perspektive

Ausgabe 1/2011

- **Vorsorge = Nachsorge**
  Eine Krebserkrankung schützt nicht vor einer zweiten!

- **Von Schuhgrößen und anderen Irrtümern**
  Überlebensstrategien für Vorgänger und Nachfolger in Selbsthilfeorganisationen

- **Tumorkonferenz – ein zentrales Instrument interdisziplinärer Versorgung an Brustzentren**

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

Magazin der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

3 Vorwort

4 Vorsorge = Nachsorge
Eine Krebserkrankung schützt nicht vor einer zweiten!

8 Von Schuhgrößen und anderen Irrtümern
Überlebensstrategien für Vorgänger und Nachfolger in Selbsthilfeorganisationen

11 Tag der Krebsselbsthilfe

12 Tumorkonferenz – ein zentrales Instrument interdisziplinärer Versorgung an Brustzentren

15 Gezielte Patientenbetreuung verbessert Chancen gegen Krebs

16 Leben mit Krebs in der Familie
Betreuung von Angehörigen stärker in den Fokus rücken

18 Arztbewertungsportale im Internet

21 Unser Standpunkt: Brusterhalt um jeden Preis?

22 Modellprojekt Migration
FSH engagiert sich für Selbsthilfe über kulturelle Grenzen hinweg

24 Aktuelle Meldungen

26 Männer mit Brustkrebs – Zweites bundesweites Treffen des Netzwerkes

27 Kurzinfo: Natürliche Killerzellen sollen Tumore effektiv bekämpfen

28 Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?

29 Ehrungen

30 Gruppenjubiläen

32 Termine

33 Wussten Sie schon, dass ...

34 Kontaktdaten der Frauenselbsthilfe nach Krebs

35 Auszeit

36 Impressum

Liebe Mitglieder, liebe Leserin, lieber Leser,

wahrscheinlich wissen Sie alle, was es bedeutet, Träume begraben zu müssen, anstatt sie umzusetzen, lang gehegte Wünsche aufzugeben, weil die Realitäten eine Erfüllung nicht zulassen. Sie kennen die damit verbundenen Gefühle von Frustration, Demotivation oder auch Ärger, Wut und Trauer. In solchen Lebenslagen – und dazu gehören auch die Phasen der Krankheit – ist für viele der bekannte Spruch von Reinhold Niebuhr hilfreich:

„Gott gebe mir die Gelassenheit,
Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann,
den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann,
und die Weisheit, das eine vom andern zu unterscheiden."

Zum Glück können wir in unserem Leben aber auch häufig die Erfahrung machen, dass gerade da, wo eine Tür zuschlägt, sich an einer anderen Stelle ein Tor öffnet und wir wieder neue Wege gehen und neue Ziele verfolgen, die zwar anders, doch nicht unbedingt schlechter sind.

In der ehrenamtlichen Arbeit der FSH erleben wir zudem immer wieder, dass wir Visionen entstehen lassen müssen, dass ein Feuer in uns brennen muss, damit wir unsere Aufgabe zum Wohl von KrebspatientInnen und deren Angehörigen authentisch und erfolgreich bewältigen können. Damit dies gut gelingen kann und nicht zur Überforderung Einzelner führt, bedarf es einer starken, solidarischen Gemeinschaft wie der unseren, bedarf es eines tragfähigen Netzes mit vielen Verknüpfungen.

Das Jahresmotto 2011 der FSH „Kräfte vernetzen – Visionen leben" soll uns Motivation und Richtschnur sein in unserem Bemühen, von neuen Zielen nicht nur zu träumen, sondern sie auch Realität werden zu lassen gemeinsam mit den Ratsuchenden, mit unseren Kooperationspartnern, im Gesundheitssystem und in der Politik.

Eines unserer Ziele für 2011 ist aufgrund der immer kürzer werdenden Liegezeiten im stationären Bereich und der daraus resultierenden Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten die Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung durch eine tragfähige Vernetzung aller an der Behandlung und Begleitung von Krebspatientinnen und -patienten Beteiligten – der niedergelassenen Ärzte, der Kliniken und der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Dabei ist es uns wichtig, dass sich alle Kooperationspartner gegenseitig besser kennen lernen, einander vertrauen und vom Nutzen der Vernetzung zum Wohle der an Krebs erkrankten Menschen überzeugt sind.

Mit einem Motivationsspruch, der mir an der Schwelle vom alten zum neuen Jahr in die Hände fiel, wünsche ich Ihrer persönlichen und unserer gemeinsamen ehrenamtlichen Arbeit ein gutes Gelingen:

„Wenn´s alte Jahr erfolgreich war, Mensch freue dich aufs Neue,
und war es schlecht, ja, dann erst recht."

Mit herzlichen Grüßen, Ihre

B. Overbeck-Schulte

Brigitte Overbeck-Schulte
Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Nachsorge = Vorsorge

Eine Krebserkrankung schützt nicht

Krebs. Angst. Tod. Leben in einer fremden Welt. Operation. Das schaffe ich nicht. Medikamente. Neue Untersuchungen. Kontrolle. Rückfall? Nein! Ich habe es geschafft. Langsam vergesse ich. Nie wieder krank!

Leider nicht. Mit der immer größer werdenden Zahl der geheilten Krebspatienten steigt auch die Zahl derjenigen, die in ihrem Leben ein zweites Mal an Krebs erkranken. Ein Grund zu verzweifeln? Auf keinen Fall.

Gerade ehemalige Krebspatienten haben gute Voraussetzungen, dass bei ihnen eine weitere Krebserkrankung rechtzeitig entdeckt und geheilt wird. Vorsorge und Früherkennung sollten von ihnen jedoch besonders ernst genommen werden.

Die Zahl der Langzeitüberlebenden nach einer Krebserkrankung steigt zunehmend. In Abbildung 1 ist die Entwicklung auf der Basis der im Februar 2010 veröffentlichten Zahlen der Gemeinschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) dargestellt. Die Graphik zeigt, dass sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Krebshäufigkeit seit etwas zehn Jahren nicht weiter zugenommen hat, bei Männern ist sogar eine leicht abnehmende Tendenz feststellbar. Gleichzeitig sinkt die Sterblichkeit an Krebs, bei Männern stärker als bei Frauen.

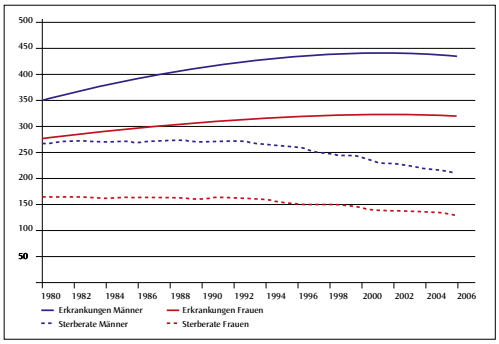

Abb. 1: Krebs in Deutschland 2005 / 2006; Häufigkeiten und Trends, Robert Koch Institut, 2010.

Mit diesen guten Nachrichten kommt die schlechte Botschaft: Seit einiger Zeit steigt die Zahl derjenigen Patienten, die eine zweite Krebserkrankung erleiden. In einer aktuellen Auswertung der amerikanischen SEER Krebsregister hatten 16 Prozent der jetzt neu Erkrankten bereits eine Krebsvorgeschichte. Die Frage ist, ob wir diese Zahl senken können und ob wir die Heilungsraten bei einer Zweiterkrankung beeinflussen können.

Ursachen für eine Zweiterkrankung

Oft ist eine Krebserkrankung „Pech“, nicht vorsehbar. Bei vielen Patienten ist die Erkrankung aber nicht so zufällig und damit vermeidbar oder frühzeitig erkennbar.

Die umfangreichsten Zahlen zum Risiko für eine Zweiterkrankung liegen aus den USA vor. Beispiele sind in den folgenden beiden Abbildungen dargestellt. Abbildung 2 zeigt das Risiko für eine zweite Krebserkrankung bei Patientinnen mit Brustkrebs. Das Gesamtrisiko nach 25 Jahren liegt bei etwa 18 Prozent. Die häufigste Diagnose ist ein zweiter Brustkrebs, also ein Krebs in der bisher noch nicht betroffenen Brust. Die zweithäufigste bösartige Erkrankung ist Krebs der Eierstöcke.

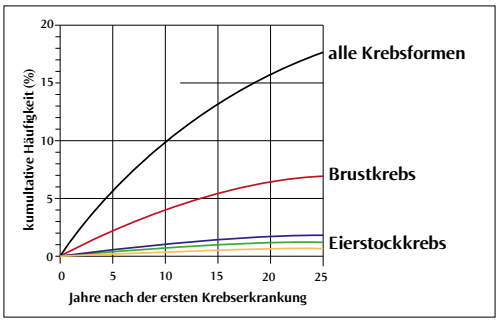

Abb. 2: Risiko für eine zweite Krebserkrankung nach Brustkrebs; nach: SEER Cancer Registries 1973 – 2000

Abbildung 3 zeigt das Risiko für eine zweite Krebserkrankung bei Patienten mit Lungenkrebs. Das Gesamtrisiko nach 25 Jahren liegt über 25 Prozent, d. h. dass mehr als ein Viertel aller geheilten Lungenkrebspatienten an einem zweiten Krebs erkranken. Die häufigste Diagnose ist ein zweiter Lungenkrebs, gefolgt von Krebs im Kopf-/Halsbereich und bösartigen Erkrankungen im Bereich der ableitenden Harnwege.

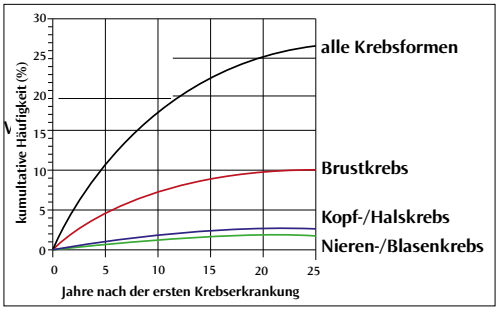

Abb. 3: Risiko für eine zweite Krebserkrankung nach Lungenkrebs; nach: SEER Cancer Registries 1973 – 2000

vor einer zweiten!

Das Risiko, in den kommenden zehn Jahren an Krebs zu erkranken, liegt für eine 40-jährige Frau bei 2,9 Prozent, für eine 60-jährige Frau bei 13,5 Prozent. Für einen 40-jährigen Mann liegt das Risiko nur bei 1,8 Prozent, steigt aber bei einem 60-jährigen Mann auf 25 Prozent. Dafür gibt es verschiedene Ursachen.

Pech – Zufall – Ursache unbekannt

Keine Krebserkrankungen in der Familie, immer gesund gelebt (soweit möglich), kein Urlaub in Tschernobyl – trotzdem an Krebs erkrankt. Bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten sind die Ursachen für eine Krebskrankheit nicht bekannt. Ein nicht beeinflussbarer Faktor ist das Alter.

Genetische Belastung

Bis zu fünf Prozent der Krebspatienten haben eine genetische Belastung. Das Risiko ist bei den verschiedenen Krebsformen unterschiedlich hoch, bis zu fünf Prozent bei Brustkrebs, zwei bis fünf Prozent bei Dickdarmkrebs, unter zwei Prozent bei Lungenkrebs. Ein starker Hinweis auf familiäre Belastung liegt vor, wenn ein Angehöriger oder mehrere Angehörige ersten Grades innerhalb eines Zweigs der Familie, also in der väterlichen oder in der mütterlichen Linie, an derselben oder ähnlichen Krebsformen in relativ jungem Alter erkrankt sind. Relativ jung bedeutet z. B. bei Brustkrebs vor dem 40. Lebensjahr, bei Dickdarmkrebs vor dem 50. Lebensjahr. Die genetische Belastung kann auch zum Auftreten anderer Krebskrankheiten führen. Bei Patientinnen mit Brustkrebs ist das ein Krebs der Eierstöcke. Bei Patienten mit Dickdarmkrebs ist das ein Krebs in anderen Teilen des Magendarmtraktes.

Patienten mit diesem Risikoprofil in der Verwandtschaft sollten dringend auf die Möglichkeiten der tumorgenetischen Beratung und ggf. auf die Möglichkeiten der modernen Laboruntersuchungen zum Nachweis einer genetischen Belastung aufmerksam gemacht werden.

