perspektive

Ausgabe 3/2010

- Gynäkologische Krebszentren – Eine Bereicherung der Versorgungslandschaft?
- Nationaler Krebsplan – Stärkung der Patientenorientierung
- Selbsthilfe im Internet – Wandel im Medienzeitalter?

Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.
seit 1976
Auffangen Informieren Begleiten

Magazin der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

3 Vorwort
4 Gynäkologische Krebszentren – Eine Bereicherung der Versorgungslandschaft?
8 Damit Ihr Hoffnung habt – Motto des Ökumenischen Kirchentages hat uns bewegt
7 Frauenleitlinie Brustkrebsfrüherkennung
10 Ärztliche Schlichtungsstellen – Die bessere Alternative zum Zivilprozess?
12 Erweiterte Vorstandssitzung in Bremen – Gemeinsam zu neuen Horizonten aufbrechen
14 Kinderwunsch und Krebs – Was beachtet werden sollte
Wir sind Oma geworden
15 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie
16 Unser Standpunkt: Bewusstsein für Patientinnenbedürfnisse schärfen
17 Kurzinfo: Patienteninformation zum Mammographie-Screening wurde überarbeitet
18 Nationaler Krebsplan – Stärkung der Patientenorientierung
21 Termine
22 Mehr Zeit für Hausbesuche – Medizinische Fachangestellte sollen Ärzte entlasten
23 Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?
24 Selbsthilfe im Internet – Wandel im Medienzeitalter?
26 Gruppenjubiläen
27 Nachrufe
28 Wussten Sie schon, dass ...
29 Kurzinfo: Neue Broschüre zum
Thema Darmkrebs
30 Kontaktdaten
31 Auszeit
32 Impressum

Liebe Mitglieder, liebe Leserin, lieber Leser,

im Zug nach Berlin auf dem Wege zur Sitzung der Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren lese ich Margot Käßmann „Mitte des Lebens“. Die Mitte meines Lebens habe ich sicherlich schon längst überschritten und fühle mich trotzdem mitten drin.

Nicht selten erfahren wir in unserem Leben die Diskrepanz zwischen Fakten und dem eignen Gefühl, der inneren Stimme, die zweifelt, infrage stellt, Verwunderung oder auch Widerstand signalisiert. Nicht immer gibt es für dieses Bauchgefühl rationale Argumente. Oftmals ist es nur der Gedanke „Das kann nicht richtig sein, da stimmt was nicht.“ Und manchmal, wenn wir genauer hinsehen, bestätigt sich unser Gefühl. Wir erkennen plötzlich die Ursache für unseren inneren Widerstand, können zupacken und beherzt tätig werden.

Sie fragen sich wahrscheinlich, warum ich Ihnen diese Überlegungen mitteile, was das eigentlich mit der Frauenselbsthilfe nach Krebs zu tun hat?

Während der 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie Anfang Juli in Hamburg überkam mich genau dieses Gefühl der Diskrepanz zwischen Fakten und dem eigenen Gefühl. In diversen Expertenforen wurde das Thema „Versorgung“ diskutiert: falsche Versorgung, Mängel in der Versorgung, Versorgung aus Sicht der Brustzentren und der Selbsthilfe – Aspekte also, die für Brustkrebspatientinnen eine existentielle Bedeutung haben. Und doch wurde während der Symposien mein Grummeln im Bauch immer spürbarer, meine Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Veranstaltungen immer größer.

Was war los? Das Thema konnte es nicht sein. Es ist aktuell und unerschöpflich. Ein Moment des Innehaltens, der Reflexion und mir wurde rasch klar, was nicht stimmte: Versorgung hat für mich immer etwas mit Menschen, mit Patientinnen und Patienten zu tun. Sie und ihre Bedürfnisse stehen für mich im Mittelpunkt der Überlegungen. Was ich erlebte und hörte, war aber etwas anderes. Gesprochen wurde über Finanzierung, DRG, Kostendeckung – das war der Fokus der Diskussion, nicht die Frage „Was braucht eine Patientin und welche Strukturen sind für ihre optimale Versorgung notwendig?“

Die ökonomischen Zwänge im Gesundheitswesen werden immer drängender. Das wissen wir alle. Und wir wissen auch, dass wir uns ihnen stellen müssen. Aber dass dieser Aspekt alles andere überlagert, hat für mich eines deutlich gemacht: Die FSH darf gerade jetzt keinesfalls in ihrem Engagement nachlassen, die Interessen von Krebspatientinnen und –patienten zu vertreten. Sie brauchen einen Anwalt für ihre Bedürfnisse, der keiner kaufmännischen Bilanz verpflichtet ist. Wir müssen die Verbesserungen in der Versorgung, für die wir in den vergangenen Jahren gekämpft haben, verteidigen und weiter vorantreiben. Wenn nicht wir als Betroffene, wer dann?

Weiterhin auf Ihre Unterstützung hoffend verbleibe ich mit hochsommerlichen Grüßen und heißem Herzen,
Ihre

B. Overbeck-Schulte

Brigitte Overbeck-Schulte
Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Fragen an Prof. Dr. Peter Mallmann

Gynäkologische Krebszentren – eine

Welche Vorteile bietet die Zentrenbildung für die stationäre Versorgung von Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen wie Eierstock-, Gebärmutter- oder Gebärmutterhalskrebs? Mit Prof. Dr. Peter Mallmann, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Köln und Mitglied im Fachausschuss Gesundheitspolitik der FSH, führte der Bundesvorstand der FSH ein Interview zum Thema.

Wie finde ich ein Gynäkologisches Krebszentrum in meiner Nähe?

Eine Liste der zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren kann auf der Internetseite der Deutschen Krebsgesellschaft eingesehen oder dort telefonisch erfragt werden.
http://www.krebsgesellschaft.de/

Wie wird ein Krankenhaus zum Gynäkologischen Krebszentrum?

Von Seiten der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) werden Anforderungen an die Struktur- und Versorgungsqualität gestellt, die auch bei den Brustzentren üblich sind. Voraussetzung ist, dass alle für die Versorgung von Patienten mit gynäkologischen Krebserkrankungen erforderlichen medizinischen Disziplinen (z.B. Strahlentherapie, Urologie) und sonstige Einrichtungen (z.B. Stomatherapie, Psychoonkologie) vorhanden sind. Außerdem müssen Mindestzahlen bei der Behandlung von gynäkologischen Krebserkrankungen nachgewiesen werden.

Ist es für mich nicht besser, ins Krankenhaus vor Ort zu gehen? Dann sind die Wege für mich und meine Besucher kürzer und bei Problemen komme ich schneller wieder hin.

Ein Zentrum weist strukturelle und medizinische Vorteile auf. Strukturell besteht der Vorteil darin, dass alle für die unmittelbare Diagnose, Therapie und Nachbehandlung von gynäkologischen Krebserkrankungen erforderlichen Einrichtungen unter einem Dach vorhanden sind. Der medizinische Vorteil besteht darin, dass die Ärzte über besondere Erfahrungen mit der Behandlung von Tumorerkrankungen verfügen, da sie diese häufig durchführen. In vielen Kreiskrankenhäusern oder städtischen Krankenhäusern gibt es dagegen nur noch selten große onkologische Operationen, was dazu führt, dass die behandelnden Ärzte nicht so viele Erfahrungen vorweisen können. Und die Praxis zeigt, dass die Qualität der ersten Operation richtungweisend für die weiteren Therapieschritte und deren Erfolg ist.

Weiterhin ist in den Zentren gewährleistet, dass alle betreffenden Fachdisziplinen bei Bedarf zur Verfügung stehen. Beispielsweise bei der operativen Therapie des Eierstockkrebses kann bei einem Befall von Blase und Darm, der erst während der Operation festgestellt wird, sofort der jeweilige Experte hinzugezogen und so ein Zweiteingriff vermieden werden.

Welche Verbesserungen bietet die Behandlung in einem Zentrum für mich als Patientin konkret?

Die Qualität der onkologischen Behandlung muss im Rahmen der Zertifizierung nachgewiesen werden. In der Praxis bemerkt dies eine Patientin dadurch, dass sie die Behandlungen über alle Fachdisziplinen hinweg unter einem Dach erhält. Es werden konkret entsprechend den Leitlinien sogenannte „Patientenpfade“ von Diagnostik über Therapie, Nachbehandlung und Nachsorge festgelegt und eingehalten, sodass die Patientin immer weiß, wo sie steht und wie die Weiterbehandlung aussieht.

Ist die Vernetzung zwischen Krebszentrum und ambulanter Versorgung gewährleistet? Wie gut ist der Kontakt zwischen den niedergelassenen Ärzten, die mich behandeln, und dem Krebszentrum, das womöglich in einer anderen Stadt liegt.

Ein Gynäkologisches Krebszentrum muss über ein Netz von kooperierenden niedergelassenen Kollegen verfügen. Diese Vernetzung mit der ambulanten Versorgung muss von den Zentren nachgewiesen werden. Falls eine Patientin ihren niedergelassenen Arzt nicht im unmittelbaren Einzugsbereich des Gynäkologischen Krebszentrums hat, muss trotzdem gewährleistet sein, dass auch weiter entfernt ansässige niedergelassene Kollegen in den Verlauf der Therapie und die Nachbehandlung einbezogen werden.

Bereicherung der Versorgungslandschaft?

Gibt es Studien, die belegen, dass die Zentren besser sind als mein Krankenhaus vor Ort?

Studien zum Eierstockkrebs zeigen, dass ein signifikanter Überlebensvorteil für Patientinnen besteht, die in einem onkologischen Zentrum behandelt werden. Eine Ursache dafür ist, dass in Krebszentren die Behandlung gemäß den Leitlinien der onkologischen Fachgesellschaft verpflichtend ist. Studien belegen, dass in Kliniken, die keine zertifizierten Krebszentren sind, bis zu 60 Prozent aller Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen nach wie vor nicht den aktuellen Leitlinien gemäß behandelt werden.

Gibt es eine Qualitätskontrolle? Wenn ja, von wem?

Die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) prüft jährlich die operative Behandlung der Gynäkologischen Krebszentren. Außerdem werden die Gynäkologischen Krebszentren jährlich durch Organisationen wie z.B. Clarcert geprüft.

Wie kann ich mich über die Behandlungsqualität der Gynäkologischen Krebszentren informieren?

Seit dem Jahr 2003 sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Im Rahmen dieser Qualitätsberichte müssen auch alle Gynäkologischen Krebszentren die Qualität ihrer Behandlung nachweisen. Informationen darüber findet man im Internet auf den Seiten der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft.

Was ist schlecht an der bereits existierenden Versorgungslandschaft, was ist z.B. der Unterschied zwischen einem Krebszentrum und einer Universitätsklinik. Bieten sie nicht die gleichen Qualitäts- und Behandlungsstandards, d.h. leitliniengetreue Behandlung und interdisziplinäre Kooperation?

Das Problem bei der Behandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen besteht darin, dass in jeder der 1067 gynäkologischen Abteilungen in Deutschland prinzipiell eine Behandlung von gynäkologischen Krebserkrankungen erfolgen kann. Dies führt dazu, dass aufgrund der (zum Glück) begrenzten Erkrankungsrate in vielen Abteilungen Eingriffe nur sehr selten durchgeführt werden, sodass die dortigen Operateure über eingeschränkte Erfahrung verfügen.

Vielfach werden sinnvolle operative Maßnahmen, wie z.B. die Entfernung von Metastasen an der Blase, bei der operativen Behandlung des Ovarialkarzinoms nicht durchgeführt, weil dafür eine entsprechende Fachabteilung, wie z.B. die Urologie, zur Verfügung stehen müsste. Eine optimale Behandlung der Patientin ist dann nicht möglich.

