

SPRACHROHR



September 2020
Nr. 177
47. Jahrgang



Unser Thema ab Seite 4

Ein Überblick

Reha- und AHB-Maßnahmen
für Kehlkopferierte

Unser Sprachrohr erscheint
mit finanzieller Unterstützung



Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Sicher mit System!

Das Provox® System

Nutzen Sie die Vorteile des aufeinander abgestimmten und an Ihre spezifischen Bedürfnisse angepassten Provox® Systems. Unsere bewährte Kombination aus Provox® Brush und Provox® Flush ist für die effiziente und sichere Reinigung Ihrer Provox® Stimmprothese entwickelt worden. Durch gute Reinigung kann sich die Liegedauer Ihrer Stimmprothese verlängern.



Provox® Vega



Provox® Brush



Provox® Flush

☎ 0800 5353667

Bestellen Sie ein kostenfreies Musterexemplar der Provox® Brush und überzeugen Sie sich selbst!

Atos

Breathing-Speaking-Living
atosmedical.com

Inhalt

Titelthema

Behandlungen nach Akut-Therapien	S. 04
Rehabilitation eine der anspruchsvollsten Herausforderungen	S. 06
Betroffene helfen Betroffenen	S. 10
Bio-psychoziale Aspekte der Reha bei onkologischen Erkrankungen	S. 12
Anschlussrehabilitation bei onkologischen Erkrankungen	S. 14

Gesundheits- und Sozialpolitik

Spahn sieht gute Basis für Weiterentwicklung des Gesundheitssystems	S. 19
Elektronische Patientenakte nimmt nächste Hürde	S. 20

Wissenschaftlicher Beitrag

Ernährungsgrundsätze bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumorerkrankungen	S. 17
--	-------

Medizin

Multiplen Krebserkrankungen auf der Spur	S. 22
ATR-Inhibitor Berzosertib stoppt Krebswachstum in erster klinischer Studie	S. 23

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Krebshilfe: Sorge aufgrund verschobener Behandlungen	S. 26
Neues Mildred-Scheel-Nachwuchszentrum für Onkologie	S. 27

VERBAND

Seminare 2020, Webinare	S. 16
Selbsthilfe als Experten in der wissenschaftlichen Forschung	S. 28
Aus den Landesverbänden	S. 29

Weiteres aus der Selbsthilfe

Neue Kommunikationsformen	S. 32
NRW-Landesverband von Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V. will bessere Vernetzung mit Tumorzentren	S. 33

SERVICE

Am Telefon: Antworten zum Schwerbehindertenausweis	S. 18
Impressum	S. 27
Buchtipp „Geschichten einer Fusspflegerin“	S. 34
Filmtipp „Was gewesen wäre“	S. 34
Termine / Zu guter Letzt	S. 35
Rätsel	S. 36
Adressen, Telefonnummern	S. 37



Foto: Hartmut Furch

Werte Leserinnen und Leser!

Ein Sprichwort, was ich schon beinahe vergessen hatte, lautet:
„Manchmal ist ein Augenblick länger, als ein ganzer Tag.“

Diese Worte regen zum Nachdenken über unser Leben im Umgang mit unseren Mitmenschen, aber auch mit unserer Umwelt an. Wir alle erleben tagtäglich die kleinen, angenehmen Momente und fühlen uns sehr wohl dabei. Es sind Augenblicke, die uns das Gefühl der Sicherheit, der Geborgenheit, der inneren Ruhe und Verständnis durch unsere Mitmenschen geben. Sie setzen sich tief in unsere Herzen- und Gedankenwelt fest und bestimmen unser weiteres Handeln.

Erinnern wir uns ein wenig zurück an die Zeit unserer medizinischen Behandlung nach der Diagnose Krebs. Eine Zeit voller Angst, Hoffnung, Sorge und Sprachlosigkeit. Und doch haben uns die kleinen, guten Momente in unserem Leben geholfen, Mut zu finden, den schweren Kampf für eine Genesung aufzunehmen. Wir waren für jeden noch so kleinen Schritt auf dem Weg dankbar.

Nach der medizinischen Behandlung hat uns die REHA oder auch die Anschlussheilbehandlung aufgezeigt, wie unser Leben nach dieser Zeit aussehen kann. Jeder kleine Fortschritt hat uns neue Lebenskraft gegeben, ob beim Erlernen einer völlig neuen Stimme oder beim Umgang mit den neuen Lebensbedingungen. Jeder, der bestrahlt wurde und den Geschmack zeitweilig verloren hatte, wird nie vergessen, was er als erstes wieder schmecken konnte. Dafür sind wir den Ärzten, dem medizinischen Personal, den Physiotherapeuten und den Logopäden bis zum heutigen Tag dankbar. Eines ist uns allen klar, Dankbarkeit tragen wir Menschen nicht auf der Zunge, sondern tief in unserer Gedankenwelt und im Herzen.

Die guten Augenblicke sind die Würze in unser aller Leben und sie tragen uns durch unser ganzes Leben - sie bringen uns heute noch ein Lächeln ins Gesicht.

Denken Sie immer daran, lächle und die Welt lächelt zurück. So werden wir gemeinsam auch Corona überstehen und möglicherweise einige schöne Augenblicke in unser inneres „Ich“ für immer aufnehmen können.

Ich wünsche allen Leserinnen, Lesern und deren Familien alles Gute und achten Sie auf Ihre Gesundheit.

**Ihr Herbert Hellmund
Präsident**

Behandlungen nach Akut-Therapien

von Erika Feyerabend



Die Physiotherapie unterstützt die AHB und ist ebenso ein wichtiger Teil in der Reha

Wir haben einen Rechtsanspruch auf die Anschlussheilbehandlung (AHB), sofern die Krankheit auf einem entsprechenden Indikationskatalog vermerkt ist. Tumorerkrankungen – also auch Kehlkopfkrebs oder Tumore im Kopf-Hals-Bereich – sind dort aufgeführt. Für Betroffene im Beamtenstatus zählt allein die ärztliche Verordnung und Begründung. Meist veranlassen schon die behandelnden Ärzte bzw. der Soziale Dienst im Krankenhaus diese Leistung. Die meist dreiwöchige und stationäre AHB soll möglichst zwei Wochen nach Abschluss der Therapie begonnen werden. Eine Verlängerung ist heute schwierig, aber einen Versuch ist es allemal wert in Absprache mit dem Facharzt der Klinik.

Wenn wir uns die Erfahrungen von Hartmut Fürch (Interview ab Seite 10) vor Augen führen, ist die ambulante AHB bei der Schwere der Tumorerkrankungen im Kopf-Hals-Bereich – also auch beim Kehlkopfkrebs – nicht wirklich anzuraten. Wie die Erkrankung bewältigt und verarbeitet wird, ist bei einer ambulanten AHB weniger im Vordergrund als bei einer stationären oder teilstationären Reha. Und: Man trifft andere Menschen, die ein ähnliches Schicksal zu bewältigen haben. Aber es gibt Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt lieber wieder in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren.

Wenn alles gut läuft, dann sind nach der AHB die wichtigsten Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags wieder

erlangt, das Sprechvermögen verbessert und möglicherweise ist dann auch wieder an eine Rückkehr ins Berufsleben zu denken.

Wer zahlt wann die Zeche?

Sollte die Rentenversicherung Kostenträger sein, muss man in einem regulären Arbeitsverhältnis gestanden, oder in den letzten zwei Jahren sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge gezahlt, oder in diesem Zeitraum bis zur Antragstellung eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung ausgeübt haben. Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung mindert den Anspruch ebenso wenig wie etwa ein Erwerbsminderungs- oder Witwerrentenbezug. Der Patient muss körperlich in der Lage sein an dem Programm teilzunehmen. Tumorkranke können nach einem Jahr eine Festigungskur beantragen. Dann allerdings entscheidet der Medizinische Dienst (MDK) im Einzelfall.

Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Anschluss-Reha, wenn das Hauptziel die Wiedererlangung der Gesundheit ist. In diesem Fall kann man die Reha-Einrichtung selbst aussuchen. Ist diese teurer als bei Vertragskliniken der Krankenkasse, dann zahlt man die Mehrkosten in den meisten Fällen selbst. Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn das Hauptziel der Anschluss-Reha die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist. In diesem Fall schlägt der behandelnde Arzt

die Klinik vor. Falls dies von eigenen Wünschen abweicht, muss man dies schriftlich begründen. Konkrete Erfahrungen mit Reha-Kliniken haben die Selbsthilfegruppen. Zuzahlungen sind leider auch die Regel. Das sind 10,00 Euro pro Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr beim Kostenträger Krankenkasse 10,00 Euro pro Tag für maximal 28 Tage, beim Rentenversicherungsträger sind dies maximal 14 Tage im Kalenderjahr. Eine Befreiung hiervon kann unter Umständen beantragt werden.

Die Rehabilitation

Auch mit Hilfe einer weiteren Rehabilitation sollen die Patienten möglichst gut nach einer Erkrankung wieder im Alltag zurecht kommen. In der medizinischen Reha werden beispielsweise ebenfalls Physikalische Therapien, Ergo- und Physiotherapien sowie Logopädie eingesetzt. Auch bei chronischer Lungenerkrankung (COPD) kann eine Reha nach vorne bringen. Daneben gibt es auch das Angebot der psychologischen Begleitung, auch das kann für manche Tumorkranke hilfreich sein. Ziel ist es, wieder ins Berufsleben zu gelangen, ob am alten Arbeitsplatz, umgeschult oder neu qualifiziert. Wer dieses Ziel nicht mehr erreichen kann, hat keinen Rechtsanspruch auf eine weitere Reha. Es lohnt sich unter Umständen dennoch eine solche Maßnahme bei der Krankenkasse zu beantragen. Auch dieses Angebot kann ambulant oder stationär stattfinden. Nach Ablauf eines Jahres ist es für onkologische Patienten möglich eine Festigungskur zu beantragen. Der Medizinische Dienst beurteilt die medizinische Notwendigkeit und entscheidet im Einzelfall.

Die geriatrische Reha – ambulant oder stationär – ist für alte Menschen möglich, die an verschiedenen Krankheiten leiden, um möglichst lange selbständig in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können. Auch bei

bereits bestehender Pflegebedürftigkeit kann sich eine Reha lohnen, um so Alltagsverrichtungen zu trainieren und somit den Pflegeaufwand zu verringern.

Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) im politischen Verfahren

Die Verabschiedung dieses Gesetzes wird für Herbst erwartet. Gemäß Gesetzentwurf sind kleine Änderungen angedacht. Wie die Praxis aussehen wird, das liegt auch an nachfolgenden Rahmenvereinbarungen. Insofern sind alle folgenden Hinweise mit Vorsicht anzusehen.

Gesundheitsminister Jens Spahn verspricht Verbesserungen. Sie betreffen zum einen Langzeitpatienten mit ambulanter Beatmung. Das Tracheostoma alleine – ohne Intensivpflege – begründet keinen einfacheren Zugang zu Leistungen.

Im Gesetzentwurf heißt es: „Aufgrund der demografischen Entwicklung wird in den nächsten Jahren der Bedarf deutlich steigen. Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere der geriatrischen Rehabilitation, soll deshalb erleichtert werden. Alle Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sind weiterhin auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten ausgerichtet und von den angesprochenen Änderungen nicht erfasst.“

Die verordnenden Ärzte stellen die medizinische Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation fest. Die Krankenkassen sind an diese Feststellung gebunden. Bei anderen Indikationen kann die Krankenkasse weiterhin nach Überprüfung durch den Medizinischen Dienst abweichen. Die Versicherten sollen nur noch die Hälfte der Mehrkostenanteile tragen, wenn sie eine andere als die zugewiesene Einrichtung wählen.

Erika Feyerabend

Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation sind zwei wirklich sinnvolle Angebote für kranke und gebrechliche Menschen. Diese soll möglichst individuell mit den betroffenen Patienten besprochen und durchgeführt werden. Am besten und im Konkreten wissen diejenigen Bescheid, die schon in Reha-Kliniken waren – und die sind in der Selbsthilfe zu finden. Allen, die sie benötigen, sollte sie möglichst einfach und als Rechtsanspruch gewährt werden.

Erika Feyerabend ist Journalistin, Diplom-Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin, engagiert im medizinkritischen BioSkop-Forum e. V. sowie Vorstandsmitglied in der Hospizvereinigung OMEGA – Mit dem Sterben leben e. V.



Der Bundesrat kommentiert

Nach Angaben des GKV-Spitzenverbands folgten im Jahr 2018 circa 53.300 Empfehlungen des MDK, nur 19.914 Einwilligungen seitens der meist älteren Berechtigten – aus unbekanntem Gründen. Der Bundesrat meint: Die Pflegekassen sollen dazu verpflichtet werden, den Gründen nachzugehen, die Versicherten und den Rehabilitationsträger über den Reha-Bedarf unverzüglich zu informieren und zu berichten. Denn diese Leistungen würden nachweislich die Pflegebedürftigkeit hinauszögern, die Lebensqualität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhöhen und die Pflegekassen entlasten. Weil das so ist, sollten auch andere medizinische, indikationsbezogene Reha-Maßnahmen ohne Prüfung durch den MDK ermöglicht und vereinfacht werden. Der Bundesrat meint auch, dass die Anschlussrehabilitation nach akutstationärem Aufenthalt nicht nur auf Grundlage eines Indikationskataloges geregelt wird, sondern als Rechtsanspruch. Das würde die Fehlbelegungszeit und 300,00 Euro Straf-

zahlungen des Krankenhauses reduzieren. Schauen wir mal, ob es tatsächlich zu den versprochenen und vom Bundesrat vorgeschlagenen verbesserten Bedingungen kommt. Zu wünschen wäre das!

Quellen:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/intensivpflegegesetz.html>

Bundesministerium für Gesundheit: Vorsorge und Rehabilitation:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html>

GKV Spitzenverband, Informationen zur medizinischen Rehabilitation:
https://www.gkvspitzenverband.de/service/versicherten_service/medizinische_rehabilitation/reha_infos_1.jsp

Deutscher Bundestag:

19. Wahlperiode – 53 – Drucksache 19/19368

„Die Rehabilitation der Kehlkopferierten stellt sicherlich eine der anspruchsvollsten Herausforderungen im Rehaprozess dar.“

PD Dr. Johannes Zahner ist Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie. Er ist Chefarzt der Abteilung für Onkologie, Hämatologie und Immunologie an der Sonnenberg-Klinik in Bad Sooden-Allendorf.

Was unterscheidet Anschlussheilbehandlung (AHB) und Reha?

Bei den Rehabilitationsverfahren werden Anschlussheilbehandlungen (AHB) und sogenannte Heilverfahren (HV) unterschieden. Kostenträger der Maßnahme ist in onkologischen Fällen im Regelfall die Deutsche Rentenversicherung. Die Anschlussheilbehandlung wird vom Kliniksozialdienst eines Akutkrankenhauses veranlasst und ist innerhalb gewisser Fristen von dem Patienten nach Beendigung der Primärtherapie anzutreten. Diese Primärtherapie kann eine Operation, eine Strahlenbehandlung oder eine Chemotherapie sein. Im Gegensatz dazu ist das Heilverfahren über den Haus- oder Facharzt beim Rentenversicherungsträger zu beantragen. Der Aufenthalt in der Klinik und die dort durchgeführten Maßnahmen sind bei Anschlussheilbehandlung und beim Heilverfahren identisch. Die Anschlussheilbehandlung ist im Gegensatz zum Heilverfahren kurzfristig anzutreten.



PD Dr. Johannes Zahner

Das sind 14 Tage, oder?

Im Regelfall sind es 14 Tage, bei strahlenbehandelten Patienten kann diese Frist auf bis zu acht Wochen ausgedehnt werden. Während der Patient einen Rechtsan-

spruch auf die Anschlussheilbehandlung hat, bedarf das Heilverfahren einer Genehmigung durch den Rentenversicherungsträger. Bis zu zwei Jahre nach Beendigung der Primärtherapie kann der Patient ein erstes und ein zweites Heilverfahren beantragen. Im Gegensatz zur AHB besteht jedoch kein Rechtsanspruch auf das Heilverfahren.

Ist die Reha nur für Leute, die später wieder in den Beruf zurückkehren oder für alle, falls benötigt?

Rentner sind in gleicher Weise berechtigt eine AHB und ein erstes oder zweites Heilverfahren nach der Akutbehandlung zu beantragen. Es gibt keinen Grund, sie schlechter zu stellen als Berufstätige. Sollte der Antrag von Seiten der Deutschen Rentenversicherung abgelehnt werden, besteht die Möglichkeit eines Widerspruchs. Bei onkologischen Indikationen war die Deutsche Rentenversicherung im Widerspruchsverfahren in der Vergangenheit großzügig. Häufig reichte es, wenn der Facharzt hierzu eine erneute Stellungnahme abgab. Nur in ganz seltenen Fällen ist es erforderlich den Sozialverband VdK einzuschalten.

Was beinhaltet das Programm für die AHB?

Das Konzept für unsere kehlkopferierten Patienten ist sehr vielfältig. Falls die Patienten beispielsweise zuvor bestrahlt worden sind, weisen sie häufig schwere Schleimhautschäden (Mukositiden) und eine Mundtrockenheit (Xerostomie) auf.

Dies ist meist sehr schmerzhaft. Wir führen zum einen eine Schmerzbehandlung durch und können mit verschiedenen Maßnahmen die Abheilung dieser Schleimhautschäden beschleunigen. Neben Mukositis ist eine regelrechte Atmung des Patienten, bei deren Erlernen wir mit unseren Physiotherapeuten behilflich sind, von besonderer Bedeutung. Gleichfalls sind Stomapflege mit Anleitung des Patienten zur Selbstversorgung und eine logopädische Behandlung erforderlich. Der Logopäde übt mit den Patienten das Sprechen und Schlucken. Gerade bei kehlkopferierten Patienten stellt die Krankheitsverarbeitung einen wichtigen Punkt dar. Die Patienten leiden in der Akutphase unter erheblichen psychischen Problemen, es ist daher wichtig, dass sie zum einen psychologisch betreut werden und sich zum anderen mit Mitpatienten austauschen können, die ähnliche Probleme aufweisen. Dadurch werden die Patienten gut informiert und fühlen sich in ihrem Kreis gut aufgehoben. Letztendlich besprechen wir die unterschiedlichen gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten und im Bedarfsfall die beruflichen Wiedereingliederungsmöglichkeiten.

Kann sich der Patient die Klinik aussuchen?

Dies ist eine berechtigte Frage, ich darf zunächst auf die Sonnenberg-Klinik zurückgreifen. Die Sonnenberg-Klinik hat als federführenden Belegungsträger die Deutsche Rentenversicherung Bund, DRV, früher BfA genannt. Diese räumt dem Patienten ein Wunsch- und Wahlrecht ein. Wenn der Patient sagt, er habe gute Erfahrungen mit der Sonnenberg-Klinik, oder er habe gehört, dass HNO-Tumoren dort gut behandelt würden, dann wird die Deutsche Rentenversicherung Bund im Regelfall eine Genehmigung für die Sonnenberg-Klinik aussprechen. Neben dem Wunsch- und Wahlrecht spielt jedoch auch die Nähe zum Wohnort des Patienten eine Rolle. Der Rentenversicherungsträger möchte, dass die Patienten wohnortnahe rehabilitiert werden. Dieses Ansinnen macht – wenn wir die Corona Pandemie außer Acht lassen – Sinn, da so Patienten durch ihre Angehörigen im Bedarfsfall besucht werden können.

Demgegenüber kommen die regionalen Rentenversicherungsträger, vormals LVA genannt, diesem Wunsch- und Wahlrecht nicht voll umfänglich nach. Sie achten häufig darauf, dass der Patient in ihrem Bundesland bleibt. Bei den schwerkranken HNO-Tumorpatienten stellen aber auch die regionalen Rentenversicherungsträger sicher, dass die entsprechende Klinik für die spezifische Rehabilitationsbehandlung geeignet ist.

Wann sind denn die regionalen Rentenversicherungsträger zuständig?

Historisch wird zwischen der Angestelltenrentenversicherung und der Arbeiterrentenversicherung (ehemals Landesversicherungsanstalt) unterschieden. Erstere ist bundesweit organisiert, letztere weist eine regionale Repräsentation mit mehreren Versicherungsträgern auf. Da die Zuordnung in Arbeiter und Angestellte heute hinfällig ist, ist die Zuweisung zu DRV Bund oder zu einem regionalen Rentenversicherungsträger häufig zufallsbedingt. Zusätzlich werden auch Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund an die regionalen Rentenversicherungsträger umverteilt. Dies ist durch die Zunahme der Angestellten und die starke Abnahme der ehemals bei der LVA versicherten Arbeiter zu erklären.

