebserkrankungen	29
3.2 Indikationsstellung für die Rehabilitation bei Menschen mit Krebserkrankungen	30

INHALT

4	<i>Ziele und Elemente der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen</i>	35
4.1	Ziele der medizinischen Rehabilitation	35
4.1.1	Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimensionen „Körperfunktionen und -strukturen“	35
4.1.2	Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Aktivität“	37
4.1.3	Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Kontextfaktoren“ der ICF	37
4.2	Teilhabe am Arbeitsleben	38
4.3	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	39
4.4	Verhinderung von und Teilhabeförderung bei Pflegebedürftigkeit	40
4.5	Elemente der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen	40
4.6	Nachsorge	43
4.6.1	Aufgaben des niedergelassenen Arztes in der Nachsorge	43
4.6.2	Rehabilitationssport als nachgehende Leistung	43
5	<i>Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen</i>	45
6	<i>Weitere Aspekte bei der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen</i>	47
6.1	Psychosoziale Aspekte	47
6.2	Gesundheitsverhalten	49
6.2.1	Sport und Bewegung	49
6.2.2	Umgang mit Risikofaktoren	50
7	<i>Hilfen für Menschen mit und nach Krebserkrankungen</i>	52
7.1	Beratung und Unterstützung	52

INHALT

7.1.1	Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation	52
7.1.2	Rehabilitationsberatung und Soziale Dienste der Krankenkassen	53
7.1.3	Ambulante Beratungs- und Betreuungsdienste	53
7.2	Persönliches Budget	54
7.3	Integrationsfachdienst	56
7.4	Selbsthilfeangebote für Betroffene und Angehörige von Menschen mit Krebserkrankungen	57
7.5	Palliativversorgung und Hospizleistungen	59
8	Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen	60
8.1	Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX (Teil 1)	61
8.1.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)	61
8.1.2	Stufenweise Wiedereingliederung	62
8.1.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33-39 SGB IX)	62
8.1.4	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)	65
8.2	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	65
8.2.1	Leistungen zur primären Prävention durch Schutzimpfungen	66
8.2.2	Selbsthilfe	66
8.2.3	Krankenbehandlung	66
8.2.4	Krankenhausbehandlung	68
8.2.5	Stationäre und ambulante Hospizleistungen	68
8.2.6	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	69
8.2.7	Ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	69
8.2.8	Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen	69
8.2.9	Belastungserprobung und Arbeitstherapie	70
8.3	Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und Alterssicherung der Landwirte (ALG)	70
8.3.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	71
8.3.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	73
8.3.3	Ergänzende und sonstige Leistungen	74

INHALT

8.4	Besonderheiten in der Zusammenarbeit von Kranken- und Rentenversicherung in Nordrhein-Westfalen	75
8.5	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	76
8.5.1	Leistungen zur Teilhabe	78
8.5.2	Geldleistungen	78
8.5.3	Entschädigung	78
8.6	Arbeitsförderung (SGB III)	78
8.6.1	Allgemeine Leistungen	79
8.6.2	Besondere Leistungen	79
8.6.3	Weitere Leistungen	80
8.7	Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)	80
8.8	Sozialhilfe (SGB XII)	82
8.8.1	Art, Form und Maß der Leistungen	82
8.8.2	Die einzelnen Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen	82
8.8.3	Zuständige Sozialhilfeträger	84
8.9	Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)	84
8.10	Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)	84
8.10.1	Leistungsvoraussetzungen	84
8.10.2	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	85
8.10.3	Soziale Pflegeversicherung und medizinische Rehabilitation	86
8.11	Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (SGB IX Teil 2)	87
8.11.1	Geschützter Personenkreis	87
8.11.2	Pflichten der Arbeitgeber und Rechte der schwerbehinderten Menschen	87
8.11.3	Betriebliche Prävention	88
8.11.4	Kündigungsschutz	88
8.11.5	Sonstige Vorschriften	89
8.11.6	Integrationsämter	89
8.11.7	Integrationsfachdienste	90
8.11.8	Integrationsprojekte, Werkstätten für behinderte Menschen, Unentgeltliche Beförderung	90

INHALT

9	Anhang	91
9.1	Glossar	91
9.2	Leitlinien, Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen	95
9.3	Ausgewählte Literatur	96
9.4	Adressen und Links	97
9.4.1	Zertifizierte onkologische Zentren und Organkrebszentren	97
9.4.2	Ausgewählte Institutionen und Verbände	97
9.5	Abkürzungsverzeichnis	100
9.6	Verzeichnis der Mitwirkenden	101

VORWORT

Auf Anregung des Sachverständigenrats der Ärzteschaft der BAR wurde die *Arbeitshilfe für die Rehabilitation Krebskranker* von 1993 völlig neu überarbeitet. Diese Überarbeitung war erforderlich geworden, da es Entwicklungen in der rehabilitativen Versorgung, das im Jahre 2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch IX und die im selben Jahr von der WHO verabschiedete Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu berücksichtigen galt. Im Sinne von SGB IX und ICF wurde auch der Titel geändert in „*Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen*“.

Die Arbeitshilfe informiert über Möglichkeiten der onkologischen Rehabilitation und wendet sich an alle Personen und Institutionen, die an der Rehabilitation dieser Menschen beteiligt sind. Für betroffene Menschen und ihre Angehörigen bietet die Broschüre viele hilfreiche Informationen.

Die Arbeitshilfe beschreibt zunächst diagnoseübergreifende Aspekte und beispielhaft ausgewählte onkologische Erkrankungen. Nach Betrachtungen von Diagnostik, Therapie und Rehabilitationsindikationen werden vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells, das der ICF zugrunde liegt, die Ziele und Elemente der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen erläutert. Funktionsstörungen des Körpers und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe werden exemplarisch dargestellt. Ferner wird auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen eingegangen und weitere Aspekte ausführlich erläutert. Daraus wird übergeleitet zu Hilfen für Menschen mit und nach Krebserkrankungen.

Auch über die sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen der Rehabilitation informiert die vorliegende ausführlich. Im Anhang finden sich letztlich noch hilfreiche Angaben, insbesondere zu Begriffen, Literatur, Leitlinien, Adressen und Links zu onkologischen Zentren, ausgewählten Institutionen und Verbänden.

Die BAR dankt allen an der Erstellung der Arbeitshilfe Beteiligten, deren Expertise und aktive Mitwirkung wesentliche Grundlagen für das vorliegende Ergebnis waren.



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

1 Einleitung

1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe

Diese „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen“ informiert über Möglichkeiten der onkologischen Rehabilitation. Sie wendet sich an den betroffenen Menschen selbst sowie dessen Angehörige und soll als Orientierungs- und Entscheidungshilfe für alle Personen und Institutionen dienen, die an der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen beteiligt sind. Hierzu zählen insbesondere:

- niedergelassene und in Krankenhäusern tätige Ärztinnen und Ärzte,
- Werks- und Betriebsärztinnen und -ärzte,
- 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),
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger (insbesondere Kranken-, Renten-, Unfallversicherung und Bundesagentur für Arbeit) sowie deren medizinische Dienste, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialverwaltung,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Behindertenverbänden,
- Selbsthilfegruppen und -organisationen.

Darüber hinaus stellt die Arbeitshilfe eine Unterstützung für die Fortbildung aller bei den Sozialleistungsträgern tätigen Rehabilitationsfachkräfte dar. Für betroffene Menschen und ihre Angehörigen bietet die Broschüre viele hilfreiche Informationen.

1.2 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Leistungen zur 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 zu ermöglichen. Ein wesentliches Instrument zur Umsetzung dieses Grundsatzes ist die Erarbeitung eines zielorientierten Teilhabepplans, welcher mit dem betroffenen Menschen und allen an seiner Behandlung und Rehabilitation beteiligten Fachkräften abgestimmt wird. Dieser berücksichtigt die im Einzelfall angestrebten Ziele und Zwischenziele sowie den bestehenden spezifischen Unterstützungsbedarf des Menschen mit Krebserkrankung.

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

KAPITEL 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,
- 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.

Bei **Leistungen zur Teilhabe** werden folgende vier Leistungsgruppen unterschieden:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sind angezeigt, wenn eine individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit festgestellt und im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationsziels eine positiv eingeschätzte Rehabilitationsprognose festgestellt werden kann (vgl. Kapitel 3.2).

Bei der Erbringung der Leistungen zur Teilhabe gelten folgende Grundsätze:

- Frühzeitigkeit der Bedarfserkennung¹ – rechtzeitiges Einsetzen der notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe,
- Individualität – Beachtung des individuellen Rehabilitationsbedarfs,
- Komplexität – Beachtung aller im Einzelfall notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe,
- Interdisziplinarität – Integration aller im Einzelfall notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe,
- Zielgerichtetheit (bezogen auf die Kompensation der Folgen der Erkrankung),
- Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit der Leistungserbringung² – Gewährleistung der Behandlungskontinuität im Zugang wie auch innerhalb der verschiedenen Leistungsarten der Rehabilitation,
- Bedarfsgerechtigkeit unter Berücksichtigung des möglichen Vorrangs von
 - ambulanten vor stationären Hilfen (Prinzip der Wohnortnähe),
 - Rehabilitation vor Rente und
 - Rehabilitation vor Pflege.

¹ BAR, Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ unter www.bar-frankfurt.de

² BAR, Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ unter www.bar-frankfurt.de

1.2.1 Bio-psycho-soziales Modell der ICF

Für die Auswahl des im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Interventionskonzeptes 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) Rechnung³. 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

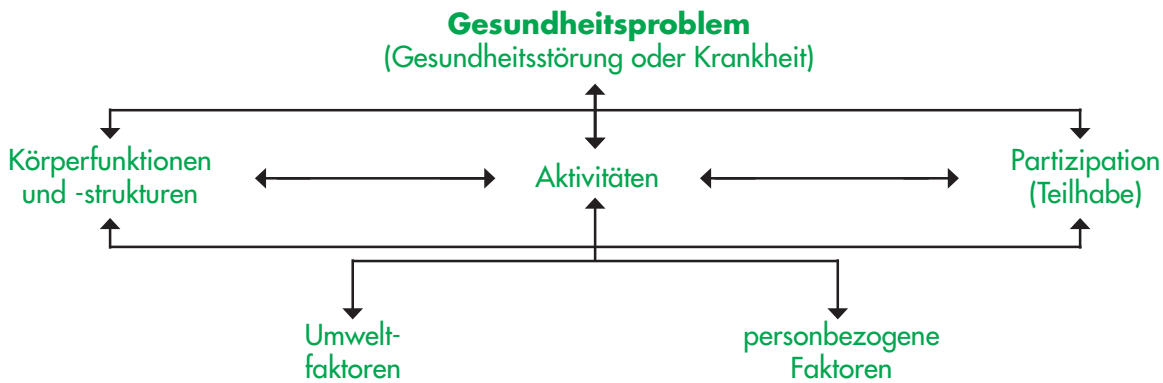
- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

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. 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.

³ Die deutschsprachige Übersetzung der ICF wurde vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben unter www.dimdi.de

Abb. 1: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)



Das in Abbildung 1 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 sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

1.2.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur Teilhabe werden für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erbracht. Nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 SGB IX). Das SGB IX hat sich am bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert und den Begriff der Teilhabe als Rehabilitationsziel in den Vordergrund gestellt.

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,

KAPITEL 1

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.

Für Leistungen zur Teilhabe sind im gegliederten System der sozialen Sicherung verschiedene Rehabilitationsträger zuständig (Tabelle 1):

Tab. 1: Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger)

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
Gesetzliche Krankenversicherung	✓			✓
Gesetzliche Rentenversicherung	✓	✓		✓
Alterssicherung der Landwirte	✓			✓
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓	✓
Bundesagentur für Arbeit		✓		✓
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	✓	✓	✓	
Träger der Sozialhilfe	✓	✓	✓	
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden	✓	✓	✓	✓

KAPITEL 1

Um die zeitnahe Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen sicherzustellen, ist eine enge Kooperation aller beteiligten Rehabilitationsträger und Leistungserbringer (z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, in Rehabilitationseinrichtungen tätige Ärztinnen und Ärzte) erforderlich.⁴

Allgemeines Ziel der **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte 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.

Ziel der **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** ist, die Erwerbsfähigkeit 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. Kann dieses Ziel auch mit Unterstützter Beschäftigung nach § 38a SGB IX nicht erreicht werden⁵, ist eine Eingliederung auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z. B. Werkstätten für behinderte Menschen) möglich.

Die **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** zielen darauf, behinderten Menschen die Teilhabe am allgemeinen sozialen Leben zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Dabei ist es Aufgabe und Ziel, die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, die die Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie die Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen umfasst. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bedeutet, dass der betroffene Mensch unter Wahrung der Chancengleichheit, entsprechend seinen Neigungen und Fähigkeiten, in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einbezogen ist und sich daran beteiligen kann.

Zusätzlich werden **unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen** erbracht. Durch sie soll die Erreichung der Ziele der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft unterstützt sowie eine selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden.

Grundsätzlich ist dabei die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Mitwirkungspflichten des Rehabilitanden wichtig. Sind Maßnahmen z. B. wegen mangelnder Mitarbeit des Rehabilitanden absehbar erfolglos, so kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen (§ 66 SGB I). Es müssen dann unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten Alternativen entwickelt und geprüft werden.

Detaillierte Informationen zur Zuständigkeit der jeweiligen Rehabilitationsträger sind unter Kapitel 8 „Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen“ zu finden.

⁴ BAR, Gemeinsame Empfehlung „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“ unter www.bar-frankfurt.de

⁵ BAR, Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ unter www.bar-frankfurt.de

2 Onkologische Erkrankungsformen

2.1 Diagnoseübergreifende Aspekte⁶

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.⁷

Während im Jahr 1980 insgesamt ca. 270.000 Männer und Frauen neu an Krebs erkrankten, traf dies im Jahr 2008 auf ca. 470.000 Menschen zu. Das Risiko von Frauen, im Laufe des Lebens an Krebs zu erkranken, beträgt 43%, das von Männern 51%. Bösartige Tumorerkrankungen stellen neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit Abstand die häufigste Todesursache in unserer Gesellschaft dar, zusammen fast mehr als zwei Drittel der Todesfälle (2008). Während im Jugend- und jungen Erwachsenenalter Verletzungen (und Vergiftungen) einen großen Anteil an den Todesursachen ausmachen, sind es im mittleren Erwachsenenalter zunehmend Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Alter geht der Anteil der Tumorerkrankungen zurück und die Krankheiten des Kreislaufsystems sind dann die häufigste Todesursache⁸. Im Zeitverlauf ist bei der Sterblichkeit (Mortalität) infolge Krebserkrankung dagegen eine Verringerung zu verzeichnen, die unabhängig vom Geschlecht ist und bei den unter 65-jährigen den größten Effekt zeigt. 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 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.

6 Hier und im Folgenden sind Aussagen zur Epidemiologie folgender Quelle entnommen: Robert-Koch-Institut, Deutschland GEKID: Krebs in Deutschland 2007/2008. Häufigkeiten und Trends. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 8. überarbeitete Auflage 2012.

7 Quelle: www.krebsinformationsdienst.de

8 Quelle: Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Heft 52: Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede, 2011

2.2 Ausgewählte Krebserkrankungen in der onkologischen Rehabilitation⁹

2.2.1 Gynäkologische Tumoren

■ Brustkrebs

Der Brustkrebs (Mammakarzinom) ist mit einem Anteil von 32,1 % (2008) die am häufigsten auftretende Krebsneuerkrankung bei Frauen. Etwa 13 % der weiblichen Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einem Mammakarzinom, nach aktuellen Schätzungen für 2012 erkranken daran pro Jahr über 74.000 Frauen neu. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt für Frauen bei 65 Jahren (2008). Auch Männer können von Brustkrebs betroffen sein, wobei die Wahrscheinlichkeit allerdings mit unter einem Prozent der Erkrankungsfälle viel niedriger liegt (2011 sind es in Deutschland jährlich etwa 500 Männer, www.aerzteblatt.de vom 27. Oktober 2011). Der Rehabilitationsbedarf von Patientinnen mit bzw. nach einer Brustkrebserkrankung ist hoch, sowohl aus somatischen als auch aus psychischen Gründen. 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.

■ Krebs der Gebärmutter und der Eierstöcke

Zu häufigen Krebserkrankungen der weiblichen Genitalorgane zählen der Gebärmutter-schleimhautkrebs (Endometriumkarzinom), der Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) sowie der Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom). 10,8 % aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen (2008) können einer der drei Krebsformen zugeordnet werden.

Mit 11.280 Neuerkrankungen (2008) ist der Gebärmutter-schleimhautkrebs die häufigste Erkrankung der weiblichen Genitalorgane und die vierthäufigste Krebserkrankung bei Frauen. Die Prognose für 2012 mit 11.200 Neuerkrankungen zeigt eine Konstanz in der Erkrankungsrate. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Jahren. In über 80% der Fälle kann das Endometriumkarzinom primär operativ behandelt werden. Bei fortgeschrittenen Erkrankungsstadien findet eine ergänzende oder auch alleinige Strahlentherapie Anwendung. Chemo- und Hormontherapie werden ebenfalls bei fortgeschrittener Erkrankung eingesetzt.

2008 erkrankten in Deutschland etwa 4.800 Frauen am Gebärmutterhalskrebs, für 2012 wurden 4.600 Neuerkrankungen prognostiziert. Das mittlere Erkrankungsalter beim invasiven Gebärmutterhalskrebs beträgt 52 Jahre. Im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung werden häufig schon Vorstufen des invasiven Zervixkarzinoms (Dysplasien und in-situ-Karzinome) diagnostiziert.

⁹ Hier und im Folgenden sind Aussagen zur Epidemiologie folgender Quelle entnommen: Robert-Koch-Institut, Deutschland GEKID: Krebs in Deutschland 2007/2008. Häufigkeiten und Trends. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 8. überarbeitete Auflage 2012. Entsprechend beziehen sich alle Aussagen auf Deutschland.

Die Behandlung des Gebärmutterhalskrebses erfolgt in Abhängigkeit vom Tumorstadium mittels Operation und/oder Strahlenchemotherapie.

Am Eierstockkrebs erkrankten 2008 in Deutschland 7.800 Frauen und 7.200 Neuerkrankungen wurden für 2012 prognostiziert. Damit sind die bösartigen Tumore der Eierstöcke die sechsthäufigste Krebserkrankung bei Frauen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Jahren. Ungefähr 5 % bis 10 % aller Ovarialkarzinomerkrankungen treten bei Frauen unter 45 Jahren auf. Da es keine erkennbaren Frühsymptome gibt, werden 70 % aller Eierstockkrebserkrankungen erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Im Vordergrund der Behandlungsmaßnahmen steht die Operation mit maximaler Tumorreduktion, meist gefolgt von einer Chemotherapie und gegebenenfalls der Behandlung mit einem Angiogenesehemmer.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit der erkrankten Frauen resultiert aus den Funktionsstörungen infolge der Tumorerkrankung selbst und/oder der durchgeführten Behandlungen. Neben der Unterstützung der körperlichen Genesung ist meist eine intensive psychologische oder psychotherapeutische Begleitung notwendig. 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 des weiblichen Genitale 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.

2.2.2 Tumoren des Magen-Darm-Traktes

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

■ Darmkrebs

Der Darmkrebs ist bei Männern wie Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung. Der prozentuale Anteil an allen Krebsneuerkrankungen liegt bei beiden Geschlechtern bei ca. 14 % (2008). Jeder 13. Mann (8%) und jede 17. Frau (6%) erkrankt im Laufe ihres Lebens an Darmkrebs. Für 2012 wurde insgesamt von knapp 70.000 Neuerkrankungsfällen ausgegangen. Dickdarmkrebs ist dabei mit ca. zweidrittel aller Darmkrebsfälle deutlich häufiger als Enddarmkrebs. Männer sind von Darmkrebs etwas häufiger betroffen (55%) als Frauen (45%). Männer sind zum Zeitpunkt des Auftretens der Erkrankung mit einem mittleren Erkrankungsalter von 71 Jahren deutlich jünger als Frauen (75 Jahre; 2008)

Bei Enddarmkrebserkrankungen wird oftmals ein künstlicher Darmausgang, ein sogenanntes Stoma, als dauerhafte oder vorübergehende Stuhlableitung angelegt. In diesem Fall ist ein wesentliches Rehabilitationsziel, den Rehabilitanden in die Lage zu versetzen, sein Stoma eigenständig

KAPITEL 2

zu versorgen und die sich daraus ergebenden Veränderungen des weiteren Lebens physisch und psychisch zu kompensieren. Im Falle eines vorübergehenden Stomas muss der Darmschließmuskel mittels Stuhlkontinenztraining so erfolgreich trainiert werden, dass nach Rückverlagerung des Stomas eine weitgehende Kontinenz erhalten ist. Weitere Folgestörungen nach Dick- und Enddarmkrebserkrankungen können sowohl Veränderungen der Verdauung als auch der Stuhlentleerung sein. Auch entzündliche Veränderungen, insbesondere des Enddarmes, die mit Schmerzen bei der Stuhlentleerung, Blutabgängen oder Durchfällen einhergehen, müssen behandelt werden. Minderungen sowohl des Körpergewichtes als auch von Kondition und Leistungsfähigkeit können die Aktivitäten und Teilhabe einschränken. Nach einer erfolgten Operation von Dick- und Enddarmkrebserkrankungen wird im lokal fortgeschrittenen Stadium bei der Mehrzahl der Patienten eine sogenannte adjuvante Chemotherapie durchgeführt. Diese kann neben Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit zu Gefühlsstörungen an Händen und Füßen (Polyneuropathie) führen. Die Folgen hieraus können Beeinträchtigungen der Feinmotorik und im ausgeprägten Fall auch Gehstörungen mit unsicherem Gang oder Fallneigung sein. Im Rahmen der Akutbehandlung und Rehabilitation haben sich ergotherapeutische Verfahren zum Training der taktilen Funktion in den Fingern und der Füße diesbezüglich bewährt.