Erworbenes Risiko

Bei vielen Krebserkrankungen gibt es einen Zusammenhang mit erworbenen Risikofaktoren. An erster Stelle steht das Rauchen. Je länger und je intensiver der Risikofaktor besteht, umso mehr steigt das Risiko für eine Krebserkrankung. Rauchen ist der dominierende Risikofaktor für Lungenkrebs. Rauchen steigert aber auch das Risiko für Krebs im Kopf- und Halsbereich, in den Nieren, in der Blase und neuesten Erkenntnissen nach auch der Brust. Der nächste große erworbene Risikofaktor ist Alkohol. In großen Mengen konsumiert, steigert es das Risiko für Krebs von Dickdarm, Brust, Magen, Bauchspeicheldrüse, Mundhöhle, Speiseröhre u. a.

Zu den erworbenen Risikofaktoren gehören in zunehmendem Maße Infektionen, z. B. durch humane Papillomviren (Gebärmutter, Rachen), Helicobacter pylori (Magen), Hepatitis B Virus (Leber) und weiterhin HI-Virus. In diese Gruppe gehören auch alle beruflich oder im Umfeld erworbenen Risiken, z. B. Asbest, Radioaktivität, Chemikalien, usw.

Ein relativ neues Thema für die Entstehung von Krebs ist die Bedeutung einer Unterdrückung des Immunsystems. Gesichert ist diese Erkenntnis für die langdauernde Einnahme entsprechender Medikamente, z. B. von Kortisonpräparaten, und für Patienten mit nicht oder unzureichend behandelter HIV-Infektion.

Risiken durch die Behandlung der ersten Krebskrankheit

Strahlen-, Chemo- und Hormontherapie haben ein eigenes Krebsrisiko. Bei der Strahlentherapie hängt das Risiko ab von der Intensität der Bestrahlung, der Größe der Bestrahlungsfelder

Nachsorge = Vorsorge

Eine Krebserkrankung schützt nicht

und von der Empfindlichkeit des gesunden, mitbestrahlten Gewebes. Bei der Chemotherapie hängt das Risiko von den eingesetzten Medikamenten, von der Dosierung und von der Empfindlichkeit der Patienten ab. Bei der Hormontherapie hängt das Risiko vor allem von den Medikamenten ab, Tamoxifen erhöht das Risiko für Krebs der Gebärmutterschleimhaut.

Vorsorge und Früherkennung

Vorsorge verfolgt das Ziel, dass Krebs gar nicht erst entsteht. Dazu gehört die Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen und starkem Alkoholkonsum sowie eine gesunde Lebensführung mit abwechslungsreicher, ausgewogener ballaststoffreicher Kost, die reich an Vitaminen und Nährstoffen ist. Menschen, die bereits einmal an Krebs erkrankt waren, sollten hierauf besonderen Wert legen.

Zu den Maßnahmen der Krebsfrüherkennung, die von den Krankenkassen gezahlt werden, gehören die Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, der Test auf Blut im Stuhl ab dem 50. Lebensjahr und die Darmspiegelung ab dem 55. Lebensjahr, die gynäkologische Untersuchung des Unterleibs bei Frauen, das Abtasten der Prostata bei Männern.

Obwohl der Nutzen dieser Maßnahmen außer Frage steht, werden sie nicht ausreichend genutzt, von Frauen nicht und noch weniger von Männern. Trotz persönlicher Einladung nehmen bis zu 50 Prozent der Frauen die Chance der Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs nicht wahr. Zur Darmspiegelung gehen weniger als 20 Prozent der über 55-jährigen, obwohl bei dieser Untersuchung nicht nur Darmkrebs in einem frühen Stadium festgestellt werden kann, sondern durch Entfernung von Polypen bei über 90 Prozent der Betroffenen sogar verhindert werden könnte.

Chancen einer individualisierten Nachsorge

Die Chancen der Krebsfrüherkennung bei Patienten, die schon mal eine Krebserkrankung durchgemacht haben, liegen darin, dass diese Patienten eigentlich nicht mehr motiviert werden müssen, die Früherkennung ernst zu nehmen. Sie haben gelernt, was moderne Medizin leisten kann, wenn der Krebs früh genug erkannt wird.

Was dieser Chance entgegen steht, ist die Barriere der Angst: „Ich will von Krebs nichts mehr hören!“ Da Angst selten ein guter Ratgeber ist, sollte diese Barriere unbedingt überwunden werden. Eine Frau, die von einem Gebärmutterkrebs in jungen Jahren geheilt wurde, kann trotzdem wieder an Krebs erkranken. Aber wenn die Krankheit im frühen Stadium erkannt wird, ist die Chance auf Heilung erneut hoch.

Die wirklichen Chancen der Früherkennung von Krebs bei ehemaligen Krebspatienten liegen darin, dass mögliche individuelle Risikofaktoren berücksichtigt werden können. Jeder Betroffene sollte sich daher über seine möglichen Risikofaktoren kundig machen. Dazu gehören

- Familiengeschichte, auch wenn das manchmal mühsam und schmerzlich ist,
- erworbene Risikofaktoren: Rauchen, Alkohol, sexuelles Risikoverhalten, usw.,
- Dokumentation der ersten Krebsbehandlung: Bestrahlung, Chemo-, Hormontherapie.

In Zusammenarbeit mit dem betreuenden onkologisch versierten Arzt sollte erarbeitet werden, ob ein individualisiertes Vorsorgekonzept sinnvoll ist. Hier können auch Untersuchungen aufgenommen werden, die sich nicht für die ganze Bevölkerung „rechnen“ und daher nicht zu den Kassenleistungen gehören,

vor einer zweiten!

Prof. Dr. Bernhard Wörmann
Hämatoonkologische Schwerpunktpraxis, Bremen

aber für den einzelnen Betroffenen geeignet sind. Beispiele dafür sind:

- PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs
- Kernspintomographie (MRT) zur Früherkennung von Brustkrebs
- Computertomographie (CT) zur Früherkennung von Lungenkrebs
- Magenspiegelung zur Früherkennung von Krebs des Magens und der Speiseröhre
- Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Krebs der Nieren, der Bauchspeichel- oder der Schilddrüse
- Blasenspiegelung zur Früherkennung von Blasenkrebs
- Blutbild für Vorstufen von Leukämie

Die Kosten für diese Untersuchungen werden bisher nur für Risiko-Patienten übernommen. Politische Aufgabe ist es, eigene Vorsorgeprogramme für Langzeitüberlebende nach Krebs zu erstellen. Bis es soweit ist, sollten die schon bestehenden Chancen genutzt werden.

Prof. Dr. Bernhard Wörmann
Hämatoonkologische Schwerpunktpraxis, Bremen

Termine der Mildred Scheel Akademie, Köln

16. März 2011 – 19:00 bis 21:00 Uhr
Forum Palliativmedizin
Thema: SAPV: Palliativ-Versorgung – eine Aufgabe nur für Spezialisten?
Zielgruppe: Ärzte, haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter aus allen Bereichen der Pflege und Betreuung Krebs-Betroffener
Die Teilnahme ist kostenfrei.

21. – 23. März 2011
Gelassenheit im Alltag oder: die Kunst, sich etwas Gutes zu tun
Leitung: Gabriele Beckers-Broehl, Köln
Kosten: 120 Euro inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen und Tagungsgetränke

01. April 2011 – 10:30 bis 17:00 Uhr
Unterstützung von Kindern in ihrem Trauerprozess
Hilfestellungen für Angehörige und enge Bezugspersonen
Leitung: Nicole Nolden, Köln
Kosten: 60 € inkl. Mittagsimbiss und Tagungsgetränke

09. – 11. Mai 2011
Wie gute Freundschaften stärken können
Gemeinsame Auszeit mit der besten Freundin
Leitung: Heike Degen-Hientz, Stuttgart
Kosten: 130 € inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen und Tagungsgetränke

Das komplette Jahresprogramm der Mildred Scheel Akademie können Sie anfordern unter: 0221 - 9440490 oder mildred-scheel-akademie@krebshilfe.de

Von Schuhgrößen und anderen Irrtümern

Überlebensstrategien für Vorgänger und

Übergabe und Übernahme eines Amtes stellen überall eine Herausforderung dar, ob in kleinen Handwerksbetrieben, im Trainerstab eines Sportvereins oder bei politischen Parteien – und eben auch in der FSH.

Darum haben wir uns, d.h. zu gleichen Teilen bereits ausgeschiedene und neue Mitglieder der Gruppen, Landes- und Bundesebene, in den vergangenen Monaten intensiv und professionell mit diesem Thema befasst, um den Generationenwechsel in der FSH künftig noch besser bewältigen zu können.

„Wissenserhalt beim Generationenwechsel" – so lautete der Arbeitstitel des FSH-Projektes, das Ende 2009 beim Bundesministerium für Gesundheit beantragt und auch bewilligt wurde. Dieses Projekt hat nun einen neuen Namen, denn im Verlauf unserer Beschäftigung mit dem Thema stellten wir fest, dass vieles, was bei einer Amtsübergabe passiert, von der Einstellung der beteiligten Personen abhängt. Die Vorgängerin fragt sich: „Wird meine Nachfolgerin den von mir eingeschlagenen Weg weitergehen?" und die Nachfolgerin fragt sich: "Werde ich es jemals schaffen, in diese Fußstapfen zu treten? Die Schuhe der Vorgängerin sind mir doch viel zu groß!"

Dass es sich dabei oft um Irrtümer handelt, wurde uns nach und nach klar. Denn jede neue Amtsinhaberin muss in ihren eigenen Schuhen ihren Weg finden, der die Geschichte des Verbandes bzw. der Gruppe genauso berücksichtigt wie die aktuellen Erfordernisse. Uns gefiel der Vergleich mit den Schuhgrößen und der neue Name für das Projekt war geboren: „Von Schuhgrößen und anderen Irrtümern".

Viele Fragen

Bevor das Projekt zum Wissenserhalt offiziell aufgelegt wurde, hatten wir uns schon lange mit folgenden Fragen beschäftigt: „Warum ist das Loslassen eines langjährig ausgeübten Amtes häufig so schwierig? Warum verstehen sich Vorgängerin und Nachfolgerin oft nicht? Warum häufen sich auf beiden Seiten Empfindlichkeiten und Missverständnisse, je näher die Übergabe rückt? Wie können wir das besser hinbekommen, da die Nachfolge doch so wichtig ist für den Fortbestand unseres Verbandes?"

In der ersten Phase des Projektes setzten sich Vertreterinnen von Gruppen-, Landes- und Bundesebene unseres Verbandes zusammen und überlegten gemeinsam, welches Wissen und welche Materialien von der Amtsinhaberin an die Nachfolgerin übergegeben werden müssen. Außerdem befassten wir uns mit den Emotionen, die beim „Stabwechsel" in der Luft liegen. Manche sind offensichtlich, manche verborgen, alle spielen eine Rolle.

Es wurden einige handfeste Ergebnisse erarbeitet wie z.B.

- eine Checklisten für die Übergabe von Wissen und Materialien auf allen verbandlichen Ebenen
- eine Checkliste für die Einarbeitung neuer Amtsträgerinnen
- Regeln zur weiteren Einbindung von Mitgliedern über die Amtszeit hinaus
- ein Raster zur „Übergabe", das alle Phasen der Übergabe mit ihren Fallstricken beschreibt
- ein Fahrplan „Gesundheitspolitik" (Wie funktioniert eigentlich unser Gesundheitssystem und welchen Einfluss hat die FSH an welcher Stelle?)
- zwei Seminare zur Unterstützung des Loslassen-Prozesses
- eine Forderungen an die Politik, um das Ehrenamt attraktiver zu gestalten
- Faktoren des Loslassens
- Tipps zur Suche neuer Amtsträgerinnen

Vor allem auf die Erstellung der Übergabe-Checkliste verwendeten wir viel Zeit. Mit dieser Checkliste soll verhindert werden, dass eine Nachfolgerin mit Kisten voller Ordner da steht und nicht weiß, was sie damit anfangen soll, oder – das andere Extrem - dass sie gar keine Informationen erhält. Mit Hilfe der Checkliste lassen sich die wichtigsten Tätigkeiten, Adressen, Termine, Kontaktpersonen viel leichter festhalten. Denn nicht jede neue Amtsinhaberin hat so wie ich die Chance, vier Jahre von der Vorgängerin eingearbeitet zu werden.