Bei den Kehlkopferierten spielt die Logopädie eine große Rolle, wie ist das bei den Kopf-Hals-Tumoren?

Eine Rehabilitationsklinik, die sich auf die Kehlkopferierten spezialisiert hat, kann zusätzlich durch ihre Logi-

stik sämtliche Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren rehabilitieren. Anders herum ist dies nicht immer gegeben. Die Rehabilitation der Kehlkopferierten stellt sicherlich eine der anspruchsvollsten Herausforderungen im Reha-prozess dar.

Kann ich als Patient der Rentenversicherung vertrauen?

Bei Kehlkopftumoren handelt es sich um eine schwere Erkrankung, die Patienten haben einen hohen Rehabedarf. In diesem Fall ist der Rentenversicherungsträger in den allermeisten Fällen einsichtig und schickt den Patienten ausschließlich in eine Klinik, die das entsprechende Equipment und das notwendige Personal bereithält. Dies ist letztendlich auch im Eigeninteresse der Rentenversicherung. Im Falle einer falschen Zuweisung würden sich die Patienten sicherlich beschweren. Für den Bereich der Kehlkopferierten und der Hals-Nasen-Ohren-Tumoren läuft dieses Zuweisungsverfahren gut. In anderen Indikationen sieht es anders aus.

Es ist klar festzustellen, dass der Rehabedarf bei kehlkopferierten Patienten mit HNO-Tumoren sehr hoch ist. Diese Patienten profitieren am meisten von einer Rehabilitation.

Die Krankenkasse, welche Rolle spielt sie?

Wenn wir die onkologischen Indikationen außer Acht lassen, ist im Regelfall die Rentenversicherung zuständig für die Rehabilitation der Berufstätigen. Ziel ist es, dass der berufstätige Patient wieder fit gemacht werden kann, damit er in den Beruf zurückkehrt und weitere Beiträge an die Rentenversicherung abführt.

Für die Patienten, welche bereits Altersrentner sind, ist außerhalb der Onkologie die Krankenversicherung zuständig. Es gilt also die Regel: Rentenversicherung für Berufstätige, Krankenversicherung für Rentner.

Nur in der Onkologie verhält es sich so, dass aufgrund historischer Gegebenheiten sowohl für Berufstätige als auch für Rentner der Rentenversicherungsträger zuständig ist. Die Krankenkasse ist nur in ganz wenigen Fällen Kostenträger. Nämlich dann, wenn der Patient in seinem beruflichen Werdegang niemals einen Beitrag an die Rentenkasse entrichtet hat. Das sind beispielsweise Patienten, die nach einem Studium Hausmann oder Hausfrau wurden oder direkt als Selbständige in ein Versorgungswerk eingezahlt haben. Sobald jedoch ein Beitrag in die Rentenversi-

cherung entrichtet wurde, stellt die Rentenversicherung sowohl für Rentner als auch für Berufstätige den Kostenträger dar.

Das Programm, das Sie vorhin beschrieben haben, das gilt für AHB?

Kehlkopferierte AHB-Patienten sind häufig bestrahlt worden. Demzufolge sind Analgesie, Behandlung der Mukositis, Krankheitsverarbeitung und Logopädie wichtige Bausteine des AHB-Programms. Dennoch werden nicht alle Patienten nach einer AHB völlig wiederhergestellt. Häufig macht es daher Sinn, ein erstes und ggf. ein zweites Heilverfahren wahrzunehmen. Die spezifischen Anwendungen sind in der Sonnenberg-Klinik immer individuell. Wir haben ein Rehabilitationskonzept, das spezifisch auf den individuellen Patienten abgestimmt wird. Im Regelfall haben Sie Recht, dass der AHB-Patient andere Probleme aufweist, als der Patient im Heilverfahren.

Ist in diesem Heilverfahren weiterhin die soziale und psychologische Dimension noch von Bedeutung?

Kehlkopferierte AHB-Patienten profitieren im Regelfall am meisten von der psychologischen Betreuung. Dennoch ziehen auch Patienten im Heilverfahren einen Nutzen daraus, dass sie noch einmal von einem speziell ausgebildeten Logopäden behandelt werden. Häufig kann ihnen dieser, wie auch der erfahrene HNO-Arzt, den ein oder anderen Tipp geben. Gleiches gilt für die psychologische Betreuung durch unsere Mitarbeiter der Psychoonkologischen Abteilung.

Macht eine stationäre Reha mehr Sinn als eine ambulante?

In der Sonnenberg-Klinik haben wir mit der ambulanten Rehabilitation im Regelfall keine guten Erfahrungen. Häufig ist es schwierig, diese Patienten zu integrieren, sie reisen am Morgen von zu Hause an und möchten nach Beendigung der Anwendungen wieder nach Hause. Es besteht die Gefahr, dass sie in gewisser Weise immer außen vor bleiben und keinen regelhaften Kontakt mit dem therapeutischen Team und den anderen Patienten aufbauen können. Es mag Fälle geben, wenn jemand stark beruflich oder familiär eingebunden ist, in denen die ambulante Rehabilitation Sinn macht. Dies gilt insbesondere für Großstädte, in denen die Anfahrtswege zur Klinik kurz sind. Insgesamt glaube ich nicht, dass bei HNO-Tumoren eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll ist, individuelle Ausnahmen gibt es sicherlich.

Sind Sie auch eingeschränkt durch die Pandemie?

Wir haben zu Beginn der Pandemie unsere Heilverfahren nach Absprache mit dem federführenden Rentenversicherungsträger ausgesetzt und ausschließlich stark rehabilitationsbedürftige AHB-Patienten aufgenommen. Durch gründliche Hygienemaßnahmen haben wir es bisher vermieden, dass in der Sonnenberg-Klinik eine Corona-Virusinfektion aufgetreten ist. Jeder Patient erhält bei Aufnahme einen Abstrich zum Ausschluss einer Corona-Infektion. Er muss zusätzlich während des gesamten Aufenthaltes einen Mundschutz tragen und Distanzregeln in der Klinik zum Mitpatienten und Therapeuten einhalten. Mittlerweile haben wir auch Patienten mit Heilverfahren wiederaufgenommen und erreichen fast wieder die alte Belegungssituation. Wir brauchen jedoch mehr Personal, da bedingt durch die Hygienevoraussetzungen unsere Therapiegruppen kleiner sind.

Zusätzlich haben wir – im Gegensatz zu den staatlichen Regularien – das Besuchsverbot zum Schutz unserer Patienten weiter aufrechterhalten. Da ein Großteil unserer Patienten immunsupprimiert ist, möchten wir ein Höchstmaß an Sicherheit für unsere Patienten.

Gibt es etwas zu kritisieren am Rehaprogramm aus Ihrer Sicht als Arzt?

Wir müssen feststellen, dass die Summe der Ausgaben für die Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung budgetiert ist. Im Regelfall werden Patienten mit Kehlkopf- oder HNO-Tumoren in Anbetracht der Schwere ihrer Krankheit sehr großzügig mit Reha-Maßnahmen versorgt. Über alle Indikationen ist es jedoch so, dass nur ein begrenztes Maß an Finanzen zur Verfügung steht. Somit können nicht alle Reha-Anträge von Seiten

der Rentenversicherung genehmigt werden. Im Bereich der HNO- und Kehlkopftumor-Patienten besteht diese Einschränkung nicht.

Gut, aber die Verlängerung, die unter Umständen nötig wäre, ist immer noch einfach zu bekommen?

Im Hinblick auf den federführenden Belegungsträger der Sonnenberg-Klinik ist festzustellen, dass die DRV Bund leider im Regelfall Altersrentner nicht über die Regeldauer von 21 Tage verlängert. Dies stellt für Altersrentner mit Kehlkopf- und HNO-Tumoren einen ganz unglücklichen Sachverhalt dar. Patienten, die im Berufsleben stehen, können über einen Aufenthalt von 21 Tagen hinaus verlängert werden. Bei Altersrentnern sind wir leider gehalten, im arithmetischen Mittel eine Verweildauer von 21 Tagen einzuhalten. Da nur ganz selten Patienten vor Ablauf der 21 Tage die Klinik vorzeitig verlassen, gleicht dies bei berenteten Rehabilitanden einer Verlängerungssperre.

Es wäre sinnvoll, wenn wir für die onkologischen Rentner die gleiche Verlängerungsmöglichkeit hätten, wie für unsere berufstätigen Rehabilitanden. Für diese haben wir eine durchschnittliche Verweildauer von 24 Tagen. Damit kommen wir im Regelfall gut zurecht. Wir fordern die Deutsche Rentenversicherung Bund auf, diese Verweildauer im Sinne einer Gleichbehandlung auch bei Rentnern in den onkologischen Indikationen auf 24 Tage anzuheben. Eine Gleichstellung zwischen Berufstätigen und Rentnern ist unabdingbar, der Kostenfaktor dürfte eher zu vernachlässigen sein.

Anzeige



Die **Sonnenberg-Klinik** in Bad Sooden-Allendorf ist eine Fachklinik zur Rehabilitation von Patienten mit Tumoren im Hals-Nasen-Ohren-Bereich.

Aufgenommen werden Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen im HNO-Bereich nach Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie, bei denen Bedarf für eine rehabilitative Maßnahme besteht.

Ziel ist die Linderung von erkrankungs- und behandlungsbedingten Beschwerden, die Behandlung von Funktionsstörungen, Verbesserung von Schluck- und Kommunikationsstörungen, Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und die Wiedereingliederung in Alltag und Beruf.

Diese Therapieziele werden insbesondere durch folgende Behandlungsangebote erzielt:

- Logopädie im Hause
- Spezifische Ernährungsberatung und Kostaufbau
- Geschultes Pflegepersonal für Tracheostomieversorgung
- Mukositispflege und PEG-Versorgung
- Psychosoziale Behandlung und Beratung

Aufnahmeinformationen
Die Sonnenberg-Klinik wird von allen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen belegt. Für Selbstzahler ist unsere Klinik beihilfefähig. Nähere Informationen erhalten Sie in unserer Patientenaufnahme:
Telefon 0 56 52. 54-912 / Fax 0 56 52. 54-990

Sonnenberg-Klinik · Werner Wicker GmbH & Co. KG · Hardtstraße 13 · 37242 Bad Sooden-Allendorf
Telefon (Zentrale) 0 56 52. 54-1 · onkologie@sonnenberg-klinik.de · www.sonnenberg-klinik.de
➔ ➔ **Gebührenfreies Service-Telefon: 0800 735 87 00**

Wicker-Kliniken. Wir sorgen für Gesundheit.

Auch mit Reha gilt:

Betroffene helfen Betroffenen

Hartmut Fürch ist Schatzmeister im Bundesverband der Kehlkopferierten e. V. (BVK) und als Leiter der Selbsthilfegruppe in Salzgitter und im Landesverband Niedersachsen aktiv.

Wann war ihre erste Rehabilitationsmaßnahme?

Das war im Jahr 2007 und in der Beantragung recht unproblematisch. In der Klinik ist zeitnah der dortige Soziale Dienst auf mich zugekommen und hat mich ausführlich informiert. Zu diesem Zeitpunkt stand ich noch aktiv im Berufsleben. Somit stand die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund, die Reha wurde eingeleitet und 14 Tage nach dem letzten Bestrahlungstermin war ich in der Reha-Klinik Bad Münde. Am Ende der Reha wurde in einem ärztlichen Abschlussgespräch gemeinsam gegen eine weitere Tätigkeit im ausgeübten Beruf entschieden.

Die Zielsetzung von medizinischer Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung sind also verschieden?

Rehabilitation versucht, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, einen bedrohenden physischen oder psychischen Gesundheitsschaden mit medizinischen Maßnahmen zu mildern, mit dem Ziel der Abwendung einer Erwerbsminderungsrente oder den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit zu verzögern. Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine Maßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt und/oder einer Operation durchgeführt wird. Die Anschlussrehabilitation kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden.

Was haben Sie in der Reha machen dürfen oder sollen?

Es ging bei mir in erster Linie um die Versorgung der Wunden, um die Behandlung und Versorgung mit dem Stoma und um die Wiederherstellung der Sprachfähigkeit. In der Reha-Klinik Bad Münde werden die betroffenen Patienten von vier Logopädinnen betreut. Das ist wohl einmalig in Deutschland.

Wie lange dauert die Reha bzw. wie lang wird sie gewährt?

Normalerweise drei Wochen. Sie kann im Bedarfsfall und auf Antrag um drei Wochen verlängert werden. Eine Verlängerung muss aber sachlich begründet sein. Kostenträger der Reha/AHB sind die gesetzliche Rentenversicherung oder die Krankenkasse. Das klären die Leis-



BVK-Schatzmeister Hartmut Fürch

tungsträger bei dem Antragseingang untereinander. Die Reha im Jahr 2007 und auch die aktuelle Heilbehandlung wurden bei mir beide von der Rentenversicherung finanziert.

Hat sich im Vergleich gestern und heute am Programm etwas geändert?

Der Ablauf ist im Prinzip der Gleiche. Wir haben morgens begonnen mit Inhalieren. Dann folgten die Anwendungen: Damals ging das noch los mit Massagen, dann Gymnastik, Kreislauftrainings und Wassertreten. Im Vordergrund stand natürlich auch die Logopädie, die vormittags und nachmittags jeweils 45 Minuten dauerte.

Haben Sie während der drei Wochen sprechen gelernt?

Nein, jedenfalls nicht in der angestrebten „Ruktusstimme“. Die Provox, über die ich jetzt spreche, ist erst zwei Jahre später eingesetzt worden. Die ersten zwei Jahre war ich sprachlos. Darüber hätte ich ein Buch schreiben sollen. Was ich da alles erlebt habe! Ich hätte die Ruktusstimme lernen sollen, aber ich habe das einfach nicht geschafft, selbst nach 30 Logopädie-Stunden nicht. Da blieb mir nur die elektronische Sprachhilfe und der unersetzbare Zettelblock.

Wieso haben Sie die Stimmprothese erst so spät bekommen?

Die Kehlkopfoperation war so kompliziert. Normalerweise kann diese schon während der OP eingesetzt werden. Das ging bei mir wegen der komplexen OP nicht. Ich kenne im Übrigen nur noch wenige Kliniken, die heute die Stimmprothese sofort einsetzen. Das liegt auch mit an den betreuenden HNO-Kliniken und deren Zielsetzung. Im Vordergrund steht das Erlernen der Ruktusstimme, also die natürliche Sprache ohne Hilfsmittel. Die ist aber, wie ich selbst zu spüren bekam, schwer zu lernen.

Wäre es nicht gut, beides zu haben, die Stimmprothese und parallel die Ruktusstimme lernen?

Das wäre der Idealfall. Ich war immer darauf fixiert, dass der nachträgliche Einsatz einer Stimmprothese in einmal bestrahltes Gewebe mit einem hohen Risiko im Heilungsprozess verbunden ist.

Ich hatte deshalb Angst, mir die Stimmprothese nachträglich einsetzen zu lassen. Nun wurde ich auch bei der Nachsorge in der Klinik in Braunschweig von einem Arzt behandelt, der mir diese Angst nahm. Der hat mir dann zwei Jahre nach der Hauptoperation die Stimmprothese eingesetzt. Ich bin am nächsten Tag zum Logopäden gegangen. Und ich habe gesprochen, ohne zu lernen.

Was hätten Sie denn in das erwähnte Buch geschrieben, als sie mit elektronischer Sprechhilfe unterwegs waren?

Das war der negative Umgang mit mir als Mensch. In einem Baumarkt bin ich mal an der Kasse nach der Postleitzahl gefragt worden. Ich hatte aber nichts dabei, nichts zu schreiben, keine Sprechhilfe, gar nichts und habe nur dumm aus der Wäsche geguckt. Immer wieder kam die Frage, aber ich war und blieb sprachlos mit dem Ergebnis, dass ich mir sagen lassen musste „Die lassen auch alles Gesocks nach Deutschland. Das muss ich mir nicht gefallen lassen.“

Hat sich das verändert?

Das hat sich gebessert und mit der Stimmprothese habe ich ohnehin gut gesprochen und kann heute auch kleinere Veranstaltungen moderieren. Nach der letzten OP, Anfang 2020, hat die Stimme gelitten. Das wird für mich – Corona bedingt – mit Video- und Telefonkontakt schwieriger. Es ist schön, dass der digitale Wandel den Stillstand vermeidet. Aber ich glaube, langfristig bleibt die Selbsthilfe auf der Strecke. Auch die Patientenbetreuung funktioniert so nicht. In unserer Patientengruppe

hat die Mehrheit weder Laptop noch Internet. Somit fehlt auch der Umgang mit diesen Medien. Das kann man sicherlich flächendeckend hochrechnen.

Haben Sie auch noch eine Reha gemacht?

Nein. Eine Wiedereingliederung in den Beruf kommt nicht mehr in Frage. Ich bin 70 Jahre alt und auch damals, also 2007, kam für mich eine Wiedereingliederung ins Berufsleben nicht in Frage. Ich war Kaufmann im Vertrieb und hätte viel sprechen müssen.

Zurück zur AHB: Spielt dort die soziale und/oder psychologische Beratung eine Rolle?

Ich hatte ein Einführungsgespräch mit einem Psychologen, auch mit dem Arzt und einer Ernährungswissenschaftlerin. Ich hatte alle Möglichkeiten. Anders als 2007 lebe ich aber schon seit 13 Jahren mit dieser Krankheit und weiß, welche Trainings ich machen muss. 2007 hatte ich keine Ahnung. Ich bin in die neue Situation „reingefallen“.

Hat sich im Abstand der 13 Jahre etwas geändert?

Jetzt passierte einfach auch weniger. Durch Corona ist dieses Mal eben weniger passiert, weniger Patienten und Kurzarbeit. Auch vorher im Krankenhaus habe ich Corona und die Folgen bemerkt. Ich musste jeden Morgen vor der ambulanten Strahlentherapie einen Fragebogen ausfüllen, ob ich Fieber habe, zum Beispiel. Niemand wusste zunächst, wie mit dieser Situation umzugehen ist.

Möchten Sie noch etwas Wichtiges zur AHB und Reha sagen?

Nach der ersten Operation ist dieses Angebot wichtig. Nicht nur körperlich. Es ist auch eine Möglichkeit, sich auf das veränderte Leben einzustellen, sich damit zu beschäftigen. Nur mal so als Hausnummer: Wenn ich 20 gute Freunde hatte, dann hatte ich danach eigentlich nur noch zwei. Die anderen hatten Angst, im Umgang mit mir etwas falsch zu machen. Sie waren auf die neue Situation auch nicht vorbereitet. In jedem Fall sollte man als Patient eine Behandlungs- und Beratungsmöglichkeit stationär wahrnehmen. Man sollte sich schon intensiv mit der Erkrankung beschäftigen. Und für manche kann auch der Kontakt mit anderen Kranken wichtig sein. Da hilft uneingeschränkt der Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe, Betroffene helfen Betroffenen.

Bio-psychoziale Aspekte der Reha bei onkologischen Erkrankungen

Mit wachsendem medizinischem Fortschritt nimmt die Zahl der Langzeitüberlebenden nach einer Krebserkrankung stetig zu (vgl. Krebs in Deutschland für 2015/2016). Damit gewinnen mögliche Langzeit- und Spätfolgen der Erkrankung oder auch der Therapie an Bedeutung. Dazu zählen sowohl körperliche als auch psychische und psychosoziale Beeinträchtigungen. Die onkologische Reha enthält daher einerseits Behandlungselemente, die auf den Körper und seine Funktionalität ausgerichtet sind. Andererseits spielen die klinische Sozialarbeit und Psychologie sowie Ergo- und Arbeitstherapie eine große Rolle. Im Rahmen der Gesundheitsbildung sowie der Patientenschulung geht es darum, das Krankheits- und Behandlungswissen der Patienten zu erweitern, die Krankheitsbewältigung zu unterstützen und die Motivation zu fördern.

Inanspruchnahme der onkologischen Rehabilitation

Nicht alle Krebserkrankten, die Anspruch auf eine onkologische Rehabilitation hätten, nehmen dies auch in Anspruch. Eine Analyse von Nowossadeck und Barnes (2016) deckt Diskrepanzen zwischen jährlichen Neuerkrankungen und durchgeführten Reha-Leistungen in der Onkologie auf: Die Inanspruchnahme wird je nach Krebsart auf 48 % bis 83 % geschätzt. Zwischen den Geschlechtern bestehen hier große Unterschiede (vgl. Abb. 1).

