

## **Akf Fachtagung der Frauenärztinnen, Stuttgart-Beutelsbach, 27. bis 30. April 2006**

### **„Nachsorge bei Gynäkologischen Karzinomen“**

**Stuttgart-Beutelsbach 27. bis 30. April 2006**

*Gesamtredaktion: Edith Bauer*

Hinweise zum Aufbau der Dokumentation: Die Dokumentation beginnt mit einem zusammenfassenden Überblick über den Tagungsablauf. Anschließend folgen die detaillierten Protokolle der einzelnen Tagungsblöcke entsprechend dem chronologischen Ablauf der Tagung:

#### **1) Überblick über den Tagungsverlauf - Kurzfassung:**

##### **Freitag, 28.04.06**

3 Vorträge zum Thema Tumornachsorge standardisiert/individualisiert

evidence basiert	<i>Friederike Perl</i>
in Praxis	<i>Claudia Schumann</i>
in Klinik	<i>Jessica Groß</i>

Ausführliche Diskussion im Anschluss an die drei Vorträge  
Formulierung einer take home message

Nachlese zur letzten Tagung  
Berichte aus den Arbeitsgruppen **Schwangerenvorsorge** und **QM**

„Politische Diskussion“  
take home message

##### **Samstag, 29.04.06**

Vortrag: Sterben als Thema in der Nachsorge *Monika Renz*  
Mit anschließender Diskussion

Arbeitsgruppen:

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

##### **Sonntag, 30.04.06**

Vortrag: Sexualität nach Krebs *Maria Beckermann*

Formulierung von Statements:

- Zur Einführung des Mamma-Screenings
- Zum AKF-Standard in der Nachsorge
- Zur Positionierung im Ärztestreik

**Ausblick auf die Tagung 2007**

## 2) Überblick über den Tagungsablauf - Langfassung:

Autorin Edith Bauer

Vom 27. bis 30. 04. 06 trafen sich 51 Frauenärztinnen aus dem AKF zu ihrer jährlichen Fachtagung in Beutelsbach bei Stuttgart, mitten im idyllischen württembergischen Weinland.

### Thema der Tagung war die „Nachsorge bei gynäkologischen Malignomen“:

Anreise am **Donnerstag** Abend im Hotel Landgut Burg bei unwirtlich nasskaltem Wetter. Erwärmung durch die herzliche Begrüßung durch das Team der Vorbereitungsgruppe bei einem köstlichen Abendessen und schwäbischem Wein. Sammeln von Arbeitsthemen.

**Freitag** – wie übrigens auch an den folgenden Tagen – Einstimmung in den Tag mit Qi Gong vor dem Frühstück, gekonnt angeleitet von Verena Wollmann-Wohlleben.

**Am Vormittag** - nach Begrüßung der Teilnehmerinnen durch Edith Bauer vom Vorstand und Susanne Bässler vom Vorbereitungssteam – stellte uns Elisabeth Steinle-Paul den geplanten Tagungsablauf und die Referentinnen vor.

3) Der Einstieg in die Thematik erfolgte mit dem Vortrag von *Friederike Perl*, die die Nachsorge streng unter dem Aspekt *evidence basiert* unter die Lupe nahm. Die RCT`s (randomisiert kontrollierte Studien) zum Thema Nachsorge am Beispiel Mammakarzinom zeigen keinen Effekt hinsichtlich Senkung der Mortalität bei intensiver Nachsorgeaktivität. Die Suche nach Metastasen bei beschwerdefreien Frauen ist sinnlos, da keine (kurative) Therapie angeboten werden kann. Wichtiges Ziel ist die sorgfältige Lokalkontrolle – Tasten, Mammografie und ggf. Sonografie - (30% Rezidivrisiko bei BET!) da hier kurativ behandelt werden kann. **Fazit:** andere als organmedizinische Aspekte sollten die Nachsorge dominieren.

4) 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, sozialrechtlichen Sektor und großer psychosomatischer Kompetenz.

