

Nur für unsere Patienten,
nicht zur Weitergabe bestimmt.

Gemeinschaftspraxis für
Hämatologie, Onkologie und Infektiologie –
Zentrum für ambulante Onkologie

Dr. Franz Mosthaf, Dr. Maria Procaccianti,
Dr. Katrin Zutavern-Bechtold

Kriegsstr. 236 · 76135 Karlsruhe
Tel. 0721 / 85 35 05 · Fax 0721 / 85 35 06
www.onkologie-karlsruhe.de

Sprechzeiten Termine nach Vereinbarung

Sie erreichen uns mit öffentlichen
Verkehrsmitteln: Straßenbahn-Linien 1, 5 und 2 E,
Haltestelle „Weinbrennerplatz“



© Franz Mosthaf

Liebe Patientin, lieber Patient,

2 Ratgeber

*Krebs und Sexualität –
Verhütung kann wichtig
sein; „technische“ Probleme
sind prinzipiell lösbar*

4 Stichwort

*Informed Consent –
Was Sie wissen sollten, um
bei Behandlungsvorschlägen
mitentscheiden zu können*

5 Therapie

*Komplementäre Behand-
lungsverfahren: Auf drei
Dinge sollten Sie achten*

6 Service

*Soziale Absicherung:
Von Akutbehandlung bis
Wiedereingliederung*

8 Kurz berichtet

*Follikuläres Lymphom
Einbindung in die
Behandlung*

an Krebs erkrankte Menschen sind genauso unterschiedlich wie der mehr oder minder gesunde Teil der Bevölkerung. Manche wollen nur wissen, wann sie wo welchen Termin wahrnehmen müssen. Andere dagegen legen großen Wert darauf, über alle Einzelheiten und die im Verlauf der Therapie zu treffenden Entscheidungen möglichst genau informiert zu werden. Zwischen diesen beiden Positionen gibt es jede nur denkbare Mischform, und das Bedürfnis nach Aufklärung und Mitentscheidung kann sich im Krankheitsverlauf auch ändern.

All das respektieren wir als Ihre behandelnden Ärzte selbstverständlich; denn letztlich können und wollen wir nichts tun, womit Sie nicht Ihr Einverständnis

erklärt haben. Gleichgültig, welche Position Sie persönlich einnehmen: Sie können sicher sein, dass Sie bei uns nach allen Regeln der ärztlichen Kunst und in Übereinstimmung mit den aktuellen Forschungsergebnissen behandelt werden. Unverzichtbar ist Ihre Mitwirkung allerdings, wenn es um Ihr ganz persönliches Befinden geht. Fragen Sie uns, wenn Ihnen etwas ungewöhnlich vorkommt, teilen Sie uns mit, wenn Sie Beschwerden haben. Wir sind auf Ihre Rückmeldung angewiesen, wenn es darum geht, das Bestmögliche für Sie und Ihre Gesundheit zu tun.

**Ihre Ärzte Dr. Mosthaf, Dr. Procaccianti,
Dr. Zutavern-Bechtold und Dr. Dangelmaier**



© Franz Mosthaf

Impressum

© 31 | 7 | 2017, LUKON GmbH
ISSN 1436-0942
Lukon Verlagsgesellschaft mbH
Postfach 600516, 81205 München

Chefredaktion:
Dr. med. Franz Mosthaf
(verantwortlich)

Redaktion: Tina Schreck,
Ludger Wahlers
Anzeigen: Reinhard Bröker,
Anschrift wie Verlag

Grafik-Design, Illustration:
Charlotte Schmitz

Druck: flyeralarm GmbH

Krebs und Sexualität

Über die Vielseitigkeit menschlicher Sexualität müssen wir Sie nicht wirklich aufklären: sie ist Ausdruck des Begehrens und der Zuneigung wie auch Mittel zur Fortpflanzung – und sie ist immer individuell.

Das gilt auf jeden Fall auch für Krebspatienten, für die Sexualität in der Akutphase der Behandlung nur wenig bis keine Bedeutung haben mag. Und dennoch: Auch Krebspatienten berichten über beglückende sexuelle Erfahrungen. Man kann selbst etwas dafür tun, sei es im Gespräch mit dem Partner beziehungsweise der Partnerin oder indem man angebotene Hilfen nutzt. Es geht darum, Hemmschwellen zu überwinden – sowohl bei Patientinnen und Patienten sowie deren Partnerin oder Partner. Und genau dabei soll Ihnen dieser Beitrag helfen.