Patienten begründen die Entscheidung für eine Reha zumeist mit der Schwere der Erkrankung und dem gesundheitlichen Belastungsempfinden. Bei Nicht-Inanspruchnahme werden familiäre, persönliche oder private Motive am häufigsten angeführt (Deck et al. 2019).

Biologische/körperliche Ansatzpunkte der medizinischen Reha

In der Reha setzen insbesondere Sport- und Bewegungstherapie, aber auch funktionelle, physikalische sowie Physiotherapien auf der körperlichen Ebene an. Für den Aufbau von Muskulatur und Körperreserven wird zudem ein besonderes Augenmerk auf die Ernährungsberatung bzw. -betreuung gerichtet, da viele Krebserkrankte eine tumor- oder therapiebedingte Mangelernährung aufweisen (Ahrends et al., 2015).

Ausdauer- und Krafttraining führen bei bestimmten Krebsformen nicht nur zu positiven Veränderungen auf physiologischer, sondern auch auf psychologischer und sozialer Ebene (Zimmer et al., 2015; Deprins et al., 2019). Vielfach belegt ist die stressreduzierende Wirkung von sportlicher Aktivität. Der Time-Out-Effekt des Sports dient der Ressourcenstärkung. Aktivitäten, die an die aktuelle Leistungsfähigkeit angepasst sind, können die belastenden Nebenwirkungen der begleitenden Therapien reduzieren. Neben den erwarteten positiven Effekten auf die körperliche Fitness und Kondition kann das Training auch eine stimmungsaufhellende Wirkung haben, die chronische Erschöpfung (Fatigue-Symptomatik) mindern sowie die Lebensqualität der Menschen mit Krebserkrankungen verbessern helfen. Erkrankungsrezidive können möglicherweise in ihrem Auftreten verzögert werden (Zopf et al., 2014; Hallek, 2018).

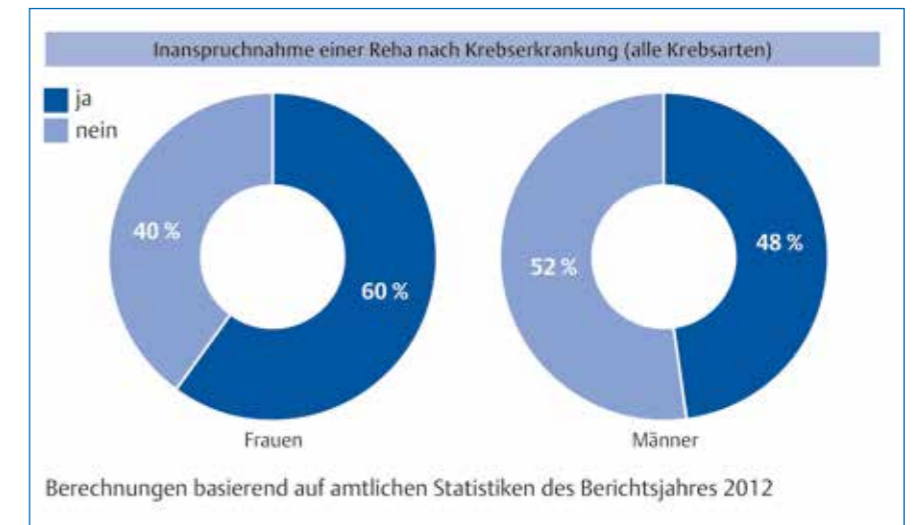
Psychische Begleiterkrankungen und Behandlungsangebote

Viele Rehabilitanden in der Onkologie weisen psychischen Beeinträchtigungen auf. Sie sind auch einem erhöhten Risiko ausgesetzt, innerhalb eines zwölfmonatigen Zeitraums eine psychische Störung zu entwickeln. Die Prävalenz beträgt hier rund 39 % (Singer, 2017) im Gegensatz zu 28 % in der Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2014). Personen, die eine intensivierete psychoonkologische Betreuung im Gegensatz zu einer standardisierten onkologischen Rehabilitation durchlaufen, zeigen geringere Ausprägungen von Angst und Depressionen auf (Seifart et al., 2016a). Zwar gibt es in der Rehabilitation oft eine hohe Bereitschaft, im Anschluss psychologische oder psychotherapeutische Unterstützungsangebote zu nutzen (79 %), dies lässt sich jedoch postrehabilitativ nicht in ein hohes Inanspruchnahmeverhalten (26 %) übersetzen (Jahed et al. 2013).

Soziale bzw. sozioökonomische Zusammenhänge

Eine Krebserkrankung kann Auswirkungen auf die Rückkehr in den Beruf als wichtigen sozioökonomischen Faktor im Leben der Betroffenen haben. Nicht nur Langzeitüberlebende einer Krebserkrankung stehen oft vor finanziellen Herausforderungen, sondern auch ihre Angehörigen, weil sie z. B. den zeitlichen Umfang ihrer Berufstätigkeit auf Kosten des Einkommens anpassen

Abb. 1: Anteil der Frauen und Männer, die eine Rehabilitation nach Krebserkrankungen (alle Krebsarten) in Anspruch nehmen. Quelle: Nowossadeck und Barnes 2016, Berechnungen für das statistische Berichtsjahr 2012; eigene Darstellung



(Seifart et al., 2016b). Mehr als 13 % der Überlebenden beziehen eine Erwerbsminderungsrente (DRV, 2019).

Rund zwei Drittel aller Berufstätigen, die an Krebs erkranken, arbeiten nach einiger Zeit wieder im bisherigen oder in einem neuen Beruf (Mehnert, 2011, zit. nach DGHO, 2019). Das Alter, das Geschlecht und die Art der Krebserkrankung sind dabei wichtige Einflussfaktoren auf den „return to work“. Auch sozioökonomische Faktoren im Vorfeld der Krebserkrankung können sich hier auswirken: Ein niedriger Ausbildungsstand, eine manuelle (im Vergleich zur Büro-) Tätigkeit sowie ein

bisheriges niedriges Einkommen erhöhen z. B. das Risiko für fehlende Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit nach einer Krebserkrankung (Carlsen et al., 2008). Die medizinische Reha ist hier ein wichtiger Meilenstein nach einer Krebserkrankung, um sich auf die Rückkehr in den Beruf vorzubereiten.

Quelle: Reha-Info der BAR 3/2020

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Arbeitshilfe Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Krebserkrankungen

Mit der überarbeiteten Arbeitshilfe stellt die BAR eine Praxishilfe für die Planung, Beantragung, Durchführung und Verstetigung rehabilitativer Maßnahmen für krebserkrankte Menschen zur Verfügung. Darin findet man u.a.

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

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



Anschlussrehabilitation bei onkologischen Erkrankungen

Perspektive und Spektrum der Krebs-Selbsthilfe

von Erich Grohmann, Deutsche ILCO e. V., Ursel Wirz und Dr. Stefanie Houwaart, BRCA-Netzwerk

Onkologische Erkrankungen haben umfassende körperliche und psychische Auswirkungen auf die erkrankten Menschen. Beeinträchtigungen reduzieren und die Menschen auf den Umgang mit einer neuen gesundheitlichen Situation vorbereiten, das sind zentrale Ziele einer Anschlussrehabilitation (AHB) nach einer Krebserkrankung. Die Krebs-Selbsthilfe leistet dabei einen wichtigen Beitrag.

Krebserkrankungen und ihre Therapien sind ein gravierender Einschnitt in den Lebensalltag der Erkrankten und ihrer Familien. Nach einer operativen oder therapeutischen Behandlung einer Krebserkrankung hat die Rehabilitation daher einen besonderen Stellenwert. Ihre Aufgabe ist es dann, aufgetretene Funktions- und Fähigkeitsstörungen zu beseitigen oder zumindest zu minimieren. Sie unterstützt Betroffene, Lebensqualität zurück zu gewinnen, die Fähigkeit selbstbestimmt und selbständig den Alltag zu meistern sowie gleichberechtigt am sozialen und beruflichen Leben teilzuhaben.

Krebs-Selbsthilfe als Teil der Anschlussrehabilitation

Um in der onkologischen Rehabilitation optimale Voraussetzungen für eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebensfreude zu schaffen, ist ein gemeinsames Handeln mit der Selbsthilfe ein wichtiger Baustein der Reha. Die Krebserkrankung „hinter sich zu lassen“ oder mit ihr zu leben, kann besser und erfolgreicher bewältigt werden, wenn schon früh Kontakt mit Gleichbetroffenen hergestellt wird. Aus Sicht der Krebs-Selbsthilfe sollte dies schon in der AHB ermöglicht werden. Eine gute Grundlage bilden dazu fest verankerte Veranstaltungen der Krebs-Selbsthilfe im Therapieplan. Durch Gleichbetroffene geleitete Gruppen- oder Einzelgespräche sowie Vorträge über die Erfahrungen bei der Bewältigung der Krankheit sind wichtige Informationsquellen für die Betroffenen. Diese Veranstaltungen sollten im dreiwöchigen Zyklus in den Reha-Kliniken angeboten werden und fester Teil jeder AHB infolge von Krebserkrankungen sein.

Gute Zusammenarbeit als Grundlage für Erfolg

Gemeinsame Vereinbarungen zwischen Reha-Kliniken

und Selbsthilfeorganisationen sind die Voraussetzung für eine hochwertige Leistung der Selbsthilfevertreter. Dies fordert von den Selbsthilfeverbänden, dass sie ihre Mitglieder gut auf diese Tätigkeit vorbereiten und qualitätsgesicherte Informationsmaterialien zur Verfügung stellen. Am Beispiel der ILCO e. V. zeigt sich, dass ein gemeinsames Handeln für alle einen großen Nutzen hat. Bundesweit bestehen mit 44 Reha-Kliniken Vereinbarungen über eine Kooperation, 2018 haben 3.433 Betroffene an den Gruppengesprächen der ILCO teilgenommen. Mit etwa 500 Betroffenen wurden während der AHB weiterführende Einzelgespräche durchgeführt.

Transparenz und effektive Rahmenbedingungen sind dafür wichtige Voraussetzungen. Nur gemeinsam gelingt es, eine gute Kooperation aufzubauen. Mit der Selbstverpflichtung der Reha-Kliniken zur Berücksichtigung, Beteiligung und Förderung der Selbsthilfe im Reha-Prozess ist es möglich, sich effektiv zu vernetzen. Nach der Reha ist zudem ein weiterführender Kontakt zur Selbsthilfe für viele Betroffene wichtig, um ein Höchstmaß an psychosozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen zu erlangen.

Besondere Bedeutung der Selbsthilfe

Die Erfahrungen zeigen, wie wertvoll für alle die Treffen in der Gruppe sind. Das persönliche Gespräch – ob bei einer Veranstaltung in der AHB oder in einer Selbsthilfegruppe vor Ort – ist durch nichts zu ersetzen und für die meisten Betroffenen von großer Bedeutung. Die Selbsthilfe bietet eine ergänzende, eine komplementäre Information. Sie will keine professionelle Leistung ersetzen, sondern sie will diese Leistungen unterstützen. Sie will mit den Worten der Betroffenen Verständnis für notwendige Therapien fördern und Neugier auf die Angebote wecken. Im Ergebnis wissen Betroffene, die in einer Selbsthilfegruppe integriert sind oder die Vorträge der Selbsthilfe in den Reha-Kliniken besucht haben, mehr über ihre Krankheit. Sie achten verstärkt auf Veränderungen und sich anbahnende Komplikationen und sprechen offener über sich und ihre Sorgen. Das alles kann den Reha-Prozess und die weitere Krankheitsbewältigung

positiv beeinflussen. Eine Besonderheit ist seit 2019 die Zulassung der onkologischen AHB für gesunde Frauen mit erheblicher Krebsveranlagung nach prophylaktischer Mastektomie und/oder Ovariectomie. Denn auch diese vorbeugenden Maßnahmen können die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität einschränken.

Das Haus der Krebs-Selbsthilfe (HKSH-BV)

Die Mitgliedsverbände des Hauses der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V. fördern in unterschiedlichster Weise die Information und den Austausch in den Reha-Kliniken. Die verschiedenen Krebserkrankungen und ihre Behandlung haben unterschiedliche Nebenwirkungen und Folgen. In persönlichen Gesprächen mit den Vertretenden der Selbsthilfeorganisationen, mit Gleichbetroffenen, können wir auf die Erfahrungen tausender Betroffener zurückgreifen und Unterstützung geben. Wir beraten nicht, wir informieren über Informationsquellen, über eigene oder verbandsinterne Erfahrungen.

Bedarfsermittlung nach dem BTHG – KompaktWebinar der BAR

Eine individuell zugeschnittene, umfassende Bedarfsermittlung ist zentral für das Erreichen von Teilhabeziele und eine erfolgreiche Rehabilitation. Nur so können die konkreten Vorschriften im Teil I des SGB IX umgesetzt werden.

Inhalte:

- Rechtliche Grundlagen der Bedarfsermittlung
- Funktionsbezogene Bedarfsermittlung und Aspekte des bio-psychosozialen Modells
- Bedarfsermittlungsinstrumente
- Beantwortung ausgewählter Fragen

27.08.2020 | 11:00 bis 12:30 Uhr |

Teilnahmegebühr: 25 €

Informationen und Anmeldung:

www.bar-frankfurt.de/service/fort-und-weiterbildung

Auch in Corona-Zeiten möchte die BAR praxisorientierte Fort- und Weiterbildung anbieten.



Erich Grohmann;
Deutsche ILCO e. V.
(Selbsthilfevereinigung
von Stomaträgern,
Menschen mit Darmkrebs
und ihren Angehörigen)



Ursel Wirz;
BRCA-Netzwerk e. V.
(Hilfe bei familiären
Krebserkrankungen)



Dr. Stefanie Houwaart;
BRCA-Netzwerk,
Kordinatorin Beirat

Quelle: BAR 3/2020

Seminare 2020

Bundesseminare 2020 – wir sehen uns online

Online-Seminar für Angehörige

Liebe Angehörige des Bundesverbandes der Kehlköpferierten,

aufgrund der derzeitigen Situation werden wir das sehr beliebte Angehörigenseminar nicht mehr als eine Präsenzveranstaltung durchführen können.

Wir haben ein Konzept erarbeitet und bieten Ihnen die Veranstaltung als Online-Seminar an. Falls wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie noch mehr über das Online-Seminar erfahren möchten, schauen Sie doch gleich auf unsere Internetseite unter:

<http://www.kehlkopferiert-bv.de/aktuelles-71/>

Das Seminar werden wir in der Zeit vom 21. – 23. September 2020 durchführen.

Online-Seminar für Teiloperierte vom 19. – 21. Oktober 2020

Das Seminar für Teiloperierte wird der Bundesverband 2020 als Online-Seminar durchführen.

Sie benötigen zur Teilnahme:

- einen internetfähigen Computer
- eine Kamera und ein Mikrofon sowie Lautsprecher

Wenn Sie über einen Laptop verfügen, sollte alles in einem Gerät vorhanden sein.

Es wird allerdings auch möglich sein, sich telefonisch in das Seminar einzuwählen, sodass im Zweifel auf Kamera und Mikrofon verzichtet werden kann.

In unsere Internetseite reinzuschauen lohnt sich: <http://www.kehlkopferiert-bv.de>

Webinare (Seminare im Web) kostenlos für alle Interessierten!

Zuhause an Seminaren teilnehmen! Ein digitales Selbsthilfe-Projekt

Der Landesverband der Kehlköpferierten Freistaat Thüringen e. V. bietet in Zusammenarbeit mit

Prof. Dr. Jutta Hübner, Universitätsklinikum Jena und
Prof. Dr. Jens Büntzel, Südharz Klinikum Nordhausen

Webinare für alle Interessierten an.

Die Techniker Krankenkasse (TK) fördert das Projekt.

Die Webinare sind für jeden zugänglich, eine Mitgliedschaft ist nicht notwendig und die Anmeldung für das jeweilige Webinar erfolgt nur über Angabe von Name, Vorname und E-Mail-Adresse.

Alle weiteren Informationen finden Sie auf der Homepage des Landesverbandes Thüringen unter: <http://www.kehlkopferierte-th.de/webinare.htm> sowie auf der Homepage des Bundesverbandes.

Wir würden uns freuen, wenn Sie diese Nachricht an Interessierte, Patientenbetreuer und Neubetroffene weiterleiten, damit das Angebot bekannt gemacht wird.

Webinare - seien Sie dabei.
Egal auf welchem Endgerät!



Ernährungsgrundsätze bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumorerkrankungen

Patienten mit bösartigen Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich durchlaufen Phasen, in denen die Ernährung nicht wie gewohnt durchgeführt werden kann. Viele verlieren ungewollt an Körpergewicht, wenige nehmen im Rahmen einer Chemotherapie zu. Unge wollter Gewichtsverlust ist bei normalgewichtigen Personen häufig mit einem Muskelabbau und damit Kraftverlust gleichzusetzen, sodass beim Gewichtsaufbau auf die Nahrungsmittelzusammensetzung geachtet werden sollte. Muskulatur ist Eiweiß, sodass eine hyperkalorische eiweißreiche Kost (1,5 g Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht) zusammen mit Muskelaufbautraining über einen längeren Zeitraum zum gewünschten Kräfteaufbau führt. Ziel ist das Wohlfühlgewicht aus früheren Zeiten. Es kann sich nach erheblichem Gewichtsverlust jedoch auch ein neues, zumeist niedrigeres, Wohlfühlgewicht einstellen, sodass man als Arzt dem Patienten signalisieren sollte, nicht unter allen Umständen das alte Gewicht erreichen zu müssen. Es kann also sein, dass sich nach ungewolltem Verlust von 20 % des Körpergewichts ein neues Wohlfühlgewicht einpendelt, das bei 10 % Verlust vom Ausgangsgewicht liegt.

Damit es zu einer gewünschten Zunahme des Körpergewichts kommt, sollten die Voraussetzungen optimiert werden. Das ist Bestandteil eines Rehabilitationsprogramms und dazu gehört die Verbesserung des Geruchs- und Geschmackssinns, der Mundtrockenheit, des Beiß-, Kau- und Schluckvermögens. Der Zahn- und Zahnfleischstatus sollte optimiert sowie Defizite von Spurenelementen und Elektrolyten und Vitaminen ausgeglichen werden.

Grundlage für den Arzt in einer stationären Einrichtung oder bei der ambulanten Vorstellung seines Patienten ist es, möglichst frühzeitig Risikopatienten zu identifizieren, also jene, bei denen wichtige Warnzeichen einer Mangel- oder Fehlernährung vorliegen. Hierbei hat sich für den stationären Bereich der NRS2002 (Nutritional-Risk-Screening) bewährt. Dieser Score berücksichtigt sowohl die Gewichtsdy namik als auch die Nahrungsaufnahme.

Die folgenden Grundsätze gelten zusätzlich zu den oben genannten Bemerkungen:



Prof. Dr. Dr. Andreas S. Lübke, Cecilien-Klinik, Bad Lippspringe

- Hat ein Patient in den vergangenen drei Monaten zwischen fünf oder zehn Prozent seines Wohlfühlgewichts eingebüßt oder liegt sein BMI bei unter 19, erfolgt standardmäßig ein NRS2002, eine Diätberatung sowie eine Bodyimpedanzanalyse. Bei diesem Untersuchungsverfahren werden der Wassergehalt und die fettfreie Körpermasse unter standardisierten Bedingungen erfasst. Aussagefähige Kenngrößen sind die Körperzellmasse und der Phasenwinkel. Beide Parameter sind bei der Mangelernährung erniedrigt. Die Muskelmasse ist eine prognoserelevante Kenngröße für die Bestimmung des Behandlungserfolgs. Auch die Handkraftmessung mittels Handkraftdynamometrie kann hier wertvolle Zusatzinformationen liefern.
- Hat ein Patient in den vergangenen Wochen oder drei Monaten zwischen fünf oder zehn Prozent seines Wohlfühlgewichts zugelegt oder liegt

sein BMI bei über 30, erfolgt standardmäßig ein NRS2002, eine Diätberatung sowie eine Bodyimpedanzanalyse.

