SOZIALLEISTUNGEN

BEI BRUSTKREBS



Ansprüche und Möglichkeiten

Unsere größte Schwäche liegt im Aufgeben. Der sicherste Weg zum Erfolg ist immer, es noch einmal zu versuchen.

Thomas Alva Edison

Warum diese Broschüre?

Die Diagnose und all Ihre Sorgen und Befürchtungen in Bezug auf den Verlauf Ihrer Brustkrebserkrankung stehen für Sie natürlicherweise erst einmal im Vordergrund. Und doch werden sich vermutlich recht schnell sehr praktische Probleme in Ihr Gedankenkreisen drängen: Wie schaffe ich das alles – finanziell, zeitlich? Wie sollen meine Kinder versorgt werden, wenn ich durch die Behandlungen ausfalle? Wer bezahlt das alles? Wie soll ich jetzt weiter vorgehen?

Für all diese Fragen und einige mehr lassen sich Lösungen finden – mit Unterstützung unserer sozialen Sicherungssysteme. Doch womit fangen Sie an? Welcher Schritt ist der erste, wichtigste? Und wo finden Sie kompetente Ansprechpartner*innen, die Sie auf Ihrem Weg begleiten?

Vielleicht hilft Ihnen diese Broschüre dabei, ein wenig Orientierung zu finden bei der Auswahl unterschiedlicher Unterstützungsmöglichkeiten. Da eine Broschüre jedoch nie alle Fragen beantworten kann, finden Sie auf den Seiten 48 bis 50 eine Auswahl hilfreicher Adressen und Beratungsmöglichkeiten.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Ihr Team von

NOVARTIS

Inhalt

Grundlage für alles – Absicherung der medizinischen Versorgung 7

Die Versorgung mit Hilfsmitteln 8
Die Versorgung mit Heilmitteln 9
Häusliche Krankenpflege 10
Finanzierung einer Haushaltshilfe 11
Zuzahlungen und Möglichkeiten der Freistellung 12

Nach der Behandlung – Rehabilitation (Reha) 15

Die medizinische Rehabilitation 16

Wiedereinstieg ins Arbeitsleben – Ihre Möglichkeiten 19

Der Schwerbehindertenausweis – eine wichtige Hilfe 20
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 22

(Vorübergehender) Ausstieg aus dem Beruf – Formen der Absicherung 25

Die Entgeltfortzahlung 27
Das Krankengeld 28
Die Nahtlosigkeitsregelung – Arbeitslosengeld trotz Arbeitsunfähigkeit 30
Erwerbsminderungsrente 32
Altersrente bei Schwerbehinderung 34
Wenn alles nicht reicht: Existenzsichernde Leistungen 35

Wenn Pflege notwendig wird 37

Diese Voraussetzungen sind zu erfüllen 38
Begutachtung durch den Medizinischen Dienst 39
Die Pflege zu Hause 40
Die Pflege im Heim 44
Palliativversorgung zu Hause, in der Klinik oder im Hospiz 47

Sie möchten mehr wissen? 48

Wo finde ich als Betroffene Rat? 50


Gesunde haben
viele Wünsche,
Kranke nur einen.

Grundlage für alles – Absicherung der medizinischen Versorgung

Die Diagnose Brustkrebs steht fest, Ihre Ärzt*innen haben mit Ihnen gemeinsam darüber entschieden, welcher Behandlungsweg einzuschlagen ist. Die Kosten für Untersuchungen, Behandlungen oder Medikamente werden von Ihrer Krankenversicherung übernommen. Für bestimmte Leistungen müssen Sie geringe Zuzahlungen erbringen, dazu später mehr.

Doch neben der Kostenübernahme für eine ambulante oder stationäre Versorgung haben Sie auch Anspruch auf unterschiedliche weitere Leistungen.

Hinweis: *Angaben zu Leistungen/Zuzahlungen beziehen sich auf die GKV; bei PKV/Beihilfe gelten je nach Tarif bzw. Beihilfevorschriften abweichende Regelungen.*

Die Versorgung mit Hilfsmitteln

Als „Hilfsmittel“ werden von den Krankenkassen alle Gegenstände bezeichnet, mit denen der Erfolg Ihrer Behandlung gesichert oder krankheitsbedingte Einschränkungen ausgeglichen werden können. Das können beispielsweise Brustprothesen, Perücken, spezielle BHs, Gehhilfen, aber auch z. B. Desinfektionsmittel oder Einmalhandschuhe sein.

Alle Hilfsmittel müssen ärztlich verordnet werden. Für die Rezeptausstellung richtet sich Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt nach dem Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen.

Tipp!

*Sobald Sie Ihr Rezept für ein Hilfsmittel in Händen haben, nehmen Sie Kontakt mit Ihrer Krankenkasse auf. Die zuständigen Berater*innen erklären Ihnen, wie Sie weiter vorgehen müssen. Hier erhalten Sie auch Informationen zu den jeweiligen Leistungserbringern, wie z. B. bestimmte Sanitätshäuser vor Ort, die Vertragspartner Ihrer Krankenkasse sind.*

Mehr Info gewünscht?
Hilfsmittelverzeichnis

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp



Die Versorgung mit Heilmitteln

Heilmittel sind im Gegensatz zu den gegenständlichen Hilfsmitteln Leistungen wie z. B. Behandlungen bei Physio-, Ergo- oder Psychotherapeut*innen. Diese Behandlungen müssen ebenfalls ärztlich verordnet werden.

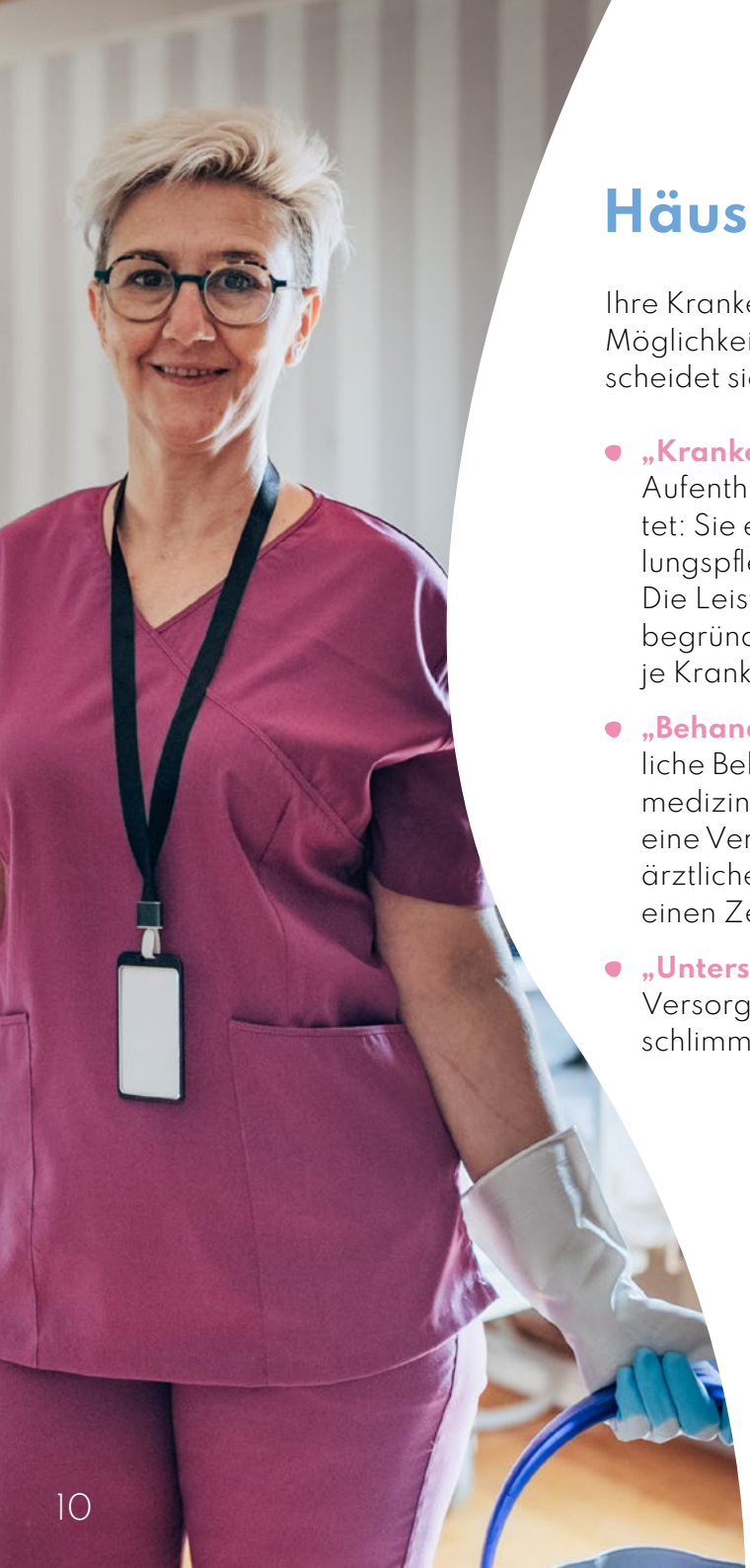
Im Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses der gesetzlichen Krankenkassen (G-BA) wird aufgeführt, welche Heilmittel verschrieben und erstattet werden.