Keine Lust auf die Lust

Die existenzielle Bedrohung der Krankheit, die Anstrengungen der Therapie und die Nebenwirkungen auf den Hormonhaushalt führen vor allem bei Patientinnen zu Veränderungen des sexuellen Erlebens. Betroffene Frauen fühlen sich im wahrsten Sinne des Wortes lustlos, sie erleben sich als weniger erregbar, sie haben Schwierigkeiten zum Orgasmus zu kommen.

Bei Männern ist dieser Libidoverlust meist geringer ausgeprägt, denn ihr Hormonhaushalt ist für die schädlichen Einflüsse einer Krebstherapie weniger störanfällig als der des weiblichen Organismus.

Unausgesprochene Partnerschaftskonflikte können diese Störungen noch verstärken.

Angst vor Verlust der Leistungsfähigkeit

Männer klagen zwar nur selten über „Lustlosigkeit“, viele haben aber Angst, im Bett nicht mehr „leistungsfähig“ zu sein. Erektionsstörungen als Begleiterscheinung der Therapie kommen durchaus vor. Sie sind aber häufig eher Folge einer allgemeinen körperlichen und seelischen Erschöpfung und eher selten auf Veränderungen im Hormonhaushalt zurückzuführen.

Bei länger anhaltenden Erektionsproblemen ist eine Untersuchung der Hormonproduktion, gegebenenfalls eine Hormontherapie sinnvoll. Allerdings können Erektionsstörungen auch Nebenwirkungen von blutdrucksenkenden Medikamenten oder Antidepressiva sein.

Schützen Sie sich vor Verletzungen und Infektionen

Vor allem Knochenmark-Transplantierte fragen häufig nach dem Infektionsrisiko bei engem Körperkontakt. Tatsächlich sollten sie, falls der Partner an einer Pilzinfektion der Haut oder der Schleimhäute leidet, bei sexuellen Kontakten zurückhaltend sein.

Wenn Sie als Patient eine Infektion im Genitalbereich vermuten, sollten Sie uns dies unbedingt mitteilen.

Strahlen- und medikamentöse Tumorthera- pie wie auch andere Medikamente können die Haut austrocknen und machen sie verletzungsanfälliger. Vermeiden Sie sexuelle Praktiken, bei denen Haut oder Schleimhäute verletzt werden können; benutzen Sie Gleitgele auf Wasserbasis. Vaseline, Öle oder andere fetthaltige Cremes reizen die Haut zusätzlich und begünstigen die Ansiedlung von Pilzen. Gehen Sie behutsam miteinander um!

Verhütung kann wichtig sein

Man mag es kaum glauben, aber trotz stark zellschädigender Therapie sind manche Patientinnen und Patienten auch während oder kurz nach einer Chemotherapie fruchtbar. Die Ei- und Spermazellen können aber durch die Therapie derart stark geschädigt sein, dass Erbgutschäden bei den Kindern dieser Eltern zu befürchten sind. Eine wirksame Verhütung ist bei jungen Patienten deshalb unerlässlich. Wie und wie lange verhütet werden sollte, muss individuell besprochen werden. Experten empfehlen eine Verhütungsdauer von etwa 6 Monaten nach Ende der Akuttherapie.

Verbreitete Irrtümer

„Technische“ Probleme sind prinzipiell lösbar

Nicht nur Krebs, sondern jede potenziell lebensbedrohliche Erkrankung beeinflusst die Sexualität von Patienten und deren Partnern. Bei bestimmten Krebsarten kommen zusätzliche, im weitesten Sinne „technisch“ zu nennende Probleme hinzu. Tumoren der Geschlechtsorgane beeinflussen das Sexualleben am unmittelbarsten. Auch Amputationen oder Narben können das sexuelle Selbstverständnis verändern. Frauen mit Brustkrebs haben häufig Angst vor Entstellung und Verlust der körperlichen Attraktivität. Ganz ähnliche Gefühle hegen Krebspatienten mit einem künstlichen Darmausgang.