5) *Jessica Groß* berichtete über ihre Erfahrungen mit der Nachsorge aus *klinischer Sicht*, sie arbeitet in einem großen Brustzentrum mit 400 Primärdiagnosen pro Jahr. Ihr Schwerpunkt liegt vornehmlich auf den Langzeittoxizitäten der adjuvanten Chemotherapie und der Therapie beim Lokalrezidiv nach BET, wobei 6 RCT`s keinen Unterschied im outcome (OAS) beim Vergleich (nochmalige) BET versus Mastektomie erbrachten. Erkenntnis: Das intramammäre Lokalrezidiv verändert das Überlebensrisiko nicht. Ebenso keine Verschlechterung bei mehrfacher BET. Selbst multizentrisch wachsende Tumoren sind kein Grund nicht brusterhaltend zu operieren.

6) Die folgende lebhaft Diskussions mündete in der **take home message:**

- Nachsorge weiterhin symptom- und zwendungsorientiert
- Kontinuität kann nur von den niedergelassenen Gynis geleistet werden und dem Wunsch nach:
  - Entwicklung eines AKF-Nachsorge-Standards
  - Einer extra Honorarziffer
  - Herstellung einer kritischen Öffentlichkeit in den Medien (z.B. Brigitte) Ma-Scr. u. Nachsorge betreffend
  - und der Forderung nach Industrie unabhängiger Forschung

Nach dem stärkenden Mittagessen mit typisch schwäbischer Kartoffel- und Spätzlesuppe unternahm eine Teilnehmerin (fröstelnd) einen ersten Spaziergang in die Weinberge, wobei sich die tiefhängenden Wolken nur zögerlich hoben, um allmählich den Blick auf die noch fast kahlen Weinstöcke und in die weite Ebene bis Stuttgart freizugeben.

**7) Am Nachmittag** berichtete zunächst *Maria Beckermann* über die bisher erreichten Ergebnisse der 7 Praxen, die seit 2 Jahren gemeinsam an dem von ihr initiierten **QM-Projekt** arbeiten. Die bisher erreichte Zufriedenheit bei den Patientinnen, dem größtenteils hochmotivierten Personal und den Kolleginnen war ausgesprochen überzeugend, auch wenn die hohe zeitliche wie finanzielle Investition nicht minder beeindruckte.

**8)** Im Anschluss stellte *Susanne Zickler* in ihrem klar gegliederten Vortrag vor, wie diese 7 Praxen in der Schwangerenvorsorge arbeiten, wobei die Effektivität der jeweiligen Maßnahme unterteilt wird nach von Friederike Perl aufgestellten 6 Evidenzstufen:

1. erwiesener Nutzen
2. wahrscheinlicher Nutzen
3. ebensoviel Nutzen wie Schaden
4. unklarer Nutzen
5. wahrscheinlich nutzlos
6. nutzlos und/oder sogar schädlich

**9)** In der folgenden „**politischen Diskussion**“ beschäftigten uns im Wesentlichen drei Themen:

1. Unsere Positionierung im bundesweiten Ärztestreik?
2. Wie nutzen wir den AKF wieder mehr?
3. Zukunft der gyn. Praxis? – Dieses Thema, als zu umfassend erkannt, soll ggf. auf der kommenden Tagung ausführlich erörtert werden

Nach dem gemeinsamen Abendessen gestaltete die Künstlerin – Schauspielerin und Sängerin - *Monika-Margret Steger* ein Programm FÜR UNS, in dem sie Gedichte, Lieder und Sinnsprüche von der Antike bis zur Neuzeit vortrug, die sich philosophisch, besinnlich bis frivol mit dem Sterben und dem Tod beschäftigen. Klanglich unterstützt wurde sie dabei von einem exzellenten Xylophonspieler.

Der **Samstag** stand ganz unter dem Thema Nachsorge.

**10) Der Vormittag** begann mit dem 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 Kantonsspital in St. Gallen: Was erleben Menschen in Todesnähe? Welche Möglichkeiten eröffnen ggf. den Zugang zu Sterbenden? Wie kann man Angehörigen helfen 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.

**Am frühen Nachmittag** wurde in vier Gruppen gearbeitet zu den Themen:

- 11) Das Mitteilen von schweren Diagnosen
- 12) Die „ideale“ Nachsorge
- 13) Komplementärmedizin
- 14) Psychoonkologie

**Am späten Nachmittag** erkundeten die Wanderfreudigen unter den Teilnehmerinnen auf einem Weg durch die Weinberge nach Strümpfelbach die dort aufgestellten Bronzeskulpturen der Bildhauerfamilie Nuss und ließen sich von Herrn Nuss jun. in die komplizierten sechs Arbeitsgänge zur Herstellung einer Bronzeskulptur einführen. Andere Teilnehmerinnen nutzten währenddessen die Zeit zum Saunabaden im Hotel oder zum Stadtbummel in Stuttgart.

