perspektive

Ausgabe 2/2013

- Salutogenese bei Krebs – Die neue Normalität, nicht die Krankheit in den Mittelpunkt rücken
- Ansprechpartner Selbsthilfe – Was Betroffene für Betroffene leisten können
- Krankheit – Das neue Armutsrisiko?

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

Magazin der Frauenselbsthilfe nach Krebs

lockphoto.de © 22222

3 Vorwort
4 Salutogenese bei Krebs – Die neue Normalität, nicht die Krankheit in den Mittelpunkt rücken
7 Kurzzeit-Psychotherapie verringert Depressionen bei Brustkrebspatientinnen
8 Bringt das was? Der Einfluss von Patientenbefragungen auf die Qualität der onkologischen Versorgung
11 Als Patientenvertreterin in einem Zertifizierungsverfahren
14 Ansprechpartner Selbsthilfe – Was Betroffene für Betroffene leisten können
17 Termine der Mildred Scheel Akademie, Köln
18 Nahrungsergänzungsmittel – Wie sinnvoll ist die Einnahme von Pillen, Pulvern und Kapseln?
20 Ergebnisse der Studie zum Mammographie-Screening
22 Unser Standpunkt: Mammographie-Screening - Informiert statt irritiert
23 Kurzinfo: Gründe für Intervallkarzinome
24 Aktuelle Meldungen
26 Krankheit – das neue Armutsrisiko?
29 Gruppenjubiläen
30 Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?
31 Programm der Bundestagung
32 Termine
32 Ehrungen
32 Kontaktwünsche
33 Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe nach Krebs
34 Ein Wechsel der Blickrichtung
35 Auszeit
36 Adressen

Impressum

Herausgeber:
Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

Verantwortlich i.S.d.P.:
Karin Meißler

Redaktion:
Caroline Mohr

Gesamtherstellung:
Dietz Druck Heidelberg

Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

haben Sie schon einmal irgendwo eine Vorführung mit Elefanten gesehen? Vielleicht erinnern Sie sich: Die wartenden Elefanten sind an einen Pfahl angekettet, der im Verhältnis zu ihrer Größe winzig klein ist. Warum reißen sich die mächtigen Tiere nicht einfach los? Es müsste für sie doch ein Leichtes sein, sich zu befreien.

Der Grund für dieses Verhalten ist erstaunlich: Der Elefant glaubt, er sei hilflos. Wie kann das sein? Verhaltensforscher erklären das folgendermaßen: Von klein an wird der Elefant an einen Pfahl angekettet. Zunächst hat er noch nicht die Kraft, sich zu befreien. Er versucht es immer wieder und es misslingt. Je häufiger er diese Erfahrung macht, umso mehr verinnerlicht er sie. Und später, als ausgewachsener Elefant, versucht er nicht mehr, sich zu befreien, obwohl er es könnte.

Jetzt werden Sie sich vielleicht fragen, warum ich Ihnen diese Geschichte hier erzähle. Es geht mir um einen Vergleich: Viele Menschen, die an Krebs erkranken, fühlen sich nach dem Schock der Diagnose ihrer Erkrankung hilflos ausgeliefert. Diese Erfahrung gräbt sich tief in das Unterbewusstsein ein und kann das Denken, Fühlen und Handeln für lange Zeit beeinflussen. Wie das Gefühl des „Hilflos-Seins“ überwunden werden kann, ist eines der Themen der aktuellen „perspektive“.

Prof. Dr. Gerd Nagel, Gründer der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg, der heute als Kompetenzberater im Brustzentrum Zürich tätig ist, schreibt über das Thema Salutogenese und Self-Empowerment. Mit diesen Begriffen bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die es Menschen ermöglichen, Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit zu überwinden. Und Jürgen Matzat, Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen und Mitglied des Fachausschusses der Frauenselbsthilfe nach Krebs, erläutert, wie die organisierte Selbsthilfe zum „Empowerment“ von an Krebs erkrankten Menschen beitragen kann.

Vielleicht gibt Ihnen die Lektüre dieser Ausgabe der „perspektive“ Anlass, einmal zu schauen, ob Sie sich noch an einen „Pfahl“ angekettet fühlen, der Sie in Ihrer persönlichen Entfaltung hemmt; einen „Pfahl“, den Sie heute ausreißen könnten? Manchmal genügt bereits ein anderer Blickwinkel – wie es die Abbildung der optischen Täuschung auf S. 34 zeigt –, um ein ganz anders Bild zu sehen und neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Ihre

Karin Meißler
Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Salutogenese bei Krebs

Die neue Normalität, nicht die

Viele Frauen fragen sich nach der Diagnose Brustkrebs: „Was kann ich selbst für mich tun?“, oder: „Wie kann ich mit eigenen Kräften zur Krankheitsbewältigung beitragen?“. Sie sprechen damit das Thema Patientenkompetenz und Self-Empowerment an. Mit diesen Begriffen bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die es Menschen ermöglichen, Gefühle der Ohnmacht und Einflusslosigkeit zu überwinden, ihre Interessen selbstbestimmt zu vertreten sowie Gestaltungsspielräume und Ressourcen wieder wahrzunehmen und zu nutzen. Doch viele Patientinnen finden ohne Hilfe von außen auf ihre Fragen nur ungenügende Antworten. Hier kann ein Kompetenzberater helfen – ein neues Berufsbild, das sich in Deutschland gerade entwickelt.

Die Kompetenzberatung von Frauen mit Brustkrebs wird heute immer mehr als eine wichtige Spezialdisziplin in der Onkologie gesehen. Bei dieser Form der Orientierungshilfe geht es nicht darum, der Patientin zu sagen, was sie zu tun hat, sondern sie anzuleiten, selbst zu erkennen und zu entscheiden, was sie für sich tun möchte. Ein erfolgreiches „Empowerment-Gespräch“ führt dazu, dass sich bei der Patientin drei wesentliche Dinge verändern:

1. Sie hat ihre Ziele, Wege und Mittel der Selbsthilfe klar definiert und dadurch (wieder) die Sicherheit und das Selbstvertrauen gewonnen, richtig und erfolgreich unterwegs zu sein.
2. Sie hat erkannt, welche Ressourcen ihr zum Self-Empowerment zur Verfügung stehen und wie sie diese am besten für sich nutzen kann.
3. Sie hat neue Einsichten und Einstellungen erworben, die sie motivieren, sich auf langfristige Verhaltensänderungen einzulassen.

Über die langfristige Motivation zur Selbsthilfe

Der dritte Punkt ist der anspruchsvollste für die Patientin, denn nur langfristige Verhaltensänderungen können zu den gewünschten Effekten des Self-Empowerments führen, wie etwa zur Verbesserung der Lebensqualität oder der Prognose. Es gibt aber keine langfristige Verhaltensänderung ohne langfristig durchgehaltene Motivation zur Verhaltensänderung.

Zur Motivation braucht es Motivatoren. Man unterscheidet dabei intrinsische (von innen kommende) und extrinsische (von außen kommende). Ein starker extrinsischer Motivator ist beispielsweise der Zuspruch des einfühlsamen Arztes, dass Selbsthilfe sinnvoll sein und tatsächlich etwas bewirken kann. Als starker intrinsischer Motivator gilt dagegen eine ausgeprägte Selbstwirksamkeitsüberzeugung – also die unerschütterliche Gewissheit, das gesetzte Ziel des Sich-Selbst-Helfens auch wirklich erreichen zu können.

Zu Beginn des Empowerment-Gesprächs fehlt es oft vor allem an intrinsischer Motivation. Denn noch beeinflussen zu viele demotivierende Grundüberzeugungen der Patientin ihr Denken und Handeln. Man nennt solche Grundüberzeugungen auch Rahmenvorstellungen. Wir Menschen denken und handeln immer unter dem Einfluss von Rahmenvorstellungen. Diese sind manchmal richtig und stimulierend, manchmal aber auch falsch und lähmend. Letztere können im Empowerment-Gespräch korrigiert werden. Man spricht von Reframing (englisch: frame = Rahmen, reframing = einen neuen Rahmen gebend).

„Falsche“ Rahmenvorstellungen bei Brustkrebs im Frühstadium

Im Folgenden soll nur von „falschen“ Rahmenvorstellungen die Rede sein, die man typischerweise kurz nach der Erstdiagnose bei Brustkrebs antrifft, selbst wenn die Heilung der

fotolia.com · © Schulz-Design

Krankheit in den Mittelpunkt rücken

Patientin ein realistisches Therapieziel ist. Nach eigenen Erfahrungen äußern sich derartige „falsche“ Rahmenvorstellungen vor allem wie folgt:

- Normales Leben: „Es ist alles vorbei. Es wird nie mehr so wie früher.“
- Heilung: „Ich wollte doch noch leben.“
- Eigene Möglichkeiten: „Ich bin völlig hilflos.“
- Durchhaltekraft: „Ich fürchte, ich schaffe es nicht.“
- Integrität: „Die Therapie schädigt mich mehr als der Krebs.“
- Umfeld: „Das hält meine Familie/meine Ehe nicht aus.“
- Gottes Hilfe: „ER hat mich im Stich gelassen.“

Das Wort „falsche“ vor dem Begriff Rahmenvorstellungen ist in Anführungszeichen gesetzt. Im Empowerment-Gespräch darf die Patientin natürlich nicht in besserwisserischer Haltung auf ihre – von außen betrachtet – der Realität nicht ganz entsprechende Wahrnehmung der Situation hingewiesen werden. Krebs und alles, was damit zusammenhängt, ist nun einmal – auch heute noch – negativ besetzt. Im Gespräch sollten schiefe Klischee-Bilder bewusst gemacht und im Sinne des Reframing gerade gerückt werden.

Nehmen wir ein Beispiel:

Reframing: Die neue Normalität

Wenn eine Patientin mit einem frühzeitig entdeckten Mammakarzinom resignierend sagt: „Es ist alles vorbei, es wird nie mehr so normal sein wie früher“, zeugt dies oft vom Vorliegen realitätsfremder Rahmenvorstellungen. Sie sagt etwa: „Ich bin doch krank, ich habe doch Krebs“. Der Berater muss diese subjektive Wahrnehmung respektieren, auch wenn sie – statistisch gesprochen – nicht der objektiven medizinischen Einschätzung der Bedrohlichkeit von Brustkrebs im Frühstadium entspricht. Die meisten Patientinnen mit frisch diagnostiziertem Mammakarzinom haben oder hatten zwar einen Knoten in der Brust, darüber hinaus sind sie aber gesund.

Dennoch, die „falsche“ Meinung krank zu sein, kann ein konstruktives Empowerment-Gespräch verhindern, solange nicht durch Reframing ein neuer, konstruktiver, kreative Bewältigungsstrategien zulassender Denkrahmen geschaffen wurde. Wie geht das? Bleiben wir beim Beispiel „Es wird nie mehr so normal sein wie früher“.

In der Beratungspraxis hat es sich nicht bewährt, wenn der Berater versucht, der Patientin zu erklären, dass sie ihre Situation subjektiv „falsch“ beurteilt. Das steht ihm nicht zu. Denn die Patientin hat ein Recht auf eine subjektive Wahrnehmung und Interpretation ihrer Situation. Stattdessen bietet der Berater der Patientin eine alternative Rahmenvorstellung an, die sie nach eigenem Entscheid annehmen oder verwerfen kann. In unserem Fall lautet die geänderte Rahmenvorstellung: „Richtig, die

Autor dieses Beitrags

Prof. Dr. Gerd Nagel, langjähriger Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft und Gründer der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg, ist heute als Kompetenzberater im Brustzentrum Zürich tätig. Weitere Infos unter: www.patientenkompetenz.ch

frühere Normalität ist unwiederbringlich verloren – ab jetzt gilt eine neue Normalität."

Natürlich wird nicht wegdiskutiert, dass die Diagnose Brustkrebs ein Schock, vielleicht ein massives Trauma und eine Bedrohung der bisherigen Normalität ist. Andererseits lässt sich ein kritisches Lebensereignis, das nicht zu ändern ist, nicht mehr aus der Welt schaffen. Es prägt von nun an den Alltag. Es ist Teil einer neuen Normalität.