- Im Rahmen einer Ernährungsanamnese soll geklärt werden, inwieweit sich die Nahrungsaufnahme seit der Erkrankung geändert hat: Isst der Patient weniger? Wie ist die Lebensmittelauswahl? Wie viele Mahlzeiten nimmt der Patient ein? Wer kocht zu Hause? Gibt es Aversionen? Klagt der Patient über Appetitlosigkeit, Übelkeit, Verdauungsstörungen? Kann er ausreichend trinken?
- Neben den oben genannten Parametern können Blutwerte den Ernährungsstatus spezifizieren, um Mangelerscheinungen aufzudecken. Sollte sich ein Defizit an Selen, Zink, Kupfer, Vitamin C, Folsäure, Vitamin B12, Magnesium und anderen Spurenelementen, Elektrolyten oder Vitaminen ergeben, sollten sie substituiert werden.

Abschließende Bemerkungen:

Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung leiden unter häufig unter einem sogenannten Kachexie-Syndrom. Im Körper des Patienten lässt sich dann eine generalisierte Entzündungsreaktion nachweisen, sodass man das CRP, die LDH sowie das Gesamteiweiß und das Albumin bestimmen sollte. Der modifizierte Glasgow-Prognostic-Score als Entzündungsmarker hat sich dabei etabliert. Liegt bei Appetitlosigkeit des Patienten ein Kachexie-Syndrom vor, macht es keinen Sinn, dem Patienten unbedacht Kalorien zuzuführen. Der Körper würde die Kohlenhydrate, Fette oder Eiweiße nicht aufnehmen und verstoffwechseln können. Stattdessen soll je nach Lebenszeitprognose der Appetit durch Corticoide im Zusammenhang mit der Gabe von Ibuprofen ange-regt und die generalisierte Entzündungsreaktion eingedämmt werden, um das Wohlbefinden des Patienten zu steigern oder noch einmal zu ermöglichen.

+++ Mitglied werden lohnt sich +++ Mitglied werden lohnt sich +++

Am Telefon: Antworten zum Schwerbehindertenausweis

Wie und wo stelle ich einen Antrag auf Feststellung meiner Schwerbehinderteneigenschaft? Kann ich ein Merkzeichen beantragen? Wie läuft ein Widerspruchsverfahren ab? Es treten viele Ungewissheiten bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises auf. Um diese und viele weitere Fragen zu beantworten bietet der Bundesverband **exklusiv für seine Mitglieder** eine telefonische Fragestunde rund um das Thema „Schwerbehindertenausweis“ an.

An folgenden Terminen

Donnerstag, 17. September 2020, 10 – 12 Uhr

Donnerstag, 8. Oktober 2020, 10 – 12 Uhr

Donnerstag, 5. November 2020, 10 – 12 Uhr

stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer 0228 33889-304 gerne zur Verfügung. Sollten sich kurzfristig Änderungen ergeben, werden diese auf unserer Homepage bekannt gegeben.

Bitte beachten Sie: Es handelt sich um eine Beratung zum Thema Schwerbehindertenausweis. Die Telefonsprechstunde bietet keine Beratung zu rechtlichen Fragen im Allgemeinen (z. B. Rentenansprüche, Arbeitsrecht, etc.).

Datenschutz: Mit Ihrem Anruf willigen Sie ein, dass zum Zwecke der Beantwortung ihres Anliegen die Informationen einmalig niedergeschrieben werden. Im Anschluss an das Telefonat werden die Daten unverzüglich gelöscht/vernichtet.



© Giovanni Cancemi - Fotolia.com

Spahn sieht gute Basis für Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt trotz bestehender Probleme über eine „starke Basis“. Dies hat die im internationalen Vergleich bislang gut gelungene Bewältigung der Coronapandemie ermöglicht. Diese Ansicht hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) im Rahmen eines Online-Bürgerdialogs vertreten.

Spahn verwies unter anderem auf das gelungene Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die gute Laborsituation. Allerdings gebe es auch „viel zu verbessern“. Daran arbeite das Bundesgesundheitsministerium (BMG) – Anregungen und konstruktive Kritik greife man gerne auf.

Insbesondere an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege arbeite man bereits intensiv, betonte Spahn. Maßnahmen, wie höhere Mindestlöhne, Personalschlüssel und perspektivisch Personalbemessungsinstrumente sowie neue Ausbildungswege sollen in einem „selbstverstärkenden Prozess“ die Attraktivität des Berufsfeldes stetig steigern.

Bezüglich der Prävention verwies Spahn auf eine Analyse der Auswirkungen des Präventionsgesetzes aus dem Jahr 2015. Die Ergebnisse sollen im Herbst vorgelegt werden, etwaige Anregungen werde man natürlich berücksichtigen. Grundsätzlich wolle er die Krankenversicherungen als „aktive Akteure in klugen Kooperationen“.

Die Debatte um die Lösung verschiedener grundsätzlicher Probleme im dualen Krankenversicherungssystem Deutschlands sei „festgefahren“, beklagte Spahn. In der Diskussion würden offenbar nur die zwei Pole Bürgerversicherung und Wahrung des Status Quo existieren. Lösungsstrategien ohne Einheitskasse müssten aber auch Beachtung finden – hier sei in der Tat ein Neustart erforderlich.

Zu dem Bürgerdialog hatte die Robert-Bosch-Stiftung im Zusammenhang mit ihrer 2018 gestarteten Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ eingeladen. Ziel der Initiative ist es, Bürger und Experten bis zur Bundestagswahl 2021 gemeinsam Ideen und Reformvorschläge für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung entwickeln zu lassen.



Foto: Thomas Ecke

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Die Diskussionen und Konsensbildung auf drei parallelen Handlungsebenen, Bürgerdialoge, Expertenarbeit in einer Serie von „Think Labs“ und gesundheitspolitische Podien, mündete im sogenannten Bürgerreport 2019.

Zentrale Forderungen sind eine einheitliche und solidarische Gesundheitsversicherung für alle, die Verankerung von Gesundheitskompetenz als eigenständiges Fach im Bildungsplan, mehr Zeit und verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Diagnose, Behandlung und Pflege, die Stärkung präventiver Ansätze sowie eine Aufwertung der Pflegeberufe.

© aha/aerzteblatt.de

Elektronische Patientenakte nimmt nächste Hürde



Foto: matthewwafflecat_dixabay

Aufbaustufen für elektronische Patientenakte beschlossen

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kommt einen weiteren Schritt voran. Der Bundestag hat Anfang Juli dem Patientendatenschutzgesetz (PDSG) zugestimmt, mit dem nun verbindliche Regelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA), erste Anwendungen und weitere Ausbaustufen für die Karte beschlossen wurden.

Teil des Gesetzes ist auch der detaillierte Umgang mit Patientendaten, wie beispielsweise eine freiwillige Weitergabe der Daten für die Forschung. Die Patientenakte, die ab dem 1. Januar 2021 von den Krankenkassen angeboten werden soll, ist für Versicherte freiwillig.

Gegenüber Ärzten haben Patienten das Recht, diese einmal mit Inhalten befüllen zu lassen. Dafür bekommen Ärzte einmalig zehn Euro. Für die weitere Pflege der ePA müssen Krankenkassen und Ärzte noch Honorare aushandeln.

Die Akte bekommt im Laufe der Jahre mehr Funktionen, dazu zählt ab 2022 der Impfausweis, der Mutterpass, das U-Heft für Kinder oder das Zahn-Bonusheft. Diese vier „Medizinischen Informationsobjekte“ (MIOs) werden

derzeit von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelt.

Patienten können die Daten auf der Karte auch wieder löschen und sie können bestimmen, welcher Arzt oder Fachberuf auf welche Daten zugreifen kann. Allerdings kann ein abgestimmtes Management der Daten seitens des Patienten erst zum 1. Januar 2022 starten.

Patienten können ab 2023 entscheiden, ob und welche Daten sie verschlüsselt der medizinischen Forschung bereitstellen wollen. Die industrielle Forschung soll keinen Zugriff auf die Daten bekommen. Das elektronische Rezept, das ebenfalls ab dem 1. Januar 2022 kommen soll, wird in einer zusätzlichen Anwendung bereitgestellt.

Spahn wirbt für Akzeptanz

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) warb für mehr digitale Anwendungen im Gesundheitswesen. Gerade die Coronapandemie zeige, wie wichtig Digitalisierung sei. Sie sei von der Bevölkerung als „etwas Positives“ aufgenommen worden. „Die Akzeptanz steigt,

wenn etwas Dinge leichter macht“, so Spahn vor dem Parlament. Auch der Datenschutz sei „auf höchstem Niveau“ bei den geplanten Anwendungen.

Er warnte zugleich vor zu großen Hoffnungen: Wenn die elektronische Patientenakte am 1. Januar 2021 startet sei zu Beginn „nicht alles perfekt.“ Aber man müsse auch einmal Starten, 15 Jahre Diskussion zu dem Projekt seien nun genug.

Er warb erneut dafür, dem deutschen Staat nicht so sehr zu misstrauen bei solchen Projekten. „Warum vertrauen wir täglich so viele persönliche Daten Facebook, Apple, Google und Ali Baba an und haben dann so ein Grundmisstrauen in den eigenen Staat? Warum vertrauen wir hier amerikanischen Konzernen mehr als unseren Servern?“, fragte der Minister. Laut einer Umfrage des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH) befürworteten 72 Prozent der Deutschen eine elektronische Patientenakte.

Kein gutes Haar am Gesetz

In der Debatte im Bundestag warben die beiden Koalitionsparteien vehement für das Gesetz, während die drei Oppositionsparteien kaum ein gutes Haar daran fanden. Die FDP, die Linke und die AfD lehnten das Gesetz generell ab.

So sieht die AfD das geplante System als wenig verständlich für Laien und sieht zu kurze Fristen für die Einführung der unterschiedlichen Anwendungen. „Der Fehler der kurzen Fristen wird hier wiederholt“, erklärte AfD-Gesundheitspolitiker Detlev Spangenberg.

Für die gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion, Christine Aschenberg-Dugnus, ist die späte Möglichkeit zum Datenmanagement für Patienten ein Grund zur Nichtzustimmung. Ebenso forderte sie, dass auch die private Forschung die Patientendaten anonymisiert nutzen können muss. Das ist im Gesetz nicht enthalten.

Für Achim Kessler von der Linkspartei ist das Projekt eine „unausgereifte Patientenakte, mit der Sie die Akzeptanz des Projektes bei Patienten und Ärzten gefährden, Herr Minister.“ Der Zugang nur mit einem Smartphone sei nicht patientenfreundlich. Außerdem würden Patientendaten „kommerzialisiert“.

Für die Grünen, die sich ihrer Stimme zum Gesetz enthielten, sei zwar viel Wichtiges und Richtiges im Gesetz enthalten, aber bleibe weiter ein „Webfehler“ bestehen. „Die Patientenbeteiligung fehlt in allen Gremien“, so Maria Klein-Schmeink. Die gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion betonte, dass die Kompetenz der Patienten aber auch der Ärzte bei der Entwicklung von digitalen Anwendungen nicht genügend berücksichtigt werden.

Die Krankenkassen begrüßten das Gesetz und erwarten nun einen „großen Schub“ für die Digitalisierung. Dazu gehöre auch, so betont es der Verband der Ersatzkassen, dass künftig so Doppeluntersuchungen vermieden werden könnten. Allerdings kritisierte die Verbandsvorsitzende Ulrike Elsner, dass Ärzte für das Befüllen der Akte Geld erhalten.

Der Dachverband der Betriebskassen sieht es als positiv, dass Krankenkassen auch individuelle Inhalte in der elektronischen Patientenakte anbieten können. „Damit kommen die Kassen in eine neue Rolle an der Seite ihrer Versicherten, die den in vielen Lebensbereichen üblichen digitalen Alltag gerade auch dann leben wollen, wenn es um die eigene Gesundheit und bessere medizinische Versorgung geht“, sagte Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes.

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) forderte, dass die Pflege möglichst schnell an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden. Geplant ist, dass diese Daten ab 2023 auf der Karte verfügbar sind.

Quelle: bee/aerzteblatt.de/bp

Kommunikationshilfen bei Sprechbehinderung

TMND GmbH
Lehmgrube 10
74232 Abstatt
Tel. 07062 916784
www.tmnd.de
info@tmnd.de

TMopentalk

Kommunikationsfunktionen
Elegant auf kleinem Tablet

Multiplen Krebserkrankungen auf der Spur

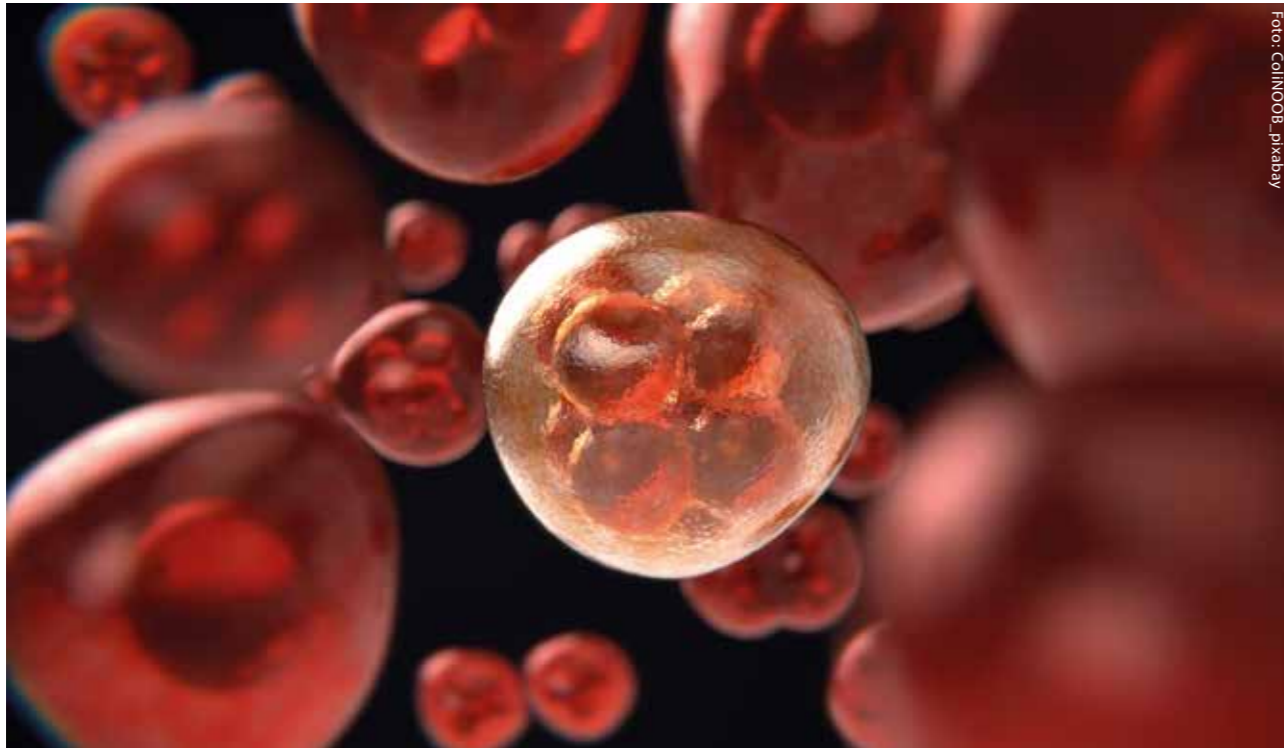


Foto: CollinOOB_pixabay

Forscher untersuchten mehrere Krebserkrankungen an einem Menschen

Einige Menschen entwickeln im Verlauf ihres Lebens mehrere primäre Krebserkrankungen. Einige dieser Krebserkrankungen treten dabei häufiger bei ein und demselben Patienten auf als andere, wie vor kurzem anlässlich der virtuellen Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology (ASCO) berichtet wurde.

17 % der Patienten mit einer Krebsdiagnose waren in den USA schon vorher einmal an einem andern Primärtumor erkrankt, berichtete Karen Anne Cadoo vom Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York.

Solche Patienten mit zwei und mehr Malignomen untersuchte sie mit ihren Co-Autoren hinsichtlich ihrer Charakteristika und genetischen Eigenschaften. Das Ziel war, Treiber-Mutationen zu identifizieren, die eine Grundlage für die genetische Beratung sein können. Nicht melanozytäre Hautkrebserkrankungen wurden dabei nicht in die Auswertungen einbezogen.

Patienten hatten prospektiv einem Test mit dem Next-Generation-Sequencing Panel MSK-IMPACT mit potenziellen Krebsgenen zugestimmt. Ein Teil der Patienten war auch mit der Analyse von 76 Keimbahnmutationen, die für Krebs prädisponieren, einverstanden.

Von den 24.417 mit MSK-IMPACT untersuchten Patienten wiesen 4.341 (18 %) multiple primäre Krebserkrankungen auf. 80 % dieser Patienten waren an zwei Karzinomen im Verlauf ihres Lebens erkrankt, 16 % an drei und vier Prozent sogar an mehr als vier Krebserkrankungen.

Die höchste Zahl an Krebserkrankungen hatte ein Patient mit sieben Karzinomen. 44 % der Patienten waren männlich. Das mediane Alter bei der ersten Krebsdiagnose lag bei 58 Jahren, vor dem 18. Lebensjahr waren nur zwei Prozent der Patienten erstmals an Krebs erkrankt. Gut die Hälfte (51 %) der Krebspatienten hatte irgendwann geraucht.

Die Forscher verglichen die Assoziation von Karzinomen jeweils paarweise. Für Kombinationen, die bei mindestens fünf Patienten auftraten, wurden altersadjustierte, geschlechtsspezifische, standardisierte Inzidenzverhältnisse (SIR) errechnet.

Bei Männern fanden sich besonders häufig die Kombinationen Blasen- und Prostatakarzinom (7 %), zwei unabhängige Melanome (6 %) und Prostata- und Lungenkarzinom (6 %). Prostatakarzinom ist eine häufige Krebserkrankung und so fand sich das Prostatakarz-

inom auch in sieben der häufigsten Karzinompaare, erklärte Cadoo.

Bei Frauen waren zwei unabhängige Mammakarzinome das am häufigsten vorkommende Paar (15 %) gefolgt von Brust- und Lungenkrebs (8 %) und zwei Lungenkarzinomen (6 %). Das Mammakarzinom als häufige Krebserkrankung der Frau war hier sogar bei neun der Paare vertreten.

Bei den Männern ergab sich die höchste altersadjustierte SIR für ein Melanom nach einem ersten Melanom (SIR 28,2) gefolgt von einem Pankreaskarzinom nach einem Melanom (SIR 10,61), einem Kolonkarzinom nach einem vorangegangenen Kolonkarzinom (SIR 7,75) sowie einem Pankreas- nach einem Prostatakarzinom (SIR 7,46).

Bei Frauen war die altersadjustierte SIR für ein Melanom nach einem ersten Melanom mit 38,9 noch höher. Besonders häufig fand sich auch ein Ovarialkarzinom nach einem Uteruskarzinom (SIR 18,62) oder nach einem Melanom (SIR 14,73).

Ebenfalls war die SIR hoch für ein Pankreaskarzinom nach einem Melanom (SIR 13,24), für einen Lungenkrebs nach einer ersten Lungenkrebserkrankung (SIR 12,99) und einem Pankreaskarzinom nach einem Mammakarzinom (SIR 10,17). Diese Inzidenzraten liegen klar über dem, was man normalerweise erwarten würde, erklärte Cadoo.

Bei 324 der 1.580 Patienten (21 %) mit einem Keimbahnmutationstest fand sich eine pathogene oder wahrscheinlich pathogene Genvariante. In 48 % war dies eine Veränderung mit hoher Penetranz, in 20 % mit moderater Penetranz. Die übrigen Varianten waren von geringer Penetranz oder unklarer Signifikanz.

Von 159 Patienten mit einer Keimbahnmutation mit hoher Penetranz waren 132 (84 %) an mindestens einem Tumor erkrankt, der mit dieser Keimbahnmutation assoziiert ist. Die häufigsten krebsassoziierten Mutationen mit hoher Penetranz waren Veränderungen von BRCA 2 (45 von 159 Patienten) und BRCA 1 (30 von 159 Patienten) sowie MSH2 (23 von 159 Patienten).

55 % der Patienten wiesen einen „loss of heterogeneity“ auf, unter den Patienten mit Keimbahnmutationen hoher Penetranz waren es sogar 69 %. Aktuell laufen am Memorial Sloan Kettering Cancer Center weitere Untersuchungen mit Patienten mit multiplen Primärtumoren, beispielsweise zum Vergleich der Allelhäufigkeiten dieser Patienten mit Patienten, die nur an einem Krebs erkrankt sind.

