

SOZIALPÄDAGOGISCHE ASPEKTE IM UMGANG MIT MAMMAKARZINOMPATIENTINNEN

Jutta Schüßler

Zusammenfassung

Die Diagnose Brustkrebs stürzt die betroffenen Frauen in eine Lebenskrise. Sie hat Auswirkungen sowohl auf ihre physische und psychische Integrität, als auch auf ihre sozial und ökonomisch konstituierte Lebenssituation.

Professionelle Sozialarbeit beinhaltet die psychosoziale Unterstützung und Begleitung der Mammakarzinompatientinnen (z.B. Krisenintervention, Paar- und Familiengespräche, kontinuierliche Gesprächs- und Entspannungsgruppen), die sozialrechtliche Beratung (z.B. Schwerbehindertenausweis, berufliche Rehabilitation, häusliche Krankenpflege) und konkrete Hilfe bei der Durchsetzung der daraus abgeleiteten Ansprüche. Diese beiden Aspekte sozialpädagogischen Handelns ermöglichen eine ganzheitliche Betrachtungsweise und Hilfestellung bei der Bewältigung der Krankheit und der durch sie aufgebrochenen Lebenskonflikte. Ziel ist es, die betroffenen Frauen zu unterstützen, in größtmöglicher Selbstbestimmung, eine Lebensform zu finden, die lebbar und sinnvoll ist und ihrer individuellen Lebensqualität gerecht wird.

Schlüsselwörter

Brustkrebs - Sozialarbeit - psychosoziale Unterstützung - sozialrechtliche Beratung

Summary

Women diagnosed with breast cancer are thrown into a life crisis that affects not only their physical and mental integrity, but also the very fabric of their social and economic lives. Professional social work encompasses both psycho- and sociotherapeutic support and guidance of the breast cancer patient (i.e. crisis intervention, couple and family counseling, ongoing relaxation and therapy groups), counseling with respect to legal rights (i.e. handicapped identification, job rehabilitation, home nursing), and concrete assistance for exercising the patients rights. These two aspects of social work enable a holistic approach in battling the illness and its related life conflicts. The goal is to support women with disease, while helping them find their own way of living that is meaningful and that does justice to their individual quality of life.

Keywords

breast cancer - social work - psycho- and sociotherapeutic support - counseling with respect to legal rights

Mit folgendem Beitrag möchte ich die zwei Säulen sozialpädagogischen Handelns im Kontext einer Brustkrebs-erkrankung verdeutlichen. Ein kurzer Abriss der seelisch-sozialen Lage der an Brustkrebs erkrankten Frauen im Verlauf der Erkrankung soll den Hintergrund für die jeweiligen Interventionen erhellen. Ein Standbein der Sozialarbeit ist die psychosoziale Unterstützung, das andere die sozialrechtliche Beratung sowie konkrete Hilfe bei der Antragstellung und Durchsetzung der daraus abgeleiteten Ansprüche. Eine ausführliche Beschreibung der wichtigsten und am häufigsten vorkommenden gesetzlichen Hilfen soll die Komplexität sozialrechtlicher Maßnahmen verdeutlichen. Es soll hier jedoch nicht der Eindruck entstehen, daß diese beiden Säulen der Sozialarbeit getrennt voneinander bestehen. Sozialpädagogisches Handeln impliziert eine Koordination dieser beiden Herangehensweisen und ermöglicht somit eine umfassende Hilfestellung bei der Bewältigung der Erkrankung und deren Auswirkungen auf die gesamte Lebenssituation.

Aspekte des Krankheitserlebens und soziale Folgen bei Mammakarzinom

Die Diagnose Brustkrebs ist ein dramatisches Ereignis für die Betroffenen und alle Beteiligten. Das subjektive Erleben dieser Erkrankung ist abhängig von der Persönlichkeit, dem Alter, der individuellen Lebensgeschichte und den Vorerfahrungen mit Krisensituationen, von der aktuellen Lebenslage und dem sozialen Kontext.

Diagnose und Primärbehandlung

Die plötzliche Konfrontation mit der lebensbedrohenden Krankheit stürzt die meisten Frauen zunächst in eine Lebenskrise. Die Diagnose Brustkrebs hat Konsequenzen für ihre gesamte Lebenswirklichkeit, die sich sowohl in physischer, psychischer, sozialer und auch materieller Hinsicht auf ihre

weitere Lebensführung auswirkt. Die betroffenen Frauen finden sich in der Regel völlig unvorbereitet in einer Situation wieder, der sie sich zunächst physisch und psychisch nicht gewachsen fühlen. Die erste, unbewußt einsetzende Reaktion auf diese lebens- und identitätsbedrohende Erkrankung ist häufig Verdrängung, Verleugnung und Rationalisierung, um ein bedrohliches Anwachsen der Angst zu verhindern und die Aufrechterhaltung des Funktionierens zu ermöglichen. Die sich aneinanderreihenden Ereignisse, der anfängliche Diagnoseschock, die Operation und die Konfrontation mit den verschiedenen Behandlungsmethoden, lassen zunächst nicht ausreichend Zeit sich mit der Krebserkrankung auseinanderzusetzen und sie als Realität zu begreifen. Nach einer Mamma- Amputation sehen sich die Frauen sowohl einer Veränderung ihres Körpers und seiner Funktionsfähigkeit gegenübergestellt, als auch mit der Verletzung ihrer weiblichen Identität konfrontiert. Die Brust als Inbegriff der Weiblichkeit ist Teil weiblichen Selbstwerterlebens und ein Verlust ist meist mit einem Mangel an Selbstvertrauen und Daseinsunsicherheit gekoppelt. Eine Chemotherapie und/oder eine Strahlentherapie implizieren einen anstrengenden Behandlungsweg, verbunden mit eventuellem Haarausfall, Übelkeit und einer Schwächung der Leistungsfähigkeit. Hinzu kommt die Ungewißheit des Krankheitsverlaufs. Die Patientinnen befinden sich in einem Zwiespalt zwischen Hoffnung auf Heilung und gleichzeitiger Konfrontation mit einer möglicherweise geringeren Lebenserwartung.

Alltagsnormalität und Zeit der Nachsorge

Mit dem Abschluß der Behandlung und der Rückkehr in die Alltagswirklichkeit und Selbstverantwortung wird den meisten Frauen ihre neue und schwierige Lebenssituation häufig erst bewußt. Neben der Bewältigung der physischen Erschöpfung, oft verbunden mit körperlicher Beeinträchtigung im Schulter-Arm-Bereich, setzen seelische Verarbeitungsprozesse ein; die betroffenen Frauen fühlen sich einem Wechselbad von Gefühlen ausgeliefert, die sie immer neu verunsichern und aufwühlen. Angst, Hilflosigkeit, Trauer und Verzweiflung alternieren mit Zuversicht und Tatendrang, mit Freude und Hoffnung; Schuldgefühle und Ohnmacht wechseln sich mit Wut auf das Schicksal ab.

