

2006
JAHRGANG: 8/2
Oktober

AKF-INFO



Thema **Krebsnachsorge**

Fachtagung

Frauenärztinnen im AKF

Presseerklärung

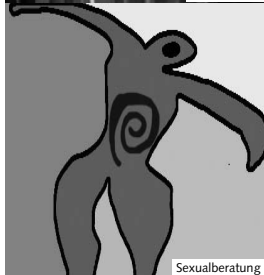
zur Krebsnachsorge

Mammografie

Screening-Statement



Fachtagung



Sexualberatung



Interview

KREBSNACHSORGE	2
Überblick über die Fachtagung 2006	3
Tumornachsorge - evidenzbasiert	5
Tumornachsorge in der gynäkologischen Praxis	6
Sexualberatung bei Krebspatientinnen	8
Leben Lernen - Sterben lernen	11
Die Rolle der Rehabilitation	12
AKTUELLES	13
AKF - Presseerklärung	13
HPV - Impfung gegen Krebs	13
Ärztstreik im Sommer 2006	14
AKF-Gyn-Tagung 2007	14
AKF-Jahrestagung 2007	14
SPEZIAL	15
Statement zum Mammografie-Screening	15
Interview: Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings	18
GAEA und PACT	19
BUCHBESPRECHUNGEN	22
IMPRESSUM	25

Die Ottawa Charta wird in diesem Jahr 20 Jahre alt. Ihre Ziele und Forderungen aber sind so unverbraucht und zutreffend wie am Tag ihrer Formulierung; denn es geht um:

- Beteiligung aller, auch der PatientInnen
- Zugang zu allen wesentlichen Informationen
- die Möglichkeit, selbst Entscheidungen in Bezug auf die eigene Gesundheit treffen zu können und
- Bekämpfung der von Vorschriften und Gepflogenheiten dieser Gesellschaften geschaffenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand

Wenn nun bis 2009 die nächste „große Gesundheitsreform“ in Kraft tritt, dann darf nicht die Frage der Finanzierung von Systemen im Vordergrund stehen, sondern muss vor allem der - von allen Staaten gemeinsam verabschiedete - Forderungskatalog von Ottawa Leitgedanke der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland werden.

Die Frauengesundheitsbewegung hat schon lange Ansätze auf ihrer Tagesordnung, die den Zielen von Ottawa, aber gleichzeitig auch dem Erhalt und der besseren Finanzierung unseres Gesundheitssystems dienen: Bekämpfung der Unter-, Über- und Fehlversorgung, eine gendgerechte Medizin und Verpflichtung auf eine bessere gesundheitliche Versorgung von Frauen, auch in der Nachsorge, sind nur einige wesentliche Forderungen. „Frau“ darf gespannt sein, was davon bei der nächsten Reform angegangen wird.

Die Erfahrungen der Vergangenheit mit Gesundheitsreformen, kleinen wie großen, lassen Skeptizismus gerechtfertigt erscheinen. Der AKF hat nicht ohne Grund vor zwei Jahren seine Charta zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen formuliert und in seinen INFOs die relevanten Bereiche immer wieder aufgezeigt.

Wir müssen am Ball und dürfen nicht nachlassen, den Finger in die Wunden zu legen und für ein gendgerechtes Gesundheitssystem einzutreten.

Das Redaktionsteam

Umschlagtitel: Tanztheater in Bremen zum Thema "Tröst"



1 Überblick über die Fachtagung der Frauenärztinnen im AKF in Stuttgart-Beutelsbach vom 27. bis 30. April 2006

Edith Bauer

Mitten im idyllischen württembergischen Weinland trafen sich 51 Frauenärztinnen aus dem AKF zu ihrer jährlichen Fachtagung. Thema der Tagung war die „Nachsorge bei gynäkologischen Malignomen“.

Der Einstieg in die Thematik erfolgte mit dem Vortrag von Friederike Perl, in dem sie die Nachsorge streng unter dem Aspekt "evidence based" unter die Lupe nahm. Randomisierte kontrollierte Studien zum Thema Nachsorge am Beispiel Mammakarzinom zeigen danach keinen Effekt hinsichtlich Senkung der Sterblichkeit bei intensiver Nachsorgeaktivität. Die Suche nach Metastasen bei beschwerdefreien Frauen ist demzufolge sinnlos, da keine (kurative) Therapie angeboten werden kann. Wichtig ist die sorgfältige Lokalkontrolle – Tasten, Mammografie und ggf. Sonografie – (Rezidivrisiko bei Brust erhaltender

Therapie), da beim Lokalrezidiv kurativ behandelt werden kann.

Fazit: andere als organmedizinische Aspekte sollten die Nachsorge dominieren.

In dem Vortrag von Claudia Schumann über die Nachsorge in der Praxis wurde allen vor Augen geführt, welche anspruchsvolle Herausforderung eine optimale Krebsnachsorge für die Niedergelassenen bedeutet, mit viel Wissen auf dem somatischen, medikamentösen und sozialrechtlichen Sektor und großer psychosomatischer Kompetenz.

Jessica Groß berichtete über ihre Erfahrungen mit der Nachsorge aus klinischer Sicht. Sie arbeitet in einem großen Brustzentrum mit 400 Primärdiagnosen pro Jahr. Dort liegt der Schwerpunkt vornehmlich auf den Langzeittoxizitäten der adjuvanten Chemotherapie und der Therapie beim Lokalrezidiv nach BET (Brust erhaltender Therapie).

Beeindruckend war der Vortrag von Monika Renz, mit dem Titel: Leben lernen – Sterben lernen. Darin berichtete sie von ihrer Forschungsarbeit und ihren Erfahrungen als Psychoonkologin und Musiktherapeutin im Kantonspital in St. Gallen: Was erleben Menschen in Todesnähe? Welche Möglichkeiten eröffnen den Zugang zu Sterbenden? Wie kann man Angehörigen helfen



Dank an die Vorbereitungsgruppe Stuttgart

1 Krebsnachsorge -

dies war das Kernthema der diesjährigen Tagung der Frauenärztinnen im AKF. Warum dieses Thema und warum gerade jetzt?

Zum einen ist seit einigen Jahren eine kontinuierliche Zunahme von Krebserkrankungen zu beobachten, sodass die Nachsorge maligner Erkrankungen einen wachsenden Anteil der Arbeit in gynäkologischen Praxen ausmacht.

Zum anderen wird vehement von einigen Selbsthilfegruppen-Aktivistinnen (z. B. Mammazone) ebenso wie von Seiten der Pharmaindustrie eine intensivierte, technisierte Nachsorge und Suche nach Metastasen gefordert. Da diese Forderung nun größtenteils im Widerspruch zu den Ergebnissen evidenzbasierter Medizin wie auch zu den Erfahrungen vieler Frauenärztinnen steht, war der Wunsch nach einer Standortbestimmung und

nach der Erarbeitung eines Standards im Vorgehen entstanden.

Im Übrigen bot es sich an, das Thema – in gewisser Weise als Fortsetzung des Hauptthemas Psychoonkologie im letzten AKF-INFO – aus anderem Blickwinkel zu betrachten.

Es wird vermutlich auffallen, dass im Folgenden das Thema hauptsächlich am Beispiel des Mammakarzinoms abgehandelt wird. Die Erklärung hierfür ist einmal die Tatsache, dass der Brustkrebs der mit Abstand häufigste bösartige Tumor der Frau ist. Bei zwei Drittel aller Tumoren handelt es sich um Brustkrebs, alle anderen gynäkologischen Malignome verteilen sich auf das restliche Drittel. Zum anderen sind die Möglichkeiten der Nachsorge bei den verschiedenen Tumorerkrankungen begrenzt und unterschiedlich sinnvoll.



Verabschiedung der bisherigen Fachgruppensprecherinnen v.l.n.r. Barbara Dennis, Jessica Groß, Claudia Schumann

die Sprachlosigkeit zu überwinden und mit Sterbenden zu kommunizieren?

Nach einer nachdenklichen Pause gab es eine „bewegte“ Diskussion. Bei einigen Kolleginnen war das Interesse geweckt, sich mehr mit dem Thema beschäftigen zu wollen, sodass sie von der Möglichkeit Gebrauch machten, das neueste Buch von Monika Renz zu erwerben. Der Titel: „Zeugnisse Sterbender - Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung“.

In ihrem Vortrag Sexualität nach Krebs versuchte Maria Beckermann den Gynäkologinnen mit drei einfachen Botschaften Mut zu machen, sich des heiklen Themas bei ihren Patientinnen anzunehmen:

1. Botschaft: Sprecht das Thema Sexualität von Euch aus an, um ein Signal für Eure Offenheit zu setzen!
2. Botschaft: Sprecht einfach und konkret!
3. Botschaft: Sucht nicht nach Lösungen, bevor Ihr das Problem verstanden habt!

Die Vortragsthemen wurden in vier Arbeitsgruppen praxisbezogen vertieft:

- Das Mittelen von schweren Diagnosen
- Die „ideale“ Nachsorge
- Komplementärmedizin
- Psychoonkologie

Weitere Themen, die die Gynäkologinnen auf der Tagung beschäftigten, betrafen Fragen des Qualitätsmanagements. Als Beispiel diente das Handling der Schwangerenvorsorge unter Berücksichtigung von QM und evidenzbasierter Medizin, wie es seit zwei Jahren von sieben Praxen in Deutschland als gemeinsames QM-Projekt praktiziert wird.

Fazit: Zeitlicher und finanzieller Aufwand sind sehr hoch, doch auf der Gewinnseite steht der kontinuierliche Verbesserungsprozess, die Steigerung der Motivation und Initiative bei allen Praxismitarbeiterinnen, die Verbesserung von Zusammenarbeit und Arbeitshaltung. Die beteiligten Praxen werden weiter zusammen arbeiten.

Außerdem wurde eine umfangreiche Liste von Themen erstellt, deren Bearbeitung den AKF-Frauenärztinnen unter den Nägeln brennt, wobei es sehr erwünscht ist die Multiprofessionalität des AKF zu nutzen.

Themenliste:

- Mammografiescreening
- Kontakt zu Selbsthilfegruppen, um Kontrollversen zu verringern und Abstand zu vermindern, damit nicht der Pharmaindustrie das Feld überlassen wird
- Wunschseccio

- Wichtigkeit der „Feld- Wald- und Wiesen-gynäkologie“ im Sinne sozialer Verantwortung
- Zusammenhang zwischen Armut/Arbeitslosigkeit und psychosomatischen Erkrankungen
- Replik auf die Kampagne des BV „45 Jahre Mutterpass“ und Statement zum elektronischen Mutterpass
- Honorierung der Psychoonkologie
- „Off-Label-Use“ von Medikamenten (u.a. Ovulationshemmer)
- Stellungnahme zu aktueller Tendenz, Krankheiten vorwiegend als genetisch bedingt anzusehen, Abbau von psychosozialer Betreuung/Psychotherapie
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Veränderung des Gesundheitswesens – auch, u.a. mit dem Ziel zu sparen
- Ursachen der Zunahme der Brustkrebskrankungen – liegt es wirklich daran, dass wir immer weniger und immer später Kinder kriegen??