Im Regelfall verfügen alle Universitätskliniken über die für die Versorgung von gynäkologischen Krebspatienten erforderlichen Fachdisziplinen. Der Titel „Universitätsklinik“ bedeutet jedoch nicht automatisch, dass hier zertifizierte Versorgungsstrukturen vorgehalten, leitlinienkonforme Behandlungspfade eingehalten und entsprechende Mindestfallzahlen erfüllt werden. Daher ist nicht jede Universitätsklinik auch automatisch ein Gynäkologisches Krebszentrum.

Prof. Dr. Peter Mallmann, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Köln

Gynäkologische Krebszentren – eine Bereicherung der Versorgungslandschaft?

Krebserkrankungen nehmen aufgrund der demographischen Entwicklung immer weiter zu. Spricht die Bewältigung von Quantität nicht eher für ein weit verzweigtes Netz statt Zentren?

Gerade die Tatsache, dass Krebserkrankungen zunehmen, bedeutet in Anbetracht eingeschränkter wirtschaftlicher Ressourcen, dass die Behandlung optimal erfolgen sollte. Zentralisierung bedeutet, dass Arbeitsprozesse optimiert und aufwendige Investitionen ermöglicht werden können. Das führt zu einer Verbesserung der Qualität. In einem weit verzweigten Versorgungsnetz, zu dem beispielsweise auch Kreiskrankenhäuser und städtische Krankenhäuser gehören, können nicht alle erforderlichen Strukturen vorgehalten werden, die für die Behandlung von Krebserkrankungen notwendig sind.

Wird mit der Zentrenbildung nicht jede Flexibilität aufgegeben?

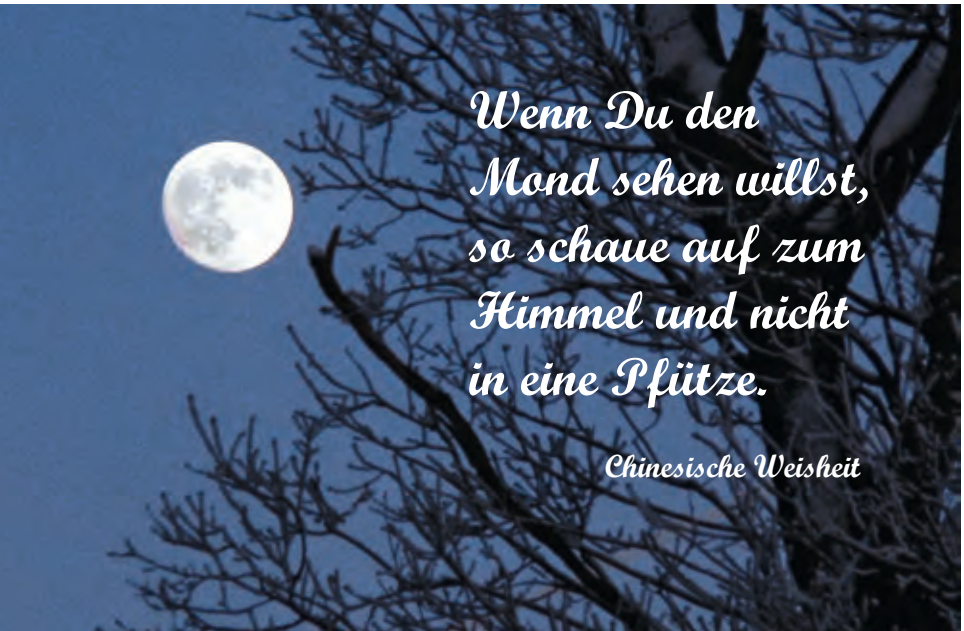
Die deutsche Krebsgesellschaft plant eine flächendeckende bundesweite Versorgung mit Gynäkologischen Krebszentren, sodass mittelfristig jede Patientin in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft mit vertretbaren Entfernungen über ein entsprechendes Versorgungsangebot verfügt.

Wie wird in den Zentren sicher gestellt, dass ich nicht nur eine Nummer unter vielen in der großen Menge bin?

Es ist der besondere Anspruch eines onkologischen Zentrums, jeder einzelnen Patientin das Gefühl zu geben, dass sie von Diagnose über Therapie und Nachbehandlung als individueller Mensch und nicht als Fall gesehen wird. Hierzu gehört, dass sie neben der unmittelbaren Versorgung einen festen medizinischen Ansprechpartner hat. Außerdem steht ihr ein Team aus onkologisch speziell trainierten Fachkräften, Sozialarbeitern und Psychoonkologen zur Verfügung, die neben der unmittelbar anfallenden medizinischen Versorgung alle anderen notwendigen Aufgaben übernehmen. Nicht zu vergessen ist dabei die hohe Bedeutung der Selbsthilfe, die in das Versorgungssystem eines Gynäkologischen Krebszentrums gut eingebunden ist.

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Mallmann, wir danken Ihnen für dieses Interview.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs



Frauenleitlinie Früherkennung von Brustkrebs

Von Experten entwickelt und auf das Informationsbedürfnis von Frauen abgestimmt

Krebs-Früherkennungsuntersuchungen haben das Ziel, Tumoren in möglichst frühen Entwicklungsstadien aufzuspüren, denn früh erkannt haben viele Krebserkrankungen eine hohe Heilungschance. Außerdem ist die Behandlung schonender, als wenn sich bereits Tochtergeschwülste gebildet haben. Früherkennungsuntersuchungen werden jedoch durchaus auch kritisch betrachtet, denn sie können Nachteile oder Risiken haben. So ist es beispielsweise möglich, dass eine Krebserkrankung übersehen wird („falsch-negatives Ergebnis“) und sich die Frau in falscher Sicherheit wähnt oder dass aufgrund der Untersuchungsbefunde ein Krebsverdacht geäußert wird, der sich dann bei weiteren Abklärungsmaßnahmen als unbegründet herausstellt („falsch-positives Ergebnis“).

Brustkrebs ist die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen. Früh erkannte Stadien haben eine Heilungschance von über 90 Prozent. Daher ist es wichtig, dass sich jede Frau über die für sie geeigneten Früherkennungsmöglichkeiten informiert und sich anschließend für oder gegen einzelne Untersuchungsmethoden entscheidet. Die neue Broschüre stellt Nutzen und Risiken der Tastuntersuchung, des Ultraschalls, der Röntgenuntersuchung (Mammographie) sowie der Kernspintomographie dar.

„Wir empfehlen allen Frauen, sich ausführlich über die Untersuchungen zu informieren und individuell günstige und möglicherweise schädliche Auswirkungen gegeneinander abzuwägen“, so Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. Hilde Schulte, die für die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. an der Erstellung der Broschüre beteiligt war, ergänzt: „Frauen wollen nicht zu einer Früherkennungsuntersuchung überredet werden, sondern sich selbst auf der Grundlage von qualitätsgesicherten Informationen entscheiden können.“

Um die Entscheidungsfindung zu erleichtern, wurden alle derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Forschungsergebnisse zum Thema Brustkrebs-Früherkennung zusammengetragen, ausgewertet und allgemeinverständlich dargestellt. Im Rahmen eines umfangreichen Kommentierungsprozesses haben zahlreiche Fachexperten die Leitlinie bearbeitet. Die Texte der „Entscheidungshilfe für Frauen“ wurden anschließend im Rahmen einer Studie bewertet und an die Informationsbedürfnisse von Frauen angepasst. „Die Frauenleitlinie soll dazu beitragen, dass mehr Frauen als bisher über die Vor- und Nachteile von Früherkennung Bescheid wissen“, so Professor Dr. Michael Bamberg für die Deutsche Krebsgesellschaft.

Die Frauenleitlinie wurde im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie erarbeitet. Dieses Leitlinienprogramm ist eine gemeinsame Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe. Die Frauenselbsthilfe nach Krebs und die Women’s Health Coalition wurden in die Erstellung der Texte eng eingebunden.

Quelle: Deutsche Krebshilfe

Gesetzlich versicherte Frauen in Deutschland haben ab dem Alter von 30 Jahren Anspruch auf regelmäßige Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen. Ausführliche Informationen über die verfügbaren Angebote enthält die neue Broschüre „Früherkennung von Brustkrebs – Eine Entscheidungshilfe für Frauen“. Sie wurde von zahlreichen Expertinnen und Experten entwickelt und auf die Informationsbedürfnisse von Frauen abgestimmt.

Die Frauenleitlinie „Brustkrebs-Früherkennung“ ist genauso wie die Patientinnenleitlinie „Brustkrebs – die Ersterkrankung und DCIS“, die wir im vorigen Heft vorgestellt haben, kostenlos erhältlich bei der Deutschen Krebshilfe unter der Telefonnummer 02 28/7 29 90-0 sowie zum Download im Internet auf www.krebshilfe.de.

Damit Ihr Hoffnung habt

Motto des Ökumenischen Kirchentages

Über 130.000 Dauerteilnehmer und 40.000 Tagesgäste besuchten vom 12. bis 16. Mai 2010 den Ökumenischen Kirchentag (ÖKT), der diesmal unter dem Leitwort „Damit Ihr Hoffnung habt“ in München stattfand. Dieses Motto hatte uns, den Bundesvorstand der FSH, so angesprochen, dass auch wir bei diesem Ereignis dabei sein wollten.

Zehn Mitglieder der Frauenselbsthilfe aus Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen machten sich daher auf den Weg nach München. Dort bauten sie einen Informationsstand in einer der riesigen Münchner Messehallen auf, die in Anlehnung an den griechischen Markt- und Versammlungsplatz als „Agora“ bezeichnet wurde. An diesem zentralen Ort des Kennenlernens und des Austausches stellten mehr als 900 Verbände und ehrenamtlich arbeitende Gruppen aus Kirche und Gesellschaft sich und ihre Arbeit vor.

Der ÖKT war in vier Themenbereiche aufgegliedert:

- Verantwortlich handeln – Christsein in der einen Welt
- Miteinander leben – Christsein in der offenen Gesellschaft
- Suchen und finden – Christsein und die vielfältigen Orientierungen
- Glauben leben – Christsein in der Vielfalt der Kirchen

Wir waren dem Themenbereich „Miteinander leben“ zugeordnet worden. Anders als bei anderen, nichtmedizinischen Großveranstaltungen hatten wir immer gut zu tun. So konnten wir zahlreiche neue Kontakte knüpfen und viele Ideen sammeln. Auch beim Streifen durch die Hallen bekamen wir viele Anregungen für unsere Arbeit. Der Kirchentag spielte sich jedoch nicht nur auf dem Messegelände ab. Die gesamte Innenstadt von München, die Theresienwiese, das Olympiazentrum und viele Kirchen luden zum Bummeln, Verweilen, Zuhören, Diskutieren und Mitmachen ein. Wichtigstes Identifikationsmerkmal und zugleich Souvenir war der orangefarbene Kirchentagsschal mit dem aufgedruckten Kirchentagsmotto.

Immer wieder liefen uns Prominente aus Politik, Kirche und Gesellschaft über den Weg. Sie waren bei zahllosen Podiumsdiskussionen und Vorträgen zu sehen und zu hören oder saßen unter den Zuhörern. Auch die Bundeskanzlerin kam und forderte bei einer Großveranstaltung, dass wir mit Kraft und Hoffnung auf Besserung die gesellschaftlichen Dinge angreifen müssten. „Wenn ich schon keine Hoffnung habe, die Schwierigkeiten zu überwinden oder das Problem zu lösen“, so Angela Merkel, “dann wird das auch nichts.“ Eine Erfahrung, die wir ähnlich beim Umgang mit unserer Krebserkrankung gemacht haben und eine Einstellung, die wir als Mitglieder der FSH den Ratsuchenden bei unserer Arbeit immer wieder vermitteln.