IM RAHMEN DER AKUTBEHANDLUNG UND REHABILITATION HABEN SICH ERGOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN ZUM TRAINING DER TAKTILEN FUNKTION IN DEN FINGERN UND DER FÜSSE DIESBEZÜGLICH BEWÄHRT.“

■ Magenkrebs

Der Magenkrebs (Magenkarzinom) ist mit einem Anteil von 3-4 % aller neuen Erkrankungsfälle (2008) eine seltener auftretende Krebserkrankung, wobei die Häufigkeit des Auftretens von Magenkrebs im Zeitverlauf rückläufig ist. Bei den für 2012 geschätzten 15.300 Neuerkrankungsfällen sind Männer etwas häufiger betroffen (59%) als Frauen. Das mittlere Erkrankungsalter lag 2008 für Männer bei 71 Jahren und bei Frauen bei 76 Jahren.

Operativ ist häufig eine teilweise oder vollständige Entfernung des Magens notwendig. Hieraus ergeben sich insbesondere Beeinträchtigungen der Nahrungsaufnahme und der -verwertung, woraus sich ein Rehabilitationsbedarf ableiten kann. Neben der Bewältigung der Therapiefolgen stehen im Rahmen medizinischer Rehabilitationen insbesondere Fragen der Ernährung und Aspekte der Krankheitsverarbeitung im Mittelpunkt. Beeinträchtigungen der Ernährungs- und Verdauungsfunktion können je nach Ausmaß und Dauer über verminderte Aufnahme, Verarbeitung und Umsetzung von Energie zu Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe führen. Die Teilhabe am Arbeitsleben kann so wesentlich beeinträchtigt sein.

■ **Bauchspeicheldrüsenkrebs**

Mit einem Anteil von drei Prozent an allen Krebsneuerkrankungen ist der Krebs der Bauchspeicheldrüse (Pankreastumor) vergleichsweise selten. Aktuelle Schätzungen gehen für 2012 von etwa 15.400 Neuerkrankungsfällen aus. Männer und Frauen sind dabei gleichermaßen betroffen. Männer sind hinsichtlich des Erkrankungsalters im Mittel mit 70 Jahren deutlich jünger als Frauen (76 Jahre).

Aus der vollständigen oder teilweisen operativen Entfernung der Bauchspeicheldrüse resultieren wesentliche Einschränkungen bzw. der Ausfall von Organfunktionen, wie der Blutzuckerregulation. Störungen der Nahrungsverwertung stehen im Vordergrund der Beschwerden, die Aktivitäten und Teilhabe im häuslichen wie beruflichen Bereich beeinträchtigen. Oftmals ergeben sich wesentliche Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit.

2.2.3 Urologische Tumoren

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

■ **Prostatakrebs**

Der Prostatakrebs (Prostatakarzinom) ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Ein Viertel aller Krebsneuerkrankungen bei Männern lassen sich diesem Krankheitsbild zuordnen (2008: 26%). Die Erkrankungsraten sind bei Prostatakrebs in den letzten Jahrzehnten angestiegen, wozu insbesondere eine verbesserte Diagnostik, also eine häufigere Entdeckung der Erkrankung, maßgeblich beigetragen hat. Etwa 13 % der männlichen Bevölkerung erkrankt im Laufe ihres Lebens an Prostatakrebs, wobei für 2012 etwa 67.000 Neuerkrankungsfälle prognostiziert wurden. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 70 Jahren (2008).

Nach operativer Entfernung der Prostata ist die wesentliche Folgestörung die Belastungsharninkontinenz. Diese tritt mit unterschiedlichem Schweregrad bei der Mehrzahl der Männer auf und stellt eine wesentliche Begründung eines Rehabilitationsbedarfs dar. Mittels eines komplexen Kontinenztrainings des Harnblasenschließmuskels sowie Beratung und Information für die weitere Lebensweise und Vermeidung von Risikofaktoren soll der Rehabilitand in die Lage versetzt werden, seine Kontinenz wiederzuerlangen. Je nach Ausmaß des operativen Vorgehens kann eine Sexualstörung mit Erektionsminderung, eine sogenannte erektile Dysfunktion, auftreten. Der Rehabilitand wird über die Möglichkeiten und Aussichten einer medikamentösen und nichtmedikamentösen Behandlung informiert und ihm wird psychologischer Beistand angeboten. Im Falle einer Bestrahlung der Prostata treten häufig Entzündungen der Blasenschleimhaut auf, die sich als Drangsymptomatik oder Dranginkontinenz äußern. Diesbezüglich werden ebenfalls Kontinenztraining und eine medikamentöse Therapie eingesetzt. Durchfälle infolge einer Enddarmenzündung nach Strahlentherapie stellen ebenfalls vorübergehende Folgestörungen dar. Hormonentzugssymptome wie Hitzewallungen, depressive Zustände und Leistungsminderung sowie auch die körperliche Erschöpfungssymptomatik nach palliativer Chemotherapie sind im fortgeschrittenen bzw. metastasierten Stadium der Erkrankung Folgestörungen und können eine Rehabilitationsbedürftigkeit begründen. In diesen Situationen kommt vornehmlich den psychoonkologischen und bewegungstherapeutischen Komponenten der größte Stellenwert zu.

■ Harnblasenkrebs

Harnblasenkrebs (Harnblasenkarzinom) kommt bei Männern und Frauen in unterschiedlicher Häufigkeit vor. Während dieser bei Männern mit 5 % aller Krebsneuerkrankungen hinsichtlich der Häufigkeit an vierter Stelle steht, sind dieser Erkrankungsform bei Frauen nur 2 % aller Neuerkrankungsfälle zuzurechnen (2008). Fast dreiviertel aller Neuerkrankungen an Harnblasenkrebs betreffen Männer (2008: 72%). Für 2012 wurden 11.500 Neuerkrankungsfälle bei Männern sowie 4.700 bei Frauen erwartet. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei Männern bei 73 Jahren, bei Frauen bei 77 Jahren.

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, so dass Therapien entsprechend anders bei oberflächlichen Tumoren 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. Ist der obere Teil der Harnröhre tumorfrei, gibt es kontinente Harnableitungen, zu denen die Neo-Blase gehört. Sie wird aus Darmteilen angelegt und an die vorhandene Harnröhre angeschlossen. Damit sind Betroffene in der Lage, den Harn auf natürlichem Wege auszuscheiden. Sehr häufig besteht in dieser Situation aber postoperativ eine sehr ausgeprägte Belastungsharninkontinenz, die die wesentliche Funktionsstörung darstellt und zur erheblichen Einschränkung der Aktivitäten und Teilhabe führen kann. Hier ist oft ein komplexes Kontinenztraining erforderlich.

Eine weitere Möglichkeit der kontinenten Harnableitung ist ein sogenannter Pouch (Beutel), der aus Dünndarmenten geformt wird, der den Harn aus der Niere aufnimmt und speichern kann. Die Ableitung erfolgt über den Selbstkatheterismus, der über einen Bauchdeckenausgang (z. B. über einen Nabelpouch) eigenständig durchgeführt wird. Dies zu erlernen stellt im Anschluss an eine solche Operation das wesentliche Rehabilitationsziel dar.

Zu den inkontinenten Harnableitungen gehören Harnleiter-Hautfistel und Ileum-Conduit (Urostoma). Bei der Harnleiter-Hautfistel werden die beiden Harnleiter direkt in die Haut der Bauchdecke eingenäht und über die Öffnung der Stomabeutel geklebt, in den ständig der Urin tropft. Dabei müssen die Harnleiter von innen durch Plastikröhrchen „geschient“ werden, damit sie offen bleiben. Die Schienen müssen alle zwei bis drei Monate gewechselt werden.

Bei einem Urostoma wird aus einem kurzen Dünndarmsegment ein Harnreservoir geformt, dieses mit den Harnleitern aus der Niere verbunden und über die Bauchdecke ausgeleitet. Hierbei gilt als Rehabilitationsziel das Erlernen der Eigenversorgung des Urostomas und der physischen und psychischen Verarbeitung der neuen Lebenssituation.

In fortgeschrittenen Tumorstadien findet häufig auch eine Strahlentherapie oder auch eine Chemotherapie Anwendung. Die Minderung oder Beseitigung der sich oftmals ergebenden Folgestörungen in Form von Durchfällen, Leistungsminderung und Erschöpfung sowie Gefühlsstörungen an Händen und Füßen stellen weitere Rehabilitationsziele dar.

■ Nierenkrebs

Von allen neuen Krebserkrankungen sind bei Männern 4 % und bei Frauen 3 % dem Nierenkrebs zuzuordnen (2008). Entsprechend sind Männer mit einem Anteil von 62 % an allen neuen Nierenkrebsfällen deutlich häufiger betroffen als Frauen (38 %). Für 2012 wurden 9.300 Neuerkrankungsfälle bei Männern und 5.800 bei Frauen prognostiziert. Männer sind zu Erkrankungsbeginn oftmals jünger als Frauen (mittleres Erkrankungsalter: m=68 J., w=71 J.).

Bei einer Nierenkrebserkrankung wird üblicherweise die betroffene Niere operativ entfernt. 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. Im metastasierten Tumorstadium kommt neben der operativen Entfernung von Metastasen auch die medikamentöse Behandlung mit neuen Medikamenten, z. B. Tyrosinkinase-Inhibitoren in Frage. Diese Medikamente führen häufig zur Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Kondition sowie zu Veränderungen im Bereich der Haut. Insbesondere bewegungstherapeutische Elemente sowie eine hautärztliche Mitbehandlung stellen dann wesentliche Rehabilitationsinhalte dar.

B

BEI EINER NIERENKREBSERKRANKUNG WIRD ÜBLICHERWEISE DIE BETROFFENE NIERE OPERATIV ENTFERNT.“

2.2.4 Lungenkrebs

Lungenkrebs ist bei Männern wie Frauen die dritthäufigste Krebsneuerkrankung. Bei Männern hat Lungenkrebs einen Anteil von 14 % an allen Krebsneuerkrankungen. Bei Frauen liegt dieser bei 7 % (2008). Für das Jahr 2012 wurde von 51.400 Neuerkrankungsfällen ausgegangen, wobei der Anteil männlicher Personen bei 66 % liegt. 7 % der Männer und 3 % der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an Lungenkrebs. Beim mittleren Erkrankungsalter zeigen sich mit 69 Jahren für Männer bzw. 68 Jahren für Frauen (2008) keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit nach Lungenkrebserkrankungen ergibt sich aus der Folge der operativen Behandlung, welche mit Entfernung von mehr oder weniger viel Lungengewebe einhergeht. Die sich daraus ergebende Funktionsstörung ist die Einschränkung der Atemfunktion. Diese kann mittels atemtherapeutischer Maßnahmen und Aktivierung der Atemhilfsmuskulatur positiv beeinflusst werden. Schmerzen oder Gefühlsstörungen im Bereich der Narbe an der Brustwand sind in der Regel nur von vorübergehender Natur und stellen dann keine Rehabilitationsbedürf-

tigkeit dar. Anders zu beurteilen sind Bewegungsstörungen des Armes und der Schulter auf der betroffenen Seite, die bei Nichtbehandlung zu längerfristigen Funktionsstörungen führen können, die die Aktivitäten und die Teilhabe beeinträchtigen können.

Im fortgeschrittenen Tumorstadium oder bei einer besonderen Form von Lungenkrebserkrankungen, den kleinzelligen Bronchialkarzinomen, wird standardmäßig eine Chemotherapie oder auch eine Strahlenchemotherapie durchgeführt. Die sich daraus ergebenden Folgestörungen sind im Wesentlichen die Leistungsminderung und Erschöpfungssymptomatik, Störungen der Ernährung mit Gewichtsverlust sowie Gefühlsstörungen an Händen und Füßen (Polyneuropathie). Die hier in Frage kommenden Rehabilitationselemente sind Bewegungstherapien und ergotherapeutische Verfahren, die auch beim Auftreten von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (kognitive Dysfunktion) eingesetzt werden. Insbesondere nach einer vorsorglichen Bestrahlung des Gehirns sind letztgenannte Funktionsstörungen führend. Während nach alleiniger Operation eines Lungentumors die Beeinträchtigung des weiteren Lebens häufig nur moderater Natur sind, kann diese bei zusätzlicher Chemotherapie oder strahlenchemotherapeutischer Behandlung sehr ausgeprägt sein und Aktivitäten und Teilhabe erheblich beeinträchtigen.

2.2.5 Hautkrebs

Hautkrebs (malignes Melanom der Haut) hat einen Anteil von vier Prozent an allen Krebsneuerkrankungen (2008). Dieser tritt bei Männern und Frauen in quasi gleicher Häufigkeit auf. 2012 wurden 17.600 neue Erkrankungsfälle erwartet. Die Zahl der Personen mit Hautkrebs (standardisierte Erkrankungsrate) hat sich seit den 1980-er Jahren mehr als verdreifacht. Frauen sind mit einem mittleren Erkrankungsalter (2008) von 60 Jahren deutlich jünger als Männer (66 Jahre).

Tumorerkrankungen der Haut werden meist operativ durch Entfernung des Hauttumors unter Hinzunahme der Entfernung des Wächterlymphknotens behandelt. Bei Befall des Wächterlymphknotens werden weitere Lymphknoten im Bereich der Lymphabflusswege entfernt. Daraus kann ein Lymphödem entstehen, insbesondere im Bereich der Arme und Beine. Die komplexe physikalische Entstauung (KPE) unter Verwendung von manueller Lymphdrainage, Bandagierung sowie Information und Beratung sind hierbei die entscheidenden therapeutischen Verfahren. Im lokal fortgeschrittenen Tumorstadium folgt der Operation eine zusätzliche medikamentöse Interferon-Therapie. Diese wird über achtzehn Monate durchgeführt und geht häufig mit grippeähnlichen Symptomen sowie körperliche Erschöpfungssymptomatik und Minderung der Leberfunktion einher. Hieraus kann sich eine zeitlich befristete Minderung der Erwerbsfähigkeit ergeben, und auch die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft kann deutlich eingeschränkt sein. Im metastasierten Stadium kommen Chemotherapeutika und auch neue Medikamente, sogenannte Antikörper oder Tyrosinkinase-Inhibitoren, in Frage. Die wesentlichen sich daraus ergebenden Funktionsstörungen sind ebenfalls körperliche Erschöpfung, Ernährungsstörungen durch chronische Darmentzündungen sowie das Auftreten von Zweittumoren. Unter Einsatz dieser medikamentösen Therapieverfahren sind die Aktivitäten und die Teilhabe oftmals erheblich eingeschränkt.

2.2.6 Krebs der Lymphdrüsen und des Blutes

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. Die einzelnen Erkrankungsformen treten im Vergleich zu anderen

Krebserkrankungen seltener auf, wobei insgesamt 7 % aller Krebsneuerkrankungen (2008) einer dieser Krebsformen zugeordnet werden können. Der Anteil männlicher Personen mit einer solchen Erkrankung liegt insgesamt bei 54 %. Für 2012 wurden insgesamt 33.700 Neuerkrankungsfälle prognostiziert. Das mittlere Erkrankungsalter bei Non-Hodgkin-Lymphomen, Multiplen Myelomen und Leukämien liegt etwa um das 70. Lebensjahr, wobei Frauen im Mittel jeweils drei Jahre älter sind als Männer. Morbus Hodgkin hat zwei Häufigkeitsgipfel und betrifft dem gegenüber mit einem mittleren Erkrankungsalter von 47 Jahren (Männer) bzw. 49 Jahren (Frauen) deutlich jüngere Personen (2008).

Bei dieser Gruppe von Erkrankungen handelt es sich um Systemerkrankungen des Blutes, des Knochenmarkes sowie des lymphatischen Systems. Aus diesem Grund werden die hämatologischen Krebserkrankungen überwiegend mittels Chemotherapie oder Immunchemotherapie unter Hinzunahme eines Antikörpers behandelt. Die wesentlichen daraus resultierenden Folgestörungen sind körperliche Erschöpfungssymptomatik und Leistungsminderung. Darüber hinaus können Gefühlsstörungen an Händen und Füßen (Polyneuropathie) auftreten und sich Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (kognitive Dysfunktionen) einstellen. Die Rehabilitationsziele beziehen sich auf diese Folgestörungen und werden mittels bewegungstherapeutischer Elemente sowie ergotherapeutischer Verfahren zur Verbesserung der Polyneuropathie und der kognitiven Dysfunktion behandelt. Im frühen Stadium einer Lymphomerkkrankung, wenn nur ein Lymphknotenareal betroffen ist, können mittels alleiniger Strahlentherapie Heilungen erreicht werden. In einem solchen Fall stehen vornehmlich eine leichte körperliche Erschöpfung sowie oft die Bewegungsstörung einer einzelnen Extremität bzw. der Halswirbelsäule im Vordergrund.

Akute Leukämien werden häufig auch mittels Hochdosis-Chemotherapie und Übertragung von Blutstammzellen, z. B. von einem Fremdspender, behandelt. Die Folgestörungen 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. Nach Übertragung von eigenen Blutstammzellen, die vor einer Hochdosistherapie entnommen worden sind, treten im Wesentlichen die gleichen Funktionsstörungen auf, die nach Immunchemotherapie vorherrschend sind.

Eine seltene Form der chronischen Leukämie ist die chronische myeloische Leukämie (CML). Diese wird mit neuen Medikamenten, den sogenannten Tyrosinkinase-Inhibitoren behandelt. Da es sich derzeit noch um eine lebenslange Medikamenteneinnahme handelt, treten häufig Funktionsstörungen in Form von Leistungsminderung, Konditionsschwäche, Erschöpfungssymptomatik sowie Veränderungen im Bereich des Weichgewebes und der Verdauungsorgane auf. Diese Funktionsstörungen können im Lauf von Monaten oder Jahren die Aktivitäten und die Teilhabe einschränken.

2.2.7 Tumorerkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes

Zusammen betrachtet nehmen die Tumorerkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes einen Anteil an allen Krebsneuerkrankungen von 5 % bei Männern und 2 % bei Frauen ein (2008). Dem entsprechend sind etwa 77 % der Menschen mit einer dieser Krebserkrankungen männlich (2008). Der große Anteil erkrankter Männer wird insbesondere auf den unterschiedlichen Umgang mit relevanten Risikofaktoren (Alkohol- und Tabakkonsum) zurückgeführt. Für das Jahr 2012 wurden 13.700 neu erkrankte Männer und 4.400 Frauen prognostiziert. Das mittlere

KAPITEL 2

Erkrankungsalter liegt, werden Tumorerkrankungen der Mundhöhle und des Rachens gemeinsam betrachtet, bei 61 Jahren bei Männern und 66 Jahren bei Frauen; bei Tumorerkrankungen des Kehlkopfes bei 66 Jahren für Männer und bei 64 Jahren für Frauen (2008).

Tumorerkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes werden entweder operativ und/oder mit Strahlenchemotherapie behandelt. Die sich daraus ergebenden Folgestörungen finden sich vornehmlich im Mund- und Rachenbereich, bedingt durch Bewegungsstörungen der Zunge, Mundschleimhautentzündungen und Einschränkungen beim Sprechen.

Infolge von Störungen der Nahrungsaufnahme kann es zu Gewichtsverlust und Mangelernährung kommen. Ferner kann eine (vorübergehende) Ernährung über eine durch die Bauch-Haut angelegte Magensonde erforderlich sein (PEG-Sonde). Die wesentlichen Rehabilitationsziele sind eine Verbesserung der Nahrungsaufnahme, Gewichtszunahme, Verbesserung des Sprechens und der Sprache sowie eine Verminderung von funktionellen Störungen im Bereich der Halswirbelsäule und der Schulterbeweglichkeit. Im Falle einer Tumorerkrankung, die sich direkt im Kehlkopf befindet (Larynxkarzinom), kommt es im fortgeschrittenen Stadium zur Entfernung des Kehlkopfes. In einem solchen Fall muss die Speiseröhrenersatzsprache (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.