Angesichts dieser Riesenliste stellt sich natürlich die Frage: „Wozu haben wir die Kraft, was bekommen wir hin – und wie? Und was ist umsetzbar?“

Machbar erscheinen die kleineren und aktuellen Themen, wie Stellungnahme zum Mammografiescreening, zur Nachsorge und der Kontakt zu den Selbsthilfegruppen.

Anhand dieser Themen könnte exemplarisch die Entmündigung von Patientinnen, die Verschwendung öffentlicher Gelder und Ressourcen (z.B. auch seitens der Frauenärztinnen!), aber auch anderer bestehender Strukturen, die zerklüftet werden (sollen) – sowie die Däpierung der Psychosomatik aufgezeigt werden.

4 Tumornachsorge - evidenzbasiert

Kurzfassung des Referates von Friederike Perl

Handelt es sich bei der Tumornachsorge um evidenzbasierten Fakt oder Fiktion?

Die Grundidee bei der Nachsorge wie bei der Vorsorge ist gleich: beide befassen sich mit beschwerdefreien Menschen und der Hoffnung für sie etwas zu verbessern, in dem Sinne, dass er/sie länger lebt und besser, leichter und kostengünstiger zu behandeln ist.

Es gibt zahlreiche Studien zur Nachsorge beim Mammakarzinom. Eine der ersten stammt von

Dewas (1985), wonach die Nachsorge Null Effekt hinsichtlich des Überlebens zeigte. Alle folgenden Studien (Moss 1988, Shapira und Urban 1991, Wertheimer 1991, Shapira 1993, Del Turco 1994 und Larissa-Temple (die im übrigen größte Studie) 1999) konnten Dewas nicht widerlegen.

Wonach suchen die medizinischen Nachsorgeaktivitäten?

1. nach lokoregionalen Rezidiven
2. nach Fernmetastasen

Vor jedem Test bzw. jeder Untersuchung sollte man sich fragen: Was tun, wenn der Test positiv ist (also: etwas gefunden wird), was wenn er negativ ist? Nach Studienlage ist erste leicht zu beantworten: ich kann nichts tun. Das Suchen nach Metastasen bei beschwerdefreien Frauen ist zum heutigen Zeitpunkt des Wissens sinnlos!

Beispiele in der Nachsorge (Del Turco 1994 und Givio 1994) zeigen eindeutig, dass bei Routine versus intensivierte medizinische Nachsorge kein Unterschied in der Mortalität besteht. Aus ethischen Gründen ist daher eine intensive Nachsorge nur vertretbar, wenn wir

der Frau etwas anbieten können!

Andere als organmedizinische Aspekte sollten die Nachsorge dominieren

Wichtigstes Ziel ist also die Lokalkontrolle, um kurativ behandelbare frühzeitig Lokalrezidive zu entdecken.

Fazit:

Andere als organmedizinische Aspekte sollten die Nachsorge dominieren.

Beim Zervixkarzinom ist nur die klinische Untersuchung sinnvoll, echte Nachsorge gibt es kaum. Es gibt keine randomisiert kontrollierten Studien, ebenso wenig wie beim Ovarialkarzinom, das eine hohe Ausgangsmortalität von über 50% hat. Wenn man dabei überhaupt etwas tun will, dann kann man den Tumormarker Ca 125 (hohe Sensitivität) bestimmen. Aber was dann bei der beschwerdefreien Frau?? Weitere apparative Diagnostik ist deshalb verzichtbar (Leitlinien).

Zur Nachsorge beim Endometriumkarzinom gibt es eine Leitlinie der AWMF*, die empfiehlt: Klinische Untersuchung alle drei Monate. PAP-Abstrich, Kolposkopie - alles ineffektiv!

Was also tut die verantwortungsbewusste Frauenärztin?

* AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

4 Tumornachsorge in der gynäkologischen Praxis

Kurzfassung des Referates von Claudia Schumann

Die gynäkologische Praxis als Schnittstelle zwischen onkologischer Behandlung und dem Alltagsleben bietet eine Chance für die Kontinuität der Betreuung und umfassende ärztliche Begegnung. Der Anspruch an die Frauenärztinnen bezüglich Kenntnis und Wissen ist dabei komplex.

Was steht wo? Mit wem kooperieren wir? Was sind die lokalen Bedingungen? Krankenhaus, onkologische Praxis, Brustzentrum, Hausarzt, Sanitätshaus/Friseur (Perücke), Praxis für Krankengymnastik/ Lymphdrainage, Krebsberatungsstelle, Krankenkasse usw.

Fragen der Frauenärztin:

Wer sitzt vor mir? Was braucht genau diese Patientin? Was muss ich wissen? Wie gehe ich mit Angst und Bedrohung um? Wie organisiere/führe ich das Gespräch? Wichtig der Hinweis auf das „therapeutische Loch“ nach Ende der Primärbehandlung, das bei der Frau viele Fragen aufwirft, die aber meist ungesagt bleiben.

Fragen der Frau:

Was muss ich jetzt tun um gesund zu werden/zu bleiben? (Cave Schuldgefühl!) Wie geht es weiter? Wie stehen meine Chancen? Oder muss ich sterben? Wie erkenne ich einen Rückfall? Was darf ich tun (beruflich, sportlich, familiär, Sex...)? Wer unterstützt mich? Was steht mir zu?

Auf somatischer Ebene sollte die betreuende Ärztin die Schwere der Erkrankung einschätzen können, wissen welche Untersuchungen (Nachsorge-Leitlinien) und welche Folgetherapien sinnvoll sind und die Belastbarkeit der Frau beurteilen können.

Psychosomatisch sollten sie die Kompetenz der Frau stärken, Psychotherapienotwendigkeit erkennen und Gespräche mit den Angehörigen führen können.

Sozialrechtlich werden von ihr Kenntnisse zu Anschlussheilbehandlung (AHB), Rehabilitation - Kur (wann und wo?), Disease-Management-Programme, Arbeitsunfähigkeit, Schwerbehindertenausweis, Rente usw. erwartet und Informationen über SH-Gruppen, Broschüren, Internet-Adressen erwartet.

Nachsorge-Leitlinien existieren für jeden gynäkologischen Tumor, für die Brust gibt es sogar eine nationale S3-LL (höchste Stufe der Leitlinien). Das Prinzip: Relativ reduzierte Standarduntersuchungen, zusätzliche Diagnostik entspre-

chend auftretender Symptome. Es ist notwendig, der Frau zu erklären, dass es sich dabei um keine „Sparmedizin“ handelt, sondern um eine evidenzbasierte Medizin. Für Patientinnen ist das oft nur schwer einsichtig.

Leitlinienorientierte Nachsorge am Beispiel Mammakarzinom

Klinische Nachsorge (seit 1995, S3-LL 2004):

- In den ersten drei Jahren alle drei Monate, dann alle sechs Monate, nach fünf Jahren einmal pro Jahr
- Anamnese: auffällig? Änderungen in Befindlichkeit und/oder Leistungsfähigkeit?
- Operierte Brust? Lymphabfluss? Andere Brust? Klopfschmerz Wirbelsäule? Lunge? Tastuntersuchung Abdomen/Leber?
- Mammografie: operierte Brust sechsmonatlich, andere einmal pro Jahr
- MEHR Untersuchungen – nur an Symptomen orientiert!

Nachsorge in der gynäkologischen Praxis

- Zuhören und Hinhören!
- Sicherheit geben; Unterstützungsbedarf? (psychoonkologisch, körperlich, Sexualität, sozial)
- Klinische Untersuchung: Lokalrezidiv? Warnzeichen?
- Konsequenz reagieren bei Verdacht auf Rückfall
- „mit der Krankheit leben“ – in allen Facetten (Familie, Arbeit,...)

Beratungsinhalte nach Primärtherapie bei Mammakarzinom

(Checkliste für die frauenärztliche Praxis, abgewandelt nach A. Gutzmann)

Erfolgt am:

Obligates	<ul style="list-style-type: none"> • Erörterung Nachsorgeplan • Nachsorgepass • DMP-Einschreibung • Hausarzt-Kooperation 	
Medikamentöse Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerztherapie • Hormontherapie: Tamoxifen > augenärztliches Konsil CnRH > Knochendichte, Calcium, D3 ? Aromatasehemmer > Knochendichte ? 	
Physiotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Krankengymnastik • Lymphdrainage • Reha-Sport; Ausdauertraining • Kompressionsstrumpf 	
Prothesenversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Prothese plus Halterung • Medizinischer Badeanzug 	
Onkoplastische Optionen	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen über operative Möglichkeiten 	
Komplementärmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Praxispezifisch • Mistel, ACE, Selen und Zink, Phlogenzym 	
Soziales	<ul style="list-style-type: none"> • Stufenweise Wiedereingliederung • Erwerbsunfähigkeitsrente • Teilminderung – Vollminderung • Versorgungsamt (Schwerbehindertenausweis) 	
Reha	<ul style="list-style-type: none"> • AHB • Müttergenesungswerk 	
Psychoonkologischer Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfegruppen (regionale Kontaktstelle) • Praxisbezogenes Konzept • Simonton-Training Entspannungsmethoden (VHS) • Selbstregulationstraining (Weleda) 	
Fremdinfos	<ul style="list-style-type: none"> • Internet-Adressen • Literaturliste • Beratungsstellen 	

1 Sexualberatung bei Krebspatientinnen

Kurzfassung des Referates von
Maria Beckermann

Die Referentin zeigte zunächst auf, wo die Schwierigkeiten der Frauenärztin in der Kommunikation mit der Patientin liegen, gibt es doch bestimmte Haltungen bei Professionellen, die zur Vermeidung sexueller Themen mit Patientinnen führen, z.B.:

- Es ist nicht meine Aufgabe.
- Sexualtherapie ist nötig.
- Sexualtherapie sollte nur gesunden Menschen zukommen.
- Sie sollte dankbar sein, dass sie lebt.
- Es ist mir zu unbehaglich, wenn ich über Sex spreche.
- Ich würde es ansprechen, wenn die Patientin verheiratet wäre.
- Ich würde es ansprechen, wenn die Patientin jünger wäre.
- Ich sollte es ansprechen, aber ich denke, diese Patientin ist lesbisch.
- Wenn es ein ernsthaftes Problem ist, wird sie es ansprechen.

Deswegen ihre erste Botschaft: „Sprecht das Thema Sexualität von Euch aus aktiv an, um ein Signal für Eure Offenheit zu setzen!“

Wichtig ist auch die Unterscheidung zwischen körperlichen Problemen wie z.B.:

- Scheidentrockenheit bei niedrigem Hormongrad
- Nachlassen der Libido unter Tamoxifen/ GnRH, unter Chemotherapie, Cortison, nach Ovariektomie
- Nachlassen der Libido bei körperlicher Beeinträchtigung (Müdigkeit und Unwohlsein)
- Verändertes Empfinden nach Hysterektomie und Scheidenverkürzung
- Verletzlichkeit, Narbenbildung, Verengung der Scheide nach Radiatio
- Verringerung bzw. Verlust der sexuellen Stimulierbarkeit der Brüste nach Brustoperationen
- und psychischen Problemen wie z.B.:
- Nachlassen der Libido durch Belastungen, Ängste und depressive Reaktionen
- Verändertes Körperbild, Selbstwertgefühl

(Brustverlust, Lymphödem, Haarverlust, Cortison- Chemotherapie)

- Sorgen um die Attraktivität, Angst vor Verlust des Partners/der Partnerin
- Angst vor Ansteckung /Kontamination (Krebs, Strahlen, Chemotherapie)
- Rückzug, Angst vor offenen Gesprächen, Missverständnisse, falsche Schonung
- Angst, dass Sex schadet

**Darauf die zweite Botschaft:
Sprecht einfach und konkret!**

Anhand von Abbildungen eines Homunkulus über die motorischen und sensiblen Repräsentationen im Gehirn wurde deutlich, dass es im Gehirn keinen Ort für die mentale Repräsentation von Sexualität gibt, weil diese tabuisiert ist. Die weibliche psychosexuelle Entwicklung leidet häufig unter der elterlichen Fehlbenennung der weiblichen Genitalien.