Überhaupt gab es thematisch viele Parallelen zu dem, was uns in der Verbandsarbeit beschäftigt: Bei der Podiumsdiskussion „Ehrenamt stärken – engagiert im Ehrenamt“, an der sich auch Margot Käßmann beteiligte, ging es um die Wertschätzung und die Bedeutung des Ehrenamtes in der Kirche vor Ort. Das Fazit dieser Veranstaltung, dass eine lebendige Kirche in Zukunft immer mehr vom Charisma und den Fähigkeiten der Ehrenamtlichen abhänge, ist mit der Situation der Selbsthilfeorganisationen sehr wohl vergleichbar. Die Forderung nach einer Zusammenarbeit aller Beteiligten auf Augenhöhe mit demselben Informationsstand in gegenseitiger Wertschätzung wurde dort genauso laut gefordert wie bei uns in der FSH.

hat uns bewegt

Weitere Veranstaltungen zum Thema „Ehrenamt“ waren: „Mitarbeiten sollen wir, aber mitbestimmen sollen wir nicht“ (kommt uns das nicht bekannt vor?) und „Förderung ehrenamtlichen Engagements – immer nur Sonntagsreden“. Für uns waren außerdem insbesondere folgende Themen interessant: „Altern“, „Palliativmedizin“, „Tod und Ethik des Sterbens“, „Generationsgerechtigkeit“, Gesundheit“, „Gentechnik“ und „Stammzellenforschung“. Viele Veranstaltungen besuchten wir nicht nur aus Interesse, sondern auch in der Hoffnung, dort neue Referenten für unsere Veranstaltungen finden zu können.

Damit Ihr Hoffnung habt

„Damit Ihr Hoffnung habt“ lautete das Motto des Kirchentages. Hoffen bedeutete für uns während der Zeit in München konkret:

Hoffentlich
- findet meine Veranstaltung statt.
- ist der Saal noch nicht wegen Überfüllung geschlossen.
- finde ich noch einen Papphocker zum Sitzen,
- hört der Regen bald auf.
- passen alle noch in die U-Bahn.

Aber abgesehen davon war der Kirchentag für uns alle ein beeindruckendes Erlebnis. In guter Erinnerung wird zum Beispiel das friedliche Miteinander der vielen tausend Menschen bleiben, aber auch die große Hilfsbereitschaft der Münchner gegenüber den Gästen mit den orangefarbenen Schals. Hilfebedürftige wurden beachtet, Kinder getröstet und aus den Nachbarn in der Agora in kürzester Zeit gute Bekannte, die sich gegenseitig aushalfen. Es entstand ein fast so schönes Zusammengehörigkeitsgefühl wie in Magdeburg.

Und zum Abschluss noch ein paar Zahlen zum Kirchentag mit persönlichen Anmerkungen:
- 50.000 Papphocker wurden verteilt (ganz schön stabil und heiß begehrt).
- 45.000 Semmeln verschwanden in den Mägen der Teilnehmer (ich habe drei gegessen).
- 504 U-Bahn-Waggons und 359 Linienbusse pendelten ständig hin und her (und waren trotzdem oft überfüllt).
- 3.000 Veranstaltungen und 2.000 Referenten gab es (eine riesige Zahl, oder?).
- 180.000 Quadratmeter standen in den Messehallen zur Verfügung (16 Quadratmeter gehörten uns).
- 1,5 Tonnen Kaffee wurden aufgebrüht (den brauchten wir auch dringend zum Aufwärmen).
- 6.000 ehrenamtliche Helfer waren im Einsatz (die immer viel Arbeit hatten).

Heidemarie Haase und Bärbel Reckers
für die Frauenselbsthilfe nach Krebs
auf dem ÖKT

Ärztliche Schlichtungsstellen

Die bessere Alternative zum Zivilprozess?

Ärztliche Arbeit ist, wie jegliche andere Tätigkeit auch, nicht immer fehlerfrei und selbst bei fehlerfreiem Handeln können Patienten durch unvermeidbare Risiken Gesundheitsschäden erleiden.

Ca. 40.000 zivilrechtliche Arzthaftungsstreitigkeiten werden deswegen jährlich in Deutschland geführt. Zivilgerichte, medizinische Dienste der Krankenkassen, Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen und Berufshaftpflichtversicherer der Ärzte bearbeiten diese Fälle zu etwa gleichen Teilen.

Es gibt gute Gründe, nach Alternativen zur gerichtlichen Auseinandersetzung zu suchen. Zum einen ist in Zivilprozessen stets mit einem hohen Kostenrisiko zu rechnen, weil dort ein medizinisches Sachverständigengutachten in Arzthaftungssachen verpflichtend ist. Hinzu kommen Gerichts- und Anwaltskosten der beteiligten Parteien. Außerdem kann die Dauer der gerichtlichen Verfahren bis zur rechtskräftigen Entscheidung über mehrere Instanzen hinweg einige Jahre betragen. Dies ist, ganz abgesehen von dem damit verbundenen Zeit- und Arbeitsaufwand, in den meisten Fällen mit psychischen Belastungen für beide Prozessparteien verbunden.

Um Patienten wie Ärzten die Möglichkeit zu bieten, Streitigkeiten in einem außergerichtlichen Verfahren zu klären und beizulegen, richteten die deutschen Ärztekammern in den Jahren 1975 bis 1977 (seit 1990 auch in den neuen Bundesländern) flächendeckend ärztliche Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ein. Die Konzeption: Es soll sich um unabhängige Stellen handeln, die objektiv und kompetent medizinische und juristische Fragen zu klären in der Lage sind. Die Verfahren sollen sich durch Waffengleichheit, Transparenz, minimale Formalismen und kurze Dauer von dem als unbefriedigend empfundenen Zivilprozessweg abheben.

Das Verfahren der außergerichtlichen Streitschlichtung

Das Verfahren der außergerichtlichen Streitschlichtung (regionale Unterschiede sind durchaus vorhanden) wird im Folgenden am Beispiel der Norddeutschen Schlichtungsstelle dargestellt, die derzeit jährlich mehr als 4.000 Anträge bearbeitet. Seit 1976 haben sich mehr als 82.000 Patienten an diese Stelle gewandt. Antragsberechtigt sind gleichermaßen alle in Betracht kommenden Beteiligten eines Verfahrens, also Patienten, in Anspruch genommene Ärzte, Krankenhausträger und deren Versicherer. Die Teilnahme am Verfahren, das grundsätzlich schriftlich durchgeführt wird, ist freiwillig. Die Schlichtungsstelle kann nur bei Zustimmung sämtlicher Beteiligter tätig werden.

- Als erster Schritt genügt ein schriftlicher Antrag mit einer Darstellung des Sachverhalts aus der Sicht des Antragstellers. Formulare für die erforderliche Schweigepflichtentbindungserklärung und ein Fragebogen können aus dem Internet herunter geladen werden. Dort finden sich auch weitere Informationen über die Schlichtungsstelle.

- Danach beschafft die Schlichtungsstelle die für die Beurteilung relevanten Krankenunterlagen. Liegen diese vor, erarbeiten das zuständige fachärztliche Mitglied der Schlichtungsstelle und der für die Bearbeitung des Falles zuständige Jurist gemeinsam einen Fragenkatalog und suchen für dessen Beantwortung einen geeigneten externen Gutachter aus. Alle Beteiligten des Verfahrens erhalten Gelegenheit, sich dazu zu äußern.

- Sobald das externe Gutachten vorliegt, wird den Beteiligten wiederum Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Im Anschluss nehmen das fachärztliche Mitglied und der Jurist der Schlichtungsstelle eine Beurteilung der Haftpflicht vor. Bei Bejahung der Ansprüche werden die erforderlichen Regulierungsverhandlungen über die Höhe etwa zu zahlender Schadenersatzbeträge zwischen Patienten(-vertretern) und Haftpflichtversicherern direkt geführt. Abschließend wird bei neuem Tatsachenvortrag der Parteien eine erneute Beurteilung vorgenommen. Die dann folgende Beurteilung beendet das Schlichtungsverfahren endgültig.

Unterschiede zum Zivilprozess

Das norddeutsche Schlichtungsverfahren unterscheidet sich grundlegend vom Zivilprozess. So ist im Schlichtungsverfahren – im Gegensatz zum Zivilprozess – auch die Berufshaftpflichtversicherung des Arztes, die im Fall begründeter Ansprüche für den Schaden eintreten würde, unmittelbar eingebunden. Die Teilnahme am Verfahren ist freiwillig.

Im Zivilprozess gilt die sogenannte Parteimaxime. Das bedeutet, dass die Prozessparteien weitgehend den Streitgegenstand bestimmen können, den das Gericht bewerten soll. Die Schlichtungsstelle verfährt dagegen nach dem Untersuchungsgrundsatz, das heißt, sie klärt im Sinne der angestrebten Waffengleichheit von sich aus den Sachverhalt auf. Der Patient als medizinischer Laie unterliegt hier nicht der Pflicht, den Behandlungsfehler und den verursachten Schaden differenziert darzustellen, wie es im Zivilprozess grundsätzlich der Fall ist.

Zeugenvernehmungen werden weder in mündlicher noch in schriftlicher Form durchgeführt. Der Grund liegt darin, dass die Rechtsprechung den Krankenunterlagen, wenn sie zeitnah erstellt wurden und vollständig sind, einen sehr hohen Beweiswert zuerkennt, der nur schwer durch Zeugenaussagen erschüttert werden kann.

In der Schlichtungsstelle wird – im Gegensatz zum Gericht – jeder Fall von einem Juristen und einem Facharzt in enger Kooperation bearbeitet.

Schlichtungsverfahren dauern durchschnittlich 14 Monate, Zivilprozesse in der Regel mehrere Jahre. Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist unverbindlich. Rechtsnachteile entstehen den Beteiligten nicht. Ihnen steht der Weg zu den ordentlichen Gerichten jederzeit offen und die Verjährung ist während der Dauer des norddeutschen Schlichtungsverfahrens gehemmt.

Eine 2007 durchgeführte Evaluation von 800 im Jahre 2002 abgeschlossenen Schlichtungsverfahren zeigt, dass in 727 Fällen Zivilprozesse vermieden werden konnten. Lediglich in 73 Fällen kam es nachfolgend zu einem Gerichtsverfahren.

Fazit

Arzthaftungsprozesse sind oft langwierig, mit großem prozessualen Aufwand und hohem Kostenrisiko für die Parteien verbunden. Ärztliche Schlichtungsstellen können den individuellen Konflikt zwischen Arzt und Patient in der Regel schneller lösen. Sie unterscheiden sich grundlegend vom Zivilprozess, den sie nicht ersetzen sollen und auch nicht können. Als alternatives außergerichtliches Verfahren zur Streitbeilegung in Arzthaftungsangelegenheiten haben sie sich in vielen tausend Fällen bewährt und Zivilprozesse verhindert.

Rechtsanwalt Johann Neu,
Geschäftsführer Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der Norddeutschen
Ärztekammern

Erweiterte Bundesvorstandssitzung in Bremen

Gemeinsam zu neuen Horizonten

Die unverwechselbaren Wahrzeichen von Bremen sind das prächtige Rathaus im Stil der Weser-Renaissance (UNESCO Welterbe), die ungewöhnliche Architektur der traditionsreichen Böttcherstraße, der Bremer Dom und die ehrwürdige Figur des Roland auf dem historischen Marktplatz. Im „Schnoor“, Bremens ältestem Stadtviertel, wird die Vergangenheit lebendig: Kleine, schmale Fachwerkhäuser aus dem 15. und 16. Jahrhundert reihen sich aneinander wie die Perlen an einer Schnur, plattdeutsch „Schnoor“. In Bremen wird Tradition gelebt und Zukunft neu gestaltet, das passt zum Motto der FSH.

Das Märchen der Bremer Stadtmusikanten wird auf der ganzen Welt erzählt, gelesen und geliebt. Haus und Hof ließen sie zurück und machten sich auf den Weg in die Stadt Bremen, um dort Stadtmusikanten zu werden. Auch ich machte mich im Juni auf nach Bremen, aber nicht, um zu musizieren, sondern gespannt und neugierig auf meine erste erweiterte Vorstandssitzung des Bundesverbandes.