Der Verlust des Vertrauens in den eigenen Körper, die Beschädigung der weiblichen Identität und Attraktivität und die bleibende Angst vor Wiedererkrankung führen oft zu innerem Rückzug und sozialer Isolation. Besonders für alleinstehende Frauen, die nicht in ein Netz von Beziehungen eingebunden sind, ist innere und äußere Vereinsamung oft bittere Realität. Mit der Befürchtung abgewiesen zu werden, verstärkt sich die Angst vor neuen Bindungen. Umgekehrt kompensieren viele Frauen ihr erschüttertes Selbstwertgefühl, indem sie sich im Fortgang der Alltagsnormalität überfordern und mit hektischer Aktivität, ohne Rücksicht auf die eigenen Bedürfnisse und ihre noch geminderten Kräfte, ihre bisherige Rolle im sozialen Gefüge einnehmen. Aber auch in der Partnerschaft und/oder im familiären Zusammenleben kann es zu vorübergehenden Anpassungsproblemen an die neue Lebenssituation kommen. Der Lebenspartner, die Kinder, die ganze Fami-

lie ist unmittelbar durch die Diagnose Brustkrebs mitbetroffen, sowohl emotional als auch durch den veränderten Lebensalltag stark belastet. Dies erfordert von den jeweiligen Familienmitgliedern ein hohes Maß an Entwicklungsfähigkeit, Flexibilität und Adaption, was oft nicht geleistet werden kann. Harmonisierende Konfliktvermeidung, Gefühlsunterdrückung und wechselseitige Sorge bis zur Aufopferung sind die häufigsten Formen der Krankheitsbewältigung. Hinter Altruismus, optimistischem, zeitweise auch verharmlosendem Verhalten verbergen sich nicht selten eigene Sorgen, Ängste, Schuldgefühle und eine große Unsicherheit. Der/die Einzelne bleibt mit seiner/ihrer Hilflosigkeit und Verzweiflung alleine; zunehmende Sprachlosigkeit macht sich breit, die letztlich zu innerer Einsamkeit und beidseitiger Entfremdung führen kann.

Der Verlust der körperlichen Integrität und die Auswirkungen auf Körperbild, Körperempfinden und das gesamte Selbstwertgefühl der Frau, kann das Verlangen nach körperlicher Nähe und Sexualität extrem beeinträchtigen. An Brustkrebs erkrankte Frauen befürchten oft, für ihren Partner sexuell und körperlich nicht mehr begehrenswert zu sein; in ihrer Phantasie setzen sie einen Brustverlust nicht selten einem Partnerverlust gleich. Körperliche Nähe und sexuelle Begegnungen werden aus Scham und Unsicherheit häufig von beiden Seiten vermieden, über Befürchtungen, Sehnsüchte und Wünsche wird nicht gesprochen.

Rezidiv und Krankheitsprogredienz, Finalstadium

Die Mitteilung eines Rezidivs oder der Nachweis einer Metastasierung löst bei den betroffenen Frauen Reaktionen und Gefühle aus, die in vieler Hinsicht dem initialen Diagnoseschock entsprechen. Konkrete Ängste vor Abhängigkeit, unerträglichen Schmerzen und Leiden, vor Sterben und Tod stehen im Vordergrund. Hinzu kommen oft Enttäuschung und Niedergeschlagenheit, Mißtrauen in die bis jetzt angewandten Behandlungsmethoden, Wut und Anschuldigungen gegen die behandelnden Ärzte, aber auch Selbstvorwürfe und Gefühle des Versagens. Die meisten Patientinnen erleben die Rückkehr der Krebserkrankung als wesentlich einschneidender und schmerzlicher als den Primärbefund. Hoffnung auf Heilung weicht der Hoffnung auf Remission oder Stillstand der Krankheit, auf Lebensverlängerung mit weitgehender Beschwerdefreiheit.

Mit Fortschreiten der Krebserkrankung wird die existentielle Bedrohung durch den Krebs konkret und körperlich erfahrbar. Objektiver Befund und subjektives Befinden divergieren kaum; jede Verbesserung und Verschlechterung der Symptomatik kann oft frühzeitig wahrgenommen werden. Dies bringt der Patientin einerseits das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung zurück und ermöglicht ihr ein Stück Selbstkontrolle, konfrontiert sie jedoch andererseits real mit der früher oder später unausweichlichen Sterblichkeit.

Mit zunehmenden Schmerzen und der Verschlechterung des körperlichen Zustandes empfinden sich die Patientinnen nicht

selten als Zumutung für ihre Umgebung. Selbstbeherrscht versuchen sie Optimismus und Stärke zu verbreiten und behalten ihre vielfältigen Ängste und Gefühle für sich. Lebenspartner und Familienmitglieder weigern sich oft länger als die Patientinnen selbst das Fortschreiten der Erkrankung wahrzunehmen, um von ihren eigenen Ängsten und der Traurigkeit nicht überflutet zu werden. Gegenseitige Schonhaltung und Rücksichtnahme können das Zusammenleben beherrschen, „wahre“ Gefühle werden nicht mitgeteilt, über Sterben und Tod wird oft nicht gesprochen. Die Kommunikation versiegt manchmal regelrecht, die einzelnen ziehen sich innerlich, manchmal auch äußerlich immer mehr zurück.

Psychosoziale Beratung - ein Standbein sozialpädagogischer Arbeit

Psychosoziale Beratung beinhaltet die psychische Unterstützung der Mammakarzinompatientinnen als auch die Einbeziehung der Krankheitsauswirkungen auf ihr soziales Umfeld.

Auf die oben beschriebenen Aspekte des Krankheitserlebens bezogen, bedeutet dies

- Unterstützung in Krisensituationen
- Beratung und Begleitung der an Brustkrebs erkrankten Frauen bei der Auseinandersetzung mit der Krankheit, der Behandlung und ihren Folgen
- Beratung und Hilfestellung bei der Verarbeitung der Krankheitsauswirkungen in den verschiedenen Lebensbereichen
- Paar- und/oder Familiengespräche zur Verbesserung der Beziehungen und der Kommunikation
- Gespräche mit Partnern und Angehörigen

Die Beratung erfolgt in kurzzeitig supportiven, aber auch längerfristig entlastenden und aufarbeitenden Einzelgesprächen, ist personenzentriert und ich-stützend. Jeder Beratungskontakt ist ein dynamischer Prozess, in dessen Verlauf weitere Informationen und Inhalte aufkommen, die neue, gemeinsam mit der Patientin zu entwickelnde Zielfestsetzungen erforderlich machen.