Männer, deren Prostatakrebs hormonell oder chirurgisch behandelt wird, fürchten Probleme mit Libido und Erektion. Bei Frauen, die sich im Beckenbereich einer Strahlentherapie unterziehen müssen, können Vernarbungen und Verengungen in der Scheide auftreten, die zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen.

Die rein technische Dimension dieser Probleme lässt sich meist lösen. Stomaträger können kurzfristig eine Stomakappe anlegen. Erektionsprobleme können medikamentös oder auch mit technischen Hilfsmitteln behoben werden. Gegen die bestrahlungsbedingte Verengung der Scheide hilft die regelmäßige Benutzung eines Dilatators.

Beziehung braucht ein Fundament

Manchmal ist die Krebserkrankung für Paare so etwas wie ein Vergrößerungsglas: Das Gute und das Schlechte in der Beziehung werden sehr viel deutlicher sichtbar als vor der Erkrankung. Wenn eine Beziehung schon vor Ausbruch der Krankheit nicht einfach war, ändert sich das in aller Regel auch nach der Diagnose nicht. Professionelle und einführende Beratung kann dann einen Weg weisen, der vielleicht für beide Partner akzeptabel ist.

Auch in erfüllten Partnerschaften kann eine Krebserkrankung der Auslöser für eine Krise sein. Gleichwohl gehen viele dieser Paare aus der Krise gestärkt hervor. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass sich beide über die eigenen Bedürfnisse klar werden und sie miteinander besprechen. Für dieses „Besprechen“ darf man durchaus professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Die regional zuständigen Verbände der Deutschen Krebsgesellschaft sowie Beratungsstellen anderer Träger vermitteln dazu qualifizierte Gesprächspartner. <<

Geschlechtsverkehr kann einen neuen Krankheitsschub verursachen.

Im Gegenteil: Wenn die geschlechtliche Vereinigung von beiden Partnern positiv empfunden wird, steigert sie das Wohlbefinden und stärkt sogar das Immunsystem.

Krebs kann beim Geschlechtsakt übertragen werden.

Das stimmt überhaupt nicht. Weder durch den Austausch von Zärtlichkeiten noch durch den Sexualakt werden bösartige Zellen übertragen. Übertragbar sind bestimmte Viren, die krebsauslösend sein können – aber das gilt auch dann, wenn beide Sexualpartner gesund sind.

Die Chemotherapie kann auch den Sexualpartner schädigen.

Bei Sexualpartnern von Patienten, die während der Chemotherapie oder wenige Tage danach sexuell aktiv sind, lassen sich unter Umständen geringe Spuren von Medikamentenabbauprodukten auf der Haut oder den Schleimhäuten nachweisen. Zwei Wochen nach Abschluss einer Chemotherapie sind die Abbauprodukte aus dem Körper des Patienten ausgeschieden.

Menschen, die bestrahlt wurden, sind radioaktiv.

Irrtum. Radioaktive Substanzen zur lokalen Bekämpfung von Krebszellen strahlen nur in einem milli- oder zentimetergroßen Bereich. Sie verlieren ihre radioaktive Wirkung nach ganz kurzer Zeit, und die (nicht mehr strahlenden) Abbauprodukte werden über den Urin ausgeschieden.



Die Angst vor dem ersten Mal

Das erste intime Beisammensein nach dem Ende der Behandlung macht vielen Patienten Angst. Kann ich den Sex noch genießen? Wird es mir wehtun? Wirkliche Rezepte gegen diese Angst gibt es nicht. Für Männer wie Frauen ist es manchmal hilfreich, zunächst für

sich allein herauszufinden, wie es um die sexuelle Empfindungsfähigkeit steht. Selbstbefriedigung ist nicht schädlich und auch kein Anlass für ein schlechtes Gewissen. Mit dieser Erfahrung fällt es oft leichter, die sexuelle Begegnung so zu gestalten, wie beide Partner sie am meisten schätzen.



Gemäß Patientenrechtegesetz haben Patienten das Recht auf umfassende Information über „die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen“. Konkret heißt das, dass Sie bei der Ausgestaltung Ihres Therapieplans mit uns entscheiden können, was für Sie die bestmögliche Behandlung ist.