Mehr Info gewünscht?
Heilmittelkatalog
https://www.g-ba.de/richtlinien/12/



Tipp!

Im Heilmittelkatalog wird auch geregelt, wie viele Behandlungen im Höchstfall erstattet werden. Ausnahme: Sie haben aufgrund Ihrer Erkrankung oder durch Behandlungsfolgen funktionelle Schädigungen, die längerfristig behandelt werden müssen. Dann können Ihnen, nach ärztlicher Bestätigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs, entsprechende Behandlungen für mindestens ein Jahr oder auch länger verordnet werden.



Häusliche Krankenpflege

Ihre Krankenkasse gewährt Ihnen auf Antrag auch die Möglichkeit, sich zu Hause pflegen zu lassen. Dabei unterscheidet sie zwischen:

- **„Krankenhausvermeidungspflege“**, die stationäre Aufenthalte vermeiden oder verkürzen soll. Das bedeutet: Sie erhalten eine sogenannte Grund- und Behandlungspflege sowie eine hauswirtschaftliche Versorgung. Die Leistungen werden jedoch grundsätzlich – außer in begründeten Ausnahmefällen – nur bis zu vier Wochen je Krankheitsfall gewährt.
- **„Behandlungssicherungspflege“**, die ambulante ärztliche Behandlungen durch pflegerische Maßnahmen mit medizinischem Charakter unterstützen soll. Das Ziel: eine Verkürzung der Behandlung und Verminderung des ärztlichen Aufwands. Diese Leistungen sind nicht auf einen Zeitraum von vier Wochen beschränkt.
- **„Unterstützungspflege“**, die eine bis zu vierwöchige Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung derselben sicherstellt.

Finanzierung einer Haushaltshilfe

Sind Sie bisher die Person gewesen, die für die Haushaltsführung zuständig war? Und können dies z. B. aufgrund einer Krankenhausbehandlung, einer Rehabilitationsmaßnahme oder krankheitsbedingt nach Ihrem Krankenhausaufenthalt nicht weiter fortführen? **Dann haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Unterstützung durch eine Haushaltshilfe:**

Mehr Info gewünscht?
Haushaltshilfe

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/haushaltshilfe/haushaltshilfe.jsp

- Es gibt niemanden in Ihrem Haushalt, der diese Arbeiten übernehmen könnte. Das muss nicht unbedingt eine erwachsene Person sein. Auch größere Kinder können hierfür herangezogen werden.
- In Ihrem Haushalt lebt ein Kind, das sein 12. Lebensjahr (einige Krankenkassen haben auf das 14. Lebensjahr erhöht) noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. In diesen Fällen kann Ihnen eine Haushaltshilfe bis zu 26 Wochen genehmigt werden.
- Sie leiden an einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung Ihrer Erkrankung, vor allem nach Krankenhausaufenthalt, ambulanter Operation oder nach einer Rehabilitationsmaßnahme.

Tipp!

In der Regel hilft Ihnen Ihre Krankenkasse bei der Suche nach einer geeigneten Haushaltshilfe. Möchten Sie dies jedoch selbst tun, ist es wichtig, vorher einen entsprechenden Antrag bei Ihrer Krankenkasse zu stellen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Sie die Kosten selbst tragen müssen.

Zuzahlungen und Möglichkeiten der Freistellung

Ihre gesetzliche Krankenkasse übernimmt die meisten der anfallenden Kosten für Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalte, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel usw. Einen kleinen Teil dieser Leistungen müssen Sie jedoch in Form von Zuzahlungen selbst übernehmen.



Zurzeit liegen diese Zuzahlungen bei:

- 10 Prozent der Kosten, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €. Bei Kosten unter 5 € muss nur der jeweilige Preis bezahlt werden.
- Vollstationäre Krankenhausbehandlung, ambulante/stationäre Reha: 10 € pro Kalendertag.
- Heilmittel und häusliche Krankenpflege: 10 Prozent der Kosten. Hinzu kommen 10 € pro Rezept.

Eine Belastungsgrenze soll dafür sorgen, dass Menschen mit niedrigem Einkommen und/oder chronischer Erkrankung nicht zu stark finanziell beansprucht werden. Diese Belastungsgrenze liegt für Menschen mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens und bei allen anderen bei zwei Prozent.

Tipp!

Die Krankenkasse schickt Ihnen einen Befreiungsbescheid bzw. -ausweis, sobald Ihr Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bewilligt wurde. Für den Rest des Jahres brauchen nicht nur Sie, sondern auch Ihre Familienmitglieder nun keine Zuzahlungen mehr zu leisten!

Dies sind die Voraussetzungen für eine Befreiung von Zuzahlungen

Sie können eine ärztliche Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung vorweisen und erfüllen eines der folgenden Kriterien:

- Pflegegrad 3 oder 4,
- Schwerbehinderung von 60,
- Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent,
- Sie benötigen dauerhafte medizinische Versorgung.

So stellen Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn Sie diese Kriterien erfüllen, müssen Sie noch nachweisen, dass Sie während des laufenden Kalenderjahres mindestens ein Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens der Familie für Zuzahlungen ausgegeben haben.

Mehr Info gewünscht?
Zuzahlungsregeln
https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/krankenversicherung/zuzahlungen-die-regeln-fuer-eine-befreiung-bei-der-krankenkasse-11108

- Fordern Sie telefonisch das notwendige Antragsformular bei Ihrer Krankenkasse an oder laden Sie es auf deren Website herunter.
- Kopieren Sie alle Einkommensnachweise/Gehaltszettel aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienmitglieder. Auch Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung oder andere Einkünfte müssen dazugerechnet werden.
- Sammeln Sie alle Originalquittungen für geleistete Zuzahlungen, die Sie und Ihre im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen für das laufende Jahr erhalten haben.



> Wer sichere Schritte tun will, muss sie langsam tun.
>
> Johann Wolfgang von Goethe

Nach der Behandlung – Rehabilitation (Reha)

Eine Brustkrebstherapie kann herausfordernd sein – sowohl körperlich als auch seelisch. Um Ihnen die Rückkehr in den Alltag oder in den Beruf zu erleichtern, haben Sie Anspruch auf verschiedene Rehabilitationsleistungen.



Die medizinische Rehabilitation

In der Regel sollte möglichst direkt im Anschluss an Ihre Behandlung eine sogenannte Anschlussrehabilitation stattfinden. Unterstützung in der Antragstellung erhalten Sie in den meisten Krankenhäusern über den Kliniksozialdienst. Sollte niemand mit diesem Thema auf Sie zukommen, bitten Sie um ein solches Beratungsgespräch. In diesem Gespräch können Sie auch gemeinsam überlegen, ob Sie lieber eine stationäre Reha in einer qualifizierten Klinik oder eine ambulante Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen möchten.