Schon beim gemeinsamen Kaffeetrinken war Zeit zum Austausch und ersten Kennenlernen. Die umfangreiche Tagesordnung versprach einiges an interessanten Themen: Berichte der Landesvorstände, der Bericht des Bundesvorstands, die Nachlese zum Deutschen Krebskongress, Aktuelles aus dem Gesundheitswesen, neue Konzepte und Ideen für Gruppengründungen und vieles mehr.

Erst die Arbeit ...

Die Tagung begann mit einer Vorstellungsrunde, in der alle Anwesenden die Frage beantworteten, was sie am Ende der Vorstandssitzung gern für sich geklärt hätten. Die Antworten wurden gesammelt und auf Kärtchen geschrieben. Im Anschluss daran berichteten die Mitglieder der einzelnen Landesvorstände. Es war interessant zu hören, welche unterschiedlichen Themen die Landesverbände im ersten Halbjahr bewegt hatten, was für Erfolge zu verzeichnen waren und was im zweiten Halbjahr Priorität haben würde.

Der Bericht des Bundesvorstandes unter anderem zu den Themen „Neues Informationsmaterial“, „Netzwerkgründung für Männer mit Brustkrebs“ oder „Qualifizierung der Landesvorstände“ war ebenfalls sehr informativ.
Nach dem Abendessen des ersten Tages war Zeit für einen Spaziergang an der beliebten Bremer Weserpromenade, der „Schlachte“, und für ein gemütliches Beisammensein.

„Aktuelles aus dem Gesundheitswesen“ stand am zweiten Tag auf der Tagesordnung. Hilde Schulte stellte den Nationalen Krebsplan mit seinen vier Handlungsfeldern – Früherkennung, Versorgungsstrukturen, Arzneimittelversorgung, Patientenkompetenz – und den Zielen, die diesen zugeordnet sind, sehr anschaulich dar. Die FSH ist an drei Handlungsfeldern aktiv beteiligt. Brigitte Overbeck-Schulte berichtete über die Arbeit der Fachausschüsse, neue S3-Leitlinien und Fragen der Qualitätssicherung.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt war das Projekt „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“. Ziel des Projektes, das Hilde Schulte vorstellte, ist es, das über lange Jahre mündlich weitergegebene Wissen zur Führung eines

aufbrechen

bundesweit tätigen, ehrenamtlich arbeitenden Verbandes schriftlich festzuhalten und an die nachfolgenden Generationen weiterzugeben.

Die Nachfolge auf allen Ebenen des Verbandes ist immer wieder ein aktuelles und wichtiges Thema. Sie kann nur dann gut gelingen, wenn geeignete jüngere Mitglieder frühzeitig und umfassend in die Arbeit mit einbezogen und an den anstehenden Aktivitäten und Planungen beteiligt werden. In Arbeitsgruppen wurden die Fragen „Wie kann Nachfolge gelingen?“ und „Welche Probleme können bei der Nachfolgesicherung auftreten?“ thematisiert.

... dann das Vergnügen

Am späten Nachmittag erkundeten wir die Schönheiten der historischen Bremer Innenstadt. Bei unserem Stadtrundgang erfuhren wir etwas über die Geschichte und Bewohner der Hansestadt. Natürlich durfte ein Besuch bei den Bremer Stadtmusikanten, die als Bronzeskulptur vor dem Rathaus verewigt sind, auf unserem Rundgang nicht fehlen. Übrigens bringt es Glück, den Esel an den Beinen zu berühren, was dann auch viele von uns gleich ausprobierten. Wenn man es richtig macht, hat man einen Wunsch frei. Wichtig ist hierbei, dass man mit beiden Händen die Beine des Esels umfasst. Nimmt man nur eine Hand, so die Bremer, sagen sich zwei Esel „Guten Tag“.

Am letzten Tag gab es noch zwei weitere interessante Themenschwerpunkte. Vormittags beschäftigten wir uns in einem Workshop mit dem Thema: „Gruppengründungen – Neue Konzepte und Ideen“. In Kleingruppen diskutierten wir über altersgerechte Formen der Ansprache, Konzepte zur Gruppenneugründung und die Aufnahme bereits vorhandener Krebsselbsthilfegruppen in die FSH. Am Nachmittag informierte uns Herr Ammon über Organisation und Verlauf der Patientenkongresse, die vom Patientenbeirat der DKH initiiert werden.

@ pixelio: Anne-Bermüller

Mit einem Ausblick auf die Bundestagung im August in Magdeburg endete die Erweiterte Vorstandssitzung.

Am Schluss der Tagung konnten wir feststellen, dass alle Fragen, die wir am ersten Tag gesammelt hatten, beantwortet worden waren. Bei der Abschlussrunde fanden alle, dass es, nicht zuletzt wegen der hervorragende Moderation von Brigitte Overbeck-Schulte, eine sehr harmonische gemeinsame Zeit war – angefüllt mit interessanten Themen und Inhalten. Ich bekam einen Einblick in die vielfältigen Aufgaben des Bundesverbandes und konnte neben ganz persönlichen Erlebnissen und Eindrücken auch neue Erkenntnisse mit nach Hause nehmen.

Helga Klafft
Landesverband Hamburg/ Schleswig-Holstein

Kinderwunsch und Krebs

Was beachtet werden sollte

Da Krebs in jungen Jahren äußert selten auftritt, betrifft das Thema Kinderwunsch bei Krebs keinen großen Kreis. Doch angesichts des steigenden Durchschnittsalters der Erstgebärenden wächst auch die Zahl derjenigen, die an Krebs erkranken, bevor sie sich ihren Kinderwunsch erfüllt haben. Welche Probleme bei einer Schwangerschaft nach Krebs und z.B. Chemotherapie auftreten können, ist noch nicht gut erforscht. Der Krebsinformationsdienst gibt jedoch einige generelle Hinweise und Tipps.

Eine Schwangerschaft sollte nicht vor dem Ende einer Krebsbehandlung und einer der Krankheit angemessenen Wartefrist geplant werden, so die Empfehlung des KID. Als Faustregel gelten ungefähr zwei Jahre. Diese Angabe ergibt sich aus der durchschnittlichen Dauer vieler Behandlungsverfahren, der Rehabilitation bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und aus der Zeit, die Betroffene in der Regel zur Bewältigung und Verarbeitung der Erkrankung brauchen. Auch ist das Risiko für einen Rückfall bei vielen Tumorarten innerhalb dieser Zeitspanne am größten und wird erst danach geringer.

Wie Betroffene und ihre Partner die Krankheit als Paar gemeistert haben, spielt bei der Zeitplanung ebenfalls eine Rolle: Nicht immer gelingt die Bewältigung einer Krebserkrankung bei Patienten, Angehörigen und Freunden gleich schnell – der eine braucht mehr, der andere weniger Zeit. Auch die persönliche Risikobereitschaft zu einer Familiengründung hängt sehr von dem Gefühl ab, wieder stabil ins Leben integriert zu sein, ohne ständig eine Last zu tragen oder dem Partner diese abnehmen zu müssen.

Die Chance, nach einer erfolgreichen Krebstherapie schwanger zu werden, bestimmen viele individuelle Faktoren, etwa die Art der Erkrankung und der Behandlung. Operationen, Chemotherapie, Bestrahlung oder Hormontherapie können die Fruchtbarkeit beeinträchtigen.

Wer Angst hat, das Krebsrisiko weiter zu vererben, kann sich vom behandelnden Arzt an eine genetische Beratungsstelle überweisen lassen. Gerade dann, wenn eine Krebserkrankung untypisch früh aufgetreten ist, zum Beispiel Brustkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs, hilft eine solche Beratung, die Risiken für den zukünftigen Nachwuchs besser einschätzen zu können.

Quelle: Krebsinformationsdienst

Wir sind Oma geworden!

Unsere Kassiererin, Ute Schöer, hat mit 41 Jahren ihr erstes Kind bekommen – ein wunderschönes, gesundes Mädchen namens Maira! Und das nach Brustkrebs und Chemo-Therapie. Wenn das nicht allen Mut macht, die sich nach Krebs noch ein Kind wünschen. Wir freuen uns alle sehr! Bei den Gruppentreffen ist Maira jetzt immer mit dabei.

Gruppe Emmerich/
Landesverband Nordrhein-Westfalen

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie

30 Jahre Forschung und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Auch in diesem Jahr haben Mitglieder des Bundesvorstandes der Frauenselbsthilfe nach Krebs wieder an der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) teilgenommen, auf der Experten darüber diskutieren, wo sich die Versorgung der Patientinnen verbessert hat und wie die Erfolge weiter optimiert werden können. Eines der Kongressthemen war in diesem Jahr die Verbesserung der Einbindung von Selbsthilfe.

Die FSH konnte im wissenschaftlichen Teil des Kongresses ein eigenes Symposium mit dem Titel „Zusammenarbeit Brustzentren und Selbsthilfe im Wandel“ gestalten. Daneben gab es weitere wichtige Themen. Hier einige interessante Fakten:

Studie zu Mindestmengen

Ob die Zentralisierung der Behandlung des Mammakarzinoms mit einer Mindestanzahl an Fällen pro Jahr das Überleben von Patientinnen tatsächlich verbessern kann, wurde in einer amerikanischen Studie mit 47.890 Patientinnen untersucht. Die Auswertung zeigt einen deutlichen Überlebensvorteil der Frauen, die in einem Zentrum operiert worden waren, in dem mehr als 150 Brustkrebsoperationen pro Jahr durchgeführt wurden.

Überlebensvorteil durch Spezialistenbehandlung

Eine schottische Forschergruppe untersuchte, inwieweit die Behandlung der Patientinnen durch einen Spezialisten von Vorteil ist. Die Analyse zeigte eine um neun Prozent höhere Fünf-Jahres- beziehungsweise eine um acht Prozent höhere Zehn-Jahres-Überlebensrate und eine Reduzierung des Sterberisikos um 16 Prozent bei den Patientinnen, die von einem Spezialisten behandelt wurden, unabhängig von Alter, sozioökonomischem Status und Tumorgröße.

Rezertifizierungen erforderlich

Für die Zentrenbildung in Deutschland zog Prof. Wallwiener, Vorsitzender der DGS, die Bilanz, dass die Bildung eines deutschlandweiten Netzwerks von zertifizierten Brustzentren nun zwar weitgehend erreicht, als nächster Schritt jedoch eine Rezertifizierung mit noch höheren Standards erforderlich sei.

Verständnis für psychische Folgen

Tagungspräsidentin Prof. Ingrid Schreer wies in ihrem Kongressbeitrag auf die Erfolge hin, die durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Radiodiagnostikern, Hispathologen, Strahlentherapeuten, Gynäkologen und internistischen Onkologen entstanden seien. Diese Zusammenarbeit habe dazu geführt, dass das Augenmerk nicht nur auf die Senkung der Sterblichkeitsrate, sondern auch auf ein besseres Leben mit Krebs gerichtet worden sei. Dazu gehöre ein neues Verständnis für die psychischen Folgen von Radikaloperationen und deren Minderung durch die Möglichkeiten des Brusterhalts.

Die kontinuierlichen Weiterentwicklungen in den jeweiligen Fachgebieten hätten zu immer weniger Traumata und kürzeren Primärbehandlungszeiten geführt. Heute ziele die Therapie weg vom Gießkannenprinzip mit dem Risiko der Übertherapie hin zu individualisierter und adaptierter Therapie.

Blick der Patientinnen

Auf der Presskonferenz wurde deutlich, dass die Versorgungsrealität nicht immer mit den Konzepten übereinstimmt. Brigitte Overbeck-Schulte hatte Gelegenheit, einige Mängel und Defizite aus Sicht der Selbsthilfe darzulegen (s. Unser Standpunkt).