Nachfolger in Selbsthilfeorganisationen

Niveau und Qualität der Arbeit halten

Tröstlich für uns alle war die Erkenntnis, dass eine lange gewachsene Selbsthilfeorganisation wie die Frauenselbsthilfe nach Krebs Übergabeprozesse und Führungswechsel in der Regel überlebt. Es bleibt nur die Frage, ob sich das erreichte Niveau und die Qualität der Arbeit halten lässt und wie sich der Verband weiterentwickelt. Die Sicherung der Nachfolge ist daher eine existenziell vorrangige Aufgabe für jedes unserer Mitglieder auf allen verbandlichen Ebenen.

Um die Nachfolgesicherung auch in Zukunft sorgsam und vorausschauend zu bewältigen, müssen wir mitunter neue Schritte gehen. Nicht nur wir Mitglieder als tragende Personen müssen lernen, sondern auch der gesamte Verband.

Was sind die Voraussetzungen für dieses „Lernen"? Unsere Aufgabe ist es, eine Gesprächskultur zum Thema Loslassen und Nachfolge zu schaffen, in der Lernen und Weiterentwicklung möglich sind. Wenn die Vorgängerin und die Nachfolgerin sich zudem gegenseitig anerkennen und als gleichwertig betrachten, klappt eine Übergabe viel besser. Das erfordert von den Beteiligten die Bereitschaft, über sich nachzudenken und sich auch einmal kritisch zu betrachten, ohne sich unnötig klein zu machen. Außerdem kann es sehr hilfreich sein, sich in die Rolle der anderen hineinzuversetzen und die Welt aus ihrer Perspektive zu sehen. Deshalb haben wir die Sichtweisen der Vorgängerinnen und Nachfolgerinnen angeschaut und in den genannten Materialien festgehalten.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Unter der Überschrift „Warum versteht sie mich denn nicht?" werden die wichtigen Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten aufgeführt, wie die beiden Parteien den Führungswechsel erleben. Damit Konflikte gar nicht erst entstehen, erarbeiteten wir Regeln, an die wir uns im täglichen Umgang miteinander halten sollten. Diese Regeln gelten nicht nur in den Gesprächen zwischen Vorgängerin und Nachfolgerin, sie sind in vielen Lebenssituationen hilfreich. Dazu gehört unter anderem:

Konfliktprävention durch:

- zuhören, zuhören, zuhören
- nachfragen
- klare Ziele, klare Regeln, klare Aufgabenverteilung
- regelmäßige Aufforderung zur offenen Meinungsäußerung

Von Schuhgrößen und anderen Irrtümern

- zeitnahes Ansprechen von Unstimmigkeiten
- regelmäßige Rückmeldungen
- sich genau so Ernst nehmen wie die anderen
- Die eigenen Grenzen kennen und wahren

Das Loslassen ist für eine langjährig tätige Amtsträgerin (egal welcher Ebene) ein oft schmerzhafter Prozess. Als wir uns mit diesem Aspekt befassten, erkannten wir, dass der Verband hier Unterstützung leisten kann z.B. mit speziellen Seminaren und Leitfäden oder einfach einem guten Gespräch. Eine neue, sinngebende Zukunftsperspektive muss sich die Ausscheidende jedoch selbst erarbeiten.

Leitfaden mit Instrumenten

Mit der Fertigstellung der Checklisten und „Fahrpläne“ ist die konzeptionelle Phase des Projektes abgeschlossen. In diesem Jahr wird mit der Erprobung der Materialien begonnen. Am Ende des Projektes soll ein Leitfaden mit Instrumenten publiziert werden, die sich in der Praxis bewährt haben. In diesen Leitfaden sollen auch die Ergebnisse eines zweiten, parallel verlaufenden Projektstranges einfließen. Denn während die Treffen mit den schon genannten Vertreterinnen unseres Verbandes stattfanden, trafen sich gleichzeitig auch Abgesandte von weiteren Selbsthilfeorganisationen, die ebenfalls mit der Übergabe beschäftigt sind oder unlängst einen Stabwechsel hinter sich gebracht haben. Auch für sie war es wichtig und interessant, das Thema Nachfolge, Loslassen und Übergabe sowie Altern, Ehrenamt und Laienpotenzial gezielt zu bearbeiten.

In den Workshops konnten wir in vielen Übungen auch etwas über uns selbst erfahren, so dass uns die Teilnahme auch persönlich auf unserem Weg ein ganzes Stück weitergebracht hat. Sämtliche Workshops und Seminare wurden von Christine Kirchner, Personal- und Organisationsentwicklerin, betreut. Diese professionelle externe Prozessbegleitung war wichtig, da so stets der rote Faden und jede einzelne Teilnehmerin im Blick behalten wurde.

Ich habe mich während der Projektarbeit immer gut aufgehoben gefühlt und bin froh, dass ich mitgemacht habe. Jetzt sind wir alle gespannt, wie die Materialien auf den drei Ebenen unseres Verbandes aufgenommen werden. Ich wünsche jeder Vorgängerin und jeder Nachfolgerin, dass sie keine Angst vor den notwendigen neuen Schritten hat, sondern als einen Anfang für etwas Neues begreifen kann.

Heidemarie Haase
Landesvorsitzende Hessen

Ganz der Vater?

„Als der junge Rabbi seinem Vater nachfolgte, fing jeder davon an, wie ganz anders er sei.

„Im Gegenteil“, antwortete der junge Mann, „ich bin genau wie mein Vater. Er ahmte niemanden nach. Ich ahme niemanden nach!“

De Mello 1995

6. Tag der Krebsselbsthilfe

Selbsthilfe – Säule der psychosozialen Versorgung

Bereits zum sechsten Mal hat die Deutsche Krebshilfe zusammen mit den von ihr geförderten Krebs-Selbsthilfeorganisationen den Tag der Krebsselbsthilfe ausgerichtet. 120 Vertreter der Selbsthilfe, Ärzte, Experten aus der Pflege und der Sozialarbeit, der psychosozialen Onkologie sowie aus dem physiotherapeutischen Bereich diskutierten in Bonn über Möglichkeiten der Zusammenarbeit in der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten.

Im ersten Teil der Veranstaltung wurde anhand von Beispielen aus der Praxis gezeigt, welche Unterstützung Selbsthilfe in der Phase der Diagnose, bei der ambulanten Behandlung, im Krankenhaus, in der Reha und auch in der Nachsorge, also in der Phase der Neuorientierung zu Hause, bieten kann. Anhand positiver Fallbeispiele wurden Kriterien deutlich, die erfüllt sein müssen, damit eine Kooperation vor Ort zwischen Selbsthilfe und professionellem System gelingen kann. Dazu zählt:

- die Bereitschaft zum Gespräch und den Anderen ernst zu nehmen
- sich Zeit zu nehmen – Stichwort Entschleunigung
- voneinander zu lernen

Der zweite Teil der Veranstaltung warf einen Blick von außen auf die Selbsthilfe. Die anwesenden Vertreter von Berufsgruppen, die täglich mit Krebspatientinnen und -patienten zu tun haben wie Pflegefachkräfte, Psychoonkologen, Ärzte, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter, berichteten über die vielen positiven Aspekte der Selbsthilfe, wiesen aber auch auf Fragen der Transparenz, der unübersichtlichen Vielfalt der Selbsthilfe vor Ort (quantitativ und qualitativ) und des Selbstverpflichtungskodexes bzw. der Unabhängigkeit der Selbsthilfe hin.

Anschließend stand der Nationale Krebsplan im Mittelpunkt der Betrachtung. Er ist ein wichtiges, wenn nicht das Instrumentarium, um die Selbsthilfe in allen Behandlungsabläufen zu implementieren sowie die professionell Tätigen zur Kooperation mit der Selbsthilfe anzuregen und – durch Module in der Aus- und Fortbildung – zu befähigen.

In der abschließenden Diskussionsrunde, an der NRW-Gesundheitspolitiker aller Parteien teilnahmen, wurde deutlich, wie wichtig und zeitaufwendig es ist, alle Akteure im Nationalen Krebsplan mitzunehmen. Die Finanzierung der psychosozialen Beratungsstellen von Krebspatienten wurde als wichtige Forderung deutlich benannt – dieser Baustein in der Versorgung muss flächendeckend gewährleistet werden.

Jeannette Arenz
Abteilungsleitung „Rehabilitation und Gesundheit“ beim Paritätischen

Die Tumorkonferenz – ein zentrales Instrument

Noch bis vor wenigen Jahren war es üblich, dass Brustkrebspatientinnen nacheinander, möglicherweise in einem wochenlang andauernden seelischen Marathon, die an der Behandlung beteiligten Fachärzte aufsuchen mussten. In dieser Hinsicht hat sich vieles zum Besseren gewandelt.

An zertifizierten Brustzentren gibt es heute eine sogenannte interdisziplinäre Tumorkonferenz, in der alle Untersuchungs- und Operationsergebnisse einer Patientin von allen behandelnden Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen beraten werden. Für die Patientin bedeutet dieses Vorgehen eine enorme Erleichterung. Sie hat die Gewissheit, dass alle Aspekte ihrer Erkrankung berücksichtigt werden und sie dadurch eine maßgeschneiderte und individuelle Therapie empfohlen bekommt.

Früher ergab sich die Diagnose Brustkrebs zumeist durch eine Operation. Daher war es meist auch der Operateur, der das weitere Vorgehen der Behandlung steuerte. Heutzutage wird die Diagnose Brustkrebs in den allermeisten Fällen lange vor der Operation gestellt. Dadurch sind bereits vor Beginn der Behandlung neben der Bösartigkeit, Größe und Ausbreitung zahlreiche individuelle biologische Merkmale des Tumors bekannt. Eine frühzeitige Kooperation der beteiligten Disziplinen ist daher möglich. Sie erlaubt eine frühe Abstimmung der Behandlungskonzepte und die Auswahl der sinnvollsten Reihenfolge.

Durch die gemeinsame Abstimmung werden für die Patientinnen die Wege nicht nur kürzer, sondern durch die Eindämmung der „Meinungsvielfalt“ oder schlichtweg durch die „gemeinsame Sprache“ der Behandler auch erheblich transparenter und einfacher. Für die Behandler wiederum werden gefährliche Schnittstellenprobleme beseitigt und durch die institutionalisierte gegenseitige Rückmeldung (z.B. Radiologe-Operateur-Pathologe-Radiologe-Operateur) erhebliche Lerneffekte erzielt.

Die Organisation der gemeinsamen Konferenz ist eingebettet in ein gemeinsames Konzept, gemeinsame Standards, Kooperationsverträge, gemeinsame Fortbildungsaktivitäten und letztendlich gemeinsame Dokumentation und Qualitätssicherung. Der dafür notwendige Mehraufwand ist allerdings nur an Kliniken zu leisten, die hohe Fallzahlen (Anzahl der pro Jahr in einem Krankenhaus behandelten Patienten) haben und schwerpunktmäßig Mammakarzinom-Patientinnen versorgen. An Krankenhäusern, die über diese Voraussetzungen verfügen, fördert die Tumorkonferenz Spezialistentum, gewährleistet interdisziplinäre Lernkurven und ist somit ein wertvoller Bestandteil einer zentralisierten Versorgung in Brustzentren.

Wer nimmt an der Tumorkonferenz teil?

Teilnehmer der interdisziplinären Tumorkonferenz sind Vertreter der Mammadiagnostik (diagnostische Radiologie / Gynäkologie), der Pathologie, der Brustchirurgie (Gynäkologie / plastische Chirurgie), der Systemtherapie (Gynäkologische Onkologie / internistische Onkologie / Häamatoonkologie), der Strahlentherapie und vielerorts der Psychoonkologie sowie die Breast Care Nurses. Je nach Bedarf werden zudem assoziierte Fachgruppen (Palliativmedizin, Pflege, Schmerztherapie etc.) hinzugezogen. Die Konferenz wird zudem so terminiert und angekündigt, dass die betreuenden niedergelassenen Frauenärzte teilnehmen können.