Sollten Sie nicht in der Lage sein, direkt nach der ersten Behandlung eine Reha-Maßnahme anzutreten, können Sie dies innerhalb eines Jahres nachholen. Verschlimmert sich Ihr Gesundheitszustand oder treten Komplikationen im Rahmen der Therapie auf, kann sich dieser Zeitraum auf zwei Jahre verlängern. Die medizinische Reha dauert in der Regel drei Wochen, wenn notwendig, kann sie auch verlängert werden.

Die Deutsche Rentenversicherung hat speziell für Brustkrebspatient*innen Therapiestandards entwickelt, nach denen sich Erbringer von Reha-Leistungen orientieren sollten.

Mehr Info gewünscht?
Rehabilitation
https://www.krebsinformationsdienst.de/brustkrebs/nachsorge-und-reha



Tipp!

Sie haben ein „Wunsch- und Wahlrecht“, wenn es um die Auswahl einer für Ihre Belange spezialisierten Reha-Einrichtung geht. Für Frauen mit Brustkrebs gibt es in Deutschland viele Angebote. Machen Sie bereits bei der Antragstellung Gebrauch von diesem Recht. Auch hier kann Sie der Kliniksozialdienst kompetent beraten.



Unsicherheit ist der Begleiter jeder Veränderung.

Wiedereinstieg ins Arbeitsleben – Ihre Möglichkeiten

Jeder Mensch, der an Brustkrebs erkrankt ist, muss für sich selbst entscheiden, ob er während der Therapie weiterarbeiten möchte und dazu auch in der Lage ist. Oder ob er die ersten Behandlungen wie z. B. Operation, Chemo- oder Strahlentherapie und die Anschlussrehabilitation hinter sich bringt, bevor über die Rückkehr in den Arbeitsalltag nachgedacht wird.

In jedem Fall gibt es ein paar Leistungen, die Ihnen den Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag erleichtern können.





Der Schwerbehindertenausweis – eine wichtige Hilfe

Ein Schwerbehindertenausweis hilft dabei, wenigstens einen Teil der finanziellen Nachteile aufzufangen, die durch eine Krebserkrankung entstehen können.

Um als Mensch mit einer Schwerbehinderung anerkannt zu werden, muss ein **„Grad der Behinderung“** (GdB) von mindestens 50 vorliegen. Nach bestätigter Erstdiagnose Ihrer Brustkrebserkrankung wird Ihnen in der Regel zunächst ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 anerkannt. Dieser GdB gilt für die Zeit der **„Heilungsbewährung“,** die im Allgemeinen auf fünf Jahre festgelegt wird. Bei Brustkrebs im Vorstufenstadium „DCIS“ sind es nur zwei Jahre.

Kommt es innerhalb der fünf Jahre zu keinem Rückfall (Rezidiv), wird der GdB erneut bewertet und meist niedriger eingestuft.

Einen **Antrag** auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises richten Sie an das **Versorgungs- oder Landratsamt** Ihrer Gemeinde.

Mehr Info gewünscht?
Behinderung

https://www.amtlich-einfach.de/DE/Fuer_Privatpersonen/Gesundheit_und_Soziales/Behinderung/behinderung_node.html

Dies sind die **wichtigsten Nachteilsausgleiche,** die Ihnen mit Schwerbehindertenausweis ab einem GdB von 50 zustehen:

- Im Steuerrecht **können Sie je nach Höhe des GdB bestimmte Pauschbeträge geltend machen.**
- **Als Arbeitnehmer*in genießen Sie einen** besonderen Kündigungsschutz, **d. h. Ihnen darf nicht ohne Zustimmung eines Schwerbehindertenvertreters oder einer -vertreterin oder des Integrationsamtes gekündigt werden.**
- **Darüber hinaus stehen Ihnen** fünf zusätzliche Urlaubstage **im Jahr zu.**
- **Falls erforderlich, muss Ihr** Arbeitsplatz **so ausgestattet werden, dass Sie optimal daran arbeiten können.**
- **Sie können ohne Abschläge** zwei Jahre früher in Rente **gehen.**
- **Für Sie gelten häufig günstigere Eintrittspreise z. B. im Schwimmbad, in Museen, bei Sportveranstaltungen und in Bildungseinrichtungen.**

Tipp!

Sollte sich Ihre gesundheitliche Situation verschlechtern, stellen Sie einen Veränderungs- bzw. Verschlimmerungsantrag. Möglicherweise können Sie so einen höheren GdB erhalten.

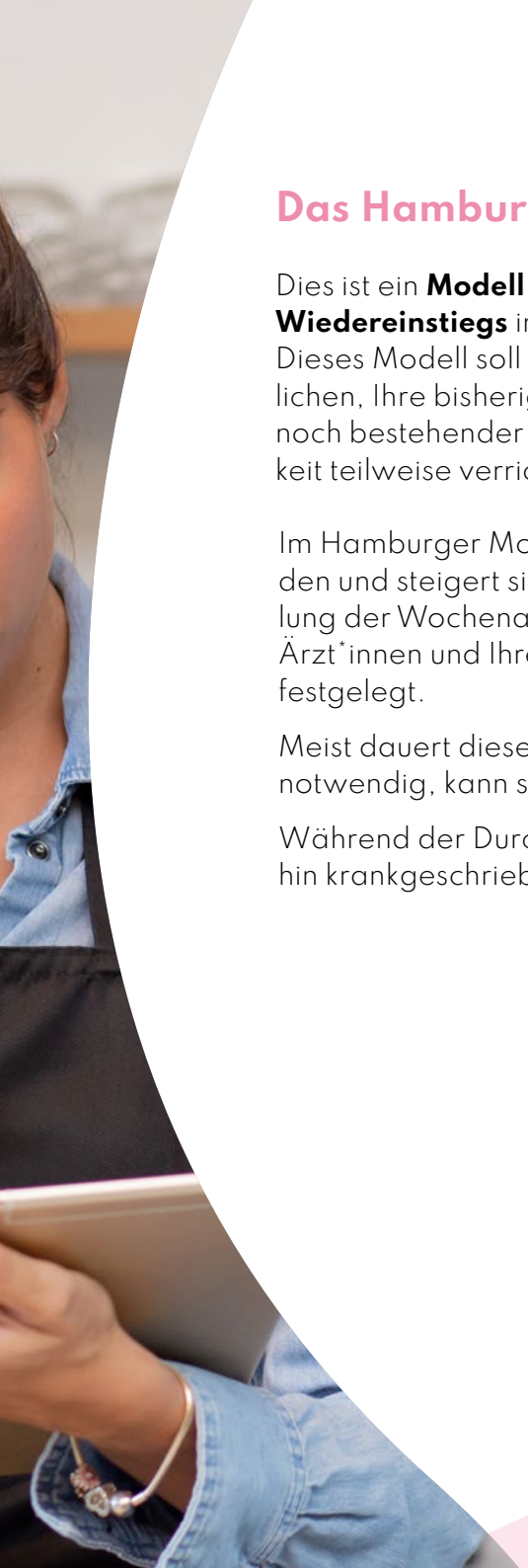
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Häufig auch als **„berufliche Reha“** bezeichnet, sollen diese Leistungen dazu beitragen, Ihnen die erneute Teilhabe am Arbeitsleben zu erleichtern. Die einzelnen Maßnahmen sind äußerst vielfältig. So können Sie beispielsweise in Anspruch nehmen:

- **Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes,**
- **Maßnahmen zur Berufsvorbereitung, beruflichen Anpassung und Weiterbildung,**
- **Gewährung von Gründungszuschüssen,**
- **medizinische, psychologische oder pädagogische Unterstützung.**

Sprechen Sie auch mit Ihrer Arbeitgeberin bzw. Ihrem Arbeitgeber. Denn häufig wissen diese nicht, dass sie nicht nur Beratungs- und Informationsangebote der Rehabilitationsträger erhalten können. Auch Geldleistungen wie beispielsweise Zuschüsse für Eingliederungsmaßnahmen sind möglich.





Das Hamburger Modell

Dies ist ein **Modell des stufenweisen Wiedereinstiegs** in das Berufsleben. Dieses Modell soll es Ihnen ermöglichen, Ihre bisherige Tätigkeit trotz noch bestehender Arbeitsunfähigkeit teilweise verrichten zu können.