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Unser Standpunkt

Bewusstsein für Patientenbedürf

Zentrales Anliegen der FSH ist es, das Bewusstsein der Ärztinnen und Ärzte dafür zu schärfen, welchen Vorteil nicht nur die Patientinnen sondern, auch die Leistungserbringer durch die Unterstützung der Selbsthilfegruppen haben. Hier einige der Kernaussagen der FSH:

- In vielen Kliniken ist nach wie vor die Einsicht in die Notwendigkeit von psychosozialen Unterstützungsangeboten durch Selbsthilfeorganisationen nicht ausreichend vorhanden. Immer noch werden wir offensichtlich als Konkurrenz im Medizinbetrieb empfunden. Die Kooperationsverträge mit den Kliniken sind dann das Papier nicht wert, auf dem sie stehen.

- Angesichts der immer kürzer werdenden Liegezeiten – im Extremfall nur noch 24 Stunden nach OP – kann in Brustzentren die psychoonkologische Betreuung selbst bei gutem Willen kaum mehr stattfinden. Gleiches gilt für die Einbindung der psychosozialen Unterstützung durch Selbsthilfe.

- Die Patientin als Partnerin, Shared Decision Making (SDM) und partizipative Entscheidungsfindung – das sind heute noch zu oft nur leere Worte. Die wenigen guten Beispiele einer partnerschaftlichen Arzt-Patientinnen-Beziehung können nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Medizinalltag die Beteiligung der Patientin bei Therapieentscheidungen und Behandlungsablauf noch nicht eingekehrt ist. Hier besteht aus Sicht der FSH nach wie vor dringender Handlungsbedarf. Gerade angesichts knapper Kassen und einer demographischen Entwicklung, die eine immer höhere Zahl an Krebspatienten erwarten lässt, sollte das Medizinsystem verstärkt auf die Möglichkeiten zugreifen, die Selbsthilfe bietet. Vieles, was im Medizinalltag heute nicht zu leisten ist, könnte die Selbsthilfe auffangen, wenn denn die professionellen Partner sich auf die Erfahrungskompetenz der Vertreter der Selbsthilfe einlassen und dies nicht zuletzt auch zu ihrer eigenen Entlastung nutzen würden.

- Die Interessenvertretung der Patientinnen in den diversen Gremien der Brustzentren ist nach wie vor mangelhaft. Ausschließlich über (endlose) Fragebögen, die immer nur einen situativen Ausschnitt der Bedürfnisse und Befindlichkeiten von Patientinnen wiedergeben und außerdem vom Interesse der Fragenden geleitet sind, lässt sich nicht wirklich ermitteln, wo Mängel in der Umsetzung der vielen guten und sinnvollen Regelungen und Empfehlungen für die Versorgung im Zentrum auftreten.

- Die Bildung spezialisierter Zentren für die Behandlung von Brustkrebs hat zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patientinnen beigetragen. Diese Verbesserung auf der stationären Seite kann aber nur dann wirklich erfolgreich sein, wenn der Weg in die ambulante Versorgung mit begleitet und unterstützt wird. Noch hört die optimale individuelle Versorgung oft an der Kliniktür mit der Aufschrift „Ausgang“ auf. Patientinnen werden ohne konkrete Therapieplanung entlassen und sind gezwungen die weitere Versorgung allein zu organisieren.

- Die Zeit der Nachsorge spielt – angesichts der Entwicklung von Krebs hin zu einer chronischen Erkrankung – im Krankheitsmanagement eine immer zentralere Rolle, zumal die modernen systemischen Therapien über viele Jahre gehen und daher eine langfristige Betreuung und Begleitung erfordern. Aus Patientensicht fehlen – trotz aller positiven Entwicklungen – nach wie vor aussagekräftige Informationen zu Art, Umfang und Zeitpunkt einzelner Nachsor-

nisse schärfen

gemaßnahmen. Auch die Frage der Zuständigkeit – Brustzentrum, niedergelassener Gynäkologe, niedergelassener Onkologe – ist nicht ausreichend geklärt.

- Im Bereich der Nachsorge fällt besonders negativ auf, dass die psychoonkologische Versorgung nicht ausreichend verankert ist. Von Brustkrebs betroffene Frauen brauchen langfristige psychologische Betreuung und nicht nur nach der Operation. Hier können die psychosoziale Betreuungsangebote der Selbsthilfe greifen. Doch einer stärkeren Einbindung steht auch hier, wie in den Brustzentren, nach wie vor die fehlende Akzeptanz von Selbsthilfe-Organisationen bei den niedergelassenen Ärzten im Weg.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

KURZINFO

Patienteninformation zum Mammographie-Screening wurde überarbeitet

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und die Kooperationsgemeinschaft Mammographie (KoopG) haben das Merkblatt für das Mammographie-Screening aktualisiert. Frauen sollen mit dem neuen Merkblatt ausgewogen und noch strukturierter über Inhalte sowie über Vor- und Nachteile des Programms zur Brustkrebsfrüherkennung aufgeklärt werden, um auf dieser Basis eine informierte und individuelle Entscheidung über eine Teilnahme treffen zu können.

Mit dem neuen Merkblatt sei es gelungen, die Anforderungen an eine glaubwürdige und verständliche Patienteninformation zu erfüllen, erläutert Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des G-BA. Es biete den betroffenen Frauen eine sehr gute Orientierung bei ihrer persönlichen Entscheidung über eine Teilnahme am Programm, in dem es über Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise des Screenings informiert.

Eine Überarbeitung des Merkblatts, das Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren mit der postalischen Einladung zur Untersuchung erhalten, war nötig geworden, da das bislang verwendete Merkblatt – gemessen an aktuellen Standards, die diverse Forderungskataloge an zeitgemäße Patienteninformationen stellen – Defizite vor allem in der Sprache und in der ausgewogenen Darstellung der Vor- und Nachteile aufwies. Die Patientenvertretung im G-BA, in der auch die Frauenselbsthilfe nach Krebs aktiv ist, war an der Überarbeitung beteiligt.

Das Merkblatt kann sowohl auf der Website des G-BA als auch auf der Website der KoopG abgerufen werden. Es ist dort in englischer, griechischer, italienischer, kroatischer, polnischer, russischer und türkischer Übersetzung verfügbar.

http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/publikationen/merkblaetter/
http://www.mammo-programm.de/service/infomaterial-allgemein.php

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

Nationaler Krebsplan

Stärkung der Patientenorientierung

Trotz Fortschritten in der Krebsbekämpfung bestehen nach wie vor viele Lücken in Früherkennung und Versorgung. Um Problembereiche besser identifizieren und Lösungswege erarbeiten zu können, hat das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren im Juni 2008 den sogenannten Nationalen Krebsplan (NKP) ins Leben gerufen.

Neu sind die Themen des NKP nicht. Es gibt bereits zahlreiche Einzelinitiativen und Projekte, die aus den unterschiedlichen Blickwinkeln an der Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten arbeiten. Aber bislang fehlte es an einer Bündelung der verschiedenen Maßnahmen und auch an der Umsetzung von Ergebnissen im Medizinalltag. Ziel des NKP ist es, diese Aktivitäten wirksamer aufeinander abzustimmen. In den Arbeitsgruppen des NKP, der in vier Handlungsfelder mit insgesamt 13 Zielen unterteilt ist, wirken Profis aus allen in der onkologischen Versorgung von Patienten tätigen Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens mit. Für die Patientenseite ist neben anderen die Frauenselbsthilfe nach Krebs vertreten. Das vierte Handlungsfeld des NKP, das hier vorgestellt werden soll, betrifft die Stärkung der Patientenorientierung. Darin geht es um:

- Qualitätsgesicherte Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote (Ziel 11)
- Kommunikative Kompetenz der Leistungserbringer (Ziel 12a)
- Stärkung der Patientenkompetenz (Ziel 12b)
- Partizipative Entscheidungsfindung (Ziel 13)

Qualitätsgesicherte Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote

Krebspatientinnen und -patienten brauchen niederschwellige, zielgruppengerechte und qualitätsgesicherte Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote, und das nicht nur bei der Diagnosestellung und in der Akutbehandlung, sondern im gesamten Behandlungsverlauf und in der Nachsorge. Zwar gibt es heutzutage eine Fülle an Informationen von unterschiedlichen Anbietern. Deren Qualität und Verlässlichkeit ist jedoch als eher gering einzustufen. Daher ist es Patienten zurzeit kaum möglich, eine Abwägung über Nutzen und Schaden einer Maßnahme auf der Grundlage des vorhandenen Informationsangebotes zu treffen.

Im NKP werden nun fachliche Standards und Bewertungsinstrumente erarbeitet, damit gute von schlechten Informationen über Krebs unterschieden werden können. Die so entwickelten einheitlichen Qualitätsmerkmale beziehen sich dabei nicht nur auf die Informationen selbst, sondern auch auf die Organisationen und Institutionen, die diese anbieten.

Als erster konkreter Schritt wurde von den am NKP beteiligten Organisationen ein internetbasiertes „Netzwerk Krebsinformation“ unter Federführung des Krebsinformationsdienstes (KID) gegründet. Es dient als Plattform für Institutionen, Organisationen und Gruppen, die qualitätsgeprüfte Informationen auf der Basis einheitlicher Standards bereitstellen wollen. Dieses Netzwerk fördert den wissenschaftlich fundierten Austausch und die bessere Vernetzung von Anbietern und Angeboten.

Stärkung der kommunikativen Kompetenz der Ärzte

Von den kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte hängt es wesentlich ab, inwieweit Betroffene qualitativ hochwertig informiert werden. Das Gespräch mit Patienten erfordert aufgrund des lebensbedrohlichen Charakters einer Krebserkrankung besonderes Einfühlungsvermögen. Als ein weiteres Ziel des NKP ist daher festgehalten, dass alle in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten eines adäquaten Umgangs mit Krebspatienten und ihren Angehörigen verfügen sollen. Bislang besteht hier ein Manko im Ausbildungskanon der an der onkologischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Das Angebot für den Erwerb kommunikativer Kompetenzen ist auf Einzelinitiativen beschränkt und erfolgt nicht regelhaft. Als notwenige Maßnahme empfiehlt die NKP-Arbeitsgruppe daher, die patientenzentrierte Kommunikation als verpflichtenden Teil in den Ausbildungsord-

nungen zu verankern. Aber auch die Fort- und Weiterbildung im Rahmen des Erwerbs von Facharzt- und Zusatztiteln soll in dieser Hinsicht optimiert werden. Die FSH setzt sich in dieser Arbeitsgruppe des NKP außerdem dafür ein, dass künftig die Bedeutung von Krebs-Selbsthilfeorganisationen und die Kooperation mit Selbsthilfegruppen verpflichtender Teil der Ausbildung sind.

Seit einiger Zeit wird der Begriff Patientenkompetenz im Zusammenhang mit Krebserkrankungen immer häufiger verwendet. Er ist Ausdruck der grundlegenden Veränderungen im Rollenverhalten zwischen Ärzten und Patienten, weg von einer paternalistisch verstandenen Beziehung hin zu einer gleichberechtigten Partnerschaft.