Unser Fachwissen versetzt uns in die Lage, Ihnen aufgrund der vorliegenden Befunde die bestmögliche Therapie zu empfehlen. Damit diese optimal wirksam sein kann, müssen und wollen wir aber auch Ihre Lebensumstände berücksichtigen, Ihre ganz persönlichen Bedürfnisse und Erwartungen.

Wie misst man die Wirksamkeit von Therapien? Das beste und verlässlichste Mittel sind große Studien, in denen Patienten mit möglichst gleichen Merkmalen in zwei oder mehr Gruppen eingeteilt werden, die dann jeweils unterschiedlich behandelt werden. Auf diese Weise identifizieren Wissenschaftler das Behandlungsverfahren, das am besten zum gewünschten Therapieerfolg führt.

Rückfallfreie Überlebenszeit und Gesamtüberlebenszeit

Was aber bedeutet Therapieerfolg? Das hängt unter anderem vom Stadium der Erkrankung ab. In frühen Krankheitsstadien besteht das Ziel darin, den Patienten zu heilen, die Behandlung ist kurativ. Entscheidendes Kriterium für die Bewertung einer solchen Therapie ist die sogenannte rückfallfreie Überlebens-

Informierte Zustimmung zur Behandlung

Informed Consent

zeit. Dafür beobachtet man, wie viele von 100 Patienten zwei, fünf, zehn oder mehr Jahre nach der Therapie noch ohne Rückfall sind.

Wenn die Erkrankung schon weiter fortgeschritten ist, dann geht es darum, den weiteren Krankheitsverlauf zu bremsen und die Lebensqualität zu erhalten. Eine wichtige Kenngröße für die Qualität einer Therapie in diesem Stadium ist deshalb die Frage, wie lange Patienten mit ihrer Krebserkrankung insgesamt überleben. Dafür wird beobachtet, wie viele von 100 Patienten nach einem, zwei oder fünf Jahren mit oder ohne Fortschreiten der Erkrankung noch leben. Im Unterschied zum rückfallfreien Überleben sprechen Mediziner in diesem Fall häufig von Gesamtüberleben.

Es gibt Medikamente, die zwar das rückfallfreie Überleben verlängern, aber nicht zwangsläufig das Gesamtüberleben. Eine möglichst lange Zeit ohne neue Krankheitszeichen ist also nicht gleichbedeutend mit einer insgesamt verlängerten Überlebenszeit. Trotzdem ist die Verlängerung der rückfallfreien Überlebenszeit absolut wünschenswert, da sie normalerweise mit einer sehr viel besseren Lebensqualität einhergeht.

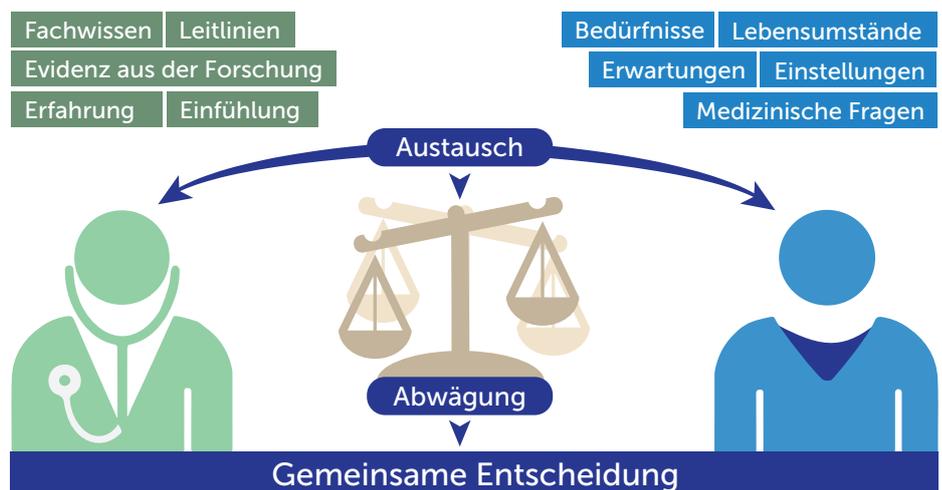
Komplette und partielle Remission sowie Krankheitsstabilisierung