Neue Normalität und Salutogenese

Der Ausdruck „neue Normalität" steht dem Begriff Salutogenese inhaltlich sehr nahe. Salutogenese bezeichnet ein Rahmenkonzept, das sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung (Genese) und Erhaltung von Gesundheit führen. Der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky prägte diesen Ausdruck in den 1970er Jahren. Aber der Ausdruck „neue Normalität" ist verständlicher. Beide Begriffe haben mit der Frage zu tun, was es eigentlich zur Gesundung oder zur Bewältigung von kritischen Lebenssituationen braucht. Die Antwort lautet:

Akzeptanz: Wenn ein Reframing bezüglich der Vorstellung „Ich habe Krebs, ich bin krebskrank, mein normales Leben ist vorbei" versucht werden soll, geht es im ersten Schritt um Akzeptanz der neuen Lebenssituation. Etwas partout nicht wahrhaben wollen, es verleugnen, es andauernd mit Aggressionen überschütten, ist das Gegenteil von Akzeptanz. Akzeptanz heißt, sich der Realität, der neuen Normalität zu stellen – im optimalen Fall, um das Beste aus der Situation zu machen.

Verstehbarkeit: Von Krebspatienten ist häufig zu hören: „Es hat mir die Sprache verschlagen!", „Mir ist etwas Unbegreifliches passiert!", „Es ergibt alles keinen Sinn!", „Warum denn ausgerechnet ich, was habe ich denn falsch gemacht?". Solche Aussagen werden getroffen, wenn das kritische Lebensereignis noch nicht eingeordnet werden kann. Das Gefühl der neuen Normalität stellt sich erst ein, wenn es der Patientin gelingt, inneres Gleichgewicht, bewusste Verarbeitungen, soziale Reintegration, Vertrauen und Hoffnung wieder herzustellen.

Selbstwirksamkeitsüberzeugung: Die Rahmenvorstellung „Ich bin das wehrlose Opfer eines gnadenlosen Schicksals" wird durch eine andere ersetzt: „Ich habe die Ressourcen, um zur Krisenbewältigung beizutragen und ich glaube an die Kraft meines inneren Heilers".

Prozesshaftes Denken: Krankheit, Krise oder Heilung – um nur drei Beispiele zu nennen – werden im normalen Denken meistens als Zustände definiert. Aber sie sind keine Zustände sondern Prozesse. Auch Glaube, Liebe, Hoffnung, Gesundheit, Genesung sind Prozesse im Leben eines Menschen. Bei Heilung, als einem der Ziele des Self-Empowerment, geht es darum, sich in den Prozess der Heilung einzumischen. Zu diesem Prozess kann die Patientin viel beitragen.

Nicht die Krankheit in den Mittelpunkt rücken

Kurz nach der Diagnose Brustkrebs dominieren die Krankheit und die dadurch ausgelösten Befürchtungen den Alltag. Da gibt es nichts zu beschönigen. Doch „kompetente" Patientinnen sagen, wenn sie wieder zu sich gekommen sind: „Ich musste mich entscheiden, wer wen beherrschen will, die Krankheit mich oder ich die Krankheit", oder: „Ich habe gelernt, Dingen, die nicht in mein Leben gehören, auch keinen Platz in meinem Leben zu geben". Die Krankheit verändert Umstände. Eine neue Normalität ersetzt eine alte. Patientenkompetenz ist die Fähigkeit, mit und trotz Krankheit, Handicap oder Trauma wieder normal leben zu können. Self-Empowerment ist die gekonnte Nutzung der dazu verfügbaren Ressourcen.

Kurzzeit-Psychotherapie verringert Depressionen bei Brustkrebs-Patientinnen

Depressionen sind die häufigsten seelischen Begleiterkrankungen bei Brustkrebs. Rund 22 Prozent der Patientinnen leiden daran. Unbehandelt sind diese Patientinnen länger arbeitsunfähig, ihre Lebensqualität ist geringer und in einigen Fällen verschlechtert sich dadurch die Behandlungsprognose. „Dennoch werden die seelischen Nöte bei der Behandlung des Tumors häufig außer Acht gelassen“, sagt Professor Manfred Beutel, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz.

Bisher fehlten Studien zu der Frage, wie Depressionen bei Brustkrebspatientinnen wirksam behandelt werden können. Wissenschaftler der Universitäten Mainz und Leipzig haben nun nachgewiesen, dass eine spezielle Kurzzeit-Psychotherapie zu einem deutlichen Rückgang der Depressionen bei Brustkrebs-Patientinnen führt. Die Wissenschaftler teilten 157 betroffene Patientinnen mit deren Einverständnis per Los in zwei Gruppen ein. Die Patientinnen der ersten Gruppe wurden wie üblich behandelt, indem sie an ihre Hausärzte verwiesen und über Beratungsstellen informiert wurden. Die Patientinnen der zweiten Gruppe erhielten eine, in einem Handbuch beschriebene, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie von bis zu 20 Sitzungen von jeweils einer Stunde pro Woche. In diesen Sitzungen entwickelten die Psychotherapeuten gemeinsam mit den Patientinnen passende Strategien, wie sie die mit ihrer Krebserkrankung verbundenen Depressionen besser bewältigen können.

Die dadurch erzielten Ergebnisse sind deutlich: Innerhalb von acht Monaten bildete sich die Depression bei 57 Prozent der Patientinnen, die an der Therapie teilnahmen, zurück. Die Quote der Vergleichsgruppe betrug lediglich 33 Prozent. „Damit hat sich die Kurzzeit-Psychotherapie als sehr wirksam bei der Behandlung von Depressionen bei Brustkrebspatientinnen erwiesen“, so Professor Beutel. „Allerdings sollte die Behandlung frühzeitig erfolgen.“ Betroffene könnten sich beispielsweise an ihren Hausarzt, Krebsberatungsstellen oder Psychosomatische Kliniken wenden und sich dort über mögliche Therapien informieren.

„Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist allerdings aufgrund der getrennten Versorgungssektoren immer noch eine Hürde. Somatische und Psychosomatische Medizin müssen hier besser zusammenarbeiten“, fügt Prof. Wolfgang Herzog vom Universitätsklinikum Heidelberg hinzu. Die Forscher gehen davon aus, dass sich die tiefenpsychologisch orientierte Kurzzeit-Psychotherapie auch auf Patientinnen und Patienten mit anderen Krebsarten übertragen lässt.

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

istockphoto.com · © JohnnyGreig

Das meint die Frauenselbsthilfe nach Krebs:

„Wer in Deutschland psychoonkologische Hilfe braucht, hat es schwer. Ein zeitnaher Behandlungstermin in erreichbarer Nähe ist wie ein Sechser im Lotto. Hier besteht Handlungsbedarf, den wir dringend einfordern.“

Karin Meißler, Bundesvorsitzende der FSH.

Bringt das was?

Der Einfluss von Patientenbefragungen

Das steht außer Frage: Für einen Patienten, der mit seiner neu diagnostizierten Krebserkrankung vor seinem Arzt sitzt, das für ihn „Beste“ zu tun, muss das Ziel der anstehenden Diagnostik, aber um ein Vielfaches mehr seiner Behandlung sein.

Dank der onkologischen Forschung der vergangenen Jahrzehnte ist der Erkenntnisgewinn der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten unglaublich angestiegen. Kein einzelner Arzt kann nunmehr das gesamte Spektrum der anstehenden Optionen überblicken. Selbst

istockphoto.com · © sellingpix

ein eventuell persönlich in der Krebsbehandlung außerordentlich erfahrener Arzt ist heute hoffnungslos überfordert. Dies hat zu den von der Deutschen Krebsgesellschaft eingeführten interdisziplinären (fachübergreifenden) Tumorboards geführt, auch Tumorkonferenzen genannt, in denen alle Schritte der Diagnostik und Therapie eines Tumors gemeinsam besprochen werden.

Wenn es schon für einen einzelnen Arzt nahezu unmöglich ist, die gesamte Komplexität der Diagnostik und Therapie einer individuellen Krebserkrankung zu erfassen, um wie viel schwerer muss es dann für den unmittelbar Betroffenen selbst sein, all dies auch nur annähernd zu begreifen? Doch die geplante Behandlungsstrategie muss auch vom Patienten verstanden und akzeptiert werden, damit er hinter den notwendigen Maßnahmen stehen und sich allem Anstehenden „ausliefern“ kann.

Dialog ist wichtig

Um eine bessere Akzeptanz der Behandlung bei den Patienten zu erreichen, gibt es zwei Wege: Der eine ist, die Rechte der Patienten (besser wäre vielleicht der Ausdruck „die berechtigten Anliegen“) zu schützen, was ja jüngst Eingang in entsprechende Gesetze gefunden hat. Der andere ist jedoch der wahrscheinlich wichtigere Weg, nämlich den Patienten besser zu informieren. Patientenleitlinien sind hierfür genauso ein Beispiel wie Arzt-Patienten-Seminare, die häufiger veranstaltet werden sollten, um im Dialog die gegenseitigen Wissens- und Verständnislücken zu schließen.

istockphoto.com · © sellingpix

Damit sind wir bei dem eigentlichen Thema dieses Beitrags, der „Patientenbefragung“. Die Deutsche Krebsgesellschaft hat Patientenbefragungen als Auflage für die erfolgreiche Zertifizierung ihrer onkologischen Zentren eingeführt, um die Anliegen der unmittelbar Betroffenen besser zu erfassen, zukünftig besser zu berücksichtigen und damit die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit in der Krebsversorgung zu erhöhen.

Befragungen: zeitaufwendig und ohne Mehrwert?

Überraschenderweise scheint die Sichtweise dieses Vorgehens einseitig zu sein. Denn Befragungen werden von den Patienten offenbar anders gesehen und zwar im Sinne einer zeitaufwendigen Lieferung von Informationen und Daten, ohne dass eine entsprechende Gegenleistung oder ein Mehrwert für sie selbst

auf die Qualität der onkologischen Versorgung

erkennbar würde. So ist dies bisher von der anderen Seite, die genau das zu erreichen versucht und mehr Qualität in die Krebsversorgung bringen will, nicht erfasst worden.

Persönlich ist mir dieser Umstand erst anlässlich einer Diskussion beim Krebskongress 2012 bewusst geworden, als Hilde Schulte, Ehrenvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs, die über jede unüberlegte Äußerung erhaben ist, sagte: „Wir, die Patienten, sind die vielen Befragungen leid. Uns wird ständig eine Beteiligung daran abverlangt und keiner weiß eigentlich wozu. Ergebnisse von Befragungen oder daraus resultierende Handlungsschritte sehen wir nicht."

Im Klinikum Erlangen werden unter der Leitung der Stabsstelle „Qualitätsmanagement" seit Jahren Patientenbefragungen durchgeführt. In den Jahren 2010 und 2011 beinhalteten sie unter anderem Fragen zur Lebensqualität nach Operationen von Mastdarmkrebs. Detailfragen bezogen sich auch auf das Arzt-Patienten- sowie das Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis.

Aus diesen Befragungen konnten wir herauslesen, dass Handlungsbedarf bei der Zimmeratmosphäre und der Ausstattung besteht (wird durch unmittelbar bevorstehenden Umzug in einen Neubau gelöst – was sich sicherlich nicht immer so einfach ergibt!), dass Frauen anspruchsvoller sind als Männer und Pankreaskarzinompatienten kritischer als Darmkrebspatienten (was wahrscheinlich mit der schlechteren Prognose und häufigeren postoperativen Komplikationen zusammenhängt), dass Patienten ein gutes Verhältnis sowohl zum Pflegepersonal als auch zu den Ärzten wichtig ist, aber verstärkter Informationsbedarf zu Behandlung, Therapie, Nachsorge und vor allem Ernährung besteht.

istockphoto.com · © sellingpix

Intern konnten wir auch erfassen, wie wir im Vergleich zu anderen Universitätsklinika gesehen werden und dass offenbar „Umfeld-Phänomene" Einfluss auf die Bewertung von Teilaspekten nehmen: Auf zwei getrennten Stationen ist bei uns das gleiche Ärztepersonal tätig. Trotzdem wurden Fragen zum Arzt-Patienten-Verhältnis auf einer Station signifikant anders bewertet als auf der anderen.

Großes Interesse an Arzt-Patienten-Seminaren

Im September 2012 haben wir ein Arzt-Patienten-Seminar abgehalten und alle Patienten eingeladen, die in unserem Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum in den vergangenen Jahren behandelt worden sind. Das Thema „Patientenbefragung und Konsequenzen" war dabei das Hauptthema. Die Resonanz war überwältigend. Unser Hörsaal, der etwa 350 Personen fasst, war „gerammelt" voll. Nachdem durch die Stabsstelle „Qualitätsmanagement", die Hintergründe und eben auch die daraus gezogenen Konsequenzen der Patientenbefragungen erläutert worden waren, beschwerten sich sogar eine ganze Reihe unserer früheren Patienten, dass sie nicht befragt worden seien.