Quelle: FK/aerzteblatt.de/bp

www.infonetz-krebs.de

INFONETZ KREBS

WISSEN SCHAFFT MUT

Ihre persönliche
Beratung

Mo bis Fr 8 – 17 Uhr

0800

80708877

kostenfrei

Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

ATR-Inhibitor Berzosertib stoppt Krebswachstum in erster klinischer Studie



Positive Forschungsergebnisse für ATR-Inhibitor Berzosertib

Der ATR-Inhibitor Berzosertib, der erste Vertreter einer neuen Wirkstoffklasse, hat in einer Phase-1-Studie bereits als Monotherapie eine überraschend gute Wirkung bei fortgeschrittenen Tumoren erzielt, die durch eine Kombination mit dem Zytostatikum Carboplatin noch gesteigert werden konnte, wie die im Journal of Clinical Oncology publizierten Ergebnisse zeigen.

Berzosertib gehört, wie die PARP-Inhibitoren, zu einer neuen Gruppe von Krebsmedikamenten, die die Reparatur von DNA-Schäden behindern, auf die Krebszellen mehr als gesunde Zellen angewiesen sind und ohne die es zu einem raschen Absterben der Zellen kommt.

Der Wirkungsmechanismus von Berzosertib ist jedoch anders als bei den PARP-Inhibitoren. Der Kinase-Inhibitor blockiert das Enzym ATR, das in den Zellen einen Arm der „DNA-Damage Response“ aktiviert. Berzosertib (frühere Bezeichnungen M6620 oder VX-970) ist der erste Vertreter der ATR-Inhibitoren, die klinisch getestet wurden.

Wie üblich für neue Wirkstoffe wurde Berzosertib zunächst an Patienten eingesetzt, bei denen mehrere andere Behandlungen gescheitert waren. Die 40 Patienten der „M6620 First in Human Study“ litten an unterschiedlichen, soliden Tumoren, darunter Kolorektalkarzinome, Ovarialkarzinome und Melanome. Alle Patienten waren vorbehandelt mit bis zu zwölf früheren Therapieversuchen.

Insgesamt 17 Patienten erhielten eine Monotherapie, bei den übrigen 23 Patienten wurde Berzosertib mit dem Zytostatikum Carboplatin kombiniert. Diese Kombination bietet sich an, da Carboplatin seine Wirkung über eine Schädigung der DNA erzielt. Berzosertib sorgt dann dafür, dass die Schäden nicht repariert werden können.

Wie das Team um Johann de Bono vom Institute of Cancer Research in London berichtet, hat sich Berzosertib sowohl in der Monotherapie als auch in der Kombination mit Carboplatin als gut verträglich erwiesen. Unter der Monotherapie kam es vor allem zu Rötungen, Nausea,

Pruritus, Kopfschmerzen und Reaktionen auf die Infusionen.

Lebensgefährliche Komplikationen sind nicht aufgetreten. In der Kombinationsbehandlung kamen die typischen Zytostatika-Nebenwirkungen Neutropenie, Thrombozytopenie und Anämie hinzu, die auf den Angriff von Carboplatin auf das Knochenmark zurückzuführen sind.

Etwa bei der Hälfte der Patienten konnte das Tumorstadium zunächst gestoppt werden. Die Forscher heben die Ergebnisse bei zwei Patienten hervor. Ein Patient mit fortgeschrittenem Darmkrebs, in dessen Tumor Defekte in wichtigen DNA-Reparaturgenen wie CHEK1 und ARID1A gefunden wurden, kam es zu einer kompletten Remission. Der Patient ist laut de Bono mittlerweile seit mehr als zwei Jahren krebsfrei.

Bei der anderen Patientin handelte es sich um eine Frau mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom. Sie hatte nach einer Debulking-Operation sieben verschiedene Chemotherapien erhalten. Auch zwei Versuche mit PARP-Inhibitoren waren fehlgeschlagen. Unter der Behandlung mit Berzosertib plus Carboplatin kam es dann zu einer Teilremission, die über sechs Monate anhielt.

Der Stellenwert von Berzosertib lässt sich aufgrund der Ergebnisse einer Phase-1-Studie ohne Kontrollgruppe sicherlich noch nicht abschätzen. Die klinische Entwicklung von Berzosertib dürfte jedoch fortgesetzt werden.

Quelle: rme/aerzteblatt.de

Krebshilfe: Sorge aufgrund verschobener Behandlungen



Foto: kaffee/pixabay

Langsam gebe es eine Rückkehr zur Normalität

Die Stiftung Deutsche Krebshilfe sieht Krebspatienten in erheblichem Maß von der Coronakrise betroffen. Die Berichte über Verschiebungen von Krebsbehandlungen und anderen Versorgungsmaßnahmen zu Beginn der akuten Phase der Pandemie im März habe „große Sorge bereitet“, erklärte Gerd Nettekoven, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe, anlässlich der Vorstellung des Geschäftsberichts Anfang Juli.

„Wir hoffen sehr und gehen auch davon aus, dass die gemeldeten Verschiebungen medizinisch vertretbar waren“, sagte Nettekoven. Zwar gebe es langsam eine Rückkehr zur Normalität, „trotzdem werden wir die Situation weiterhin im Blick haben, da wir eine Bugwelle von notwendigen Versorgungsmaßnahmen vor uns hergeschoben, die zeitnah angegangen werden müssen“.

Studien hatten von einem deutlichen Rückgang der Facharztbesuche und Krankenhausbehandlungen in Deutschland seit Beginn der Coronapandemie berichtet. Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch Krebs verzeichneten Fachärzte laut Umfragen einen Rückgang der Patientenzahlen um bis zu 50 %.

Die Stiftung Deutsche Krebshilfe, das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) und die Deutsche Krebsgesellschaft bildeten eine Task Force, um Versorgungsengpässe frühzeitig zu erkennen.

Laut dem vorgelegtem Geschäftsbericht konnte die Stiftung Deutsche Krebshilfe im vergangenen Jahr 127,6 Millionen Euro an Einnahmen verbuchen.

Mit den Spenden der Bevölkerung und Erlösen aus Erbschaften und Vermächtnissen – die Krebshilfe bezieht keine finanziellen Mittel von der pharmazeutischen Industrie, von Medizinprodukte oder -geräteherstellern und artverwandten Branchen – wurden 116 neue Projekte gefördert.

In diesem Rahmen wurden Fördermittel in Höhe von rund 46 Millionen Euro für die Grundlagenforschung, die klinische Krebsforschung und die Versorgungsforschung bereitgestellt.

Quelle: AFP/aerzteblatt.de/bp

Neues Mildred-Scheel-Nachwuchszentrum für Onkologie

Die Stiftung Deutsche Krebshilfe fördert ein neues Mildred-Scheel-Nachwuchszentrum am Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) der Universitätskliniken Köln und Bonn. Beide Standorte arbeiten schon seit mehr als zehn Jahren zusammen und wollen nun gemeinsam den Nachwuchs in Medizin und Naturwissenschaften im Rahmen der neuen „Mildred Scheel School of Oncology Cologne-Bonn“ (MSSO Cologne-Bonn) unterstützen.

Das MSSO Cologne-Bonn ist eines von deutschlandweit fünf neuen Zentren in Deutschland. Die übrigen entstehen in Dresden, Frankfurt, Hamburg und Würzburg. Hintergrund dieser Initiative der Krebshilfe sei ein „eklatanter Mangel“ an Nachwuchsforschern in der Krebsforschung, erklärte die Deutsche Krebshilfe.

Die MSSO Cologne-Bonn soll junge Krebsforscher mit einem dreistufigen Programm helfen: Studierenden der Medizin werden mittels Stipendien erste Laborerfahrungen ermöglicht, Mediziner erhalten die Möglichkeit, anspruchsvolle wissenschaftliche Projekte in Laboren über mehrere Jahre zu verfolgen und Absolventen der Naturwissenschaft erhalten Zugang zu klinischen Proben und erlernen so, klinische Fragestellungen aufzugreifen und zu beantworten.

„Durch diese enge Interaktion von Medizin und Wissenschaft gelangen Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in beschleunigter Weise in die klinische Krebstherapie“, sagte Roland Ullrich, der die Mildred Scheel



School of Oncology Cologne-Bonn leitet. Er führt in der Klinik für Innere Medizin der Uniklinik Köln den Schwerpunkt Sarkome und ist Leiter der Arbeitsgruppe Krebstherapie und Molekulare Bildgebung.

Inhaltlich soll sich die MSSO Cologne-Bonn auf die Entschlüsselung von genetischen Veränderungen konzentrieren, die zur Tumorentstehung führen. Insgesamt entstehen in Köln und Bonn im Rahmen des Mildred-Scheel-Nachwuchszentrums vier unabhängige Nachwuchsgruppen. „Unsere Besonderheit liegt dabei auf dem inhaltlichen Zusammenspiel zwischen Tumorgenomik und Tumorimmunologie, welches es so in Deutschland noch nicht gibt“, erläuterte Ullrich.

Quelle: hil/aerzteblatt.de

Impressum

Sprachrohr

Herausgeber:

Bundesverband der Kehlkopferierten e. V.
Präsident Herbert Hellmund

Redaktionsleitung und Druckfreigabe:

Herbert Hellmund

Redaktion:

Brigitte Papayannakis, Stefanie Walter

Mitarbeiter der Redaktion:

Erika Feyerabend, Brigitte Papayannakis,
Stefanie Walter, Herbert Hellmund

Titelfoto: AdobeStocj / macrovector

Anschrift der Redaktion:

Geschäftsstelle des Bundesverbandes
der Kehlkopferierten e. V.
Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Tel.: 0228 33889-300, Fax: 0228 33889-310
E-Mail: sprachrohr@kehlkopferiert-bv.de

Für das „Sprachrohr“ bestimmte Text- und Bildbeiträge bitte nur an die obige Anschrift schicken. Bei allen mit einem Textverarbeitungsprogramm am PC geschriebenen Texten bitte stets auch die entsprechende Datei mitliefern. Namentlich gekennzeichnete Artikel entsprechen nicht immer der Auffassung der Redaktion. Diese behält sich vor, eingereichte Artikel zu ändern, zu kürzen bzw. nicht zu drucken, wenn Sie den satzungsgemäßen Prinzipien des Bundesverbandes widersprechen. Das gilt ebenso für eingereichte Bilder.

Redaktionsschluss für die Ausgabe 178 ist am 21. September 2020.

Erscheinungsweise:

Vierteljährlich: Februar, Mai, August, November
Auflage: 7.000

Das Verbandsmagazin Sprachrohr ist im Rahmen einer Mitgliedschaft beim Bundesverband der Kehlkopferierten e. V. erhältlich und mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Anzeigen, Layout und Druck:

SP Medienservice Verlag, Druck und Werbung
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln,
Tel.: 02203 98040-31, E-Mail: info@sp-medien.de
Ausgezeichnet mit dem LVR-Prädikat behindertengenehmigt

Eine kleine Reihe

Selbsthilfe als Experten in der wissenschaftlichen Forschung

In den nächsten Ausgaben werden wir in einer kleinen Reihe über die Arbeit des Bundesverbandes im Bereich der wissenschaftlichen Forschung informieren.

Einführung

Um hier nur ein paar Beispiele zu nennen: Selbsthilferepräsentanten sind außerhalb der Gruppen- und Patientenbetreuer-Arbeit sehr aktiv. Sei es als Referenten in Schulen zur Rauchentwöhnung, an Universitätskliniken mit Vorträgen oder beim Deutschen Roten Kreuz, um über die Beatmung bei Kehlkopflähmung zu informieren.

Seit nun einigen Jahren unterstützt der Bundesverband auch Studierende, hauptsächlich aus dem Bereich der Medizin und der Logopädie, aber auch aus angrenzenden Wissenschaften, sowie Doktoranden bei ihrer Arbeit, wenn es darum geht, Themen direkt mit Betroffenen zu erörtern. Vielleicht erinnern Sie sich noch an Frau Mizera, Studentin im Studiengang „Lehr- und Forschungslogopädie“ an der RWTH Aachen, welche ihre Masterarbeit zur logopädischen Versorgung von laryngektomierten Patienten geschrieben hat. Im Bereich der Medizin haben Sie in den letzten Jahren aktiv an wissenschaftlichen Auswertungen durch die Beantwortung von Fragebögen, z. B. zum Riechen, teilgenommen.

Warum ist es interessant, die Selbsthilfe für wissenschaftliche Forschung mit ins Boot zu holen?

Bevor ich auf diese Frage eingehe, sei an dieser Stelle betont, dass es sich bei allen Beispielen um Forschungstätigkeiten handelt, hinter welchen keine finanziellen Interessen aus der Gesundheitswirtschaft stehen. Unsere Partner kommen aus der Versorgungsforschung, wie z. B. Professor Jens Büntzel, Chefarzt im Südharzkrankenhaus Nordhausen und Frau Professor Jutta Hübner vom Universitätsklinikum Jena. Ziel ist es, Verständnis und Wissen über die Versorgung onkologischer Patienten zu erlangen. Nur so kann diese im Interesse der Betroffenen und deren Angehörige verbessert und weiterentwickelt werden.

In vielen Studien hat sich gezeigt, dass die Einbindung des betroffenen Personenkreises, auch außerhalb der gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit, in möglichst

viele Teilaspekte der Forschungsarbeit einen positiven Effekt auf die Umsetzung sowie zur Erreichung des Ziels hat. Durch die direkte Beteiligung verbessern sich häufig die Kommunikation, da eine „Verständigung auf Augenhöhe“ stattfindet. Der Austausch auf den verschiedenen Ebenen führt gleichzeitig zu einem besseren Verständnis und gegenseitiger Wertschätzung. Alle Parteien empfinden diese Methode als sinnvoll, wodurch sich das körperliche und seelische Wohlbefinden erhöht.

Die Expertise der Selbsthilfe ist in vielen Bereichen sehr geschätzt, da sich die Betroffenen aus eigenem Erleben und mit besonderem Erfahrungswissen in die Situation des betroffenen „Gegenübers“ besonders einfühlen können. Nicht nur die Sorgen und Nöte sind bekannt, sondern auch die Versorgungsstrukturen und die Bedürfnisse sowie Erfordernisse zur Krankheitsbewältigung, strukturell wie organisatorisch. Dieses Wissen nutzen die Forschenden im Rahmen der partizipativen (Versorgungs-)Forschung, um möglichst passgenau den Bedarf zu erfassen und daraus Handlungen und Ziele zu definieren. Die Gefahr, dass am Bedarf vorbeigearbeitet und die falschen Handlungen abgeleitet werden, können mit diesem Ansatz minimiert werden.

Dieses Zusammenspiel und die Chancen und Möglichkeiten werden jetzt schon – und auch in der Zukunft – besonders genutzt. An dieser Stelle ein Dank an alle unsere Betroffenen und Angehörigen, die stets aktiv und niemals müde die Fragebögen ausfüllen.

Welche Inhalte erwarten Sie in den nächsten Ausgaben?

Zunächst werden wir Sie detaillierter über den Forschungsansatz in diesem Bereich informieren, welchen wir Ihnen an Hand der beiden Themen „Riechen“ und „Künstliche Intelligenz“ näherbringen möchten. Gleichzeitig möchten wir einen Blick in die Zukunft werfen, welche Themen wichtig sind und wie wir gemeinsam die Versorgung der onkologischen Patienten verbessern können.

Stefanie Walter



Foto: Brigitte Papayannakis

Sektion Mittelhessen/Gießen/Marburg

„We're back again“ – 1. Gruppentreffen nach der Coronapause



Foto: Sektion Mittelhessen

Erstes Gruppentreffen nach Lockerungen der Landesregierung Hessen

Nachdem in Hessen im Mai die ersten Coronabeschränkungen gelockert wurden, haben wir uns entschlossen, ein außerplanmäßiges Treffen am 16. Juni anzusetzen. Unser Treffpunkt durfte seit dem 15. Mai wieder öffnen und Vereinsaktivitäten in Hessen, wenn auch unter Einschränkungen, sind wieder erlaubt. Mit ein wenig Vorlauf hatten wir dann zum obigen Datum geladen. Zwei Tage vorher wurden nochmals die Vorschriften in Hessen etwas gelockert. Die Maskenpflicht in Gaststätten fiel weg, man durfte mit bis zu zehn Personen an einem Tisch sitzen. Dass wir dann sogar 13 Personen wurden und uns auf zwei Tische verteilen mussten, damit haben wir im Vorfeld nicht gerechnet. So groß war die Resonanz auf die Einladungen. Bei unserer Lokalität war dies aber eh kein Problem, da wir in der Pausenzeit tagten. Somit genug Platz hatten und der reguläre Betrieb erst um 17.00 Uhr wieder startete.

Neben Altbekanntem konnten wir auch ein paar neue Gesichter in der Runde begrüßen und auch gleich noch zwei weitere Mitglieder für den Verein werben.

Einhellige Meinung war, dass die Treffen, der Erfahrungsaustausch, die Gespräche nur analog, also Face to Face, von Angesicht zu Angesicht wirklich funktionieren und

eine Onlinevariante über Videokonferenz keine Alternative wäre. Es kam auch gleich die Frage nach dem nächsten Treffen auf und, dass September mit dem nächsten regulärem Treffen viel zu spät wäre. Helmut und ich haben uns kurz beraten und beschlossen die übliche Sommerpause ausfallen zu lassen.

Als nächsten Termin konnten wir Dienstag, den 21. Juli festmachen und wenn gewünscht, wollten wir uns auch im August treffen, was auf große Zustimmung traf.

Alles natürlich unter Einhaltung der jeweils aktuellen „Corona-Kontakt- und Betriebsbeschränkungsverordnung des Landes Hessen“. Frei nach dem Motto: **„Die Mittelhessen, ja die tun was!“**

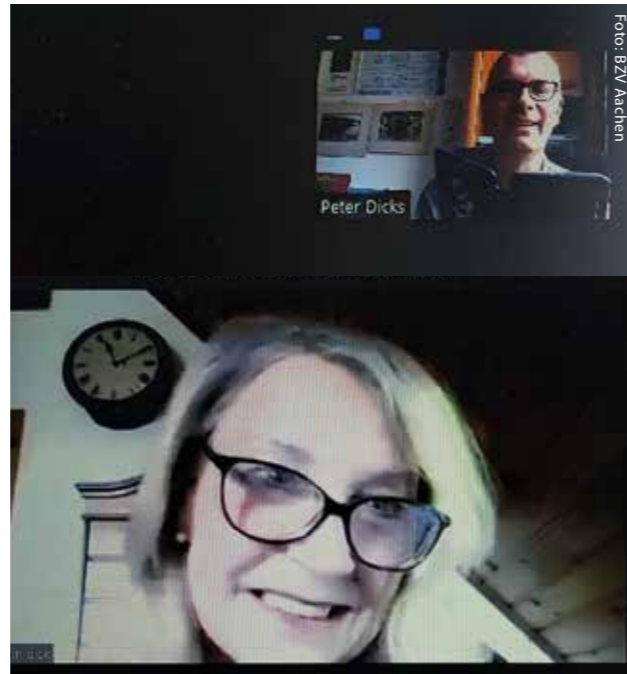
Jörg Schneider

BZV Aachen

Zoomkonferenz mit Karin Dick

Corona macht manches unmöglich und zwingt uns zur Vorsicht, aber mit Karin Dick, Vizepräsidentin des Bundesverbandes, war etwas Neues möglich. Sie unterstützte das Studium an der Fachschule für Logopädie der Uniklinik Aachen in bester, moderner Weise.