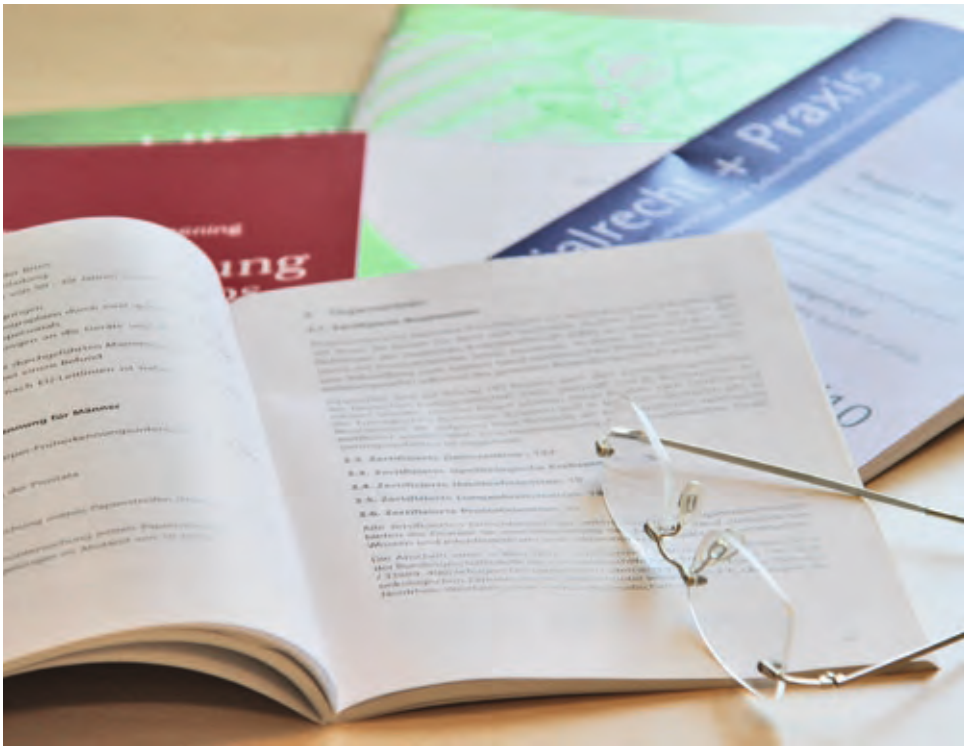
Stärkung der Patientenkompetenz

Patientenkompetenz lässt sich aus Sicht der Patienten beschreiben als die Fähigkeit und das Bestreben, einen individuellen Weg mit der Krankheit zu gehen und aus eigenen Kräften zur Verbesserung des Krankheitsverlaufs beizutragen. Dazu gehört es auch, Fragen zu stellen, patientengerechte Informationen und eine individuelle Beratung einzufordern sowie kritisch reflektiert die Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen. Aus wissenschaftlicher Sicht ist Patientenkompetenz die Fähigkeit der Patienten, die Aufgaben zu bewältigen, denen sie sich im Kontext ihrer jeweiligen Erkrankung gegenübersehen. Kollektive Patientenkompetenz wiederum zeigt sich in der Einflussnahme auf die Gestaltung des Gesundheitssystems und in der Mitwirkung bei der Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten, die sich an den Belangen und Bedürfnissen von Patienten orientieren.

Bevor jedoch die Patientenkompetenz gestärkt werden kann, so die einhellige Meinung aller an dieser Arbeitsgruppe beteiligter Experten, muss zunächst herausgefunden werden, welche Informations- und Beteiligungswünsche Betroffene in den verschiedenen Krankheitsphasen haben. In einem weiteren Schritt werden dann qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Angebote zur Schulung, Information und Beratung von Patienten entwickelt.

Partizipative Entscheidungsfindung

Die Umsetzung der drei bisher genannten Ziele „Information“, „Kommunikation“ und „Patientenkompetenz“ sind Voraussetzungen für die Realisierung von Ziel 13 des NKP. Sie sind die Basis für eine partizipative (gemeinsame) Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient, also dafür, dass Patienten aktiv in die Entscheidungen über medizinische Maßnahmen mit einbezogen werden.



Nationaler Krebsplan – Stärkung der Patientenorientierung

Die partizipative Entscheidungsfindung soll künftig nach einem klar erkennbaren Ablauf mit aufeinander aufbauenden Schritten erfolgen. Ein Konzept dafür gibt es bereits. Es wurde für chronische Erkrankungen entwickelt und ist für Tumorerkrankungen besonders geeignet, weil hier komplexe Behandlungsabläufe mit stark variablen Kurz- und Langzeitnebenwirkungen sowie bedeutsamen Auswirkungen auf die körperliche und psychische Lebensqualität der Patienten bestehen.

Damit Ziel 13 erreicht werden kann, ist unter anderem vorgesehen, für die Onkologie nutzbare spezifische medizinische Entscheidungshilfen zu erarbeiten. Außerdem sollen Trainingsmodule zur partizipativen Entscheidungsfindung in die entsprechenden Ausbildungsordnungen integriert werden.

Auf einem guten Weg

Der Nationale Krebsplan ist aufgrund von EU-Empfehlungen und der medizinischen und strukturellen Veränderungen ins Leben gerufen worden. Mit seinen Zielen zeigt er auf, wie den derzeitigen Herausforderungen begegnet werden kann und welche Maßnahmen erforderlich sind, um eine hochwertige, onkologische Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Es sind durchaus erreichbare Ziele und die Umsetzung ist aufgrund der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Veränderungen zwingend notwendig. Die angestrebten Veränderungsprozesse sind jedoch meist langwierig und lassen sich nicht von heute auf morgen und nicht von allein umsetzen. Aber wir sind auf einem guten Weg.

Hilde Schulte
Für die FSH im Handlungsfeld 4 des NKP

Kontaktwünsche

Patientin mit **familiärer adenomatöser Polyposis**, einer Erkrankung, die unbehandelt zu Darmkrebs führt, sucht Erfahrungsaustausch mit gleich- oder ähnlich Betroffenen: Kontakt über den Landesverband Baden-Württemberg, Tel. 07420-910251.

Patientin mit **Marginalzonenlymphom in der Augenhöhle** sucht Erfahrungsaustausch mit gleich- oder ähnlich Betroffenen. Kontakt über die Gruppe Nordkreis Diepholz, Tel: 04203-1741.

Termine 2010

(soweit bei Redaktionsschluss bekannt)

September

20. – 22.09.	Workshop 4: „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“ in Fulda
24. – 25.09.	LV Thüringen: Landestagung in Jena mit Qualifizierung der Selbsthilfeberatung (Block 5)
24. – 26.09.	LV Rheinland-Pfalz/ Saarland: Landestagung in Speyer
25.09.	Patientenkongress in Göttingen
28. – 29.09.	LV Mecklenburg-Vorpommern: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung (Block 4 und 5) in Waren/Müritz
30.09.	LV Baden-Württemberg: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung (Block 2) in Freiburg

Oktober

01. – 03.10.	LV Nordrhein-Westfalen: Landestagung in Münster
01. – 03.10.	LV Hamburg/ Schleswig-Holstein: Landestagung in Bad Segeberg mit Qualifizierung der Selbsthilfeberatung (Block 5)
02. – 03.10.	LV Berlin/ Brandenburg: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung (Block 2 und 3) in Erkner
09. – 10.10.	LV Sachsen-Anhalt: Landestagung in Halle
18. – 21.10.	Gesamtvorstandssitzung in Erkner
29. – 31.10.	LV Bayern: Landestagung mit Qualifizierung der Selbsthilfeberatung (Block 4) in Weisendorf

November

03.11.	Tag der Krebs-Selbsthilfe
13.11.	LV Nordrhein-Westfalen: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung (Block 7) in Dortmund,
27.11.	Patientenkongress in Regensburg

Mehr Zeit für Hausbesuche

Medizinische Fachangestellte sollen Ärzte entlasten

Menschliche Zuwendung ist unentbehrlich für den Behandlungserfolg des Arztes. Aber Zuwendung erfordert Zeit. Diese Zeit ist für viele Ärztinnen und Ärzte angesichts voller Wartezimmer meist knapp bemessen. Hinzu kommt, dass angesichts der wachsenden Anzahl älterer und mehrfach kranker Patienten, die nicht mehr in die Praxis kommen können, immer häufiger Hausbesuche abgestattet werden müssen.

Um den drohenden Versorgungsengpässen insbesondere in strukturschwachen Gebieten zu begegnen, ist es in vielen Fällen sinnvoll, Hausbesuche unter Verantwortung des Arztes an speziell fortgebildete Medizinische Fachangestellte zu delegieren. Die Voraussetzungen dafür wurden im April 2009 vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen geschaffen, der eine Kostenpauschale für an Praxismitarbeiterinnen delegierte Hausbesuche einführte. Die Abrechnung ist an verschiedene Bedingungen geknüpft, wie z.B.:

- Für das Gebiet muss eine ärztliche Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher Versorgungsbedarf festgestellt worden sein.
- In der Regel dürfen nur Patientinnen und Patienten in ihrer Häuslichkeit (einschließlich Alten- und Pflegeheim oder andere beschützende Einrichtungen) aufgesucht werden, die an mindestens einer chronischen Erkrankung leiden, über 65 Jahre alt sind und die Praxis nicht selber aufsuchen können.
- Die Ausführung von Hilfeleistungen durch die nicht-ärztliche Praxisassistentin sowie die Abrechnung dieser Leistungen sind erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung möglich.
- Die ärztlichen Leistungen dürfen nur an Personen delegiert werden, die einen Berufsabschluss zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) eine dreijährige Berufserfahrung in einer Hausarztpraxis und außerdem eine spezielle Zusatzqualifikation für nicht-ärztliche Praxisassistentinnen nachweisen können.

Um die nötigen Voraussetzungen für die Zusatzqualifikation zu schaffen, hat die Bundesärztekammer ein neues Curriculum für die Ausbildung zur „Nicht-ärztlichen Praxisassistentin“ aufgelegt. Das Curriculum setzt die Vorgaben der Delegationsvereinbarung um und fördert die Medizinische Fachangestellte als engste Mitarbeiterin des Arztes. Nach ihrer Ausbildung dürfen diese dann beispielsweise die Sturzprophylaxe übernehmen, Blutdruck- oder Blutzuckerwerte kontrollieren und Wunden versorgen.

Besonders die Fortbildung „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ sowie „Patientenbegleitung und -koordination“ sollen zügig in den unterversorgten Gebieten zur stärkeren Entlastung von Hausärztinnen und -ärzten und zur besseren Aufgabenverteilung im ambulanten Team genutzt werden. Aber auch in nicht als unterversorgt geltenden Regionen besteht angesichts hoher Patientenzahlen Interesse daran, einen Teil der Hausbesuche an Medizinische Fachangestellte zu delegieren. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind daher intensiv bemüht, dass nicht-ärztliche Praxisassistentinnen künftig bundesweit für Hausarztpraxen eingesetzt werden dürfen.

Dr. Cornelia Goesmann
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Ausschnitte aus der Arbeit des Bundesvorstands der Monate Juni bis August 2010

Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?

Durchführung

- von drei Vorstandstreffen
- einer Erweiterten Bundesvorstandssitzung
- einer Nachschulung „Qualifizierung der Landesvorstände“ Teil II in Fulda
- von zwei Workshops „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“ in Fulda
- je einer Sitzung der Fachausschüsse Gesundheitspolitik und Qualität
- der Bundestagung in Magdeburg

Mitwirkung

- an der 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie in Hamburg

Teilnahme

- an einer Sitzung der Vorsitzenden (VdV) des Hauses der Krebs-Selbsthilfe (HdKSH) in Bonn
- an zwei Sitzungen des Nationalen Krebsplans, Arbeitsgruppe „Krebsfrüherkennung“ in Bonn
- an einer Sitzung der Zertifizierungskommission Gynäkologischer Krebszentren in Berlin
- an zwei Sitzungen von „gesundheitsziele.de“ in Berlin
- an einem Konsensustreffen zur S3-Leitlinie „Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose“ in Wiesbaden
- an der Landestagung Baden-Württemberg
- an der AG Protonentherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
- an der Bundesfachgruppe „Konisation“ des Instituts für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) in Göttingen
- am Patiententag des Brustzentrums der Universitätsfrauenklinik Köln
- an einem Workshop zum Thema „Qualitätsindikatoren für die ambulante onkologische Versorgung“ des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) in Frankfurt
- an einem Symposium der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) „Onkologie am Scheideweg“ in Berlin
- an einem Workshop des BKK-Bundesverbandes und der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SHG) zum Thema „Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen“
- am Medizinkongress der BARMER GEK und des Zentrums für Sozialpolitik der Uni Bremen zum Thema „Arzneimittelbewertung, Arzneimittelversorgung und Finanzierung der Arzneimitteltherapie“ in Berlin
- am Patientenforum der Bundesärztekammer (BÄK) in Berlin

Sonstiges

- Überarbeitung der Website www.frauenselbsthilfe.de
- Überarbeitung und Neugestaltung des Info-Flyers der FSH
- Erstellung einer Orientierungshilfe „Krebsfrüherkennung“
- Planung von zwei weiteren Orientierungshilfen zu Eierstockkrebs und HPV-Impfung
- Bearbeitung diverser Medienanfragen, u.a. Verfassen eines Beitrags für das Fachmagazin „Der Gynäkologe“ und Beantwortung von Anfragen der Nachrichtenagentur AP, des WDR, der „Apotheken-Umschau“ u.a.