2.2.8 Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems

Krebserkrankungen des zentralen Nervensystems betreffen zumeist das Gehirn (95 % der Fälle), selten andere Bereiche des Nervensystems, wie das Rückenmark, Hirnhäute oder Hirnnerven. Krebserkrankungen treten in diesem Bereich mit einem Anteil von 1,4 % (2008) an allen Krebsneuerkrankungen vergleichsweise selten auf. Männer sind mit einem Anteil von 56 % etwas häufiger betroffen als Frauen (2008). Für das Jahr 2012 wurden 4.100 Neuerkrankungsfälle bei Männern und 3.000 bei Frauen geschätzt. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) liegt für Männer bei 64 Jahren und für Frauen bei 68 Jahren (2008). Bei Kindern sind nach den Leukämien (34 %) die Krebserkrankungen des zentralen Nervensystems mit 23 % die zweitgrößte Diagnosegruppe.

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 (2007)¹⁰, in der zwischen Grad I (gutartiger, langsam wachsender Tumor) bis Grad IV (bösartiger, schnell wachsender Tumor) differenziert wird.

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.

¹⁰ Näheres unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1929165/#CR35>

KAPITEL 2

Aus den tumor- und/oder therapiebedingten Funktions- und Fähigkeitsstörungen ergibt sich der Rehabilitationsbedarf.

Epileptische Anfälle können erstes Symptom eines Hirntumors sein und gegebenenfalls auch nach abgeschlossener Behandlung wiederholt auftreten. Neben der optimalen Einstellung der antiepileptischen Medikation ist eine Abklärung der beruflichen Leistungsfähigkeit und insbesondere auch der Fahreignung erforderlich.

Schwindel, Muskelschwäche und motorische Störungen bis zu Lähmungserscheinungen erfordern eine intensive Behandlung durch Physio- und Ergotherapeuten. Auch die Beratungen zu und das Üben mit Hilfsmitteln sind Elemente der Rehabilitation. Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen sind die Indikation für eine intensive logopädische Betreuung.

Die psychischen Veränderungen im Zusammenhang mit Hirntumorerkrankungen reichen von leichten Störungen des Kurzzeitgedächtnisses bis hin zu schwerwiegenden Persönlichkeitsveränderungen als Symptomatik eines organischen Psychosyndroms. Mit einer oft langfristigen psycho- und ergotherapeutischen Behandlung wird der/die Betroffene für die Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens konditioniert. Oft ist die intensive Einbeziehung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess erforderlich, um das Ziel der Wiedererlangung der sozialen Integration zu erreichen.

3 Diagnostik, Therapie und Rehabilitationsindikation bei onkologischen Erkrankungen

3.1 Diagnostik und Primärtherapie bei Menschen mit Krebserkrankungen

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 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) hinzu genommen.

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 Tumorkonferenz¹¹ festgelegt.

Darüber hinaus ergibt sich die Möglichkeit der Kombination einzelner therapeutischer Verfahren in Form einer sog. 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 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,

¹¹ Bei Tumorkonferenzen beraten und entscheiden medizinische Spezialisten verschiedener Fachrichtungen zu individuellen Therapieempfehlungen.

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.

3.2 Indikationsstellung für die Rehabilitation bei Menschen mit Krebserkrankungen

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
- im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationsziels¹² positiv eingeschätzten Rehabilitationsprognose.

■ 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.

¹² Die Darstellung wesentlicher Rehabilitationsziele bei Krebserkrankungen finden sich unter Kapitel 4 dieser Arbeitshilfe.

KAPITEL 3

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.

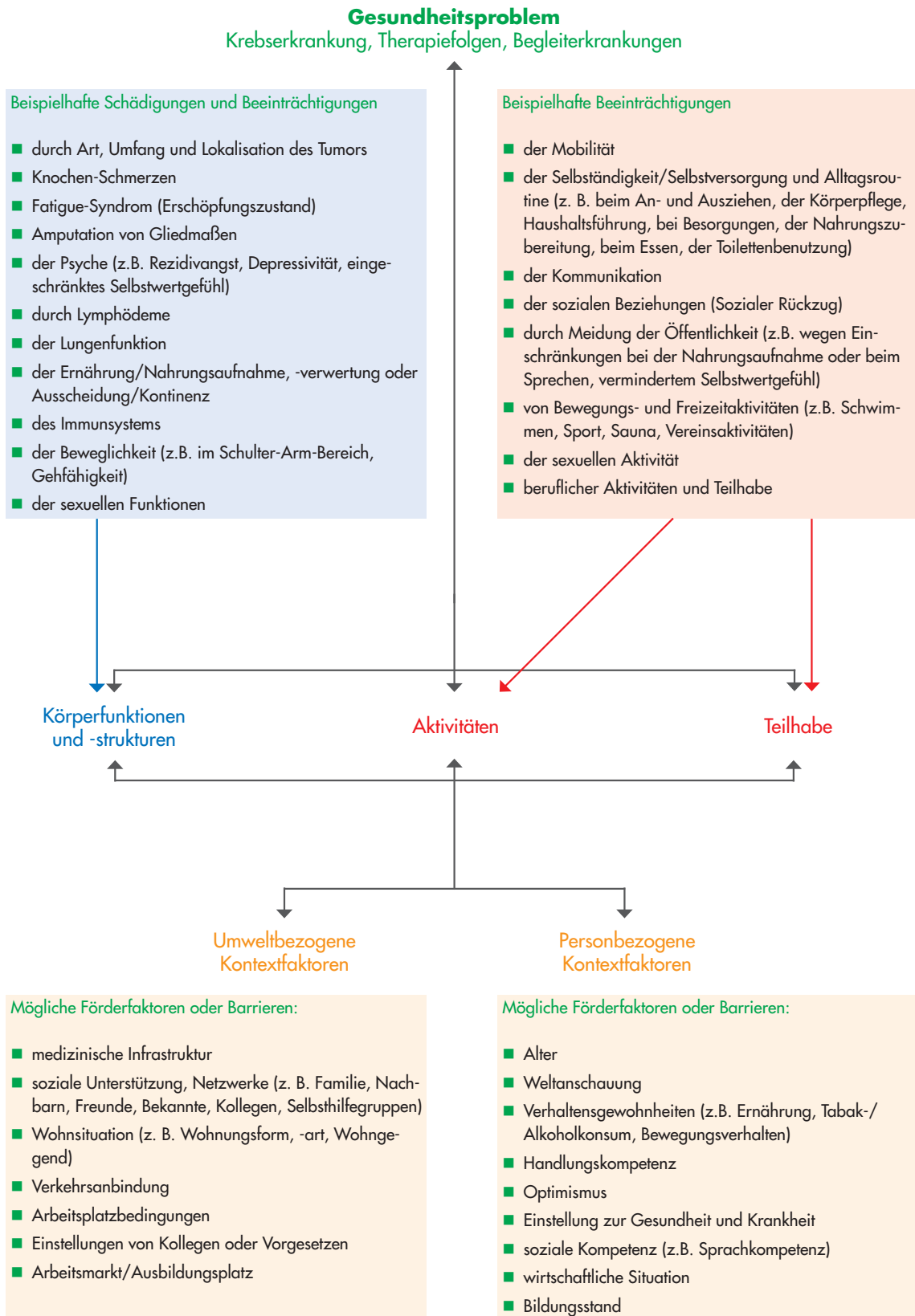
Auch psychische Belastungen infolge einer Krebserkrankung (z. B. Rezidivangst, Anpassungsstörungen, Depressivität und vermindertes Selbstwertgefühl) können einen ebenso wichtigen Rehabilitationsbedarf begründen.

Darüber hinaus können zugleich umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren für den Rehabilitationsbedarf Bedeutung haben.

Zur Verdeutlichung des bio-psycho-sozialen Ansatzes sollen die Auswirkungen einer Krebserkrankung den jeweiligen Komponenten der ICF zugeordnet werden.¹³

¹³ Weitere Beispiele zu anderen Erkrankungen auch in: BAR, ICF-Praxisleitfäden 1-3 unter www.bar-frankfurt.de

KAPITEL 3



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.

Vor Beginn einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation müssen die operative Primärtherapie oder eine Strahlentherapie abgeschlossen sein.

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, so dass für eine medizinischen Rehabilitationsleistung eine ausreichende Belastbarkeit gegeben ist.

Tumorthérapien wie Immuntherapien oder Chemotherapien können die Rehabilitationsleistung begleiten, sofern durch sie die Durchführung und Effektivität der Rehabilitationsleistung nicht beeinträchtigt werden. Andernfalls ist die Rehabilitation zeitlich zu verschieben, da keine Rehabilitationsfähigkeit besteht.

■ **Rehabilitationsprognose**

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

- durch geeignete Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- 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.

■ **Rehabilitationsziel**

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 1.2.2. 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.

4 Ziele und Elemente der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen

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

- einer Arbeit nachgehen kann und
- in für sich befriedigender Weise am Leben in der Gesellschaft teilnehmen und seine/ihre Freizeit gestalten 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.

4.1 Ziele der medizinischen Rehabilitation

4.1.1 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 somatischen 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.

KAPITEL 4

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 Rehabilitationsziele.
- 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 Hormonentzugserscheinungen.
- 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.

SCHÄDIGUNGEN DER KÖRPERFUNKTIONEN UND -STRUKTUREN BEEINTRÄCHTIGEN DIE BETROFFENEN HÄUFIG AUF DER EBENE DER AKTIVITÄTEN.“

Auf der psychischen Ebene können spezifische Rehabilitationsziele unabhängig von der Tumorentität aufgestellt werden:

- Erlernen von Strategien zur Krankheitsbewältigung (Coping)
- Reduktion depressiver Krankheitsverarbeitung

KAPITEL 4

- Minderung von Ängsten
- Erlernen von Techniken zur Stressbewältigung und Entspannung

4.1.2 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:

- 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
- Entwicklung einer sinnvollen Freizeitgestaltung einschließlich regelmäßiger sportlicher Aktivitäten

4.1.3 Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Kontextfaktoren“ 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 im Sinne des Ressourcenkonzeptes der Rehabilitation genutzt und negativ wirkende Kontextfaktoren (z. B. Übergewicht, Nikotin- und Alkoholkonsum) benannt und u. a. im Rahmen der Patientenschulung Bewältigungsstrategien vermittelt werden.

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 (siehe Kapitel 4.2)
- Ausschluss arbeitsbedingter kanzerogener Einwirkungen
- 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
- Motivation und Unterstützung bei der Lebensstiländerung

4.2 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,
- Struktur für den Tages-, Wochen- und Monatsablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus) sowie
- 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. Die vielfältigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben reichen z. B. von der behinderungsgerechten Ausstattung des Arbeitsplatzes bis zu umfassenden Weiterbildungsmaßnahmen. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind vor allem darauf ausgerichtet, den betroffenen Menschen möglichst dauerhaft in den allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern. Dazu gehören u. a. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes.

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 (§ 84 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 betriebliches Eingliederungsmanagement durchgeführt wird, trifft der Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin. In den Prozess sind zudem weitere betriebliche Akteure einzubinden. Ziel des Zusammenwirkens ist, mit der/dem

KAPITEL 4

Beschäftigten Möglichkeiten zur Beendigung der bestehenden bzw. zur Vorbeugung einer erneuten Arbeitsunfähigkeit sowie Möglichkeiten zum Arbeitsplatzergänzung 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 Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder – bei schwerbehinderten Beschäftigten – das Integrationsamt hinzuzuziehen.

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. Deshalb haben die Rehabilitationsträger über ihre ohnehin bestehenden Beratungsangebote hinaus Materialien zur Unterstützung von Arbeitgebern bei der Erfüllung ihrer Pflicht entwickelt. Dazu zählt neben einer „Hilfestellung für Unternehmen zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements“ mit der Beschreibung wesentlicher Prozessschritte auch eine – weitere – „Hilfestellung für Arbeitgeber bei der Auswahl von BEM-Dienstleistern“ mit entsprechenden Qualitätshinweisen.¹⁴

Auch andere Institutionen haben sich mit dem Thema „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ beschäftigt, so z. B. der Deutsche Gewerkschaftsbund, dessen „Handlungsleitfaden für ein betriebliches Eingliederungsmanagement“ unter www.dgb-bestellservice.de zum Download bereitsteht.

4.3 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Für Menschen mit Krebserkrankungen können im Einzelfall auch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sinnvoll und notwendig sein, um drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder deren Zunahme zu verhüten.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sollen Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern sowie eine mögliche Pflegebedürftigkeit verhindern oder verringern.

¹⁴ Download der Materialien unter: www.bar-frankfurt.de/2530.html

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.

Zur Erreichung der Rehabilitationsziele sind nach Möglichkeit Bezugspersonen mit einzubeziehen. Dies gilt insbesondere bei der Rehabilitation von Kindern (vgl. Kapitel 5).

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

4.4 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.

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. 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. Weitere Informationen zu Leistungsvoraussetzungen, Verfahren und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit finden sich in Kapitel 8.10.

4.5 Elemente der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen

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.

KAPITEL 4

In Abhängigkeit von den festgelegten rehabilitativen Zielsetzungen enthalten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Krebserkrankungen z. B. folgende Elemente:

- Fortsetzen der medikamentösen Behandlung
- Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie
- Physikalische Therapie (Hydro-, Thermo-, Balneo- und Elektrotherapie, Massagen und Lymphdrainagen)
- Psychologische Beratung und Therapie (Psychoonkologie)
- Ergotherapie (u. a. Arbeitsplatztraining)
- Hilfsmittelberatung, -anpassung und -schulung,
- Logopädische Behandlung
- Entspannungstraining
- Künstlerische Therapien
- Gesundheitsbildung und indikationsspezifische Patientenschulung
- Ernährungsberatung
- Inkontinenzbehandlung und Stomaversorgung
- Sexualberatung
- Sozial- und sozialrechtliche Beratung
- Unterstützung der beruflichen Reintegration (z. B. stufenweise Wiedereingliederung, Belastungserprobung)
- Nachsorge und soziale Integration (insb. Verordnung von Rehabilitationssport, Vermittlung in Selbsthilfegruppen)
- abschließende sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden

A BHÄNGIG 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.“

KAPITEL 4

Zum interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören z. B. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie, je nach Behandlungsschwerpunkt der Klinik auch Ärztinnen und Ärzte mit indikationsspezifischen Facharztanerkennungen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Assistenzkräfte, Psychologinnen und Psychologen, Pädagoginnen und Pädagogen, Sportlehrerinnen und Sportlehrer beziehungsweise Sporttherapeutinnen und Sporttherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Diätassistentinnen und Diätassistenten.

Die Auswahl der Behandlungselemente 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 wesentliches Element der Rehabilitation Krebskranker 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 therapeutischer Einzelintervention Bewältigungsstrategien vermitteln.

Um die Nachhaltigkeit der Rehabilitation zu sichern, sollte die Verordnung von Rehabilitationssport angeregt und im günstigsten Fall der Kontakt zu einer Krebsportgruppe bereits während der Rehabilitation hergestellt werden (vgl. Kapitel 4.6.2). Auch die Möglichkeit der aktiven Mitarbeit in einer der vielen Selbsthilfegruppen sollte dem Rehabilitanden vermittelt werden (vgl. Kapitel 7.4).

Grundsätzlich gilt, dass bei der Auswahl und Durchführung von Rehabilitationsleistungen zu dieser Thematik erarbeitete Leitlinien der relevanten Fachgesellschaften berücksichtigt werden sollten.¹⁵

¹⁵ Eine Auflistung der für die Rehabilitation von Krebserkrankungen relevanten Leitlinien finden sich im Kapitel 7.2 „Leitlinien, Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen“

4.6 Nachsorge

4.6.1 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,
- Hinweise auf Selbsthilfegruppen.

Die spezifische onkologische Nachsorge wird in hämatologisch-onkologischen Schwerpunktpraxen¹⁶ 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.

4.6.2 Rehabilitationssport als nachgehende Leistung

Um die Nachhaltigkeit einer ambulanten oder stationären onkologischen Rehabilitationsleistung zu unterstützen, kann als nachgehende Leistung im Anschluss an die Rehabilitation „Rehabilitationssport“ ärztlich verordnet werden (siehe auch Kapitel 6.2).

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, Selbsthilfepotentiale 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.

¹⁶ Über www.bnho.de können die Adressen onkologischer Praxen in Deutschland recherchiert werden.

KAPITEL 4

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. In der BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 sind u. a. Leistungsumfang, Inhalte und Durchführung des Rehabilitationssports geregelt¹⁷.

Derzeit existieren in Deutschland mehr als 600 spezielle Krebsnachsorge-Sportgruppen, insbesondere für Brustkrebserkrankte Frauen. Die Liste mit den Kontaktadressen der Landesverbände des Deutschen Behinderten-Sportverbandes (DBS) als Ansprechpartner für Rehabilitationssport wird den Versicherten 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.

¹⁷ Die Rahmenempfehlung finden Sie hier: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenvereinbarung_Rehasport_2011.pdf

5 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen

Die zunehmend besseren Behandlungserfolge bei der Therapie der hochmalignen Krebserkrankungen im Kinder- 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.

Allgemein gelten für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen Besonderheiten zur Antragstellung, zu Art und Weise der Rehabilitationsleistung, zur Erstellung des Entlassungsberichtes sowie zu nachgehenden Leistungen¹⁸. Die sonst in der medizinischen Rehabilitation geltende Nachrangigkeit (Subsidiaritätsprinzip) trifft für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nicht zu, das heißt, es gibt eine gleichrangige Zuständigkeit der Krankenversicherung und der Rentenversicherung als Träger der Rehabilitationsleistung.

Kosten für eine Begleitperson werden in der Regel unabhängig vom Alter des Kindes oder Jugendlichen übernommen, da deren Notwendigkeit auf Grund der Schwere des Krankheitsbildes immer als gegeben angenommen werden kann. Auch die Aufnahme von Geschwisterkindern kann vollständig oder anteilmäßig finanziert werden.

Im Rahmen einer sogenannten „Familienorientierten Rehabilitation“ (FOR) wird das Kind von seinen Eltern/Erziehungsberechtigten und/oder Geschwistern während der Rehabilitation begleitet¹⁹. 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 Rehabilitationort.

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.

¹⁸ Gemeinsame Informationen der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich hier: http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/stationaere_vorsorge_reha/20121120_Informationen_zur_Kinderreha.pdf

¹⁹ Siehe hierzu auch die „Verfahrensabsprache zu Anträgen der ‚Familienorientierten Rehabilitation‘“

KAPITEL 5

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen werden stationär erbracht. Die Dauer der Rehabilitationsleistung beträgt in der Regel 4 Wochen. Alle Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche bieten Überbrückungsunterricht an, um eine Verschlechterung schulischer Leistungen zu verhindern oder dieser entgegenzuwirken.

Nachgehende Leistungen im Bereich der Rentenversicherung, z. B. Rehabilitationssport, sind für Kinder und Jugendliche nicht vorgesehen. Diese Besonderheit ergibt sich aus der gesetzlichen Verankerung der Rehabilitationsleistungen.

6 Weitere Aspekte bei der Rehabilitation von Menschen mit Krebserkrankungen

6.1 Psychosoziale Aspekte

Die Diagnose einer Krebserkrankung stellt für die meisten betroffenen Menschen ein äußerst belastendes Lebensereignis dar. Neben den körperlichen sind auch den psychischen und psychosozialen Aspekten wesentliche Beachtung zu schenken. Die Wahrnehmung vieler Krebspatienten unterscheidet sich dabei von anderen Menschen, die sich ebenso an eine Krankheitssituation anpassen müssen, die die Lebenszeit verkürzt oder mit chronischem Verlauf die Lebensqualität drastisch verändert²⁰. Nach Weis und Faller²¹ können insbesondere vier Bereiche psychosozialer Belastungen von Bedeutung sein:

- Die unmittelbare Erfahrung der Endlichkeit des eigenen Lebens wird oft als angstauslösende Bedrohung wahrgenommen. Im weiteren Krankheitsverlauf ist hierbei die Angst vor einem Wiederauftreten (Rezidiv) oder Fortschreiten (Progredienz) der Erkrankung bedeutsam.
- Eine Krebserkrankung kann das Gefühl der Selbstverständlichkeit, sich auf seinen Körper verlassen zu können, wesentlich bedrohen. Zudem sind Menschen mit Krebserkrankung oftmals von körperlichen Beschwerden und den körperlichen Auswirkungen eingreifender Therapiemaßnahmen betroffen, die es in das individuelle Körperbild zu integrieren gilt.
- Nicht selten sind von Menschen mit Krebserkrankung Erwerbstätigkeit und/oder Alltagsaktivitäten infolge körperlicher Beeinträchtigungen durch die Erkrankung sowie ggf. infolge langwieriger Therapiemaßnahmen aufzugeben. Dies kann teils vorübergehend, teils dauerhaft notwendig sein. Mit diesem Sachverhalt gilt es sich auseinanderzusetzen sowie ggf. bisherige Lebensentwürfe zu überdenken.
- Krebserkrankungen können zudem auch Auswirkungen auf das Ausfüllen sozialer Rollen haben (z. B. im Bereich Familie oder Arbeit). Insofern sind auch mögliche Folgen auf die soziale Identität zu berücksichtigen.