Eigentlich war mit dem Oberkurs, Semester 2017, des Bachelorstudiengangs Logopädie in Aachen geplant einen Seminarnachmittag für die Bezirksgruppe Aachen unter der Leitung von Hildegard und Jürgen Dudda anzubieten. Aber die Pandemie machte uns einen Strich durch die Rechnung: Soziale Distanz war geboten und die Uniklinik empfing keine Besucher. Die Themen Leitlinien nach Kehlkopfoperationen (Vortrag Peter Dicks), Möglichkeiten des Riechtrainings und praktische Übungen sowie Fragen zu Tonus und Atmung, Stimm- und Sprechtraining wurden auf einen späteren noch nicht bekannten Zeitpunkt verschoben. Aber stattdessen konnten wir Karin Dick ganz spontan für ein Videogespräch am 14. Mai mit dem ganzen 22köpfigen Kurs gewinnen. Sie wurde aus Wesel zugeschaltet und in vielen Fragen und Antworten erläuterte sie routiniert, ehrlich und warmherzig alles, was für angehende Logopädinnen wichtig ist. Um sich später gut den kehlkopfflosen Menschen widmen zu können. Wie verläuft die klinische Rehabilitation? Was bedeutet der Riechverlust? Was ist wichtig als Logopädin zu wissen? Karin Dick machte Mut und stellte aber auch heraus, dass man viele Hindernisse überwinden und eigenständig sich Hilfestellungen holen muss. Bemerkenswert berichtete sie, dass neben ihrem Ehepartner auch die ArbeitskollegInnen ihr immer eine große Stütze gewesen seien. Für mich ist in diesem



Karin Dick mit Peter Dicks während der Videokonferenz

Gespräch bemerkenswert, dass Karin Dick so klar und tapfer weiß, was sie möchte und wo sie aber auch klar darstellt: „Das geht so nicht.“

Sehr verständlich konnte in der einstündigen Videokonferenz per Zoom etwas Neues ausprobiert werden und gleichzeitig ein wertvolles Gruppengespräch den Unterricht der Logopädiefachschule bereichern. Einen ganz großen Dank dafür.

Peter Dicks,
Uniklinik Aachen

SHG Wolfsburg

Lagebericht

Am Anfang des Jahres erschienen erstmals die Namen Corona und Covid-19 in den Medien. Damals noch weit von uns entfernt und ohne Ahnung unsererseits, dass daraus einschneidende Konsequenzen für unser gesellschaftliches Zusammenleben entstehen werden.

Relativ früh wurden die Selbsthilfegruppen durch die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe des Pari-

tätischen, kurz KISS genannt, umfangreich informiert. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Informationskultur der KISS grundsätzlich vorbildlich ist, was nicht nur die aktuelle Situation betrifft. Die Selbsthilfegruppen in Wolfsburg können sich absolut glücklich schätzen, dass ihnen ein so engagiertes Team zur Seite steht. Der KISS-Empfehlung folgend, konnten ab März keine Treffen der Gruppen mehr stattfinden. Da die

Gruppenmitglieder mehrheitlich digital nicht erreichbar sind, musste das gute alte Telefon herhalten. Die Absage des Gruppentreffens im März war aber für die Mitglieder nicht überraschend. Auch für die folgende Zeit war und wird das Telefon die Verbindung zu den Mitgliedern sein, wobei sich bei den Gesprächen in Zusammenhang mit Covid-19 auf das Wesentliche beschränkt wird. Natürlich gab es auch immer die Möglichkeit, ganz persönliche Dinge anzusprechen, die nicht unbedingt immer das „leidige Thema“ betreffen.

Eigentlich stand dieses Jahr Ende Juni noch ein besonderes Ereignis an: Unsere SHG besteht seit 20 Jahren. Eine kleine Feier müssen wir allerdings, aufgrund der aktuellen Situation, verschieben. Fördermittel dafür wurden beantragt und stehen zur Verfügung. Vielleicht klappt es ja noch in diesem Jahr, dass wir uns zumindest für ein Festessen treffen können.

Natürlich wurde auch die Patientenbetreuung im Klinikum Wolfsburg durch Covid-19 ausgebremst. Die HNO war fünf Wochen komplett geschlossen und so konnte die erste Patientenbetreuung erst Mitte Mai erfolgen. Eine zweite war dann für Mitte Juni geplant. Logischerweise fanden die Besuche im Klinikum unter Berücksichtigung der gebotenen Sicherheitsmaßnahmen statt. So muss bei Betreten des Klinikums eine schriftliche Selbstauskunft abgegeben werden, damit eine eventuelle Infektionskette nachverfolgt werden

SHG Bonn und Köln

Kommunikation in Covid-19 Zeiten

Bereits im Mai hatte ich bei den Gruppen Bonn und Köln eine Anfrage zum Thema Video-Konferenzen gestartet. Es hatten allerdings nur drei Mitglieder Interesse bekundet. Nun ist es aber auch so, dass zu Normalzeiten in Köln ca. 40 % der Mitglieder keine elektronischen Kommunikationsmöglichkeiten (PC oder Smartphone) haben.

Nun möchte ich auch nicht so einfach mit wenigen Videokonferenzen starten. Ich denke, dann fühlen sich die Älteren in unserer Gruppe auch irgendwie nicht mitgenommen. Alters- und krankheitsbedingt sind einige Mitglieder auch sensibel und das muss bei der Gruppenarbeit berücksichtigt werden. In der Kölner Gruppe haben sich inzwischen einige Freundschaften gebildet, sodass auch zu Corona-Zeiten einiges an Telefonkommunikati-

kann. Selbstverständlich sind das Tragen einer Maske und das Desinfizieren der Hände und die Einhaltung des Sicherheitsabstands Pflicht. Der Ablauf der Beratung mit dem Patienten ist sicher anders, inhaltlich gibt es aber keine Unterschiede und somit auch keine Einschränkungen.

Der Besuch auf der Station ist aus Sicherheitsgründen eigentlich nur einer Person aus den familiären Umfeld vorbehalten. Für die Patientenbetreuung gibt es aber eine Ausnahme, die es ermöglicht, auch nach der OP den Kontakt zu halten, was ja nicht ganz unwichtig ist, da viele Fragen erst dann entstehen.

Covid-19 wird mit Sicherheit noch einige Zeit unser Leben bestimmen. Darauf müssen wir uns einstellen. Mit Optimismus, Flexibilität, Kreativität und strikter Einhaltung der Sicherheitsvorgaben sollten wir es schaffen, diese Situation zu bewältigen.

Frank Eggers

on erfolgte. Zudem ist auch meine Frau sehr engagiert und ruft die Mitglieder immer wieder mal an, sei es zu Geburtstagen oder auch ohne Anlass. Nun denke ich, geht es aber wieder aufwärts mit den Gruppentreffen. Ich habe in den Zeiten meine Kontakte mit den Kliniken gepflegt. Wir können zum Juli in Köln und zum August in Bonn wieder Treffen in den Kliniken durchführen. Die UNI-Bonn und das Elisabeth-Krankenhaus Köln haben dafür Hygienekonzepte entwickelt. Die Einladungen sind schon verschickt worden. Erste Resonanzen der Mitglieder: „Wir freuen uns auf ein Wiedersehen!“. So etwas gibt einem doch Auftrieb für die Gruppenarbeit.

Günter Berschel

Neue Kommunikationsformen gesucht

Die Corona-Pandemie bedeutet für die Selbsthilfe behinderter und chronisch kranker Menschen eine bislang nie dagewesene Herausforderung

von Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer BAG Selbsthilfe



Neue Herausforderungen für die Kommunikation in der Selbsthilfe

Der Informations- und Unterstützungsbedarf in der Selbsthilfe sowie das Bedürfnis nach Austausch und emotionaler Zuwendung sind enorm. Doch die Arbeitsformen der Selbsthilfegruppen orientieren sich traditionell am direkten Austausch unter Betroffenen – was unter den gesetzlichen Bedingungen der vergangenen Monate nicht möglich war. Ähnliches gilt für die Arbeit der Selbsthilfeverbände, deren Gremienarbeit und Versammlungen sowie Beratungsangebote ebenfalls im Face-to-Face-Modus stattfinden. Auch wenn in den vergangenen Jahren in der Selbsthilfe erste digitale Arbeitsformen und Angebote erfolgreich integriert wurden, gehören viele Verantwortliche in der Selbsthilfe noch einer Generation an, die nicht mit internetbasierten Technologien aufgewachsen ist. Zudem ist es schon ein Unterschied, ob man gewohnt ist, mit E-Mails oder Social Media umzugehen, oder ob man nun Videokonferenzen moderieren oder Online-Mitgliederversammlungen durchführen soll.

Spätestens seit März 2020 muss allen Verantwortlichen in der Selbsthilfe klar geworden sein, dass die Selbsthilfearbeit nur mithilfe internetbasierter Kommunikation zukunftsfähig gewährleistet werden kann. Dementsprechend groß ist aktuell der Beratungsbedarf, wenn es darum geht, wie Webinare, Telefon- und Videokonferenzen oder Online-Mitgliederbefragungen zu organisieren sind oder wie sich digitale Barrierefreiheit umsetzen lässt.

Schon auf der Ebene der Kommunikationstechnologien ist bei den Verantwortlichen der Wunsch nach Beratung und Unterstützung riesig. Denn viele digitale Anwendungen weisen deutliche Defizite bei der Datensicherheit und bei der Barrierefreiheit auf. Zudem müssen wir das Wissen vieler Aktiver in der praktischen Anwendung digitaler Kommunikationsmittel stärken. Die Umstellung von Face-to-Face-Schulungen auf Webinare erfordert wesentlich mehr Know-How als nur die Anwendung einer bestimmten Software. Beispielsweise sind Modera-

tionstechniken und Präsentationen auf das Online-Setting umzustellen. Oftmals findet sich aber trotz digitaler Möglichkeiten keine vernünftige Alternative für das Bedürfnis an Nähe oder das Gefühl in der Gruppe.

Auch dies gilt es zu erkennen, um auf die neuen Situationen adäquat zu reagieren. Zu den aktuellen technischen Problemen hinzu kommt noch die finanzielle Unsicherheit. Viele schon bewilligte Projekte konnten oder können nicht umgesetzt werden. Es stellen sich

Fragen zu Stornokosten, zu möglichen Rückforderungen oder Umwidmungen von Fördermitteln und deren Begründung, und letztlich zur Frage, wie bei wegbrechenden Finanzmitteln die Arbeit fortgesetzt werden kann. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es für die Selbsthilfe in dieser äußerst schwierigen Zeit besonders wichtig ist, in den gesetzlichen Krankenkassen verlässliche und flexible Partner bei der Selbsthilfeförderung zu finden.

NRW-Landesverband von Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V. will bessere Vernetzung und Kooperationen mit spezialisierten Tumorzentren

Das Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V. hat Ende Mai den Landesverband Nordrhein-Westfalen gegründet. Die Leitung übernimmt als Sprecher Peter Schilling aus Bonn, Stellvertreter ist Klaus Nolting aus Köln. Beim Selbsthilfenetzwerk finden Ratsuchende Hilfe und Informationen bei einer Krebserkrankung im Kopf-, Mund-, und Halsbereich.

Vorrangiges Ziel ist es, in möglichst vielen Regionen mit dem Netzwerk präsent zu sein. Vorhandene Aktivitäten sollen dabei stärker vernetzt und in Zusammenarbeit mit spezialisierten Kliniken und Kopf-Hals-Tumorzentren sowie den medizinischen Fachgesellschaften der HNO-Heilkunde ausgebaut werden. In Bonn, Düsseldorf, Hagen, Köln und in Recklinghausen existieren bereits Selbsthilfegruppen. In Zukunft sollen noch weitere entstehen, beispielsweise in Münster und Aachen, um als Anlaufstelle „vor Ort“ die Betroffenen und ihre Angehörigen bestmöglich zu unterstützen.

Krebs stellt nach wie vor eine der häufigsten, schweren und chronischen Erkrankungen dar. Nach Angaben des Robert Koch-Institutes (RKI) erkranken jährlich ca. 14.000 Menschen an Mund-, Rachen-, Kiefer und Gesichtskrebs (MRKG-Krebs). Bei Männern liegt diese Krebsform in der Häufigkeit der Krebsneuerkrankungen bereits an fünfter Stelle. Als Krankheitsursachen rücken in den Fokus der Medizin, neben Rauchen und Alkoholkonsum, in den letzten Jahren auch verstärkt Viren des Humanen Papillom (HPV) als Auslöser.

Für die Betroffenen resultieren als Folgen der Erkrankung und der Therapien teils erhebliche Schwierigkeiten beim Schlucken, Kauen und beim Sprechen. Durch chirurgische Eingriffe und weitere notwendige Therapien

ergeben sich oft deutliche Beeinträchtigungen im Kopf- und Hals-Bereich sowie Entstellungen im Gesicht.

Neben den physischen Aspekten der Erkrankung sind auch die psychologischen und sozialen Folgen außerordentlich belastend für die Betroffenen. Hierzu zählen Ausgrenzung, Diskriminierung und wirtschaftliche Konsequenzen, wenn durch die Erkrankung dem Beruf – teilweise oder ganz – nicht mehr nachgegangen werden kann. Es können auch Spätfolgen von Strahlen- und Chemotherapie auftreten. Für die Angehörigen stellen sich häufig große Herausforderungen in der emotionalen Begleitung der Betroffenen und in der Pflege. Die Belastung geht oft über persönliche Grenzen hinweg.

Für die Verbesserung der Versorgung, der Hilfe von Betroffenen und für die Unterstützung der Angehörigen muss noch vieles unternommen werden.

Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V. macht sich hierfür stark und beabsichtigt mit seinem neuen Landesverband NRW und mit einer erweiterten Vernetzung, sich noch besser für Interessen der Betroffenen einzusetzen. Der neue Landesverband hofft auf die Unterstützung seiner Vorhaben durch die Krebsberatungsstellen und auf finanzielle Hilfen seitens der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung.

Weitere Informationen und Kontakt:

Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund-Krebs e. V.
Thomas Mann Str. 40, 53111 Bonn
Tel.: 0228 / 33 88 92 80, Fax: 0228 / 33 88 92 88
Mail: info@kopf-hals-mund-krebs.de
Web: www.kopf-hals-mund-krebs.de

Beobachtungen einer Fußpflegerin

von Erika Feyerabend

Marzahn-Hellersdorf ist ein Ortsteil in Berlin und die größte Plattenbausiedlung in der ehemaligen DDR. Viele verbinden mit dem Stadtteil Ödnis und sozialer Brennpunkt. Die Autorin Katja Oskamp betrachtet den Bezirk aus einer anderen Perspektive. Ihre - im wirklichen Leben - angestrebte Laufbahn als Schriftstellerin hat nicht so recht geklappt. Als sie Ende vierzig ist, entschließt sie sich Fußpflegerin zu werden. Sie hat sich den Menschen im Stadtteil sozusagen von deren Füßen aus genähert und wunderbare Geschichte über die wundersamen Menschen aus Marzahn geschrieben. Kunden hat sie reichlich. Erstens, weil die Bevölkerung schon recht alt und „reparaturbedürftig“ ist. Zweitens, weil sie zuhören kann, wenn sie Nägel schneidet und Hornhäute schabt. Das ist einfach großartig und voller Empathie für diese Menschen, die im Allgemeinen „normal“ genannt werden.

Da schaut beispielsweise eine Frau Frenzel „mit einer heiteren Verachtung auf die Welt und lässt sich von

nichts und niemandem die Laune verderben.“ Sie hat einen Grauhardackel und ist nach reichlich Erfahrung der Meinung: „Lieba zehn Dackel als een Mann.“ Frau Frenzel wird immer von einer anderen Kundin mit einer schlanken Mischlingshündin abgeholt. Dann freuen sich beide Frauchen und auch die Hündinnen, einander wiederzusehen. Hingegen sehen die Füße von Herr Hübner recht übel aus. Er kommt im grauen Kapuzenpulli und ausgebeulter Jogginghose, gemeinsam mit zwei Frauen, zu ihr. „Sozialbetreuer, die Dünne ist der Azubi von die Dicke“. Herr Hübner hat nichts gelernt und in seiner Plattenwohnung vor sich hin gelebt. Vor der Lebensleistung von Gerlinde Bonkat hingegen verneigt sich die Autorin, weil es niemand sonst tut. Sie hat immer jede Chance ergriffen, um einen verpfuschten Start ins Leben auszugleichen. „Sie ist ein Flüchtling, der in der aktuellen Statistik nicht vorkommt und der in seinem Leben sehr wenige Paar Schuhe besessen hat. Erst aus Armut, dann aus Spar-



samkeit und jetzt, weil ein eingetragenes Paar Schuhe Gold wert ist.“

Katja Oskamp hat seit Frühjahr 2015 rund dreitausendachthundert Füße gepflegt und viele Geschichten gehört. Ihre Liebe diesen großartigen Menschen gegenüber ist rührend, ohne Pathos, aber mit viel Respekt und Witz.

Katja Oskamp. Marzahn Mon Amour. Carl Hanser Verlag, München. 143 Seiten für 16,50 Euro

Neu auf DVD/Blu-Ray Was gewesen wäre

von Brigitte Papayannakis

Astrid (gespielt von Christiane Paul) und Paul (Ronald Zehrfeld), beide über 40, sind vor kurzem zusammengekommen und verbringen einen Kurzurlaub in einem Budapester Hotel.

Plötzlich trifft Astrid auf ihre verflorsene Jugendliebe Julius (Sebastian Hülk). Beide waren in der ehemaligen DDR ein Paar. Deren Beziehung war nicht immer einfach, Julius floh sei-

nerzeit in den Westen. Beide haben sich über 30 Jahre nicht mehr gesehen, selbst nach so einer langen Zeit scheint das frühere Paar nicht richtig mit seiner Partnerschaft abgeschlossen zu haben.

Der neue Partner an Astrids Seite wird sich ebenfalls entscheiden müssen, wie und ob er weiterhin mit Astrid zusammen sein möchte.



Foto: dozermode - pixabay

Alltäglich und doch so bedeutsam – die Umarmung

Im Gegensatz zu südlichen Ländern Europas sagt man uns Menschen im Norden immer eine gewisse Kühle bei Berührungen nach. So wurde zu Beginn des Ausbruchs des Coronavirus Anfang des Jahres auch in den Medien berichtet, dass diese Kühle uns im Gegensatz zu anderen Kulturen im Süden möglicherweise mehr vor dem Ausbruch des Virus geschützt haben soll. Ob diese Aussage stimmt oder nicht: Gerade in den letzten Wochen, wo viele Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Virus in unserem Lande wieder aufgehoben wurden, sogar auch Urlaub innerhalb Europas wieder möglich ist, vermisse ich persönlich das Umarmen von Freunden, Bekannten oder auch sogar von Arbeitskollegen sehr. Nach wie vor wird ein Abstand von bis zu zwei Meter gegenüber Personen empfohlen.

Auf einmal fällt mir auf, wie wichtig für mich diese Geste mit bestimmten Menschen zu Beginn eines Treffens, Gesprächs oder beim Wiedersehen ist. So macht es mich in dem besagten Moment immer sehr traurig, wenn ich nicht mein Gegenüber umarmen darf. Ich kann es teilweise gar nicht erklären, aber dieser sehr persönliche Moment ist für mich besonders.

Und so passierte es mir auch gestern wieder, dass ich eine gute Freundin nach längerer Zeit beim Wiedersehen „nur“ meinen Ellbogen als Begrüßung hinhalten durfte. Wohl wissend, dass wir uns so, während der Pandemie, richtig schützen. Dennoch ich sage freimütig: Umarmung – Du fehlst!

Herzlichst, Brigitte Papayannakis

+++ Termine +++ Termine +++

Die Seminare des Bundesverbandes finden als Online-Seminare statt.