Was können wir daraus folgern? Die Anliegen der Patienten besser zu erfassen und die Krebsversorgung in ihrer Qualität zu verbessern, geht nur, indem man nicht nur die sicherlich ebenso wichtigen „onkologischen Ergebnisparameter" analysiert, sondern eben auch die

istockphoto.com · © sellingpix

Autor dieses Beitrags

Prof. Dr. Werner Hohenberger ist Direktor der Chirurgischen Klinik am Universitätsklinikum Erlangen und war von 2008 bis 2012 Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft.

Patienten befragt. Eine Antwort darf man aber nur erwarten, wenn der Betroffene das Anliegen der Befragung verstanden hat – d.h. worum es eigentlich geht –, den Grund der Befragung einsieht und auch erfassen kann, dass sie letztlich nicht nur zu einer weiteren Anhäufung des Papiermülls führt. Für Patienten sollte ersichtlich werden, dass ihre Rückmeldungen, ob über Fragebogenaktionen oder anderer Art, ernst genommen werden und zu Veränderungsprozessen in der onkologischen Versorgung zum Wohle der Patienten beitragen.

Vorab Akzeptanz für geplante Befragungen schaffen

Befragungen vielfältiger Art kommen permanent auf uns zu; sie haben oft merkantile (kaufmännische) Hintergründe, was meistens schnell offensichtlich wird. Deshalb ist eine gewisse Ermüdungshaltung im Umgang mit Umfragen verständlich. Es ist daher sehr wichtig, Patientenbefragungen gut vorzubereiten. Sie werden umso erfolgreicher verlaufen, wenn vorab in geeigneter Form Akzeptanz geschaffen wird. In unserer Erfahrung war ein eher zur Nachbearbeitung abgehaltenes Arzt-Patienten-Seminar in diesem Sinne äußerst erfolgreich. Diese „Nachbearbeitung“ wird aber auch zukünftige Befragungen durch uns positiv beeinflussen.

In der Vergangenheit haben wir mit unseren Fortbildungsveranstaltungen vor allem die „Arzt-Informationsschiene“ bedient. Genauso wichtig wird zunehmend die „Patienten-Informationsschiene“ sein. Patientenleitlinien und Artikel von Experten der Heilberufe in Patientenbroschüren sind sicherlich wichtig, aber eben in diesem Sinne nicht ausreichend. Wir sollten die Chancen des persönlichen Austausches zwischen Behandlern und Betroffenen durch Arzt-Patienten-Seminare, oder wie immer man auch solche Veranstaltungen nennen mag, häufiger nutzen.

Meilensteine zu mehr Qualität in der onkologischen Versorgung:

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat 2003 das Programm der zertifizierten onkologischen Organzentren – beginnend mit den Brustkrebszentren – deutschlandweit eingeführt. Dieses Programm, das inzwischen um die anderen häufigsten Tumorentitäten wie Darm-, Prostata- oder auch Lungenkrebs, sowie die übergeordneten Onkologischen Zentren, erweitert wurde, hat die Versorgung Krebskranker entscheidend positiv beeinflusst.

Im April 2013 ist nun das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz in Kraft getreten, in dem die Ergebnisse von zwei wichtigen Arbeitsfeldern des Nationalen Krebsplanes (NKP) umgesetzt sind, nämlich die Krebsfrüherkennung und die auf klinischen Krebsregistern beruhende Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung. Dieses für die zukünftige Sicherung der Qualität der Versorgung Krebskranker sehr wichtige Gesetz hat auch ein viertes Handlungsfeld des NKP aufgegriffen, nämlich die Patientenorientierung.

Als Patientenvertreterin in einem Zertifizierungsverfahren

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs vertritt die Interessen krebskranker Menschen gegenüber der Ärzteschaft, den medizinischen Fachgesellschaften, den Krankenkassen, der Pharmaindustrie und der Gesundheitspolitik. Ein wichtiger Aspekt dabei ist die Mitarbeit in den Zertifizierungskommissionen von Krebszentren. Inge Frey, stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes Baden-Württemberg und Leiterin der FSH-Gruppe Schwäbisch-Hall, ist als Auditorin (Fachexpertin) für die Selbsthilfe an diesem Verfahren beteiligt. Im folgenden Beitrag beschreibt sie ihre wichtige Aufgabe:

Seit einigen Jahren bin ich ehrenamtlich als Vertreterin der Selbsthilfe in Zertifizierungsverfahren für Krebszentren tätig. Zunächst möchte ich einen kurzen Gesamtüberblick zu einem Zertifizierungsverfahren geben.

Warum wird zertifiziert?

Ziel der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und weiterer medizinischer Fachgesellschaften wie z.B. der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) ist es, die Entstehung von onkologischen Zentren zu fördern und die Versorgung von Krebspatienten zu verbessern. Zu diesem Zweck haben diese Organisationen ein Zertifizierungsverfahren für onkologisch spezialisierte Krankenhäuser entwickelt, das diesen die Möglichkeit bietet, ihre Qualität unter Beweis zu stellen und ein besonderes Qualitätssiegel zu erlangen. Die so Ausgezeichneten dürfen sich – je nach Leistungsspektrum – als Organkrebszentrum, onkologisches Zentrum oder onkologisches Spitzenzentrum bezeichnen (siehe dazu den Infokasten).

Die Anerkennung erfolgt über ein von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und weiteren medizinischen Fachgesellschaften ausgestelltes Zertifikat. Um ein entsprechendes Zertifikat zu erhalten, müssen die Krankenhäuser hohe fachliche Anforderungen bei der Versorgung onkologischer Patienten erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Bereits zertifizierte Zentren müssen jährlich nachweisen, dass sie die erforderlichen Qualitätsstandards nach wie vor erfüllen. Das gesamte Zertifizierungssystem und somit auch die Durchführung der sogenannten Audits (lat. für Anhören, hier: Prüfungsverfahren) werden durch das unabhängige Institut OnkoZert betreut.

Rolle der Selbsthilfe

Eine ganzheitliche Versorgung von Patienten ist nur durch ein Netzwerk von Spezialisten unterschiedlicher medizinischer und pflegerischer Fachrichtungen möglich, die ihre Arbeitsweise gemeinsam auf die Bedürfnisse der Patienten

fotolia.com · © vege

Als Patientenvertreterin in

fotolia.com · © DOC RABE Media

ausrichten. Hierfür wurden von den medizinischen Fachgesellschaften spezifische Anforderungen festgelegt, die in Form von Erhebungsbögen zusammengefasst sind.

Einige dieser Anforderungen beziehen sich speziell auf die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Beispielsweise müssen die Kliniken für die Zertifizierung diejenigen Selbsthilfegruppen benennen, mit denen sie aktiv zusammenarbeiten. Als Nachweis für die Zusammenarbeit müssen sie schriftliche Kooperationsverträge vorlegen, die sie mit den benannten Gruppen getroffen haben. Diese Vereinbarungen müssen die folgenden Punkte beinhalten:

- Zugang zu Selbsthilfegruppen in allen Phasen der Therapie (Erstdiagnose, stationärer Aufenthalt, Chemotherapie, ...);
- Bekanntgabe von Kontaktdaten der Selbsthilfegruppen (z.B. in Patientenbroschüren, auf der Homepage des Organzentrums);
- Möglichkeiten der Auslage von Broschüren der Selbsthilfegruppen;
- Bereitstellung von Räumlichkeiten im Zentrum für Patientengespräche;
- Beteiligung von Mitgliedern der Selbsthilfe in Qualitätszirkeln;
- Persönliche Gespräche zwischen Selbsthilfegruppen und Zentren mit dem Ziel, Aktionen und Veranstaltungen gemeinsam durchzuführen bzw. gegenseitig abzustimmen. Die Gesprächsergebnisse sind zu protokollieren;
- Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen von Selbsthilfegruppen.

Meine Aufgabe als Patientenvertreterin der Zertifizierungskommission – als Auditorin – ist es, die Erfüllung dieser Anforderungen vor Ort zu überprüfen.

Ablauf einer Zertifizierung

Bei Zertifizierungen bin ich als Mitglied der Frauenselbsthilfe nach Krebs und des Krebsverbandes Baden-Württemberg gemeinsam mit OnkoZert als Expertin für die Selbsthilfe mit vor Ort.

Im Vorfeld der Zertifizierung recherchiere ich auf der Homepage des Organzentrums, um zu sehen, ob Selbsthilfegruppen benannt sind und schaue in den Erhebungsbögen nach Angaben, die für die Selbsthilfe relevant sind.

Der zeitliche Ablauf der Zertifizierung wird über einen Auditplan festgelegt, den die Fachexperten in Abstimmung mit dem Zentrum erstellen.

Jeder Auditor begeht die von ihm ausgewählten Bereiche des Zentrums. Anhand des Erhebungsbogens werden, auch im Gespräch mit den Mitarbeiter/innen, verschiedene Angaben überprüft. Dabei kann ich als Patientenvertreterin die für Patienten relevanten Fragen stellen, z.B.:

einem Zertifizierungsverfahren

- „Wie schnell ist die Terminvergabe?“
- „Gibt es eine Informationsmappe für Patienten?“
- „Wie lange nimmt sich der Arzt Zeit für ein Aufklärungsgespräch?“
- „Gibt es einen ‚Patientenpfad‘, also eine Leitlinie, die das geplante Vorgehen von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Patienten beschreibt?“
- „Wie lange dauert es, bis der Befund nach der OP beim Patient ist?“
- „Wie lange dauert es, bis der Patient den Abschlussbrief bekommt?“

Verbesserungen für die Selbsthilfe

Für die Zertifizierung muss die Klinik Mitglieder derjenigen Selbsthilfegruppen einladen, mit denen sie zusammenarbeitet, damit ich als Auditorin mit diesen Gespräche führen kann. Dafür steht mir ein Nachmittag zur Verfügung. Die Selbsthilfevertreter/innen können in diesem Gespräch alle Defizite oder Wünsche benennen, die sie in Bezug auf die Klinik haben. Es ist sehr wichtig, dass die Selbsthilfevertreter/innen zu diesen Terminen erscheinen, denn oft kann so direkt vor Ort eine Zusage der Klinik für die Erfüllung dieser Wünsche oder Beseitigung der Defizite erreicht werden.

Häufig äußern die Selbsthilfevertreter/innen den Wunsch nach einem separaten Raum für Gespräche oder danach, dass das Klinikpersonal Patienten auch mündlich auf die Möglichkeiten der Selbsthilfe aufmerksam macht und dafür nicht nur die vorhandenen Flyer nutzt. Manche Gruppen wünschen sich mehr Unterstützung in Form von Vorträgen durch die Fachärzte. Diese Aussagen und Wünsche der Selbsthilfevertreter/innen kommen in meinen Abschlussbericht.

Das Zertifizierungsaudit vor Ort endet mit dem Abschlussgespräch, bei dem jeder Auditor das Ergebnis seiner Recherche bekannt gibt und eine Empfehlung hinsichtlich der Zertifikatserteilung ausspricht. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der Schweigepflicht.

Nach Abschluss des Zertifizierungsverfahrens gebe ich meinen Bericht schriftlich an den Krebsverband Baden-Württemberg, der von dort an OnkoZert weitergeleitet wird und in die Beurteilung einfließt.

Die Tätigkeit als Auditorin ist für mich persönlich sehr bereichernd. Ich bekomme Einblicke in den Klinikalltag, die mir sonst verborgen blieben, und lerne viele interessante Menschen kennen.

Inge Frey
stv. Vorsitzende des Landesverbandes Baden-Württemberg
Leiterin der Gruppe Schwäbisch-Hall

Zertifizierte Zentren

Es gibt drei verschiedene Arten zertifizierter Zentren. Die Basis stellen die Organkrebszentren dar, in denen eine der häufigen Tumorarten wie Brustkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs behandelt wird. Auf der nächsten Stufe folgen die Onkologischen Zentren, in denen im Gegensatz zu den Organkrebszentren mehrere Tumorentitäten unter Berücksichtigung definierter fachlicher Anforderungen betrachtet werden. Die Spitze bilden die von der Deutschen Krebshilfe geförderten Onkologischen Spitzenzentren, deren Schwerpunkt neben der Patientenversorgung auf Forschung und Lehre liegt.