Mehr Info gewünscht?
Berufliche Reha

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Berufliche-Reha/berufliche-reha.html

Im Hamburger Modell beginnt die wöchentliche Arbeitszeit erst mit wenigen Stunden und steigert sich allmählich auf die volle Arbeitszeit. Die Menge und Verteilung der Wochenarbeitsstunden wird gemeinsam von Ihnen, Ihren behandelnden Ärzt*innen und Ihrer Arbeitgeberin bwz. Ihrem Arbeitgeber in einer Art Stufenplan festgelegt.

Meist dauert diese stufenweise Wiedereingliederung vier bis acht Wochen. Wenn notwendig, kann sie auch über einen längeren Zeitraum verteilt werden.

Während der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung sind Sie weiterhin krankgeschrieben und erhalten Ihr Kranken- oder Übergangsgeld.

Tipp!

Viele Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind speziell auf Menschen ausgerichtet, die einen anerkannten Grad der Behinderung nachweisen können. Auch hier ist es daher sinnvoll, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen.



Entschlossenheit im Unglück ist immer der halbe Weg zur Rettung.

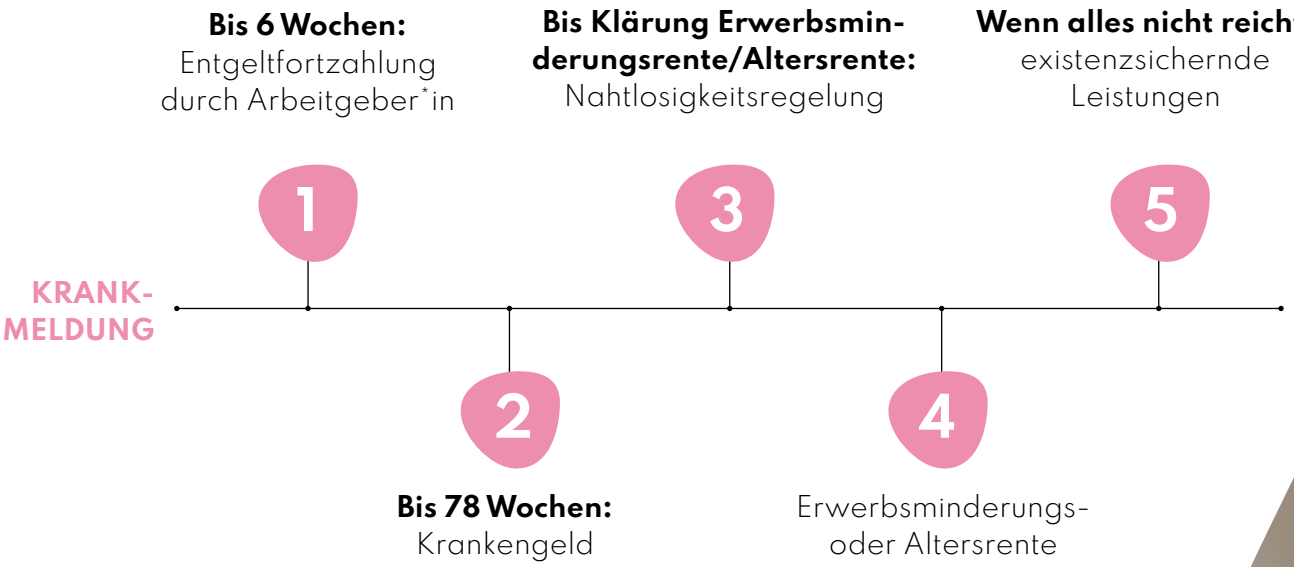
Johann Heinrich Pestalozzi

(Vorübergehender) Ausstieg aus dem Beruf – Formen der Absicherung

Im Verlauf Ihrer Brustkrebserkrankung wird es kürzere oder auch längere Phasen geben, in denen Sie nicht arbeiten gehen können. Für manche Menschen kommt eine Rückkehr in den Beruf aufgrund der Erkrankung oder der Therapiefolgen auch gar nicht mehr infrage. Für all diese Situationen gibt es unterstützende Geldleistungen, die zumindest einen Teil des Einkommensausfalls ersetzen.

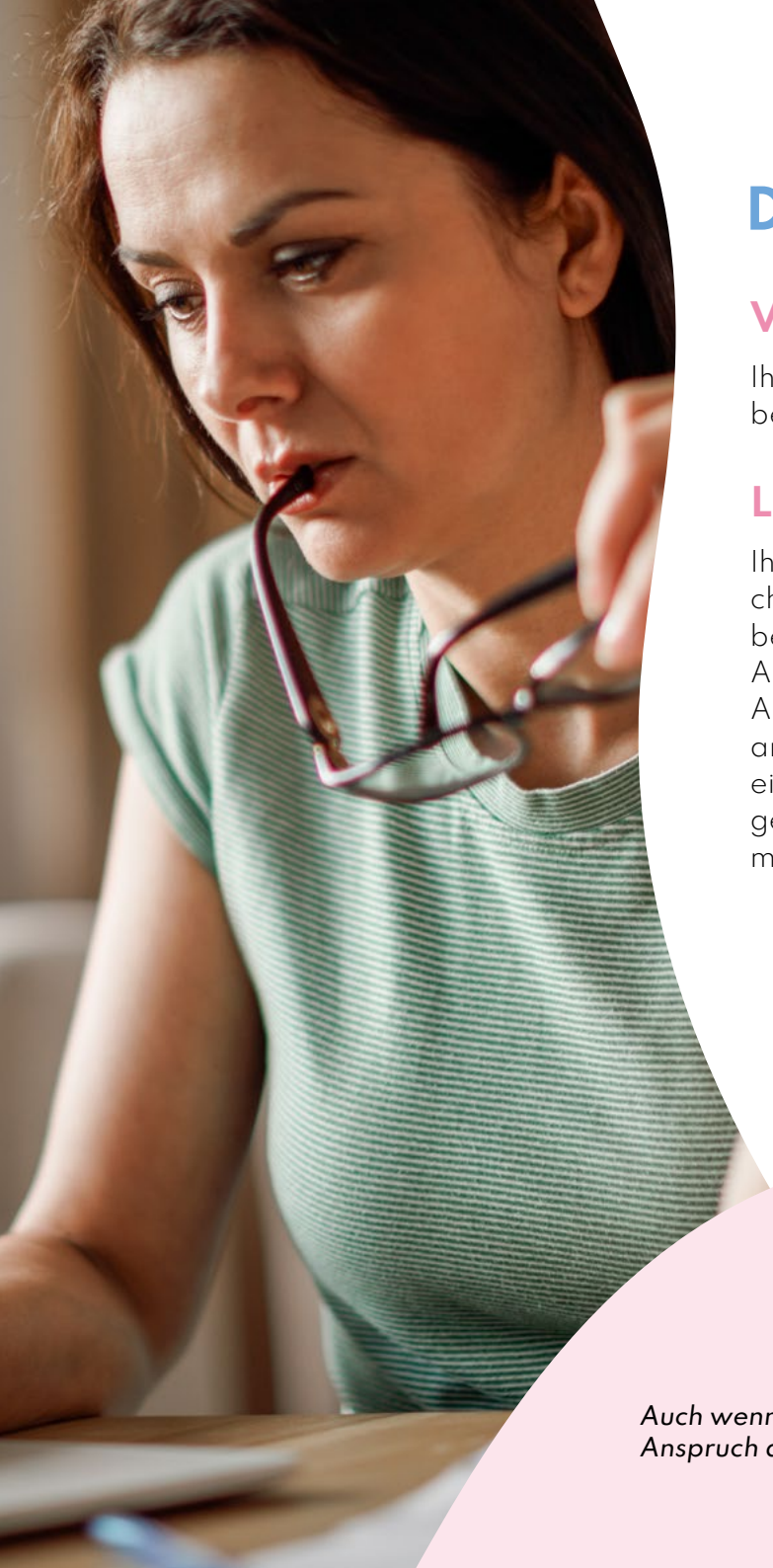


In zeitlicher Abfolge sind dies:



Mehr Info gewünscht?
Finanzielle Absicherung

https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/mit-krebs-leben/sozialleistungen-bei-krebserkrankungen/#c29085



Die Entgeltfortzahlung

Voraussetzungen

Ihre Krankmeldung/ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Leistungen

Ihr*e Arbeitgeber*in zahlt Ihnen bis zu sechs Wochen (42 Tage) lang Ihr volles Gehalt weiter. Das bedeutet: Sie haben innerhalb von 12 Monaten Anspruch auf 42 Tage Gehaltsfortzahlung. Dieser Anspruch ist unabhängig davon, ob Sie die Tage am Stück nehmen müssen oder mehrfach hintereinander. Die Kalendertage werden zusammengerechnet, wenn Sie wegen derselben Erkrankung mehrfach krankgeschrieben werden.