Auch Frauen haben äußere Genitalien, sie werden nur meist nicht benannt. Und was man nicht sieht, glaubt man nicht. Die Angst vor dem Zugang, dem Eindringen, vor der Diffusion führt zu Schwierigkeiten beim Aufbau mentaler Repräsentation, damit zu zerfließenden Körperbildern.

Die Frauenärztinnen sind aber die „Expertinnen für Sexualorgane“ und sollten Namen parat haben – z.B. für Vulva Kapuze, große und kleine Lippen, für Klitoris Perle oder Kitzler und diese (im Spiegel) mit Bildern belegen. Die Unbehaglichkeit, über alles „untenherum“ zu reden, resultiert aus der Tabuisierung und dem Verbot der Masturbation.

Es herrscht große Sprachlosigkeit, da es einfach nichts gibt auf der „Landkarte im Gehirn“; das Sexualorgan ist „einfach nicht vorhanden“.

**Es folgt die dritte Botschaft:
Sucht nicht nach Lösungen, bevor Ihr das Problem verstanden habt!**

Es sollte also genau – ggf. mehrfach – nachgefragt werden, wo das Problem liegt:

- Keine Lust? (Worauf keine Lust? Worauf Lust?)
- Klappert es nicht? (Was genau klappert nicht? Was klappert denn?)
- Tut es weh? (Wann? Wo? Was tut nicht weh?)
- Was wünschen Sie sich? Was muss sich dafür verändern?

Das Sexualorgan ist „einfach nicht vorhanden“



Was ist spezifisch für die Sexualberatung von Krebspatientinnen?

Dazu sollte man sich fragen: Wo genau liegt das Problem? In dem psychosozialen Erklärungsmodell für sexuelle Probleme nach Mammakarzinom (modifiziert nach Alder 2005) gibt es nach Ditz vorbestehende Bedingungen (z.B. Sozialisation, psychosoziales Weiblichkeitsideal) sowie auslösende Faktoren (z.B. Brustkrebs), die zu Problemen mit dem veränderten Körperbild und in der Sexualität führen können. Als aufrechterhaltende Faktoren gelten u.a. reduzierte körperliche (z.B. Schmerzen) und psychische Befindlichkeit (z.B. Depression).

Was hilft der Patientin?

- Entlastung, indem sie das Problem einfach mal ausspricht
- Erlaubnis, sich um ihre Sexualität zu kümmern
- Trauer zu spüren über den Verlust der Integrität
- Hoffnung zu schöpfen, dass sie etwas zur Lösung des Problems beitragen kann
- Ermutigung, sich ihrem Partner/Partnerin gegenüber zu öffnen

- Trost, dass manche Probleme vorübergehen werden; Zuversicht, dass die Frauenärztin ihr beisteht
- Bei Erhebung der Sexualanamnese (Alter, Beruf, sexuelle Orientierung, Lebensform) sind generell folgende Fragen notwendig:
- Warum spricht die Patientin das Problem gerade jetzt an?
- Symptombeschreibung: Ausprägung, Dauer, Verlauf, Auswirkungen?
- Auslöser: Welche Aspekte der Erkrankung oder Behandlung führten zu den Schwierigkeiten?
- Welche Faktoren halten die Schwierigkeiten aufrecht?
- Vorgeschichte: Erleben der Sexualität vor der Erkrankung?
- Kommunikation und Verhalten: Reden über Sexualität? Missverständnisse durch falsche Interpretation von Signalen?
- Was braucht die Patientin jetzt?

Dann ging die Referentin noch auf die Vorschläge zur Gruppentherapie von Judith Alder ein, in welchen diese zehn Stunden zu folgenden Themen vorschlägt:



Weiterführende Informationen - nicht nur für Patientinnen

Hier eine Auswahl:

- „Blaue Reihe“ der Krebsgesellschaft (zu jedem Organ, Ernährung nach Krebs, Soziale Hilfen, Hilfen für Angehörige, klinische Studien und andere Themen).
- www.krebsgesellschaft.de
- Empfehlenswerte Webadressen
www.krebs-webweiser.de
www.tumorzentrum-freiburg.de
www.krebsinformation.de
www.tumorbio.uni-freiburg.de
www.ganmed.or.at/archiv/index.htm

Hinweise über weitere neutrale und informative Websites werden gerne seitens der AKF-INFO Redaktion entgegen genommen.

1. Vorstellung, Info: Körperbild und Sexualität
2. Austausch: Veränderungen im Körpererleben, Info: Brustkrebsbehandlung und Körperbild/Sexualität
3. Info: ABC-Modell, Entspannungsübungen
4. Info: Kognitive Umstrukturierung, Übungen
5. Austausch: Veränderungen in der Sexualität, Info: Sexualität nach Brustkrebs, Entspannung
6. Info: Kommunikation, Übungen zur Kommunikation in der Partnerschaft, Körperübungen
7. Info: Veränderungen in der Sexualität, individueller Plan
8. Info: Vermeidungsverhalten, Kontrollrituale, Übungen
9. Info: Sport und Bewegung bei Brustkrebs, positive Aktivitäten und innere Achtsamkeit, Übungen
10. Info: Veränderungen einbauen und aufrecht erhalten, Zielformulierung und Implementierung von Veränderungen
 Alders Arbeitsmaterialien enthalten u.a. ein psychosoziales Erklärungsmodell für sexuelle Probleme und Berührungsbildungen der Brust. Das Üben ist besonders wichtig, um durch positive Empfindungen negative „Bilder“ zu verändern.
 Sinn macht auch ein so genanntes Sexualitäts-panorama – fünf Jahre – zwei Jahre – vor Op./nach Op. – zu erheben über Qualität von Libido, Geschlechtsverkehr, Gespräch über Sexualität und Zärtlichkeit. Dabei wird meist deutlich: Es gibt kei-

ne sexuellen Probleme nach Krebs. Bei Frauen, die eine gut funktionierende Sexualität vor der Operation hatten, spielt sich das meist nach einiger Zeit wieder ein. Frauen, die vorher schon (nicht ausgesprochene) sexuelle Probleme haben, nehmen die Krebserkrankung, um das Problem anzusprechen und zu sagen, dass es daran liegt.
 Wenn Lebensbedrohung im Raum steht, finden „wir“ oft Sexualität gar nicht so wichtig – obwohl es für die Patientin wichtig sein kann.
 Der Vortrag endet mit der positiven Erfahrung von Maria Beckermann:
 „Sich neu zu verlieben, ist die beste Möglichkeit, um sexuelle Probleme erstaunlicherweise „wegzumachen“.“

Literatur:

- Harriet E. Lerner, Topeka Kansas. Elterliche Fehlbenennung der weiblichen Genitalien als Faktor bei der Erzeugung von „Penisneid“ und Lernhemmungen. *Psyche*, 34/1980, S. 1092-1194
- Judith S. Kestenberg, New York. Der komplexe Charakter weiblicher Identität. *Betrachtungen zum Entwicklungsverlauf*. *Psyche* 1985, S. 349-364
- Doris Bernstein, New York. Weibliche genitale Ängste und Konflikte und die typischen Formen ihrer Bewältigung. *Psyche* 1990, S. 530-599
- Edda Uhlmann. *Psychosexuelle Entwicklung*, S. 728-735. Aus: *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*, Beckermann, Maria J., Perl, Friederike M., 2004, Schwabe Verlag Basel

und symbolhafte Handlungen. Es ist wichtig, diese wahrzunehmen, um z.B. durch Verstärkung und Deutung dabei zu helfen, noch ungeklärte Themen zu bereinigen.

Die Wahrnehmungsweisen von Raum und Zeit sind verändert. Es herrscht eine andere Logik. Ein Bereinigungsprozess findet nach ihrer Beobachtung am Ende immer statt und ist Voraussetzung für das „Gehen können“.
 Anders als Frau Kübler - Ross definiert Frau Renz das Sterben in ein
 davor - alles wird genommen
 hindurch - ein radikales Jetzt
 danach - wissen wir nicht.

Mit vielen sehr berührenden Beispielen aus ihrer Praxis erweiterte Frau Renz den Blick auf das Sterbe geschehen und machte klar, dass wir als Begleiter nicht hilflos sind, sondern uns sensibilisieren können für das, was für den Sterbenden noch wesentlich ist. Mit Hilfe einer analogen Kommunikation und einem Dialog auch mit den Angehörigen können wir noch helfen, Tabuthemen und ungelöste Probleme zu einem befreienden Ende zu bringen.

Im anschließenden Gespräch (ohne die Referentin) wurden u.a. folgende Themen auch aus sehr persönlicher Sicht angesprochen:

Wie gestaltet sich die Ärztin-Patientin-Beziehung in der Palliativphase? Wie viel Freiheit stehen wir uns zu, uns anders als gewohnt professionell zu verhalten? Sprechen wir das Sterben, den Tod an? Was können wir aushalten?

Der Vortrag und das Gespräch waren von hoher Intensität und gaben viel Stoff zum Nachdenken und zur weiteren Beschäftigung mit dem Thema.

4 Leben Lernen - Sterben lernen

Kurzfassung des Referates von Monika Renz

Das Thema des Übergangs beschäftigt die Referentin sowohl in ihrer praktischen Arbeit als auch in ihrer Forschung. Ursprünglich aus der Forschung in der Pränatalphase kommend wurde Frau Renz in diese Thematik des anderen Übergangs in den Tod „hineingeworfen“ und sie hat es als „Ihr“ Thema entdeckt und vertieft.

Die Fragen des Vortrags:
 Was geschieht, was hilft in der Todesnähe?
 Was hilft innerlich in tiefen Krisen?
 Was ist spirituelle Erfahrung?
 Ihre Erfahrung ist:
 Der Kontakt mit Sterbenden hilft leben lernen.

Es sind Augenblicke höchster Intensität und Präsenz.

Es gibt eine Lebendigkeit im Sterben. Erkenntnisse aus ihrer Arbeit sind:
 Man kann nicht nicht kommunizieren.
 Der Übergang ist ein Durchgangsprozess. Reifung geschieht überall, auch hier.

Kommunikation am Sterbebett ist anders: die gewohnten Strukturen helfen nur begrenzt. Umso größeres Gewicht gewinnen Stimmungen



4 Die Rolle der Anschlussheilbehandlung (AHB) und Rehabilitation im Rahmen der Versorgung von Mamma- und Genitalkarzinompatientinnen

Christiane Niehuß

Nach der Akuttherapie einer onkologischen Erkrankung, die mit vielen Terminen und Aktivität verbunden ist, entsteht subjektiv häufig ein Gefühl von Leere und zunehmender Angst bei Patientinnen, die sich vorher durch die Kontakte und die Struktur gehalten fühlen. Es wurde ja gemeinsam etwas gegen den Krebs getan, auch wenn es mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden war.