Soziale Einzelfallhilfe ist ein übergreifendes Konzept, in das unterschiedliche methodische Ansätze integriert werden können. In der heutigen Sozialarbeit und auch gerade in der Zusammenarbeit mit Krebspatienten hat sich die klientenzentrierte Gesprächsführung durchgesetzt, in die Elemente und Wertvorstellungen der Gesprächspsychotherapie nach Rogers einfließen. Eine Atmosphäre der Echtheit, der uneingeschränkten Wertschätzung und des einführenden Verstehens kann es den Patientinnen erleichtern, zunehmend ihre Gedanken und Gefühle bezüglich ihrer Erkrankung und der Therapiefolgen zu verbalisieren, diese bewußt werden zu lassen und in ihr Selbstkonzept zu integrieren. Zum Beispiel kann das Aussprechen subjektiver Vorstellungen und Phantasien zur Krebsentstehung, oft verbunden mit Schuld und Verantwortlichkeit, erleichtern, die eigene Sichtweise verändern und positive Neuorientierungen eröffnen.

Die an Brustkrebs erkrankte Frau sollte in in ihrer Ganzheit wahrgenommen, in ihren persönlichen und seelischen Ressourcen aktiviert und nicht auf ihre Erkrankung reduziert werden. Ein wesentliches Ziel ist, die Bewältigungskapazität der betroffenen Frauen zu stärken, ihr Kompetenzbewußtsein, ihre Selbstachtung und ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten in jeder Phase der Erkrankung zu fördern und zu optimieren, sowie die Unterstützung ihres familiären und sozialen Umfeldes zu mobilisieren, um das Einbezogenbleiben in die Gemeinschaft zu ermöglichen. Wichtige Aspekte dabei sind unter anderem:

- Hilfestellung zur besseren Akzeptanz des veränderten Körperbildes
- Unterstützung bei der Entdeckung sinnstiftender und selbstwertstützender neuer Identitätsbereiche

Die Erfahrung in tragfähigen Beziehungen zu leben, ist gerade in Krisenzeiten sehr wichtig. Gesprächsangebote für Partner und Angehörige sind daher von Anfang an möglicher Bestandteil der Beratungstätigkeit. Das gemeinsame Gespräch kann eine Entlastung für alle Beteiligten sein, eine bisher nicht gekannte Offenheit herstellen, den Dialog untereinander verbessern und zu einem besseren gegenseitigen Verstehen führen. Gespräche mit Familienangehörigen werden je nach Wunsch gemeinsam, im Einverständnis mit der Patientin auch als Einzelgespräche mit Angehörigen geführt, um diese in ihrer Belastungs- und Beistandsfähigkeit zu stabilisieren.

Mit fortschreitender Erkrankung müssen immer mehr Autonomie, soziale Rollen und Zukunftsperspektiven aufgegeben und gleichzeitig immer mehr körperliche Einschränkungen hingenommen werden. Die Patientin in ihren noch verbleibenden Entscheidungsmöglichkeiten zu unterstützen ist zu diesem Zeitpunkt sehr wichtig. Eine offene Kommunikation zwischen der Patientin und ihren Angehörigen in dieser emotional extrem belastenden Phase ist Voraussetzung, um die ihnen noch verbleibende gemeinsame Zeit im gegenwärtigen Alltag annehmbar zu machen und das allmähliche Loslassen und Abschiednehmen zu erleichtern.

Sozialpädagogischer Ansatz ist Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt ein wesentliches Kriterium der Beratung ist, die Patientinnen nicht zu entmündigen, keine Ratschläge und Verhaltensanweisungen zu geben, sondern Begleiter ihres inneren Auseinandersetzungsprozesses zu sein und sie zu unterstützen, ihre eigenen Kräfte und Fähigkeiten zu entdecken und diese konstruktiv für Lösungen einzusetzen.

Die Diagnose „Brustkrebs“ bringt nicht nur Veränderungen im psychosozialen Bereich mit sich, sondern sie hat in der Regel auch Auswirkungen auf die ökonomische Lebenssituation. Zusätzlich zur Krankheit können finanzielle Belastungen und Sorgen entstehen.

In Anbetracht der unterschiedlichen sozialen Hilfsmöglichkeiten, aber auch der immer komplexer werdenden versorgungsrechtlichen Problematik sind die Patienten häufig überfordert, sich im Dschungel der gesetzlichen Richtlinien,

Zuständigkeiten und Institutionen zurechtzufinden und die ihnen zustehenden Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Die laufenden Gesetzesänderungen im Zuge der Gesundheitsreform überfordern neben der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und Behandlung oft zusätzlich. Sozialpädagogische Hilfestellung heißt hier, Übersicht und Transparenz zu schaffen, um die Angst vor der Zukunft zu mildern. Konkrete weiterführende Informationen und ein Einschätzen und Abwägen der unterschiedlichen Konsequenzen kann die schwerwiegende Belastungssituation entschärfen und zu ihrer Bewältigung beitragen.

Sozialrechtliche Beratung und Hilfe bei der Antragstellung sozialgesetzlicher Ansprüche - das zweite Standbein sozialpädagogischer Arbeit

Stationäre Rehabilitation

Nach Abschluß der Primärtherapie besteht die Möglichkeit zur Stabilisierung oder Besserung des Gesundheitszustandes eine stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Ziel der stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist eine ganzheitliche Rehabilitation, einschließlich der Berücksichtigung psychosozialer Belastungsfaktoren, um eine größtmögliche Reintegration ins Alltags- und/oder Berufsleben zu ermöglichen. Neben medizinischen und physikalischen Therapien werden Entspannungs- und körperorientierte Verfahren, Einzel- und Gruppengespräche, manchmal auch kreative Methoden, wie z.B. Kunst- und Tanztherapie angeboten.

Krebspatienten können innerhalb von drei Jahren nach der Primärbehandlung drei stationäre Rehabilitationsmaßnahmen beantragen. Der zuständige Kostenträger, sowohl für Versicherte und Rentner, als auch für deren Angehörige, ist der jeweilige Rentenversicherungsträger (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) oder Landesversicherungsanstalt (LVA)). Die Krankenkassen übernehmen die Kosten nur, wenn eine Anspruchsberechtigung in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht gegeben ist.