Menschen mit Krebserkrankungen erleben neben körperlichen Belastungen beträchtliche emotionale und soziale Veränderungen, die ihnen erhebliche Anpassungsleistungen abfordern. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation knüpfen psychosoziale Elemente an vorstehende und weitere krebsassoziierte Belastungen an. Dabei geht es mit Blick auf die Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankungen sowie im Hinblick auf die Senkung der Mortalität²² insbesondere um folgende Leistungen²³:

- die Unterstützung Betroffener bei der Bewältigung psychosozialer Belastungen,
- die Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und die Optimierung der Krankheitsbewältigung,

20 Heußner, P., Hiddemann, W. (2012): Psychoonkologie. Psyche und Krebs. In: Der Internist, 11, 1296-1303.

21 Weis, J., Faller, H. (2012): Psychosoziale Folgen bei Langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, 501-508.

22 Chida, Y. et al. (2008): Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? In: Nature Clinical Practice Oncology, 5, 466-475.

23 Siehe auch: Tschuschke, Volker (2011): Psychoonkologie. Schattauer: Stuttgart.

KAPITEL 6

- Stress- und Angstreduktion,
- Reduktion von Depression und Verzweiflung,
- Verminderung von chronischer Erschöpfung,
- Erlernen von Copingstrategien.

Die Bereitstellung psychoonkologischer Unterstützung ist das Aufgabenfeld der „Psychosozialen Onkologie“. Inhaltlich umfasst diese eine Vielzahl psychosozialer Hilfen wie Informationsvermittlung, Begleitung, Stützung, Beratung, psychoedukative Maßnahmen, Krisenintervention etc. Neben den subjektiven emotionalen Belastungen muss auch immer die soziale Perspektive betrachtet werden. Aber auch der spirituelle Blickwinkel im Sinne eines persönlichen Wertesystems stellt eine wichtige Dimension der Lebensqualität dar und ist deshalb auch zu beachten. Ziel ist die Unterstützung der Betroffenen und deren Angehöriger, mit ggf. vorhandenen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe besser umzugehen.

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird auf die individuellen Unterstützungsbedarfe gezielt eingegangen. So werden im Rahmen dieser Leistungen Informationen zu der Erkrankung, ggf. notwendigen weiteren Therapien sowie zu Therapiefolgen vermittelt. Zudem werden Hilfen zur Bewältigung psychischer Belastungen angeboten sowie Unterstützung bei sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Problemen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung geleistet. Das Spektrum psychoonkologischer Interventionen umfasst dabei²⁴:

- Entspannungsverfahren, Imaginative Verfahren²⁵
- Psychoedukation
- psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung
- psychotherapeutische Paarinterventionen
- künstlerische Therapien und
- psychosoziale Beratung.

Die Betreuung im psychosozialen Bereich erfolgt in der Rehabilitation überwiegend durch Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen sowie durch weitere Angehörige der Gesundheitsfachberufe. Diese sollten neben einer Grundausbildung im Bereich Psychoonkologie auch über spezielle Fort- und Weiterbildungen verfügen.

Sofern die psychischen Belastungen infolge der Krebserkrankung einen Grad psychischer Dekompensation erreichen, bei dem anzunehmen ist, dass der Betroffene nicht ausreichend auf selbstregulierende Verarbeitungsmechanismen zurückgreifen kann, sind zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung bei Krebserkrankten und ihren Angehörigen oftmals psychotherapeutische Interventionen erforderlich. Diese werden von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt und können auch nach Ende der Rehabilitationsleistung noch notwendig sein. Psychoonkologisch ausgebildete Psychotherapeuten im ambulanten Bereich können über das

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

25 z. B. autogenes Training, Meditation

KAPITEL 6

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 durch eine Krebserkrankung betroffene Menschen. Diese Hilfen werden insbesondere durch Selbsthilfegruppen und -organisationen angeboten (siehe auch Kapitel 7.4).

6.2 Gesundheitsverhalten

6.2.1 Sport und Bewegung

Allgemein gut bekannt ist der wissenschaftlich nachgewiesene Sachverhalt, dass ein ausreichendes Maß an körperlicher Bewegung die Gesundheit fördert und das Risiko für zahlreiche Erkrankungen senkt. Am wirksamsten scheinen dabei sportliche Aktivitäten in der Kombination eines Kraft- und Ausdauertrainings zu sein.

Auch in der Primärprävention von Krebserkrankungen spielt Bewegung eine wesentliche Rolle. Die Effekte sind nicht für alle Tumorarten wissenschaftlich belegt, eine differenzierte Sichtweise in Abhängigkeit von der Organlokalisierung des Tumors ist erforderlich. So ließe sich die Zahl der hormonrezeptorpositiven Brustkrebserkrankungen nach den Wechseljahren und der Endometriumkarzinome durch regelmäßige sportliche Aktivität deutlich reduzieren. Auch für das Kolonkarzinom ist die protektive Wirkung von Bewegung in Studien eindeutig belegt. Eine mögliche Risikoreduktion durch körperliche Aktivität wird auch für die Erkrankungen Prostata-, Pankreas- und Lungenkrebs beschrieben.

Schon während der Rekonvaleszenz nach den operativen Eingriffen im Rahmen der Tumorbehandlung kann mit einem moderaten Bewegungstraining begonnen werden. Zahlreiche Studien belegen, dass während der Chemo- und Strahlentherapie an die aktuelle Leistungsfähigkeit angepasste sportliche Aktivitäten die belastenden Nebenwirkungen der adjuvanten Therapien reduzieren. Neben den erwarteten positiven Effekten auf die körperliche Fitness hat das Training eine deutliche stimmungsaufhellende Wirkung und mindert damit auch die chronische Erschöpfung (Fatigue-Symptomatik).

In der Tertiärprävention von Krebserkrankungen, das heißt bei der Verhinderung oder Verzögerung der Entwicklung von Komplikationen beziehungsweise des Wiederauftretens und Fortschreitens der Erkrankung, hat körperliche Bewegung ebenfalls einen hohen Stellenwert. Ein kontinuierliches moderates Kraft- und Ausdauertraining kann beim hormonrezeptorpositiven postmenopausalen Brustkrebs, beim Endometrium-, Prostata- und Kolonkarzinom die Prognose verbessern. Erkrankungsrezidive können möglicherweise vermieden oder deren Auftreten verzögert werden. Kraft- und Ausdauersport steigern die Kondition, reduzieren die Fatigue-Symptomatik und verbessern so die Lebensqualität der Menschen mit Krebserkrankungen.

Aktuell bleiben noch viele Fragen offen, da die bisher vorliegenden Studienergebnisse inkonsistent sind. Ein Schwerpunkt der Forschung ist deshalb unter anderem die Entwicklung evidenzbasierter sport- und bewegungstherapeutischer Trainingsprogramme, die spezifisch auf die jeweiligen Er-

krankungssituationen und die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten sind. Dabei ist eine Differenzierung nach der Tumorentität erforderlich, da körperliche Aktivität vermutlich nicht bei allen Krebserkrankungen dieselbe Wirkung hat.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass unter Beachtung der krankheits- und therapiebedingten individuellen Gegebenheiten Menschen mit Krebserkrankungen während und nach der Therapie von sportlicher Aktivität in Form eines moderaten Kraft- und Ausdauertrainings profitieren.

6.2.2 Umgang mit Risikofaktoren

Von vielen Krebserkrankungen sind die konkreten Krankheitsursachen bislang nicht bekannt, vermutlich werden die meisten Erkrankungen durch ein Zusammenwirken mehrerer auslösender Faktoren verursacht. So kann eine genetische (erbliche) Veranlagung für bestimmte Tumorarten durch äußere Faktoren verstärkt werden. Diese äußeren Faktoren sind durch Präventionsstrategien beeinflussbar. Die WHO schätzt, dass sich weltweit mehr als 30 % aller Krebsfälle durch Prävention verhindern ließen. Prävention ist dabei nicht nur hinsichtlich des Verhinderns einer Erstkrankung bedeutsam, sondern insbesondere auch zur Begünstigung der Prognose eines erneuten Auftretens einer Krankheit, hier der Krebserkrankung (Rezidiv). Beeinflussbare Risikofaktoren für das (erneute) Auftreten einer Krebserkrankung lassen sich wie folgt beschreiben:

- **Tabakkonsum:** Tabakrauch enthält eine Vielzahl krebsauslösender Stoffe, die nicht nur als Risikofaktoren für die Erkrankung am Lungenkrebs bekannt sind, sondern unter anderem auch bei der Entstehung von Brust-, Bauchspeicheldrüsen-, Speiseröhren-, Harnblasen- und Magenkrebs eine Rolle spielen. Auch bereits an Krebs erkrankte Menschen können vom Verzicht auf das Rauchen profitieren. Die Sauerstoffaufnahme in der Lunge verbessert sich, es treten nach Operationen weniger Wundheilungsstörungen auf, Medikamente und Bestrahlung können besser wirken.
- **Ernährung:** Bei ungefähr jeder dritten Krebserkrankung besteht ein Zusammenhang mit der Art der Ernährung. So sind sowohl eine hochkalorische Ernährung als auch ein häufiger Verzehr von rotem Fleisch, Gebratenem und Gegrilltem und ein geringer Anteil von Ballaststoffen, Mineralstoffen und Vitaminen in der Nahrung begünstigend für die Entwicklung verschiedener Krebsarten.
- **Alkohol:** Alkoholkonsum in größeren Mengen, aber auch der regelmäßige Konsum geringer Alkoholmengen kann, insbesondere in Kombination mit Tabakrauchen das Risiko für die Entstehung von Brust-, Leber-, Darm-, Mundhöhlen-, Kehlkopf-, Speiseröhren- und Magenkrebs deutlich steigern.
- **Sonne:** Während UV-Strahlung mit einer wiederholt Sonnenbrand auslösenden Intensität eine Krebsgefahr für die Haut darstellt, kann eine moderate Sonnenlichtexposition vor bestimmten Krebsarten (z. B. Brust- und Prostatakrebs) schützen.
- **Medikamente:** Spezifische Medikamente, so u. a. auch Chemotherapeutika und andere in der Krebsbehandlung eingesetzte Medikamente, erhöhen das Risiko, an bestimmten Krebsarten zu erkranken. Hier ist immer der Gesamtnutzen der Medikamenteneinnahme gegen das Risiko der Krebserkrankung abzuwägen.
- **Radioaktivität und Röntgenstrahlung:** Strahlenbelastung im Zusammenhang mit der Berufsausübung (Bergarbeiter, Flugpersonal, Wissenschaftler, Mediziner), mit medizinischer Diag-

KAPITEL 6

nostik und Behandlung sowie durch natürliche Quellen kann in Abhängigkeit von Strahlendosis, Bestrahlungsdauer und Empfindlichkeit des betroffenen Gewebes zu irreparablen Zellveränderungen führen und so zur Krebsentstehung beitragen.

- **Virusinfektionen:** Für einige Virustypen (humanes Papillomavirus – HPV, Epstein-Barr-Virus – EBV, Hepatitis-C-Virus – HCV) ist deren maßgebliche Beteiligung an der Entstehung von Krebserkrankungen belegt. Nicht die Virusinfektion allein ist Auslöser der Erkrankung, oft basiert die chronische Infektion auf einer Schwäche des Immunsystems.
- **Schadstoffe:** Anteil an der Krebsentstehung können im Einzelfall auch der Einfluss von Schadstoffen und Verunreinigungen in Lebensmitteln haben sowie auch der von schädlichen Umwelteinflüssen oder arbeitsbedingten Einwirkungen.

Da insgesamt Risikofaktoren und deren Einfluss in der heterogenen Gruppe der Krebserkrankungen schwer generalisierbar sind, ist jeweils eine individuelle Betrachtung sinnvoll und notwendig. Im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation spielt die Auseinandersetzung mit jeweils bedeutsamen Risikofaktoren und das daran geknüpfte individuelle Gesundheitsverhalten eine wesentliche Rolle. So kann im Wissen um die wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren empfohlen werden, unter dem Aspekt eines gesundheitsfördernden Lebensstils auf das Rauchen zu verzichten, ein moderates Sport- und Bewegungstraining in den Alltag zu integrieren, eine gesunde Ernährung umzusetzen, nur gelegentlich in kleinen Mengen Alkohol zu genießen und eine intensive Sonnenexposition zu vermeiden.

Medizinische Früherkennungsmaßnahmen, die in Deutschland von der gesetzlichen Krankenversicherung²⁶ finanziert werden, betreffen Krebskrankheiten der Haut, des Darms, des Gebärmutterhalses und der Brustdrüse bei Frauen sowie der Prostata bei Männern.

²⁶ Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses findet sich unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/17/>.

7 Hilfen für Menschen mit und nach Krebserkrankungen

7.1 Beratung und Unterstützung

7.1.1 Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation

Entsprechend §§ 22-25 SGB IX unterhalten die Rehabilitationsträger Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation für Fragestellungen insbesondere im Zusammenhang mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Diese erbringen eine umfassende, qualifizierte, individuelle und neutrale Beratung. In jedem Landkreis/jeder kreisfreien Stadt gibt es mindestens eine Gemeinsame Servicestelle. Das tatsächliche Angebot ist in den Regionen unterschiedlich entwickelt. Ein aktuelles Verzeichnis aller Gemeinsamen Servicestellen befindet sich im Internet.²⁷

Mit den Gemeinsamen Servicestellen sollen Probleme der Zuständigkeitsklärung vermieden werden. Diese klären daher das Anliegen des Ratsuchenden, nehmen Rehabilitationsanträge auf und ermitteln den zuständigen Rehabilitationsträger. Wenn notwendig, wird auch der weitere Kontakt zum zuständigen Rehabilitationsträger hergestellt und der Antrag weitergeleitet. Auch in laufenden Rehabilitationsverfahren kann sich der Ratsuchende an die Gemeinsame Servicestelle wenden.

Die Gemeinsamen Servicestellen unterstützen den betroffenen Menschen also von der Antragstellung bis zum Abschluss des Verfahrens.

Als Anlaufstelle erfüllt die Gemeinsame Servicestelle umfassende Beratungs- und Unterstützungsaufgaben, insbesondere:

- das Informieren über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger,
- das Informieren über Inhalt und Ablauf der Leistungen,
- die Klärung der Zuständigkeit,
- die Klärung des Rehabilitationsbedarfs (z. B. Hilfe bei der Klärung des Teilhabe-/Rehabilitationsbedarfs, Antragstellung und -weiterleitung),
- die Beratung z. B. über besondere Hilfen im Arbeitsleben, bei Verwaltungsabläufen, der Inanspruchnahme von Leistungen oder dem Hinwirken auf Entscheidungen,
- die unterstützende Begleitung und Koordination (z. B. Vorbereitung der Entscheidung, Koordination und Vermittlung, Information des zuständigen Rehabilitationsträgers),
- die Begleitung und Koordination beim Persönlichen Budget,
- die Begleitung und Koordination beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Bei Bedarf können zur Beratung weitere Sachverständige (z. B. Ärzte, Sozialarbeiter) hinzugezogen werden. Mit Einverständnis des betroffenen Menschen können Vertreter z. B. von Behindertenverbänden, Selbsthilfegruppen, Interessenvertretungen behinderter Frauen an den Beratungen beteiligt werden.

²⁷ www.reha-servicesstellen.de

Weitere Informationen zu den Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen und den Leistungen der verschiedenen Sozialleistungsträger sind in dem von der BAR erarbeiteten „Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation“²⁸ und in der Rahmenvereinbarung „Gemeinsame Servicestellen“²⁹ zu finden.

7.1.2 Rehabilitationsberatung und Soziale Dienste der Krankenkassen

Zahlreiche Krankenkassen haben für die Beratung und Betreuung ihrer Versicherten in der Rehabilitation spezielle Dienste eingerichtet. Aufgabe der Rehabilitationsberatung ist es insbesondere, im konkreten Einzelfall den Rehabilitationsbedarf und die Rehabilitationsmöglichkeiten zu ermitteln, Maßnahmen und Leistungen der Sozialleistungsträger zu veranlassen und die Koordinierung der verschiedenen Behandlungsmaßnahmen im Sinne einer nahtlosen und zügigen Rehabilitation zu übernehmen. Viele Krankenkassen haben außerdem für die Betreuung ihrer Versicherten einen Sozialen Dienst eingerichtet. Zu den Aufgaben der Sozialen Dienste zählt es insbesondere, persönliche Hilfe bei der Einleitung von Maßnahmen der Sozialleistungsträger zu leisten sowie Beratungs- und Betreuungsangebote geeigneter Institutionen oder von Selbsthilfeorganisationen zu vermitteln. Die Aufgaben des Sozialen Dienstes werden überwiegend von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen wahrgenommen, die ihre Beratung und Hilfe insbesondere in Form von Hausbesuchen anbieten.

7.1.3 Ambulante Beratungs- und Betreuungsdienste

Verschiedene Institutionen bieten Hilfe bei der ambulanten medizinischen und sozialen Betreuung an. Besondere Aktivitäten zeigen hier die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege. Dazu gehören:

- 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.

²⁸ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation. Thieme Verlag, Stuttgart/New York, 2009.

²⁹ siehe www.bar-frankfurt.de

KAPITEL 7

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,
- Haus-Notrufdienst.

SIND MEHRERE LEISTUNGSTRÄGER BETEILIGT, HANDELT ES SICH UM EIN TRÄGERÜBERGREIFENDES PERSÖNLICHES BUDGET, WELCHES ALS KOMPLEXLEISTUNG UND „WIE AUS EINER HAND“ ERBRACHT WIRD.“

7.2 Persönliches Budget

Mit dem Persönlichen Budget wird behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Möglichkeit gegeben, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Seit 1. Januar 2008 besteht auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets ein Rechtsanspruch. Das Persönliche Budget ist ein Angebot für alle Menschen mit Behinderungen, von dem niemand aufgrund der Art und Schwere seiner Behinderung oder wegen des Umfangs der benötigten Leistungen (zur Teilhabe) ausgegrenzt wird. Es bietet die Möglichkeit, die Leistun-

KAPITEL 7

gen am individuellen Bedarf auszurichten und die Wunsch- und Wahlrechte potentieller Budgetnehmer umfassend zu berücksichtigen.

Ein Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX setzt einen Anspruch auf Teilhabeleistungen bzw. andere budgetfähige Sozialleistungen voraus. Der behinderte Mensch hat die Möglichkeit und das Recht, diese Leistungsansprüche in Form von Geldleistungen (ggf. auch Gutscheinen) als Alternative zu Sachleistungen zu verwirklichen. Wie vor jeder Leistungsbewilligung ist auch vor der Bewilligung eines Persönlichen Budgets vom Leistungsträger u. a. zu prüfen, ob der Antragsteller einen rechtlichen Anspruch auf die Leistung hat. Dieser besteht, wenn der Antragsteller die Voraussetzungen für die Leistungsbewilligung erfüllt, die sich aus den Vorschriften des jeweiligen Leistungsgesetzes ergeben. Das Persönliche Budget ist also keine neue Leistung, sondern eine neue Form der Leistungserbringung. Als Budgetnehmer erhält der behinderte Mensch die ihm bewilligten Leistungen als Geldbetrag und kann damit auf Grundlage der Zielvereinbarung selbst darüber entscheiden, wann, wo, wie und durch wen er seine der Leistung zu Grunde liegenden Bedarfe deckt und wie und wodurch die vereinbarten Ziele erreicht werden. Damit soll für behinderte Menschen die Grundlage dafür geschaffen werden, im stärkeren Maße ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben in eigener Verantwortung zu führen. Dies gilt auch bei einer Vertretung durch einen rechtlichen Betreuer oder einen Erziehungsberechtigten.

Anträge auf Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets kann die Antrag stellende Person bei allen Leistungsträgern oder den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation (siehe Kap. 7.1.1) schriftlich oder durch sonstige Willenserklärung stellen.

An der Ausführung eines Persönlichen Budgets sind abhängig von individuell festgestellten Bedarfen die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe, die Träger der Sozialhilfe, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt.

Sind mehrere Leistungsträger beteiligt, handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, welches als Komplexleistung und „wie aus einer Hand“ erbracht wird. Mit dem im Wesentlichen in der Budgetverordnung verankerten Verfahren wird ein Rehabilitationsträger zum Beauftragten, der dem Budgetnehmer als Ansprechpartner in allen Fragen zu seinem Persönlichen Budget zur Verfügung steht, alle darin enthaltenen Leistungen koordiniert und im Auftrag der beteiligten Leistungsträger handelt.

Nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sind alle Leistungen zur Teilhabe budgetfähig. Dies gilt für alle in § 5 SGB IX genannten Leistungsgruppen und damit für

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Neben den Leistungen zur Teilhabe sind nach § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX auch die weiteren erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie die Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe budgetfähig, wenn sie sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.

Die Leistungen, die als Persönliches Budget erbracht werden, können zwischen den Leistungsträgern variieren. Beispielhafte Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets können spezifischen Handlungsempfehlungen³⁰ entnommen werden.

7.3 Integrationsfachdienst

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 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 (§ 109 Abs. 4 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.