Es gilt, die Patientin nach dieser Phase aufzufangen und bei der Krankheitsverarbeitung und dem Anpassungsprozess an die (neue) Normalität zu unterstützen. Zusätzlich beeinträchtigen möglicherweise noch somatische Nebenwirkungen der Therapie die Lebensqualität wie Bewegungseinschränkungen der Schulter-Arm-Region, Lymphschwellungen, Polyuropathien oder starke Erschöpfungszustände. Eine stationäre AHB von drei bis vier Wochen Dauer in einer Rehabilitationsklinik bietet eine umfassende interdisziplinäre medizinische und psychosoziale Nachsorgemöglichkeit für Frauen, denen der Abstand vom häuslichen Umfeld Freiräume für Regeneration und persönliche Entwicklung in dieser Verarbeitungsphase der Krebserkrankung verschafft. Die stationäre medizinische Rehabilitation ist in der deutschen Versorgungslandschaft das derzeit am besten entwickelte komplexe Nachsorgeangebot, ambulante Rehabilitation befindet sich noch im Aufbau, zunächst verstärkt für orthopädische Indikationen. Die AHB ist an ein besonderes Beantragungsverfahren gebunden und wird vom Akutkrankenhaus oder der Strahlentherapie eingeleitet. Frauen sollten sich diese Möglichkeit der Unterstützung nicht entgehen lassen und brauchen manchmal Motivationshilfe, sich selbst wichtig genug zu nehmen (und die häuslichen Pflichten in dieser Zeit abzugeben). Die stationäre Rehabilitation

im weiteren Verlauf (früher „Nachsorge- oder Festigungscur“ wird von der Patientin beim zuständigen Kostenträger beantragt und ggf. durch eine ärztliche Stellungnahme unterstützt (Antrag hat die Krankenkasse, die auch die Zuständigkeit klärt, falls nicht bekannt). Die Bewilligungspraxis ist strenger geworden und je nach zuständigem Kostenträger und z.B. Erwerbsstatus unterschiedlich. Auf jeden Fall müssen nachvollziehbare medizinische Begründungen im Antrag benannt werden. Andererseits ist auch die Zahl der Anträge rückläufig und eigentlich ausreichend Mittel vorhanden. Also?! Versuchen!

Die Qualität von Rehabilitation wird wie in anderen Sparten der Medizin in aufwendigen Qualitätsmanagementverfahren erfasst und bewertet: Art und Menge der Anwendungen, PatientInnenzufriedenheit, Struktur der Einrichtung etc. Letztlich machen außer den Fakten die „weichen Faktoren“: die Identifikation des Teams mit der Aufgabe, das Leitbild, die Beziehung der ÄrztInnen, Schwestern und TherapeutInnen untereinander und zu der Patientin, das Klima im Haus und das Ambiente des Kurortes einen wichtigen Anteil der Qualität aus. Eine geeignete Einrichtung sollte spezifische krankheitsbezogene Konzepte haben, eine fachgynäkologische und psychologische Betreuung, spezielle psychoedukative und krankengymnastische Gruppenangebote für Frauen nach Mamma- und Genitalkarzinom und einen frauensensiblen Blick auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Patientinnen. Die Auswahl erfolgt leider häufiger nach touristischen Gesichtspunkten (Nord- oder Ostsee). Betreuende ÄrztInnen und PsychologInnen, Beratungsstellen, Sozialdienste und Selbsthilfegruppen können wertvolle Informationen zur Erfahrung mit den unterschiedlichen Reha-Kliniken geben und so zur bedarfsgerechten Unterstützung beitragen.

Im MEDIAN Klinikum für Rehabilitation in Bad Salzungen setzen wir seit Jahren das Leitbild „Frauen für Frauen“ um und fördern die multiprofessionelle Teamarbeit (incl. externer Supervision). Spezielle Zielgruppen von Frauen, für die es ein zusätzliches Angebot gibt, sind Mütter mit Kindern und Frauen türkisch-islamischer Herkunft.



Aktuelles

AKF hält an evidenzbasierter Krebsnachsorge fest und fordert die gesicherte Honorierung der psychoonkologischen Betreuung

Presseerklärung der Frauenärztinnen im AKF anlässlich deren Jahrestagung vom 27. bis 30. April 2006 in Stuttgart

- Der AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.) hält an einer evidenzbasierten Krebsnachsorge fest. Damit grenzt sich der AKF von Forderungen aus der Selbsthilfebewegung und der Pharmaindustrie nach einer intensivierten, technisierten Nachsorge ab. Es ist ausreichend nachgewiesen und damit evidenzbasiert, dass eine symptomorientierte und zuehendungsintensive Nachsorge Vorteile bringt gegenüber dem routinemäßigen Einsatz apparativer Diagnostik.
- Eine onkologische Betreuung mit psychosozialen Schwerpunkt erhöht nachweislich die Lebensqualität der Betroffenen. Dafür ist die Finanzierung sowohl in der Klinik als auch in der Praxis zu sichern. Der AKF e.V. fordert für jede Krebsbetroffene bei Bedarf die Finanzierung von zehn Stunden psychoonkologischer Intervention außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie und ohne umfangreiche Beantragung.
- Auch im stationären Bereich muss die für die Zertifizierung der Brustzentren geforderte psychoonkologische Betreuung finanziert werden. Dafür sind zusätzliche Gelder zur Verfügung zu stellen.
- Derzeit erfolgt die Versorgung der Patientinnen oft unkoordiniert durch niedergelassene Gynäkologinnen, Brustzentren, Onkologinnen und Hausärztinnen. Das führt häufig zu Doppeluntersuchungen, Ressourcenverschwendung und zur Verunsicherung der Betroffenen. Die Nachsorge sollte in die Hände der niedergelassenen Gynäkologinnen bleiben, die als Lotsen fungieren und bei Notwendigkeit zu Zentren oder zu anderen Fachärzten überweisen. Dies ermöglicht Kontinuität, Klarheit und Sicherheit.
- Zur Bewertung innovativer adjuvanter Therapien und zusätzlicher diagnostischer Methoden fordert der AKF e.V. eine industrieunabhängige Forschung. Durch klare Indikationen für kostenintensive Medikamente und Diagnoseverfahren können sowohl ein Benefit für die Patientin als auch finanzielle Einsparungen erbracht werden.
- Der AKF e.V. fordert ein bundesweites Tumoregister, um zentrenspezifische Rezidiv- und Überlebensraten zu erkennen. Das DMP (Disease-Management-Programm) Brustkrebs in der bestehenden Form hat für die Betroffenen wenig Nutzen und verursacht gleichzeitig einen hohen Dokumentationsaufwand, es sollte überarbeitet und in bestehende Datenerhebungssysteme integriert werden.

A Impfung gegen Krebs

Die Einführung einer offenbar hochwirksamen Impfung gegen die Infektion mit HPV (Humanes Papilloma Virus), Verursacher des Gebärmutterhalskrebses, steht kurz bevor.

In USA hat die FDA (Food and Drug Administration) im September 2006 die Zulassung erteilt. In Deutschland ist damit zu rechnen, dass der Impfstoff ab Januar 2007 zugelassen wird. Ob die Kosten (ca. 300.-€ für die dreimal notwendige Impfung) allerdings von den Krankenkassen übernommen werden, hängt davon ab, ob die STIKO (Ständige Impfkommission) eine Empfehlung dafür ausspricht.

Einige Fakten:

- Gebärmutterhalskrebs ist – nach dem Brustkrebs – der zweithäufigste Krebs bei Frauen. Jährlich sterben in Europa über 14.500 Frauen

an Zervixkarzinom (das sind 40 Todesfälle täglich).

- Die kausale Zusammenhang zwischen HPV-Infektion und Zervixkarzinom gilt als erwiesen.
- Andere Humane Papilloma Viren sind auch die Erreger der unangenehmen Genitalwarzen (Kondylome).
- Papillomaviren werden hauptsächlich beim Geschlechtsverkehr übertragen.

Da die Impfung nur vorbeugend (nicht heilend) wirksam ist, erscheint es sinnvoll Mädchen zwischen dem 9. und 12. Lebensjahr – also vor dem ersten Sexualverkehr – zu impfen.

Die ausführliche Diskussion über das Für und Wider sowie die Auswirkungen der HPV-Impfung auf das Management der Früherkennung wird Thema der Tagung 2007 der Frauenärztinnen im AKF sein.

A Ärztestreik im Sommer 2006

Position der AKF-Frauenärztinnen

Die gegenwärtigen Ärztestreiks zeigen die Unzufriedenheit und Sorge über die bestehenden Regelungen und geplanten Veränderungen im Gesundheitswesen.

Auch wir sind der Meinung, dass sich etwas verändern muss.

Wir stehen für eine Medizin in sozialer Verantwortung.

- Wir fordern, dass jede Patientin alle medizinisch notwendigen Maßnahmen erhält und dass die so genannte Positivistliste sinnvoller Medikamente, deren Bezahlung durch die gesetzlichen Krankenkassen gesichert sein muss, endlich eingeführt wird.
- Wir sind gegen bürokratisch-politische Entscheidungen, die bewährte Medikamente aus der Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen haben und damit zur Verschlechterung der medizinischen Versorgung führen.
- Wir sind dagegen, dass Einsparungen im Medikamentenbereich mit finanziellen Anreizen und auch mit Regressdrohungen für Ärztinnen und Ärzte verbunden sind, da dieses das Verhältnis zu unseren Patientinnen belastet (Bonus-Malus-Regelung).
- Wir sind weiterhin bereit, mit den vorhandenen Ressourcen verantwortungsbewusst umzugehen.
- Wir fordern eine Industrie unabhängige Forschung. Dafür muss die Politik Rahmenbedingungen schaffen.
- Wir fordern eine leistungsgerechte und angemessene Bezahlung.
- Wir sind bereit, die erbrachten Leistungen transparent zu machen.
- Wir fordern den Abbau von Bürokratie, die mittlerweile schon fast 20% unserer täglichen Arbeitszeit beansprucht und deshalb auf Kosten medizinischer Betreuung geleistet werden muss.
- Wir fordern Einsparungen im Bereich der Krankenkassenverwaltung.
- Wir sind dagegen, dass vorhandene Versorgungsstrukturen zerschlagen werden. Am Beispiel des Mammographie-Screening wird deutlich, dass dadurch weder eine Qualitätsverbesserung noch Kosteneinsparungen nachgewiesen werden können. Eine wohnortnahe

qualitätsgesicherte medizinische Versorgung muss erhalten bleiben.

- Wir befürworten eine generelle Versicherungspflicht für alle, bei der das Solidarprinzip gewahrt ist.
- Wir sind bereit zu Kooperation statt Konkurrenz. Es muss ein gesamtgesellschaftlicher Konsens zur Gesundheitsversorgung gefunden werden.
- Wir sind jederzeit bereit, bei dieser Diskussion unsere fachliche Kompetenz einzubringen.