Der Abend begann mit einem festlichen Buffet, untermalt mit gesanglichen Darbietungen der Vorbereitungsgruppe wie z.B. „Auf der schwäb'sche Eisebahne“ und endete wie immer mit fetziger Musik und Tanz.

**15) Am Sonntag Vormittag** hörten wir den Vortrag von *Maria Beckermann* zu dem heiklen Thema *Sexualität nach Krebs*, in dem sie uns mit drei einfachen Botschaften Mut machte, sich des Themas 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!

#### **16) Verschiedenes:**

Nach der Pause wurde konzentriert an folgenden **Themen** gearbeitet:

- Formulierung von **Statements**
  - A) zum **Mamma-Screening**
  - B) zum **AKF-Nachsorge-Standard**
  - C) zur **Positionierung im Ärztestreik**
- Aufstellen eines Aktionsplanes: **Wer macht wann was?**
- Wahl der neuen **FG-Sprecherinnen**
- Themensuche für die Tagung in 2007
- Vorbereitungsgruppe 2007? Tagungsort? Zeit?
- Feierliche Verabschiedung und Dank an die „alten“ FG-Sprecherinnen
- Dank, Blumen und großes Lob für die hervorragende Arbeit der VG

#### **Verabschiedung und Ende der Tagung**

### 3)Vortrag: Tumornachsorge standardisiert/individualisiert *evidence basiert*

Referentin Friederike Perl

Protokoll Edith Bauer

Die Referentin ging in ihrem Vortrag der Frage nach: Handelt es sich bei der Tumornachsorge um –evidenzbasierten Fakt oder Fiktion? Die Grundidee entspricht bei der Nachsorge der gleichen wie bei der Vorsorge: beide befassen sich mit beschwerdefreien Menschen mit 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 RCT'S zur **Nachsorge beim Mamma-Ca**, eine der ersten war 1985 von Dewas, wonach die Nachsorge Null Effekt hinsichtlich Überleben 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 Nachsorgeaktivitäten? a) Nach lokoregionalen Problemen, b) nach Fernmetastasen. Vor jedem Test sollte man sich fragen: Was tun, wenn der Test positiv ist, was wenn er negativ ist? Nach Studienlage ist b) leicht zu beantworten: ich kann nichts tun. Das Suchen nach Metastasen bei beschwerdefreien Frauen ist sinnlos!

In USA gibt es 8 Studien zu den Testeigenschaften von Mammografie und Palpation: Danach ist hinsichtlich Aufspüren von Rezidiven die Palpation mit einer Sensitivität von 66% gegenüber der Mammografie von 58% überlegen, was am Sinn der jährlichen Mammografie zweifeln lässt. Frau Perl rät in ihrer eigenen Praxis (obwohl nicht evidence based) 3 bis 6 Monate nach BET und Radiatio – wenn die Brust nicht mehr schmerzt – zu einer „Basis-Mammografie“ nur der op. Seite, um auffällige „Flecken“ zu verfolgen. Das erhöht die Spezifität nachfolgender Mammografien – in denen sich der Befund „verbessert“ und vermindert damit den Stress bei der Patientin.

Beispiele für RCT's in der Nachsorge (Del Turco 1994 und Givio 1994) zeigen eindeutig, dass bei Routine versus intensiver Nachsorge kein Unterschied in der Mortalität besteht. Aus ethischen Gründen ist daher eine intensive Nachsorge nur vertretbar, wenn wir der Frau was anbieten können!! Wichtigstes Ziel ist also die Lokalkontrolle, um kurativ behandelbare frühzeitig Lokalrezidive zu entdecken. **Fazit:** Andere als organmedizinische Aspekte sollten die Nachsorge dominieren.

Beim **Zervix-Ca.** ist nur die klinische Untersuchung sinnvoll, echte Nachsorge gibt es kaum. Es gibt keine RCT's, ebenso wie beim **Ovarial-Ca.**, das eine hohe Ausgangsmortalität von über 50% hat. Wenn man überhaupt etwas tun will, dann den Tumormarker Ca 125 (hohe Sensivität) bestimmen. Aber was dann bei der beschwerdefreien Frau?? Weitere apparative Diagnostik ist deshalb verzichtbar (LL). Wenn innerhalb von 12 Monaten ein Rezidiv auftritt, sollte ausschließlich palliativ behandelt werden (keine Chemotherapie!!).