³⁰ BAR - Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 1. April 2009 unter www.bar-frankfurt.de.

7.4 Selbsthilfeangebote für Betroffene und Angehörige von Menschen mit Krebserkrankungen

Seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts haben sich sowohl auf Bundesebene als auch regional zahlreiche Selbsthilfeinitiativen für krebserkrankte Menschen entwickelt.

Auf der Bundesebene sind dies **Krebs-Selbsthilfeorganisationen**. Sie konzentrieren sich in der Regel auf bestimmte Krebserkrankungen und daraus gegebenenfalls resultierende Behinderungen. Sie verfügen über ein großes spezifisches Erfahrungswissen, das in den Jahren gesammelt und aufbereitet wurde und sowohl betroffenen Menschen als auch Fachgruppen im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt wird. Zentrales Thema ist das „Leben mit Krebs“ bzw. „Leben mit den Auswirkungen der Krebserkrankung“. Die Organisation und Unterstützung von Möglichkeiten des Gesprächs- und Erfahrungsaustauschs für Gleichbetroffene (z. B. in regionalen und lokalen Gruppen), die Information betroffener Menschen und ihrer Angehörigen sind Schwerpunkte der Arbeit von Selbsthilfegruppen. Die Bundesebene von Selbsthilfeorganisationen stellt neben der Verbandsführung die gesundheits- und sozialpolitische Interessenvertretung für krebserkrankte Menschen in den Mittelpunkt ihrer Aufgaben und Ziele. So werden Beobachtungen und Wissen aus Betroffenenperspektive in den professionellen Bereich zurückgespiegelt und tragen dort zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei. Der Nationale Krebsplan³¹ trägt dieser Entwicklung Rechnung, indem die Einbindung der Selbsthilfe sowohl im Handlungsfeld 2 (Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung, Ziele 7 und 9) als auch im Handlungsfeld 4 (Stärkung der Patientenorientierung, Ziele 11 - 13) verankert wurde.

Krebs-Selbsthilfeorganisationen verfügen überwiegend über eine Struktur mit lokalen Gruppen und z.T. auch Landesverbänden. Sie nutzen außerdem mehr und mehr das Internet für den Austausch der Betroffenen untereinander, insbesondere wenn die Seltenheit der Erkrankung die Bildung regionaler Strukturen erschwert.

Selbsthilfegruppen sind lokal oder regional tätig. Im Mittelpunkt stehen der Informations- und Erfahrungsaustausch, die psychosoziale Unterstützung einzelner Gleichbetroffener sowie besondere Aktivitäten von Informationsveranstaltungen bis hin zu gemeinsamen Freizeitangeboten. Wenn die Gruppen zu einer der oben beschriebenen Selbsthilfeorganisationen gehören, ist die Zielgruppe ihrer Angebote mit der der Organisation identisch. Etliche der lokalen Selbsthilfegruppen, die nicht zu Selbsthilfeorganisationen gehören, haben sich nicht auf bestimmte Krebserkrankungen beschränkt, sondern sind offen für alle krebserkrankten Menschen.

Im Selbstverständnis der Krebs-Selbsthilfeorganisationen haben Selbsthilfegruppen keine professionelle Leitung. Von Selbsthilfeangeboten kann nur dann gesprochen werden, wenn sie nicht von Vertretern von Fachgruppen durchgeführt werden. Sowohl die inhaltliche Arbeit als auch die Struktur der Krebs-Selbsthilfeorganisationen müssen ausschließlich von ehrenamtlich tätigen, selbst betroffenen Menschen und ihren Angehörigen bestimmt werden.

31 <http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan.html>

■ Selbsthilfeangebote in der Rehabilitation

Im Verständnis von Krebs-Selbsthilfeorganisationen sollen Selbsthilfeangebote nicht erst in der Rehabilitation angeboten werden, sondern optimaler Weise schon bei der Diagnosemitteilung, spätestens aber zu Beginn der Therapie oder in der Akutklinik. Schon alleine der Hinweis auf eine Gesprächsmöglichkeit mit einem Gleichbetroffenen kann in dieser Situation eine große Hilfe für einen Neubetroffenen darstellen („Ich bin nicht allein“), noch wirksamer wären die Empfehlung oder Vermittlung eines Gesprächspartners aus der Selbsthilfe durch den Arzt oder andere Fachgruppen.

Menschen mit Krebserkrankung muss nach der Therapie psychosoziale Unterstützung – am Wohnort (psychosoziale Krebsberatungsstellen) oder in der Rehabilitationseinrichtung – angeboten werden, um die mit der Erkrankung, den Therapien und möglichen Therapiefolgen verbundenen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen verarbeiten und überwinden zu können.

Neben professioneller Hilfestellung durch Psychologen und Sozialarbeiter hat sich die Unterstützung durch erfahrene Gleichbetroffene bewährt. Diese können bei Gesprächen aus eigenem Erleben, insbesondere jedoch vor dem breiten Erfahrungshintergrund der Selbsthilfeorganisation kompetent Auskünfte zu Fragen des Lebens mit der Krankheit, den Therapien und möglichen Therapiefolgen geben. Als selbst betroffene Menschen können sie zudem am eigenen Beispiel Gleichbetroffenen überzeugend vermitteln, dass auch mit der Erkrankung, den Therapien sowie deren möglichen Folgen und Nebenwirkungen ein Leben mit hoher Lebensqualität immer noch möglich ist. So kann Zuversicht vermittelt werden. Sie verweisen weiterhin auf die Möglichkeit der Teilnahme an Treffen zum Informations- und Erfahrungsaustausch, sie informieren über qualitätsgesichertes Informationsmaterial sowie über Unterstützungsangebote anderer Organisationen. Auch über das Internet bieten die Selbsthilfeorganisationen zunehmend Information und Austausch an. Wichtig für die Glaubwürdigkeit ist die inhaltliche Unabhängigkeit ihrer Arbeit, welche von Selbsthilfeorganisationen z. B. in „Richtlinien zur Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen“ verbindlich festgelegt wurde.

Auch nicht auf bestimmte Krebserkrankungen beschränkte Selbsthilfegruppen, die nicht zu einer Selbsthilfeorganisation gehören, können bei allgemeinen Anliegen und Belastungen zum Thema „Leben mit Krebs“ hilfreich sein. Sie verfügen aber oft nicht über den breiten Wissens- und Erfahrungsschatz, der in den relevanten Selbsthilfeorganisationen und ihren Untergliederungen verfügbar ist.

Betroffene der zu Selbsthilfeorganisationen gehörenden Selbsthilfegruppen werden als geschulte Gesprächspartner in den Selbsthilfegruppen oder auch in Akut- und Rehabilitationseinrichtungen tätig. Für die notwendigen Schulungen haben die meisten Selbsthilfeorganisationen eigene Seminare und Fortbildungen entwickelt.

Eine gute Möglichkeit, die Zusammenarbeit zwischen Akut- oder Rehabilitationseinrichtung und Selbsthilfeorganisationen auf eine verlässliche Grundlage zu stellen, sind Kooperationsvereinbarungen. In diesen werden die Bedingungen für die Zusammenarbeit, die miteinander abgestimmten Leistungen beider Seiten sowie die Evaluation des Angebotes schriftlich festgehalten. Eine Kooperationsvereinbarung dient dazu, dieses besondere ehrenamtliche Unterstützungsangebot der Krebs-Selbsthilfeorganisation in die Versorgung von krebskranken Menschen in der (Rehabili-

tations)Einrichtung zu integrieren. So soll durch klare Absprachen die Zusammenarbeit zwischen den beiden Kooperationspartnern zum Nutzen der erkrankten Menschen und zum gegenseitigen Vorteil gefördert werden.

Die lokalen und regionalen Gruppentreffen sind Angebote an psychosozialer Unterstützung durch Gleichbetroffene im ambulanten Bereich. Auf diese Weise kann der gesamte Rehabilitationsprozess nachhaltig unterstützt und gefördert werden.

7.5 Palliativversorgung und Hospizleistungen³²

Fortschritte in der Behandlung von Krebserkrankungen, aber auch intensiviertere und neu eingeführte Früherkennungsmaßnahmen haben die Überlebenschancen für Menschen mit Krebserkrankungen in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbessert. So leben in Deutschland derzeit etwa 1,4 Millionen Menschen, bei denen in den letzten fünf Jahren eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde³³. Gleichwohl ist die Chance einer Heilung und einer deutlichen Verlängerung des Gesamtüberlebens für Menschen mit Krebserkrankungen abhängig von Tumorart, -lokalisierung und -stadium zum Zeitpunkt der Erstdiagnose sehr verschieden. Bei nicht heilbarer, progredienter und weit fortgeschrittener Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung kommen Angeboten der Palliativversorgung und Hospizleistungen wesentliche Bedeutung zu. Mit dem Ziel der Linderung der Krankheitssymptomatik und der Verbesserung der Lebensqualität werden dabei Menschen mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung behandelt, betreut und begleitet. Im Zentrum steht die Ermöglichung einer würdevollen und soweit wie möglich selbstbestimmten letzten Lebensphase. Die Behandlung im Rahmen der Palliativversorgung erfolgt ganzheitlich und gemeinsam durch verschiedene Fachdisziplinen (multidisziplinär).

In Deutschland haben sich sowohl Palliativstationen in Krankenhäusern als auch stationäre Hospize etabliert, wobei je nach spezifischer Gegebenheit auch eine palliativmedizinische Mitbehandlung auf anderen Abteilungen der Krankenhäuser möglich sein kann.

In den letzten Jahren entstehen zudem mehr und mehr Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die eine professionelle Betreuung und Begleitung auch im gewohnten häuslichen Lebensumfeld der betroffenen Menschen ermöglichen. Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf diese ärztlich zu verordnende Leistung (siehe auch Kapitel 8.2.3). Eng mit der SAPV verbunden ist die Sterbebegleitung, die stationär in Hospizen, aber auch in der häuslichen Umgebung durch ambulante Hospizdienste erbracht wird (siehe auch Kapitel 8.2.5).

³² Wesentliche Quelle dieses Abschnitts: Cremer-Schaeffer/Radbruch (2012)

³³ Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2010): Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

8 Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

Mit dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –, das zum 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist, wurden die Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zusammengefasst. Die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe wurden in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und der Katalog der zu erbringenden Leistungen in den vier Leistungsgruppen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. §§ 26 ff. SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. §§ 33 ff. SGB IX, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen gem. §§ 44 ff. SGB IX sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gem. §§ 55 ff. SGB IX) weitgehend harmonisiert. So gelten die nachstehend dargestellten Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe für alle Rehabilitationsträger, soweit sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt.

Für Menschen mit Krebserkrankung kommen als Träger für Leistungen zur Teilhabe insbesondere die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Unfallversicherungsträger, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und die Bundesagentur für Arbeit in Betracht. Bei der einzelfallbezogenen Bestimmung der jeweiligen Zuständigkeit für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe sind neben den Leistungskatalogen auch die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen der einzelnen Träger zu berücksichtigen. Zudem sind die Vorgaben des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention), insbesondere deren Zielsetzung der Inklusion sowie der Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der betroffenen Menschen zu beachten. Durch die Bundesrepublik Deutschland wurde die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) am 26. März 2009 ratifiziert.

Der Leistungskatalog der unterschiedlichen Leistungsträger nach dem Sozialgesetzbuch und die wesentlichen leistungsrechtlichen Grundlagen werden in den folgenden Kapiteln dargestellt. Darüber hinaus können unabhängige oder in Verbindung mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Krebserkrankung weitere Leistungen in Betracht kommen. Hierzu gehören insbesondere:

- Leistungen der Krankenbehandlung, bei der gem. § 27 SGB V ebenfalls die Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX zu beachten sind,
- Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)
- Hilfen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2)
- Leistungen der Eingliederungshilfe (§§ 53, 54 SGB XII)
- Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII.

8.1 Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX (Teil 1)

8.1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)

„(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
3. Arznei- und Verbandmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.“

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können sowohl ambulant³⁴ als auch stationär erbracht werden.

8.1.2 Stufenweise Wiedereingliederung

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer schweren Erkrankung mit langandauernder Arbeitsunfähigkeit ist oftmals für den jeweils betroffenen Menschen mit erheblichen Belastungen verbunden. Dies kann zu einem Hinauszögern der Arbeitsaufnahme oder auch zu Rückschlägen führen, was sowohl im medizinischen Sinne als auch unter arbeitsphysiologischen und psychologischen Aspekten problematisch sein kann. Um durch einen „ungeschützten“ Arbeitsbeginn missglückte Versuche der Arbeitsaufnahme, kostenintensive Leistungen wie eine vorzeitige Berentung oder die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu vermeiden, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.

Mit dem SGB IX wurde die stufenweise Wiedereingliederung als Leistung für alle Träger der medizinischen Rehabilitation eingeführt: „Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen medizinische und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.“ (§ 28 SGB IX).

Bei der stufenweisen Wiedereingliederung wird der Betroffene im Rahmen eines Stufenplanes schrittweise an die Belastungen des bestehenden Arbeitsplatzes herangeführt. Je nach Krankheitsbild, bestehenden Funktionseinschränkungen, Belastungsfähigkeit, bisheriger Dauer der Arbeitsunfähigkeit und den organisatorischen Möglichkeiten des Betriebes wird der betroffene Arbeitnehmer zunächst nur wenige Stunden täglich beschäftigt, bis nach einigen Wochen oder Monaten die volle Arbeitsfähigkeit erreicht wird³⁵.

Das Verfahren zur Einleitung und die Zuständigkeitsabgrenzung sind zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung geregelt³⁶.

Ein Wiedereingliederungsplan kann, nach Zustimmung des Betroffenen, in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt bzw. Arzt der Rehabilitationseinrichtung, dem zuständigen Rehabilitationsträger und dem Arbeitgeber erstellt werden.

Für den Zeitraum der stufenweisen Wiedereingliederung durch einen Träger der medizinischen Rehabilitation gilt der erkrankte Arbeitnehmer während der gesamten Dauer der Wiedereingliederungsmaßnahme als arbeitsunfähig im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung³⁷. Ihm steht eine Entgeltersatzleistung (Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld) unter Anrechnung des ggf. vom Arbeitgeber gezahlten Teilarbeitsentgeltes zu.

8.1.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33-39 SGB IX)

§ 33 SGB IX:

34 vgl. BAR-Rahmenempfehlung zur ambulanten onkologischen Rehabilitation

35 BAR, Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Heft 8 unter www.bar-frankfurt.de

36 Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i.V.m. § 51 Abs. 5 SGB IX (In-Kraft ab 01.09.2011)

37 Siehe Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses; verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/2/>

KAPITEL 8

- „(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit 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.
- (2) Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.
- (3) Die Leistungen umfassen insbesondere
1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
 2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
 - 2a. individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
 3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
 4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
 5. Gründungszuschuss entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
 6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.
- (4) Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit erforderlich, wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt; in diesem Fall werden die Kosten nach Absatz 7, Reisekosten nach § 53 sowie Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten nach § 54 übernommen.
- (5) Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht.
- (6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere
1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,

KAPITEL 8

5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110).

(7) Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme

1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe notwendig ist,
2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät.

(8) Leistungen nach Absatz 3 Nr. 1 und 6 umfassen auch

1. Krafffahrzeughilfe nach der Krafffahrzeughilfe-Verordnung,
2. den Ausgleich unvermeidbaren Verdienstaufschlags des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
3. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
4. Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
5. Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
6. Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

Die Leistung nach Satz 1 Nr. 3 wird für die Dauer von bis zu drei Jahren erbracht und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 durch das Integrationsamt nach § 102 Abs. 4 ausgeführt. Der Rehabilitationsträger erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. Der Anspruch nach § 102 Abs. 4 bleibt unberührt.“

KAPITEL 8

8.1.4 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)

„(1) Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere

1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
5. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.“

DER LEISTUNGSKATALOG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV) IST IM SOZIALGESETZBUCH FÜNFTES BUCH („GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG“; SGB V) BESCHRIEBEN.“

8.2 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch („Gesetzliche Krankenversicherung“; SGB V) beschrieben. Mit dem Ziel einer wirkungsvollen, wirtschaftlichen und die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit fördernden Behandlung und Rehabilitation hat der Gesetzgeber dem Leistungsrecht die Prinzipien

- ambulant vor stationär und
- Rehabilitation vor Pflege

vorangestellt. Entsprechend dieser Vorgaben hat die GKV eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung kranker und behinderter Menschen mitzugestalten und mitzufinanzieren.

Nach § 27 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst insbesondere:

1. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.
7. Außerdem können nach § 42 SGB V Belastungserprobung und Arbeitstherapie erbracht werden.

8.2.1 Leistungen zur primären Prävention durch Schutzimpfungen

Als einzige wirksame Impfung zur Vorbeugung einer Krebserkrankung steht derzeit die HPV-Impfung zur Verfügung. Diese schützt vor den beiden häufigsten, vor allem Gebärmutterhalskrebs auslösenden humanen Papillomaviren (HPV) Typ 16 und 18, ein Vierfachimpfstoff außerdem vor der Infektion mit den HPV-Typen 6 und 11. Die Impfung ist nur wirksam, wenn noch keine Infektion mit den entsprechenden Virustypen vorliegt und hat auch keine therapeutische Effekte bei einem bereits vorhandenen Gebärmutterhalskrebs. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren, wobei für diesen Personenkreis die Kosten durch die Krankenversicherung im Rahmen des § 20d SGB V getragen werden.

8.2.2 Selbsthilfe

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe kann insbesondere für Menschen mit Krebserkrankungen in vielfältiger und wirksamer Weise die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung ergänzen. Die Besonderheit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe basiert auf der Erfahrungskompetenz Gleichbetroffener. Krankenkassen unterstützen die Arbeit von Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen durch finanzielle Förderung im Rahmen des § 20c SGB V. Die Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe basieren im Wesentlichen auf freiwilligem Engagement und ehrenamtlicher Tätigkeit.

8.2.3 Krankenbehandlung

■ Ärztliche Versorgung

Grundlage der (ambulanten) Krankenversorgung ist die ärztliche Behandlung. Sie umfasst die Tätigkeit der Ärztin bzw. des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztli-

chen Behandlung gehören auch die Hilfeleistungen anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind (§ 28 SGB V).

■ Psychotherapie

Menschen mit Krebserkrankungen erleben oftmals erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die sich unter anderem in einer deutlich eingeschränkten Belastbarkeit, einem eingeschränkten Ausüben bestimmter Tätigkeiten und auch einem sozialen Rückzug niederschlagen können. Infolgedessen kann eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt sein, die nur durch Vertragsärzte sowie psychologische Psychotherapeuten mit einer anerkannten Zusatzausbildung erbracht werden kann. Näheres regelt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)³⁸.

■ Arzneimittel³⁹

In der Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen werden Arzneimittel vom Arzt verordnet und verantwortet.

■ Heilmittel⁴⁰

Unter die Heilmittel (§ 32 SGB V) fallen die so genannten therapeutischen Dienstleistungen. Art und Umfang der Heilmittelverordnung sind dabei abhängig von der Art und der Ausprägung der Krebserkrankung. So können physiotherapeutische (z. B. Krankengymnastik) oder auch ergo- und sprachtherapeutische Maßnahmen angezeigt sein. Die Leistungen werden gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) erbracht.

■ Hilfsmittel⁴¹

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen des § 33 SGB V. Art und Umfang der Ausstattung mit Hilfsmitteln sind abhängig von der Art und der Ausprägung der Krebserkrankung bzw. den Erfordernissen, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Beispielhaft seien als ggf. notwendige Hilfsmittel für Menschen mit Krebserkrankung Brustepithesen, Rollstühle, Perücken oder Sprachverstärker genannt. Die Verordnung von Hilfsmitteln erfolgt durch Vertragsärzte unter Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie).

■ Häusliche Krankenpflege⁴²

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) stehen auch Menschen mit Krebserkrankungen für bis zu vier Wochen oder in begründeten Ausnahmefällen auch länger zur Verfügung.

■ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung⁴³

38 Diese Richtlinie findet sich unter: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/

39 Für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsleistungen sind von Versicherten Zuzahlungen (§ 61 SGB V) zu leisten, sofern aufgrund der Einkommensverhältnisse, bestehender Pflegebedürftigkeit oder einer schwerwiegenden chronischen Krankheit keine teilweise Befreiung möglich ist. Über die Möglichkeit der (teilweisen) Befreiung und die Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V informieren die Krankenkassen.

40 Die Verordnung von Heilmitteln regelt die „Heilmittel-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA); www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/

41 Die Verordnung von Hilfsmitteln regelt die „Hilfsmittel-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA); www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/

42 Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in einer entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Diese Richtlinie findet sich unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11/>.

43 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist ebenfalls in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) geregelt. Diese Richtlinie findet sich unter: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/.

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf diese Leistung (§ 37b SGB V). Sie zielt darauf ab, die Betreuung Betroffener in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen. Näheres ist in der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

■ Haushaltshilfe

Ist insbesondere wegen einer notwendigen Krankenhausbehandlung oder einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich und ist zudem im Haushalt ein Kind von unter 12 Jahren oder ein behindertes oder hilfebedürftiges Kind zu versorgen, so besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe. Dies gilt nur, wenn nicht eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann (§ 38 SGB V).