A AKF-Gyn-Tagung 2007

Die jährliche Arbeits-Tagung der Frauenärztinnen im AKF findet vom 17. bis 19. Mai 2007 wieder im idyllischen Beutelsbach bei Stuttgart statt. Die Themen werden sein:

- Die gynäkologische Praxis: kein Auslaufmodell!?
- HPV-Impfung gegen Krebs: Aufbruch zu neuen Ufern oder Fahrt ins Ungewisse?

Das genaue Programm erscheint in Kürze.

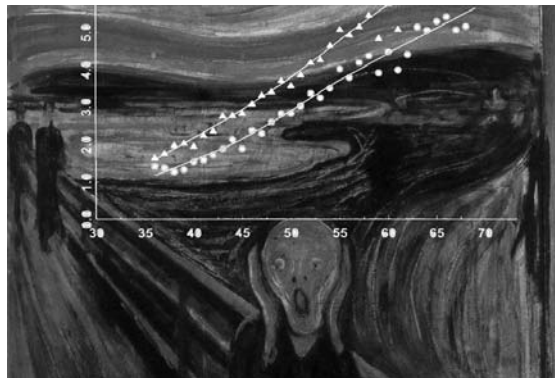
A AKF-Jahrestagung 2007

Thema „Prävention“

Die Vorbereitungsgruppe für die Tagung hat bereits konkrete Vorschläge entwickelt. Derzeit wird im Verein ein Diskussionsprozess angeregt, um die Themen abzuwandeln bzw. zu vertiefen. Angedacht ist:

1. die Auseinandersetzung mit dem Präventionsgesetz oder dem dann vorliegenden Entwurf des Präventionsgesetzes unter genderspezifischen Gesichtspunkten (was nicht heißen soll, dass der AKF diesbezüglich bis dahin seine Hände in den Schoß legen wird)
2. Entwicklung von AKF eigenen Präventionszielen für Frauen unter dem Motto „Prävention und Gesundheitsförderung haben ein Geschlecht!“ und
3. Verdeutlichung dieser durch die Darstellung von Good-Practice-Modellen

Weitere Details ab Dezember 2006 auf der AKF Website: www.akf-info.de



Spezial

S Statement zum Mammografie-Screening

Eine Arbeitsgruppe auf der Fachtagung der Frauenärztinnen im AKF 2006 beschäftigte sich engagiert mit der Einführung des Mammografie-Screenings. Abschließend wurde folgendes Statement einstimmig verabschiedet:

Mammografie-Screening – ein Segen?

Lange angekündigt, von vielen ungeduldig erwartet, Hoffnungsträger für Frauen aus Selbsthilfegruppen oder solchen, die sich vor Brustkrebs fürchten – jetzt ist das so genannte Mammografie-Screening bundesweit für alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren eingeführt.

Worum geht es dabei?

Gesunde Frauen der genannten Altersgruppe, die weder Beschwerden oder Symptome noch einen auffälligen Tastbefund oder außergewöhnliche Risikofaktoren für ein Mammakarzinom haben, werden nach Wohnortlisten, die vom Einwohnermeldeamt zur Verfügung gestellt werden, per Brief in ein Screening-Zentrum zur kostenlosen Röntgenuntersuchung der Brüste (Mammografie) geladen. Bei diesen Zentren handelt es sich um be-

sonders qualifizierte radiologische Einrichtungen, die in Bezug auf die Mammografieerstellung und -beurteilung den strengen europäischen Leitlinien entsprechend arbeiten müssen. Die Teilnahme ist freiwillig. Erklärtes Ziel ist es, die Sterblichkeit an Brustkrebs in Deutschland weiter zu senken, die Lebenserwartung zu verlängern und möglicherweise weniger eingreifende Therapieverfahren im Falle einer Erkrankung einsetzen zu können.

Prinzipiell also ein durchaus unterstützungswürdiges Ziel. Erst auf den zweiten Blick erschließen sich die mit dem Screening verbundenen problematischen Aspekte. Die Frauenärztinnen im AKF setzen hier mit ihrer Kritik an. Eines der Ziele des AKF ist es, die aktuellen Entwicklungen im Bereich Frauengesundheit kritisch zu begleiten und auf frauenrelevante Fehlentwicklungen in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft nachdrücklich hinzuweisen. Wir Frauenärztinnen begrüßen es zwar, dass es in Deutschland endlich Zentren gibt, die nach strengen Qualitätskriterien arbeiten, dennoch üben wir massive Kritik an der Durchführung des Screening-Programms, und zwar unter folgenden Gesichtspunkten:

1. Wissenschaftliche Unsicherheiten

Es ist nicht klar, ob das Mammografie-Screening in Deutschland die Brustkrebssterblichkeit senken wird bzw. inwieweit die Sterblichkeits-

senkung in anderen Ländern tatsächlich auf das Mammografie-Screening zurückzuführen ist und nicht z.B. auf neuere antihormonelle oder zytostatische Therapien. So ist beispielsweise die Brustkrebssterblichkeit in Deutschland seit der Mitte der 90er Jahre o h n e Mammografie-Screening in exakt demselben Maß gesunken, wie dies in Holland seit Einführung des Screenings Ende der 80er Jahre der Fall ist.

Eine wissenschaftliche Auswertung der angestrebten Erfolge des Mammografie-Screenings in Deutschland wird nicht möglich sein, da es überall gleichzeitig eingeführt wird und so (anders als z.B. in Finnland) keine Kontrollgruppe zur Verfügung steht, an der die Sterblichkeitsveränderung gemessen werden könnte.

Es ist bislang nicht klar, welche Bedeutung die DCIS-Veränderungen in Bezug auf die Häufigkeit der Brustkrebssterblichkeit haben. Es handelt sich hierbei um eine mögliche Vorstufe von „echtem“ (invasivem) Brustkrebs, die teilweise mit Brustabnahme, Bestrahlung und Hormontherapie behandelt wird. DCIS-Veränderungen machen keine Symptome, werden aber mit Screening deutlich häufiger diagnostiziert.

2. Bescheidung der Selbstkompetenz der Frauen durch unausgewogene Information

Die den betroffenen Frauen zugänglichen Informationsquellen zum Mammografie-Screening betonen einseitig die möglichen Vorteile und vernachlässigen bzw. verschweigen mögliche Nachteile. Allein die Tatsache, dass bei der erhofften Sterblichkeitsenkung Prozentzahlen verwendet werden („es sterben 20-25% weniger Frauen an Brustkrebs“) statt absoluter Zahlen („es sterben möglicherweise statt vier nur drei von 1.000 Frauen an Brustkrebs“) kommt mehr einer Manipulation denn einer Information gleich, ebenso wie die Zitate von drei Frauen in den von der Kasernärztlichen Vereinigung herausgegebenen Broschüren, die zum Mammografie-Screening motivieren sollen. Zitat: „Selbstbewusst im Leben stehen heißt für mich auch, ich kümmere mich um meine Gesundheit“ (Haben Frauen, die nicht zum Mammografie-Screening gehen weniger Selbstbewusstsein? Bedeutet es, dass Frauen, die nicht zum Mammografie-Screening gehen, sich weniger um ihre Gesundheit kümmern?) Zitat: „Entscheidend sind für mich Befunde, auf die ich mich verlassen kann...“ (Sollte es nicht eine Forderung sein, auch Mammografien außerhalb des Screenings mit bestmöglicher Qualität durchzuführen?) Zitat: „Für mich ist es wichtig, die Risiken abzuwägen. Aber die Strahlenbelastung ist sehr gering, deshalb nehme ich teil.“ (Geht es bei den Risiken der Untersuchung allein um die Strahlenbelastung?)

Zudem wird die Problematik der falschnegativen Befunde (d.h., die Mammografie ist zwar unauffällig, die Frau hat aber dennoch Brustkrebs) bzw. der falschpositiven Befunde (die Mammografie ist verdächtig, die Frau hat aber keinen Brustkrebs) nicht ausreichend erörtert. Dies betrifft nicht nur die Konsequenzen eines falschpositiven Befundes (weitere eventuell belastende Diagnostik, Ängste, Verunsicherung), sondern auch deren zahlenmäßige Bedeutung (bei 10 Mammografien in dem vorgesehenen Untersuchungszeitraum von 20 Jahren brauchen hochgerechnet etwa 20 Prozent aller Frauen eine weitere Diagnostik).

Durch das zusammenhanglose Herausstreichen der Tatsache, dass im Screening mehr Mammakarzinome gefunden werden, als in der Bevölkerung ohne Screening erwartet werden, wird suggeriert, dass dadurch mehr Frauen „gerettet“ werden. Ob die vermehrte Entdeckung gleichbedeutend ist mit einer Lebensverlängerung, ist bislang nicht bewiesen.

Es ist eine Tatsache, dass mindestens 10% der beim Screening gefundenen invasiven („echten“) Brustkrebs nie in Erscheinung treten, nie Symptome machen, d.h. die betroffenen Frauen auch nicht daran sterben würden. Allerdings gibt es bislang keine Methode, auf dem Röntgenbild herauszufinden, bei welchem Tumor das der Fall ist und bei welchem nicht. Dennoch muss jede Frau die Möglichkeit haben, für sich zu entscheiden, ob sie sich dem Risiko einer solchen „Überdiagnose“ aussetzen möchte oder nicht.

Bei der Bewertung der Vor- und Nachteile einer Teilnahme am Mammografie-Screening sollen den Frauen auch die Information nicht vorenthalten werden, dass es für etliche Frauen, bei denen durch das Screening ein Brustkrebs festgestellt wird, bedeutet, dass die Diagnose zwar früher erfahren, als wenn der Brustkrebs durch Symptome aufgefallen wäre, dass aber das Leben dadurch nicht verlängert wird. Das heißt für diese Frauen, dass sie nicht durch ein Hinusschieben des Sterbezeitpunkts profitieren, sondern im Gegenteil, durch die Vorverlegung der Diagnosestellung auf einen früheren Zeitpunkt, mehr Jahre erleben, die durch das Wissen um die Erkrankung belastet sind.

Die Art der „Werbung“ für das Mammografie-Screening in der Öffentlichkeit kommt für manche Frauen, ebenso wie das Anschreiben zur Untersuchung, einer Nötigung gleich, selbst wenn die Teilnahme offiziell freiwillig ist (erst eine mindestens 70%ige Teilnahme der angeschriebenen Frauen lässt den mit einem Screening verbundenen Aufwand sinnvoll erscheinen). Das Recht auf „Nicht-Wissen“ muss scheinbar hinter den Zwang zur Bescheinigung der individuellen Brustgesundheit zu-

rücktreten. Zudem wird kritischen Stimmen wenig Raum gegeben, im Gegenteil: regelmäßig erscheinen lokal bzw. regional (z.B. anlässlich der Eröffnung eines Screening-Zentrums) Interviews oder Kommentare von denjenigen Verantwortlichen, die am Screening verdienen.

Eine derartig einseitige Informationspolitik nimmt den Frauen die Möglichkeit, die Vor- und Nachteile einer solchen Untersuchung für sich individuell abzuwägen und so als eigenverantwortliches Subjekt eine Entscheidung im Sinne eines „informiert consent“ zu treffen.