Ansprechpartner Selbsthilfe

Was Betroffene für Betroffene

Die Rolle von Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen wird gelegentlich in wohlwollender Übertreibung als die einer „vierten Säule“ beschrieben – neben den Praxen der niedergelassenen Ärzte, den Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. In seinem Beitrag erläutert Jürgen Matzat, Leiter einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen und Mitglied im Fachausschuss der Frauenselbsthilfe nach Krebs, die immer größere Bedeutung der Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen, die von der wechselseitigen psychosozialen Unterstützung über die Beratung Betroffener bis hin zur gesundheitspolitischen Interessenvertretung reicht.

In keinem Land Europas hat die Selbsthilfebewegung, ihre finanzielle Förderung und ihre fachliche Unterstützung eine solche Verbreitung und Ausdifferenzierung gefunden wie in Deutschland. Sie existiert in Form von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen. Nirgends ist Selbsthilfe auch so gut organisiert und für Interessierte so leicht zugänglich. In vielen Nachbarländern gilt das als vorbildlich.

Laienkompetenz wirksamer als häufig angenommen

Viele Patienten machen während stationärer Akut- oder Rehabilitationsbehandlungen wohltuende Erfahrungen mit der Begegnung, dem Verständnis und dem Austausch zwischen Gleichbetroffenen. Sie suchen Selbsthilfegruppen auf, um sich weiter dieser Unterstützung zu versichern.

Mit ihrem Angebot leisten Selbsthilfegruppen einen Beitrag zur psychologisch-therapeutischen Basisversorgung der Bevölkerung. Sie machen sich in besonderer Weise das Gruppenprinzip und die Heilkraft des Wortes zu nutze. „Reden hilft!“ heißt ein dazu passender Slogan. Die Gruppendynamik lebt von der unmittelbaren persönlichen Begegnung, von der Entwicklung vertrauensvoller kontinuierlicher Beziehungen untereinander, von Offenheit und Selbstenthüllungsbereitschaft, von Introspektion und Einfühlung, von aktivem Zuhören und dem Angebot neuer Sichtweisen ausgehend von den Lebens- und Leidenserfahrungen der Betroffenen.

Einige Selbsthilfeorganisationen und ihre Gruppierungen bieten ihre Beratung aus Betroffenenkompetenz auch dem professionellen System an. Sie führen Informationsveranstaltungen in Kliniken für die dort behandelten Patienten durch und besuchen frisch Operierte am Krankenhausbett.

Keine naiven Dilettanten

Dabei sind die Mitglieder von Selbsthilfegruppen keineswegs naive Dilettanten, die eher noch weiteren Schaden anrichten, so wie es in der Anfangsphase der Selbsthilfegruppenbewegung viele Fachleute befürchteten. Vielmehr ist Laienkompetenz im psychosozialen Bereich weiter verbreitet und sehr viel wirksamer, als gemeinhin angenommen wird.

Etliche Selbsthilfeorganisationen bemühen sich sehr darum, ihre „ehrenamtlichen Mitarbeiter“ in speziellen Schulungskursen auf diese Rolle vorzubereiten und so die angebotene Beratung zu verbessern. Diese Fortbildungen beziehen sich teils auf medizinische Themen, teils auf die eigentlichen Selbsthilfeaktivitäten. Auf jeden Fall dokumentieren solche Schulungsangebote die beachtlichen Bemühungen von Selbsthilfeorganisationen, „die Qualität zu sichern“. Ein bemerkenswertes Beispiel hierfür ist der „Leitfaden für Beraterinnen“ der Frauenselbsthilfe nach Krebs.

fotolia.com · © JPC-PROD

leisten können

Bedeutung der Selbsthilfe

Durch das gut ausgebildete Selbsthilfewesen in Deutschland wird einer der zentralen Mängel unseres Medizinsystems zumindest teilweise aufgefangen: das ist der Mangel an patientenverständlicher Information. Patienten wollen nämlich – jedenfalls zum ganz überwiegenden Teil – aufgeklärt werden über diagnostische Maßnahmen und die daraus resultierende Diagnose, über therapeutische Möglichkeiten und Alternativen, über die Bedeutung einer Prognose und Rehabilitationsverfahren. Und sie wollen diese Informationen nicht nur erhalten, sondern auch verstehen können.

Das Informationsdefizit kann zumindest ansatzweise von den Selbsthilfeorganisationen geschlossen werden. Sie stellen meist kostenfrei Standardbroschüren zur Verfügung, die Krankheitsbilder allgemein verständlich erklären, Tipps zur Ernährungsumstellung oder Vorsorgeuntersuchung geben, über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten aufklären sowie über Rechtsansprüche wie etwa Rehabilitationsmaßnahmen oder einen Schwerbehindertenausweis und entsprechende Vergünstigungen informieren.

Durch die Lektüre der regelmäßig erscheinenden Verbandszeitschriften kann sich auch der medizinische Laie über neue Erkenntnisse und Entwicklungen auf dem Laufenden halten, und natürlich spielen heutzutage die Internetauftritte der Selbsthilfeorganisationen eine große Rolle für Betroffene. Selbsthilfeorganisationen leisten in diesem Sinne (Gesundheits-) Bildungsarbeit und sie tragen zum „Empowerment“ (Befähigung) der Betroffenen bei.

Neben fehlender Information stellen Kommunikationsdefizite einen weiteren Mangel in unserem Gesundheitssystem dar. Menschen, die von einer schweren Krankheit betroffen sind, wollen über die emotionale Bedeutung ihrer Erkrankung, über die seelischen und sozialen Folgen sprechen, über ihre Angst und

fotolia.com · © Rido

Verzweiflung, über Scham und Hoffnungslosigkeit. Mit diesen Bedürfnissen werden sie jedoch in unserem Medizinsystem allzu oft allein gelassen. Hier übernehmen Selbsthilfegruppen einen sehr wichtigen Part, um dieses Defizit unseres Gesundheitswesens auszugleichen.

Aus der „alternativen Ecke“ zum anerkannten Partner

Die heute bestehende fachliche Wertschätzung und öffentliche Anerkennung von Selbsthilfegruppen sind keineswegs selbstverständlich und bestanden nicht von Anfang an. Bis Ende der 1970er Jahre wurde die Selbsthilfe praktisch überhaupt nicht zur Kenntnis genommen – weder von den Fachleuten oder den Krankenkassen, noch von Politik und Verwaltung. Insbesondere in der Ärzteschaft herrschte der Selbsthilfe gegenüber große Skepsis.

Eine Wende wurde eingeleitet durch Forschungsprojekte an Universitäten, die ein

Autor dieses Beitrags

Jürgen Matzat, Diplom-Psychologe, ist Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen und Mitglied des Fachausschusses der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Ansprechpartner Selbsthilfe

Was Betroffene für Betroffene

erstaunlich großes öffentliches Echo fanden. Offenbar war die Zeit reif für das Thema Selbsthilfe. Seither hat sich ein enormer Wandel vollzogen, der seinen vorläufigen Höhepunkt fand, als 1992 „Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen“ erstmals in einem Gesetzestext auftauchten, nämlich in § 20 des Sozialgesetzbuches Buch V (SGB V). Seit dem Jahr 2004 wirken gemäß § 140f SGB V „Patientenvertreter“ im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit.

Große Selbsthilfeorganisationen sind so heute auch in der gesundheits- und sozialpolitischen Arena präsent – jede für sich, oft aber auch vertreten durch ihre Dachorganisationen, die BAG Selbsthilfe oder den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV). Zugehörigkeit zu solchen Dachverbänden kann als ein Hinweis auf Seriosität von Selbsthilfeorganisationen gesehen werden.

Eine besondere Bedeutung kommt im Krebsbereich Selbsthilfeorganisationen zu, die von der Deutschen Krebshilfe gefördert werden. Sie erfüllen bestimmte Qualitätsstandards und sind zudem verpflichtet, auf Industriesponsoring zu verzichten. Eine wichtige Schutzmaßnahme gegen die gelegentlich vorgebrachten Verdächtigungen, die Selbsthilfe werde zunehmend von der Industrie unterwandert.

Einfluss auf Gesetzgebungsverfahren

Die Selbsthilfeorganisationen nehmen Einfluss auf Gesetzgebungsverfahren, werden als Sachverständige gehört und vertreten die Interessen der Betroffenen ähnlich einer „Patientengewerkschaft“. Im G-BA haben sie die Möglichkeit, die Erfahrungen von Patienten und Patientinnen in die Entscheidungsfindung dieses höchsten Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen einzubringen. So kann die Patientenperspektive in den Beratungen zur Ausgestaltung des Leistungsvolumens der gesetzlichen Krankenversicherung Berücksichtigung finden.

Auf Länderebene gibt es ähnliche Mitwirkung in Zulassungs-, Berufungs- und Landesausschüssen, in denen ebenfalls Patientenvertreter – Hunderte an der Zahl – beteiligt sind. Ihre Erfahrungen und Lösungsvorschläge können auf diese Weise zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Speziell im onkologischen Bereich ist den Selbsthilfeorganisationen durch ihre Beteiligung bei der Einrichtung und Evaluation von spezialisierten Tumorzentren eine weitere Rolle als „Zertifizierer“ und „Qualitätssicherer“ zugewachsen. Die Deutsche Krebsgesellschaft schreibt diesen Kliniken im Übrigen vor: „Der Zugang zu existierenden Selbsthilfegruppen muss sichergestellt sein.“

Fazit

Die Selbsthilfe etabliert sich zunehmend als eine „Säule“ der Versorgung, vor allem der Nachsorge, und als ein Partner des professionellen Versorgungssystems. Jeder in der Onkologie Tätige sollte über Selbsthilfemöglichkeiten für seine Patienten Bescheid wissen und

istockphoto.com · © mstay

leisten können

diese mit entsprechenden Hinweisen versorgen. Dies gilt heutzutage als unerlässliches Element guter klinischer Praxis. Die Adressen der nächstgelegenen Selbsthilfekontaktstellen bzw. infrage kommender Selbsthilfeorganisationen sollten den Patienten aktiv zur Verfügung gestellt werden. Ob und wann sie von diesen Informationen Gebrauch machen, muss ihnen selbstverständlich überlassen bleiben.

Die neue Rolle der Selbsthilfe als Partner im Gesundheitssystem durch die Entsendung von Patientenvertretern in wichtige gesundheitspolitische Gremien hat das bestehende System erfolgreich „verstört"; denn dieses kann nicht einfach so weitermachen wie bisher. Bleibt nur zu hoffen, dass die „Verstörung" zu einer günstigen Neuorganisation unseres Gesundheitssystems führt und dass die bisherigen Akteure, Ärzteschaft und gesetzliche Krankenversicherung (GKV), diese neuen Mitspieler und ihre Impulse willkommen heißen und schätzen lernen. Schließlich haben doch alle dasselbe Ziel: eine möglichst gute Versorgung der Patienten in einem ökonomisch stabilen Versorgungssystem.

Dieser Artikel wurde gekürzt und modifiziert übernommen aus dem Magazin FORUM 4/2012.

Termine der Mildred Scheel Akademie, Köln

- 12.06. - 14.06.2013
  Beziehungs-Weise – Wunschbeziehungen und ihre Gestaltung
  Leitung: Dr. Ellen Schack, Bielefeld
  Kosten: 130 € inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen und Tagungsgetränke
- 26.08. - 28.08.2013
  Reinigung über den Atem – Atem-Übungen aus dem Yoga und dem Qigong
  Leitung: Gabriele Beckers-Broehl, Köln
  Kosten: 130 € inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen und Tagungsgetränke
- 02.09. - 04.09.2013
  Genießen und die Lebensfreude locken
  Leitung: Heike Degen-Hientz, Stuttgart
  Kosten: 150 € inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen, Tagungsgetränke und Seminarmaterial

Das komplette Jahresprogramm der Mildred Scheel Akademie können Sie anfordern unter: Tel: 02 21 – 9 44 04 90 oder mildred-scheel-akademie@krebshilfe.de.

Nahrungsergänzungsmittel

Wie sinnvoll ist die Einnahme von

Menschen, die an einer schwerwiegenden Erkrankung wie Krebs leiden, möchten gern alles tun, um wieder gesund zu werden. Da sich im Verlauf von Krebstherapien häufig der Ernährungszustand der Patienten verschlechtert, meinen viele Betroffene, sie müssten nun Ergänzungsmittel zu sich nehmen, um den vermuteten Mangel auszugleichen. Besonders gefragt sind hier Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente wie Selen oder Zink. Haben diese frei im Handel erhältlichen Mittel einen Nutzen oder können sie auch schaden?