Die landwirtschaftliche Krankenkasse kann für landwirtschaftliche Unternehmer Haushaltshilfe erbringen, wenn wegen Krankheit oder einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist (§ 10 Abs. 1 KVLG 1989).

8.2.4 Krankenhausbehandlung⁴⁴

Ist das Behandlungsziel durch ambulante Maßnahmen einschließlich der häuslichen Krankenpflege nicht zu erreichen, besteht ein Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht (§ 39 SGB V). Sie beinhaltet die ärztliche Behandlung, pflegerische Hilfen, diagnostische und therapeutische Leistungen, verschiedene, nicht an den Ort gebundene Therapieleistungen und sozial-therapeutische Leistungen der Sozialdienste sowie bei vollstationären Leistungen Unterkunft und Verpflegung.

Dabei umfasst die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 SGB V). Sie beinhaltet auch ein Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die ambulante Versorgung nach der Krankenhausbehandlung, sofern der Versicherte dazu nach vorheriger Information eingewilligt hat.

8.2.5 Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung erbracht wird, wenn bedarfsgerechte Palliativversorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse hat unter bestimmten Voraussetzungen auch ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte, ehrenamtliche Sterbebegleitung erbringen (§ 39a SGB V).

⁴⁴ Zu möglichen Zuzahlungen zu einer Krankenhausbehandlung siehe Fußnote 38.

8.2.6 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation⁴⁵

Reicht bei Versicherten eine Krankenbehandlung nicht aus, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 11, 40 SGB V). Diese werden nur dann erbracht, wenn nach den geltenden Vorschriften für andere Träger der Sozialversicherung mit Ausnahme des § 31 SGB VI solche Leistungen nicht erbracht werden können.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ambulant oder stationär durchgeführt. Dabei werden durch die Krankenkasse stationäre Leistungen dann erbracht, wenn ambulante Rehabilitationsleistungen zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichen. Die Entscheidung über die Form der Leistungserbringung trifft die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen aufgrund der medizinischen Notwendigkeit. Leistungen, die mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, werden grundsätzlich ambulant durchgeführt. Ist eine Rehabilitationsmaßnahme unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, kann sie als Anschlussrehabilitation eingeleitet werden. Bei der Beurteilung sind sozialmedizinische und wirtschaftliche Gesichtspunkte zu beachten. Hierbei werden auch die berechtigten Wünsche des Versicherten berücksichtigt (§ 9 SGB IX).

Ambulante Rehabilitationsleistungen werden in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V durchgeführt, stationäre Leistungen können zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur von Einrichtungen erbracht werden, die die in § 107 Abs. 2 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllen und mit denen die Krankenkassen Versorgungsverträge nach § 111 bzw. § 111a SGB V abgeschlossen haben.

Auf die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation wird verwiesen⁴⁶.

8.2.7 Ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Krankenkassen können ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) erbringen, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern (z. B. Rehabilitationssport). Hierzu gehören nicht Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

8.2.8 Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen

Für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche werden unter bestimmten Voraussetzungen auch sozialmedizinische Nachsorgeleistungen erbracht, **wenn die Nachsorge wegen der Art, Dauer und Schwere der Erkrankung notwendig ist**, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Diese Nachsorgeleistungen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 43

⁴⁵ siehe Fußnote 38, Zuzahlungen

⁴⁶ Siehe: www.bar-frankfurt.de

KAPITEL 8

Abs. 2 SGB V). Näheres ist in der Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V des GKV-Spitzenverbandes vom 1. April 2009 geregelt⁴⁷.

8.2.9 Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Ziel der Arbeitstherapie (Leistungsstraining durch Elemente der Ergotherapie) ist die Verbesserung der Belastbarkeit und die Erhaltung und Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die berufliche Wiedereingliederung benötigt werden. Wichtige Faktoren dieses Leistungsstrainings sind Arbeitsqualität und Arbeitstempo. Bei der Arbeitstherapie werden insbesondere die Belastbarkeit und Konzentration, die Anpassungs- und Ausdauerfähigkeit, die Teamfähigkeit, die Gewöhnung an feste Zeitstrukturen und das Erfassen von komplexen Arbeitsvorschriften gefördert. Die Arbeitstherapie kommt unter anderem bei besonders schwerem Krankheitsverlauf oder bei Mehrfachbehinderungen in Betracht, sofern das körperliche, psychische und intellektuelle Leistungsvermögen so gravierend gestört ist, dass eine berufliche Wiedereingliederung noch nicht möglich ist.

Die Belastungserprobung dient in der Regel nach Abschluss der Arbeitstherapie der Ermittlung der körperlichen und geistig-seelischen und sozialen Leistungs- bzw. Anpassungsfähigkeit des Patienten. Beurteilt werden hierdurch auch die Chancen einer beruflichen Eingliederung sowie die dauerhafte Belastbarkeit im Arbeitsleben.

Wenn eine Belastungserprobung oder Arbeitstherapie im Rahmen einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation stattfindet, ist sie Bestandteil dieser Maßnahme. Die Belastungserprobung oder Arbeitstherapie durch die Krankenkasse ist nachrangig gegenüber den Rehabilitationsleistungen anderer Sozialleistungsträger. Die Belastungserprobung und Arbeitstherapie sind von der Ergotherapie, die vom Vertragsarzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verordnet werden kann, zu unterscheiden (vgl. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln⁴⁸).

8.3 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und Alterssicherung der Landwirte (ALG)

Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) handelnd als Alterssicherung der Landwirte haben das Ziel, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden. Dadurch sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert und sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederingegliedert werden (§ 9 Abs. 1 SGB VI bzw. § 7 Abs. 1 ALG). Ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechend erbringen die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Rentenversicherung sieht darüber hinaus Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor.

47 Siehe: http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/sozialmedizinische_nachsorge/sozialmedizinische_nachsorge.jsp
48 siehe Fußnote 39

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Für die Alterssicherung der Landwirte gelten die nachfolgenden Ausführungen entsprechend, soweit nichts anderes bestimmt ist.

8.3.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzliche Rentenversicherung und die SVLFG handelnd als Alterssicherung der Landwirte erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 15 SGB VI, 26-31 SGB IX (ausgenommen Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 und § 30 SGB IX). Anspruchsberechtigt sind Versicherte, die die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach §§ 10 und 11 SGB VI erfüllen und bei denen keine Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI vorliegen.

Für Leistungen zur Teilhabe erfüllen Versicherte die persönlichen Voraussetzungen gemäß § 10 Abs. 1 SGB VI, wenn eine Krankheit oder Behinderung und dadurch bedingt eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht und bei denen voraussichtlich

- die erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann oder
- die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann oder
- bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind erfüllt, wenn

- eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder
- die Wartezeit von 15 Jahren (180 Kalendermonaten) erfüllt ist oder
- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen oder
- innerhalb von zwei Jahren nach der Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt wurde oder
- der Antragsteller nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist oder
- die Wartezeit von fünf Jahren (60 Kalendermonaten) erfüllt ist und der Versicherte bei Antragstellung vermindert erwerbsfähig ist oder wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

Damit können auch Erwerbsminderungsrentner mit zeitlich befristeter Rente, Rentner wegen teilweiser Erwerbsminderung und Rentner wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit Anspruch auf diese Leistungen haben.

Abweichend zum Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den übrigen Indikationsgebieten können im Rahmen der „sonstigen Leistungen“ nach § 31 SGB VI auch Versicherte, die die oben genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllen, wie Altersrentner, Hinterbliebenenrentner, Erwerbsminderungsrentner ohne Zeitrente und nicht versicherte Angehörige von Versicherten oder Rentnern, Personen im Vorruhestand ohne Arbeitsplatz, Langzeitarbeitslose ab dem 58. Lebensjahr sowie Altersteilzeitbeschäftigte in der Freistellungsphase Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen erhalten.

Diese Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden „nur auf Grund von Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund erbracht, die im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erlassen werden“ (§ 31 Abs. 2 SGB VI). Diese Rechtsgrundlagen sind die Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (Ca-Richtlinien) vom 04. Juli 1991 in der Fassung vom 09. Mai 2001⁴⁹.

Die Ca-Richtlinien benennen als persönliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme onkologischer Nachsorgeleistungen das Vorliegen einer malignen Geschwulst- oder Systemerkrankung als Rehabilitationsdiagnose. In Einzelfällen kann auch nach der Behandlung von in situ Carcinomen in Abhängigkeit von therapiebedingten Funktions- und Fähigkeitsstörungen eine medizinische Rehabilitation indiziert sein. Präkanzerosen und gutartige Tumorerkrankungen sind grundsätzlich keine Indikation für Leistungen zur onkologischen Rehabilitationsnachsorge.

Die benannten persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI müssen demgegenüber nicht vorliegen. Ausreichend ist vielmehr, dass die durch die Tumorerkrankung oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Behinderungen positiv beeinflussbar sind.

Es gelten die gleichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wie bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 SGB VI); allerdings reicht anstelle einer Wartezeit von 15 Jahren die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren aus.

Onkologische Nachsorgeleistungen nach § 31 SGB VI können bis zum Ablauf eines Jahres nach beendeter Primärtherapie gewährt werden⁵⁰. Für Versicherte, die Leistungen nach § 15 SGB VI erhalten können, können vor Ablauf von vier Jahren auch weitere Leistungen bewilligt werden, wenn diese vorzeitigen Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind (§ 12 Abs. 2 SGB IV). Bei fortschreitender Krebserkrankung (Tumorrezidiv, Progression des Primärtumors, Metastasierung) oder bei Auftreten eines Zweitkarzinoms beginnen die oben genannten Zeiträume neu.

Hinsichtlich Umfang und Dauer der Leistungen gilt § 15 Abs. 3 SGB VI, nach dem stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für längstens 3 Wochen erbracht werden sollen. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen (§ 15 SGB IV).

49 Die Ca-Richtlinie findet sich z.B. hier: http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_31ANL5

50 Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen bedingt sind.

KAPITEL 8

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Krebserkrankungen werden als Anschlussrehabilitation (AHB) oder Medizinische Rehabilitation im Antragsverfahren (MRA) stationär oder auch ganztägig ambulant erbracht.

Sofern dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist, kann die Kostenübernahme für die Unterbringung einer Begleitperson während des stationären Aufenthaltes aber auch für die Reisebegleitung zur Durchführung der Leistungen der onkologischen Rehabilitationsnachsorge erfolgen.

In der „Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten“ der Deutschen Rentenversicherung (DRV) werden die Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Krebserkrankungen aus sozialmedizinischer Sicht sowohl allgemein als auch auf ausgewählte Krebserkrankungen beschrieben.

8.3.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben⁵¹

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI in Verbindung mit den §§ 33 - 38 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 40 SGB IX.

Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es, die Erwerbsfähigkeit 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.

Grundsätzlich hängt die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch bei Vorliegen einer Krebserkrankung von den folgenden Fragen ab:

- Kann der bisherige Beruf am selben Arbeitsplatz ausgeübt werden?
- Kann eine Tätigkeit an einem anderen Arbeitsplatz im selben Beruf ausgeübt werden?
- Kann eine Tätigkeit an einem leidensgerecht gestalteten Arbeitsplatz im selben Beruf ausgeübt werden?
- Kann eine angemessene andere Tätigkeit ausgeübt werden?
- Kann ein anderer Beruf ausgeübt werden?

Bei der Auswahl der geeigneten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie die persönlichen und sozialen Verhältnisse und die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt.

In der Regel ist die Maßnahmeförderung auf einen Zeitraum bis zu zwei Jahren begrenzt. Nur in begründeten Ausnahmefällen ist eine länger dauernde Leistung zur Erreichung des Rehabilitationsziels möglich.

⁵¹ Die SVLFG handelnd als Alterssicherung der Landwirte kann keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen

8.3.3 Ergänzende und sonstige Leistungen

Als ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben können

- Übergangsgeld⁵²,
- Beiträge und Beitragszuschüsse zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung⁵³,
- ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung,
- Reisekosten sowie
- Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

erbracht werden (§ 28 SGB VI in Verbindung mit § 44 Abs. 1 Nr. 2 - 6 und Abs. 2 SGB IX, §§ 53 und 54 SGB IX). Anstelle von Übergangsgeld kann in der Alterssicherung der Landwirte Betriebs- oder Haushaltshilfe zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erbracht werden.

Als sonstige Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können erbracht werden (§ 31 SGB VI):

- Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsnachsorge),
- medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben⁵⁴,
- onkologische Rehabilitationsleistungen für Versicherte, Bezieher einer Rente sowie ihre Angehörigen (siehe Kapitel 8.3.1),
- stationäre Rehabilitationen für Kinder von Versicherten, Beziehern einer Rente wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder für Bezieher einer Waisenrente,
- Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern.

Die versichertenbezogenen Leistungen setzen jeweils bestimmte persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen voraus. Die Zuwendungen an Einrichtungen werden nur auf Grundlage der Zuwendungsrichtlinien der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht, die im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erlassen werden. Für die Alterssicherung der Landwirte bestehen in der Regel keine Bedenken, diese Richtlinien analog anzuwenden.

52 Die SVLFG handelnd als Alterssicherung der Landwirte kann kein Übergangsgeld erbringen.

53 Die SVLFG handelnd als Alterssicherung der Landwirte kann keine Beiträge und Beitragszuschüsse erbringen.

54 Dies trifft nicht auf die Alterssicherung der Landwirte zu, da für diese § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI keine Anwendung findet.

KAPITEL 8

8.4 Besonderheiten in der Zusammenarbeit von Kranken- und Rentenversicherung in Nordrhein-Westfalen

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 mit Sitz in Bochum 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 Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Land Nordrhein-Westfalen an.

DIE VERSICHERTENBEZOGENEN LEISTUNGEN SETZEN JEWEILS BESTIMMTE PERSÖNLICHE UND VERSICHERUNGS-RECHTLICHE VORAUSSETZUNGEN VORAUS.“

Für Krebskranke, 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. Für Mitglieder der Knappschaft Bahn-See ist die Zuständigkeit auch gegeben, wenn sie ihren Wohnsitz außerhalb des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen in den sogenannten alten Bundesländern haben.

Leistungen der onkologischen Rehabilitationsnachsorge werden bis zum Ablauf eines Jahres nach beendeter Primärbehandlung, bei darüber hinaus anhaltenden Funktionsstörungen, spätestens bis zum Ablauf von 2 Jahren nach Ende der Primärtherapie erbracht. Bei darüber hinaus bestehendem Rehabilitationsbedarf ist die Zuständigkeit der Arbeitsgemeinschaft nicht mehr gegeben.

Hinsichtlich der Antragstellung sind unterschiedliche Verfahren zu beachten. Bei der Anschlussrehabilitation kann die Aufnahme in die Rehabilitationsklinik als Vertragseinrichtung der Arbeitsgemeinschaft direkt vom behandelnden Arzt beziehungsweise dem Sozialdienst des Krankenhauses veranlasst oder ein Zugangsverfahren über die Arbeitsgemeinschaft Krebsbekämpfung eingeleitet werden. Leistungen der onkologischen Rehabilitationsnachsorge sind über die Arbeitsgemeinschaft zu beantragen (weitere Informationen im Internet unter: www.argekrebnsnw.de).

8.5 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

„Alles aus einer Hand“ lautet das Prinzip des deutschen Unfallversicherungssystems, das für die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zuständig ist. Die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, die Heilbehandlung und Rehabilitation sowie die Entschädigung durch Geldleistungen liegen in einer Hand bei der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie stellt die betroffenen Menschen mit dem Ziel der Förderung ihrer Selbstbestimmung im Sinne des SGB IX in den Mittelpunkt und orientiert sich an der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Berufskrankheiten sind hierbei Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet. Grundlage dafür ist, dass diese Krankheiten nach gesicherten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen auf Grund der besonderen Einwirkung bei der beruflichen Tätigkeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind (§ 9 Abs. 1 SGB VII). Grundlage für die Prüfung eines solchen ursächlichen Zusammenhangs zwischen der Erkrankung und der beruflichen Einwirkung ist die Berufskrankheiten-Verordnung (BKV; „Zweite Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung“ vom 11. Juni 2009 (GMBl I S. 1273)). Die als Berufskrankheiten bezeichneten Erkrankungen sind in der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung aufgelistet. Auch eine Erkrankung, die nicht in die Liste der BKV einzuordnen ist, kann wie eine Berufskrankheit anerkannt werden, wenn nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Berufskrankheit erfüllt sind (§ 9 Abs. 2 SGB VII).

Die nachfolgende Tabelle stellt mit Blick auf den Bereich der Krebserkrankungen einen Auszug aus der Liste der Berufskrankheiten dar, in der jeweils beispielhaft sowohl die arbeitsbedingte Einwirkung als auch berufliche Tätigkeitsbereiche einer BK-Nr. zugeordnet sind.

KAPITEL 8

Einwirkung	Tumorlokalisation	Gewerbebezweig/ Tätigkeitsbereich (Auswahl)	BK-Nr.
Asbest	Lunge, Kehlkopf, Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells, des Herzbeutels	Asbestgewinnung und -verarbeitung	4104 4105
Benzol	Blut, blutbildendes und lymphatisches System	Chemie-Industrie Metallverarbeitung Druckereien	1318
Aromatische Amine	Harnblase	Chemie-Industrie Farbstoffsynthese	1301
Nickel	Lunge	Aufbereitung und Verar- beitung von Nickelerzen Akkumulatorenherstellung	4109
Chrom	Lunge	Chromatherstellung Galvanotechnik	1103
Arsen	Lunge, Haut	Land- und Forstwirtschaft	1108

In der Rehabilitation steuern und koordinieren die Unfallversicherungsträger die medizinische Behandlung sowie die Wiedereingliederung in den Beruf und in das soziale Umfeld. Psychische Beeinträchtigungen können bereits bei Anerkennung einer arbeitsbedingt verursachten Krebserkrankung als Berufskrankheit unmittelbar vorliegen oder sich auch im weiteren Verlauf der Krankheit entwickeln. Der gesetzliche Rehabilitationsauftrag verpflichtet die Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln und möglichst frühzeitig alle durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschäden zu beseitigen oder zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten und ihre Folgen zu mildern (§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII). Das „Psychotherapeutenverfahren“ mit seinen unfallversicherungsspezifischen Zulassungsanforderungen, Pflichten- und Leistungsbeschreibungen soll im Rahmen von Heilbehandlung und Reha-Management sicherstellen, dass die Unfallversicherungsträger auch bei Unfallfolgen mit psychischer Komponente ihren Versorgungsauftrag erfüllen können. Im Falle (drohender) manifester psychischer Störungen und zur Vermeidung von Chronifizierungen ist eine schnelle und adäquate Heilbehandlung sicherzustellen (probatorische Sitzungen, störungsspezifische Psychotherapie), wobei von Anfang an auch die enge Vernetzung von Versicherten, Therapeuten, Arbeitgebern und Unfallversicherungsträgern mit dem Ziel einer schnellen beruflichen Wiedereingliederung im Fokus der Behandlung steht.

8.5.1 Leistungen zur Teilhabe

Als Leistungen zur Teilhabe kommen in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung und der persönlichen Lebenssituation des Versicherten z. B. in Betracht:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

8.5.2 Geldleistungen

Während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten die Versicherten, soweit sie zu dieser Zeit kein Entgelt erzielen können, Entgeltersatzleistungen in Form von Verletztengeld (§ 45 SGB VII) oder Übergangsgeld (§ 49 SGB VII). Für Versicherte, die im täglichen Leben in erheblichem Umfang fremder Hilfe bedürfen, wird Pflegegeld (§ 44 SGB VII) gezahlt. Falls notwendig, werden Reisekosten, Kraftfahrzeughilfe, Wohnungshilfe oder häusliche Krankenpflege ebenfalls erbracht, ggf. auch im Rahmen des Persönlichen Budgets.

8.5.3 Entschädigung

Können Versicherte aufgrund der Folgen der Berufskrankheit nicht uneingeschränkt am Erwerbsleben teilnehmen, zahlen die Unfallversicherungsträger eine Rente. Voraussetzung ist eine dauernde Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 vom Hundert (§ 56 SGB VII) bzw. 30 vom Hundert (§ 80 a SGB VII). Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich danach, wie sehr die in Folge des Versicherungsfalles eingetretene Reduzierung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens eines Versicherten seine Arbeitsmöglichkeiten einschränkt. Tritt infolge einer Berufskrankheit der Tod ein, besteht für Hinterbliebene ein Anspruch auf

- Sterbegeld
- Erstattung der Kosten der Überführung an den Ort der Bestattung
- Hinterbliebenenrente
- Beihilfe.

8.6 Arbeitsförderung (SGB III)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit haben das Ziel, den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern.