Die erste stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann bereits während eines stationären Aufenthalts oder einer ambulanten Strahlentherapie beantragt werden. Sie nennt sich Anschlußheilbehandlung (AHB) und muß innerhalb von 2 Wochen nach Entlassung aus der Akutklinik oder innerhalb eines Monats nach Beendigung einer radiologischen Behandlung angetreten werden. Eine Auswahl ist nur unter den Vertragskliniken des jeweiligen Rentenversicherungsträgers und im Umkreis von 200 km zum Wohnort möglich. Die tägliche Zuzahlung beträgt 17,- DM (14,- DM neue Bundesländer) (Stand: 1. Juli 1997) für höchstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, wobei die bereits während des stationären Aufenthalts geleisteten Zuzahlungsbeiträge angerechnet werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist nicht möglich.

Die weiteren Nach- und Festigungskuren müssen über den weiterbehandelnden Arzt beantragt werden. Es empfiehlt sich

aufgrund der langen Wartezeit (ungefähr 4-5 Monate) frühzeitig zu planen. Bei besonderer Dringlichkeit kann ein Eilantrag gestellt werden, der die Wartezeit auf vier bis fünf Wochen verkürzt. Die jeweilige Nachsorgeklinik und der Zeitpunkt werden normalerweise vom Kostenträger festgelegt. Die an Krebs erkrankte Frau hat jedoch die Möglichkeit, die Auswahl zu beeinflussen, Ort und Zeitraum vorzuschlagen und zu begründen. In der Regel werden diese Wünsche berücksichtigt. Die Dauer der stationären Rehabilitationsmaßnahme beträgt drei Wochen, kann jedoch bei ärztlich bescheinigter Notwendigkeit vom Kostenträger verlängert werden.

Auch Frauen mit Kindern soll die Teilnahme an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme erleichtert werden, um sich in Ruhe von den familiären und sonstigen Anforderungen zu erholen und bewußt etwas für sich und ihre Gesundheit tun zu können. Der jeweilige Leistungsträger gewährt Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushaltes für die Dauer des Aufenthaltes nicht gewährleistet ist (siehe auch unter Haushaltshilfe). In einigen Rehabilitationskliniken können auch Kinder mit dem erkrankten Elternteil aufgenommen werden. Für Kinder unter 12 Jahren oder behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder werden die Kosten im Rahmen der Vorschriften über Haushaltshilfe übernommen.

Die Zuzahlung beträgt pro Kalendertag 25,- DM (20,- DM) (Stand: 1. Juli 1997). Aufgrund der hohen Zuzahlungen kam es zu einem einschneidenden Rückgang der Anträge zur stationären Rehabilitation. Solche Befürchtungen sind jedoch zum Teil nicht gerechtfertigt, da eine teilweise oder vollständige Befreiung der Zuzahlung möglich ist.

Die Zuzahlungsbeträge und Härtefallregelungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung sind gestaffelt (Entgeltgrenzen für 1997). Versicherte, die über ein monatliches Nettoeinkommen bis 1.708,- DM verfügen, sind auf Antrag vollständig von der Zuzahlung befreit. Erst ab einem Einkommen von 2.344,- DM (1.875,- DM) netto ist der tägliche Satz von 25,- DM (20,- DM) zu entrichten. Unter bestimmten Voraussetzungen, wie z.B. bei Versicherten, die mindestens ein Kind unter 18 Jahren haben, erhöhen sich die Einkommensgrenzen nochmalig.

Ist der Kostenträger die gesetzliche Krankenkasse, so gelten gering differenzierte Einkommensgrenzen. Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger und Bezieher von Ausbildungsförderung sind ohne Prüfung der Einkommensverhältnisse von der Zuzahlung befreit.

Nach- und Festigungskuren sind Kann-Leistungen, das heißt es besteht kein Rechtsanspruch. Sie wurden bisher in der Regel einmal jährlich innerhalb von drei Jahren nach abgeschlossener Primärbehandlung gewährt. Im Zuge der Sparmaßnahmen kommt es jedoch immer häufiger vor, daß Nach- und Festigungskuren nur noch eingeschränkt bewilligt werden. Wurden sie bisher als Stabilisierungskuren gewertet, so werden sie jetzt in der Regel nur noch bei anhaltender Symptomatik und/oder Krankheitsrückfall, also krankheitsorientiert genehmigt. Die Grundsätze „Rehabilitation vor Rente“ und „Rehabilitation vor Pflege“ werden damit unter-

graben. Lehnen die Rentenversicherungsträger oder die gesetzliche Krankenkasse den Rehabilitationsantrag ab, gibt es die Möglichkeit des Widerspruchs.

Lohnfortzahlung und Krankengeld

Eine der grundlegendsten Fragen, die im Verlauf einer Krebserkrankung entsteht, ist wohl die der Existenzsicherung bei berufstätigen Frauen. Bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit besteht Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, in der Regel für sechs Wochen. Anschließend erhalten Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse Krankengeld. Das Krankengeld wird wegen ein und derselben Erkrankung für längstens 78 Wochen, also eineinhalb Jahre lang, innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren gezahlt. Gerechnet wird vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, das heißt einschließlich der Zeiten der Lohnfortzahlung. Eine erneute Krankengeldzahlung nach Ablauf dieser drei Jahre ist nur möglich, wenn die Versicherte zwischendurch sechs Monate erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Das Krankengeld beträgt 70 % des Bruttoarbeitseinkommens, darf jedoch das entgangene Nettoentgelt nicht übersteigen. Die Zeit der Krankengeldzahlung wird als Pflichtbeitragszeit in der Rentenversicherung anerkannt. Die Krankenkasse führt die Hälfte des Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeitrages an den zuständigen Träger ab, die andere Hälfte hat der Versicherte aufzubringen, das heißt dieser Betrag wird vom Krankengeld abgezogen. Geht man von der Tatsache aus, daß Frauen in unserer Gesellschaft noch immer zu den Schlechterverdienenden gehören, so kommen zu den physischen und psychischen Problemen einer Brustkrebserkrankung in vielen Fällen auch noch materielle Sorgen hinzu.