Laut Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gilt: Wer sich ausgewogen und abwechslungsreich ernährt, erhält hierzulande alle Nährstoffe und Spurenelemente, die der Körper benötigt. Mangelerkrankungen kommen in den Industrieländern kaum noch vor.

Wie sieht die Situation bei Krebspatienten aus? Das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg (DKFZ) schreibt: „Was für Gesunde gilt, gilt auch für die meisten Krebspatienten: Von Nahrungsergänzungsmitteln ist abzuraten." Werde im Rahmen einer individuellen Beratung ein Mangelzustand festgestellt, so das DKFZ, solle zunächst versucht werden, diesen über die Ernährung auszugleichen. Könne ein Patient nicht ausreichend essen, um seinen Bedarf an Vitaminen und Spurenelementen zu decken, sei dieser Mangel keinesfalls durch frei verkäufliche Nahrungsergänzungsmittel behebbar. Bei Vitamin-D-Mangel reiche schon ein täglich relativ kurzer Aufenthalt im Freien, um die körpereigene Produktion von Vitamin D anzukurbeln.

Bei vielen Krebspatienten besteht nun aber die Annahme, dass mit Nahrungsergänzungsmitteln nicht nur ein Mangelzustand des Körpers behoben, sondern auch eine therapeutische Wirkung im Sinne einer besseren Verträglichkeit der Krebstherapie oder einer Reduktion der Nebenwirkungen erzielt werden könne. Doch zur sogenannten komplementären (zusätzlichen) Medikation während einer Chemo- oder Strahlentherapie liegen vergleichsweise nur wenige wissenschaftliche Studien vor. Evidenzbasierte (beweiskräftige) Nachweise zu Wirkung und Nutzen der Nahrungsergänzung durch Vitamine oder Spurenelemente in der Krebsbehandlung gibt es daher nicht. Unter Onkologen besteht vielmehr die Befürchtung, dass sich komplementäre Medikation und Standardtherapien durch ihre Wirkungsweise im Stoffwechsel gegenseitig (negativ) beeinflussen können.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) weist zudem darauf hin, dass nicht belegt sei, ob der Körper die in den Kapseln oder Konzentraten vorhandenen Inhaltsstoffe in dieser unnatürlichen Form überhaupt aufnehmen könne. Es werde vermutet, dass die Wechselwirkungen zwischen Vitaminen, Spurenelementen und sekundären Pflanzenstoffen im menschlichen Stoffwechsel komplexer sind als bisher angenommen.

Pillen, Pulvern und Kapseln?

Krebspatienten, die das subjektive Gefühl haben, dass sie ihre Ernährung ergänzen müssten, um ausreichend versorgt zu sein, sollten keinesfalls allein zur Tat schreiten und sich auf Rat von Freunden oder Medienberichten Nahrungsergänzungsmittel kaufen. Gemeinsam mit dem behandelnden Onkologen sollten sie vielmehr prüfen, ob in der jeweiligen individuellen Situation eine ergänzende Maßnahme sinnvoll ist.

In jedem Falle gilt: Keine zusätzliche Einnahme irgendwelcher Ergänzungsmittel ohne Information des behandelnden Arztes!

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

fotolia.com · © Kasia Bialasiewicz

Nahrungsergänzungsmittel

Nahrungsergänzungsmittel sind – wie der Name schon sagt – Produkte, die die normale Ernährung ergänzen sollen. Sie enthalten in Form von Tabletten, Kapseln, Pulvern oder Flüssigkeiten Nährstoffe wie Vitamine oder Mineralien, die auch in normalen Lebensmitteln vorkommen, allerdings in konzentrierter Form und oft in hoher Dosierung.

Nahrungsergänzungsmittel sind frei verkäuflich, also nicht apothekenpflichtig. Sie durchlaufen keine Tests und Qualitätssicherungsprozesse, wie sie für Medikamente einzuhalten sind. Da die Hersteller nicht verpflichtet sind, die gesundheitliche Unbedenklichkeit ihrer Mittel nachzuweisen, können schädliche Wirkungen nicht ausgeschlossen werden.

Nahrungsergänzungsmittel werden oft mit allgemeinen Aussagen wie „unterstützt die Abwehrkräfte“, „übt einen ausgleichenden Effekt auf den Hormonhaushalt aus“ oder „zur Unterstützung einer gesunden Gelenkfunktion“ beworben. Dies sind jedoch meist nur Behauptungen. Sie sagen nichts über einen tatsächlichen gesundheitlichen Nutzen der Mittel aus.

Quelle: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Qualitätsgesicherte Informationen zum Thema

Bundesinstitut für Risikobewertung:
www.bfr.bund.de

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen:
www.gesundheitsinformation.de

Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums:
www.krebsinformationsdienst.de

Ergebnisse der Studie zum

Im Jahr 2002 beschloss die Bundesregierung, ein Mammographie-Screening-Programm zur Früherkennung von Brustkrebs einzuführen. Anders als bei den anderen gesetzlichen Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung werden hier die anspruchsberechtigten Frauen, d.h. alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, alle zwei Jahre in eine sogenannte Screening-Einheit schriftlich eingeladen. Seit 2009 steht das Programm flächendeckend in Deutschland zur Verfügung.

Im Jahr 2008 initiierten die Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V. und die Women's Health Coalition e.V. eine Studie zum Thema „Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings – Barrieren und erste Erfahrungen mit dem qualitätsgesicherten Screening". Mit der Befragung anspruchsberechtigter Frauen sollten unter anderem Erkenntnisse über deren Motivation für oder gegen eine Teilnahme am Screening ermittelt sowie Wissens- und Informationsdefizite identifiziert werden.

Mit dem Ziel, die 2008 erhobenen Daten zu aktualisieren und mögliche Veränderungen von Verhaltensweisen, Wissen, Einstellungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Mammographie-Screening-Programm zu dokumentieren, organisierten die beiden Verbände 2012 eine sogenannte Follow-up-Studie (Nachfolge-Studie), die genau wie die erste Studie vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde. Die Ergebnisse der Follow-up-Studie liegen nun vor.

Vergleich der Studien

Bei dem Vergleich der Erhebungen aus den Jahren 2008 und 2012 zu Verhalten, Einstellungen, Wissen und Erfahrungen lassen sich kaum Unterschiede feststellen: So zeigten Frauen, die der Einladung zum Screening gefolgt sind, in beiden Studien eine positive Einstellung gegenüber Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen im Allgemeinen und dem Mammographie-Screening-Programm im Besonderen. Ihre Erfahrungen sind größtenteils positiv, so dass sie einer erneuten Einladung folgen und auch Freundinnen und Bekannten eine Teilnahme empfehlen würden.

Diejenigen Frauen, die am Screening trotz Einladung nicht teilgenommen hatten, gaben in der Follow-up-Studie genau wie in der Studie aus dem Jahr 2008 an, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen eher als Belastung und/oder Bevormundung zu empfinden und deren Nutzen insgesamt zu bezweifeln.

Teilnahmegründe

In den Studien zeigte sich, dass viele Frauen, die der Einladung zum Screening folgten, die Reihenuntersuchung für vertrauenswürdig halten und sich danach sicherer fühlen. Ihr eigenes Brustkrebsrisiko schätzen sie generell nicht als sehr hoch ein. Der Zusammenhang zwischen Erkrankungsrisiko und zunehmendem Alter ist vielen nicht bewusst.

Frauen, die der Einladung zum Screening bisher nicht gefolgt sind, stellen wiederum besonders die Risiken der Röntgenuntersuchung in den Vordergrund und beklagen die schmerzhafte Untersuchung. Diese Haltung führt dazu, dass lediglich ein Drittel von ihnen bei der nächsten Einladung eine Teilnahme in Erwägung zieht.

Es gibt in der Gruppe der Nicht-Teilnehmerinnen aber auch den Typ der „Verdrängerin". Diese nimmt die Einladung zum Screening nicht wahr aus Angst davor, dass bei ihr frühzeitig Krebs entdeckt werden könnte.

Schließlich gibt es noch die Gruppe von Frauen, die nach wie vor außerhalb des Screenings die Möglichkeit der Brustkrebsfrüherkennung durch Mammographie bei einem Radiologen ihrer Wahl (sogenanntes Graues Screening) nutzt und deshalb der Einladung nicht folgt.

Mammographie-Screening

Bedeutung der Frauenärzte

Die Mehrheit der befragten Frauen geht regelmäßig zum Frauenarzt. Diejenigen, die der Einladung zum Screening gefolgt sind, haben mit ihrem Frauenarzt über das Programm gesprochen und dabei eine positive Rückbestätigung erhalten. Die Hälfte der Nicht-Teilnehmerinnen hingegen hat noch mit keinem Arzt über die Thematik gesprochen oder von diesem nur eine neutrale Reaktion, aber keine weitere Information über das Screening erhalten.

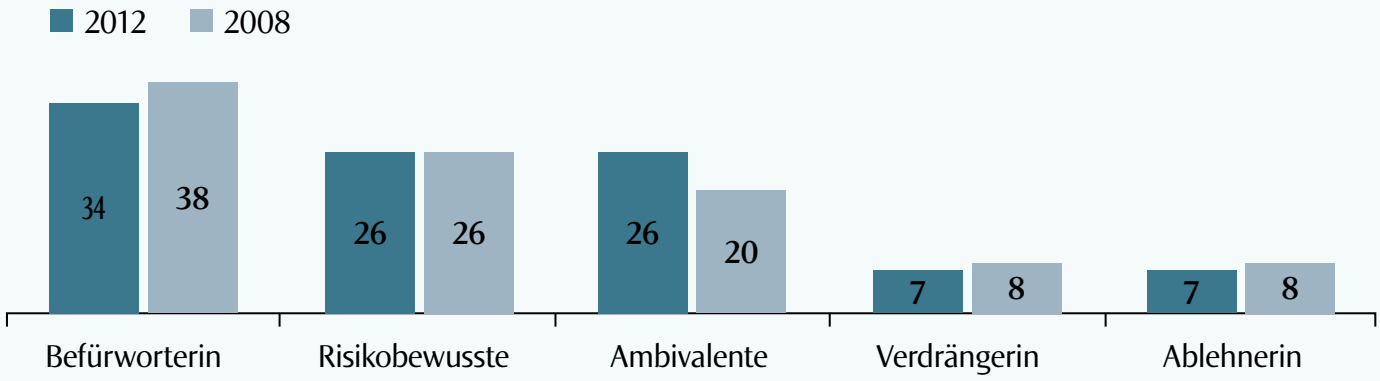
Wissensdefizite

Die befragten Frauen, unabhängig davon, ob sie am Screening teil- oder nicht teilgenommen haben, fühlen sich persönlich ausreichend über das Mammographie-Screening-Programm informiert. Trotz dieses subjektiven Empfindens lassen sich bei ihnen Wissensdefizite feststellen. Als hauptsächliche Risikofaktoren für Brustkrebs betrachten sie beispielsweise erbliche Belastung, Hormone und einen ungesunden Lebensstil. Der direkte Zusammenhang zwischen höherem Lebensalter und Brustkrebserkrankung wird dagegen nur von wenigen erkannt. Besonders gravierend ist aber das Wissensdefizit über die „Wirkungsweise“ des Screenings. Viele Frauen nehmen an, das Mammographie-Screening könne Brustkrebs verhindern oder Schutz davor bieten, obwohl es ausschließlich der Früherkennung dient.

Alle Ergebnisse der Studie können im Internet nachgelesen werden unter:
www.frauenselbsthilfe.de/aktuelles-presse

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Verteilung der Einstellungstypen – Vergleich 2012 zu 2008



Unser Standpunkt

Mammographie-Screening – Informiert statt irritiert

Es ist bemerkenswert: Seit dem Jahr 2005 (bundesweit seit 2009) existiert in Deutschland nun schon das Mammographie-Screening und ist nach wie vor umstritten. Nicht nur unter anspruchsberechtigten Frauen, auch unter Wissenschaftlern stehen sich Befürworter und Kritiker fast unversöhnlich gegenüber.

Worin besteht die große Diskrepanz in der Bewertung des Screenings?