3. Unnötige Kostentreibung durch Nicht-Nutzung vorhandener bewährter Strukturen

Gerade in Zeiten immer knapper werdender finanzieller Ressourcen verhalten wir uns auf das schärfste dagegen, dass die gerade im Zusammenhang mit den Brustkrebs-Begleitprogrammen (DMP) aufgebauten Strukturen und Qualifikationen in den gynäkologischen Praxen nicht auch für die Begleitung der Patientinnen im Mammografie-Screening genutzt werden, sondern stattdessen kostenintensive Parallelstrukturen etablieren werden.

Bei der Begleitung von Brustkrebspatientinnen wird den Frauenärztinnen und Frauenärzten im Rahmen des DMP eine Lotsenfunktion zuerkannt. Sie sollen als Vertrauenspersonen und Ansprechpartnerinnen für die Patientinnen Informationen bündeln, bewerten, koordinieren und weitergeben, Maßnahmen einleiten und jederzeit bei Fragen, Problemen, Krankheitssymptomen und –folgen zur Verfügung stehen.

Im Zusammenhang mit der Begleitung im Screening könnte dies folgendes bedeuten:

- Begleitung bei der individuellen Entscheidungsfindung für oder gegen das Screening
- im Fall einer verdächtigen Mammografie mit Einbestellung in das Screening-Zentrum zum Assessment (weiterführende diagnostische Maßnahmen); Aufklärung der Patientin über die verschiedenen diagnostischen Maßnahmen / Möglichkeiten, Abbauen von unnötigen Ängsten, psychische Unterstützung, (Nebenbei bemerkt: selbst den behandelnden Gynäkologinnen und Gynäkologen wird in aller Regel nicht mitgeteilt, dass eine ihrer Patientinnen einen abklärungsbedürftigen Befund hat, erst recht wissen sie keine Einzelheiten über den Befund)
- Im Fall, dass sich über das Assessment ein bösartiger Befund herausgestellt hat:
 - Erläuterung des Befundes und seiner Bedeutung, Unterstützung bei der Wahl eines Krankenhauses,
 - Besprechung des weiteren Vorgehens, psycho-

logische Betreuung, ggf. Einbeziehung des sozialen Umfeldes oder Organisation von Haushilfen usw.

So aber durchläuft die Patientin das Screening ohne die Möglichkeit, angemessen auf die bestehende vertrauensvolle Beziehung zu ihrer Frauenärztin / ihrem Frauenarzt zurückzugreifen zu können, da die Einbindung dieser bewährten Strukturen in das Mammografie-Screening außer in Bayern nicht vorgesehen ist.

4. Psychosomatische Aspekte

Als psychosomatisch ausgebildete und arbeitende Frauenärztinnen richtet sich unsere Kritik dagegen, dass derartige Aspekte im Zusammenhang mit dem Mammografie-Screening in keiner Weise berücksichtigt werden.

Aus Studien ist bekannt, dass eine Karzinomdiagnose besser verarbeitet werden kann, dass weniger depressive und Angststörungen auftreten, wenn während des gesamten Prozesses die Begleitung der Patientin durch ärztliche Bezugspersonen erfolgt, zu denen bereits ein Vertrauensverhältnis besteht. Im Sinne einer verbesserten Krankheitsprävention und Versorgung ist zu fordern, dass dieser Tatsache von Anfang an Rechnung getragen wird.

Wir fordern

eine kritische Auseinandersetzung mit dem Mammografie-Screening in der öffentlichen Diskussion und wenden uns gegen die Entmündigung der Frauen durch einseitige Betonung der Vorteile eines Mammografie-Screenings als Werbekampagne.

Wir fordern

die konsequente Einbindung unserer frauenärztlichen Kompetenz in das Mammografie-Screening.

Wir fordern

eine wissenschaftliche Bewertung der Ergebnisse bezogen auf den Gewinn an Lebensverlängerung und Lebensqualität für die betroffenen Frauen. Sollte sich herausstellen, dass das Mammografie-Screening kein adäquates Mittel darstellt, um diese Ziele zu erreichen, müssen die entsprechenden Konsequenzen gezogen werden.

Wir fordern

angesichts leerer Kassen im Gesundheitswesen die Ausnutzung vorhandener Sparpotenziale durch die Einbeziehung bereits in den Frauenarztpraxen bestehender Strukturen.



S Referenzzentren zur Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings

Interview mit Frau Dr. Lisa Regitz-Jedermann, Leiterin des Referenzzentrums in Berlin. Das Interview führten Karin Bergdoll und Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk, AKF

Zur Person: Dr. Lisa Regitz-Jedermann ist Radiologin und betreibt seit 1990 eine radiologische Praxis in Berlin mit Schwerpunkt Brustdiagnostik. Sie leitet seit November 2005 eines der bundesweit fünf Referenzzentren mit angeschlossener Referenz-Screeningseinheit (eine von insgesamt vier Einheiten in Berlin) zum Mammografie-Screening. Ihr Referenzzentrum ist zuständig für Berlin und die neuen Bundesländer. Lisa Regitz-Jedermann ist verheiratet und hat eine Tochter. Sie ist AKF-Mitglied.

Frau Dr. Regitz-Jedermann, was ist ein Referenzzentrum?

Wir haben verschiedene Aufgaben: z.B. die Betreuung der Screening-Einheiten in Berlin und

in den neuen Bundesländern, die sich im Aufbau befinden, die Ausbildung der programmverantwortlichen Ärzte und Befunder der einzelnen Einheiten und der MTRAs (Medizinisch-technische Radiologieassistentin).

Wir sind für die Sicherung der technischen und diagnostischen Qualität der Screening-Einheiten zuständig und zwar den EUREF Richtlinien entsprechend. Dazu haben wir einen Medizintechniker eingestellt, der täglich die technische Qualität der Geräte prüft und diese, wenn keine Beanstandungen vorliegen, freigibt. Die diagnostische Bildqualität (korrekte Röntgenaufnahme) wird von mir geprüft. Von allen Screening-Einheiten bekommen wir einmal im Jahr eine Fallsammlung zur Überprüfung. Und was besonders wichtig ist, das gesamte Screening-Programm wird vom Referenzzentrum evaluiert. Mit den programmverantwortlichen Ärzten finden regelmäßig kollegiale Gespräche statt.

Dies alles ist im Bundesmantelvertrag für Ärzte geregelt.

Wie setzt sich Ihr Team zusammen?

Außer mir arbeiten hier eine Referentin für Öffentlichkeitsarbeit und Evaluation, der o.g.

Medizinphysiker, eine Dokumentationsassistentin und zwei MTRAs für die Ausbildung.

Wer finanziert das Referenzzentrum?

Die Finanzierung wird geregelt über die Kasernenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Und wer überprüft Ihr Referenzzentrum?

Eine inhaltliche Zertifizierung der Zentren ist durch die Einbeziehung europäischer Experten als unabhängiges Sachverständigenprogramm geplant.

Warum ist mit Ihrem Referenzzentrum eine Screening-Einheit verbunden?

Unsere Screening-Einheit ist unter anderem eine Ausbildungseinheit für die am Programm beteiligten Ärzte und MTRAs. Sie gilt auch als Modelleinheit.

Warum hat man Ihnen die Leitung des Referenzzentrums übertragen – gegen eine starke männliche Konkurrenz?

Das sogenannte „Berliner Modell“, mit dem ich mich beworben habe, ist auf große Sympathie gestoßen. Dessen Kern ist die Kommunikation zwischen den beteiligten Disziplinen. Sie wissen sicher, dass ich Mitbegründerin des vor vielen Jahren gegründeten Vereins „Ärztinnen gegen Brustkrebs“ bin. In diesem Verein arbeiten Radiologinnen, Gynäkologinnen, Pathologinnen, Strahlentherapeutinnen und Psychologinnen zusammen, z. B. in Tumorkonferenzen, Fallkonferenzen.

Was passiert, wenn eine Screening-Einheit den Qualitätsanforderungen nicht entspricht?

Die Einheiten können nachbessern bzw. ein neues Trainingsprogramm durchlaufen.

Bei wiederholten Verstößen gegen die Qualitätsanforderungen wird ihnen in letzter Konsequenz der Versorgungsauftrag entzogen.

Frau Dr. Regitz-Jedermann, Sie sind sehr engagiert und couragiert. Was ist Ihr persönliches Motiv für die sicher enorm anstrengende Tätigkeit der Leitung eines Referenzzentrums mit einer Screening-Einheit?

Ziel meines Engagements ist die qualitätsorientierte Versorgung der Frauen.

Vielen Dank für das Interview und viel Erfolg und auch Spaß bei Ihrer Arbeit.

S GAEA und PACT Wenn Forschung, Patientinnen, Markt und Werbestrategie verschmelzen

Gudrun Kemper

Gudrun Kemper ist Brustkrebsbetroffene, Patientinnenvertreterin bei der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V., ist organisiert im Netzwerk Frauengesundheit Berlin und AKF-Mitglied. Aus der Brustkrebsinitiative Mammazone e.V. ist sie ausgetreten wegen Interessenskonflikten mit der Pharmaindustrie. Sie schrieb vor diesem Hintergrund den folgenden Artikel.

Die aktuell veröffentlichte Untersuchung einer britischen Forschungsgruppe zeigte an 131 Frauen mit Brustkrebs auf, dass 55% der Patientinnen die Einnahmenvorschriften für die ihnen verordneten Medikamente gelegentlich oder sogar häufig nicht einhielten. In der Bewertung wurde dies von der Forschungsgruppe angesichts der lebensbedrohlichen Erkrankung als eine verpasste Chance interpretiert, als versäumte Möglichkeit zur Verbesserung der Gesundheit und nicht zuletzt auch als Vergeudung von Ressourcen. Die Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass mehr Forschung notwendig ist, um diejenigen Patientinnen zu identifizieren, die hinsichtlich der Missachtung der Einnahmenvorschriften gefährdet sind, und dass weitere Schritte sinnvoll sein könnten, um die Effizienz der Therapie zu erhöhen.

AstraZeneca „PACT“

AstraZeneca setzte auf diese Ergebnisse auf und entwickelte das „PACT-Programm“. PACT heißt „Patient's Anastrozol Compliance to Therapy“-Programm und ist auf den ersten Blick eine neue Studie zur „Therapietreue“ (sog. Compliance) bei Brustkrebspatientinnen. Sie ist an ein bestimmtes Produkt von AstraZeneca gebunden und wurde am 21. September 2006 im ICC Berlin auf einer Pressekonferenz von AstraZeneca vorgestellt. Professor Rolf Krienberg, bis 2002 Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft und Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm (C 4), ist einer der Initiatoren der Studie und stellt diese als „äußerst wichtigen Baustein der deutschen Versorgungsforschung“ dar? Nach Krienbergs Aussagen soll PACT die Auswirkungen und Gründe für die mangelnde Therapietreue klären. Für die an PACT teilnehmenden Patientinnen sollen geprüft werden, ob gleichzeitige zusätzliche Informationen das Einnahmeverhalten verbessern.