Selbsthilfe im Internet

Wandel der Selbsthilfe im Medienzeit

Im Medienzeitalter findet der Austausch von Informationen und Erfahrungen über Erkrankungen und andere Lebensprobleme zunehmend im Internet statt. Dort kann man sich jederzeit informieren und mittels einer Vielzahl technischer Module wie Chats, Blogs und Foren mit anderen austauschen.

Welche Rolle spielt das Internet für Selbsthilfeorganisationen wie die FSH? Wird diese Form der Selbsthilfe womöglich irgendwann die Selbsthilfegruppen vor Ort ersetzen?

Im Rahmen eines Entwicklungsprojekts erforscht zurzeit die „Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ (NAKOS) das Thema „Selbsthilfe und Neue Medien“. Eine der zentralen Fragestellung der Untersuchung lautet, ob die Zahl derjenigen steigt, die allein aufgrund des Angebots der Selbsthilfe im Internet (virtuell) nun einer Selbsthilfegruppe vor Ort (Face-to Face) fernbleibt.

Die Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen. Eine erste Auswertung von Befragungsprotokollen wurde aber bereits im Dezember 2009 veröffentlicht. Sie ergab, dass rund ein Drittel der Befragten ausschließlich auf Angebote der virtuellen Selbsthilfe zurückgreift, obwohl es ein bekanntes Selbsthilfeangebot vor Ort gibt. Als häufigster Grund für die Bevorzugung des Internets gaben die Befragten an, das Angebot im Internet reiche für ihre Bedürfnisse aus. Einigen ging es darum, anonym zu bleiben (24 %). Manche nannten Zeitprobleme (41 %) und anderen ist explizit die Gruppenatmosphäre unangenehm (34 %). Allein aufgrund des nun vorhandenen Angebots der virtuellen Selbsthilfe bleiben aber, so lautet das Fazit von NAKOS, nur die wenigsten einer Face-to-Face-Selbsthilfegruppe fern. Das Internet, so heißt es, trete nicht in Konkurrenz zur Selbsthilfe vor Ort, sondern stelle vielmehr eine wichtige Ergänzung derselben dar.

Wichtige Ergänzung

Während ein wichtiger Teil der Leistungen, die Selbsthilfegruppen anbieten, nur über den persönlichen Kontakt möglich ist, zum Beispiel sich in den Arm zu nehmen, einfach nur zuzuhören und zu trösten, befriedigt das Internet mit seinem umfassenden Angebot das große Informationsbedürfnis von an Krebs erkrankten Menschen unabhängig von Zeit und Ort. Die Möglichkeiten, die die Kombination aus beidem bietet, hat die Frauenselbsthilfe bereits vor Jahren erkannt und eine eigene Website im Internet aufgebaut. Die FSH erreicht Betroffene seitdem nicht mehr nur vor Ort bei den Gruppentreffen, sondern auch online. Ratsuchende können Informationen abrufen, Kontakte aufbauen oder die Online-Beratung nutzen.

Während die Gruppenarbeit der FSH in den vergangenen Jahren beständig optimiert und an die Erfordernisse der Zeit angepasst wurde – genannt sei hier nur das Schulungsprogramm für Mitglieder – stand nun auch eine Überarbeitung des Internetauftritts „www.frauenselbsthilfe.de“ auf der Tagesordnung. In den vergangenen Jahren hatten sich auf der Website so viele Informationen angehäuft, dass die Struktur im-mer unübersichtlicher geworden war und einige wichtige Themengebiete ganz fehlten. Hier galt es, die Fülle des Materials zu sortieren, zu aktualisieren und neue Strukturen anzulegen.

alter

Überarbeitung des Internetauftritts der FSH

Die Hauptrubriken der alten Website sind beim Relaunch (Wiederbelebung eines bekannten Produktes) erhalten geblieben. Nach wie vor lauten sie: „Wir über uns“, „Was wir tun“, „Wie wir es tun“ und „Gruppen“. Die Inhalte der Rubriken wurden jedoch gründlich überarbeitet und mit ausführlichen Texten über die Frauenselbsthilfe versehen. Eine wirkliche Neuerung stellt die Überarbeitung der linken Menüleiste dar. Hier wird das Informationsmaterial nun in einer wesentlich übersichtlicheren Form angeboten: Broschüren, Faltblätter, DVDs, Positionspapiere, Orientierungshilfen oder Mustervorlagen – für jedes Medium gibt es seit der Überarbeitung der Seiten einen eigenen Bereich, der wiederum in inhaltliche Schwerpunkte untergliedert ist.

Neben den inhaltlichen Änderungen und der neuen Systematik wurde aber auch die Handhabung der Seite optimiert, in dem es jetzt zum Beispiel einen Druckbutton auf jeder Seite gibt, so dass Inhalte schnell und problemlos ausgedruckt werden können. Jede Seite ist zudem mit dem Datum der Erstellung versehen, damit die Aktualität der Information besser eingeschätzt werden kann.

Zertifizierung von Internetseiten

Im Internet wird eine Fülle an Informationen zum Thema Krebs angeboten. Ob diese Informationen im Einklang mit wissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnissen stehen oder ob die Seiten womöglich wirtschaftlichen Interessen dienen, ist für die Nutzer oft schwer einschätzbar (siehe auch perspektive 1/2009: „Sicher surfen“).

Seiten, die mit einem offiziellen Qualitätssiegel versehen sind, stellen daher eine gute Orientierungshilfe dar. Ein solches Siegel bietet die „Health On the Net Foundation“ (eine internationale Stiftung mit Sitz in der Schweiz) an. Die Stiftung zertifi-ziert bereits seit Jahren Gesundheitsseiten im Internet. Wer den sogenannten HON-Code auf seinen Seiten hat, zeigt damit, dass die Inhalte bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Unter anderem dürfen die Informationen das Arzt-Patienten-Verhältnis nur unterstützen und nicht ersetzen, muss die Finanzierung offengelegt werden und die Vertraulichkeit von individuellen Daten gewährleistet sein.

Bei der Überarbeitung der FSH-Seiten im Internet wurde großer Wert darauf gelegt, die Kriterien des HON-Code zu erfüllen. Eine Zertifizierung der Website wird für das kommende Jahr angestrebt.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Gruppenjubiläen im 3. Quartal 2010

Land	Gruppe	Gründungsdatum
30 Jahre		
Baden-Württemberg	Brühl-Schwetzingen	01.07.1980
Hessen	Schotten-Nidda	01.07.1980
Baden-Württemberg	Sindelfingen	01.08.1980
Nordrhein-Westfalen	Solingen	01.08.1980
Baden-Württemberg	Calw-Wildberg	01.09.1980
Baden-Württemberg	Herrenberg	01.09.1980
Hessen	Fulda	01.09.1980
Hessen	Rüsselsheim	01.09.1980
Nordrhein-Westfalen	Bottrop	01.09.1980
Bayern	Aschaffenburg	04.09.1980
Rheinland-Pfalz	Neuwied	09.09.1980
25 Jahre		
Hessen	Eschwege	10.07.1985
Baden-Württemberg	Sigmaringen	23.07.1985
Hessen	Büdingen	01.09.1985
20 Jahre		
Hansestadt Hamburg	Hamburg-Eilbek	01.07.2000

Leben lässt sich nur rückwärts verstehen,
muss aber vorwärts gelebt werden.
Sören Kierkegaard

Nachrufe

Das schönste Denkmal, das ein Mensch bekommen kann,
steht in den Herzen seiner Mitmenschen.

Albert Schweitzer

In Trauer nehmen wir Abschied von

Regine Mölter

* 22.09.1948 † 15.05.2010

Vorsitzende
des Landesverbandes Bayern

Regine Mölter, Gründerin und Leiterin der FSH-Gruppe Nürnberg und seit 2007 Vorsitzende des Landesverbandes Bayern, hat während ihrer Zeit bei der FSH vielen Suchenden Rat, Mut, Hoffnung und Zuversicht gegeben. Sie verstand es, in ihrer humorvollen Art ihre eigenen Sorgen und Nöte hinten anzustellen und andere zu begeistern und zu trösten. Sie war mit vollem Herzen bis zum Schluss an den Belangen und Aufgaben der Frauenselbsthilfe interessiert.

Die Frauenselbsthilfe trauert um eine starke Frau, die viel zu früh von uns gehen musste.
Ihr Vorbild ermutigt uns, die Aufgaben der Frauenselbsthilfe in ihrem Sinne weiter zuführen.
Wir werden sie immer in guter Erinnerung behalten.

Carl-Heinz Becker

* 01.01.1920 † 21.05.2010

Ehrenvorstandsmitglied
der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Carl-Heinz Becker hat sich bereits in den Gründerjahren der Frauenselbsthilfe nach Krebs als Kassierer des Verbandes verdient gemacht. Er hat im Jahre 1978 in der Kerngruppe Mannheim ein nachvollziehbares Buchungssystem für das Rechnungswesen erarbeitet, dieses gleichzeitig in den Gruppen Ludwigshafen und Brühl-Schwetzingen eingeführt und über lange Jahre betreut. Von 1981 bis 1989 hat er sich den verstärkten Anforderungen an das Kassenwesen eines wachsenden Verbandes gestellt und mit Weitblick, Engagement und großer Zuverlässigkeit die Kasse des Bundesverbandes geführt.

Wir werden Carl-Heinz Becker dankbar
und in Wertschätzung seiner Verdienste
in Erinnerung behalten.

Wussten Sie schon, dass ...

- in Deutschland jährlich ca. 500 Männer an Brustkrebs erkranken?
- 60 Prozent der Frauen, die am Brustkrebs-Screening teilnehmen, fälschlicherweise glauben, die Mammographie verhindere Tumore?
- Wandern in ist, fit macht und Kreislauf und Gehirn aktiviert?
- sportliche Menschen ausgeglichener und besser gelaunt sind?
- Koffein im Kaffee offensichtlich eine langfristig positive Wirkung auf unser Gehirn hat und den Verlust an Gehirnfunktionen bei Demenz und Alzheimer bremst?
- vier bis fünf Millionen Menschen unter uns leben, die an Krebs leiden oder ihn überlebt haben – knapp fünf Prozent der Bevölkerung?
- 80 Prozent aller Brustkrebspatientinnen und schon jeder Vierte mit Darmkrebs mittlerweile in einem zertifizierten Organzentrum betreut werden?
- wir nur noch sieben Stunden pro Tag schlafen, statt wie zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch neun Stunden?
- Schnarchen das Hirn schrumpfen lässt und davon bei den über-50-Jährigen 60 bis 80 Prozent aller Männer sowie 30 bis 40 Prozent aller Frauen bedroht sind?
- sehbehinderte und blinde Menschen seit Neuestem die Beipackzettel von Arzneimitteln barrierefrei im Internet abrufen können?
- Rauchen mehr Menschen tötet als Verkehrsunfälle, Aids, illegale Drogen, Morde und Selbstmorde zusammen?
- der Krebsinformationsdienst KID im Jahr 2009 66 Millionen Internetzugriffe registriert hat und 33.715 Anfragen beantwortet wurden?
- Sonne, in der richtigen Dosierung (!) sowohl einige Tumorarten an der Entstehung hindern kann als auch bestehende Krebserkrankungen weniger oft tödlich verlaufen lässt?
- in 22 Prozent aller Fälle in Großbritannien eine Pizza schneller ins Haus kommt als ein Krankenwagen?
- das bekannteste Wort weltweit "okay" ist, gefolgt von "Coca Cola"?
- die Giraffe ihre Ohren mit ihrer Zunge säubern kann?