Die Patientin und deren Angehörige nehmen an den Tumorkonferenzen generell wegen des hohen Zeitaufwandes und der oft wenig persönlichen Konferenzatmosphäre nicht teil. Die meisten Kliniken ziehen eine gesonderte Tumorkonferenzbesprechung mit der Patientin in persönlicherer Atmosphäre mit mehr Zeit für Erläuterungen vor. Besteht bei einer Patientin jedoch der dringende Wunsch nach einer direkten Teilnahme, so kann diese in den meisten Kliniken eingefordert werden.

Welche Fälle werden in der Tumorkonferenz vorgestellt?

Grundsätzlich sollten in der Tumorkonferenz sowohl diagnostische Fälle mit zum Teil gutartiger Erkrankung, Primärfälle des Mammakarzinoms und auch Fälle von metastasiertem Mammakarzinom besprochen werden. Bei den diagnostischen Fällen ist insbesondere die Rückmeldung zwischen Operateur, Diagnostiker und Pathologen gefragt. Diese erlaubt einen Abgleich zwischen erwarteter und tatsächlicher Diagnose und ist so ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung. Neben

interdisziplinärer Versorgung an Brustzentren

einzelnen Routinefällen werden hauptsächlich diskrepante Fälle – also solche mit möglicherweise vorliegenden Fehleinschätzungen – besprochen und dokumentiert.

Im Bereich Primärtherapie des Mammakarzinoms wird von der Kommission der Deutschen Krebsgesellschaft, die Brustzentren zertifiziert, gefordert, dass nach der Erstzertifizierung wenigstens 95 Prozent der Fälle besprochen werden, die meisten Kliniken besprechen alle Fälle. Die Konferenz dient hier der Harmonisierung des Gesamtkonzepts und der zeitlichen Festlegung der Gesamtabläufe.

Besonderen Stellenwert hat die Konferenz in der Behandlung von metastasierten Fällen, da diese häufig ungleich schwerer zu beurteilen sind. Im Vergleich zur Primärtherapie ist die radiologische Kontrolle der Metastasierung und ihrer Verläufe deutlich komplizierter. Außerdem ist die Zahl der lokalen und systemischen Behandlungsoptionen aus den verschiedenen Fachbereichen deutlich höher. Häufig werden auf Veranlassung der Tumorkonferenz weitere Kooperationspartner (Orthopädie, Neurochirurgie, Thoraxchirurgie etc.) konsultiert.

Wie läuft eine Tumorkonferenz ab?

Zumeist werden die Fälle der Woche gesammelt und an einem festen wöchentlichen Termin besprochen. Für jede Patientin wird hierzu ein sogenanntes Tumorkonferenzprotokoll im Vorfeld herumgeschickt, welches den Fall beschreibt, die Befunde zusammenführt, Nebenerkrankungen und Allgemeinbefinden möglichst ganzheitlich protokolliert und einen Therapievorschlag enthält. Das Protokoll wird von einem Arzt erstellt, der die Patientin kennt und an deren Behandlung beteiligt ist. Um möglichst allen Teilnehmern den Zugriff zu gewährleisten, greifen die meisten Kliniken auf elektronische Medien zurück.

Zum Zeitpunkt der Konferenz hält jeder Teilnehmer die in seinem Bereich erhobenen Befunde der Patientin zu Demonstrationszwecken bereit, so dass das Tumorkonferenzprotokoll ggf. noch ergänzt oder geändert werden kann. Das Ergebnis der Konferenz wird in Form eines Protokolls festgehalten, von den Vertretern der Fachdisziplinen unterschrieben und allen zur Verfügung gestellt. Schließlich wird es zeitnah mit der jeweiligen Betroffenen und deren Angehörigen besprochen und den betreuenden niedergelassenen Ärzten übermittelt. So wird die wichtige Brücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung geschlagen.

Eine Telekonferenz ist inhaltlich identisch, nur dass die Kooperationspartner elektronisch (in Wort und Bild) kommunizieren.

Wer bestimmt das Behandlungskonzept?

Grundlage der Kooperation in der Tumorkonferenz sind gemeinsam erarbeitete schriftlich fixierte Standards, die sich eng an

Prof. Ulrike Nitz
Chefärztin am Brustzentrum Niederrhein

Die Tumorkonferenz

den nationalen Leitlinien zur Behandlung von Brustkrebs orientieren. Die Standards werden im Rahmen der Zertifizierungen eines Brustzentrums überprüft. Außerdem nehmen viele Kliniken freiwillig an einer externen Qualitätssicherung (benchmarking) teil. Diese Maßnahme ermöglicht es den Brustzentren, den eigenen Leistungsstand in Relation zu anderen einzuschätzen und konkrete Ansätze für die Qualitätsverbesserung zu entwickeln. Darüber hinaus besteht in jedem Brustzentrum über die Fachdisziplinen hinweg ein Konsens über Studien, in denen innovative Konzepte, die über die Leitlinieninhalte hinausgehen, angeboten werden.

Leitlinienkonformes Vorgehen lässt angesichts der vielen individuell gestaltbaren Behandlungsmöglichkeiten, die jede Leitlinie vorgibt, großen individuellen Handlungsspielraum. Dieser ist nicht Selbstzweck, sondern soll Betroffene vor nicht gut begründeten Entscheidungen einzelner schützen. Gute interdisziplinäre Konferenzen zeigen zudem in der Regel neben den Standardkonzepten auch innovative Optionen auf. Wird aufgrund einer ungewöhnlichen individuellen Konstellation die Leitlinie verletzt, so wird dies im Tumorkonferenzprotokoll kenntlich gemacht und individuell begründet.

Wie wird die Tumorkonferenz umgesetzt?

In der Regel verpflichten sich die Teilnehmer der Tumorkonferenz dazu, die Patientin für ihren Fachbereich im Sinne des Tumorkonferenzbeschlusses zu beraten.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Patientin diesen Ratschlägen nun unbedingt folgen muss. Lassen Umstände oder Vorlieben von Seiten der Patientin, die z.B. zum Zeitpunkt der Tumorkonferenz noch nicht bekannt waren, eine Änderung des Behandlungsplanes sinnvoll erscheinen, so wird diese umgesetzt. Im Sinne der Qualitätssicherung werden solche Änderungen des Behandlungsplanes in einer der Folgekonferenzen mit den übrigen Behandlungspartnern besprochen und wenn nötig protokolliert.

Praktischer Umgang mit Tumorkonferenzprotokollen

Wie bereits erwähnt, ist die interdisziplinäre Tumorkonferenz ein zentraler Bestandteil einer qualitätsgesicherten Versorgung und hat sicherlich in den vergangenen Jahren erheblich zur Verbesserung der Behandlung von Brustkrebspatientinnen beigetragen. Das erstellte Protokoll ist zunächst ein Dokument der ärztlichen Kommunikation. Aber auch in der Hand der Betroffenen ist es äußerst sinnvoll, da es die relevanten Stammdaten der Erkrankung zusammenfasst und mehr oder minder von jedem anderen Arzt in großen Teilen der Welt gelesen werden kann.

Das Tumorkonferenzprotokoll ist in der Form, in der es zumeist erstellt wird, dem Laien in der Regel nur schwer zugänglich. Daher bedarf jeder Beschluss der ausführlichen „Übersetzung“. Dabei gilt, dass die Therapie die Beste ist, die von der Patientin verstanden und befürwortet wird und auch im klinischen Alltag durchgehalten werden kann.

Prof. Ulrike Nitz
Chefärztin am Brustzentrum Niederrhein,
Evangelisches Krankenhaus BETHESDA,
Mönchengladbach

KURZINFO

Gezielte Patientenbetreuung verbessert Chancen gegen Krebs

Die Behandlung von Krebs erfolgt zunehmend mit Tabletten, die die Patientinnen und –patienten eigenverantwortlich zu Hause einnehmen müssen. Zahlreiche Arztbesuche bleiben ihnen so erspart. Für den Therapieerfolg ist es allerdings sehr wichtig, dass die Medikamente exakt nach Vorgabe des Arztes geschluckt werden. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass viele Patienten vom vorgeschriebenen Therapieschema abweichen.

Eine gezielte Unterstützung von Krebspatientinnen und -patienten kann die Therapietreue und damit den Behandlungserfolg signifikant steigern. Das haben Forscher des Pharmazeutischen Instituts der Universität Bonn in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kliniken und Arztpraxen herausgefunden. Während ein Viertel der nicht betreuten Patientinnen und Patienten ihre Tabletten an mehr als jedem fünften Tag nicht korrekt einnahmen, traf dies auf keine der betreuten Personen zu.

Neu an dem vorgestellten Modell ist unter anderem die Einbindung von Apothekern. Nach der Entscheidung für eine Krebstherapie in Tablettenform informiert der Arzt den Patienten über die Möglichkeit einer zusätzlichen pharmazeutischen Betreuung. Besteht Interesse, erteilt ein Apotheker Einnahmehinweise und berät zur Therapie. Er erläutert dann genau die Wirkungen der Medikamente und die Bedeutung der regelmäßigen Einnahme für den Behandlungserfolg. Die Patientinnen und Patienten erfahren, welche Nebenwirkungen bei den Medikamenten auftreten können, wie man diese frühzeitig erkennt und was dann zu tun ist.

Patientinnen und Patienten lernen beispielsweise, wie sie sich selbst helfen können, wenn Hauterscheinungen oder Durchfall auftreten, und bei welchen Nebenwirkungen sie unbedingt zum Arzt gehen müssen. Außerdem wird die Möglichkeit geboten, die Apothekerin oder den Apotheker bei Fragen jederzeit anzurufen.

“Die betreuten Patientinnen und Patienten hielten sich nicht nur besser an das Therapieschema des Arztes, sondern brachen die Behandlung auch seltener ab”, erläutert Professor Dr. Ulrich Jaehde aus dem Bereich Klinische Pharmazie der Universität Bonn. “Die Ergebnisse zeigen, dass nicht nur durch neue Medikamente bessere Erfolge in der Krebstherapie erzielt werden können, sondern auch durch eine intensivere Betreuung der Patienten.” Das Betreuungsmodell wird derzeit in einer Folgestudie weiter verbessert.

Quelle: Pharmazeutisches Institut der Universität Bonn

Leben mit Krebs in der Familie

Betreuung von Angehörigen

Wenn Mutter oder Vater an Krebs erkranken, was bedeutet das für die Familien? Dieses Thema stand im Herbst 2010 im Mittelpunkt einer Veranstaltung der FSH Gruppe Essen und des Familienzentrums Essen. Betroffene und Fachleute wurden zusammengeführt, starke Gefühle ausgelöst und vielfältige Impulse für die weitere Arbeit gesetzt.

Eine gemeinsame Veranstaltung von Frauenselbsthilfe und einem Familienzentrum - das war für die beiden Partner etwas ganz Neues. Da das Thema gut gewählt, die Einladung gezielt versendet sowie für Kinderbetreuung und leibliches Wohl gesorgt war, kamen viele: 50 Betroffene und Interessierte sowie 20 Fachleute. Dazu zählten Ärztinnen und Ärzte mit langjähriger Erfahrung in den Brustzentren unserer Stadt, ganz junge Mediziner, Klinikchefs und Niedergelassene, ein Kinderarzt und die Mitarbeiterinnen der Krebsberatung, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen aus Jugendhilfe, Ehe- und Familienberatung, Familien- und Krankenpfleger, Psychoonkologen, Psychotherapeuten u. a.
Die Moderation hatte die Journalistin Christine Kostrzewa übernommen, die einfühlsam und kompetent durchs Programm führte.

Die Veranstaltung startete mit der Vorführung der in Zusammenarbeit und unter Mitwirkung der Frauenselbsthilfe nach Krebs erstellten DVD „Krebskranke Frauen und ihre Kinder“. Sie erwies sich als eine wesentliche Hilfe, um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Probleme von Krebskranken und deren Angehörigen vor Augen zu führen. Der 13-minütige Hauptfilm erzählt zunächst in Interviewform vom Schicksal zweier betroffener Frauen und deren Familien. Der zweite Teil des Films zeigt weitere ausführliche Interviews, in denen individuelle Lösungswege anderer Frauen geschildert werden. Außerdem kommen ein Vater und einige Kinder zu Wort, die erzählen, wie sie ihren schwierigen Alltag meistern.