Bundesverband

21. - 23.09.20 Anhängigenseminar

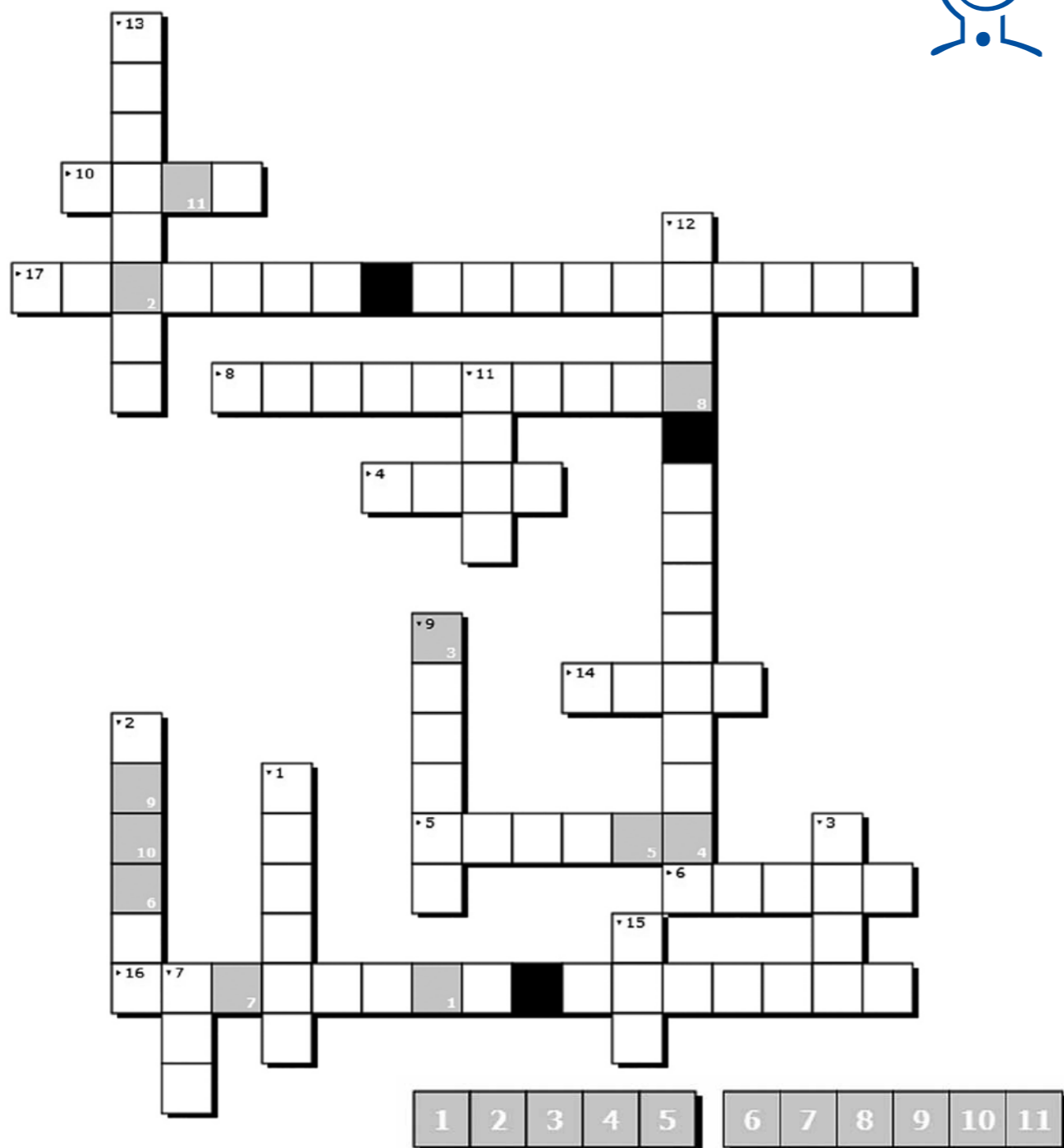
19. - 21.10.20 Seminar für Teiloperierte

27. - 29.10.20 Seminar Selbsthilfe im Wandel - Soziale Medien

Landesverbände

05. - 11.10.20 Stimmseminar
des LV Bayern in Teisendorf
(unter Vorbehalt)

Allgemeinbildung-Rätsel



- | | | |
|--|---|---|
| 1. Hauptstadt von China | 8. Wird nach einem Streit redensartlich begraben | 14. Titelheldin bei Jane Austen |
| 2. Name des Storchs in der Tierfabel | 9. Das Spiel der Könige | 15. Japanische Währung |
| 3. Punkt auf dem Spielwürfel | 10. Musical von Andrew Lloyd Webber | 16. Er stand als Erster auf den Gipfeln aller vierzehn 8000er |
| 4. Vorname Eulenspiegels | 11. Konservierungsmittel beim Pökeln | 17. WM 1974. DDR gegen BRD. Er schoss das Siegtor |
| 5. amerikanischer Gangsterboss, Al... | 12. Autor des „Hauptmann von Köpenick“ | |
| 6. Bruder des Romulus | 13. Diese Stadt ist durch die Donau in zwei Teile geteilt | |
| 7. Europäische Weltraumorganisation (Abk.) | | |

Die Lösung des Rätsels wird in einigen Wochen auf der Homepage des Bundesverbandes veröffentlicht.

Bundesverband der Kehlkopferierten e. V.

Bundesgeschäftsstelle: Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn · Tel.: 0228 33889-300 · Fax: 0228 33889-310
E-Mail: geschaeftsstelle@kehlkopferiert-bv.de · Internet: www.kehlkopferiert-bv.de

Präsidium und fachkundiger Beirat

Präsident:

Herbert Hellmund
Frankenhäuser Straße 10
99706 Sondershausen
Tel.: 03632 603606
Mobil: 0152 27780378
E-Mail: verein.kehlkopfop.hellmund@googlemail.com

Vizepräsidentin:

Karin Dick
Böckersche Straße 14a
46487 Wesel
Tel.: 02859 1564
Mobil: 0176 99811829
E-Mail: Karin.Dick@gmx.de

Vizepräsident:

Jürgen Lippert
Chrieschwitzer Straße 81
08525 Plauen
Tel.: 03741 221593
Fax: 03741 553871
Mobil: 0177 8806693
E-Mail: Lippert.Juergen@t-online.de

Schatzmeister:

Hartmut Fürch
Mammutring 73, 38226 Salzgitter
Tel.: 05341 7905546
E-Mail: hartmut.fuerch@t-online.de

1. Schriftführer:

Walter Richter
Jahnstraße 16,
79725 Laufenburg
Tel.: 07763 3734
E-Mail: richter.walter@online.de

2. Schriftführer:

Günter Dohmen
Breslauer Str. 113a, 41366 Schwalmtal
Tel./Fax: 02163 47931
Mobil: 0176 69992692
E-Mail: gdohmen3@aol.com

Frauenbeauftragte:

Ingeborg Kleier
Rilkestraße 10, 49401 Damme
Tel.: 05491 976055
E-Mail: ikleier10@gmail.com

Beisitzerin:

Karina Kehr
Hiesfelder Straße 2, 46224 Bottrop
Tel.: 02045 84642
E-Mail: karina.kehr@gmx.de

Beisitzer:

Helmut Marx
Seewiesenstr. 1
96253 Untersiemau
Tel.: 09565 2368, Fax: 6177557
E-Mail: helmut.untersiemau@web.de

Beisitzer:

Jens Sieber
Steinweg 3
09648 Mittweida
Tel.: 03727 9818815
Mobil: 0152 33931952
E-Mail: 01727@gmx.de
E-Mail: Sieber-jens@web.de

Unsere ärztlichen Berater:

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. (USA)
Andreas S. Lübbe, Cecilien-Klinik
Lindenstr. 26, 33175 Bad Lippspringe
Tel.: 05252 95-1202
Fax: 05242 95-1254
E-Mail: cec-luebbe@medizinisches-zentrum.de

Prof. Dr. med. Joachim Schneider
Universitätsklinikum Gießen
und Marburg GmbH
Aulweg 129, 35392 Gießen
Tel.: 0641 99-41300
Fax: 0641 99-41309
E-Mail: joachim.schneider@arbmed.med.uni-giessen.de

Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert
Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauß Allee 11
93053 Regensburg
Tel.: 0941 944-6301
Fax: 0941 944-6302
E-Mail: torsten.reichert@klinik.uni-regensburg.de

Prof. Dr. med. Rainer Fietkau
Direktor der Strahlenklinik am
Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstraße 27
91054 Erlangen

Prof. Dr. med. Andreas Dietz
Universitätsklinik Leipzig
Liebigstraße 10-14, 04103 Leipzig
Tel.: 0341 9721-700
Fax: 0341 9721-709
E-Mail: andreas.dietz@medizin.uni-leipzig.de

Dr. med. Barbara Koller

Prof. Dr. Susanne Singer
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz,
Gebäude 902
Obere Zahlbacher Str. 69, 55131 Mainz
Tel.: 06131 175835
Fax: 06131 172968
E-Mail: Susanne.Singer@Unimedizin-Mainz.de

Prof. Dr. med. Michael Fuchs
Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde
Universitätsklinikum Leipzig
Am Bayrischen Platz/Liebigstr. 10-14
04103 Leipzig
Tel.: 0341 9721800
E-Mail: michael.fuchs@medizin.uni-leipzig.de

Wassertherapiebeauftragter:

Thomas Becks
Gillicher Str. 39
42699 Solingen
E-Mail: th.becks54@gmail.com
Mobil: 0160 8285624

Landesverbände, Bezirks- und Ortsvereine, Sektionen und Selbsthilfegruppen

Baden-Württemberg

LV Baden-Württemberg
Vors.: Karl-Heinz Strauß
Frankenberger Weg 1, 68309 Mannheim
Tel.: 0621 706961, Fax: 0621 4625179
Mobil: 0157 30255532
E-Mail: strauss2702@arcor.de

Sektion Allgäu-Bodensee-Oberschwaben
Leiter: Angelika Knop
Haldenstraße 8, 88361 Altshausen
Tel.: 07584 1503
E-Mail: ja.knop@online.de

Sektion Böblingen
Ewald F. Maurer, Schweriner Weg 8
71672 Marbach/Neckar
Mobil: 0175 99 819 18
E-Mail: e.f.m@t-online.de

Sektion Freiburg-Breisgau-Hochschwarzwald
Walter Richter (kommissarisch)
Jahnstraße 16, 79725 Laufenburg
Tel.: 07763 3734
E-Mail: richter.walter@online.de

BzV Heidelberg-Mannheim
Vors.: Karl-Heinz Strauß
Frankenberger Weg 1, 68309 Mannheim
Tel.: 0621 706961, Fax: 0621 4625179
Mobil: 0157 30255532
E-Mail: strauss2702@arcor.de

Sektion Heilbronn
Leiterin: Sieglinde Getto
Birkenweg 18, 74226 Nordheim
Tel.: 07133 9009950
E-Mail: Cindy-Sie@t-online.de

Sektion Hochrhein-Wiesenthal
Leitung: Monika Richter
Jahnstr. 16, 79725 Laufenburg
Tel.: 07763 3734, Fax: : 07763 801036
E-Mail: mmw.richter@web.de

Sektion Konstanz-Singen-Hegau
Leitung: Ursel Honz
Malvine-Schiesser-Weg 1
78315 Radolfzell
Tel.: 07732 911571, Fax: 07732 945853
Mobil: 0170 5424317
E-Mail: Ursel.honz@t-online.de

Sektion Mosbach
Leitung: Regina Stapf
Martin-Butzer-Str. 5, 74821 Mosbach
Tel.: 06261 939994, Fax: 06261 639806
logo.r.stapf@t-online.de

Sektion Ortenaukreis
Leiter: Hubert Huber
Zuwald 28, 77784 Oberharmersbach
Tel.: 07837 832
E-Mail: hubert.erika@web.de

Sektion Ostalb/Aalen
Leiter: Heinz Ebert
Krähenfeldstr. 34, 73434 Aalen-Dewangen
Tel./Fax: 07366 6683
Mobil: : 0175 7090246
E-Mail: shg@kehlkopflose-ostalb.de
www.kehlkopflose-ostalb.de

Sektion Pforzheim
Leiter: Joannis Agotzikis
Sternstraße 11
75179 Pforzheim
Tel.: 07231 468058

Sektion Schwarzwald-Baar-Heuberg
Leitung: Maria Stadler
Brigachtalstr. 1a, 78166 Donaueschingen
Tel.: 0771 4720, Fax: 0771 8988159
Mobil: 0152 08629224
E-Mail: maria.stadler@web.de

BzV Stuttgart
Vors.: Jürgen Schöffel
Neuffenstr. 22, 70188 Stuttgart
Tel.: 0711 281673
E-Mail: jschoeffel@gmx.net

BzV Südbaden e. V.
1. Vors.: Walter Richter
Jahnstraße 16, 79725 Laufenburg
Tel.: 07763 3734
E-Mail: richter.walter@online.de

BzV Tübingen
Vors.: Alfred Leitenberger
Jahnstraße 41, 72141 Walldorfhäslach
Tel.: 07127 32840
E-Mail: ae.leitenberger@web.de
Vors.: Hartmut Kress
Dürrstraße 12, 72070 Tübingen
Tel.: 07071 791956
E-Mail: hartmut.sonja@t-online.de

Sektion Ulm/NeuUlm
Mario Lunardi
Schönbachweg 19/1
73347 Mühlhausen i. Täle
Tel.: 07335 6096
E-Mail: mario-lunardi@t-online.de

Bayern

LV Bayern
Vereinigung der Kehlkopferierten
Vors.: Jürgen Lippert
Schmellerstr. 12, 80337 München 2
Tel.: 089 7251789, Fax: 089 72999072
E-Mail: info@vkkk.de

Sektion Augsburg
Leiter: Wilfried Horn
Oberstdorfer Str. 20, 86163 Augsburg
Tel.: 0821 2480673, Fax: 0821 2480718
E-Mail: wilfried.horn@online.de

SHG Coburg/Oberfranken (eigenständig)
Leiter: Helmut Marx
Seewiesenstr. 1, 96253 Untersiemau
Tel.: 09565 2368, Fax: 09565 6177557
E-Mail: helmut.untersiemau@web.de

SHG Hof/Saale
Jürgen Lippert (kommissarisch)
Chrieschwitzer Str. 81, 08525 Plauen
Tel.: 03741 221593, Fax: 03741 553871
Mobil: 0177 8806693
E-Mail: Lippert.Juergen@t-online.de

Sektion Ingolstadt und Region
Sektionsleiter: Reinhard Wagner
Lehenbuckl 10A, 85101 Lenting
Tel.: 08456 5665, Mobil 01577 8060317

Sektion München/Oberbayern
Bruno Poeverlein,
81379 München, Tel. 089 23023931
E-Mail: bruno-poeverlein@t-online.de

Sektion Niederbayern-Oberpfalz
Leiter: Johann Stockmeier
Buchhausen 59, 84069 Schierling
Tel./Fax: 09451 1336
E-Mail: Stockmeier_Johann@t-online.de

Sektion Nürnberg
Leiter: Werner Semeniuk
Dorfstr. 14, 90617 Puschendorf
Tel.: 09101 904739, Fax: 09101 906343
E-Mail: werner.semeniuk@gmx.de

Sektion Sektion Chiemgau/Rupertigau/Altötting /Mühldorf
Irene Meindl
Günzelham 5, 83308 Trostberg
Tel.: 08623 919569
Mail: irene.meindl@web.de

BzV Würzburg (eigenständig)
Vors.: Gert Praxl, Grombühlstraße 9,
97080 Würzburg, Tel.: 0931 29996210
E-Mail: gpraxl@freenet.de

Berlin-Brandenburg

LV Berlin-Brandenburg
Vors.: Herbert Scheu
Tannenhäherstraße 24, 13505 Berlin
Tel./Fax: 030 43671851
E-Mail: marianne.scheu@t-online.de
Internet: www.kehlkopfoperiert-bb.de

LV Berlin
Vors.: Michael Ley
Wikingerufer 6, 10555 Berlin
Tel.: 030 25049219
E-Mail: info-port@kehlkopfoperierte-berlin.de

Selbständiger Verein
BzV Cottbus
Peter Fischer
Sächsischer Ring 8, 03172 Guben
Tel.: 03561 52247

Hamburg

LV Hamburg
Vorsitzender: Thorsten Falke
Steanakker 549, 27498 Helgoland
Tel.: 04725 8008799, Fax: 04725 8009433
E-Mail: thorsten.falke@kehlkopfope-riert-hamburg.de

SHG Farmsen
Jutta Neise
Flottmooring 1, 24568 Kaltenkirchen
Tel.: 04191 6987

SHG Harburg
Gisela Endlein
Denickestraße 176, 21075 Hamburg
Tel.: 040 79142983
Mobil: 0151 17572664

Hessen

LV Hessen
Georg Gustavus
Am Bünberg 20, 36179 Bebra
Tel.: 06622 1753
E-Mail: gmgustavus@t-online.de

BzV Frankfurt/Main
Wolfgang Lotz
Feldbergstraße 75, 65779 Kelkheim
Tel.: 06195 64371
E-Mail: w.lotz@gmx.net

Sektion Fulda
Vors.: Klaus Möller
Breslauer Straße 14, 36110 Schlitz
Tel.: 06642 6870
E-Mail: re-kl.schl@t-online.de
www.kehlkopf-fulda.de

Sektion Mittelhessen/Gießen/Marburg
Hans-Helmut Fleischer
Sachsenhausen 9, 35102 Lohra
Tel.: 06462 8291
E-Mail: helmut.fleischer@kehlkopf-mittel-hessen.de
www.kehlkopf-mittelhessen.de

BzV Kassel-Nordhessen
Vors.: Klaus Möller
Breslauer Straße 14, 36110 Schlitz
Tel.: 06642 6870
E-Mail: re-kl.schl@t-online.de

Sektion Kassel
Friedrich Wettlaufer
Großalmeroder Str. 3
37248 Großalmerode
Tel./Fax: 05604 7134
E-Mail: fr.wettlaufer@t-online.de
www.kehlkopf-kassel.de

BzV Osthessen
1. Vors. Georg Gustavus
Am Bünberg 20, 36179 Bebra
Tel.: 06622 1753, Fax: 06622 9163940
E-Mail: gmgustavus@t-online.de

Mecklenburg-Vorpommern

LV Mecklenburg-Vorpommern
1. Vors. Reinhard Ebeling
Großer Kraul 6, 18273 Güstrow
Tel.: 03843 680296, Mobil: 0176 40743639
E-Mail: kontakt@kehlkopfoperiert-mv.de
Internet: www.kehlkopfoperiert-mv.de

BzV Neubrandenburg
Siegbert Gerlach
Kirschallee 8
17291 Wittstock
Tel.: 0152 24600315

BzV Rostock
Vors. Jürgen Hohl
Heinrich-Tessenow-Straße 15
18146 Rostock, Tel.: 0381 6865844
E-Mail: Claudia-Hohl@t-online.de

BzV Schwerin
Vors.: Detlef Müller
Am Markt 7, 19417 Warin
Tel./Fax: 038482 222811
E-Mail: detmue@arcor.de

SHG Güstrow
Vors.: Helga Derer
Großer Kraul 6, 18273 Güstrow
Tel.: 03843 680296

Niedersachsen/Bremen

LV Niedersachsen/Bremen
Vors.: Ingeborg Kleier
Rilkestraße 10
49401 Damme
Tel.: 05491 976055
E-Mail: ikleier10@gmail.com

SHG Braunschweig
Erika Auberg
Leipziger Straße 47
38124 Braunschweig
Tel.: 0531 72239
E-Mail: erika.auberg@arcor.de

SHG Bremen
Günther Franzke
Wissmannstraße 27a
27755 Delmenhorst
Tel.: 04221 20949
Mobil: 0173 8490540
E-Mail: guentherfranzke46@web.de

SHG Bremerhaven/Cuxhaven
Leiter: Jürgen Halbeck
Wallstr. 4, 26894 Nordenham
Tel.: 04731 5307
E-Mail: JHalbeck@t-online.de

SHG Celle/Südheide
Ingeborg Kleier (kommissarisch)
Rilkestraße 10
49401 Damme
Tel.: 05491 976055
E-Mail: ikleier10@gmail.com

SHG Göttingen
Günter Spaniol (kommissarisch)
Auf der Höhe 5, 38704 Liebenburg
Tel.: 05346 9128259

SHG Goslar/Westharz
Günter Spaniol
Auf der Höhe 5, 38704 Liebenburg
Tel.: 05346 9128259

SHG Hameln
Uwe Göldner (kommissarisch)
Dorfstraße 2, 31036 Eime-Deilmissen
Tel.: 05182 903009
E-Mail: superkatze@gmx.de

SHG Hannover
Jutta Schulze-Ganteför
Hanseatenstr. 11, 30853 Langenhagen
Tel.: 0511 10558614,
Mobil: 0174 9635007
E-Mail: jutta.s-g@web.de

SHG Hildesheim
Uwe Göldner Dorfstraße 2
31036 Eime-Deilmissen
Tel.: 05182 903009
E-Mail: superkatze@gmx.de

SHG Lüneburg
Winfried Schomacker
Drechslerweg 2 b 27446 Selsingen
Tel.: 04284 8229
wschomacker@t-online.de

SHG Meppen
N. N.

SHG Nienburg
Angelika Sobert
Am Sandberge 2, 31535 Neustadt
Tel. 05034 221516, Fax: 05034 2214477
Mobil: 01511 2939733
E-Mail: a.sobert@web.de

SHG Oldenburg
Rolf Muchow
Holljehof 11, 26188 Edewecht
Tel.: 04405 5436
E-Mail: rolf-muchow@t-online.de

SHG Osnabrück
Gerhard Fading
Ostpreußenstraße 11, 49525 Lengerich
Tel.: 05481 3299611
Mobil: 0157 86816514

SHG Ostfriesland
Detlef Folten
Mittelweg 19
26789 Leer
Tel.: 0491 9121734
E-Mail: detlef-folten@t-online.de

SHG Salzgitter

Leiter: Hartmut Fürch
Mammutring 73, 38226 Salzgitter
Tel.: 05341 7905546
E-Mail: hartmut.fuerch@t-online.de

SHG Soltau-Rothenburg/W.