Der behandelnde Arzt entscheidet während des Krankengeldbezuges regelmäßig im Zuge der Krankengeldauszahlung über die weitere Arbeitsunfähigkeit. Sind nach ärztlichem Gutachten die Versicherten in ihrer Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert, so kann die Krankenkasse ihnen eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen haben. Wird innerhalb dieser Frist der Antrag nicht gestellt, entfällt der Anspruch auf Krankengeld, lebt aber nach Antragstellung wieder auf. Um finanzielle Engpässe zu vermeiden, ist es wichtig, fristgerecht zu reagieren, entweder mit der Beantragung der Maßnahme zur Rehabilitation oder mit Einlegung eines Widerspruchs, am besten mit ärztlicher Stellungnahme. Dieser Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation kann rückwirkend ab Antragstellung in einen Rentenantrag umgedeutet werden, zum einen, wenn er bei ungünstiger ärztlicher Prognose von vornherein abgelehnt wurde und zum anderen, wenn die Rehabilitation nach medizinischem Gutachten der Rehabilitationsklinik nicht erfolgreich war. Falls zukünftige Rentenzahlungen mit finanziellen Einbußen verbunden sind, d.h. niedriger liegen als das Krankengeld, sollte die Zehn-Wochen-Frist auf jeden Fall ausgeschöpft werden. Die finanzielle Differenz muß nicht zurückgezahlt werden.

Eine zu frühe diesbezügliche Aufforderung zur Rehabilitation von Seiten der Krankenkassen, wie es in der Praxis immer wieder vorkommt, stellt für viele an Brustkrebs erkrankte und im Berufsleben stehende Frauen eine ernsthafte zusätzliche psychische Belastung dar. Zum einen zeigt sie der betroffenen Frau, daß Rehabilitationsmöglichkeiten nicht mehr bestehen, zum anderen sind Beruf und Arbeit für die meisten mehr als nur wirtschaftliche Unabhängigkeit und Absicherung materieller Bedürfnisse; sie sind oft die einzige Möglichkeit zum Erhalt sozialer Kontakte und zur Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls. Die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz erleichtert es auch meistens, die Krankheit schneller zu bewältigen und immer wieder auftauchende Ängste vor einem Krankheitsrückfall als weniger bedrohlich zu erleben.

Schwerbehindertenausweis

Jede an Brustkrebs erkrankte Frau hat Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis. Der Grad der Behinderung und die evtl. Eintragung eines Merkzeichens wird durch den ärztlichen Dienst des Versorgungsamtes festgelegt und beträgt wenigstens 50 %. Nach einer fünfjährigen sogenannten Heilungsbewährung wird eine Neufeststellung vorgenommen. War der Heilungsverlauf ungestört und ist kein Rezidiv aufgetreten, so ist eine Herabsetzung vorgesehen. Bei Auftreten eines Rezidivs oder einer Metastasierung kann eine Neufestsetzung des Grades der Behinderung beantragt werden.

Der wichtigste Vorteil eines Schwerbehindertenausweises ist ein erhöhter Kündigungsschutz am Arbeitsplatz. Dieser greift jedoch erst bei Betrieben, die mehr als zehn Arbeitnehmer beschäftigen. Der Arbeitgeber muß im Falle einer Kündigung die Zustimmung der Hauptfürsorgestelle einholen. Der Kündigungsschutz tritt mit dem Tag der Antragstellung in Kraft, erstreckt sich jedoch nicht auf die Probezeit. Außerdem besteht ein Anspruch auf eine Woche zusätzlichen Erholungsurlaub pro Jahr.

Daneben gibt es eine Reihe weiterer sogenannter Nachteilsausgleiche. Ab einem Grad der Behinderung von 30 % gibt es pauschalierte Lohn- und Einkommenssteuer-Freibeträge, die mit dem Schweregrad der Behinderung steigen. Bei Eintragung eines Merkzeichens im Ausweis, ergeben sich zusätzliche Nachteilsausgleiche.

Die Vor- und Nachteile für einen Schwerbehindertenausweis sind gut abzuwägen. Als Behinderte „abgestempelt“ zu werden, kann Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl haben, berufliches Selbstvertrauen und die Leistungsbereitschaft mindern. Die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises ist bezüglich der genannten arbeitsrechtlichen Vorteile vor allem sinnvoll für Berufstätige. Für eine arbeitssuchende Frau kann es unter Umständen problematisch sein, einen Schwerbehindertenausweis zu haben, da sie im Einstellungsgespräch die Frage nach einer vorliegenden Schwerbehinderung wahrheitsgemäß beantworten muß. Verschweigt sie diesen Umstand, kann der Arbeitsvertrag später angefochten werden.

Schwerbehinderte können nach § 37 SGB VI ab dem 60. Lebensjahr in Rente gehen, wenn sie mindestens zu 50% aner-

kannt schwerbehindert, berufs- und erwerbsunfähig sind und eine Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Berufliche Rehabilitation

Nicht immer gelingt es den an Brustkrebs erkrankten Frauen nach ihrer Behandlung sofort wieder in vollem Umfang am Erwerbsleben teilzunehmen. Die Diagnose und Prognose der Krebserkrankung, die psychischen und beruflichen Faktoren bestimmen die individuellen Wiedereingliederungsmöglichkeiten.

Fühlt sich eine Frau nach ihrer Krebsbehandlung und den damit verbundenen Auswirkungen noch nicht in der Lage, den Anforderungen ihres Berufes zu genügen, so kann eine stufenweise Wiedereingliederung den Übergang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern. Innerhalb von anderthalb Jahren nach Behandlungsbeginn, also noch während des Bezuges von Krankengeld, wird in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, der Krankenkasse und dem Arbeitgeber, letzterer ist zur Beteiligung jedoch nicht verpflichtet, die Arbeitsbelastung zunächst auf die physische und psychische Situation der Betroffenen abgestimmt, die sich dann langsam bis zur vollen Arbeitsfähigkeit steigert. Die Wiedereingliederungsphase soll in der Regel nicht länger als sechs Monate dauern.

Diese stufenweise Wiederaufnahme der Berufstätigkeit erleichtert die Eingewöhnung in den Arbeitsprozeß und trägt im allgemeinen dazu bei, das Selbstvertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit wiederzugewinnen. Die Krankenkasse zahlt weiterhin Krankengeld, das zusätzlich erzielte Arbeitsentgelt wird darauf angerechnet.

Ist eine vollzeitige Beschäftigung nicht mehr möglich, so kann eine Umwandlung der Stelle in eine Teilzeitbeschäftigung sinnvoll sein, damit die betroffene Frau in der Arbeitswelt integriert bleibt. Dabei sind jedoch die finanziellen Auswirkungen, auch im Hinblick auf die Rentenansprüche zu beachten.

Manche Frauen sind durch Operation und/oder die begleitenden Therapiemaßnahmen in ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit so eingeschränkt, daß sie ihre bisherige Beschäftigung nicht wieder aufnehmen können. Besonders bei einem manifesten Lymphödem sind Arbeiten mit stärkerer Beanspruchung des betroffenen Armes nicht zuzumuten. In diesen Fällen sind die Möglichkeiten einer behinderungsgerechten Umgestaltung des alten Arbeitsplatzes, einer innerbetrieblichen Umsetzung oder auch eine Entlastung bei besonders ungünstigen Tätigkeiten zu erwägen.