In die Planungen für die Studie hat AstraZeneca auch fünf Brustkrebspatientinnen eingebunden. Die Frage aus dem Kreis der Patientinnen an

den Konzern, warum man die Untersuchung zur „Compliance“ nicht produktunabhängig durchführen wolle, beantwortete AstraZeneca sinngemäß dahingehend, dass es so kompliziert wäre, alle Hersteller antihormonell wirksamer Medikamente an einen Tisch zu bringen. Die Frage, warum AstraZeneca PACT an ein bestimmtes Produkt gekoppelt hat und ob eine solche Verbindung für eine Untersuchung zur „Compliance“ sinnvoll ist, beantwortet dies allerdings nicht; dieses erscheint auch fragwürdig, zumal wichtige offene Fragen im Kontext der Medikamenteneinnahme – wie etwa die Auswirkungen der Einnahme über den Zeitraum von fünf Jahren hinaus oder auch Nebenwirkungen – gar nicht auf der Agenda stehen.

Die Motivationen von Patientinnen und Patientinnenorganisationen, sich an diesem Projekt zu beteiligen, erscheinen ebenfalls nicht wirklich nachvollziehbar. Eine Patientin erklärt: „Ich unterstütze PACT, weil ich hoffe, dass wir damit zeigen können, dass gut informierte Patientinnen zuverlässiger ihre Tabletten einnehmen und dadurch bessere Heilungschancen haben. Die Tabletten sind heute meine „Verbündeten“, die mir helfen sollen, gesund zu bleiben“, während die Motivation einer anderen Patientin, sich mit ihrer Organisation an der Studie zu beteiligen, die Verbesserung des Dialogs mit den behandelnden Ärzten und der Arzt-Patientinnen-Beziehung ist. Die Informationsasymmetrie zwischen Konzernen und in diesem Spektrum engagierten Patientinnenorganisationen kann bei letzteren dazu führen, dass ökonomische Konsequenzen des Patientinneneingagements letztlich nur aus der Perspektive des Fundraisings betrachtet werden. Finanzielle Verbindungen zwischen AstraZeneca und zumindest einigen der beteiligten Patientinnen-/organisationen lassen sich auf deren Homepages nachvollziehen.

9 Tage später – GAEA kommt ...

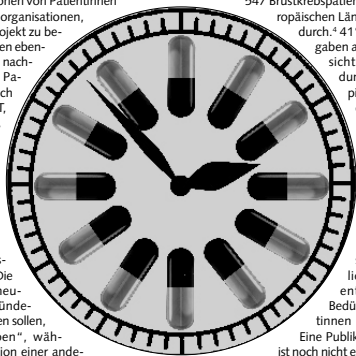
Mit einem ähnlich erscheinenden Projekt, das den Namen der griechischen Göttin Gaia trägt,

engagiert sich zur Zeit auch Novartis auf europäischer Ebene. „Große europäische Umfrage zeigt kritische Lücken in der Aufklärung und Information von Brustkrebspatientinnen auf“, so informiert die Pressemitteilung vom 30. September 2006 zur „Gaeainitiative“¹³, an der sich die European School of Oncology, die European Oncology Nursing Society und Novartis Oncology beteiligen und die auf dem 31. Kongress der European Society for Medical Oncology (ESMO) gerade vorgestellt wurde. Die Patientinnenseite in diesem Projekt wird vertreten durch Susan Knox vom Europa-Donna-Vorstand in Mailand. GAEA steht als Abkürzung für „Gathering Information on Adjuvant Endocrine Therapy“. Dieses Projekt führte unter

547 Brustkrebspatientinnen in neun europäischen Ländern eine Umfrage durch.¹⁴ 41% der Patientinnen gaben an, dass sie sich hinsichtlich der Entscheidung für diese Therapie nicht ausreichend einbezogen fühlten. Die Umfrage legt in der Zusammenfassung der Posterpräsentation¹⁵ den Schluss nahe, dass weitere Forschung notwendig ist, um ein besseres Verständnis und nützliche Strategien zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Patientinnen Rechnung tragen. Eine Publikation der Umfrage ist noch nicht erfolgt und soll demnächst in einem internationalen onkologischen Fachblatt erscheinen.

Hormone schlucken – Hormone unterdrücken

Die zeitgemäße Verwendung von oralen Kontrazeptiva ist den meisten Frauen selbstverständlich geworden. Die über diverse TV-Sender in zahlreichen Wiederholungen ausgestrahlte Fernsehsendung „Diagnose Brustkrebs“¹⁶ zeigte unter anderem ein weiteres Dilemma auf, nämlich wie verwirrend es für Frauen ist, wenn nach langjähriger – manchmal jahrzehntelanger – Einnahme einer Hormonersatztherapie die Diagnose Brustkrebs steht und wiederum Tabletten geschluckt werden sollen: Eine „Hormontherapie“, die jetzt allerdings umgekehrt wirken und körpereigene Hormone unterdrücken soll. Die Patientin



verweigert die verordnete Therapie. Widerstand und Aufbegehren gegen die erneute jahrelange Einnahme von Tabletten werden vor diesem Hintergrund nachvollziehbar, zumal die individuelle Brustkrebspatientin nie erfahren wird, ob die tägliche Tablette in ihrem speziellen Fall Heilung bewirkt oder wirkungslos bleibt. Lediglich statistische Daten können aufzeigen, ob es Sinn machen kann, ein Medikament einzunehmen. Zu diesen statistischen Daten, aufgeschlüsselt nach Subgruppen, denen Patientinnen sich je nach vorliegendem Krankheitsbild zuordnen können, bleiben jedoch intransparent, oder aber die Patientinnen haben in der Regel keinen Zugriff darauf.

PACT und GAEA werden daran wohl nichts ändern. Sicherlich bieten sich aber mit diesen Projekten in den Ländern, in denen wie bei uns in Deutschland die direkte Bewerbung von verschreibungspflichtigen Medikamenten bei Patientinnen gesetzlich untersagt ist, bessere Möglichkeiten, die Produkte ein Stück weit besser ins Bewusstsein der Patientinnen zu rücken.

Internetlinks:

- <http://www.pact-programm.de>
- <http://www.gaeainitiative.eu/>

Hintergrund:

Tamoxifen, von AstraZeneca unter dem Markennamen Nolvadex vertrieben, ist in den USA nach wie vor auch im Jahr 2006 das meistverkaufte Medikament gegen Brustkrebs. Doch AstraZenecas Patentschutz ist bereits 2002 ausgelaufen. Mittlerweile haben Generikahersteller die Produktion übernommen. Hatte Nolvadex im Jahr 2004 immerhin noch \$ 134 Mio Umsatz weltweit für AstraZeneca eingebracht, so waren es in 2005 nur noch \$ 114 Mio. Im Juni 2006 schließlich war die Produktion für AstraZeneca nicht mehr profitabel, und der Konzern musste die Produktion für die USA schließlich einstellen, um damit das Feld Generikaherstellern wie Barr Laboratories und Teva Pharmaceutical zu überlassen. Arimidex, AstraZenecas Nachfolgemedikament aus der Substanzklasse der Aromatasehemmer, hat Tamoxifen in den Behandlungsleitlinien noch nicht komplett abgelöst. Es gibt auch Gründe, die für Tamoxifen und gegen Aromatasehemmer sprechen. Der Stellenwert der Medikamente ist nach wie vor nicht endgültig geklärt. Es gibt weitere Aromatasehemmer anderer Hersteller, die auf den Markt drängen. Eine Monatspackung Tamoxifen kostet rund 19 €, während ein Aromatasehemmer mit 182 € zu Buche schlägt. Auch die Preisgestaltung unserer Medikamente betrifft uns, denn diese bezahlen wir schließlich – über unsere Krankenkassen – selbst.

Der Aromatasehemmer von Novartis wurde im März 2006 für die „adjuvante“ Behandlung von Frauen mit Brustkrebs in Deutschland zugelassen. Für die Anwenderinnen der Medikamente sind wichtige Fragen offen, etwa zu Nebenwirkungen, zur Vergleichbarkeit der Medikamente von unterschiedlichen Herstellern und zu Langzeitwirkungen, die über den Zeitraum von fünf Jahren hinausgehen.

- Atkins, L., Fallowfield, L., Cancer Research UK, Psychosocial Oncology Group, Brighton & Sussex Medical School, University of Sussex, Falmer, Brighton BN1 9QG, UK: Intentional and non-intentional non-adherence to medication amongst breast cancer patients, EUR J Cancer 2006 Sep; 42 (14): 2271-6. Epub 2006 Apr 27
- Digitale Pressemappe AstraZeneca, http://www.az-pressclub.de/sites/240/imagebank/typepressrelease/pamram13969/060921_Pressemappe_PACT.pdf?search=%20schulte%20kriemberg%20marin%20
- <http://www.presseportal.de/story.htm?nr=880657&firm-aid=63722>
- Österreich (34 Frauen), Frankreich (92), Deutschland (82), Ungarn (34), Italien (90), Spanien (71) Schweden (36), Schweiz (12) und Großbritannien (96)
- http://www.gaeainitiative.eu/GAEA_poster.pdf
- Film von Monika Wagener und Uisel Seiber

Buchbesprechungen

Die Arbeitsgruppe Komplementärmedizin der Fachtagung der Frauenärztinnen im AKF zur Nachsorge empfiehlt folgendes Buch:

Ratgeber unkonventionelle Krebstherapien

Hrsg.: Prof. Karsten Münstedt, Universität Gießen
Ecomed Medizin, überarbeitete Ausgabe 2005
ISBN 3-609-16329-1, 49,- Euro



Ein ausgezeichnetes Buch mit ausführlicher Beschreibung der einzelnen Therapien, mit Quellenangaben und kritischen Bewertungen sowie einem ausführlichen allgemeinen Teil, der historische, gesellschaftliche, psychische und praktische Aspekte beleuchtet.

In dem Buch findet sich eine ausführliche Liste von seriösen Internet-Adressen zum Thema.

Susanne Ditz, Christa Diegelmann, Margarete Isermann (Hrsg.): „Psychoonkologie-Schwerpunkt Brustkrebs“

Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis
Besprechung durch Dipl. Psych. Birgit Rau

Die drei Herausgeberinnen des vorliegenden Buches beschreiben als ihr Ziel die Vermittlung von psycho-onkologischem Basiswissen und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bei Brustkrebs und möchten vor allem konkrete Anregungen für ein ressourcenorientiertes Vorgehen geben. Sie wenden sich mit dem Buch an „alle Berufsgruppen, die von Krebs betroffene Menschen behandeln, beraten oder begleiten“ wie auch an Patientinnen und deren Angehörige. Das vielfältige, interdisziplinäre Autorinnenteam eint hierbei ne-



ben ihrer jeweils guten Fachkompetenz vor allem der gleiche salutogenetische Ansatz, wodurch das Buch trotz 25 verschiedener Autorinnen als ein in sich stimmiges Ganzes erscheint. Dass die Herausgeberinnen sich zudem entschieden haben, „vor allem Frauen als

Autorinnen für dieses Kerngebiet der Frauengesundheit zu gewinnen“ ist positiv erwähnenswert und unterstreicht die im Buch vertretene Sichtweise der Frau als aktiv Handelnde statt „Behandelte“.