In welchem Umfang die Erkrankung auf eine Therapie anspricht, kann für die Behand-

lungsentscheidung ebenfalls ausschlaggebend sein. In Studien wird dazu der Anteil derjenigen Patienten bestimmt, bei denen ein Therapieeffekt nachweisbar ist. Dazu unterscheidet man:

- **Komplette Remission (CR)** – vollständige Rückbildung des Tumors;
- **partielle Remission (PR)** – teilweise Rückbildung des Tumors;
- **Krankheitsstabilisierung (SD, *stable disease*)** – kein Fortschreiten der Erkrankung über mindestens 24 Wochen.

Informierte Zustimmung zur Behandlung bedeutet also im Wesentlichen Informationsaustausch. Wir reden in diesem Zusammenhang mit Ihnen über die Wirksamkeit von Verfahren, aber auch über Nebenwirkungen und Belastungen. Gute Studienergebnisse sind ohne Zweifel ein Argument für ein bestimmtes Behandlungsverfahren. Die Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg mit einem positiv beurteilten Behandlungsverfahren ist sehr hoch. Es gibt aber keine Garantie für die Wirksamkeit des Verfahrens; denn Studienergebnisse sind immer gruppenbezogen, geben statistische Wahrscheinlichkeiten und Durchschnittswerte an. Umgekehrt gilt deshalb aber auch: die in Studien angegebenen Überlebenszeiten sind Medianwerte, die bei vielen einzelnen Patienten um viele Monate überschritten werden. <<





Aus verständlichen Gründen erkundigt sich die Mehrheit aller Krebspatienten nach Behandlungsmöglichkeiten, die über die sogenannte Schulmedizin hinausgehen. Wenn Sie selbst auf der Suche nach ergänzenden Therapieverfahren sind, sollten Sie diesen Beitrag aufmerksam lesen.

Die Behandlung eines bösartigen Tumors verlangt Patienten einiges ab: Sie haben die unangenehmen Nebenwirkungen zu ertragen und können doch nicht hundertprozentig sicher sein, dass die Therapie erfolgreich ist. Sie warten auf Labor- oder Röntgenbefunde und fühlen sich wie zur Untätigkeit verdammt Zuschauer bei einem Spiel mit ungewissem Ausgang.

Kein Wunder, dass viele Krebspatienten selbst aktiv werden wollen, um die Aussichten auf den Behandlungserfolg zu verbessern. Nahezu alle Betroffenen besinnen sich im Krankheitsverlauf auf die Grundsätze gesunder Lebensführung. Die meisten achten nun sehr genau auf ihre Ernährung. Viele versuchen, jeden Tag ganz besonders bewusst zu erleben, nutzen vielleicht Angebote zu mentaler Entspannung oder bewegen sich mehr als vor ihrer Erkrankung.

Drei Voraussetzungen beachten

Neben dieser allgemeinen Umstellung des Verhaltens wächst häufig auch der Wunsch nach zusätzlicher oder ergänzender, sprich komplementärer Behandlung. Gegen die Anwendung von komplementären Verfahren oder Methoden ist nichts einzuwenden, wenn zumindest drei Voraussetzungen erfüllt sind:

Komplementäre Behandlungsverfahren

- Die Methode richtet nach objektivierbaren Kriterien keinen Schaden an.
- Die Methode versteht sich tatsächlich als Ergänzung. Wenn vor der Behandlung verlangt wird, der „Schulmedizin“ sozusagen abzuschwören, hat sich die Methode selbst disqualifiziert.
- Die Methode überfordert Patienten finanziell nicht – Skepsis ist angebracht, wenn hunderte oder gar tausende von Euro fällig werden.

Wirksam oder nicht?

Muss die Wirksamkeit einer Methode belegt sein, bevor man sich für ihre Anwendung entscheidet? Es kommt darauf an, was man unter Wirksamkeit versteht.

Kein seriöser Anbieter eines komplementären Verfahrens wird behaupten, einen Tumor schrumpfen lassen zu können. Hingegen sollte jede ergänzende Methode die Lebensqualität des Anwenders spürbar verbessern. Objektiv lässt sich Lebensqualität allerdings nur schwer messen – schließlich ist sie kein eindeutiger Laborwert, sondern von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig. Als wirksam kann man eine ergänzende Therapie erst dann bezeichnen, wenn sie zur subjektiven Verbesserung der Situation eines Patienten führt.