Sind innerbetriebliche Maßnahmen nicht durchführbar, so kann eine Umschulungsmaßnahme überlegt werden. Voraussetzungen sind, daß die betroffene Frau tumor- bzw. rezidivfrei ist und eine günstige Prognose aufweist. Außerdem werden Umschulungen in der Regel nur bis zu einem Alter von circa 35 Jahren durchgeführt, damit eine Eingliederung in den Arbeitsprozess noch erfolgen kann. Arbeitsmarktpolitische Zweckmäßigkeits-erwägungen und Erfolgsaussichten sind dabei zusätzlich zu berücksichtigen. Genaue Auskünfte über

Umfang und Finanzierung der Leistungen geben die Rentenversicherungsträger und die Arbeitsämter.

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ wird von Seiten des Arbeitgebers, der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger häufig in der Praxis nicht umgesetzt; vielmehr wird den Krebskranken, sicher oft wohlwollend und gutgemeint, eine baldige Rentenantragstellung nahegelegt. Die Wiederaufnahme des Berufes kann jedoch, abgesehen von der ökonomischen Situation, wesentlich zu einer psychischen Stabilisierung beitragen. Berufstätigkeit bedeutet für viele Frauen eine Steigerung ihres Selbstwertgefühls und eine Förderung ihrer sozialen Kontakte.

Sind jedoch alle Möglichkeiten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ausgeschöpft und ist nach dem Verlauf der Erkrankung absehbar, daß eine Berentung unumgänglich wird, so sollte der Rentenantrag beim zuständigen Rentenversicherungsträger rechtzeitig, d.h. vier bis sechs Monate vor Auslaufen des Krankengeldes gestellt werden, damit keine Einkommenslücke entsteht. Ist gegen Ende der Krankengeldzahlungen noch nicht über den Antrag entschieden, so besteht unter bestimmten Voraussetzungen wie zum Beispiel Erfüllung einer Wartezeit, Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 105a AFG. Auch hier sollte die versicherte Frau sich aufgrund der langen Bearbeitungszeit rechtzeitig mit dem örtlichen Arbeitsamt in Verbindung setzen, um finanzielle Engpässe zu vermeiden.

Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrente

Die Berufsunfähigkeitsrente wird dem Versicherten gewährt, dessen Erwerbsfähigkeit infolge seiner Erkrankung auf weniger als die Hälfte gesunken ist. Sie ist eine Teilrente und in der Regel um ein Drittel niedriger als die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Sie soll nur die Lohninbuße ausgleichen, die durch die geminderte Erwerbsfähigkeit eingetreten ist, jedoch nicht den vollen Lohnausfall. Die Erwerbsunfähigkeitsrente ist dagegen eine Vollrente, da hier der Versicherte auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Ein Hinzuverdienst von 610,- DM brutto aus abhängiger Beschäftigung ist erlaubt. Eine selbständige Erwerbstätigkeit ist ausgeschlossen.

Beide Renten können sowohl auf Dauer als auch jeweils befristet gewährt werden. Die „Rente auf Zeit“ wird bewilligt, wenn die begründete Aussicht besteht, daß die Erwerbsminderung durch Besserung des Krankheitsbefundes in absehbarer Zeit behoben sein wird. Sie wird bis zu einem Zeitraum von 3 Jahren bewilligt, kann jedoch bis zu einer Gesamtdauer von 6 Jahren verlängert werden.

Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente kann nur gewährt werden bei

- Feststellung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren (Zur Wartezeit zählen auch eigene Beiträge zur Rentenversicherung, Kindererziehungszeiten, Pflegeberücksichtigungszeiten usw.)

- 3 Jahre Pflichtbeitragszeiten in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

Der Medizinische Dienst des Rentenversicherungsträgers nimmt die Einstufung vor. Ein Richtmaß, ob Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, befristet oder endgültig, gewährt wird, ist neben dem medizinischem Befundbericht auch die aktuelle Situation des Arbeitsmarktes, das heißt die Vermittelbarkeit.

Die Höhe der jeweiligen Rente richtet sich danach, wie lange und in welcher Höhe Beiträge zur Rentenversicherung eingezahlt wurden. Frauen erhalten meist eine geringe Rente. Sie gehören in unserer Gesellschaft noch immer zu den Schlechterverdienenden; durch Kindererziehung und Familie ist ihre Erwerbsbiographie selten lückenlos und überwiegend durch Teilzeitarbeit geprägt. Vor allem für geschiedene, verwitwete und alleinstehende Frauen kommen zu ihrer Erkrankung noch finanzielle Einbußen hinzu, was sich erheblich auf die Lebensqualität auswirken kann.

Häusliche Krankenpflege

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt häusliche Krankenpflege, wenn eine Krankenhausbehandlung dadurch vermieden oder verkürzt werden kann und eine im Haushalt lebende Person nicht in der Lage ist den Kranken zu pflegen.

Häusliche Krankenpflege nach § 37 (1) SGB V ist eine vorübergehende Leistung, ohne finanzielle Begrenzung, jedoch höchstens für vier Wochen, in begründeten Ausnahmefällen nach Begutachtung durch den med. Dienst der Krankenkasse auch länger. Die Kosten für diese Dienstleistungen übernimmt die Krankenkasse.

Häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grundpflege (die körperliche Pflege wie Waschen, Lagern usw.) und Behandlungspflege (medizinische Versorgung wie Verbandswechsel, Medikamentenüberwachung usw.) sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Letztere Leistung kann nur im Zusammenhang mit einer der anderen Leistungen erbracht werden, das heißt krebserkrankte Frauen, die keiner Grund- und Behandlungspflege bedürfen, jedoch auf hauswirtschaftliche Versorgung angewiesen sind, haben hier nach dem SGB keinen Anspruch.

Häusliche Krankenpflege wird in der Regel vom Hausarzt verordnet und von Sozialstationen, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege oder privaten Pflegediensten durchgeführt. Es gibt auch ambulante Pflegedienste, die sich ganz auf die Betreuung von Krebskranken spezialisiert haben.

Haushaltshilfe

Von der Krankenkasse finanzierte Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) erhalten Versicherte nur, wenn ihnen wegen eines Krankenhausaufenthalts, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, häuslicher Krankenpflege oder ähnlich gelager-

ten Fällen die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person diese Aufgabe nicht übernehmen kann. Voraussetzung ist allerdings, daß im Haushalt ein Kind unter 12 Jahren oder ein behindertes und auf Hilfe angewiesenes Kind lebt. Eine selbstbeschaffte Ersatzkraft wird mit einem von der Krankenkasse festgelegten Stundensatz vergütet. Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad erhalten lediglich eine Erstattung der Fahrtkosten und des Verdienstaufalles, wobei sich diese Kosten in einem angemessenen Rahmen bewegen müssen.