Zur Nachsorge beim **Endometrium-Ca.** gibt es eine LL der AWMF, die empfiehlt: Klin. Untersuchung alle 3 Monate, PAP, Kolposkopie - alles ineffektiv! Was also tut die verantwortungsbewusste Frauenärztin? Mit dieser provozierenden Frage endete der Vortrag von Friederike Perl.

#### **4) Vortrag: Tumornachsorge standardisiert/individualisiert in der Praxis**

Referentin Claudia Schumann

Protokoll Edith Bauer

Ihr Untertitel: **Essentials, offene Fragen und Anstöße von/für AKF-Gynis**

Claudia stellte zunächst fest, dass die Tu-Nachsorge eine zentrale Aufgabe für uns Frauenärztinnen ist, da wir die Kontinuität der Betreuung gewährleisten, gleichzeitig aber eine anspruchsvolle Herausforderung bedeutet. Die Praxis als Schnittstelle zwischen onkologischer Behandlung und dem „Leben“ bietet eine Chance für umfassende ärztliche Begegnung.

Anhand ihrer eigenen Zahlen seit 2000 kam sie zu dem Schluss, dass mindestens eine Nachsorge tgl. anfällt. Die Anzahl hängt sicher auch vom dem Alter und dem „Engagement“ der Praxis ab sowie auch vom Umfeld: wer macht sonst noch Nachsorgen? (Klinik? onkolog. Zentren?). Der Anspruch an uns ist riesig bzgl. Kenntnis und Wissen. Was steht wo? Mit wem Kooperation? (Krankenhaus, onkolog. Praxis, Sanitätshaus/Friseur (Perücke), Praxis für KG/Lymphdrainage, Krebsberatungsstelle, Krankenkasse, Selbsthilfegruppe)

**Fragen an uns selbst:** Wer sitzt vor mir? Was braucht diese Pat.? Was muss ich wissen? Wie gehe ich mit Angst und Bedrohung um? Wie organisiere/führe ich das Gespräch? Wichtig war 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 sollten wir die Schwere der Erkrankung einschätzen können, wissen welche Untersuchungen (Nachsorge-LL) und welche Folgetherapien sinnvoll sind und die Belastbarkeit der Frau beurteilen können. *Psychosomatisch* sollten wir die Kompetenz der Frau stärken, Psychotherapienotwendigkeit erkennen und Gespräche mit den Angehörigen führen können. *Sozialrechtlich* werden von uns Kenntnisse zu AHB, Reha-Kur (wann+wo), DMP; AU? Schwerbehinderten-Ausweis? Rente? erwartet und Informationen über SH-Gruppen, Broschüren, Internet-Adressen.

**Konkret:** Was sollte ich tun zu Beginn der Nachsorge?

Das Gefühl des „therapeutischen Lochs“ ansprechen, ggf. Hinweis auf psychosoziale Unterstützung, SH-Gruppe, PT geben.

Kur? (Antreten innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Primärtherapie)

Schwerbehinderten-Ausweis? DMP-Einschreibung?

Adjuvante Therapie? Physiotherapie (KG, Lymphdrainage, Reha-Sport)? Hilfsmittel?

Lebensführung:

- Arbeit: Stufenweise Wiedereingliederung (Antrag Kasse)? EU-Rente?
- Familiäre Verpflichtungen, Haushaltshilfe?
- Ernährung, komplementäre Medizin (Mistel, Vitamine, Selen....)
- Fremdinfos: „Blaue Reihe“ von der Krebshilfe, Internet-Adressen
- Dokumentation (um nichts zu vergessen) z.B. „Laufbogen nach Primärtherapie“/Anne Gutzmann (im Anhang)

**Nachsorge-Leitlinien** existieren für jeden gyn. Tumor, für die Brust gibt es sogar eine nationale S3-LL. Das Prinzip: Relativ reduzierte Standarduntersuchungen, mehr nur symptomorientiert. Es ist notwendig, der Frau zu erklären, dass es sich dabei nicht um

„Sparmedizin“ handelt, sondern um evidence basierte Medizin. Für Patientinnen ist das oft nur schwer einsichtig.