Vorsicht bei Diäten und Geistesheilern – empfehlenswerte Physiotherapie

Im Tumorzentrum des Universitätsklinikums Freiburg hat man die wenigen verfügbaren zuverlässigen Daten zu komplementären Therapieverfahren ausgewertet. Der Katalog der bewerteten Präparate und Verfahren reicht von Massagen, Mistel, Weihrauch und anderen Kräutern über die Ordnungstherapie von Kneipp und die Homöopathie bis hin zu sogenannten imaginativen Verfahren. Ergebnis: Kein einziges Verfahren hat eine direkte tumorverkleinernde Wirkung. Bestimmte Fasten-Diäten und die den Geistesheilern zugerechnete sogenannte „Neue Medizin nach Dr. Hamer“ richten sogar nicht wieder gut zu machenden Schaden an.

Eine ganze Reihe von Verfahren wirkt sich allerdings positiv auf die Lebensqualität der Patienten aus. An vorderster Stelle sind dies Methoden, die direkt auf den Körper einwirken: Krankengymnastik, Massagen, Atemtherapie sowie alle physiotherapeutischen Verfahren. Diese können unterstützend bei der Behandlung wirken und auch bei der Beherrschung von Schmerzen nützlich sein. Voraussetzung ist selbstverständlich die Durchführung durch erfahrene Physiotherapeuten.

TCM und Ayurveda

Fachwissen und Erfahrung sind ausschlaggebend: Gleichgültig für welches komplementäre Verfahren sich ein Patient entscheidet: Wichtig ist immer die Kompetenz des Behandlers. Dann können auch Anwendungen aus der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) und aus dem indischen Ayurveda sinnvoll sein.

Weiterführende Informationen finden Sie im Patientenratgeber „Komplementäre Verfahren“ des Tumorzentrums Freiburg; im Internet kostenlos herunterzuladen unter www.uniklinik-freiburg.de/cccf/patienten.html (Bereich Bibliothek - Broschüren)



Soziale Absicherung

Krebs ist so gut wie immer eine unberechenbare Bedrohung. Neben der unmittelbaren Sorge um die Gesundheit quält viele unserer Patientinnen und Patienten die Frage, ob sie für sich und ihre Familie den Lebensstandard werden halten können. Wie und wie lange ist man abgesichert? Was muss man tun, um möglichst alle Unterstützungsmöglichkeiten auszuschöpfen? Wir haben die wichtigsten Stichworte zur sozialen Sicherung zusammengestellt, um Ihnen die Orientierung zu erleichtern.

Akutbehandlung

umfasst Maßnahmen wie Operation, Strahlentherapie und/oder medikamentöse Tumorthherapie. Am Ende der Akutbehandlung beginnt die einjährige (in besonders schweren Fällen auch zweijährige) Frist zur Beantragung einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme.

Anschlussrehabilitation, AHR

(früher als Anschlussheilbehandlung bezeichnet) ist eine Reha-Maßnahme, die in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung beginnt. Bei onkologischen Patienten, die noch eine medikamentöse Tumorthherapie und/oder Strahlentherapie zu absolvieren haben, beginnt die AHR erst nach Ende dieser Therapien.

Arbeitsunfähigkeit, AU

muss immer lückenlos dokumentiert sein. Ob am Ende der AHR oder während der ambulanten Behandlung: die Feststellung der weiteren AU muss spätestens am letzten Gültigkeitstag der letzten AU-Bescheinigung erfolgen.

Erwerbsminderungsrente

Wer aus gesundheitlichen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist, kann beim Rentenversicherungsträger Erwerbsminderungsrente beantragen. Wenn die tägliche Arbeitsfähigkeit weniger als drei Stunden beträgt und bestimmte medizinische sowie versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sind, besteht Anspruch auf eine volle Erwerbsminderungsrente. Wer drei bis unter sechs Stunden täglich arbeiten kann, erhält die teilweise Erwerbsminderungsrente. Erwerbsminderungsrente ist zeitlich befristet, kann aber verlängert werden.