Die Befürworter argumentieren,

- dass durch die qualitätsgesicherte Früherkennung eines Mammakarzinoms viele Leben gerettet werden könnten,
- dass durch den Einsatz modernster, täglich gewarteter Geräte und der kontinuierlichen Fortbildung der Radiologen das Screening zu einer der effektivsten Früherkennungsmethoden geworden ist,
- dass wesentlich schonendere Behandlungen durch die geringere Größe des früh erkannten Karzinoms möglich seien und
- dass Frauen ein höheres Sicherheitsgefühl durch die Teilnahme am Screening hätten.

Kritiker halten dagegen,

- dass die Reduzierung der Brustkrebssterblichkeit durch das Screening erheblich geringer sei, als von den Befürwortern angegeben,
- dass es zu Fehl- und Überdiagnosen und damit zu Übertherapien komme, die die Lebensqualität der Frauen erheblich beeinträchtige,
- dass nicht alle Karzinome durch das Screening entdeckt würden,
- dass der Nutzen des Screenings von Frauen sehr häufig überschätzt würde, da sie fälschlicherweise glauben, durch eine Teilnahme ihr Erkrankungsrisiko zu minimieren oder Brustkrebs gar verhindern zu können,
- dass das Problem der Intervall-Karzinome, also der Tumore, die innerhalb der zwei Jahre zwischen den Screening Terminen auftreten, damit auch nicht gelöst sei.

Ein Ergebnis der FSH-Studie ist, dass Frauenärzte zu den wichtigsten Ansprechpartnern auch im Bereich der Früherkennung gehören, aber dieses Thema häufig nicht angesprochen wird. Der Appell der FSH an das Gesundheitssystem – und hier ganz besonders an die Gynäkologen – ist: neutral über Vor- und Nachteile des Screenings zu informieren, so dass Frauen eine Entscheidung treffen können, die auf umfassender, objektiver Information beruht. Auch die Krankenkassen müssen verstärkt in die Informationspflicht einbezogen werden, verfügen sie doch über viele Kontaktmöglichkeiten zu ihren Versicherten.

Wie soll „frau“ sich nun in diesem Meinungskonflikt entscheiden?

Qualitätsgesicherte Informationen zum Thema finden sich auf den Internet Seiten neutraler Institutionen wie z.B. der Deutschen Krebshilfe (DKH), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), des Krebsinformationsdienstes (KID) oder des Robert Koch Instituts (RKI).

Niemand kann einer Frau die Verantwortung für ihre Entscheidungen abnehmen. Sie wird aufgrund ihres Wesens, ihres sozialen Umfelds, ihrer Familiengeschichte und anderer Einflussfaktoren eine für sie passende Lösung suchen. Die Voraussetzung dafür ist nach Meinung der Frauenselbsthilfe nach Krebs, dass sie eine informierte Entscheidung treffen kann. Die Grundlage dafür zu schaffen, ist Aufgabe aller Beteiligten im Gesundheitswesen.

Unser Rat lautet: Grundsätzlich erst gut informieren – dann entscheiden!

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

KURZINFO

Gründe für Intervallkarzinome

Im deutschen Mammographie-Screening-Programm haben Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Röntgenuntersuchung der Brust. Bei acht von 1.000 untersuchten Frauen wird dabei Brustkrebs entdeckt.

Wird innerhalb des Zweijahreszeitraums, also zwischen zwei Röntgenuntersuchungen, Brustkrebs bei einer Screening-Teilnehmerin festgestellt, sprechen Experten von einem „Intervallkarzinom“. Wie häufig Teilnehmerinnen davon betroffen sind, hat nun das Epidemiologische Krebsregister Nordrhein-Westfalen für das bevölkerungsreichste Bundesland ausgewertet.

Von ca. 879.000 Frauen, die im Zeitraum von vier Jahren am Mammographie-Screening-Programm teilgenommen haben, wurde bei etwas mehr als 7.000 Brustkrebs diagnostiziert. Demgegenüber stehen gut 2.000 Frauen, bei denen der Tumor innerhalb des Zweijahresintervalls entdeckt wurde, obwohl bei der Screening-Untersuchung nichts auf eine Brustkrebserkrankung hindeutete. Demnach wird bei zwei von 1.000 Frauen, die nach der Screening-Untersuchung davon ausgingen, dass sie nicht erkrankt sind, ein Tumor in der Brust gefunden.

„Tumore können sich leider auch innerhalb von zwei Jahren entwickeln und sind zum Zeitpunkt der Untersuchung eben noch nicht erkennbar“, betont Dr. Tatjana Heinen-Kammerer, Leiterin der Geschäftsstelle der Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Aktuelle internationale Studien berichten, dass mehr als die Hälfte der auftretenden Intervallkarzinome in diese Kategorie fällt. Weitere 25 Prozent sind Fälle, die nur sogenannte „minimale Anzeichen“ (minimal signs) für eine Auffälligkeit zeigen. Diese Karzinome lassen sich allerdings nur rückblickend im direkten Vergleich von früheren Screening-Aufnahmen und den aktuellen Aufnahmen zum Zeitpunkt der Diagnose erkennen. Bei den restlichen Intervallkarzinomen handelt es sich um Befundungsirrtümer.

Die Intervallkarzinomrate ist ein wichtiger Qualitätsparameter für das Mammographie-Screening-Programm. Dr. Heinen-Kammerer: „Die für Nordrhein-Westfalen ausgewertete Häufigkeit von Intervallkarzinomen ist mit den Resultaten etablierter europäischer Mammographie-Screening-Programme vergleichbar und belegt den hohen Qualitätsstandard des deutschen Programms. Das zeigt uns, dass wir auf einem guten Weg sind.“

Um zu validen Aussagen zur Intervallkarzinomrate für ganz Deutschland zu kommen, müssen jedoch erst noch die Voraussetzungen für den erforderlichen Datenabgleich mit weiteren Landeskrebsregistern geschaffen werden. Dies ist auch erforderlich, um die Effekte des Screenings auf die Brustkrebssterblichkeit auswerten zu können. Mit einer entsprechenden Studie zur Machbarkeit dieses Vorhabens wurde in diesem Jahr im Auftrag des Bundesamtes für Strahlenschutz begonnen.

Quelle: Kooperationsgemeinschaft Mammographie

fotolia.com · © Schlierner

Aktuelle Meldungen

Neuauflage Broschüre „Krebs der Bauchspeicheldrüse“

Deutsche Krebshilfe (DKH) und Deutsche Krebsgesellschaft haben im vergangenen Jahr vereinbart, enger zusammenzuarbeiten. Die „blauen Ratgeber“ der DKH werden daher künftig als Kooperationsprojekt der beiden Organisationen veröffentlicht. Als erste gemeinsame Broschüre ist jetzt „Krebs der Bauchspeicheldrüse“ erschienen. Sie beschreibt allgemeinverständlich Warnzeichen und Risikofaktoren dieser Erkrankung, erläutert Diagnostik, Therapie und Nachsorge und informiert über Hilfsangebote für Betroffene und Angehörige. Der Ratgeber ist bei der DKH kostenfrei erhältlich (Tel. 02 28 - 72 99 00) und kann im Internet unter www.krebshilfe.de und unter www.krebsgesellschaft.de abgerufen werden.

Quelle: Deutsche Krebshilfe

© fotolia.com – fotomek

Sieben Lebensstilregeln gegen Krebs

Die sieben Präventionsempfehlungen der American Heart Association, „Life‘s Simple 7“ genannt, sind nicht nur in der Vorsorge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sinnvoll, sondern nützen auch gegen Krebs. Das berichten Forscher in der Zeitschrift „Circulation“. Wer die sieben Lebensstil-Regeln beachte, senke das Risiko für chronische Erkrankungen umfassend. Die „Life‘s Simple 7“ lauten: Körperlich aktiv sein, ein gesundes Gewicht halten, gesund essen, einen gesunden Cholesterinspiegel halten, Blutdruck niedrig halten, normalen Blutzucker halten, nicht rauchen. 1987 wurden 13.000 Amerikaner in die Studie aufgenommen und nach ihrem Lebensstil befragt. 20 Jahre später zeigte sich: Wer sechs oder sieben der „Life‘s Simple 7“ beachtet hatte, senkte damit sein Krebsrisiko um 51 Prozent gegenüber Teilnehmern, die keine der Regeln beachtet hatten.

Quelle: Ärzteblatt

Krebsregistergesetz ist in Kraft getreten

Das im Februar 2013 vom Bundestag beschlossene Krebsregistergesetz ist nun in Kraft getreten. Bislang hatte man sich über die Finanzierung gestritten. Nun hat die Deutsche Krebshilfe zugesagt, acht Millionen Euro bereitzustellen, was ungefähr 90 Prozent der anfänglichen Kosten entspricht. Die restlichen zehn Prozent werden die Länder übernehmen. Die Folgekosten, die auf gut 60 Millionen Euro geschätzt werden, müssen die Krankenkassen tragen. Bis die Krebsregister flächendeckend aufgebaut sind, wird es noch einige Zeit dauern. Erfasst werden Patientendaten zu Diagnose, Behandlung, Nachsorge und Rückfällen. Sie ermöglichen, den Erfolg von Früherkennungsmaßnahmen zu überprüfen und die Qualität verschiedener Behandlungsansätze zu vergleichen.

© fotolia.com – fhmedien_de

Quelle: www.bundesregierung.de

Neues Gesetz verbessert Krebsfrüherkennung

Neben dem Krebsregistergesetz ist auch das Gesetz zur Krebsfrüherkennung in Kraft getreten. Zu den wesentlichen Neuerungen gehört, dass die Vorsorge für Darm- und Gebärmutterhalskrebs als organisierte Programme angeboten werden. Die Krankenkassen laden dabei persönlich zur Früherkennung ein. Erfolgskontrollen sollen die Qualität der Programme sichern.

Quelle: www.bundesregierung.de

© istockphoto.com – patrickheagney

Prostatakrebs – Abwarten ist manchmal besser

Krebsvorsorgeuntersuchungen erhöhen zwar die Chance, Prostatatumore frühzeitig zu erkennen. Aber sie führen auch vermehrt zu unnötigen Therapien, die mehr schaden als nützen. Bei nicht-aggressiven Formen des Prostatakarzinoms sei eine Strategie des Abwartens und Kontrollierens eher angebracht als eine Behandlung mit dem Risiko starker Nebenwirkungen wie z.B. Inkontinenz oder Impotenz, bestätigt jetzt eine Studie schwedischer Mediziner. Besonders für Männer, die älter sind als 65 Jahre, sei die Entscheidung für ein „aktives Beobachten“ des Krankheitsverlaufs eine empfehlenswerte Alternative, schreiben die Forscher im Fachblatt „European Urology“. Viele Männer mit langsam wachsenden Prostatatumoren entwickeln ihr Leben lang kaum Krankheitssymptome und hätten von einer Therapie des zufällig entdeckten Tumors nur Nachteile.

Quelle: www.wissenschaft-aktuell.de

Seelische Verfassung verantwortlich für Krebs?

Jeder zweite Deutsche glaubt, dass die seelische Verfassung die Krebsentstehung beeinflusst. Das ergab eine Umfrage der GfK Marktforschung Nürnberg im Auftrag der „Apotheken Umschau“. Von 2.019 befragten Personen waren 47,6 Prozent davon überzeugt, dass chronischer Stress oder traumatische Belastungen, z.B. der Tod eines nahen Angehörigen, ein Tumorleiden auslösen können. Nach Angaben des Berufsverbandes Deutscher Internisten gibt es bislang aber kaum überzeugende Hinweise darauf, dass Symptome wie Angst, Trauer oder Stress den Ausbruch bösartiger Tumorerkrankungen fördern. Die Forschungen zu diesem Thema sind allerdings noch nicht abgeschlossen. Unbestritten ist jedoch, dass Seelenleid indirekt das Krebsrisiko erhöhen kann, indem bestimmte Verhaltensweisen vermehrt auftreten: Hierzu gehören vor allem Rauchen und Alkoholkonsum.

Quelle: Apotheken Umschau

Selbstzahler-Angebote auf dem Prüfstand

© istockphoto.com – zilli

Jedem vierten Patienten ist im vergangenen Jahr laut einer aktuellen Umfrage beim Arzt mindestens einmal eine Leistung auf eigene Rechnung angeboten worden. Nun kommen die teils umstrittenen Angebote verstärkt auf den Prüfstand. Gerade bei den sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sei praktisch nichts mit deutlich erwiesenem Nutzen dabei, teilte der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDS) mit. Das gelte z.B. für Ultraschalluntersuchungen der Brust zur Krebsvorsorge, der Früherkennung von Grünem Star (Glaukom), der Früherkennung von Prostatakrebs oder der professionellen Zahnreinigung bei Erwachsenen ohne Paradontitis. Entsprechend groß sei der Bedarf unabhängiger Information, so der MDS. Rund 900.000 Interessierte hätten den IGeL-Monitor im Internet mit den MDS-Bewertungen seit dessen Start vor einem Jahr besucht. Künftig würden dort noch mehr Angebote bewertet.