Produktive Diskussionen

Im Anschluss an die Vorführung und eine gemeinsame Diskussion standen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer drei Workshops zur Auswahl, die von Fachleuten geleitet wurden: In den Gruppen „Umgang mit der Angst“ und „Umgang mit den Kindern“ wurden lebhafte und berührende Gespräche geführt. Es kam zu einem intensiven Austausch zwischen allen Beteiligten, bei dem das zentrale Motto der Frauenselbsthilfe: „Auffangen – Informieren – Begleiten“ für alle erfahrbar wurde. Eine Teilnehmerin äußerte am Schluss: „Jetzt weiß ich, dass ich als Angehörige den Austausch mit anderen Angehörigen brauche und dass ich etwas für mich tun werde!“ Ein Vater fasste für sich zusammen: „Es war gut sich zu vergewissern, dass wir alles – soweit möglich – ‚richtig‘ gemacht haben mit unserem Kind. Ich kann mir jetzt auch vorstellen, Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen.“

Der dritte Workshop war dem Austausch und der Vernetzung der „Experten“ untereinander und mit Betroffenen vorbehalten. In dieser Gruppe wurde deutlich, dass es zwar viele Hilfsangebote gibt, diese die Betroffenen und ihre Angehörigen jedoch oft nicht erreichen. Die Workshop-Teilnehmer überlegten gemeinsam, wie diese Situation verbessert werden könnte. Darüber hinaus beschäftigten sie sich intensiv mit der Frage, wie sich Kliniken, das Jugendamt, Beratungseinrichtungen und andere beteiligte Institutionen dem Thema „Leben mit Krebs in der Familie“ grundsätzlich nähern könnten.

Fazit

Die Betroffenheit von Angehörigen ist viel stärker als die Veranstaltungsteilnehmer vermutet haben. Gerade in einer Familie trägt der Partner die Last ganz entscheidend mit: seien es die Sorgen um den erkrankten Menschen und dessen Unterstützung, sei es die Übernahme von mehr Aufgaben in der Kindererziehung und -betreuung. Für Kinder bedeutet die Krebserkrankung eines Elternteils, dass die Gewissheit: „meine Eltern sind stark und verlässlich“ nachhaltig erschüttert wird.

stärker in den Fokus rücken

Ergebnis der Diskussionen war unter anderem, dass im Selbsthilfebereich dringend eine Gesprächsmöglichkeit für Angehörige gebraucht wird. Darüber hinaus ist es erforderlich, Kindern und Jugendlichen, die ein krebserkranktes Elternteil haben, ein professionell geleitetes oder unterstütztes Angebot zu machen. Die Fachleute brauchen Ressourcen und Unterstützung dabei, sich zu vernetzen. Ein Beispiel dafür wäre ein konkreter, aktueller Leitfaden mit den Institutionen und ihren Angeboten, den namentlich und möglichst mit Foto aufgeführten Ansprechpartnern und Kontaktdaten.

Wir haben in Essen mit der Veranstaltung einen erfolgreichen Auftakt geschaffen, um das Thema Betreuung von Angehörigen stärker in den Fokus zu rücken. Weitere Aktionen sind bereits geplant.

Ohne die professionelle Unterstützung bei der Konzeption, Organisation und Moderation der Veranstaltung durch Christine Kostrzewa, Journalistin und Autorin des Films, wäre uns die Veranstaltung nicht so gut gelungen. Unsere Erkenntnis: In der Öffentlichkeit können wir mehr erreichen, wenn wir projekt- oder veranstaltungsbezogen professionelle Unterstützung hinzuziehen.

Wer mehr über Organisation, Ablauf usw. wissen möchte, wende sich an die Gruppe Essen: christinepoensgen@gmx.de oder Tel. 0201 - 45 13 98 69.

Christine Poensgen
Leiterin der Gruppe Essen

Aktuelle Studie zum Thema

Dass nach der Diagnose Brustkrebs häufig auch die Partner der erkrankten Frauen leiden, hat nun eine aktuelle dänische Studie gezeigt, der die Daten von 1,2 Millionen Menschen zu Grunde liegen. Erkrankt eine Frau an einem Mammakarzinom, so steigt das Risiko ihres Ehemanns oder Lebenspartners, depressiv zu werden: Während im Durchschnitt einer von 1.000 Männern wegen einer schweren Depression in einer Klinik behandelt werden muss, ist es bei Partnern von Brustkrebspatientinnen einer von 700. Die Studienautoren fordern Ärzte auf, bei der Behandlung von Krebspatienten auch auf die gesundheitlichen Probleme der Partner zu achten.

Quelle: Apotheken Umschau

Arztbewertungsportale im

Die Suche nach einem guten Arzt ist manchmal gar nicht so leicht. Man kann sich an die Gelben Seiten halten oder auf Empfehlungen aus dem Freundes- und Verwandtenkreis verlassen. Seit einigen Jahren bieten nun sogenannte Arztbewertungsportale im Internet die Möglichkeit, sich über Ärzte zu informieren. Aber können diese Angebote tatsächlich helfen, die beste Ärztin oder den besten Arzt im Umkreis zu finden?

In vielen Ländern sind Arztbewertungsportale schon seit langem in Mode, seit ein paar Jahren steigt auch in Deutschland die Zahl der Internet-Auftritte, die Patienten die Möglichkeit bieten, ihre Ärzte zu bewerten oder sich die Bewertungen anderer Patienten anzuschauen.

Nun sollte man meinen, dass hier doch ein sehr guter Weg gefunden wurde, mehr Transparenz in den Gesundheitsmarkt zu bringen. Empfehlungen, die sich bisher nur auf die Meinung eines einzelnen Verwandten oder Freundes stützten, entstehen nun durch die gemeinsamen Bewertungen vieler. Aber sind die so entstehenden Urteile wirklich aussagekräftig? Was sind die Information tatsächlich wert, die auf diese Art und Weise entstehen?

Im Jahr 2008 erschien in der Zeitschrift „Gesundheitswesen“ eine Studie, in der alle damals existierenden deutschen Arztbewertungsportale im Internet untersucht wurden. Es stellte sich heraus, dass in den meisten Fällen die Bewertungsverfahren nicht nachvollziehbar waren und sich die Benotungen der Ärzte oft nur auf die Meinungen einiger weniger stützten. Die Kriterien, nach denen bewertet wurde (falls überhaupt vorhanden), waren zudem sehr unterschiedlich. Das Fazit der Studie lautete daher: Die Portale sind nicht in der Lage, Nutzern eine angemessene Hilfestellung bei der Suche nach dem geeigneten Arzt zu geben.

Anforderungskatalog für Bewertungsportale

Vor dem Hintergrund dieser Studie erteilten Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Dezember 2008 dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) den Auftrag, einen Katalog mit Anforderungen für gute Arztbewertungsportale zu erarbeiten. Dazu berief das ÄZQ einen Expertenkreis aus Juristen und Qualitätsfachleuten ein, der entsprechende Kriterien entwickeln und formulieren sollte.

Nun liegt ein Anforderungskatalog vor, der erstmals Qualitätsstandards für Arztbewertungsportale definiert. Dieser Katalog richtet sich sowohl an Anbieter wie Nutzer der Portale. So soll den Anbietern die Möglichkeit gegeben werden, ihr Angebot zu optimieren, und Nutzer können anhand der Kriterien die Qualität des Angebots prüfen. Werden die Standards eingehalten, so die ÄZQ, ist für den Nutzer die Verlässlichkeit der angebotenen Information gewährleistet.

Qualitätskriterien

Wichtigstes Gebot für ein Arztbewertungsportal ist größtmögliche Transparenz über das Bewertungsverfahren. Denn nur wenn Nutzer die Kriterien kennen, nach denen bewertet wird, kann die Aussagekraft der Bewertungen auch eingeschätzt werden. Beurteilt der Bewertende zum Beispiel Freundlichkeit, Erreichbarkeit und Terminvergabe? Oder beurteilt er die Qualität des Arzt-Patienten-Gesprächs?

Der Anforderungskatalog der ÄZQ sieht daher vor, dass den Bewertungen feste Kriterien zugrunde liegen müssen. Sollten Betreiber eines Portals keine festen Vorgaben zu den Bewertungskriterien machen, muss die Auflage bestehen, dass Bewertende ihre Bewertung detailliert begründen.

Außerdem sollen Betreiber darlegen, ob Einzelmeinungen zu einer Arztpraxis veröffentlicht werden, oder ob erst eine festgelegte Anzahl von Bewertungen eingegangen sein muss, bevor eine Bewertung veröffentlicht wird.

Häufig benutzte Kategorien der Online-Bewertung wie „Freundlichkeit“ sind dehnbare Begriffe und werden von Nutzern unterschiedlich interpretiert. Damit Bewertungen aussagekräftig sind, müssen die Kategorien eindeutig sein. Die Frage: „Ist der Arzt kompetent?“ kann zum Beispiel von Patienten nicht wirklich beurteilt werden. „Kann ich erkennen, ob und wie Arzt und Praxispersonal sich um die Qualität meiner Behandlung bemühen?“ ist hingegen für jeden Patienten gleichermaßen überprüfbar

Internet

und liefert auch bei verschiedenen Bewertern vergleichbare Ergebnisse.

Als Qualitätsparameter (Qualitätsgrößen) können auch rechtliche Aspekte dienen: Einsicht in die Unterlagen, Zweitmeinung, Datenschutz. Fragen zum Umgang – „Bezieht der Arzt mich in die Behandlungsentscheidungen ein?“ – stellen ebenfalls ein wichtiges und von jedem Einzelnen gut zu beurteilendes Qualitätskriterium dar.

Das ÄZQ hat neben diesen Kriterien noch eine ganze Reihe weiterer Qualitätsparameter gefunden, die sich gut eignen, um als Grundlage wissenschaftlicher Arztbewertungsportalen zu dienen. Sie finden sich in der Checkliste „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“, die auf den Internetseiten der Frauenselbsthilfe abgerufen werden kann.

Interessenkonflikte

Damit Nutzer einschätzen können, wie verlässlich eine Information ist, müssen Betreiber eines Arztbewertungsportals transparent darstellen, welche Interessen sie verfolgen. Dazu gehört ganz wesentlich die Offenlegung der Finanzierung, aber auch anders gearteter Geschäftsbeziehungen der Betreiber zu Personen, Institutionen oder Unternehmen, die ein kommerzielles/finanzielles Interesse an der Verbreitung oder Unterdrückung der entsprechenden Information haben.

Finanziert sich ein Portal zum Beispiel durch kostenpflichtige Einträge von Ärzten, muss dies deutlich gemacht werden, da der Kreis der bewerteten Ärzte dadurch begrenzt und ein Vergleich nur eingeschränkt möglich ist. Auch eine nachvollziehbare Darstellung der Anzahl gelisteter Ärzte (pro Region oder Fachgebiet) im Verhältnis zur Anzahl bewerteter Ärzte ist daher für den Nutzer eine wichtige Information.

Umgangsformen

Ein gutes Arztbewertungsportal sollte sich an die Regeln der Netiquette halten. „Netiquette“ bedeutet gute Umgangsformen im Netz.

Arztbewertungsportale im Internet

Der Begriff ist eine Zusammensetzung aus dem englischen „net“ (Netz) und dem französischen „Etiquette“ (Umgangsform). Sinn und Zweck der Netiquette ist es, in der Anonymität des Internets nicht zu vergessen, dass am anderen Ende der Kommunikationskette auch ein Mensch sitzt.

Zu den Geboten der Netiquette gehören unter anderem: angemessener Ausdruck und Inhalt (keine Beleidigungen oder keine Verleumdungen); Lesbarkeit (korrekter Satzbau, keine Kürzel, korrekte Groß- und Kleinschreibung) sowie Respekt des Urheberrechts (Zitate nur mit Quellenangaben, keine Plagiate und Übernahme längerer Textpassagen).

Damit diese Umgangsformen auch bei einem Bewertungsportal eingehalten werden, fordert die ÄZQ, dass Freitexteingaben in regelmäßigen, nicht zu großen Zeitabständen redaktionell geprüft werden.