Krankengeld

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte und Bezieher von Arbeitslosengeld I haben Anspruch auf Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Lohnfortzahlung oder der Bezug von Arbeitslosengeld I werden auf diese Höchstdauer angerechnet. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts, maximal aber 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts.

Kündigungsschutz bei Schwerbehinderung

Schwerbehinderte und gleichgestellte behinderte Menschen haben bei Arbeitsverhältnissen einen besonderen Kündigungsschutz.



Ihnen darf ordentlich oder außerordentlich nur gekündigt werden, wenn das Integrationsamt (www.integrationsaemter.de) vorher zugestimmt hat. Eine ohne Zustimmung ausgesprochene Kündigung ist unwirksam. Voraussetzungen: Das Arbeitsverhältnis muss bei Zugang der Kündigung bereits länger als sechs Monate bestanden haben. Der Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung muss mindestens drei Wochen vor Zugang des Kündigungsschreibens vorliegen. Eine bestimmte Größe des Betriebs ist – anders als beim allgemeinen Kündigungsschutz – nicht Voraussetzung.

Berufliche Rehabilitation

heißt mittlerweile „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“. Die entsprechenden Maßnahmen haben das Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, (wieder) herzustellen und möglichst dauerhaft zu sichern. Maßnahmen sind unter anderem Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, berufliche Bildung oder Zuschüsse an Arbeitgeber.

Medizinische Rehabilitation

umfasst ambulante und stationäre Maßnahmen, die die Ausheilung der Erkrankung und die Wiederherstellung der Gesundheit unterstützen. Hierzu gehören unter anderem Anschlussheilbehandlung, medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter, onkologische Nachsorgeleistungen (onkologische Reha), Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke, geriatrische Rehabilitation für ältere Menschen.

Onkologische Rehabilitation

heißt mittlerweile „Rehabilitation nach Tumorerkrankungen“. Dabei handelt es sich um eine Form der medizinischen Rehabilitation, die auf Antrag innerhalb eines Jahres nach Ende der Akutbehandlung durchgeführt werden kann. Liegen erhebliche Beeinträchtigungen durch die Tumorerkrankung oder Spätfolgen der Therapie vor, ist eine weitere Nach- oder Festigungskur innerhalb von zwei Jahren nach Ende der Akutbehandlung möglich.

Schwerbehinderung

Krebskranke haben Anspruch auf Anerkennung eines Grads der Behinderung von mindestens 50 Prozent. Einer der damit verbundenen Nachteilsausgleiche ist ein besonderer Kündigungsschutz.

Broschüren und Internet-Links

www.krebshilfe.de

Wegweiser zu Sozialleistungen

Broschüre der Deutschen Krebshilfe aus der Serie „Die blauen Ratgeber“: Unter „Informieren“ auf „Infothek“ und „Blaue Ratgeber“ klicken.

www.deutsche-rentenversicherung.de

- **Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft**
- **Rehabilitation nach Tumorerkrankungen**
- **Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance**
- **Mit Rehabilitation wieder fit für den Job**

Broschüren der Deutschen Rentenversicherung. Unter „Services“ auf „Broschüren und mehr“ klicken.

www.integrationsaemter.de

Welche Rechte Sie als Behinderter haben

erfahren Sie auf der zentralen Website der Integrationsämter.

Übergangsgeld

ist eine Lohnersatzleistung, die bei der Teilnahme an Reha-Maßnahmen, einschließlich Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, gezahlt wird, wenn kein Anspruch (mehr) auf Lohnfortzahlung besteht.