Die Bundesagentur für Arbeit erbringt gemäß § 112 SGB III als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Dabei sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen. Soweit es erforderlich ist, schließt das Verfahren zur Auswahl der Leistungen

KAPITEL 8

eine Abklärung der beruflichen Eignung oder eine Arbeitserprobung ein. Hilfen können auch zum beruflichen Aufstieg erbracht werden (§§ 4 Abs. 1 und 33 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 112 SGB III).

Bei behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können (§ 136 Abs. 1 SGB IX) und die deshalb Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen benötigen, sind die Leistungen darauf gerichtet, die Leistungsfähigkeit so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und dadurch - nach der Teilnahme am Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen - wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erzielen (§ 40 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).

Wesentliche Voraussetzungen für Leistungen der Bundesagentur für Arbeit sind, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, soweit diese indiziert sind, abgeschlossen sind.

Die Bundesagentur für Arbeit tritt mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur dann ein, wenn kein anderer Träger für die Erbringung entsprechender Leistungen zuständig ist.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen die allgemeinen Leistungen, wie sie auch für nicht behinderte Menschen erbracht werden, sowie besondere Leistungen, die nur dann erbracht werden, wenn eine berufliche Eingliederung nicht durch die allgemeinen Leistungen erreicht werden kann (§ 113 SGB III).

Bestandteil der Leistungen sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen gemäß § 33 Abs. 6 SGB IX, darunter die Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110 SGB IX).

8.6.1 Allgemeine Leistungen

Die allgemeinen Leistungen umfassen nach § 115 SGB III:

1. Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (§§ 44 ff. SGB III),
2. Leistungen zur Förderung der Berufsvorbereitung und Berufsausbildung einschließlich der Berufsausbildungsbeihilfe (§§ 51 ff. SGB III),
3. Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung (§§ 81 ff. SGB III),
4. Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (§§ 93 ff. SGB III).

8.6.2 Besondere Leistungen

An Stelle der allgemeinen Leistungen werden die besonderen Leistungen erbracht, wenn

1. Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Eingliederungserfolges die Teilnahme an
 - a) einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder
 - b) einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme unerlässlich machen oder

KAPITEL 8

2. die allgemeinen Leistungen die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Maßnahmen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorsehen (§ 117 SGB III).

Besondere Einrichtungen für behinderte Menschen sind Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen (z. B. Berufliche Trainingszentren), Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (z. B. Phase II-Einrichtungen) sowie Werkstätten für behinderte Menschen.

8.6.3 Weitere Leistungen

Neben bzw. teilweise in Verbindung mit den vorstehend genannten Leistungen kommen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Krebserkrankung je nach Situation des Einzelfalls auch andere Leistungen der Arbeitsförderung in Betracht. Hierzu gehören insbesondere:

- Übernahme der mit der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Kosten (Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Fahrkosten und Haushaltshilfe, Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, §§ 117 ff. SGB III),
- Berufsausbildungsbeihilfe (§§ 56 ff. SGB III) und Ausbildungsgeld (§§ 122 ff. SGB III),
- Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (§ 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB III),
- Übergangsgeld (§ 44 SGB IX i.V.m. § 119 SGB III),
- Zuschüsse für die betriebliche Aus- oder Weiterbildung (§ 34 SGB IX i.V.m. § 73 SGB III),
- Zuschüsse zu den Arbeitsentgelten (Eingliederungszuschüsse § 34 SGB IX i.V.m. § 90 SGB III),
- Zuschüsse zu Arbeitshilfen im Betrieb (§ 34 SGB IX i.V.m. § 46 Abs. 2 SGB III),
- die teilweise oder volle Erstattung der Kosten einer bis zu drei Monate befristeten Probebeschäftigung behinderter Menschen (§ 34 SGB IX i.V.m. § 46 Abs. 1 SGB III).

8.7 Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)

Die Bundesagentur für Arbeit ist auch Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach SGB II, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 6a SGB IX). Entsprechendes gilt auch für erwerbsfähige Hilfebedürftige, die bei zugelassenen kommunalen Trägern Leistungen zur Grundsicherung erhalten. Die Prozessverantwortung für das Rehabilitationsverfahren einschließlich der Feststellung der Zuständigkeit und der Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf nach § 19 SGB III obliegt der Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger.

Die Träger der Leistungen zur Grundsicherung (Jobcenter) haben während des gesamten Verfahrens die Integrationsverantwortung. Sofern ein anderer Rehabilitationsträger als die Bundesagentur für Arbeit zuständig ist, besteht für die Jobcenter Leistungsverbot für die Eingliederungsleistungen nach § 16 SGB II. Ist die Bundesagentur für Arbeit zuständiger Rehabilitationsträger, wird die Leistungsverantwortung für die Eingliederungsleistungen geteilt.

KAPITEL 8

Die Jobcenter erbringen gem. § 16 Abs. 1 S. 3 SGB II i.V.m. § 112 ff. SGB III grundsätzlich die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierzu zählen die allgemeinen Leistungen nach § 115 Nr. 1 und 3 SGB III:

- Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 44 ff. SGB III)
- Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung (§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 81 ff. SGB III) sowie
- die Leistungen im Rahmen der besonderen Leistungen nach § 117 SGB III.

Zusätzlich können die Leistungen nach SGB II erbracht werden, sofern nicht ein anderer Träger vorrangig zur Leistung verpflichtet ist. Hierzu zählen insbesondere die kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II:

- Pflege von Angehörigen
- Schuldnerberatung
- Suchtberatung

Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II und Leistungen zur Förderung von Arbeitsverhältnissen nach § 16e SGB II können nicht erbracht werden, solange ein Rehabilitationsträger eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben durch die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erreichbar hält.

Eine Leistungsverpflichtung besteht für die Leistungen nach dem 5. Kapitel des ersten Teils des SGB IX, beispielsweise für die nachfolgenden Leistungen nach §§ 33 ff. SGB IX:

- Eignungsabklärung (§ 33 Abs. 4 SGB IX)
- Arbeitserprobung (§ 33 Abs. 4 SGB IX),
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten (§ 33 Abs. 6 Nr. 6 SGB IX)
- Beteiligung von Integrationsfachdiensten (§ 33 Abs. 6 Nr. 8 SGB IX)
- Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX)
- Verdienstaufschlag (§ 33 Abs. 8 Nr. 2 SGB IX)
- Arbeitsassistenz (§ 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX)
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX)
- Technische Arbeitshilfen (§ 33 Abs. 8 Nr. 5 SGB IX)
- Wohnungshilfe (§ 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX)
- Leistungen an Arbeitgeber (§ 34 SGB IX)
- Unterstützte Beschäftigung (§ 38a SGB IX).

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts werden ebenfalls durch die Jobcenter auf Grundlage des SGB II erbracht. Berücksichtigt werden dabei allerdings die unterhaltssichernden Leistungen der Rehabilitationsträger wie Übergangsgeld, Berufsausbildungsbeihilfe oder Ausbildungsgeld.

8.8 Sozialhilfe (SGB XII)

Leistungen der Träger der Sozialhilfe sind denen anderer Leistungsträger nachrangig (§ 2 SGB XII). Insbesondere Leistungen zur Eingliederungshilfe (Kap. 8.8.2) erhalten Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt oder von einer solchen Behinderung bedroht sind (§ 53 Abs. 1 SGB XII). Aufgrund dessen sind die Leistungen der Träger der Sozialhilfe für Menschen mit Krebserkrankungen in der Regel selten von Bedeutung.

Die Leistungsarten der Sozialhilfe umfassen unter anderem die Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege. Die Leistungen nach dem SGB XII zielen darauf, den Leistungsberechtigten so weit wie möglich zu befähigen, unabhängig von Sozialhilfe zu leben. Hierbei müssen die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften mitwirken (§ 1 Satz 2 SGB XII). Aufgrund der Nachrangigkeit der Leistungen der Sozialhilfeträger sind von Menschen mit Krebserkrankungen Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe oder andere Leistungen vorrangig gegenüber anderen Sozialleistungsträgern geltend zu machen.

Soweit keine solchen Ansprüche bestehen, können Menschen mit Krebserkrankungen erforderliche Hilfen vom Sozialhilfeträger erhalten, wenn sie oder ihre Angehörigen (Ehegatten, Kinder, Eltern, Bedarfsgemeinschaften im Sinne § 19 SGB XII) nicht über ausreichendes Einkommen und Vermögen verfügen, um die notwendige Hilfe in zumutbarer Weise selbst finanzieren zu können. Bezüglich der sozialhilferechtlichen Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen (§§ 82 – 96 SGB XII) sind im Hinblick auf Leistungen der Eingliederungshilfe einige Sonderregelungen (§§ 82-96 SGB IX) zu beachten.

8.8.1 Art, Form und Maß der Leistungen

Art, Form und Maß der Sozialhilfe richten sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles, vor allem nach der Person des Leistungsberechtigten, der Art seines Bedarfes und den örtlichen Verhältnissen (§ 9 Abs. 1 SGB XII). Formen der Sozialhilfe sind Dienstleistungen, Geldleistungen oder Sachleistungen (§ 10 Abs. 1 SGB XII).

Wünschen der Leistungsberechtigten soll entsprochen werden, wenn sie angemessen und nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind (§ 9 Abs. 2 SGB XII). Im Übrigen haben ambulante Hilfen Vorrang vor stationären Angeboten (§ 9 Abs. 2 und § 13 SGB XII).

8.8.2 Die einzelnen Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen

■ Hilfen zur Gesundheit

Zur Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung bewilligt. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden die medizinischen Vorsorgeleistungen und Untersuchungen erbracht. Auf andere Leistungen besteht nur ein Anspruch, wenn ohne diese nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht (§§ 47, 48 und 52 Abs. 1 SGB XII). Die Leistungen zur Krankenbehandlung werden entsprechend den Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 ff. SGB V erbracht (§ 48 SGB XII).

■ Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Nach § 53 SGB XII können Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen Personen erhalten, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt oder von einer solchen Behinderung bedroht sind.

Die einzelnen Leistungen der Eingliederungshilfe zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ergeben sich aus §§ 54 bis 56 SGB XII. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit (§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII).

Leistungen der Eingliederungshilfe sind danach insbesondere:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX,
- Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die schulrechtlichen Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,
- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 SGB IX oder in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX,
- nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

■ Hilfe zur Pflege

Sofern Pflegebedürftigkeit besteht, wird Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff SGB XII erbracht, soweit diese nicht bereits Bestandteil einer Maßnahme der Eingliederungshilfe ist. Die Regelungen der Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe entsprechen weithin denen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI, vgl. Kap. 8.10), insbesondere hinsichtlich der Definition der Pflegebedürftigkeit, des Hilfebedarfs und der Höhe des Pflegegeldes.

Zu den wichtigen Unterschieden im Vergleich zu den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung gehört, dass Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – soweit sie notwendig und nach Art und Umfang angemessen ist – auch dann erbracht wird, wenn der Hilfebedarf

- voraussichtlich weniger als sechs Monate besteht,

KAPITEL 8

- geringer ist als der für die Zuordnung zur Pflegestufe I nach dem SGB XI,
- für andere als die im SGB XI (bzw. § 61 Abs. 5 SGB XII) genannten Verrichtungen besteht.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied liegt darin, dass die im Rahmen der Hilfe zur Pflege erbrachten Sachleistungen (ambulante Pflege durch Pflegedienste, teilstationäre und stationäre Pflege) nicht durch gesetzlich geregelte Höchstbeträge begrenzt sind.

8.8.3 Zuständige Sozialhilfeträger

§ 97 Abs. 1 SGB XII normiert eine umfassende Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe (Kreise und kreisfreie Städte).

In § 97 Abs. 2 SGB XII wird neben der Regelung des Zuständigkeitsbereiches des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe durch Landesrecht eine so weit wie möglich einheitliche Zuständigkeit für die einzelnen Leistungen im Sinne des § 8 Abs. 1 bis 6 SGB XII gefordert.

In § 97 Abs. 3 SGB XII wird der Aufgabenbereich des überörtlichen Trägers festgelegt, falls keine landesrechtliche Regelung im Sinne des § 97 Abs. 2 SGB XII getroffen wird.

Es gibt keine bundesweit einheitliche Regelung, so dass je nach Landesrecht die Aufgabenliste des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe von Bundesland zu Bundesland abweicht.

8.9 Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind infolge des gegliederten Sozialsystems nicht für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Krebserkrankung zuständig. Ergeben sich bei Betroffenen neben oder infolge einer Krebserkrankung Beeinträchtigungen der Teilhabe durch eine psychische Erkrankung, werden entsprechende Teilhabeleistungen ggf. durch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe erbracht. Nähere Erläuterungen finden sich dazu in der „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

8.10 Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

Die Pflegeversicherung hat als weitere Säule der Sozialversicherung die gesetzliche Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 Abs. 4 SGB XI).

8.10.1 Leistungsvoraussetzungen

Um Leistungen der Pflegeversicherung beanspruchen zu können, müssen die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein (§§ 14 und 33 SGB XI).

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

KAPITEL 8

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch einen unabhängigen Gutachter im Auftrag der Pflegekassen. Die Begutachtung findet im Wohnbereich des Versicherten statt, gegebenenfalls auch im Krankenhaus oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, in der sich der Versicherte bereits befindet; der Besuch des Gutachters (Arzt, Pflegefachkraft) wird vorher angekündigt.

Die bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind im Gesetz abschließend aufgezählt; sie umfassen die Bereiche Körperpflege (Bedarf an Grundpflege), Ernährung und Mobilität sowie den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Um die persönlichen Leistungsvoraussetzungen zu erfüllen, muss bei diesen Verrichtungen ein Hilfebedarf in Form von Beaufsichtigung, Anleitung, teilweiser oder vollständiger Übernahme bestehen.

Für das Erbringen von Leistungen der Pflegeversicherung werden pflegebedürftige Personen abhängig vom Umfang ihres Hilfebedarfs einer der drei Pflegestufen zugeordnet (I: erheblich Pflegebedürftige; II: Schwerpflegebedürftige; III: Schwerstpflegebedürftige; § 15 SGB XI).⁵⁵

Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag erbracht. Der Antrag sollte umgehend gestellt werden, wenn der Pflegebedarf eintritt oder vorauszusehen ist. Ist der Pflegebedürftige Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, ist der Antrag bei der dortigen Pflegekasse zu stellen. Besteht eine private Pflege-Pflichtversicherung, muss ein entsprechender Antrag bei diesem Unternehmen gestellt werden. Anträge auf Pflegeleistungen können aber auch bei anderen Sozialleistungsträgern, bei Gemeinden oder bei einer Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation⁵⁶ gestellt werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden von der Antragstellung an erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen erlässt auf Grundlage der gutachterlichen Feststellung einen entsprechenden Bescheid.

8.10.2 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung zielen auf die Übernahme von Verrichtungen, die infolge Pflegebedürftigkeit teilweise oder vollständig durch Dritte übernommen werden. Diese Leistungen umfassen im Rahmen der ambulanten Versorgung bei häuslicher Pflege die Pflegesachleistung, das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, die Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung), zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson sowie Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Daneben erbringt die Pflegeversicherung Leistungen der teilstationären und Kurzzeitpflege sowie der vollstationären Pflege (§§ 36 bis 43 SGB XI).

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind budgetiert. **In der Regel richtet sich die Höhe der Leistungen nach der Pflegestufe.**

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegeversicherung die pflege-

⁵⁵ Für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Beaufsichtigungs- bzw. Betreuungsbedarf wegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen und dadurch bedingter Einschränkung der Alltagskompetenz ist eine Pflegeeinstufung nicht Bedingung (§ 45a SGB XI).

⁵⁶ www.reha-servicestellen.de

bedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Höhe des pauschalen Leistungsbetrages ist abhängig von der jeweiligen Pflegestufe.

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen übernimmt die Pflegeversicherung zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zehn Prozent des vereinbarten Heimentgelts, derzeit (2013) höchstens jedoch 256 Euro monatlich (§ 43a SGB XI).

Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI.

Pflegebedürftige und ihre Bezugspersonen haben Anspruch auf eine qualifizierte Beratung (§ 7a SGB XI) durch einen Pflegeberater der Pflegekassen und/oder des Pflegestützpunktes.

8.10.3 Soziale Pflegeversicherung und medizinische Rehabilitation

Die Pflegekassen gehören nicht zum Kreis der Rehabilitationsträger. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden durch andere Leistungsträger erbracht und haben ausdrücklich Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI). Gleichwohl liegt der Pflegeversicherung auch eine im fachlichen Sinne rehabilitative Zielorientierung zugrunde, denn die Hilfen sind darauf auszurichten, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 31 Abs. 2 SGB XI).

Die Pflegekassen haben bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Rehabilitationsträgern eng zusammenzuarbeiten; sie prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen geeignet und zumutbar sind. Bei jeder Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit wird vom MDK bzw. vom beauftragten Gutachter daher gleichzeitig geprüft, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Diese Feststellung trifft der MDK bzw. der beauftragte Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung. Wird festgestellt, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert die Pflegekasse unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf dessen Eigenverantwortung und Mitwirkungspflichten hin. Soweit der Versicherte zugestimmt hat, gilt die Zuleitung der Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 SGB IX. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 SGB XI zu erbringen (§ 31 Abs. 3 SGB XI).

Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern. Die Rehabilitationsleistungen sind von den hierfür zuständigen Leistungsträgern zu erbringen.

8.11 Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (SGB IX Teil 2)

In Teil 2 des SGB IX (Schwerbehindertenrecht) sind wesentliche Regelungen für die Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung oder Gleichstellung enthalten. Sie umfassen diesbezüglich sowohl Rechte und Pflichten von Arbeitnehmer/-innen als auch Aufgaben und Pflichten der Arbeitgeber/-innen sowie der betrieblichen Interessenvertretungen, außerdem das Leistungs- und Aufgabenspektrum der Integrationsämter und ihrer Fachdienste.

Das Schwerbehindertenrecht findet Anwendung bei Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 und mehr sowie bei Menschen, die schwerbehinderten Menschen gleichgestellt sind (§ 68 Abs. 1 SGB IX). Die Schwerbehinderteneigenschaft wird durch Ausweis nachgewiesen.

8.11.1 Geschützter Personenkreis

Die Feststellung der Schwerbehinderung (§ 69 SGB IX) erfolgt auf Antrag beim zuständigen Versorgungsamt oder den nach Landesrecht zuständigen Behörden. Bei Menschen mit Schwerbehinderung bestehen nicht nur vorübergehend Funktionseinschränkungen, aufgrund derer ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 festgestellt ist (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Zur Bemessung findet die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)⁵⁷ Anwendung, die die versorgungsmedizinischen Grundsätze enthält. Insbesondere auch bei Menschen mit Krebserkrankungen berücksichtigt diese zusätzlich zur Krebserkrankung die hierdurch bedingten sozialen Auswirkungen. Art und Ausmaß der Funktionsstörungen wird durch ein ärztliches Begutachtungsverfahren in der Regel an Hand aussagekräftiger Befundunterlagen erhoben.

Beträgt der GdB mindestens 30, aber unter 50, kann bei der Agentur für Arbeit die Gleichstellung beantragt werden, wenn ohne diese kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder gesichert werden kann (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

8.11.2 Pflichten der Arbeitgeber und Rechte der schwerbehinderten Menschen

Ab einer Zahl von 20 Beschäftigten sind auf 5% der Arbeitsplätze Menschen mit Schwerbehinderung zu beschäftigen (§§ 71 ff. SGB IX). Solange private und öffentliche Arbeitgeber die vorgeschriebene Zahl schwerbehinderter Menschen nicht beschäftigen, entrichten sie für jeden nicht besetzten Pflichtarbeitsplatz eine Ausgleichsabgabe (§ 77 SGB IX). Sofern in einem Betrieb oder einer Dienststelle wenigstens fünf schwerbehinderte oder gleichgestellte Arbeitnehmer nicht nur vorübergehend beschäftigt sind, wird eine Schwerbehindertenvertretung gewählt (§§ 94 ff. SGB IX).

⁵⁷ Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV) vom 10. Dezember 2008; die Broschüre „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ kann bestellt werden unter www.bmas.de

Nach § 81 SGB IX sind die Arbeitgeber verpflichtet zu prüfen, ob freie Arbeitsplätze mit Menschen mit Schwerbehinderung besetzt werden können. Bei Vorliegen von Bewerbungen von Menschen mit Schwerbehinderung ist die Schwerbehindertenvertretung zu beteiligen. Arbeitgeber dürfen schwerbehinderte Beschäftigte nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligen. Im Einzelnen gelten hierzu die Regelungen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG).

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen haben gegenüber ihrem Arbeitgeber Anspruch auf

- Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können,
- bevorzugte Berücksichtigung bei innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung,
- Erleichterungen im zumutbaren Umfang zur Teilnahme an außerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung,
- behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten, einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit, unter besonderer Berücksichtigung der Unfallgefahr,
- Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen.

Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist.

8.11.3 Betriebliche Prävention

Das SGB IX geht von einem „Vorrang der Prävention“ (§ 3 SGB IX) aus. Auch im Schwerbehindertenrecht finden sich umfassende Regelungen zur betrieblichen Prävention (§ 84 Abs. 1 SGB IX). Arbeitgeber müssen bei schwerbehinderten und gleichgestellten Beschäftigten vor Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten, die das Arbeits- bzw. Beschäftigungsverhältnis gefährden können, tätig werden, d. h. gemeinsam mit der Schwerbehindertenvertretung, dem Betriebs- bzw. Personalrat sowie dem Integrationsamt klären, welche Maßnahmen und Hilfen eingesetzt werden können, um das Arbeitsverhältnis langfristig bis dauerhaft zu sichern.