Fazit

Sollten sich die Betreiber von Arztbewertungsportalen künftig an diese Vorgaben der ÄZQ halten, könnte es bald gute Recherchemöglichkeiten für Arztsuchende geben. Die Analyse der ÄZQ hat jedoch gezeigt, dass die zurzeit vorhandenen Portale mit wenigen Ausnahmen kaum in der Lage sind, ihrem Nutzerkreis Hilfestellungen zur Identifikation einer guten Arztpraxis oder Klinik zu geben.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Das gute Arztbewertungsportal

- enthält ein Impressum, das Aufschluss über die Identität des Betreibers gibt;
- bietet eine E-Mail-Adresse als Kontaktmöglichkeit;
- verzeichnet das Datum der Aufnahme und der letzten Aktualisierung der enthaltenen Arzteinträge, damit der Nutzer einen Bewertungsverlauf ablesen kann;
- schließt Mehrfachbewertungen durch ein und denselben Bewerter aus;
- beinhaltet eine Datenschutzerklärung, die den Umgang mit personenbezogenen Nutzerdaten und die Voraussetzungen für deren Löschung und Weitergabe darlegt;
- legt die Finanzierung offen;
- trennt Werbung und Inhalt;
- hat ein verständliches Bewertungsverfahren;
- weist darauf hin, dass Bewertungen allenfalls Einschätzungen zu einzelnen Aspekten der Versorgung und Betreuung durch Arzt bzw. Praxispersonal geben können;
- stellt sicher, dass Einträge in Freitextfeldern redaktionell zu festgelegten Zeiten geprüft werden;
- räumt betroffenen Ärzten die Möglichkeit zu Gegendarstellung und/oder Widerspruch ein;
- bietet Schutz gegen Täuschungsmanöver und Schmähkritik.

Unser Standpunkt

Brusterhalt um jeden Preis?

Durch die Einführung des Mammographie-Screenings als Maßnahme der Krebsfrüherkennung werden heute vermehrt auch sehr kleine Tumore diagnostiziert. Damit steigen auch die Möglichkeiten einer Brust erhaltenden Therapie (BET). Das klingt zunächst einmal sehr positiv: Erhaltung der eigenen Brust – wer möchte das nicht? Primäres Ziel bei der Operation von Brustkrebs sollte allerdings nicht die Brusterhaltung sein, so wichtig sie für das Selbstwertgefühl der Frau auch häufig ist, sondern die sichere Tumorentfernung. Daher wäre es im Interesse der Betroffenen wichtig zu wissen, ob es bei der BET zu einem vermehrtem Auftauchen von Rezidiven kommt. Dazu liegen jedoch weder in Deutschland noch international evidenzbasierte Zahlen vor.

Die steigenden BET-Raten ohne eindeutige Datenlage in Bezug auf die Ergebnisqualität (Rezidive, Mortalität) wird von uns daher mit Sorge betrachtet. Ist es sinnvoll, in jedem möglichen Fall eine BET anzustreben? Laut der S3-Leitlinie Mammachirurgie müssen Patientinnen – noch vor der Operation – über jede Art des Wiederaufbaus informiert und aufgeklärt werden. Es gilt, Vor- und Nachteile der Maßnahmen im Hinblick auf die individuelle Lebensqualität sorgfältig abzuwägen. Die betroffenen Frauen benötigen Bedenkzeit, um diese für sie auch langfristig folgenreiche Entscheidungen treffen zu können:

- Was bietet mir die größtmögliche Sicherheit vor Rezidiven und die bestmögliche Lebensqualität: Brusterhalt oder -entfernung?
- Welche Konsequenzen hat die Brust erhaltende Therapie (z.B. nachfolgende Bestrahlung)?
- Sollte die Brustrekonstruktion sofort oder später erfolgen?
- Wie viele Operationen sind für die Brustrekonstruktion erforderlich, welchen Umfang haben sie und welche Belastungen bringen sie mit sich?
- Wird Eigen- oder Fremdmaterial verwendet?
- Welche kosmetischen Ergebnisse sind zu erwarten?

Dass gerade die unerlässlich notwendige Information und auch die Zeit für die Beschäftigung mit dem Thema häufig fehlt, belegt eine Befragung, die auf Initiative der Fachgruppe Mammachirurgie des Instituts für Qualitätssicherung und Patientensicherheit (BQS) stattgefunden hat. Abgefragt wurden speziell die Arzt-Patienten-Kommunikation und die Erfahrungen der Patientinnen mit ihrer Einbeziehung in die gemeinsame Therapieentscheidung vor der Operation.

Die Ergebnisse der Befragung stimmen bedenklich: Nur 31 Prozent der befragten Patientinnen mit Brust-OP gaben an, dass sie über die unterschiedlichen Methoden des Brustaufbaus informiert worden seien. 56 Prozent wussten vor der OP nicht, dass sie die äußere Symmetrie auch ohne Brustaufbau mit einer Brustprothese herstellen können. Und nur 20 Prozent der Befragten gaben an, dass das Ergebnis des Brustaufbaus so ist, wie sie es erwartet hatten.

Hier gibt es also noch viel zu tun. Ärztinnen und Ärzte müssen das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung noch mehr verinnerlichen. Das geht nur, wenn dies bereits in der Ausbildung als wichtiger Bestandteil der Arbeit vermittelt wird. Den Patientinnen muss ausreichend Zeit eingeräumt werden, um lebenswichtige Entscheidungen treffen zu können. Und es müssen noch mehr objektive, patientenverständliche Informationen zu den Möglichkeiten und Risiken der modernen Mammachirurgie erstellt werden.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Modellprojekt Gesundheitsselbsthilfe NRW und Migration

FSH engagiert sich für Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen gelten heute als unverzichtbarer Teil unseres Gesundheitssystems. Sie werden als wertvolle Ergänzung zur ärztlichen Behandlung in der akuten Krankheitsphase und der Zeit der Nachsorge anerkannt. Allein in den Selbsthilfegruppen der FSH finden über 50.000 an Krebs Erkrankte und ihre Angehörigen psychosoziale Unterstützung.

In diesem Bereich hat sich die Gesundheitsversorgung in Deutschland in den vergangenen 30 Jahren entscheidend weiter entwickelt. Migrantinnen und Migranten profitieren zurzeit allerdings noch selten von den Selbsthilfeangeboten, wie eine Untersuchung ergeben hat.

Im Jahr 2009 wurde ein Modellprojekt mit dem Titel „Gesundheitsselbsthilfe NRW und Migration“ vom Paritätischen Nordrhein-Westfalen (NRW), der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK Westfalen-Lippe gestartet. Darin soll beispielhaft erprobt werden, wie Betroffenenerfahrungen und -kompetenzen deutscher Krebs-Selbsthilfeorganisationen für türkischsprachige Mitbürgerinnen und Mitbürger zur Bewältigung einer eigenen Krebserkrankung nutzbar gemacht werden können.

Im Mai 2009 wurde ich von der Projektleiterin, Rita Januschewski (Mitarbeiterin beim Paritätischen), gefragt, ob ich Lust hätte, das Projekt zu begleiten. Mein Interesse an einer Mitarbeit war angesichts des sehr wichtigen Themas schnell geweckt. Wenn es schon uns „Eingeborenen“ schwer fällt, sich im deutschen Gesundheitswesen zu recht zu finden, wie geht es dann erst jemandem, der womöglich über mangelhafte Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt und aus einem anderen Kulturkreis kommt? Wie allein gelassen fühlen sich wohl türkische Migrantinnen und Migranten mit der Diagnose Krebs?

Konzeptentwicklung

Nach Absprache mit dem Landesverband war ich bei dem Projekt dabei und zwar als Mitglied der sogenannten „Fachlichen Begleitgruppe“. Zu dieser Gruppe gehören neben mir und Rita Januschewski auch Umut Ezel (Projektkoordinatorin) sowie je ein Mitglied der Deutschen ILCO NRW und der Kehlkopfoperierten NRW. Wir treffen uns seitdem regelmäßig, um ein Konzept zu entwickeln, wie die Selbsthilfe auch für türkischsprachige Krebsbetroffene geöffnet werden kann.

Diskutiert wird unter anderem, wie diese Betroffenengruppe bei der Krankheitsbewältigung unterstützt und eine Kooperation zwischen ihnen und deutschen Krebsbetroffenen im Rahmen der gesundheitlichen Selbsthilfestrukturen in NRW aufgebaut werden kann. Außerdem geht es auch darum, die Landesverbände der Krebs-Selbsthilfeorganisationen für die Situation der türkischsprachigen Krebsbetroffenen und ihrer Familien zu sensibilisieren. Gesundheitsversorgung, da sind wir uns in der Fachlichen Begleitgruppe einig, muss für alle Menschen gleich sein und über Kulturgrenzen hinweg bestehen. Migrantinnen und Migranten kennen und nutzen die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen noch viel zu selten. Das Verständnis, dass es diese Möglichkeit gibt, muss daher stärker in die türkische Gemeinde getragen werden.

Spannende Fachgruppenarbeit

Die Arbeit in der Fachgruppe ist sehr spannend. Wir haben zum Beispiel zu Beginn des Projekts ein Seminar der Volkshochschule mit dem Thema „Zum Umgang mit muslimischen Patienten“ besucht.

Außerdem wurden wir zu einer interkulturellen Fachtagung in Gelsenkirchen eingeladen und ich war begeistert, wie gut ich mit einem türkischen Teilnehmer bei einer Tasse türkischem Tee diskutieren konnte.

Ein zentraler Punkt der Fachgruppenarbeit für das Jahr 2010 bestand in der Vorbereitung einer großen, landesweiten Fachtagung.

über kulturelle Grenzen hinweg

Diese sollte dazu dienen, Informationen zum Modellprojekt bereit zu stellen, bei Migranten bestehende Ängste vor der ersten Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen zu beseitigen und einen Ort für interkulturelle Begegnungen zu bieten. Unter anderem erarbeiteten wir dafür eine Präsentation des Projektes „Gesundheitsselbsthilfe NRW und Migration“.

Als Ort des Dialogs für die Fachtagung wurde die Merkez-Moschee im Duisburger Stadtteil Marxloh ausgewählt, die eine interreligiöse Bildungs- und Begegnungsstätte ist und den offenen Austausch zwischen Menschen unterschiedlicher Kulturen sucht. Als Moderatorin konnte die bekannte WDR-Journalistin Asli Sevindim gewonnen werden. Die in Duisburg-Marxloh geborene und aufgewachsene Deutsch-Türkin war von der Wichtigkeit der Veranstaltung sofort überzeugt.

Interkultureller Austausch

Die Tagung, die im April 2010 stattgefunden hat, war ein großer Erfolg. Rund 150 türkischsprachige Migranten, deutsche Mitbürger, Krebspatienten, Ärzte sowie Ehrenamtler aus dem Bereich der Gesundheitsselbsthilfe nahmen teil - und natürlich Mitglieder der FSH aus der Gruppen-, Landes,- und Bundesebene. Sie wirkten auch bei der Programmgestaltung mit und waren mit einem Informationsstand vertreten.

Unter anderem wurde als ein sehr gutes Beispiel für den gelungenen, interkulturellen Austausch und die Selbsthilfearbeit für Migranten der von Aynur Çelikdöven gegründete Selbsthilfeverein für krebskranke Kinder und Menschen in Deutschland „Weg der Hoffnung NRW e.V.“ vorgestellt. 2001 in Oberhausen von türkischen Eltern ins Leben gerufen, möchte dieser Verein in erster Linie eine seelische Unterstützung der krebskranken Kinder und von deren Angehörige liefern. „Weg der Hoffnung“ ist in Nordrhein-Westfalen der erste von und für Migranten gegründete, überregionale Selbsthilfeverein und in dieser Form bis jetzt einzigartig.

Betroffenenberichte der verschieden Selbsthilfeorganisationen – für die FSH sprach Christa Kalk – sowie ein kleines deutsch-türkisches Theaterstück waren mit im Programm. In der Pause wurden rege Gespräche geführt. Um die Veranstaltung abzurunden, gab es für Interessierte noch eine Moschee-Besichtigung.

Die Arbeit in der Fachlichen Begleitgruppe ist damit noch lange nicht zu Ende. Zurzeit suchen wir türkischstämmige Menschen aus dem Bereich Migration und Gesundheit, die unsere Begleitgruppe verstärken, damit nicht nur die deutsche Sichtweise eingebracht wird.