Quelle: Die Welt

Krankheit – das neue Armuts

Chronische und schwere Erkrankungen sind immer häufiger Ursache für eine prekäre Lebenslage. In der Onkologie erleben wir seit geraumer Zeit, dass die Beratung zur Bewältigung wirtschaftlicher Probleme aufgrund einer Krebserkrankung immer wichtiger wird. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Ungleichheiten und gefühlte Ungerechtigkeiten in der gesundheitlichen Versorgung nehmen deutlich zu. Die Zusammenhänge zwischen Lebenslage und Gesundheitszustand bzw. Lebenserwartung sind eindeutig belegt.

Die Diskussion um den im März 2013 verabschiedeten vierten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zeigt, dass die Themen Armut und Verteilungsgerechtigkeit auf ein breites öffentliches Interesse stoßen. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Gefahr, in eine bedrohliche wirtschaftliche Situation zu geraten, deutlich zugenommen hat. Die Angst vor der Armut ist in der Mittelschicht angekommen.

Die Analyse der Daten überschuldeter Haushalte in Deutschland der Jahre 2006 bis zum ersten Quartal 2012 zeigt, dass Krankheit als Hauptursache von Überschuldung deutlich zugenommen hat (von 5,0 Prozent im Jahr 2006 auf 11,8 Prozent im ersten Quartal 2012). Damit ist Krankheit nach Arbeitslosigkeit, Scheidung/Trennung und gescheiterter Selbstständigkeit auf Rang vier der Überschuldungsursachen aufgestiegen.

Veränderung des Einkommens bei längerer Erkrankung

Die Behandlung einer Krebserkrankung ist in den meisten Fällen ein langer Prozess. Auch bei der Aussicht auf Heilung ist eine Behandlungsdauer von einem Jahr oder mehr keine Seltenheit. Abhängig vom Lebensalter, vom Erwerbsstatus, der sozialen und familiären Situation und den Ressourcen kann dies unterschiedliche wirtschaftliche Folgen für die Betroffenen haben.

Erwerbstätige erhalten nach der Feststellung der ersten Arbeitsunfähigkeit sechs Wochen Entgeltfortzahlung in der Höhe des bisherigen Gehalts oder Lohns. Anschließend greift bei Arbeitnehmern, die in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert sind, das gesetzliche Krankengeld. Der Bezug von Krankengeld ist mit effektiven Einkommenseinbußen von ca. 25 Prozent gegenüber dem letzten Nettoeinkommen verbunden. Der Anspruch auf Krankengeld besteht in der Regel für 78 Wochen innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren.

Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, kann Arbeitslosengeld I beantragt werden bis die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt bzw. über eine Erwerbsminderungsrente entschieden ist.

Risiko Frühberentung oder Arbeitslosigkeit

Durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten verlaufen heute viele Tumorerkrankungen chronisch. Mehr Menschen gehen während einer Krebstherapie ihrer Berufstätigkeit nach. Häufig zwingt allerdings der Krankheitsverlauf zur Beantragung einer Erwerbsminderungsrente.

Aufgrund des sinkenden Niveaus dieser Renten ist ihr Bezug in der Mehrzahl der Fälle mit erheblichen Einkommensverlusten und folglich einem beträchtlichen Armutsrisiko verbunden. Auch wenn fast zwei Drittel der Krebspatienten nach der Behandlung die Arbeit wieder aufnehmen, tragen sie dennoch ein deutlich höheres Risiko für Frühberentung und Arbeitslosigkeit.

Damit betroffenen Patienten keine Nachteile dadurch entstehen, dass sie als nicht mehr arbeitsfähig eingestuft werden, sollten sie sich bei Aufforderung zur Rehabilitation durch die Krankenkasse unbedingt mit dem Sozialdienst ihres Krankenhauses, einer ambulanten Krebs- oder unabhängigen Patientenberatungsstelle oder dem behandelnden Arzt in Verbindung setzen.

fotolia.com · © Robert Kneschke

risiko?

Finanzielle Belastungen durch Zuzahlungen

Eine Krebserkrankung ist nicht nur mit sinkendem Einkommen, sondern auch mit erheblichen Kosten und Ausgaben verbunden. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 hat zu einer deutlichen Erhöhung der Eigenbeteiligung der Patienten durch die Einführung umfassender Zuzahlungen geführt.

Krebspatienten haben vor allem bei langwierigen chronischen Verläufen erhebliche Zuzahlungen zu leisten. Regelmäßige Fahrten zu teilweise lebenslangen Therapien, Fahrten zu wohnortfernen Behandlungszentren, Zuzahlungen zu Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmittel können damit zur dauerhaften Belastung werden.

Um wirtschaftliche Härten zu lindern, kann bei einer jährlichen Belastung von mehr als zwei Prozent des Familienbruttoeinkommens die Befreiung von der Zuzahlung beantragt werden, bei chronischer Erkrankung ist dies bereits bei einer Belastung von einem Prozent des Familienbruttoeinkommens möglich. Die sogenannte Chronikerregelung (§ 62 SGB V) lässt bei Krebspatienten die Anwendung der abgesenkten Belastungsobergrenze aber erst ab dem zweiten Krankheitsjahr zu. Die Zuzahlung bis zur individuellen Belastungsgrenze muss in jedem Jahr neu entrichtet werden (siehe Infokasten rechts).

Patienten mit Kindern unter zwölf Jahren (bei einigen Krankenkassen bis 14 Jahren) können unter bestimmten Umständen Haushaltshilfe in Anspruch nehmen. Diese Hilfen sollten rechtzeitig, etwa vor einem stationären Krankenhausaufenthalt, beantragt werden.

Auch viele ältere und alleinstehende Krebspatienten entwickeln bei langen Krankheitsverläufen einen erhöhten Unterstützungsbedarf im hauswirtschaftlichen Bereich. Da diese Patienten in der Regel keine Kinder mehr unter zwölf Jahren haben, besteht nur in bestimmten Ausnahmefällen Anspruch auf hauswirtschaftliche Hilfe durch die Krankenkasse. Deshalb ist es wichtig, frühzeitig die Beantragung einer Pflegestufe bei der Kranken- bzw. Pflegekasse vorzunehmen. Andernfalls müssen die Organisation des Haushaltes, Einkäufe, Hilfen beim Putzen usw. auf Kosten des Patienten geregelt werden, auch wenn die Hilfsbedürftigkeit eine Folge der Krankheit oder auf eine eingreifende Therapie zurückzuführen ist.

fotolia.com · © msp12

Eigenbeteiligung der Patienten

Arznei- und Verbandmittel: 10 Prozent des Apothekenabgabepreises, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro*

Fahrkosten: 10 Prozent der Fahrkosten, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro je Fahrt*

Heilmittel: 10 Prozent des Abgabepreises zzgl. 10 Euro je Verordnung*

Hilfsmittel: 10 Prozent der Kosten des Hilfsmittels, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro*

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel: 10 Prozent der Kosten je Packung und maximal 10 Euro pro Monat

Krankenhausbehandlung: 10 Euro pro Kalendertag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr

Ambulante Rehabilitations-Maßnahmen: 10 Euro pro Kalendertag (GKV), kostenfrei über die Deutsche Rentenversicherung

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen: 10 Euro pro Kalendertag

Anschlussrehabilitation: 10 Euro pro Kalendertag für höchstens 14 Tage

* höchstens die Kosten des Arzneimittels

Autor dieses Beitrags

Jürgen Walther, Dipl. Sozialarbeiter und Diakoniewissenschaftler, ist tätig am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen, Heidelberg

Krankheit – das neue Armutsrisiko?

Ansprechpartner und Unterstützungsangebote

Patienten mit einer Krebserkrankung sollten frühzeitig Kontakt mit einem sozialen Beratungsdienst aufnehmen. Die Beratung durch Sozialarbeiter und -pädagogen trägt zur Sicherung der Lebensgrundlagen bei: durch sachgerechte Information, Erschließen der Hilfsquellen des Sozialrechts, praktische Hilfe bei Antragstellungen sowie durch den Zugang zu Stiftungen und Fonds zur Linderung von Not.

Die Beratung zu wirtschaftlichen Problemen ist dabei nur ein Teil des Beratungsangebotes der sozialen Arbeit in der Onkologie. Die Unterstützung bei der Bewältigung komplexer Problemlagen und Sachverhalte, die durch eine schwere Krebserkrankung ausgelöst oder verschärft worden ist, beinhaltet darüber hinaus:

- qualifizierte Beratung und Information in allen sozialrechtlich relevanten Fragestellungen
- Unterstützung bei Antragsstellungen und im Kontakt mit Ämtern und Behörden
- Einleitung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsverfahren zum angemessenen Zeitpunkt nach Abstimmung mit den behandelnden Ärzten und beteiligten Fachdiensten
- Klärung und Vorbereitung der häuslichen Versorgungssituation, Kontakt zu ambulanten Pflegediensten, Palliativnetzwerken
- Psychosoziale Beratung und Unterstützung beim Umgang mit der Erkrankung, den Krankheitsfolgen, Erarbeitung von Perspektiven und tragfähigen Lösungen für das persönliche, soziale und berufliche Leben

Weil qualifizierte Information Handlungsfähigkeit und Kontrolle zurückgibt, ist es wichtig, dass Krebspatienten möglichst frühzeitig von den sozialen und sozialrechtlichen Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Sozialdienste in Akutkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken, ambulanten Krebsberatungsstellen und Unabhängigen Patientenberatungen (siehe Infokasten unten) erfahren.

Rat und Information

- Sozialdienste der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken
- Ambulante Krebsberatungsstellen: www.krebshilfe.de/krebsberatungsstellen.html
- Unabhängige Patientenberatungsstellen: www.unabhaengige-patientenberatung.de/
- KID Krebsinformationsdienst: www.krebsinformation.de/wegweiser/adressen/krebsberatungsstellen.php oder Tel.: 0800 - 420 30 40
- „Soziale Informationen“, Broschüre der Frauenselbsthilfe nach Krebs Bestellmöglichkeit unter Tel.: 0228 - 3 38 89 400, Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de oder im Internet unter www.frauenselbsthilfe.de/infomaterial/broschueren
- Informationen zu sozialrechtlichen Fragen finden Sie auch unter: www.nct-heidelberg.de/de/patienten/beratung/sozialrechtliche-beratung-fragen.php

Gruppenjubiläen 2. Quartal

Land	Gruppe	Gründungsdatum
35 Jahre		
Nordrhein-Westfalen	Leverkusen	01.05.1978
Rheinland-Pfalz/Saarland	Ludwigshafen	20.04.1978
30 Jahre		
Rheinland-Pfalz/Saarland	Loreleykreis	01.06.1983
25 Jahre		
Rheinland-Pfalz/Saarland	Wörth	01.04.1988
20 Jahre		
Berlin/Brandenburg	Angermünde	23.06.1993
Mecklenburg-Vorpommern	Strasburg	21.04.1993
Niedersachsen	Norderney	26.06.1993
Thüringen	Sondershausen	30.06.1993
10 Jahre		
Hessen	Freigericht	05.05.2003
Thüringen	Kahla und Umgebung	03.04.2003

Der Mensch hat dreierlei Wege, klug zu handeln: Erstens durch Nachdenken, das ist der edelste, zweitens durch Nachahmen, das ist der leichteste, und drittens durch Erfahrung, das ist der bitterste.

Konfuzius

Ausschnitte aus der Arbeit des Bundesvorstands und seiner Referate der Monate März bis Mai 2013

Was hat uns bewegt? Was haben wir bewegt?