## **Leitlinienorientierte Nachsorge am Beispiel Mamma-CA**

### **Klinische Nachsorge** (seit 1995, S3-LL 2004)

- ♣ In den ersten 3 Jahren alle 3 Monate, dann alle 6 Monate, nach 5 Jahren 1x / Jahr
- ♣ Anamnese: auffällig? Änderungen in Befindlichkeit und/oder Leistungsfähigkeit?
- ♣ Klinik: operierte Brust? Lymphabfluss? Andere Brust? Klopfschmerz WS? Lunge? Abdomen/Leber palpatorisch?
- ♣ Mgr: op. Brust 6-monatlich, andere 1x/Jahr
- ♣ MEHR nur symptomorientiert !!

### **Hilfsmittel** nach Mamma-Ca auf Kasse (Rp.doc , Antrag + Beratung im Sanitätshaus);

Neu: Pat muss vorher „Erklärung“ unterschreiben, was sie bisher bekommen hat.

- Perücke (bei CT, organisiert meist die Klinik)
- Spezial-BH / Haftsysteem: 2x/Jahr
- Prothese: 1x/ 2 Jahre (+ eine spez. Erstprothese postop.)
- Badeanzug alle 3 Jahre
- Bei starken Gewichtsveränderungen zusätzl. Versorgung
- Lymphat. Versorgung/ Kompressions-Armstrumpf: Antrag + Fotodokumentation (!)+ Maßblatt + Nachweis der bisher. MLD

### **Physiotherapie**

- ♣ Manuelle Lymphdrainage nach Heilmittel-Katalog
- LY3a = Diagnosegruppe, MLD-45 / MLD-60
- Erst-VO: bis zu 10x, Regelfall: bis 50x, 1x/Wo; dann außerhalb des Regelfalls möglich –Achtung: ankreuzen: „therapeut.“ Ergebnis! (wg. evtl. Regress bei Überschreitung des Regelfalls)
- ♣ Evtl. KG: WS2a / WS2b
- ♣ Evtl. Aufbau-Sport (Reha-Gruppe/ Fitness-Center)

### **Info-Material**

- ♣ „Blaue Reihe“ der Krebsgesellschaft (zu jedem Organ, Ernährung nach Krebs, Soziale Hilfen, Hilfen für Angehörige, klein. Studien)
- ♣ Krebs-webweiser des Tumorzentrums Freiburg
- [www.krebs-webweiser.de](http://www.krebs-webweiser.de)
- [www.tumorzentrum-freiburg.de](http://www.tumorzentrum-freiburg.de)
- [www.krebsinformation.de](http://www.krebsinformation.de) / KID des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim
- ♣ Über-Lebensbuch Brustkrebs / Goldmann-Posch (erhältlich von Novartis)

### **Nachsorge im späteren Verlauf:**

- ♣ Zuhören + Hinhören!
- ♣ Sicherheit geben; Unterstützungsbedarf? (psychoonkolog., körperlich, Sex., sozial)
- ♣ Klinische Untersuchung: Lokalrezidiv? Warnzeichen? Konsequenz reagieren bei V.a. Rückfall
- ♣ „mit der Krankheit leben“ – in allen Facetten (Familie, Arbeit,..)

Die offenen Fragen, - z.B. Sind die Nachsorge-Untersuchungen ausreichend? „Bringt mehr mehr?“ (Tumormarker, US Leber, Röntgen, usw.) Wie ist die Evidenzlage? – wurden teils in den darauffolgenden Vorträgen, teils in der Diskussion beantwortet.

Anhang:

### Beratungsinhalte nach Primärtherapie

Obligates	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erörterung Nachsorgeplan</li> <li>- Nachsorgepass</li> <li>- DMP-Einschreibung</li> <li>- Hausarzt-Kooperation</li> </ul>	Erfolgt Am:
Medikamentöse Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerztherapie</li> <li>- Hormontherapie: Tamoxifen &gt; augenärztliche Konsil GNRH &gt; Knochendichte, Calcium, D3 Aromatasehemmer &gt; Knochendichte</li> </ul>	
Physiotherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankengymnastik</li> <li>- Lymphdrainage</li> <li>- Reha-Sport; Ausdauertraining</li> <li>- Kompressionsstrumpf</li> </ul>	
Prothesenversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prothese plus Halterung</li> <li>- Med. Badeanzug</li> </ul>	
Onkoplastische Optionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informationen über operative Möglichkeiten</li> </ul>	
Kompl. Med.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Status Prof. Beuth</li> <li>- Mistel-Selen Phlogenzym</li> </ul>	
Soziales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stufenweise Wiedereingliederung</li> <li>- Erwerbsunfähigkeitsrente     Teilminderung – Vollminderung</li> <li>- Versorgungsamt (Schwerbehindertenausweis)</li> </ul>	
Reha	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AHB</li> <li>- Müttergenesungswerk</li> </ul>	
Psychoonkologischer Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbsthilfegruppen (KIK)</li> <li>- Praxisbezogenes Konzept</li> <li>- Simonton-Training (Mildred Scheel Haus)</li> <li>- Entspannungsmethoden (VHS)</li> <li>- Selbstregulationstraining (Weleda)</li> </ul>	
Fremdinfos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Internet-Adressen</li> <li>- Literaturliste</li> <li>- Beratungsstellen</li> </ul>	