Stufenweise Wiedereingliederung

hat das Ziel, den Patienten Schritt für Schritt an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Der behandelnde Arzt erstellt den Wiedereingliederungsplan, in dem Abfolge und Dauer der einzelnen Stufen, zu vermeidende Tätigkeiten und Belastungen beschrieben sind und konkrete Arbeitsbedingungen dokumentiert werden. Während der Maßnahme ist der Arbeitnehmer arbeitsunfähig und erhält Krankengeld, das mit eventuell gezahltem Gehalt verrechnet wird. <<



Kurz berichtet

Follikuläres Lymphom: Nach zehn Jahren wieder normale Lebenserwartung

Patienten mit follikulärem Lymphom, die in den ersten beiden Jahren nach der Diagnose keinen Rückfall erleiden, erreichen nach zehn Jahren eine statistische Lebenserwartung, die derjenigen gesunder Gleichaltriger entspricht. Zu diesem erfreulichen Ergebnis kommen spanische Wissenschaftler in einer Langzeitstudie, die kürzlich in der Fachzeitschrift *Cancer* veröffentlicht wurde. Das follikuläre Lymphom ist eine Krankheit, die durch die Veränderung heranreifender weißer Blutkörperchen in Lymphknoten entsteht. Die Forscher haben Daten von 1074 Patienten ausgewertet, bei denen zwischen 1980 und 2013 ein follikuläres Lymphom diagnostiziert worden war.

Wenn innerhalb der ersten 12 beziehungsweise 24 Monate nach der Diagnose ein Rückfall auftrat, war das Risiko für einen frühen Tod erhöht. Davon betroffen waren vor allem junge Erwachsene und Frauen. Die meisten Patienten erkrankten allerdings erst im Alter von mehr als 60 Jahren. Und speziell in der Gruppe der über 60-Jährigen war die Sterberate unter Lymphom-Patienten mit einer mindestens zehnjährigen Geschichte vergleichbar mit der von gleichaltrigen Geschlechtsgenossen der Normalbevölkerung. <<

Einbindung in die Behandlung: Aktive Mitarbeit von Patienten verbessert die Überlebensaussichten

Dass Patienten sich besser fühlen, wenn sie ihre Therapie aktiv mitgestalten, ist lange bekannt. Einer US-amerikanischen Studie zufolge kann aktive Mitarbeit selbst bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung auch die Überlebenszeit verlängern. Ein Teil der 766 teilnehmenden Patienten füllte während der Behandlung mindestens einmal pro Woche im Internet einen Fragebogen aus, in dem nach den zwölf häufigsten Nebenwirkungen von Krebstherapien gefragt wurde. Der andere Teil wurde wie gewohnt behandelt.

Wenn ein Patient aus der Internet-Gruppe angab, ein Symptom sei aufgetreten oder hätte sich verschlimmert, ging diese Meldung direkt an sein Behandlungsteam im Krankenhaus. Die behandelnden Ärzte verordneten dann eine Maßnahme zur Linderung der Beschwerden oder erniedrigten die Therapiedosis.

Der von Patienten direkt rückgemeldete Behandlungseffekt (*patient-reported outcome*, PRO) erwies sich in mehrfacher Hinsicht als vorteilhaft. Nicht nur die Lebensqualität war in der PRO-Gruppe besser als bei den wie gewohnt behandelten Patienten; es kam auch seltener zu Notfalleinweisungen ins Krankenhaus, weil auf Komplikationen schon früher reagiert werden konnte. Außerdem war für Patienten der PRO-Gruppe die Krebstherapie offenbar verträglicher, denn ihre Überlebenszeit war gegenüber der Vergleichsgruppe um fünf Monate verlängert. <<



Blutendes Zahnfleisch muss nicht sein!

Blutendes Zahnfleisch ist eine häufige Nebenwirkung einer Chemo- oder Strahlentherapie. Die Kariessanierung der Zähne und die sog. „Professionelle Zahnreinigung“ sind wichtige, aber oft nicht ausreichende Maßnahmen, um den Mundraum vor starkem Zahnfleischbluten zu bewahren.

Die Gingivitis, die leichte und reversible Zahnfleischentzündung, kann sehr gut und innerhalb kürzester Zeit mit Zahnzwischenraumbürsten therapiert werden. Voraussetzung dafür sind Bürstchen, die perfekt an die unterschiedlich großen Zahnzwischenräume angepasst sind und die die Zwischenräume sanft reinigen können.



Die Reduzierung der Entzündungsorte im Mundraum hat positive Auswirkungen für die Mundschleimhaut – weniger Belastung, weniger Zahnfleischbluten.



zweasy gmbh • Schützenstr. 16 • 54295 Trier
T: 0651.201 984 99
www.zweasy.de



Das **Menschenmögliche** tun.