Tipp!

Auch wenn Sie einen Minijob haben, besteht ein Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.



Das Krankengeld

Voraussetzungen

- **Ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**
- **Einstellung der Entgeltfortzahlung** durch Arbeitgeber*in
- **Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch.** Freiwillig versicherte Mitglieder sollten prüfen, ob ein vertraglicher Krankengeldanspruch besteht.

Leistungen

Wenn Ihr*e Arbeitgeber*in nach Ablauf der sechs Wochen keine Entgeltfortzahlung mehr leisten muss, übernimmt Ihre Krankenkasse ein sogenanntes Krankengeld. Die Höhe des Krankengeldes beträgt grundsätzlich 70 Prozent Ihres Bruttoentgelts, darf aber 90 Prozent Ihres Nettoentgelts nicht überschreiten.

Mehr Info gewünscht?
Krankengeld

https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/krankenversicherung/krankengeld-ab-wann-sie-es-bekommen-und-wie-sie-es-beantragen-38939

Zu beachten ist:

- **Mit Anmeldung der Arbeitsunfähigkeit beginnt eine Blockfrist von drei Jahren.** In diesen drei Jahren haben Sie **für höchstens 78 Wochen Anspruch auf Krankengeld.** Von diesen 78 Wochen müssen Sie die sechs Wochen der Entgeltfortzahlung abziehen.
- **Ebenfalls abgezogen werden die Wochen, in denen Übergangsgeld gezahlt wird** wie z. B. bei einem Reha-Aufenthalt.
- **Die Krankenkasse kann Sie auffordern, Reha-Maßnahmen durchzuführen,** wenn ärztlich bescheinigt wird, dass Ihre weitere Erwerbsfähigkeit gefährdet ist. **Sie haben dann eine Frist von 10 Wochen, innerhalb derer Sie einen Reha-Antrag stellen müssen.** Stellen Sie diesen Antrag nicht, erlischt Ihr Anspruch auf Krankengeld.

Tipp!

*Zum Erhalt des Anspruchs auf Krankengeld ist es von besonderer Bedeutung, dass Ihre Arbeitsunfähigkeit in Form einer „Folgebescheinigung" lückenlos von Ihrem*Ihrer behandelnden Arzt*Ärztin bestätigt wird. Eine rückwirkende Bescheinigung ist nicht möglich.*

Die Nahtlosigkeitsregelung – Arbeitslosengeld trotz Arbeitsunfähigkeit

Nicht jedem bekannt, aber sehr wertvoll, ist die Nahtlosigkeitsregelung. Sie stellt eine Ausnahme dar, weil eine Person, die nachweislich arbeitsunfähig ist – d. h. nicht für die Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht –, unter bestimmten Voraussetzungen trotzdem ein Arbeitslosengeld beziehen kann. Damit stellt sie eine Art Überbrückung dar, bis feststeht, ob eine andere Leistung, wie z. B. eine Erwerbsminderungsrente, gezahlt wird.

Die **Nahtlosigkeitsregelung** kommt dann zum Tragen, wenn …

- **der Bezug des Krankengeldes nach 78 Wochen endet.** Sie erhalten dann von Ihrer Krankenkasse die Mitteilung, dass keine weiteren Zahlungen mehr geleistet und Sie „ausgesteuert" werden.
- **Sie auf eine Entscheidung Ihres Rentenversicherungsträgers nach Antrag auf Erwerbsminderungsrente warten.**
- **Rentenversicherungsträger und Agentur für Arbeit Ihre Erwerbsfähigkeit unterschiedlich einschätzen.**

Mehr Info gewünscht?
Arbeitslosengeld/ Nahtlosigkeitsregelung
https://www.betanet.de/arbeitslosengeld-nahtlosigkeit.html



Hier eine **Auswahl der Voraussetzungen,** die erfüllt sein sollten, um ein Arbeitslosengeld im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung erhalten zu können:

- **Melden Sie sich frühzeitig bei der Agentur für Arbeit.**
- **Es darf noch keine von der Rentenversicherung festgestellte Erwerbsminderung vorliegen.**
- Jedoch muss **eine verringerte Leistungsfähigkeit von weniger als 15 Stunden pro Woche für voraussichtlich länger als sechs Monate bestätigt sein.**
- **Wenn die Agentur für Arbeit Sie auffordert, einen Reha-Antrag oder einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen, muss dieser Antrag innerhalb eines Monats gestellt werden.**
- **Ihre Anwartschaft für Arbeitslosengeld muss erfüllt sein.**

Tipp!

Kündigen Sie nicht Ihr bestehendes Arbeitsverhältnis! Sie haben selbst bei nicht gekündigtem Arbeitsplatz Anspruch auf Arbeitslosengeld nach der Nahtlosigkeitsregelung.



Erwerbsminderungsrente

Eine Brustkrebserkrankung und die damit verbundenen Therapien kann bei manchen Patient*innen dazu führen, dass sie sich nicht mehr in der Lage sehen, in ihren Beruf zurückzukehren. Ist dies auch bei Ihnen der Fall, haben Sie die Möglichkeit, eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung bei Ihrem Rentenversicherungsträger zu beantragen.

Dieser wird in der Regel für die Prüfung des Vorliegens einer Erwerbsminderung Befundberichte Ihrer behandelnden Ärzt*innen einholen und medizinische Gutachten erstellen. Hiervon ist abhängig, ob Sie vor Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung haben.

Mehr Info gewünscht?
Erwerbsminderungsrente

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html

Voraussetzungen

- **Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung:** Sie können noch mindestens drei, aber weniger als sechs Stunden täglich arbeiten.
- **Rente wegen voller Erwerbsminderung:** Sie können weniger als drei Stunden täglich arbeiten.
- Vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen Sie **mindestens fünf Jahre versichert gewesen sein** („allgemeine Wartezeit").
- In den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen Sie **drei Jahre lang die Pflichtbeiträge** bezahlt haben.
- Sie sind **noch nicht 65 bzw. 67 Jahre alt** (Regelaltersgrenze für Jahrgänge vor 1964 bzw. danach).
- **Weder durch eine medizinische noch berufliche Reha kann Ihre Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden.**
- Es liegt eine **medizinische Notwendigkeit** für den Rentenantrag vor.
- Ihre Erwerbseinschränkung wird **durch medizinische Befunde und/oder Gutachten** bestätigt.

Tipp!

Die Grenzen für einen jährlichen Hinzuverdienst zu Erwerbsminderungsrenten wurden am 1. Januar 2026 erhöht. Sie betragen beispielsweise im Jahr 2026 für eine volle Erwerbsminderungsrente rund 20.763 € und für eine teilweise Erwerbsminderungsrente rund 41.527 € pro Jahr.
WICHTIG: Die Beschäftigung, die Sie ausüben möchten, muss im Rahmen Ihres festgestellten Leistungsvermögens bleiben. Tut sie das nicht, kann Ihr Anspruch auf die Erwerbsminderungsrente aberkannt werden.

Altersrente bei Schwerbehinderung

Wenn für Sie als Mensch mit einer Schwerbehinderung die Rente nicht mehr in allzu weiter Ferne liegt, haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf vorgezogene Rentenzahlungen. Diese können zwei Jahre vor der geregelten Altersrente und ohne Abschläge erfolgen. Wenn Sie noch früher in Rente gehen möchten, dann geht das auch, jedoch mit einem Abschlag von 0,3 Prozent pro Monat, den Sie früher in Rente gehen.