Heil- und Hilfsmittel

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Für Heilmittel wie z.B. Krankengymnastik, Lymphdrainage usw. zahlt der Patient 15% der Behandlungskosten. (Stand: 1. Juli 1997). Hilfsmittel sollen Funktionsverluste ausgleichen, Beschwerden lindern und die Rückkehr in den Alltag erleichtern. Die Krankenkassen übernehmen z.B. die Kosten für Brustprothesen und Perücken bei Haarverlust infolge chemotherapeutischer Behandlung. Sie müssen vom Arzt verordnet und vor ihrer Beschaffung von der Krankenkasse genehmigt werden. Für diese Hilfsmittel sind Festbeträge so festgesetzt, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist. Wird der Festbetrag überschritten, so hat die Versicherte den Differenzbetrag zu leisten.

Fahrtkosten

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrtkosten zur stationären Behandlung, zur Rettungsfahrt ins Krankenhaus. An den entstehenden Fahrtkosten hat sich der Versicherte mit DM 25,- pro Fahrt zu beteiligen (Stand: 1. Juli 1997). Bei Fahrten zur sogenannten Serienbehandlung wie z.B. ambulante Strahlen- oder Chemotherapie erstreckt sich die Zuzahlung auf je DM 25,- für die erste und letzte Fahrt zum Behandlungsort. Die übrigen Fahrtkosten trägt die Krankenkasse in voller Höhe.

Härtefallregelungen

Bei geringem Einkommen erhalten Versicherte eine Befreiung von der Zuzahlung zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Fahrtkosten oder zumindest eine Reduzierung der erforderlichen Eigenbeteiligung. Der Gesetzgeber hat für diese Situationen eine „Sozialklausel“ und eine „Überforderungsklausel“ geschaffen, für die jeweils bestimmte Einkommensgrenzen maßgeblich sind.

Die Belastungen krebserkrankter Frauen durch die drastisch angestiegenen Zuzahlungen könnten durch diese Härtefallregelungen zwar teilweise ausgeglichen werden, ein großer Teil der Härtefallberechtigten nimmt jedoch die Schutzklausel aus Unkenntnis oder Scham nicht in Anspruch, was zu extremen finanziellen Härten führen kann.

Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz

Frauen, die aufgrund ihrer Erkrankung in finanzielle Not geraten sind, d.h. unter eine bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenze fallen und durch keinen anderen Kostenträger oder unterhaltspflichtigen Angehörigen aufgefangen werden können, haben Anspruch auf Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und sollten sich nicht scheuen, diese Unterstützungsmöglichkeiten zu nutzen. Diese können sein:

- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Hilfe in besonderen Lebenslagen

Hilfe zum Lebensunterhalt umfaßt die tatsächlichen Lebenshaltungskosten und wird neben der Übernahme von Miet- und Heizkosten pauschal nach Regelsätzen abgegolten. Bei besonderen familiären oder persönlichen Situationen kann zusätzlich zum Regelsatz ein Mehrbedarf gewährt werden. Ist die Betreffende z.B. erwerbsunfähig im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung, so erhält sie einen Zuschlag von 20%; dies gilt auch für Kranke, die einer besonderen Ernährung bedürfen (ärztliches Attest). Zu diesen laufenden Hilfeleistungen gibt es einmalige Beihilfen zur Beschaffung von Kleidung, Hausrat, Möbeln usw. Hilfe in besonderen Lebenslagen wird in besonderen Lebenssituationen wie z.B. bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit gewährt. Hierzu zählen u.a. Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, Eingliederungshilfe für Behinderte usw.

Härtefonds

Krebspatienten, die aufgrund ihrer Erkrankung in finanzielle Schwierigkeiten geraten sind, können nach Ausschöpfung vorrangig zuständiger Leistungsträger (Krankenkasse, Sozialamt usw.), Gelder aus verschiedenen Härtefonds, Stiftungen oder Spenden erhalten. Als ein Beispiel nenne ich hier die Deutsche Krebshilfe, die relativ unbürokratisch einmalige finanzielle Zuwendungen gewährt. Die Höhe des Zuschusses ist einkommensabhängig.

Häusliche Pflege

Im fortgeschrittenen Stadium einer Krebserkrankung kann es möglich sein, daß die Kranke, dauerhaft oder voraussichtlich für 6 Monate, nicht mehr in der Lage ist, die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung selbst auszuführen. In diesem Fall kann bei der zuständigen Pflegekasse ein Antrag auf Leistung bei Pflegebedürftigkeit gestellt werden. Dem Antrag auf Pflegebedürftigkeit muß eine entsprechende Bescheinigung des behandelnden Arztes beigelegt werden. Die Bearbeitung dauert in der Regel bis zu 3 Monate. Die Pflegekasse ist eine selbständige Einrichtung der Krankenkasse, bei der die Versicherte krankenversichert ist.

Die Höhe der häuslichen Pflegeleistungen richtet sich nach der jeweiligen Pflegestufe. Die Einstufung erfolgt durch den Medizinischen Dienst und richtet sich nach der Häufigkeit des Hilfebedarfs.

- Pflegestufe I - erhebliche Pflegebedürftigkeit
Täglicher Hilfebedarf für mindestens zwei Verrichtungen und einem Zeitaufwand von 90 Minuten
- Pflegestufe II - Schwerpflegebedürftigkeit
Hilfebedarf dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten und einem Zeitaufwand von 3 Stunden
- Pflegestufe III - Schwerstpflegebedürftigkeit
Hilfebedarf rund um die Uhr, auch nachts, und einem Zeitaufwand von mindestens 5 Stunden täglich.

Bei allen drei Pflegestufen kommt zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung hinzu, wobei der pflegerische Aufwand im Vordergrund stehen muß. Die Leistungen sind entsprechend den Pflegestufen gestaffelt und können als Sach- (Pflegeeinsätze durch ambulante Dienste) und/oder Geldleistung (Betreuung durch Angehörige oder eine selbstbeschaffte Pflegschaft) gewährt werden.

Bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson übernimmt die Pflegeversicherung bis zu 4 Wochen pro Jahr die Kosten für eine Pflegevertretung oder für die Pflege in einer vollstationären Einrichtung (Kurzzeitpflege) bis max. 2.800,- DM.