Petra Kunz
Vorsitzende des Landesverbandes NRW

Aktuelle Meldungen

Hunde erschnüffeln Krebs

Ein kurzes Schnuppern mit der Schnauze und die Diagnose steht fest. Mit ihren verblüffenden Riechkünsten sollen Hunde mehreren Studien zufolge Krebs erschnüffeln können – und zwar am Atem der Patienten. In einer der Studien waren beispielsweise fünf Testtiere drei Wochen lang darauf trainiert worden, anhand von Atemproben Lungen- und Brustkrebs zu erkennen. Die Wissenschaftler ließen dann 169 Personen mit und ohne Krebserkrankung in Plastikröhrchen pusten. Das erstaunliche Ergebnis: 88 bis 97 Prozent der Proben erkannten die Hunde korrekt.

Der Einsatz von Hunden in der Krebsfrüherkennung ist nun deswegen allerdings nicht geplant. Denkbar ist jedoch, „elektronische Nasen“ zur Früherkennung von Krebs zu entwickeln. Wenn die Forscher wüssten, welche Stoffe in welcher Konzentration für den Geruchsunterschied zwischen Krebszellen und gesunden Zellen sorgen, wäre der Weg frei für die Anwendung von Messgeräten, deren empfindliche Sensoren bei der Analyse von Gasgemischen auf winzige Mengen einer bestimmten Substanz.

Quelle: Handelsblatt

Patienten sind nur unzureichend über ihre Rechte informiert

Patienten in Deutschland sind nicht ausreichend über ihre Rechte im Gesundheitswesen informiert. Das zeigt der aktuelle Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung. Die repräsentative Bevölkerungsumfrage hat ergeben, dass 61 Prozent der Befragten kaum etwas über wichtige Patientenrechte wissen. Zwar kennt die große Mehrheit der Bevölkerung das Recht auf freie Arztwahl (96 Prozent) oder die umfassende Aufklärungspflicht des Arztes (92 Prozent). Nur 38 Prozent der Befragten wissen dagegen, dass der Arzt dem Patienten die Wahrheit über die jeweilige Erkrankung sagen muss. Zudem gehen 41 Prozent der Versicherten fälschlicherweise davon aus, dass sie vom Arzt eine gezielte Lebensverkürzung verlangen können.

Quelle: Bertelsmann-Stiftung

Krankenhausreport 2011 erschienen

Patienten, die nach Gelenkverschleiß ein künstliches Hüftgelenk benötigen, sollten bei der Auswahl des geeigneten Krankenhauses ganz besonders auf die Qualität achten. Denn die schlechtesten 92 Kliniken überschreiten die statistisch zu erwartende Anzahl von Komplikationsfällen um mindestens 80 Prozent. Dagegen unterschreiten die besten 92 Kliniken diese Erwartung um 44 Prozent. Dies belegt die Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), nachzulesen im Krankenhaus-Report 2011. In dieser Auswertung wurde die Verteilung von älteren Patienten und Menschen mit Vorerkrankungen berücksichtigt.

Quelle: AOK-Bundesverband

Viel Bauchspeck: Hohes Brustkrebs-Risiko in jungen Jahren

Laut einer Studie von US-Wissenschaftlern besitzen Frauen mit viel Bauchfett in der Prämenopause ein dreifach erhöhtes Risiko Krebs in den Brustzellen zu entwickeln. Als Prämenopause wird die Zeit vom 40. Lebensjahr bis zur letzten Regelblutung bezeichnet. Für ihre Studie haben die Forscher Daten der 1989 begonnenen Nurses' Health Study ausgewertet. Unter Berücksichtigung des Östrogen-Rezeptorstatus der Karzinome zeigte sich deutlich, dass Frauen mit dem meisten Bauchfett ein dreimal höheres Erkrankungsrisiko aufwiesen als schlanke Frauen. Auch das größte Verhältnis von Hüft- zu Taillenumfang im Hinblick auf den Rezeptorstatus hat die Krebsgefahr immer noch verdoppelt. Nach dem Bericht der Forscher löst das Bauchfett Stoffwechselveränderungen aus, die sich unter anderem ungünstig auf Insulin sowie freie Fettsäuren und das hormonbindende Globulin auswirken. Diese Veränderungen stehen bereits länger in dem Verdacht, Brustkrebs in der Vor-Menopause hervorzurufen. Mit ihren Untersuchungen haben die Experten einen ersten Nachweis geliefert.

Quelle: Ärzte-Zeitung

Mammakarzinom: Brustkrebs stark an westlichen Lebensstil gebunden

Die Häufigkeit, an Brustkrebs zu erkranken, ist in den USA fünfmal höher als in Entwicklungsländern. Aber auch in Japan mit einem vergleichbaren Lebensstandard erkranken deutlich weniger Frauen an einem Mammakarzinom. Neue tierexperimentelle Studien zeigen, dass Cholesterin und Fette das Wachstum eines Tumors in der Brust beschleunigen können. So verdoppelte sich die Zahl der Tumoren, wenn sie mit einer westlichen Diät mit einem Anteil von 12,2 Prozent Fett und 0,2 Prozent Cholesterin gefüttert wurden, statt mit einer cholesterinfreien Kost mit einem Fettanteil von nur 4,5 Prozent. Infolge der fettreichen Diät nahm auch die Tumorgröße um 50 Prozent zu.

Quelle: Ärzteblatt

Neue Wartezimmerinformation zum Thema Früherkennung von Brustkrebs

Zum Thema „Früherkennung von Brustkrebs" gibt es eine neue kompakte Kurzinformation, die für Patienten leicht verständlich wichtige Empfehlungen vermittelt. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat diese neue Wartezimmerinformation entwickelt. Ärzte können sie im Internet downloaden, ausdrucken und in ihren Wartezimmern auslegen. Aber auch ohne Besuch einer Arztpraxis kann jeder, der Interesse hat und über einen Internetanschluss verfügt, die Informationen erhalten. Sie stehen unter www.patienten-information.de zum Download bereit. Dort finden sich auch Informationen zu den Themen „Asthma", „Diabetes und Augen", „Diabetes und Füße", „Prostatakrebs im frühen Stadium" und „Depressionen".

Quelle: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Männer mit Brustkrebs

Zweites bundesweites Treffen des Netzwerkes

Kennengelernt hatten sich die meisten von uns bereits in Magdeburg während der Bundestagung. Nun haben wir Männer mit Brustkrebs uns ein zweites Mal getroffen, um dem im August neu gegründeten Netzwerk Leben einzuhauchen.

Unter der Schirmherrschaft und auf Einladung der Frauenselbsthilfe nach Krebs sind wir, d.h. 14 Männer mit Brustkrebs im Alter zwischen 43 und 77 Jahren, aus der ganzen Republik im November in Frankfurt zusammengekommen. Begleitet wurde das zweitägige Seminar von Karin Meißler und Christine Esser, Mitglieder des FSH-Bundesvorstands.

Die Tagesordnung für die beiden Veranstaltungstage war gut gefüllt. Es ging um grundsätzliche Überlegungen zu den Aufgaben und Zielen des Netzwerkes und außerdem konkret um dessen Struktur und die Verteilung von Aufgaben. In Workshops wurden Entwürfe für eine eigene Homepage (www.brustkrebs-beimmann.de) und einen Informationsflyer mit Ansprechpartnern und Telefonnummern erarbeitet. Schließlich gab es auch eine Kurzeinführung in das Thema „Beratungsverständnis“, in der unter anderem die Kompetenzen, Zuständigkeiten und Grenzen einer guten Beratung dargestellt wurden.

Ziele des Netzwerkes

Das Netzwerk verfolgt zwei Ziele. Zum einen geht es darum, allen Hilfesuchenden bzw. Betroffenen eine Anlaufstelle zu bieten, wo sie ihre Fragen, aber auch Sorgen und Nöte im Umgang mit der Krankheit loswerden können. Zum anderen wollen wir sowohl Männer als auch Ärzte für diese Krankheit sensibilisieren, damit Früherkennung und Diagnose künftig besser werden. Hier gibt es wirklichen Handlungsbedarf, denn die Kenntnis darüber, dass auch Männer an Brustkrebs erkranken können, ist in der Bevölkerung, und teilweise auch der Ärzteschaft, kaum vorhanden.

Außerdem will sich das Netzwerk dafür einsetzen, dass sich die Studienlage für die Behandlung des männlichen Mammakarzinoms deutlich verbessert. Nur so besteht die Möglichkeit, Therapien zu entwickeln, die speziell auf Männer zugeschnitten sind. Zurzeit wird Brustkrebs beim Mann nach dem gleichen Therapieschema behandelt wie bei Frauen, obwohl es wesentliche Unterschiede gibt.

Für das kommende Jahr sind zwei weitere Treffen des Netzwerkes mit Workshops und medizinischen Vorträgen geplant. Über neue Mitglieder bzw. interessierte Betroffene freuen wir uns. Eine (auch anonyme) Kontaktaufnahme ist über die Frauenselbsthilfe möglich: 0228 - 3 38 89-400.

Berthold Rüther
Sundern in Nordrhein-Westfalen

Neu: Der Flyer „Netzwerk – Männer mit Brustkrebs“

KURZINFO

Natürliche Killerzellen sollen Tumoren effektiv bekämpfen

Das Maligne Melanom ist die aggressivste Form des Hautkrebses. Der Tumor bildet bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung Metastasen, die sich schnell im ganzen Körper ausbreiten. Für Betroffene, die an einem Malignen Melanom im fortgeschrittenen Stadium erkrankt sind, gibt es daher kaum Heilungschancen.

Doch die körpereigene Abwehr ist möglicherweise der Schlüssel zur Genesung: Wissenschaftler vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg möchten durch eine gezielte Stimulation des Immunsystems die Heilungsaussichten verbessern. Sogenannte Natürliche Killerzellen (NK-Zellen), eine besondere Form der weißen Blutkörperchen, sollen zum Tumor gelockt werden und diesen zerstören.

NK-Zellen bilden die erste Verteidigungslinie des Körpers im Kampf gegen Krankheitserreger und Krebszellen. Sie patrouillieren unermüdlich durch den Blutkreislauf auf der Suche nach einer potenziellen Bedrohung der Gesundheit. NK-Zellen können zwischen gesunden und kranken Zellen unterscheiden. Dazu besitzen sie Rezeptoren auf ihrer Oberfläche, die ähnlich wie eine Antenne Signale aus der Umgebung der Zellen empfangen. Einige dieser Rezeptoren erkennen das sogenannte MHC-Klasse-I-Molekül, das auf allen gesunden Zellen des Körpers vorkommt. Krankhaft veränderte Zellen haben hingegen nur wenige dieser Moleküle. Ein schwaches oder vollständig ausbleibendes MHC-Klasse-I-Signal zeigt der NK-Zelle, dass mit der betreffenden Zelle etwas nicht stimmt. Daraufhin wird diese abgetötet.

Hautkrebszellen weisen oftmals eine besonders geringe Dichte von MHC-Klasse-I-Molekülen auf. Daher werden NK-Zellen schnell auf sie aufmerksam. In einer Reihe von Studien konnte bereits der Zusammenhang zwischen einer hohen Anzahl von NK-Zellen im Tumorgewebe und einer verbesserten Heilungschance für Krebs-Patienten nachgewiesen werden. Die Wissenschaftler möchten nun klären, wie NK-Zellen gezielt zum Tumor gelockt werden können, um diesen effektiv zu bekämpfen.

„Therapieansätze, die auf der Wirksamkeit von NK-Zellen basieren, sind bisher nur wenig erforscht“, erläutert Dr. Adelheid Cerwenka vom Deutschen Krebsforschungszentrum. „Wir hoffen, dass unsere Studie als Grundlage für die Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten für Hautkrebs und andere Tumorerkrankungen dienen wird.“ Das Forschungsprojekt wird von der Deutschen Krebshilfe mit 248.000 Euro gefördert.

Quelle: Deutschen Krebshilfe

Ausschnitte aus der Arbeit des Bundesvorstands der September bis November 2010

Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?