Voraussetzungen

Sie haben

- einen Grad der Behinderung von mindestens 50 und
- eine Mindestversicherungszeit von 35 Jahren erfüllt und
- die jeweilige Altersgrenze für Ihren Jahrgang erreicht?

Dann können Sie entweder

- die vorgezogene Rente ohne Abschlag oder
- die vorgezogene Rente mit Abschlag beantragen.

Tipp!

Wer Altersrente für schwerbehinderte Menschen erhält, kann seit dem 1. Januar 2023 unbegrenzt hinzuverdienen.

Wenn alles nicht reicht: Existenzsichernde Leistungen

Eine Krebserkrankung kann zu gelegentlichen finanziellen Engpässen führen, unter Umständen sogar zu dauerhaften. Wie Sie damit umgehen, hängt stark von Ihrer persönlichen Versorgungssituation ab. Rücklagen sind schnell verbraucht, wenn das Einkommen wegfällt – vor allem bei länger andauernden Genesungsprozessen.

Es kann auch sein, dass weder Arbeitslosen- noch Krankengeld, Erwerbsminderungs- oder Altersrente ausreichen, um den Lebensunterhalt zu decken. Wenn Sie in eine solche Situation kommen, erkundigen Sie sich, ob Sie Anspruch auf eine der folgenden Leistungen haben:

- **Bürgergeld,** zukünftig **Grundsicherungsgeld** genannt
- Hilfe zum **Lebensunterhalt** (Sozialhilfe)
- **Grundsicherung im Alter** und bei dauerhafter Erwerbsminderung

Mehr Info gewünscht?

Altersrente bei Schwerbehinderung

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Altersrente-fuer-schwerbehinderte-Menschen/Altersrente_fuer_schwerbehinderte_Menschen.html

Tipp!

Für jede dieser Leistungen müssen Sie nachweisen, dass Sie anspruchsberechtigt sind. Zuständig für das Bürgergeld ist Ihr örtliches Jobcenter, das Sozialamt kann Sie über die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Grundsicherung informieren. Lassen Sie sich am besten einen persönlichen Beratungstermin geben, um zu erfahren, welche Voraussetzungen Sie im Detail erfüllen müssen.



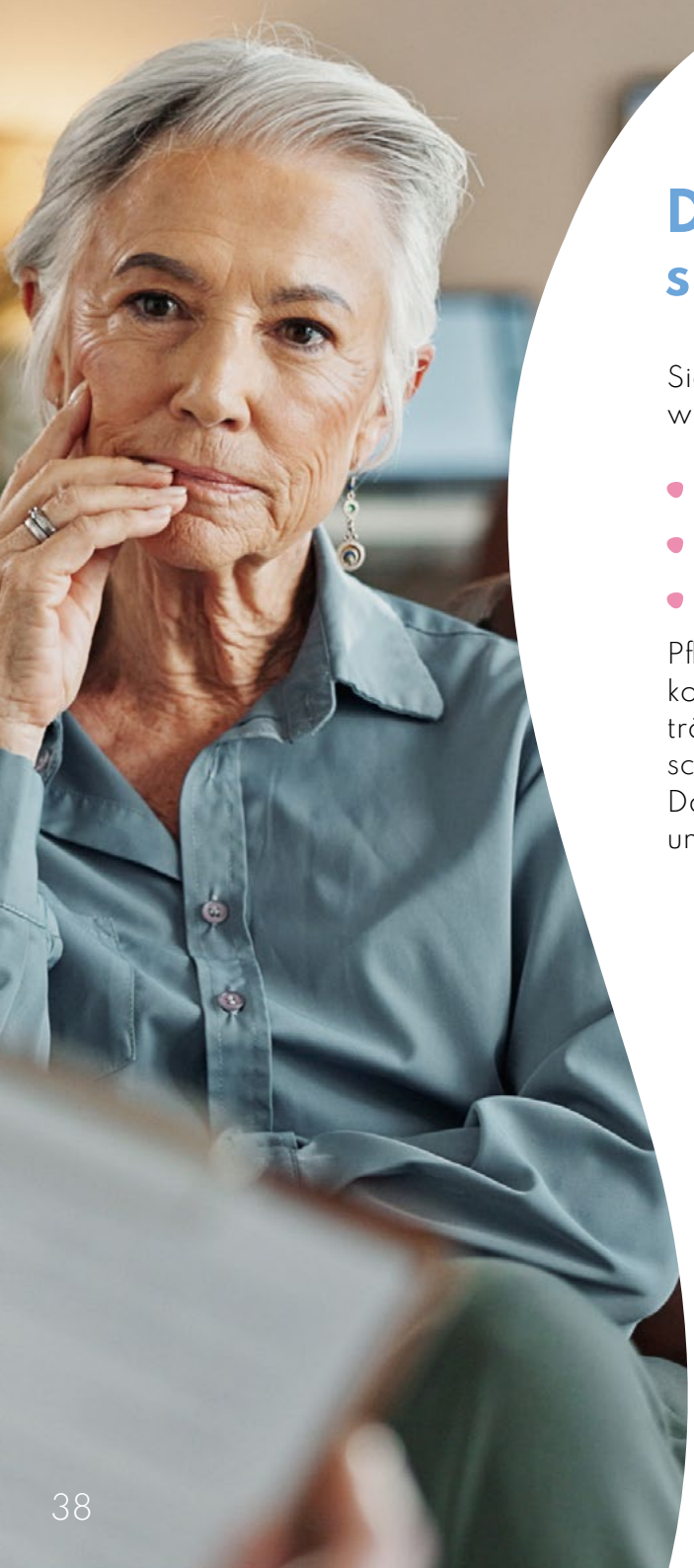
Wenn jeder dem anderen helfen wollte, wäre allen geholfen.

Johann Heinrich Pestalozzi

Wenn Pflege notwendig wird

Die Brustkrebserkrankung und die verschiedenen Phasen der Therapie können dazu führen, dass es zunehmend herausfordernd wird, den Alltag selbstständig zu gestalten. Wenn abzusehen ist, dass auch eine zeitlich begrenzte Unterstützung durch die häusliche Pflege (siehe Seite 10) nicht mehr ausreicht, können Sie möglicherweise Leistungen Ihrer Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.





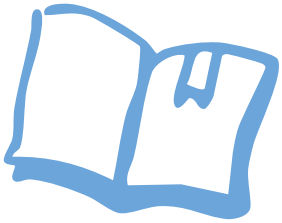
Diese Voraussetzungen sind zu erfüllen

Sie haben grundsätzlich Anspruch auf diese Leistungen, wenn Sie

- die **erforderlichen Vorversicherungszeiten** erfüllen,
- einen **entsprechenden Antrag** gestellt haben,
- **pflegebedürftig** sind.

Pflegebedürftigkeit bedeutet, dass Sie Ihre körperlichen, kognitiven, psychischen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr ohne die Hilfe anderer Menschen bewältigen können. Diese Situation muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und in einer bestimmten Intensität vorliegen.

Begutachtung durch den Medizinischen Dienst



In der Regel wird ein*e Mitarbeiter*in des Medizinischen Dienstes (MD) mit Ihnen einen Termin zur Begutachtung in Ihrem Zuhause vereinbaren. Während der Begutachtung wird für unterschiedliche Lebensbereiche abgefragt, wie viel Hilfe Sie benötigen bzw. geprüft, wie stark Sie in Ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt sind. Das Ergebnis der Befragung stellt die Grundlage für die Festlegung eines Pflegegrades dar.

Bereiten Sie sich, möglichst zusammen mit einer anderen Person aus Ihrem Haushalt, auf folgende Fragen vor, die Ihnen der MD in dieser oder ähnlicher Form stellen wird:

- Wie selbstständig können Sie sich fortbewegen und Ihre Körperhaltung ändern?
- Wie finden Sie sich in Ihrem Alltag örtlich und zeitlich zurecht?
- Können Sie für sich selbst Entscheidungen treffen?
- Können Sie Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?
- Wie selbstständig können Sie sich im Alltag bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken versorgen?
- Welche Hilfestellung benötigen Sie im Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen, beispielsweise der Medikamentengabe oder Selbstinjektionen?
- Wie selbstständig können Sie Ihren Tagesablauf planen oder Kontakte pflegen?