Auf eine Einleitung über die aktuellen Entwicklungen in der psychoonkologischen Versorgung, in der das DMP Brustkrebs – zu Recht auch kritisch reflektiert wird, folgt zunächst gut vermitteltes Basiswissen zum Mammakarzinom sowie die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Positiv fällt neben der Aktualität der benannten Studien hierbei vor allem das gleichrangige Nebeneinander von klassischer Schulmedizin und Naturheilverfahren, denen ein ausführliches und praxisnahes Kapitel gewidmet ist, auf; dies trägt dem Wunsch vieler Patientinnen nach integrierender Versorgung in guter Weise Rechnung. Für das angemessene Verständnis der Kapitel zur schuldmedizinischen Behandlung erscheint mir medizinisches Grundwissen erforderlich, so dass nicht medizinisch vorgebildete Patientinnen oder BehandlerInnen hiermit zumindest partiell überfordert sind dürfen.

In dem Kapitel zur psychischen Komorbidität von Brustkrebs zeigt die Autorin M. Isermann auf dem Hintergrund des Faktes, dass etwa 40-50 % aller Krebspatienten psychische Befindlichkeitsstörungen entwickeln, in einer Studienübersicht auf, dass die Entwicklung depressiver Symptome nach einer Krebserkrankung bislang eher über- und die Bedeutung posttraumatischer Symptome eher unterschätzt wurde. Dieser zunächst auch umstrittene Ansatz wird sowohl durch neuere klinische Studien wie durch klinische Erfahrungen zunehmend gestützt. Auf dem Hintergrund dieser Erkenntnisse sind auch in dem von C. Diegelmann und M. Isermann im Rahmen einer großen europäischen Studie entwickelte BC-PASS (Breast Cancer Psychosocial Assessment Screening Scale) zur Erfassung der subjektiven Befindlichkeit



von Krebspatientinnen explizit posttraumatische Stresssymptome berücksichtigt; dieser gut handhabbare Fragebogen (8 Fragen; 3 Auswertungsskalen) hat sich als valide erwiesen und kann sicherlich als ein Instrumentarium zur Feststellung weiterer Behandlungsbedürftigkeit von Patientinnen eingesetzt werden.

Der wichtige Zusammenhang von Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität wird im folgenden Kapitel in seinen verschiedenen Facetten thematisiert, wobei positiv auffällt, dass das häufig von Patientinnen wie auch BehandlerInnen tabuisierte und vernachlässigte Thema „Sexualität nach Brustkrebs“ hier Raum gefunden hat.

Insbesondere in dem dann folgenden, sehr konkreten Kapitel zu Diagnosemittlung und Entscheidungsfindung ist es der Autorin S. Ditz gut gelungen, dem Anspruch, ein praxisnahes Handbuch für die ärztliche Praxis zu sein, gerecht zu werden.

Daran anschließend spannt C. Diegelmann mit ihren Ausführungen zur ressourcenorientierten psychoonkologischen Psychotherapie inhaltlich quasi den Rahmen für die im folgenden dritten Teil des Buches beschriebenen spezifischen Interventionsstrategien in der Psychoonkologie: angesichts der mit einer Krebserkrankung verbundenen existentiellen Verunsicherungen und massiven emotionalen Belastungen geht es hier wie auch den folgenden Autorinnen vor allem darum, stabilisierend und ressourcenstärkend – auf traumatherapeutischem Hintergrund – so zu arbeiten, dass die Patientinnen wieder „Kontrollgefühle, Handlungs- und Selbstwirksamkeitsbefähigung erlangen können“.

Die anschließend von verschiedenen Autorinnen praxisnah beschriebenen Interventionsstrategien umfassen die Selbsthilfearbeit, Einzel- und Gruppeninterventionen in Klinik und ambulanter Psychotherapie unter Einbeziehung verbaler, imaginativer, kreativer wie auch körperorientierter Techniken. Diese im Einzelnen hier auszuführen würde nicht nur den Rahmen dieser Rezension sprengen, sondern auch eine spannende und für die tägliche Praxis relevante wie inspirierende Lektüre vorwegnehmen.

Alle Berufsgruppen, die kreberkrankte Menschen begleiten und behandeln, sind – neben dem erfüllenden Aspekt dieser Arbeit – auch mit dem Teil starken emotionalen Belastungen, die diese Arbeit mit sich bringt, konfrontiert. Dass die Herausgeberinnen sich in diesem Kontext entschieden haben, in das Buch sowohl ein Kapitel über die Selbstfürsorge von BehandlerInnen wie auch eines über weiterführende Fragen nach Spiritualität, die sich angesichts von Todesbedrohung häufig stellen, aufzunehmen, spricht auch für ihre eigene deutliche Verankerung in der klinischen Praxis.

Dieses insgesamt qualitativ hochwertige, praxisnahe und durch die gute Strukturierung auch angenehm lesbare Buch hat zu Recht schon eine so große Leserinnenschaft gefunden, dass bald eine Neuauflage zu erwarten ist. In dieser werden die Herausgeberinnen, die erfreulicherweise alle AKF-Frauen sind, ein Manko der ersten Ausgabe – das Fehlen spezifischer Thematiken und Bedürfnisse brustkreberkrankter Frauen mit Migrationshintergrund – nach eigenen Angaben noch beheben.

Ärztinnen und Karriere: „Man darf nicht auf irgendetwas warten.“

Ärztinnen in leitender Position sind in Deutschland nach wie vor die Ausnahme. Ein Handbuch verdeutlicht, woran das liegt und wie sich Hürden bewältigen lassen.

Sabine Rieser



Was Ärztinnen brauchen, wenn sie beruflich erfolgreich sein wollen? Einiges, finden diejenigen, die es geschafft haben. „Man muss belastbar sein und darf keine Angst vor Verantwortung haben“, meint Dr. med. Martina Dombrowski, seit 2001 Cheffärztin der Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin. „Man darf nicht auf irgendetwas warten“, sagt Prof. Dr. med. Claudia Spies, die 2005 als Anästhesiologin und Intensivmedizinerin auf eine C3/C4-Professur berufen wurde. Und Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns, erste Ordinaria für Chirurgie in Deutschland, rät: „Vereinbarkeitsprobleme von Beruf und Familie sollten die Frauen dann lösen, wenn sie wirklich anstehen, und nicht schon im Vorfeld sagen, sie wollen auf die berufliche Laufbahn verzichten.“

Die drei erfolgreichen Ärztinnen wurden, neben anderen, von der Sozialwissenschaftle-

rin Dr. phil. Susanne Dettmer für das Buch „Karriereplanung für Ärztinnen“ interviewt. Darin beschreiben Autorinnen die berufliche Situation von Frauen in der Medizin, analysieren häufige Karrierehindernisse, stellen erfolgreiche Ärztinnen an Universitäten, Kliniken und in der Niederlassung sowie in alternativen Berufsfeldern vor und geben praktische Hinweise.

Ihre zentrale Botschaft lautet:

Ärztinnen sollten ihre Berufskarriere frühzeitig planen und sich nicht vorschnell entmutigen lassen. Hilfreich ist es, sich ein gesundes Selbstbewusstsein zuzulegen und am besten noch einen Partner zu wählen, der einen unterstützt. „Der Versuch, Karriere zu machen, heißt eigene Grenzen austesten und überschreiten, heißt persönliche Entwicklung und Selbsterfahrung“, schreibt Coach Dr. phil. Ulrike Ley. Doch wem der Weg zu steinig ist, der sollte dazu stehen: „Das Ziel ist Lebenszufriedenheit, und die ist höchst individuell“, findet Ley.

Die Analysen und Beispiele im Karriere-Handbuch belegen, dass es die Medizin Ärztinnen nach wie vor schwer macht, an die Spitze zu kommen. Zwar liegt ihr Anteil an den rund 400 000 Ärztinnen und Ärzten in Deutschland mittlerweile bei rund 40 Prozent. Doch nur zehn Prozent der leitenden Positionen in Krankenhäusern sind mit Ärztinnen besetzt. Eine C4- oder C3-Professur können nur vier Prozent aller Ärztinnen vorweisen.

„Die mangelnde Förderung durch männliche Vorgesetzte ist eines der Haupthindernisse für Frauenkarrieren in der Universitätsmedizin“, kritisiert Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, Koordinatorin des Studiengangs „Health and Society: International Gender-Studies“ an der Berliner Charité. „Die Frau ist in erster Linie für die Krankenversorgung zuständig, erntet dabei viel Lob, wird aber nicht für Forschung freigestellt oder in ihrer wissenschaftlichen Karriere bestärkt.“

„Viele Frauen absolvieren ihre Promotion mit viel Elan und scheitern anschließend an den wenig familienfreundlichen Strukturen. Diese Verschwendung von Kompetenz können wir uns nicht länger leisten“, findet Dr. med. Astrid Bühnen, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes.

Im Handbuch wird differenziert beschrieben, durch welche Strukturen vor allem in Krankenhäusern Ärztinnen von einer Karriere oder der Kombination von Karriere und Mutterschaft abgehalten werden. Die Autorinnen merken aber an, dass auch viele Ärzte sich andere Arbeitsbedingungen

wünschten. Sie schildern zudem anschaulich, mit welchen Vorurteilen Ärztinnen rechnen müssen und weshalb. „Man kann sich den Chefarzt für Urologie einfach nicht als Frau und schon gar nicht als Blondine vorstellen“, weiß Prof. Dr. med. Margit Maria Fisch, erste Cheffärztin an einer Urologischen Klinik in Deutschland. Als sie sich um eine C4-Professur bewarb, wurde sie einmal gefragt, ob sie ein Problem mit Männern habe. Ihre Antwort: „Würden Sie diese Frage einem Mann stellen, der sich um den Lehrstuhl für Gynäkologie bewirbt?“ In „Karriereplanung für Ärztinnen“ wird aber auch deutlich, dass sich Frauen mit beruflichen Ambitionen selbst im Weg stehen können. Sie sind meist weniger überzeugt von sich als ihre Kollegen, misstrauen häufiger der Macht und zaudern deshalb stärker, sie anzustreben. Und sie lassen sich im Job leichter gegeneinander ausspielen. Denn, schreibt Ley: „Es existieren noch keine Spielregeln für den Umgang von Frauen untereinander, wie sie Männer seit Jahrhunderten haben.“

Aus DÄB / Jg.103 / Heft 37 / 15. September 06
Nachdruck vom DÄB genehmigt

Susanne Dettmer, Gabriele Kaczmarczyk, Astrid Bühnen (Hrsg.): *Karriereplanung für Ärztinnen*, 308 Seiten, Springer Medizin Verlag, 19,95 Euro
(gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung)

Impressum

HERAUSGEBERIN:
Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin,
Psychotherapie und Gesellschaft e.V. – AKF e.V.

Sigmaringerstraße 1
10713 Berlin

Tel.: 030 863 933 16

Fax: 030 863 934 73

E-Mail: buero@akf-info.de

Internet: www.akf-info.de

REDAKTION:

Edith Bauer
Christiane Niehues
Ursula Sottong (V.i.S.d.P.)

Grafik: Roland Bühs

Druck: Geffken & Koellner, Bremen

Alle Beiträge, die nicht namentlich gekennzeichnet sind, verantwortet die Redaktion.

Erscheinungsweise: bis zu drei Mal pro Jahr

Bankverbindung:
Bremer Landesbank, BLZ: 290 500 00
Konto Nr.: 104 904 4009

AKF-Frau

vermietet Praxisräume

im Raum Oldenburg/Oldenburg
in eingeführter ärztlich/psychotherapeutischer
Praxis
an 1 – 2 Kolleginnen
Tel.: 04481/980510 Martina Wolf