Praxis Dr. med. Anne Gutzmann  
Ehreshovenerstr. 8, 50735 Köln

## 5) Vortrag: Tumornachsorge standardisiert/individualisiert in der Klinik

Referentin Jessica Groß

Protokoll Edith Bauer

Die Referentin arbeitet in einem großen Brustzentrum mit 400 Primärdiagnosen im Jahr. Sie bezweifelt, dass die klinische Ca-Nachsorge eine Konkurrenz zu den Niedergelassenen ist. Sie beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit den Langzeittoxizitäten durch adjuvante CT und der Diagnostik und Behandlung von Lokalrezidiven.

**Chemotherapie** induziert keine Malignome, kann aber in einigen Fällen nach 10 – 15 Jahren zu Leukämien führen. Tamoxifen verdoppelt die Rate an Endometrium-Karzinomen.

Herzinsuffizienz nach CT tritt meist innerhalb von 12 Monaten auf und ist nach Herceptin reversibel. Neuropathien unter CT sind unter Taxanen meist reversibel in 3 – 6 Monaten, treten unter Cisplatin häufiger auf als unter Carboplatin und sind weniger reversibel.

(Therapieversuch mit Antiepileptikum, Gabapentin oder Pregabalin)

**NW von endokrinen Therapien:** geringfügig höherer Prozentsatz an Hitzewallungen unter Tamoxifen (38-40%) gegenüber Anastrozol (35%) und Letrozol (33,5%). Ebenso treten unter TAM (3,5%) mehr Thrombosen/Embolien auf als unter Letrozol (1,5%). Umgekehrt verhält es sich bei Osteoporose. Die Frakturhäufigkeit liegt bei TAM bei 4% versus 5,1% bei Letrozol. Arthralgien treten bei TAM in 29,4%, bei Anastrozol in 35,6% auf. (Begleitend hilft Ibuprofen). Kardiale NW der endokrinen Therapie sind insgesamt selten und unterscheiden sich in der Häufigkeit nur unwesentlich. Die Therapie der oft quälenden Hitzewallungen erfolgt einschleichend mit SSRI (Reduktion um 50-60%).

Zu den **NW der Biphosphonate** gehören gastrointestinale in 2-10%, Hypokalzämie (cave: Kombination mit Aminoglykosiden), bis zu 10% Anstieg der renalen Retentionswerte, selten Nierenversagen, 10-20% Akute-Phase-Reaktionen wie Fieber und grippeähnliche Beschwerden, die aber spontan reversibel sind.

Warum das alles? Die adjuvante endokrine Therapie verbessert signifikant die DFS (Krankheitsfreies Intervall), zeigt aber bisher keinen Effekt auf das OAS (Überlebenszeit), hat aber Nebenwirkungen. Orientieren sollte man sich am NW- und Risikoprofil und den Subgruppen.

Die Prognose des Lokalrezidivs bei BET ist abhängig vom Tumorstadium des Primärtumors und der Größe des Lokalrezidivs. (5 Jahresüberleben 58% nach van Tienhoven et al. 1999 und 69% 10 Jahresüberleben nach Doyle et al. 2001) Wichtig: Am Lokalrezidiv stirbt man nicht, es ist gut therapierbar, kann aber sekundär (aber viel später!) metastasieren.