Durchführung

- von drei Sitzungen des Bundesvorstandes in Hamburg und Bonn
- einer Sitzung des FSH-Fachausschusses in Bonn
- von Mitglieder-Schulungen in Braunschweig, Gernsbach, Dortmund, Nürnberg, Stendal, Sulz am Neckar und Hamburg
- einer Vortragsveranstaltung zum Thema „Angehörige krebskranker Menschen – Was brauchen Familie, Partner, Freunde?“ in Hamburg
- eines Workshops der Referate 5/6 „Interessenvertretung in der FSH“ in Kassel
- eines Workshops „Virtuelle Selbsthilfe“ zur Schulung von Moderatorinnen für das Internetforum der FSH in Boppard

Mitwirkung

- an einem Treffen des Netzwerks „Männer mit Brustkrebs“ in Bonn
- an den Landestagungen der Landesverbände Bayern, Berlin/Brandenburg, Hamburg/Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen

Teilnahme

- an einer Vorstandssitzung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) in Berlin
- an einer Sitzung des Patientenbeirates der Deutschen Krebshilfe (DKH) in Bonn
- an der Verleihung des Deutschen Krebshilfepreises in Bonn
- an einer Sitzung der Programmkommission für die Offene Krebskonferenz (OKK) in Berlin
- an einem Workshop des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Berlin
- an der 14. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) in Berlin
- an einer Konsensuskonferenz zur S3-Leitlinie „Zervixkarzinom“ in Berlin
- an einem Workshop zu „Interessenskonflikten in den modernen Lebenswissenschaften“ in Hannover
- an einer Schulung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für Patientenvertreter in Berlin
- an Sitzungen von Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Berlin
- an einem Treffen zum Thema „Einbindung von Patientenvertretern in die Auftragsbearbeitung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ in Köln
- am Treffen der Vorsitzenden des Hauses der Krebs-Selbsthilfe in Hannover
- an der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG) in Königswinter
- an einem Workshop „Ernährung und Lebensmittel – Forschung 2020“ der Universität Hohenheim und der gemeinnützigen Gesellschaft für Kommunikations- und Kooperationsforschung (DIALOGIK) in Stuttgart
- an einer Tagung der Heinrich-Böll-Stiftung „Wie geht es uns morgen?“ in Berlin

Sonstiges

- Neuauflage der Broschüre „Brustamputation – Wie geht es weiter?“
- Freischaltung der neuen FSH-Homepage

Bundestagung 2013 – 29. August bis 1. September im Maritim-Hotel Magdeburg

Motto: Füreinander – Selbstbestimmt – Handeln

Donnerstag, 29.08.2013

ab 10.00 Uhr Anreise

Freitag, 30.08.2013

09.00 Uhr **Mitgliederversammlung**

10.45 Uhr **Ehrung von Mitgliedern**

14.00 Uhr **Eröffnung der Bundestagung**

15.30 Uhr **Selbsthilfe und Pflege**
Kerstin Paradies, Hamburg

19:30 Uhr **Infotreffen „Junge Frauen“**

19.30 Uhr **Workshops**

Workshops

- Gemeinsames Singen, *Thorsten Adelt*
- Grußkarten gestalten, *Petra Miller und Mitglieder der Gruppe Demmin*
- Impressionen im Schwarzlicht mit Musik, *Sabine Kirton*
- Lachyoga – „Trau dich zu lachen, trau dich zu leben“, *Dr. Anne Jeschke*
- Latin Dance Fitness, *Kerstin Hänsch*
- Lesung „LEBEN schreibt man groß“, *Maria Colgan*
- Line Dance, *Ute Stutz*
- Lymphödem – was kann ich selbst für mich tun?, *Gudrun Meyer-Lemke*
- Malen, *Uta Büchner*
- „Mit Behinderungen ist zu rechnen…“ – Cartoons zu einem speziellen Thema, *Phil Hubbe*
- Nordic Walking für Anfänger und Fortgeschrittene, *Nico Hein/André Napiontek*
- Spiritualität – ein Phänomen zwischen Himmel und Erde, *Dr. Sylvia Brathuhn*
- Wassergymnastik, *Ute Henseleit*
- Yoga – für Körper, Seele und Geist, *Ramona Mika-Lorenz*

Samstag, 31.08.2013

09.00 Uhr **Schwerionen – ein Meilenstein der Strahlentherapie?**
Dr. Stefan Rieken, Heidelberg

10.30 Uhr **Neue Entwicklungen in der Strahlentherapie bei Brustkrebs**
Prof. Dr. Jürgen Dunst, Kiel

14.00 Uhr **Komplementäre oder alternative Medizin – Wie finden Betroffene durch den Dschungel der Angebote?**
Dr. Jutta Hübner, Berlin

15.00 Uhr **Traditionelle Europäische Heilmethoden**
Prof. Dr. Oliver Micke, Bielefeld

19.30 Uhr **Voices Only**
A Capella Ensemble aus Magdeburg

Sonntag, 01.09.2013

09.00 Uhr **Andacht**

09.30 Uhr **Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln**
Dr. Maria-Tatjana Kunze, Magdeburg

10.30 Uhr **Was ist Glück?**
Dr. Caroline Schmauser, Berlin

09.00 Uhr **Parallelprogramm für das Netzwerk „Männer mit Brustkrebs“**

11.15 Uhr **Abschluss der Bundestagung**

Außerhalb der Programmzeiten stehen verschiedene Angebote in der Krea(k)tiv-Oase zur Verfügung.

Termine 2013 (soweit bei Redaktionsschluss bekannt)

Juni

05.06. „Angehörige krebskranker Menschen - Was brauchen Familie, Partner, Freunde?“, Veranstaltung für Ärzte, Patienten und Angehörige in Bonn

07. – 09.06. LV Baden-Württemberg: Landestagung und Mitgliederversammlung in Pforzheim

16. – 18.06. Erweiterte Gesamtvorstandssitzung in Hannover

27. – 29.06. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie in München

Juli

05. – 07.07 Workshop Evaluierung und Weiterentwicklung des Qualifizierungsprogramms in Wuppertal

August

29.08. – 01.09. Bundestagung in Magdeburg

EHRUNGEN

Mit dem **Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland** hat Bundespräsident Joachim Gauck **Sigrid Blaich-Horn**, Leiterin der FSH-Gruppe Freigericht in Hessen, ausgezeichnet. Der Bundespräsident würdigte im März 2013 in Schloss Bellevue 33 Bürgerinnen aus ganz Deutschland für ihre herausragenden Leistungen etwa in der Kultur, Wirtschaft oder Wissenschaft.

Für ihr ehrenamtliches Engagement in der Frauenselbsthilfe nach Krebs wurde **Gertrud Mark**, langjährige stellvertretende Gruppenleiterin der Gruppe Obernburg, mit dem **Ehrenzeichen des Bayerischen Ministerpräsidenten** ausgezeichnet. Aus Altersgründen hat sie nach 20 Jahren in der FSH 2012 ihr Amt abgegeben, nimmt aber nach wie vor sehr aktiv am Gruppenleben teil.

Irene Beu und **Brigitte Winter** von der FSH-Selbsthilfegruppe Neustrelitz haben im März 2013 das **Ehrenamtsdiplom des Landes Mecklenburg-Vorpommern** erhalten. Damit werden Persönlichkeiten ausgezeichnet, die sich in besonderer Weise für die Gemeinschaft einsetzen.

Kontaktwünsche

Patientin mit **Schilddrüsenkrebs** (follikuläres Carcinom mit oxyphiler Variante) sucht Erfahrungsaustausch mit gleich oder ähnlich Betroffenen. Kontakt über Helga Lerchenmüller, Tel. 0 72 61 - 45 43 oder helga.lerchenmueller@gmx.de.

Patientin (33) mit **Lymphdrüsenkrebs** (Morbus Hodgkin), die seit der Chemotherapie unter dem Raynaud-Syndrom leidet, sucht Erfahrungsaustausch mit gleich oder ähnlich Betroffenen. Kontakt über: Vera Dörfling, Gruppe Detmold, Tel. 0 52 31 - 9 61 17 58 oder doerfling-fsh-dt@freenet.de.

Informationsmaterial

der Frauenselbsthilfe nach Krebs

- Imagebroschüre „Auffangen, Informieren, Begleiten“
- Imageflyer der Frauenselbsthilfe nach Krebs mit Kontaktadressen
- Broschüre „Soziale Informationen“ (jährlich aktualisierte Auflage)
- Broschüre „Krebs und Sexualität“
- Broschüre „Leben mit Metastasen“
- Broschüre „Krebs und Lymphödem“
- Broschüre „Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen und -patienten“
- Broschüre „Brustamputation – wie geht es weiter?“
- DVD + Flyer „Brustkrebs – was nun?“
- DVD + Flyer „Krebskranke Frauen und ihre Kinder“
- DVD „Brustkrebs – Leben mit Metastasen“
- DVD „Angehörige krebskranker Menschen“
- Faltblatt „Krebsfrüherkennung – Eine Orientierungshilfe“
- Faltblatt „Eierstockkrebs – Eine Orientierungshilfe“
- Faltblatt „Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs – Eine Orientierungshilfe“
- Imageflyer „Netzwerk Männer mit Brustkrebs“

Das Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe nach Krebs schicken wir Ihnen gerne kostenlos zu. Bestellen Sie bitte per Telefon, Fax, E-Mail oder via Internet:
Tel.: 0228 - 3 38 89-400
Fax: 0228 - 3 38 89-401
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
www.frauenselbsthilfe.de/infomaterial

Viele weitere hilfreiche Informationen zum Thema Krebs finden Sie auf unserer Website unter: *www.frauenselbsthilfe.de*

Über Ihre Unterstützung durch eine Spende würden wir uns freuen:
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ: 660 205 00
Konto-Nr.: 7 734 800
IBAN DE 68660205000007734800
BIC BFS WDE 33 KRL

Ein Wechsel der Blickrichtung

Um eine Situation auch mal mit ganz anderen Augen zu sehen, muss man manchmal die Blickrichtung wechseln – so wie bei dieser optischen Täuschung.

Erkennen Sie die zwei Gesichter?

Blicken Sie doch mal in Richtung Diskussionsforum der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Finden Sie Gesprächspartner zum Erfahrungsaustausch über Ihre Krebserkrankung und dem Leben damit. Vielleicht hilft es Ihnen, Ihre Situation mit ganz anderen Augen zu sehen.

https://forum.frauenselbsthilfe.de

Die Postkarte zur Bewerbung unseres Internetforums kann ab einer Mindestmenge von 20 Stück bestellt werden unter:

www.frauenselbsthilfe.de/info-material/bestellformular.html

oder in der Bundesgeschäftsstelle der Frauenselbsthilfe nach Krebs:
Tel.: 0228 - 3 38 89-400

Auszeit

Der Mensch kann nicht zu neuen Ufern aufbrechen,
wenn er nicht den Mut aufbringt,
die alten zu verlassen.

André Gide

© fotolia.de –dzakman

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Gruppen der Frauenselbsthilfe in Ihrer Nähe finden Sie im Internet unter
www.frauenselbsthilfe.de/gruppen/gruppen-in-ihrer-naehe/
oder rufen Sie unsere Bundesgeschäftsstelle an:
Telefon: 0228 - 3 38 89-400, E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Bürozeiten: Montag bis Donnerstag: 8:00 - 16:30 Uhr, Freitag: 8:00 - 15:00 Uhr

Die Landesverbände der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Angelika Grudke
Tel.: 0 74 20 - 91 02 51
a.grudke@frauenselbsthilfe-bw.de

Landesverband Bayern e.V.
Karin Lesch
Tel.: 0 98 31 - 8 05 09
k.lesch@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Berlin/Brandenburg e.V.
Uta Büchner
Tel.: 03 38 41 - 3 51 47
u.buechner@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Hamburg/ Schleswig-Holstein e.V.
Helga Klafft
Tel. Büro: 0 40 - 18 18 82 12 27
h.klafft@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Hessen e.V.
Heidemarie Haase
Tel.: 066 43 - 18 59
h.haase@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Sabine Kirton
Tel.: 03 83 78 - 2 29 78,
s.kirton@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Niedersachsen e.V.
Margitta Range
Tel.: 0 53 03 - 58 69
m.range@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
Petra Kunz
Tel. : 0 23 35 - 68 17 93
p.kunz@frauenselbsthilfe.de
nrw@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.
Dr. Sylvia Brathuhn
Tel.: 02 631 - 35 23 71
s.brathuhn@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen e.V.
Susanne Schaar
Tel.: 03 74 37 - 53 24 04
s.schaar@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
Elke Naujokat
Tel. 03 53 87 - 4 31 03
e.naujokat@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Thüringen e.V.
Hans-Jürgen Mayer
Tel.: 0 36 83 - 60 05 45
h.mayer@frauenselbsthilfe.de

Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn

Telefon: 02 28 - 33 88 9-400
Telefax: 02 28 - 33 88 9-401
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Internet: www.frauenselbsthilfe.de

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