Pflegepersonen im Sinne der Pflegeversicherung sind Personen, die einen pflegebedürftigen Menschen nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Ist die pflegende Person aus diesem Grund nicht oder nur bis zu 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, so zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, gestaffelt je nach Pflegestufe und Umfang der Pflegetätigkeit. Die Pflege muß jedoch mindestens 14 Stunden wöchentlich umfassen. Durch die Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes ist hiermit die soziale Sicherung im häuslichen Bereich weiter ausgebaut worden.

Stationäre Pflege

In vielen Fällen ist die häusliche Pflege nicht möglich und eine Aufnahme in ein Pflegeheim unvermeidlich. Gründe dafür liegen unter anderem in einem Wandel der Familienstruktur, im begrenzten Wohnraum, in der Überforderung der privaten Pflegeperson, im Fehlen und in der ausreichenden Finanzierbarkeit qualifizierter Fachkräfte. Vor dem Umzug muß die Kostenübernahme durch die jeweilige Kranken- bzw. Pflegekasse geprüft werden. Die Pflegeversicherung übernimmt bei erforderlicher stationärer Pflege die pflegebedingten Aufwendungen bis zu einem Betrag von 2.800,— DM monatlich. In Ausnahmefällen können bis zu 3.300,— DM gewährt werden. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung hat die Pflegebedürftige selbst zu tragen. Reicht das eigene Einkommen und Vermögen nicht aus, so kann ein Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Bezirk (überörtlicher Sozialhilfeträger) gestellt werden.

Hospiz

Ambulante und stationäre Hospize leisten palliative Betreuung. Sie unterstützen die unheilbar Kranken im weit fortgeschrittenen Stadium durch umfassende medizinische, pflegerische, psychische, soziale und spirituelle Begleitung, die sich soweit wie möglich an den persönlichen Wünschen und Bedürfnissen der Schwerkranken orientiert. Ziel der Hospizbewegung ist es, den Patienten eine optimale Lebensqualität bis zum Lebensende zu ermöglichen. Neben Schmerztherapie und Symptomkontrolle gehören emotionale und psychosoziale Hilfen in der Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod und die Unterstützung der Angehörigen in der Phase des Abschiednehmens und der Trauer.

Patientenverfügung und Betreuungsvertrag

Es gibt immer wieder Patientinnen, die für den Fall, daß sie in Notfällen ihren Willen nicht mehr mitteilen können, Vorsorge für ihr Sterben treffen wollen. In einer sogenannten Patientenverfügung können sie ihren „mutmaßlichen Willen“ gegen lebensverlängernde medizinische Maßnahmen äußern, die nur eine Verlängerung des Sterbevorganges oder ihres Leidens bewirken. Sie ist rechtlich nicht verbindlich, kann jedoch dem Arzt zu einer verantwortungsvollen Entscheidung helfen. Eine Vollmacht unterstreicht diese Aussage zusätzlich. Eine weitere Möglichkeit der Absicherung ist durch das Betreuungsgesetz gegeben. Im vorhinein kann eine Vertrauensperson bestimmt werden, die bei Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit die gesetzliche Vertretung inne hat. Der Arzt ist im Konfliktfall zwar nicht unbedingt an das Veto des Betreuers gebunden; dieser kann sich jedoch umgehend an das zuständige Vormundschaftsgericht wenden und eine einstweilige Verfügung bewirken.

Diese dreiteilige Willenserklärung ist an keine bestimmte Form gebunden, eine schriftliche Fixierung und persönliche Unterschrift mit Ort und Datum ist jedoch notwendig.

In diesem Artikel konnten nur einige der sozialrechtlichen Hilfen ausgeführt werden. Die individuelle Wirksamkeit dieser Hilfeleistungen hängt nicht nur von der zeitlich richtigen Platzierung innerhalb eines Krankheitsverlaufes ab, sondern diese Unterstützungsmaßnahmen müssen eingebunden sein in anteilnehmende und stützende Gespräche.

In der Sozialarbeit sind diese beiden Bereiche, die psychosoziale Beratung und die differenzierte sozialrechtliche Sachkenntnis optimal verbunden; dies ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtungsweise und Hilfestellung bei Bewältigung der Krankheit und deren Auswirkungen auf Familie, materielle Lage, Beruf und Alltagsbewältigung.

Literatur

- Alt D. / Weiss G. (Hg.): Im Leben bleiben. Springer, Berlin-Heidelberg 1991
- Alterhoff, G.: Grundlagen klientenzentrierter Beratung. Kohlhammer, Stuttgart 1983
- Aulbert, E. (Hg.): Bewältigungshilfen für den Krebskranken. Thieme, Stuttgart 1993
- Berg, L.: Brustkrebs. Kunstmann, München 1995
- Freudenberg, E.: Der Krebskranke und seine Familie. Thieme, Stuttgart 1990
- Geißler, K.A. / Hege, M.: Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Beltz, Weinheim-Basel 1991
- Germain, C.B. / Gitterman A.: Praktische Sozialarbeit. Enke, Stuttgart 1988
- Hartmann, M.S.: Praktische Psychoonkologie. Pfeiffer, München 1991
- Kappauf, H. / Gallmeier, W.M.: Nach der Diagnose Krebs - Leben ist eine Alternative. Herder, Freiburg 1995
- LeShan, L.: Psychotherapie gegen den Krebs. Klett Cotta, Stuttgart 1993
- Meerwein, F. (Hg.): Einführung in die Psycho-Onkologie, Huber, Bern 1991
- Olbricht, I.: Die Brust - Organ und Symbol weiblicher Identität. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1989
- Rogers, C.R.: Therapeut und Klient. Kindler, München 1988
- Schuhmacher, A., Sinnfindung bei Brustkrebspatientinnen. Lang, Frankfurt 1990
- Tausch, A.-M.: Gespräche gegen die Angst. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1987
- Tausch, A.-M. / Tausch R.: Sanftes Sterben. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1994
- Tausch, R. / Tausch, A.-M.: Gesprächspsychotherapie. Hogrefe, Göttingen 1990
- Verres, R.: Krebs und Angst. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1986
- Verres, R.: Die Kunst zu leben. Piper, München 1991
- Weinberger, S.: Klientenzentrierte Gesprächsführung. Beltz, Weinheim-Basel 1994
- Wirsching, M.: Krebs im Kontext. Klett-Cotta, Stuttgart 1988

Dipl. Soz. päd. Jutta Schüßler

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
 Psychotherapie und Med. Psychologie
 Klinikum rechts der Isar der TU München
 Langerstr. 3, 81675 München
 Tel. 089-4140-4397
 Tel. 089-4140-4311 (Skr.)