Tipp!

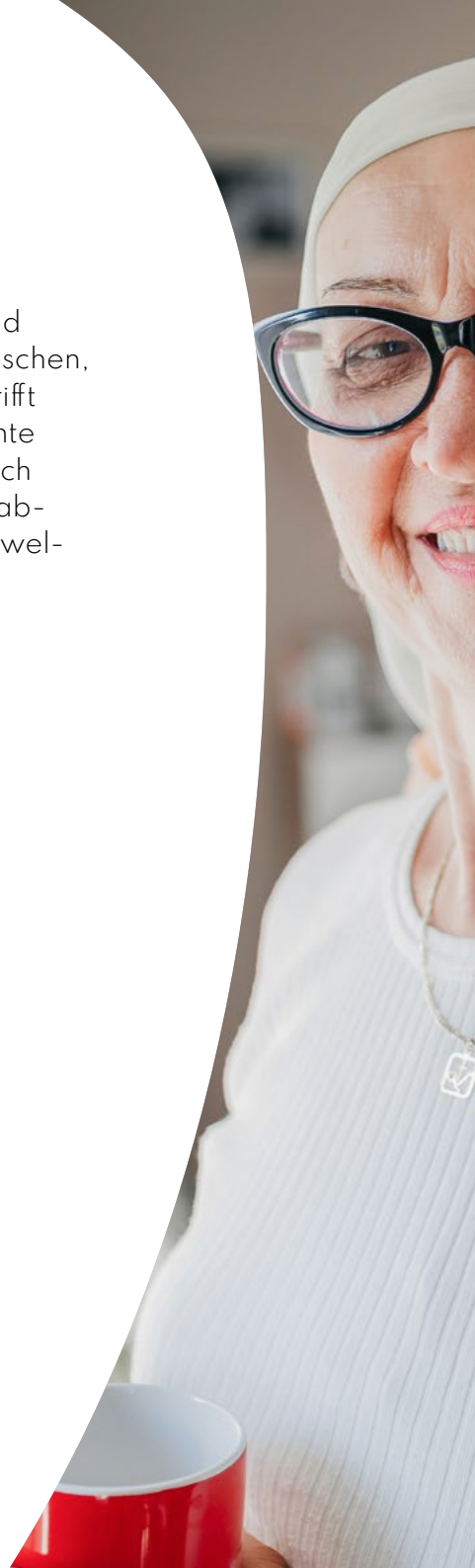
In der Aufregung der Begutachtungssituation kann es vorkommen, dass Sie wichtige Angaben zum Hilfebedarf vergessen. Zögern Sie nicht, diese nachzureichen.

Die Pflege zu Hause

Sie haben die Möglichkeit, die Hilfe ambulanter Pflegedienste und Sozialstationen in Anspruch zu nehmen oder sich von einem Menschen, der Ihnen nahesteht, pflegen zu lassen. Die Pflegeversicherung trifft hier die Unterscheidung in sogenannte „Sachleistung für ambulante Pflegedienste“ und „Geldleistung für private Pflegepersonen“, auch Pflegegeld genannt. Die Höhe der Leistung ist zum einen davon abhängig, wer für Ihre Pflege zuständig ist, zum anderen davon, in welchen Pflegegrad Sie eingestuft wurden.

Pflegegrad	Pflegegeld 2026	Pflegesachleistung 2026
1*	-	-
2	347 €	796 €
3	599 €	1.497 €
4	800 €	1.859 €
5	990 €	2.299 €

* Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 haben, wie alle anderen Pflegebedürftigen, Anspruch auf Pflegeberatung, Beratung in eigener Häuslichkeit, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes.





Darüber hinaus übernimmt die Pflegekasse bei häuslicher Pflege folgende Leistungen:

- **Bis zu 4.180 € für sogenannte wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** wie z. B. einen Treppenlift oder den Einbau barrierefreier sanitärer Anlagen
- **Bis zu 42 € im Monat für Pflegemittel** zum Verbrauch wie z. B. Einmalhandschuhe
- **Bis zu sechs Wochen pro Jahr Übernahme einer Verhinderungs- bzw. Ersatzpflege,** wenn pflegende Angehörige z. B. krankheitsbedingt ausfallen oder Urlaub machen
- **Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege** zur Ergänzung der häuslichen Pflege
- **Bis zu 3.539 € pro Jahr für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege**
- **Entlastungsbetrag für Angehörige über 131 € im Monat** in allen Pflegegraden
- **Soziale Sicherung der Pflegeperson,** auch gesetzliche Unfallversicherung

Pflegegeld bei Krankenhausaufenthalt

Bei vorübergehender vollstationärer Krankenhausbehandlung wird das Pflegegeld bis zu vier Wochen weitergezahlt.

Verbindung von Sach- und Geldleistung

Sie können auch eine Kombination von Sachleistung und Geldleistung durch einen ambulanten Pflegedienst beantragen. Dies empfiehlt sich besonders dann, wenn z. B. die Person, die Sie privat pflegt, nicht alle pflegenden Tätigkeiten durchführen kann oder möchte. Auch wenn Sie hauptsächlich durch einen Pflegedienst versorgt werden, am Wochenende aber Ihre Kinder oder Verwandte bei der Pflege helfen können, besteht die Möglichkeit, beide Leistungen miteinander zu verbinden.

Pflegezeit für berufstätige Angehörige

Falls ein*e berufstätige*r Angehörige*r Sie vorübergehend selbst pflegen möchte, so besteht ein Anspruch auf „Pflegezeit". Sie bzw. er kann sich im akuten Pflegefall hierfür bis zu 10 Tage unbezahlt von der Arbeit freistellen lassen. Bei der Pflegeversicherung kann jedoch Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung beantragt werden. Bei Betrieben mit mehr als 15 Angestellten sind sogar unbezahlte Freistellungen bis zu sechs Monate (ganz oder teilweise) möglich. In Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten ist es möglich, die Arbeitszeit für bis zu zwei Jahre auf eine Mindestarbeitszeit von bis zu 15 Wochenstunden zu reduzieren (sogenannte Familienpflegezeit). Einkommensverluste können durch ein zinsloses Darlehen des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) abgefedert werden.



Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Wenn Sie zu Hause gepflegt werden, können Sie zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Diese sollen Sie und Ihre pflegenden Angehörigen unterstützen, z. B. eine Betreuung im Alltag zu organisieren und sicherzustellen. Die Pflegebedürftigen aller Pflegegrade 1–5 erhalten diesen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 € monatlich.

Die Pflege im Heim

Jede und jeder Erkrankte möchte möglichst in seiner vertrauten Umgebung leben und dort versorgt werden. Die verschiedenen Leistungen der häuslichen Pflege versuchen, hierfür den nötigen Rahmen zu schaffen. Die Versorgung im Pflegeheim wird erst dann notwendig, wenn eine ausreichende Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist.

Teilstationäre Pflege

Wenn Sie im eigenen Heim nicht oder nicht mehr ausreichend betreut werden können, weil Ihr*e Angehörige*r z. B. tagsüber berufstätig ist, besteht die Möglichkeit, dass Sie sich tagsüber oder nachts in einer Pflegeeinrichtung unterbringen lassen.

Diese Leistungen der teilstationären Pflege können neben der ambulanten Pflegesachleistung/dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Die Pflegekasse übernimmt folgende Sätze:

Leistung für teilstationäre Tages-/Nachtpflege	
Pflegegrad	**Leistung 2026**
1	-
2	721 €
3	1.357 €
4	1.685 €
5	2.085 €



Vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege

Ist vorübergehend weder eine häusliche Pflege noch eine Tages- oder Nachtpflege möglich, können Sie auch in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen werden, in der Sie rund um die Uhr versorgt werden. Die Pflegeversicherung übernimmt für höchstens acht Wochen im Jahr die Kosten im Gesamtwert von:

Pflegegrad	Gesamtleistung im Jahr 2026
2–5	Bis zu 1.854 €



Vollstationäre Pflege

Den dauerhaften Aufenthalt in einem Pflegeheim sollten Sie in Erwägung ziehen, wenn:

- qualifizierte Fachkräfte ständig und abrufbereit zu Ihrer Verfügung stehen müssen,
- es keine Angehörigen, Freund*innen oder Nachbar*innen gibt, die Sie zu Hause pflegen können,
- Sie befürchten zu vereinsamen, weil es niemanden in Ihrer Umgebung gibt, der oder die sich um Sie kümmert,
- die räumlichen Gegebenheiten Ihrer Wohnung eine häusliche Pflege unmöglich machen.