Peter Witzke
Lohengaustraße 5, 29614 Soltau
Tel.: 05191 15413

SHG Stade

Peter Tobaben
Schützenmarsch 3, 29465 Dannenberg
Tel.: 05861 983844
E-Mail: i.tobaben@t-online.de

SHG Uelzen

Komm. Peter Witzke
Lohengaustraße 5, 29614 Soltau
Tel.: 05191 15413

SHG Vechta

Richard Kleier
Riilkestraße 10, 49401 Damme
Tel.: 05491 976055
E-Mail: richard.kleier@web.de

SHG Wilhelmshaven

Wilfried Thiergarten genannt Romberg
Johann- Gerriets- Straße 51
26419 Schortens / Sil.
Tel.: 04423 985821, Fax: 04423 985823
thiergarten-rom@t-online.de

SHG Wolfsburg

N. N.

Nordrhein-Westfalen**LV Nordrhein-Westfalen**

Günter Dohmen
Breslauer Straße 113 a, 41366 Schwalmatal
Tel. / Fax: 02163 47931
Mobil: 0176 69992692
kehlkopferierte-nrw@gmx.de
www.kehlkopferierte-nrw.de

BzV Aachen

Vorsitzende Hildegard Dudda
Lörschpülgen 24, 52134 Herzogenrath
Tel.: 02406 669079
E-Mail: hildegard.dudda@gmx.de

SHG Bergisch Land

Martin Vehling-Wilke
Bismarckstr. 52, 42551 Velbert
Tel. 02051 607052, Email:
kehlkopferierte-bergisch-land@web.de
www.kehlkopferierte-bergisch-Land.de

BzV Bielefeld

Vors.: Herbert Heistermann
Waldstr. 10, 33813 Oerlinghausen
Tel./Fax: 05202 3041
E-Mail: info@kehlkopfloese-bielefeld.de
www.kehlkopfloese-bielefeld.de

BzV Bochum

Reinhard Ehlert
Wittener Straße 231, 44577 Castrop-Rauxel
Tel.: 02305 5326270, Mobil: 0177 2702419
E-Mail: reinhard.ehlert@unitybox.de

SHG Bonn

Günter Berschel
Gustav-Stresemann-Ring 7, 50354 Hürth
Tel.: 02233 9284550
E-Mail: guenter.berschel@web.de
www.kehlkopferiert-bonn.de

BzV Dortmund

Vors.: Heinz Baumöller
Kirchhörder Berg 29, 44229 Dortmund
Tel.: 0231 733221, Fax: 0231 2227846
E-Mail: kehlkopferierte-dortmund@web.de

BzV Düsseldorf-Neuss

Vors.: Klaus Klunter
Tußmannstraße 123, 40477 Düsseldorf
Tel.: 0211 465009
Mobil: 0178 6903611
E-Mail: k.klunter@gmail.com

BzV Duisburg

Vors.: Karin Dick
Böckersche Straße 14 A, 46487 Wesel
Telefon: 02859 1564
Mobil: 0176 99811829
E-Mail: Karin.Dick@gmx.de

OV Essen

Rudolf Meller
Kevelohstraße 55, 45277 Essen
Tel.: 0201 587809

OV Gelsenkirchen

Erwin Neumann
Elper Höhe 7a, 45701 Herten
Tel.: 02366 42732, Fax: 02366 495795
E-Mail: neukoe@web.de

BzV Hagen

Karin Trommeshäuser
Zittauer Weg 5, 58638 Iserlohn
Tel.: 02371 3518005, Mobil: 0173 8503638
E-Mail: et704@web.de

SHG Köln

Günter Berschel
Gustav-Stresemann-Ring 7, 50354 Hürth
Tel.: 02233 9284550
E-Mail: guenter.berschel@web.de
www.kehlkopferiert-koeln.de

Sektion Krefeld

Klaus Köchlin
Neuhäuser Straße 15, 47918 Tönisvorst
Tel.: 02156 8764, Fax: 02156 9153737
Mobil: 0170 7037111
E-Mail: Petra.Koehlin@yahoo.de

BzV Linker Niederrhein

Günter Dohmen
Breslauer Str. 113a, 41366 Schwalmatal
Tel./Fax: 02163 47931
E-Mail: gdohmen3@aol.com

BzV Märkischer Kreis/Sauerland

Vors.: Klaus Kamrath
Philosophenweg 23, 58540 Meinerzhagen
Tel.: 02354 34 71, Mobil: 0170 5311498
E-Mail: k-m.kamrath@t-online.de

Sektion Mönchengladbach

Leiterin: Elfriede Dohmen
Breslauer Str. 113 a, 41366 Schwalmatal
Tel./Fax: 02163 47931

BzV Münster

Leiter: Friedrich Koch
Von-dem-Busche-Str, 57, 48249 Dülmen
Mobil: 0174 9387262
E-Mail: friedko@t-online.de

BzV Paderborn

Franz-Josef Finke (kommissarisch)
Nikolausstraße 12
33142 Büren
Tel.: 0157 37982588
E-Mail: r.finke2504@googlemail.com

BzV Stadt und Kreis Recklinghausen

Vors.: Manfred Schlatter
Distelkampstr. 10, 44575 Castrop-Rauxel
Tel.: 02305 9208567, Fax: 02305 9208568
Mobil: 0172 2812092
kehlkopfloese-recklinghausen@unitybox.de

BzV Siegen-Olpe-Gummersbach-Altentkirchen e. V.

Vors.: Hans-Jürgen Simon
Hätzeweg 13, 57258 Freudenberg
Tel. 02734 7245
E-Mail: HJ-JSimon@t-online.de

Sektion Xanten

Leiter: Alfred von de Loch
Kalbecker Str. 92, 47574 Goch
Tel: 02823 6185
E-Mail: a-van-de-locht@gmx.de

Rheinland-Pfalz**LV Rheinland-Pfalz**

1.Vorsitzender: Thomas Müller
Scheckersgraben 28
67735 Mehlbach
Tel.: 0171 4764688
E-Mail: vorsitzender@kehlkopfoepriert-rlp.de

BzV Koblenz/Montabaur

Vors.: Jürgen Reuter
Schultheis-Damen-Str. 18, 56567 Neuwied
Tel.: 02631 778765, Fax: 02631 942434
Mobil: 0176 34217418
E-Mail: juergenreuter48@gmx.net

SHG Kehlkopfloser Ludwigshafen

Leiter: Hermann Stähler
Weißdornhag 61, 67067 Ludwigshafen
Tel.: 01577 6814545
E-Mail: h.staeblerkekolos@gmx.de

Ortsverein Pirmasens

Vors.: Konrad Schmidt
Friedrichstr. 8, 66955 Pirmasens
Tel.: 06331 43833, Fax: 06331 74657
E-Mail: k.u.i.schmidt@t-online.de

SHG Kopf-Halsoperierte Palatina

Kaiserslautern
Leiter: Thomas Müller
Scheckersgraben 28, 67735 Mehlbach
Telefon: 0171 4764688
E-Mail: t-900ss@gmx.de

BzV Rhein-Nahe-Pfalz

Bernhard Lang
Sertoriusring 3
55126 Mainz-Finthen
Tel.: 06131 476990
Fax: 06131 4988495
Mobil: 0176 84499766
E-Mail: Lang.Bernhard@online.de

BzV Rhein-Nahe-Pfalz

Region Rhein (Mainz)
Bernhard Lang
Sertoriusring 3
55126 Mainz-Finthen
Tel.: 06131 476990
Fax: 06131 4988495
Mobil: 0176 84499766
E-Mail: Lang.Bernhard@online.de

BzV Rhein-Nahe-Pfalz

Region Nahe (Bad Kreuznach)
Leiterin: Ute Müller
Hüffelsheimer Straße 3
55593 Rüdesheim/Nahe, Tel.: 0671 31605

BzV Trier

Vorsitz: Karl-Georg Thiel
Auf dem Altengarten 5, 54518 Sehlem
Tel.: 06508 7710, Mobil: 0170 1154365
E-Mail: karl-georg@gmx.de
www.kehlkopferierte-trier.de

Saarland**LV Saarland**

Vorsitz: Marlie Koch
Dasbachstraße 10, 66346 Püttlingen
Tel.: 06898 65023
E-Mail: marlie.koch47@gmail.com

SHG Homburg

N. N.

SHG Saarlouis

Ansprechpartner Alfons Koster
Ihner Str. 3, 66798 Wallerfangen
Tel.: 06837 552
E-Mail: koster@kehlkopfloese-saarland.de

SHG St. Wendel

Ursula Bonny
Zelterstraße 10
66636 Theley

SHG Völklingen-Heidstock

Ansprechpartnerin: Irene Weber
Ritterstraße 51, 66346 Püttlingen
Tel.: 06898 9019595
Mobil: 0176 78324354
E-Mail: weberirene98@gmail.com

Sachsen**LV Sachsen**

Vors.: Jürgen Lippert
Deubners Weg 10, 09112 Chemnitz
Tel.: Büro 0371 221118 und 221123
Fax: Büro 0371 221125
E-Mail: kehlkopferiert-sachsen@gmx.de
www.kehlkopferiert-sachsen.de
Privat: Chrieschwitzer Straße 81
08525 Plauen
Tel.: 03741 221593, Fax: 03741 503871
Mobil: 0177 8806693
E-Mail: Lippert.Juergen@t-online.de

BzV Chemnitz

Vors.: Jens Sieber
Büro: Deubners Weg 10,
09112 Chemnitz
Tel.: Büro 0371 22 11 18 und 22 11 23
Fax: Büro 0371 22 11 25
Privat: Steinweg 3, 09648 Mittweida
Mobil: 0152 33 93 19 52
E-Mail: Sieber-jens@web.de
oder: 01727@gmx.de

SHG Aue-Schwarzenberg

Leiter: Gernot Weidtmann
Landmannstraße 25, 08340 Schwarzenberg
Tel.: 03774 25733

SHG Chemnitz

Leiter: Bernd Roscher
Dr.-Salvador-Allende-Str. 4
09119 Chemnitz, Tel.: 0371 8205588
E-Mail: kehlkopferiert-chemnitz@gmx.de

SHG Freiberg

Kontakt über Geschäftsstelle
des LV Sachsen, Deubners Weg 10,
09112 Chemnitz, Tel.: 0371 221 123
E-Mail: kehlkopferiert-sachsen@gmx.de

SHG Rochlitz/Mittweida

Leiter: Jens Sieber
Steinweg 3, 09648 Mittweida
Tel.: 03727 9818815
Mobil: 0152 33931952
E-Mail: 01727@gmx.de
E-Mail: sieber-jens@web.de
www.kehlkopfloese-mittweida.de

SHG Plauen/Vogtland

Leiter: Jürgen Lippert
Chrieschwitzer Straße 81, 08525 Plauen
Tel.: 03741 221593, Fax: 03741 553871
E-Mail: Lippert.Juergen@t-online.de

SHG Zwickau und Umgebung

Leiter: Jörg Engelhardt
Arndtstraße 19, 08451 Crimmitschau
Tel.: 03762 4313, Fax: 03762 40054
Mobil: 0172 3660720
E-Mail: shgkkozwickau@gmail.com

BzV Dresden

Kontakt über Geschäftsstelle
des LV Sachsen, Deubners Weg 10, 09112
Chemnitz, Tel.: 0371 221 123
E-Mail: kehlkopferiert-sachsen@gmx.de

SHG Dresden

Kontakt über Geschäftsstelle
des LV Sachsen
Deubners Weg 10, 09112 Chemnitz
Tel.: 0371 221 123
E-Mail: kehlkopferiert-sachsen@gmx.de

SHG Ostsachsen

Regine Hendrich
Auf dem Sand 3, 02906 Niesky
Tel.: 03588 200921
Email: regine.hendrich@gmail.com

BzV Leipzig

Vors.: Gerhard Schade
Mannheimer Straße 120
04209 Leipzig
Tel.: 0341 4111868
E-Mail: ge.schade@gmx.de

BzV Riesa/Meißen

Vors.: Christian Leschik
Alleestraße 106 d, 01591 Riesa
Tel.: 03525 893506

SHG Riesa und Umgebung

Leiter: Christian Leschik
Alleestraße 106 d
01591 Riesa
Tel.: 03525 893 506

SHG Oschatz und Umgebung

Leiterin: Kerstin Bernhardt
Thomas Müntzer Str. 3
04758 Oschatz OT Lonnwitz
Tel.: 03435 988 147

Sachsen-Anhalt**LV Sachsen-Anhalt**

Detlef Pinkernelle
Dorfstr. 20, 39326 Zielitz
Tel.: 039208 23249
E-Mail: Detlef.Pinkernelle@t-online.de

SHG Altmark/Stendal

Harald Plato
Jonasstr. 32, 39576 Stendal
Tel./Fax: 03931 210053

SHG Dessau-Rosslau

Cornelia Hakenbeck
Querstr. 15, 06749 Bitterfeld
Tel.: 03493 22722
E-Mail: hakenbeck-alfred@t-online.de

SHG Halberstadt

Ingrid Reckrühm
Breite Straße 11 b, 39446 Löderburg
Tel.: 039265 849972

BzV Halle
Werner Reinicke
Straße der Jugend 10, 06179 Langenbogen
Tel.: 034601 22703, Mobil: 0175 2140729

SHG Halle
Werner Reinicke
Straße der Jugend 10, 06179 Langenbogen
Tel.: 034601 22703, Mobil: 0175 2140729

SHG Jerichower Land/Burg
Karin Haase
Schulstr. 2, 39288 Burg
Tel.: 03921 986420, Mobil: 0177 2965933
E-Mail: haase49@gmx.de

BzV Magdeburg
Detlef Pinkernelle, Dorfstr. 20, 39326 Zielitz
Tel.: 039208 23249
E-Mail: Detlef.Pinkernelle@t-online.de

SHG Landkreis Börde
Detlef Pinkernelle, Dorfstr. 20, 39326 Zielitz
Tel.: 039208 23249
E-Mail: Detlef.Pinkernelle@t-online.de

SHG Salzwedel/Gardelegen
Detlef Pinkernelle
Dorfstr. 20, 39326 Zielitz
Tel.: 039208 23249
E-Mail: Detlef.Pinkernelle@t-online.de

SHG Schönebeck
Martin Wallstab-Freitag
Dorfstraße 15, 30249 Tornitz
Tel.: 039298 3107

SHG Wernigerode
N.N.

Schleswig-Holstein

SHG Flensburg
Leiter: Uwe Wollenweber
Gartenweg 18, 24850 Lürschau
Tel. 04621 4376
E-Mail: uwe.wollenweber@web.de

SHG Kiel
Sascha Ziesemer
Steinstrasse 9, 24118 Kiel
Tel.: 0431 8891113, Mobil: 0176 32271866
E-Mail: s.ziesemer@online.de

SHG Lübeck
N. N.

Thüringen

LV Thüringen
Vors.: Herbert Hellmund
Frankenhäuser Straße 10
99706 Sondershausen
Tel.: 03632 603606

BzV Erfurt
Herbert Hellmund
Frankenhäuser Straße 10
99706 Sondershausen
Tel.: 03632 603606

BzV Gera
Vors.: Klaus-Peter Berger
Friedensstraße 28
06729 Elsterau/OT Tröglitz
Tel.: 03441 7188520
E-Mail: K.P.Berger@kehlkopfoperierte-th.de

SHG Nordhausen
Leiter: Bodo Wagner
Schulstraße 1
06526 Riestedt
Tel.: 03464 574404
E-Mail: bodowagner1@freenet.de

Weitere Partner des Bundesverbandes

Bundesverband der Asbestose Selbsthilfegruppen e. V.
1. Vorsitzende: Sönke Bock
Karlsbader Straße 123
24146 Kiel
Mobil: 0160 7089086

Arbeitskreis Teiloperierte

Baden-Württemberg

BzV Kehlkopferierte Südbaden
Walter Richter
Jahnstraße 16,
79725 Laufenburg
Tel.: 07763 3734
E-Mail: Richter.Walter@online.de

Bayern

Dietmar Mögel
Wandererstraße 61,
90431 Nürnberg
Tel.: 0911 312961

Berlin-Brandenburg

Gerhard Fortagne
Güntzelstraße 55,
10717 Berlin, Tel.: 030 8732944
E-Mail: fortagne@kehlkopfoperiert-bb.de

Hamburg

Thorsten Falke
Steanakker 549, 27498 Helgoland
Tel.: 0170 4863428
E-Mail: thorsten.falke@kehlkopfope-riert-hamburg.de

Hessen

Elke Brall
Sudetenstraße 1, 36205 Sontra
Tel.: 05653 914189
E-Mail: br.elke@gmx.de

Mecklenburg-Vorpommern

N. N.

Niedersachsen/Bremen

Heinz Müsemann
Ehlers Hardt 19
49419 Wagenfeld
Tel.: 0577 49578

Nordrhein-Westfalen

Heidemarie Klobusch
Wiesenstraße 4
45892 Gelsenkirchen
Tel.: 0163 2090326

Rheinland-Pfalz

OV Pirmasens
Konrad Schmidt
Friedrichstraße 8, 66955 Pirmasens
Tel.: 06331 43833, Fax: 06331 74657
E-Mail: K.u.I.Schmidt@t-online.de

Saarland

Egon Schumacher
Gresaubacher Str. 21
66839 Schmelz
Tel.: 06887 3719
E-Mail:
egon.schumacher@googlemail.com

Sachsen

Kontakt über Geschäftsstelle
des LV Sachsen
Deubners Weg 10, 09112 Chemnitz
Tel.: 0371 221 123
E-Mail:
kehlkopfoperiert-sachsen@gmx.de

Sachsen-Anhalt

N. N.

Schleswig-Holstein

N. N.

Thüringen

N. N.

Weitere Mitglieder des Bundesverbandes

Selbsthilfegruppe für Krebs im Mund-Hals-Bereich

N.N.

T.U.L.P.E. e. V.

Bundes-Selbsthilfeverein für
Hals-, Kopf- und Sehverschlechte
Vors.: Doris Frensel
Karl-Marx-Straße 7
39240 Calbe
Tel.: 039292 51568
Mobil: 0157 74732655
E-Mail: doris.frensel@tulpe.org

DKMS

WIR BESIEGEN BLUTKREBS

WILLST DU
JEMANDEM
DAS LEBEN
RETTEN?

Dann bestell' Dir auf dkms.de unser Registrierungsset und gib Blutkrebsspendern eine zweite Chance auf Leben. Denn immer noch findet jeder 10. Blutkrebspatient in Deutschland keinen geeigneten Spender.

Mund auf. Stäbchen rein. Spender sein.

Registrier' Dich jetzt auf dkms.de



FAHL TRACHEOSTOMASCHUTZ

GEMEINSAM GESUND BLEIBEN



Allgemein gelten für Halsatmer die gleichen Hygiene- & Verhaltensregeln wie für den Rest der Bevölkerung.



Es wird ein HME kombiniert mit einem textilen Tracheostomaschutz sowie einem Mund-Nasen-Schutz ärztlich empfohlen.



Wechseln Sie nach jedem Außer-Haus-Aufenthalt grundsätzlich das HME & waschen Sie täglich das Tracheostomaschutz Tuch (z.B. 30°) & den Alltagsmundschutz (60-90°).

(Quelle: www.bfarm.de/DE/Home/home_node.html)



Benutzen Sie für unterwegs einen verschließbaren Schutzbeutel zur Entsorgung gebrauchter Papiertaschentücher/HMEs um weitere Kontaminationen zu vermeiden.



Denken Sie an die **AHA**-Regel des Bundesministeriums für Gesundheit: „**A**bstand + **H**ygiene + **A**lltagsmaske“.

(Quelle: www.zusammengegencorona.de)

Bleiben Sie gesund!



Alltags-Mund-Nasenschutz

+



Künstliche Nase/HME

+



Textiler Tracheostomaschutz

Kontaktieren Sie uns:

02203/2980-200

vertrieb@fahl.de

ANDREAS FAHL

MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH

August-Horch-Straße 4a · 51149 Köln · Phone +49(0)22 03/29 80-0
Fax +49(0)22 03/29 80-100 · Germany · mail vertrieb@fahl.de · www.fahl.de