Wie erkennt man das Lokalrezidiv? De Bock et al. Fanden 2004 in einer großen Metaanalyse heraus, dass 40% aller Lokalrezidive bei der Routineuntersuchung asymptomatischer Patientinnen entdeckt wurden. Die Kombination von Tastuntersuchung, Mammografie und Mamasonografie brachte gute Ergebnisse, wobei die MS die Sensivität und die Spezifität erhöht. Insbesondere bei Rekonstruktionen durch Implantate oder Lappenplastiken wird die Diagnostik durch MS verbessert. Bei dem Vergleich Narbe/Rezidiv in der MS zeigen beide Läsionen eine echoarme Raumforderung, senkrechte Tumorachse, Unterbrechung der Umgebungsarchitektur und einen unscharfen Randsaum. Die Narbe jedoch unterscheidet sich durch Verbindung zur Haut, Komprimierbarkeit, keine Durchblutung im Farbdoppler und keine Größenzunahme über die Zeit. Abklärung empfiehlt sich durch Beobachtung über die Zeit, MRT und/oder Stanzbiopsie.

Als Procedere beim Lokalrezidiv empfiehlt sich: 1. Re-Staging, da in 20% der Fälle distante Metastasen zu finden sind. 2. Bei Z. n. BET eher die Mastektomie, da sonst das Risiko auf erneutes Rezidiv 2-3 fach erhöht ist. 3. Umstellung der adjuvanten Therapie prüfen. **Fazit:**

- Lanzeittoxizitäten adjuvanter Therapien bedenken
- Anpassung der endokrinen Therapie gemäß NW Profil und Risikosituation
- Lokalrezidive erkennen und behandeln, Einbeziehung der MS in die Nachsorge

## 6) Diskussion:

Protokoll: Edith Bauer

**Friederike Perl:** bestätigt, dass die Sonografie ungeheuer hilfreich ist bei der Beschreibung des Wundbereichs. Veränderungen sind gut beobachtbar. MS sollte in der Nachsorge zur Routine gehören, obwohl es dazu keine Studien gibt.

Beim Vergleich BET gegen Mastektomie zeigen 6 RCT's keinen Unterschied im outcome. Das intramammäre Rezidiv verändert die Überlebensrate nicht, auch mehrfache BET bringt keine Verschlechterung. Selbst Multizentrität ist kein Grund nicht brusterhaltend zu operieren. Das höhere Restrisiko hat keinen Einfluss auf das Überleben.

**Sigrid Prolingheuer:** Stellt fest, dass wir der „Kommunikationsmülleimer“ sind, was unsere Aufgabe einer guten Nachsorge belastet. Pharmaindustrie bestimmt die Forschung und beeinflusst die SH-Gruppen.

**Claudia Schumann:** fordert konsequent eine extra Ziffer für die Nachsorge! Will einen Level erarbeiten für Ca-Nachsorge für alle AKF Gynis.

**Barbara Fischer:** Wir tragen das finanzielle Risiko für die Therapie der Ma-Ca Patientin. Wie stehen wir zu Brustzentren? Wir sollten Modelle integrierter Versorgung mit Schwerpunkt ambulanter Betreuung entwickeln.

**Anne Gutzmann:** In der Klinik nur ein Ansprechpartner!

**Jessica Groß:** Brustzentren stehen unter dem gleichen (Zeit-) Druck wie die Niedergelassenen. Es werden Ansprüche formuliert, die nicht realisierbar sind.

**Barbara Dennis:** Stellt eine Diskrepanz in unserem Wissen und Handeln fest (z.B. bei dem Wunsch der Pat. nach Tu-Marker). Wie damit umgehen, um nicht unauthentisch zu werden?

**Dorothea Schuster:** Betreut auch lieber die Patientinnen, die bzgl. Nachsorge auf ihrer „Linie“ sind. Die anderen überweist sie eher an Onkologen.

**Claudia Schumann:** Rät bei Verordnung von MLD eine eigene Positionierung zu entwickeln und keine Angst vor Regressen zu haben.

**Friederike Perl:** Will bei der Tumorkonferenz in der Klinik unbedingt dabei sein, der Zeitausfall müsste unbedingt bezahlt werden.

Tamoxifen ist die einzige Maßnahme, die das Überleben der Frauen dramatisch verbessert hat. Aromatasehemmer hätten die Mortalität bisher nicht verändert, eher sogar erhöht, wie eine Mailänder Studie mit 40 ungeklärten Todesfällen belegt. Jedenfalls sind alle bisherigen Zahlen zu den AH hochgradig dubios.