Tipp!

Sie können sich umfassend zum Thema Pflege von den sogenannten Pflegestützpunkten beraten lassen. Die Adressen finden Sie einfach im Internet, wenn Sie „Pflegestützpunkt" und Ihren Wohnort oder das Bundesland eingeben. Sie erhalten hier weiterführende Informationen, Anträge und konkrete Hilfestellungen. Auf Wunsch wird das gesamte Leistungsspektrum für Pflegebedürftige koordiniert.

Pflegegrad	Leistungsbetrag vollstationär 2026
1	131 €
2	805 €
3	1.319 €
4	1.855 €
5	2.096 €

Wenn der Zeitpunkt kommt, an dem Sie sich für den Umzug in ein Pflegeheim entscheiden, übernimmt Ihre Pflegeversicherung nach Antragstellung die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die medizinische Behandlungspflege und die Betreuung. Einen gewissen Eigenanteil, der die Kosten für Unterkunft und Verpflegung abdecken soll, muss von Ihnen selbst übernommen werden.

Die Pflegekassen beteiligen sich an den Kosten für die vollstationäre Pflege.

Mehr Info gewünscht?
Pflege bei Brustkrebs

https://www.betanet.de/leistungen-der-gesetzlichen-pflegeversicherung.html

Palliativversorgung zu Hause, in der Klinik oder im Hospiz

Selbst wenn Ihre Krebserkrankung nicht heilbar ist und Sie als Palliativpatient:in gelten, können Sie mit bester medizinischer Versorgung weiterhin ein erfülltes und möglichst selbstbestimmtes Leben führen. Wenn sich abzeichnet, dass die verbleibende Zeit begrenzt ist, ändert sich der Blickwinkel in der Versorgung. Das Konzept der Palliativversorgung rückt die Linderung von Schmerzen und Symptomen und die Sterbebegleitung mit angemessener Pflege in den Mittelpunkt, nicht die Heilung.

Lebensqualität soll auch in der letzten Phase des Lebens gegeben sein. Das ist das Anliegen der Palliativversorgung, ob im eigenen Zuhause, in der Klinik oder im Hospiz. Die Betreuung durch Fachpflegekräfte, Sozialarbeiter*innen oder psychologisch geschulte Kräfte zielt darauf ab, Ihnen die letzten Wochen oder Monate Ihres Leben so angenehm und sorgenlos wie möglich zu gestalten.

Die Kosten für die Palliativversorgung werden nach ärztlicher Verordnung von Ihrer Kranken- oder Pflegekasse oder dem jeweiligen Hospizträger übernommen.

Mehr Info gewünscht?
Palliativmedizin
https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/

Tipp!

Erstellen Sie für den Fall der Pflege frühzeitig eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten für Menschen, denen Sie vertrauen. Dann können diese in Ihrem Sinne Entscheidungen in unterschiedlichen Bereichen treffen, falls Sie selbst nicht dazu in der Lage sind.

Sie möchten mehr wissen?

Dann empfehlen wir Ihnen folgende Quellen, die Sie umfassend und gut verständlich informieren:

Die **blauen Ratgeber** der Deutschen Krebshilfe in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft

Hier besonders zu empfehlen:

- Brustkrebs
- Sozialleistungen bei Brustkrebs
- Hilfen für Angehörige
- Patienten und Ärzte als Partner
- Palliativmedizin

https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/infomaterial-kategorie/die-blauen-ratgeber

Patientenratgeber und -leitlinien in verständlicher Sprache

Die Ratgeber und Leitlinien sollen es Ihnen ermöglichen, die gleiche Informationsbasis wie Ihr Arzt oder Ihre Ärztin zu haben.

https://www.ago-online.de/fuer-patienten

Leben mit Brustkrebs

Auf dieser Website finden Sie viele weiterführende Informationen zu nahezu allen Fragen und Belangen im Bereich Brustkrebs, Unterstützungsangebote und praktische Tipps.

https://www.leben-mit-brustkrebs.de

Leben mit Brustkrebs – der Podcast

Patientinnenvertreterinnen, Fachspezialist*innen und Betroffene sprechen offen über ihre Erfahrungen mit frühem und metastasiertem Brustkrebs – und bieten Wissen, Orientierung und echten Austausch.

https://www.leben-mit-brustkrebs.de/mehr-infos/podcast

Darüber hinaus gibt es einige interessante Internetadressen …

Mamma Mia!

Die eigene Erkrankung verstehen, die Therapiemöglichkeiten kennen und gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt Entscheidungen treffen: Dabei steht Mamma Mia! Ihnen zur Seite. Mit wissenschaftlich fundierten Informationen und aus der persönlichen Erfahrung heraus.

Auf diesem Onlineportal sowie mit **Mamma Mia! Das Brustkrebsmagazin.**

https://mammamia-online.de

PINK! Aktiv gegen Brustkrebs

Videos, Podcasts und Texte … ein ärztlich geführtes Onlineangebot für Frauen mit Brustkrebs

https://pink-brustkrebs.de

patientstoday

Patientenvertreter*innen und medizinische Expert*innen berichten von medizinischen Fachkongressen, stellen neue Studien vor und erklären die Relevanz der Ergebnisse.

https://patientstoday.de/diseases/brustkrebs

Rexrodt von Fircks Stiftung für krebskranke Mütter und ihre Kinder

Info zu Mutter-Kind-Reha bzw. Kur

https://www.rvfs.de

Wo finde ich als Betroffene Rat?

Bei einer schweren Erkrankung wie Brustkrebs kann neben der ärztlichen Betreuung der Austausch mit anderen betroffenen Frauen hilfreich sein. Das Wissen, dass andere das eigene Schicksal teilen, stärkt oft den eigenen Umgang mit der Krankheit. Möglich wird der Austausch z. B. in speziellen Internet-Foren und Selbsthilfegruppen. Hier können Patient*innen vom Wissen anderer profitieren und auch ihre eigenen Erfahrungen weitergeben. Mittlerweile gibt es in Deutschland zahlreiche Angebote zur Selbsthilfe bei Brustkrebs.

Brustkrebs Deutschland e. V.

Lise-Meitner-Straße 7
85662 Hohenbrunn

www.brustkrebsdeutschland.de/

Frauenselbsthilfe nach Krebs – Bundesverband e. V.

Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn

www.frauenselbsthilfe.de/

mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e. V.

Wilhelm-Hauff-Str. 34
86161 Augsburg

www.mamazone.de/



Bildnachweise:

Titel: © AndreyPopov-istockphoto.com;
S. 6: © DragonImages-istockphoto.com;
S. 10: © Hirurg-istockphoto.com;
S. 14: © Jacob Wackerhausen-istockphoto.com;
S. 17: © izusek-istockphoto.com;
S. 18: © dima_sidelnikov-istockphoto.com;
S. 22: © narith_2527-istockphoto.com;
S. 24: © elenaleonova-istockphoto.com;
S. 27: © damircudic-istockphoto.com;
S. 28: © skynesher-istockphoto.com;
S. 31: © Organic Media-istockphoto.com;
S. 32: © MTStock Studio-istockphoto.com;
S. 36: © DMP-istockphoto.com;
S. 38: © Jacob Wackerhausen-istockphoto.com;
S. 41: © Nikola Stojadinovic-istockphoto.com;
S. 43: © Halfdark-gettyimages.de;
S. 45: © Jacob Wackerhausen-istockphoto.com;
S. 51: © Iryna Inshyna-istockphoto.com

Leben mit Brustkrebs



FA-11220408-3, Art. Nr.: 7103726, 03/26

NOVARTIS

Novartis Pharma GmbH
Nürnberg
www.leben-mit-brustkrebs.de