Bei individuellen Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als sechs Wochen innerhalb der letzten 12 Monate sind die Vorschriften zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) zu beachten (Näheres siehe Kapitel 4.2).

8.11.4 Kündigungsschutz

Der Arbeitgeber benötigt zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten oder diesem gleichgestellten Menschen die vorherige Zustimmung des Integrationsamtes (§§ 85 ff. SGB IX). Wenn die schriftliche Zustimmung des Integrationsamtes vorliegt, kann der Arbeitgeber die Kündigung mit Frist von 4 Wochen wirksam erklären (§ 86 SGB IX). Eine Zustimmung ist nicht erforderlich bei Kündigung innerhalb der ersten sechs Monate seit Beginn des Arbeitsverhältnisses

(§ 90 SGB IX) oder bei einvernehmlichem Aufhebungsvertrag, Kündigung von Seiten des/der Beschäftigten oder Fristablauf eines befristeten Arbeitsverhältnisses.

8.11.5 Sonstige Vorschriften

Die Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen hat Vorrang gegenüber anderen Personenkreisen (§ 122 SGB IX). Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Beschäftigte werden auf ihr Verlangen von Mehrarbeit (§ 124 SGB IX) freigestellt. Sie haben Anspruch auf Zusatzurlaub (§ 125 SGB IX) von fünf bezahlten Urlaubstagen mit entsprechender Anpassung, wenn mehr oder weniger als fünf Arbeitstage je Woche gearbeitet wird. Gleichgestellte behinderte Menschen haben keinen gesetzlichen Anspruch auf Zusatzurlaub.

Vorschriften über Hilfen für behinderte Menschen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen (Nachteilsausgleiche, § 126 SGB IX) werden so gestaltet, dass sie – unabhängig von der Ursache der Behinderung – der Art oder Schwere der Behinderung Rechnung tragen. Durch diese werden z. B. Steuer- und Gebührenermäßigungen und Parkerleichterungen geregelt.

8.11.6 Integrationsämter

Die Integrationsämter sind die Träger der Leistungen, die nach Teil 2 SGB IX an schwerbehinderte und diesen gleichgestellte Menschen erbracht werden (§§ 101 ff. SGB IX). Dazu gehören persönliche und finanzielle Hilfen für schwerbehinderte Menschen sowie begleitende Hilfen für Arbeitgeber. Auch Leistungen zur Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs- und Bildungsmaßnahmen können erbracht werden. Bei der Durchführung der Begleitenden Hilfen im Arbeitsleben können die Integrationsämter Integrationsfachdienste einschließlich psychosozialer Dienste freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen beteiligen.

■ Persönliche Hilfen für schwerbehinderte Menschen

Persönliche Hilfen für schwerbehinderte Menschen umfassen die Beratung und Betreuung in allen Fragen des Arbeitslebens, insbesondere bei persönlichen Schwierigkeiten, bei Arbeitsplatzproblemen, bei Umsetzungen am Arbeitsplatz, bei Fragen im Zusammenhang mit der Schwerbehinderung, bei Konflikten mit Kollegen, Vorgesetzten und dem Arbeitgeber, bei Gefährdung des Arbeitsplatzes bis hin zur psychosozialen Betreuung, um schwerwiegende Konflikte zu lösen.

■ Finanzielle Hilfen für schwerbehinderte Menschen

Finanzielle Hilfen können erbracht werden für

- Technische Arbeitshilfen,
- Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes,
- Leistungen zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit,
- Wohnungshilfen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht,

KAPITEL 8

- Leistungen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten,
- Hilfen in besonderen Lebenslagen sowie für eine notwendige Arbeitsassistenz und unterstützte Beschäftigung.

Bei den individuellen Leistungen an schwerbehinderte Menschen bilden Leistungen für Arbeitsassistenz und für technische Arbeitshilfen den Schwerpunkt.

■ Begleitende Hilfen für Arbeitgeber

Begleitende Hilfen für Arbeitgeber, die schwerbehinderte Menschen beschäftigen, umfassen:

- Beratung bei der Auswahl des geeigneten Arbeitsplatzes für schwerbehinderte Menschen, bei der Schaffung neuer und der behinderungsgerechten Gestaltung vorhandener Arbeitsplätze, bei allen Fragen im Zusammenhang mit der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen; psychosoziale Beratung zur Beseitigung von besonderen Problemen; Information über Lösungsmöglichkeiten;
- Finanzielle Leistungen zur Schaffung neuer zusätzlicher Arbeitsplätze, zur behinderungsgerechten Einrichtung und Gestaltung vorhandener Arbeitsplätze sowie bei außergewöhnlichen Belastungen, die mit der Beschäftigung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen verbunden sind;
- Zuschüsse zu Gebühren bei der Berufsausbildung besonders betroffener schwerbehinderter Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter bis zu 25 Jahren und Prämien und Zuschüsse zu den Kosten der Berufsausbildung behinderter Jugendlicher und junger Erwachsener, wenn diese für die Zeit der Ausbildung durch eine Stellungnahme der Agentur für Arbeit oder durch einen Bescheid über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gleichgestellt sind.
- Prämien zur Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Bei Leistungen an Arbeitgeber spielen die Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, die behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen (Lohnkostenzuschüsse) eine zentrale Rolle.

8.11.7 Integrationsfachdienste

Nähere Informationen hierzu finden sich in Kapitel 7.3.

8.11.8 Integrationsprojekte, Werkstätten für behinderte Menschen, Unentgeltliche Beförderung

Im SGB IX Teil 2 finden sich weitere Regelungen zu Integrationsprojekten (§§ 132 ff. SGB IX), Werkstätten für behinderte Menschen (§§ 136 ff. SGB IX) sowie zur unentgeltlichen Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr (§§ 145 ff. SGB IX). Diese können im Einzelfall als Leistungsangebote für Menschen mit Krebserkrankungen, insbesondere hinsichtlich der Sicherung der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, wesentliche Bedeutung erlangen.

9 Anhang

9.1 Glossar

adjuvant:	ergänzend, unterstützend; bei Krebserkrankungen eine Behandlung, die nach vollständiger operativer Entfernung aller Tumoranteile erfolgt, um mögliche Tumorabsiedlungen zu bekämpfen
Angiogenesehemmer:	Medikamente bzw. Antikörper, die die Gefäßneubildung und damit Versorgung des Tumors mit Sauerstoff und Nährstoffen mindern und somit das Tumorwachstum hemmen
Chemotherapie:	medikamentöse Behandlung von Krebserkrankungen oder Infektionen
Computertomographie (CT):	röntgenologisches Schichtaufnahmeverfahren, bei dem zum Bildaufbau ein Computer eingesetzt wird
Depression:	Störung des Gefühls- und Gemütslebens, z. B. mit trauriger Verstimmtheit und Antriebsarmut
Dysplasie:	in der Tumorpathologie eine Krebsvorstufe, bei der der Gewebeaufbau noch erhalten ist, die Zellen jedoch bereits Veränderungen verschiedener Schweregrade aufweisen
Endoskopie:	Ausleuchtung und Ausspiegelung von Hohlorganen oder Körperhöhlen mit Hilfe des Endoskops
Epidemiologie:	Lehre von der Häufigkeit und der Verteilung von Krankheiten, ihrer bestimmenden Faktoren und der sozialen Folgen in der Bevölkerung
Ergotherapie:	Arbeits- und Beschäftigungstherapie
Exposition:	Gesamtheit der äußeren Krankheitsbedingungen, denen ein Organismus ausgesetzt ist
Fatigue:	nicht durch normale Erholungsphasen zu behebende Müdigkeit und Erschöpfung, die bei Menschen mit Krebserkrankungen sowohl in Folge der Erkrankung selbst als auch der Behandlungen auftreten
Gastrektomie:	operative Entfernung des ganzen Magens

KAPITEL 9

gastrointestinal:	Magen und Darm betreffend
Hämatologie, hämatologisch:	Lehre von der Physiologie, Pathophysiologie und den Krankheiten des Blutes sowie der blutbildenden Organe, die Blutbildung betreffend
Immunabwehr:	Fähigkeit des lebendigen Organismus zur spezifischen Abwehr von körperfremden Stoffen (Antigenen)
In-situ-Karzinom:	von der Zellbeschaffenheit bösartiger Tumor, der natürliche Gewebegrenzen nicht überschreitet und keinen Anschluss an das Blutgefäßsystem hat
invasiv:	in das umgebende Gewebe wuchernd, hineinwachsend
irreversibel:	nicht rückgängig zu machen
kanzerogen:	wie karzinogen, krebserzeugend
kardial:	das Herz betreffend
Kardiomyopathie:	Erkrankungen des Herzmuskels
Karzinom:	bösartige Neubildung von Körpergewebe
Kolonkarzinom:	Dickdarmkrebs
Konsilium, konsiliarisch:	Beratung mehrerer Ärzte über einen unklaren Krankheitsfall
kurativ:	heilend, auf Heilung ausgerichtet
Latenzphase:	zeitweiliges Verborgensein einer Krankheit oder von Krankheitszeichen
Leukämie:	bösartige Erkrankung der weißen Blutkörperchen, Blutkrebs
Lymphödem:	teigige Verdickung der Haut und des Unterhautzellgewebes infolge Lymphstauung
Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT):	Schichtaufnahmen mit Hilfe von Magnetfeldern, bei denen zum Bildaufbau ein Computer eingesetzt wird
Maligner Tumor:	bösartige Geschwulst

KAPITEL 9

Mammakarzinom:	Brustkrebs
Mastektomie:	operative Entfernung der Brustdrüse
Metastase:	Tochtergeschwulst
Morbidität:	Krankheitshäufigkeit in einer Bevölkerung
Mortalität:	Verhältnis der Zahl der Todesfälle bei einer bestimmten Krankheit zur Gesamtzahl der statistisch berücksichtigten (erkrankten und gesunden) Personen, z. B. zur Zahl der Gesamtbevölkerung, während eines bestimmten Zeitabschnittes
Multimorbidität:	gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten bei einem Menschen
neoadjuvant:	Behandlung, die vor einer Operation mit dem Ziel der Tumorverkleinerung durchgeführt wird, um den Tumor dann doch noch operativ entfernen zu können
Neoplasie:	bösartige Geschwulst
neurogen:	vom Nervensystem ausgehend
Ösophagusstimme (-sprache):	Ersatzstimme des (geschulten) Kehlkopflösen mit Hilfe der Speiseröhre
okkult:	verborgen
Onkologie:	Lehre von den Geschwülsten
Osteoporose:	Schwund des festen Knochengewebes und Vergrößerung der Markräume
Polyneuropathie:	Erkrankung des peripheren (am Rand gelegenen) Nervensystems, die u. a. Folge der Behandlung mit Chemotherapeutika sein kann. Die Symptome reichen von Brennen, Kribbeln, Schwäche, Taubheit, Lähmungen bis hin zu erheblichen Schmerzen vor allem in Armen und Beinen.
Primärprävention:	Maßnahmen, die vor dem Eintreten einer Krankheit ergriffen werden, um das (erstmalige) Auftreten der Erkrankung zu verhindern
Progression, progredient:	Fortschreiten, fortschreitend

KAPITEL 9

Prophylaxe:	Vorbeugung
pulmonal:	die Lunge betreffend
Remission:	Rückgang von Krankheitserscheinungen, häufig nur vorübergehend
reversibel:	umkehrbar
Rezidiv:	Rückfall einer Krankheit, Wiederauftreten
Risikofaktoren:	bestimmte Bedingungen, die eine besondere Krankheitsgefährdung begründen
Rectusstimme:	Speiseröhrenersatzstimme
somatisch:	den Körper betreffend
Stoma:	künstlich hergestellter Ausgang eines Hohlorgans zur Körperoberfläche (z. B. vom Darm oder der Harnblase)
Thrombose:	teilweiser oder völliger Verschluss eines Gefäßlumens durch ortsständige Blutgerinnsel
Tracheostoma:	künstlich hergestellte Öffnung der Luftröhre nach außen
traumatisch:	hier: auf einen seelischen Schaden zurückzuführen
Tumormarker:	Substanzen, die entweder von den Tumorzellen selbst produziert oder deren Produktion durch ihr malignes Wachstum angeregt wird und deren Konzentration in Körperflüssigkeiten bestimmt werden kann

9.2 Leitlinien, Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen

Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (Ca-Richtlinien) vom 4. Juli 1991, verfügbar unter

→ www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_31ANL5

Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten der Deutschen Rentenversicherung, verfügbar unter

→ www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208328/publicationFile/21235/leitlinien_rehabeduerftigkeit_onkologie_langfassung_pdf.pdf

Reha-Therapiestandards Brustkrebs der Deutschen Rentenversicherung, verfügbar unter

→ www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/35722/publicationFile/17864/II_brustkrebs_download.pdf

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“) verfügbar unter

→ www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/

Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation („Rehabilitations-Richtlinie“), verfügbar unter

→ www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/

Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, verfügbar unter

→ www.bar-frank-furt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_zur_onkologischen_Rehabilitation.pdf

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, verfügbar unter

→ www.bar-frank-furt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenvereinbarung_Rehasport_2011.pdf

Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) finden sich bei

→ www.awmf.org

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V für stationäre Hospizversorgung, verfügbar unter

→ www.dhvp.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2009-07-23_RV-stationaer.pdf

KAPITEL 9

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V für ambulante Hospizarbeit, verfügbar unter

→ www.dhpf.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/amb_rahmen_p39a-sgb5.pdf

Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung („SAPV-Richtlinie“), verfügbar unter

→ www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/

Verfahrensabsprache zu Anträgen der ‚Familienorientierten Rehabilitation, verfügbar unter

→ www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/reha/leistungen/mutter_vater_kind/reha_verfahrensabsprache_familienorientierte_reha_01102009.pdf

Patientenleitlinien Brustkrebs, verfügbar unter

→ www.krebshilfe.de/wir-informieren/material-fuer-betroffene/patientenleitlinien.html

Patientenleitlinien Prostatakrebs, verfügbar unter

→ www.krebshilfe.de/wir-informieren/material-fuer-betroffene/patientenleitlinien.html

9.3 Ausgewählte Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005.

Deutsche ILCO e.V. u. a. (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung für Menschen mit Krebs – ein Wegweiser. Bonn: 2011, verfügbar unter

→ www.hksh-bonn.de/fileadmin/hksh-bonn/inhalte/dokumente/pdf/Brosch%C3%BCre_Psychoziale_Versorgung.pdf.

Deutsche Krebshilfe: Die blauen Ratgeber. Broschüren-Serie für Krebs-Betroffene, Angehörige und Interessierte, verfügbar unter

→ www.krebshilfe.de/material-fuer-betroffene.html.

Deutsche Rentenversicherung: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin u. a.: Springer, 2011

9.4 Adressen und Links

9.4.1 Zertifizierte onkologische Zentren und Organkrebszentren

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

9.4.2 Ausgewählte Institutionen und Verbände

Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation – Die Internetpräsenz und Adressen regionaler Servicestellen finden sich unter → www.reha-servicestellen.de

■ 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.argekrebnw.de
- Robert-Koch-Institut → www.rki.de
- Arbeitsgemeinschaft für supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS) der Deutschen Krebsgesellschaft → www.krebsgesellschaft.de/arbeitsgemeinschaft_supportive_massnahmen,100650.html
- Arbeitskreis Onkologische Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO), → www.dgho.de/gesellschaft/verein/arbeitskreise/onkologische-rehabilitation

■ Kontaktdaten der Träger der Leistungen zur Teilhabe bzw. deren Spitzenverbände

Bundesagentur für Arbeit (BA)

Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
☎ 09 11 1 79-0
☎ 09 11 1 79-21 23
✉ zentrale@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAG LJÄ)

Federführende Stelle: Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland Pfalz
Rheinallee 87-101
55118 Mainz
☎ 06131 967-290
☎ 06131 967-12290
✉ bagljae@lsjv.rlp.de
🌐 www.bagljae.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Mittelstraße 51

10117 Berlin

☎ 0 30 28 87 63-8 00

☎ 0 30 28 87 63-8 08

✉ info@dguv.de

🌐 www.dguv.de

GKV-Spitzenverband

Mittelstraße 51

10117 Berlin

☎ 0 30 20 62 88-0

☎ 0 30 20 62 88-88

✉ info@gkv-spitzenverband.de

🌐 www.gkv-spitzenverband.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Erzbergerstraße 119

76133 Karlsruhe

☎ 07 21 81 07-9 01 / 02

☎ 07 21 81 07-9 03

✉ bih@integrationsaemter.de

🌐 www.integrationsaemter.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS)

Warendorfer Straße 26-28

☎ 02 51 5 91-65 30

☎ 02 51 5 91-65 39

✉ bag@lwl.org

🌐 www.bagues.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

10704 Berlin

☎ 0 30 86 51

☎ 0 30 86 58 94 00

✉ drv@drv-bund.de

🌐 www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Weißensteinstraße 70-72

34131 Kassel

☎ 05 61 93 59-0

☎ 05 61 93 59-2 17

✉ info@svlfg.de

🌐 www.svlfg.de

KAPITEL 9

Weitere Anschriften der Kranken-, der 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 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebene „Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, 14. Auflage, Frankfurt a.M., 2011.

■ **Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen**

- Haus der Krebs-Selbsthilfe → www.hksh-bonn.de
- 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

■ **Ausgewählte Selbsthilfeorganisationen nach Art der Krebserkrankung**

- Bauchspeicheldrüsenkrebs
Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V. → www.adp-bonn.de
- Blasenkrebs
Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. – ShB → www.blasenkrebs-shb.de
Blasenkrebs Online-Selbsthilfegruppe → www.forum-blasenkrebs.net
nur bei Urostoma auch: Deutsche ILCO e.V. – Selbsthilfeorganisation für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs → www.ilco.de
- Brustkrebs
Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. → www.frauenselbsthilfe.de
Selbsthilfenetzwerk für Männer mit Brustkrebs → www.brustkrebs-beim-mann.de
Familiärer (erblicher) Brust- und Eierstockkrebs: BRCA-Netzwerk e. V. – Hilfe bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs → www.brca-netzwerk.de
- Darmkrebs
Deutsche ILCO e.V. – Selbsthilfeorganisation für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs → www.ilco.de
- Gynäkologische Tumore
Familiärer (erblicher) Brust- und Eierstockkrebs: BRCA-Netzwerk e. V. – Hilfe bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs → www.brca-netzwerk.de
Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. → www.frauenselbsthilfe.de
VulvaKarzinom-SHG e.V. → www.vulvakarzinom-shg.de
- Hirntumore und andere Tumore des Nervensystems
Deutsche Hirntumorhilfe e.V → www.hirntumorhilfe.de
Interessengemeinschaft Akustikusneurinom → www.akustikusneurinom.info
- Kehlkopfkrebs
Bundesverband der Kehlkopfoperierten e.V. → www.kehlkopfooperiert-bv.de

KAPITEL 9

- Krebs bei Kindern und Jugendlichen
Deutsche Leukämie-Forschungshilfe und Deutsche Kinderkrebsstiftung → www.kinderkrebsstiftung.de
- Leukämien und Lymphome, andere Bluterkrankungen
Deutsche Leukämie- und Lymphom-Hilfe (DLH) e.V. → www.leukaemie-hilfe.de
Leukämie-Online e.V. → www.leukaemie-online.de
- Neuroendokrine Tumore, Karzinoid, MEN1
Netzwerk Neuroendokrine Tumore (NeT) e.V. → www.glandula-net-online.de
Bundesorganisation Selbsthilfe -Neuroendokrine Tumore (BS-NET e. V.) → www.net-shg.de
- Prostatakrebs
Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. → www.prostatakrebs-bps.de
- Schilddrüsenkrebs
Bundesverband Schilddrüsenkrebs – Ohne Schilddrüse leben e.V. → www.sd-krebs.de

9.5 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
ggf.	gegebenenfalls
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
Kap.	Kapitel
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB V	Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Siebtens Buch – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XII	Zwölftes Buch – Sozialhilfe
u. a.	unter anderem
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

9.6 Verzeichnis der Mitwirkenden

Katrin Breuninger,
MDK Nord/MDS e.V. (ab September 2012)

Maria Hass,
Deutsche ILCO e.V.

Dr. Thomas Hagen,
MDK Bayern (bis März 2012)

Dr. Ulrike Hufnagl,
Deutsche Rentenversicherung Bund

Michael Kühlborn,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Karin Praefke,
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Prof. Dr. Oliver Rick,
Arbeitskreis Onkologische Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)

Peter Schnelle,
BKK Bundesverband

Prof. Dr. Volker Tschuschke,
Universitätsklinik Köln

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt a. Main:

Dr. Michael Schubert
Dr. Wolfgang Cibis
Dr. Larissa Beck (bis 2011)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.