KURZINFO

Neue Broschüre zum Thema Darmkrebs

„Darmkrebs – die Operation und ihre Auswirkungen“ so lautet der Titel einer neuen Broschüre, die die Deutsche ILCO (Selbsthilfeorganisation für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs) im Mai diesen Jahres herausgeben hat. Im Mittelpunkt des 63 Seiten umfassenden Heftes steht die Operation eines Dickdarm- oder Mastdarmkrebses.

In den meisten Fällen kann bei einer Darmkrebserkrankung heute zwar die dauerhafte Anlage eines künstlichen Darmausganges vermieden werden. Doch leider ist der mögliche Erhalt des Schließmuskels nicht immer gleichbedeutend damit, dass alles funktioniert wie zuvor. Vor allem nach Operationen im Mastdarmbereich leiden viele Betroffene für einige Zeit oder sogar langfristig unter belastenden Auswirkungen auf die anale Kontinenz. Sachkundige Informationen und Hilfsangebote fehlen häufig. Um diese spezielle Problematik geht es in der Broschüre.

Die Beiträge stammen von Chirurgen, die das Thema Kontinenz an Hand der Fragen von Betroffenen behandeln. Ergänzt werden die Fachbeiträge durch Tipps aus dem langjährigen Erfahrungsschatz der Deutschen ILCO sowie durch ein Interview mit einem an Darmkrebs erkrankten Menschen.
Die Broschüre wendet sich vor allem an Betroffene, enthält aber auch für Fachkräfte im Gesundheitswesen interessante Informationen. Sie kann unentgeltlich bei der Deutschen ILCO bestellt werden. Ein Beitrag zu den Versandkosten in Form von Briefmarken wird erbeten.

Deutsche ILCO e.V.
Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn
Tel. 0228 338894-50
Fax 0228 338894-75
E-Mail: info@ilco.de

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Bundesgeschäftsstelle: **Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.** Haus der Krebs-Selbsthilfe Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn Tel.: 0228 - 3 38 89-400, Fax: 02 28 - 3 38 89-401 www.frauenselbsthilfe.de, kontakt@frauenselbsthilfe.de	**Bundesvorsitzende:** Brigitte Overbeck-Schulte Karin Meißler (stellv.)	**Vorstandsmitglieder:** Christine Esser Ilona Kröger Barbara Reckers

Die Landesverbände der Frauenselbsthilfe nach Krebs – Hier erfahren Sie die Adressen der Selbsthilfegruppen vor Ort.

Landesverband **Baden-Württemberg e.V.** Schwenninger Str. 24 78652 Deisslingen Tel. Büro: 0 74 20 - 91 02 51 Fax Büro: 0 74 20 - 91 02 59 h.doelker@frauenselbsthilfe.de	Angelika Grudke Tel.: 0 74 20-23 52 a.grudke@ frauenselbsthilfe.de
Landesverband Bayern e.V. Tel.: 0 98 31 - 8 05 09 Fax: 0 98 31 - 88 23 41 karin.lesch@frauenselbsthilfe.de	Karin Lesch Ansbacher Straße 6 91710 Gunzenhausen
Landesverband Berlin/Brandenburg e.V. Tel./Fax: 03 32 03 - 2 20 56 i.buske@frauenselbsthilfe.de	Dr. Irmgard Buske Auf der Drift 13a 14532 Kleinmachnow
Landesverband Hamburg/ **Schleswig-Holstein e.V.** Rübenkamp 220 22307 Hamburg Tel. Büro: 040 - 18 18 82 12 27 c.hentschel@frauenselbsthilfe.de	Christa Hentschel Schellingstr. 35 22089 Hamburg Tel.: 0 40 - 2 00 79 72 Fax: 0 40 - 20 97 69 30
Landesverband Hessen e.V. Tel: 06643 - 18 59 Fax: 06643 - 9 18 03 05 h.haase@frauenselbsthilfe.de	Heidemarie Haase Rauschbergstr. 7 36369 Lautertal
Landesverband **Mecklenburg-Vorpommern e.V.** Tel.: 03 81 - 2 54 27 Fax: 03 81 - 2 54 19 h.horstmann@frauenselbsthilfe.de	Hannelore Horstmann Herwegstr. 16 18055 Rostock
Landesverband Niedersachsen e.V. Tel.: 0 53 03 - 58 69 Fax: 05 31 - 2 56 27 20 m.range@frauenselbsthilfe.de	Margitta Range Im Born 22 38179 Schwülper
Landesverband **Nordrhein-Westfalen e.V.** Kirchfeldstr. 149 40215 Düsseldorf Tel. Büro: 02 11 - 34 17 09 Fax Büro: 02 11 - 31 87 81 nrw@frauenselbsthilfe.de	Sigrid Platte Trapphofstr. 16 44287 Dortmund Tel.: 02 31 - 45 66 81 Fax: 02 31 - 5 33 57 12 s.platte@frauenselbsthilfe.de
Landesverband Rheinland-Pfalz/ **Saarland e.V.** Tel.: 02631 - 35 23 71 s.brathuhn@frauenselbsthilfe.de	Dr. Sylvia Brathuhn Schweidnitzer Str. 17 56566 Neuwied
Landesverband Sachsen e.V. Tel.: 037423-3214 Fax: 037423-50554 s.schaar@frauenselbsthilfe.de	Susanne Schaar Unterer Weg 31 08626 Adorf
Landesverband **Sachsen-Anhalt e.V.** Tel./Fax: 03 53 87 - 4 31 03 e.naujokat@frauenselbsthilfe.de	Elke Naujokat Ringstr. 7 06918 Mark Zwuschen / Stadt Jessen
Landesverband Thüringen e.V. Tel.: 0 36 83 - 60 05 45 Fax: 0 36 83 - 40 74 60 h.mayer@frauenselbsthilfe.de	Hans-Jürgen Mayer Helenenweg 15 e 98574 Schmalkalden

Man wird nicht alt, weil man eine gewisse Anzahl Jahre gelebt hat.
Man wird alt, wenn man seine Ideale aufgibt.
Die Jahre zeichnen zwar die Haut,
Ideale aufgeben aber zeichnet die Seele.

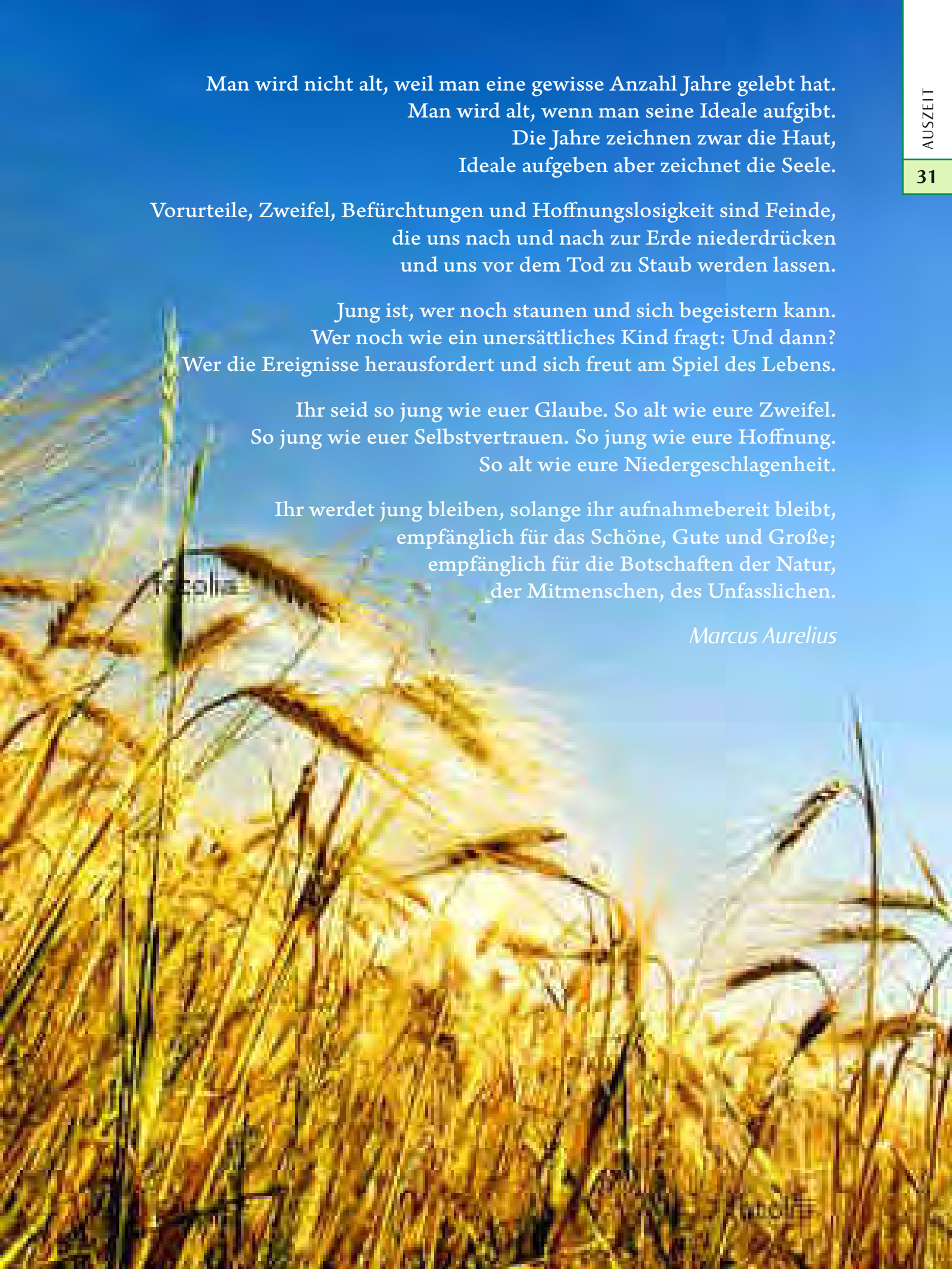
Vorurteile, Zweifel, Befürchtungen und Hoffnungslosigkeit sind Feinde,
die uns nach und nach zur Erde niederdrücken
und uns vor dem Tod zu Staub werden lassen.

Jung ist, wer noch staunen und sich begeistern kann.
Wer noch wie ein unersättliches Kind fragt: Und dann?
Wer die Ereignisse herausfordert und sich freut am Spiel des Lebens.

Ihr seid so jung wie euer Glaube. So alt wie eure Zweifel.
So jung wie euer Selbstvertrauen. So jung wie eure Hoffnung.
So alt wie eure Niedergeschlagenheit.

Ihr werdet jung bleiben, solange ihr aufnahmebereit bleibt,
empfänglich für das Schöne, Gute und Große;
empfänglich für die Botschaften der Natur,
der Mitmenschen, des Unfasslichen.

Marcus Aurelius



Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn
Telefon: 0228 - 33 88 9 - 400
Telefax: 0228 - 33 88 9 - 401
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Internet: www.frauenselbsthilfe.de

Impressum *perspektive*

Herausgeber:
Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

Verantwortlich i.S.d.P.:
Brigitte Overbeck-Schulte

Redaktion:
Caroline Mohr

Gesamtherstellung:
Dietz Druck Heidelberg

Unter Schirmherrschaft und mit finanzieller Förderung der Deutschen Krebshilfe e.V.