Durchführung

- von drei Sitzungen des Bundesvorstands in Bonn
- einer Gesamtvorstandssitzung in Köln
- eines Workshops „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“ in Fulda
- eines Workshops für Telefon- und Online-Beraterinnen in Fulda
- von zwei Workshops „Kompetenztraining“ in Fulda und Bonn

Mitwirkung

- an einer Sitzung der Vorsitzenden (VdV) des Hauses der Krebs-Selbsthilfe (HdKSH) in Bonn

Teilnahme

- an einer Sitzung der Vorsitzenden (VdV) des Hauses der Krebs-Selbsthilfe (HdKSH) in Bonn
- an der Verleihung des Preises 2009 der Deutschen Krebshilfe an Hilde Schulte und Prof. Dr. Gerhard Englert
- an einer Veranstaltung zur S3-Leitlinien in Wiesbaden
- an einem Diskussionsforum der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in Berlin

Sonstiges

- Die Broschüren „Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen“ und „Leben mit Metastasen“ wurden fertiggestellt.
- Das „Jahresprogramm 2011“ wurde erstellt.
- Die Redaktion der „Sozialen Informationen 2011“ wurde abgeschlossen und der Druckauftrag erteilt.
- Der Informations-Flyer für das Netzwerk der Männer mit Brustkrebs wurde in Zusammenarbeit mit den Männern erstellt und zum Druck freigegeben.

Ilona Kröger, Bundesvorstandsmitglied seit August 2009, hat im Dezember 2010 ihr Amt aus persönlichen Gründen niedergelegt.

EHRUNGEN

Für ihr großes ehrenamtliches Engagement in der Frauenselbsthilfe nach Krebs ist **Angelika Grudke**, Vorsitzende des Landesverbandes Baden-Württemberg, mit dem **Bundesverdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland** geehrt worden. Stefan Mappus, Ministerpräsident von Baden-Württemberg, überreichte den Orden im Dezember 2010 anlässlich des Internationalen Tags des Ehrenamtes im neuen Schloss in Stuttgart.

Die Deutsche Krebshilfe hat der Ehrenvorsitzenden der FSH, **Hilde Schulte**, den **Deutschen Krebshilfe Preis 2009** verliehen. Weiterer Preisträger ist der Vorsitzende der Deutschen ILCO, Prof. Dr. Gerhardt Englert. Es ist das erste Mal, dass diese Auszeichnung an zwei Vertreter aus dem Bereich der Krebs-Selbsthilfe vergeben wurde. Die beiden Preisträger erhielten die Auszeichnung in Anerkennung ihres Einsatzes für Krebs-Patienten, für die Akzeptanz der Krebs-Selbsthilfe im Gesundheitswesen und für ihre Verdienste, die Patientenbeteiligung im Versorgungssystem umzusetzen. Die Ehrung fand im Dezember 2010 in Bonn statt.

Den **Deutschen Bürgerpreis 2010** der Initiative für Bürgerengagement „für mich. für uns. für alle“ (Kreis Südwestpfalz), Kategorie Alltagshelden, wurde im November 2010 **Ingrid Meigel**, Leiterin der Gruppe Dahn, verliehen. Mit diesem Preis sind neben einer Urkunde und einer in Glas gedruckten Figurine 1000 Euro Preisgeld für die Gruppenarbeit verbunden.

Für ihr jahrzehntelanges Engagement für Menschen mit Krebs hat im November 2010 **Gretel-Grit Fischer**, Leiterin der Gruppe Ilmenau, vom Freistaat Thüringen die **„Thüringer Rose“** verliehen bekommen Mit dieser Medaille werden Menschen geehrt, die sich in uneigennütziger, engagierter Weise für Schwächere einsetzen.

Eine **Ehrenurkunde** für besonderes Engagement im Ehrenamt hat im November 2010 **Uta Köhler**, Leiterin der Gruppe Gera, vom Fraktionsvorsitzenden der CDU-Fraktion im Thüringer Landtag überreicht bekommen. Mit dieser Urkunde ehrt die CDU-Fraktion Bürger für ihr ehrenamtliches Engagement und ihre Verdienste um das Gemeinwohl.

Den **Ehrentaler der Stadt Augustin** hat im Dezember 2010 **Ingrid Schürheck**, Leiterin der Gruppe Sankt Augustin, verliehen bekommen. Überreicht wurde ihr die Auszeichnung von Klaus Schumacher, dem Bürgermeister der Stadt Sankt Augustin, der die Preisträgerin in einer Rede würdigte. Zur feierlichen Veranstaltung kamen auch 56 Gruppenteilnehmerinnen.

Gruppenjubiläen im 1. Quartal 2011

Land	Gruppe	Gründungsdatum
35 Jahre		
Nordrhein-Westfalen	Emmerich	17.01.1976
30 Jahre		
Baden-Württemberg	Buchen	04.02.1981
Baden-Württemberg	Tuttlingen	05.03.1981
Bayern	Spessart	01.01.1981
Nordrhein-Westfalen	Paderborn	01.02.1981
25 Jahre		
Rheinland-Pfalz	Bingen	07.03.1986
20 Jahre		
Baden-Württemberg	Trossingen	21.02.1991
Berlin/Brandenburg	Potsdam	21.01.1991
Berlin/Brandenburg	Frankfurt/Oder	06.02.1991
Berlin/Brandenburg	Bad Freienwalde	06.03.1991
Berlin/Brandenburg	Landesverband Berlin/Brandenburg e.V.	23.03.1991
Mecklenburg-Vorpommern	Stralsund	05.02.1991
Mecklenburg-Vorpommern	Rostock	06.02.1991
Mecklenburg-Vorpommern	Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.	09.03.1991
Sachsen	Grünhain	01.01.1991
Sachsen	Radebeul	07.01.1991
Sachsen	Kamenz	11.01.1991
Sachsen	Gersdorf-Hohenstein	14.01.1991

Sachsen	Freiberg	28.01.1991
Sachsen	Zwickau	07.02.1991
Sachsen	Freital	21.02.1991
Sachsen-Anhalt	Burg	07.01.1991
Sachsen-Anhalt	Dessau	25.01.1991
Thüringen	Bad Langensalza	01.01.1991
Thüringen	Pößneck	01.01.1991
Thüringen	Erfurt	02.01.1991
Thüringen	Weimar	23.01.1991
Thüringen	Bad Salzungen	12.02.1991
10 Jahre		
Baden-Württemberg	Lörrach	08.02.2001
Baden-Württemberg	Mannheim-Vogelstang	12.03.2001
Berlin/Brandenburg	Berlin-Tempelhof	02.01.2001
Hessen	Homberg/Ohm	15.01.2001
Mecklenburg-Vorpommern	Neustrelitz	05.03.2001
Niedersachsen	Buchholz	26.03.2001

Kontaktwunsch

Patientin aus Greifswald, deren Haare nach einer Chemotherapie nur spärlich nachgewachsen sind, obwohl die Therapie schon seit zweieinhalb Jahren beendet ist, sucht Erfahrungsaustausch mit gleich oder ähnlich Betroffenen: Kontakt über Ursula Konrad, Telefon- und Onlineberaterin auf Bundesebene und Landesvorstandsmitglied Baden-Württemberg, Tel.: 07461 – 75851, E-Mail: U.Konrad@frauenselbsthilfe.de

Termine 2011

(soweit bei Redaktionsschluss bekannt)

März

02. – 04.03.	Arbeitstreffen: „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“ in Fulda
09. – 11.03.	LV Mecklenburg-Vorpommern: Landestagung in Ostseebad Dierhagen
18. 19.03.	Aktionstag: „Ich pack mit an im Bundesvorstand“ in Bonn
22. – 23.03.	Workshop U1 „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“ in Fulda
26. – 27.03.	LV Berlin/Brandenburg: Landestagung in Erkner
28. – 30.03.	Workshop 3 „Kompetenztraining“in Fulda

April

01. – 03.04.	LV Hessen: Landestagung in Homberg/Ohm
02. – 03.04.	Treffen „Netzwerk für Männer mit Brustkrebs“ in Kassel
08. – 10.04.	LV Bayern: Landestagung in Bad Feilnbach

Mai

02. - 04.05.	Workshop 4 „Kompetenztraining“in Fulda
06. – 08.05.	LV Sachsen: Landestagung in Schöneck
11. – 12.05.	Seminar S2 „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“ in Kassel
20. – 22.05.	LV Niedersachsen: Landestagung in Goslar
21.05.	Patientenkongress in Bonn
25.05.	LV Thüringen: Festveranstaltung 20 Jahre in Weimar
26.05.	Fachausschusssitzung Qualität in Bonn
26. – 27.05.	Seminar S1 „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“ in Gernsbach

Gib jedem Tag die Chance,
der schönste Deines Lebens zu werden.

Mark Twain

Wussten Sie schon, dass ...

- jeder Deutsche im vergangenen Jahr durchschnittlich 131 Liter Mineralwasser getrunken und sich damit der Mineralwasserkonsum seit 1980 verdreifacht hat?
- es bald ein Medikament zur Bekämpfung des Doppelkinns geben wird, das in Form von Spritzen die Fetteinlagerungen unter dem Kinn beseitigen soll?
- Alkohol fast so viele Kalorien hat wie Fett?
- Öle wie Olivenöl immer dunkel, kühl und gut verschlossen gelagert werden sollten, um sie vor Oxidation zu schützen?
- Gemüse in der Mikrowelle den Großteil der Antioxidantien verliert, die vor Krebs schützen, z.B. 97% der Flavonoide?
- ein Liter eines Softdrinks, egal welcher Farbe, bis zu 40 Stück Zucker enthält?
- Vitaminmangel die Entwicklung chronischer Krankheiten fördert?
- man bei scharfem Essen anfängt zu schwitzen, weil Senf, Chili, Gewürzpaprika und Curry gefäßerweiternd wirken und den Herzschlag erhöhen?
- man den eigenen Körpergeruch nicht wahrnimmt, weil der Geruchssinn des Menschen sich so vor einer Überladung an Informationen schützt?
- Flamingos rosa sind, weil sie sich von Krabben ernähren?
- es in vielen Flugzeugen die Sitzreihe 13 nicht gibt?
- Eier rund zehn Tage nach dem Legen am besten schmecken?
- der charakteristische Bierbauch nicht nur von den Kalorien im Bier stammt, sondern auch aus den im Hopfen enthaltenen weiblichen Hormonen resultiert?
- nächtlicher Lichtsmog den Hormonhaushalt von Menschen stört, Kinder früher in die Pubertät befördert und das Risiko für Brustkrebs erhöht?
- man ein DIN-A4 Papier nur sechsmal falten kann?
- es nicht möglich ist, mit offenen Augen zu niesen?

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Bundesgeschäftsstelle:	Bundesvorsitzende:	Vorstandsmitglieder:
Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V. Haus der Krebs-Selbsthilfe Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn Tel.: 02 28 - 3 38 89 - 400, Fax: 02 28 - 3 38 89 - 401 www.frauenselbsthilfe.de, kontakt@frauenselbsthilfe.de	Brigitte Overbeck-Schulte Karin Meißler (stellv.)	Christine Esser Karl Woidelko 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 k.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: 0 40 - 18 18 82 12 27 h.klafft@frauenselbsthilfe.de	Helga Klafft Rahlau 98 22045 Hamburg Tel.: 0 40 - 66 20 85 Fax: 0 40 - 66 99 61 84
Landesverband Hessen e.V. Tel: 066 43 - 18 59 Fax: 06 643 - 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	Petra Kunz Schillerstr. 34 58300 Wetter Tel.: 0 23 35 - 68 17 93 Fax: 0 23 35 - 68 17 93 p.kunz@frauenselbsthilfe.de
Landesverband Rheinland-Pfalz/ Saarland e.V. Tel.: 02 631 - 35 23 71 s.brathuhn@frauenselbsthilfe.de	Dr. Sylvia Brathuhn Schweidnitzer Str. 17 56566 Neuwied
Landesverband Sachsen e.V. Tel.: 03 74 23 - 32 14 Fax: 03 74 23 - 5 05 54 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

Auszeit

**Das Leben ist eine Chance,
nutze sie.**

**Das Leben ist schön,
bewundere es.**

**Das Leben ist ein Traum,
verwirkliche ihn.**

**Das Leben ist eine Herausforderung,
nimm sie an.**

**Das Leben ist kostbar,
geh sorgsam damit um.**

**Das Leben ist ein Reichtum,
bewahre ihn.**

**Das Leben ist ein Rätsel,
löse es.**

**Das Leben ist ein Lied,
singe es.**

**Das Leben ist ein Abenteuer,
wage es.**

**Das Leben ist Liebe,
genieße es.**

Mutter Theresa

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.