### Take home message:

- Nachsorge weiterhin symptom- und zwendungsorientiert
- Kontinuität kann nur von den niedergelassenen Gynis geleistet werden, nicht von unterschiedlichen Ärzten in Kliniken und Zentren
- AKF Nachsorge-Standard entwickeln!
- Extra Honorarziffer fordern!
- Heilmittel-Richtlinien verändern
- Kritische Öffentlichkeit in den Medien herstellen (Ma Scr./Nachsorge)
- Im Leitfaden das Überleben (90%) hervorheben
- Entwicklung neuer Kooperationsmodelle für Nachsorge: Verzahnung Klinik/Praxis
- Forderung nach Industrie unabhängiger Forschung

**7) Bericht über Qualitätsmanagement 9/03-4/06**  
**Gedacht als Anregung für individuelle QM-Projekte**  
*Refrentin Maria Beckermann*  
*Protokoll Vera Grisar*

An das QM-Projekt sind insgesamt 7 Praxen angeschlossen.

Vorgestellt wurden zunächst die Arbeitsstrukturen, die aus Projektwochenenden, Praxisbegehungen mit Austausch, Moderatorinnenausbildung und –Pool, Selbstbewertung, EbM-Wochenenden, Arzthelferinnen-Treffen, Online-Diskussion und einer nur intern zugänglichen Homepage bestehen.

Die Methoden der Projektwochenenden wurden näher erläutert –in der Anfangszeit fanden diese unter externer Anleitung statt. Inhalte waren u.a. die Erfassung der Motivation, die Erarbeitung von Praxisleitbildern, eine „Austauschbörse“, praktische Übungen zur Selbstbewertung, die Erfassung von Stärken und Schwächen, des Praxisprofils –aber auch Themenabende z.B. zu Fehlerkultur, Terminvergabepraxis, Impfungen.

Die Arbeit fand dabei nach Berufsgruppen getrennt statt.

Als Kernstück des QM wurde die Selbstbewertung bezeichnet. Motivierend ist es dabei, v.a. die Stärken der eigenen Praxis zu sammeln. Es folgen Verbesserungsvorschläge, die priorisiert werden. Um sich nicht zuviel vorzunehmen bzw. das Vorgenommene zu schaffen, werden Aktionspläne erstellt.

Inhalte der EbM-Wochenenden waren theoretische Hintergründe wie EbM-Grundkurs, Cochrane-Research-Training, das Leitbild der Professionalität ferner medizinische Inhalte wie Effektivität in der Schwangerenvorsorge, Vaginalsonografie als Screening und Dopplersonografie, aber auch Wirtschaftlichkeitsvergleiche.

Erläutert wurden die Arzthelferinnen-Treffen (Inhalte u.a. Befundssicherung, Hygiene, Teambesprechung, Azubi-Integration) , die –noch offene - Online-Diskussion zu Gestationsdiabetes, zum Hämocult-Test und zu Fragen der Zytologie.

Patientinneninformationen (Praxisflyer) wurden erstellt zu Schwangerenvorsorge, Brustkrebsnachsorge und IGeL-Leistungen.

Checklisten wurden erarbeitet zu Dysmenorrhö, Nachsorge, Kinderwunsch.

Patientinnenbefragungen –zu Zufriedenheit und Bedarf nach psychosomatischer Betreuung gehören auch in das Konzept.

Zeitlicher und finanzieller Aufwand sind sehr hoch, doch auf der Gewinnseite steht der kontinuierliche Verbesserungsprozess, die Steigerung von Motivation und Initiative; Zusammenarbeit und Arbeitshaltung verbessern sich.

Die beteiligten Praxen werden weiter zusammen arbeiten; EbM- und Projektwochenenden „wandern“ weiter. Einige Fragebögen müssen überarbeitet werden... es gibt immer was zu tun.

Anschließende Rückmeldungen betrafen v.a. Fragen nach Teilnahme bzw. auch nach der Zugänglichkeit der internen Homepage bzw. nach Weitergabe von Praxisflyern etc.

Diese Fragen müssen im Projekt besprochen werden. Klar ist, dass die Gruppe nicht nur bereit ist, Informationen abzugeben, sondern auch Input erwartet, z.B. über die Online-Diskussion, z.B. auch über die AKF-Gyn-Homepage. Problematisch erscheint eine Veröffentlichung von Ergebnissen, da diese ihrer Natur nach individuelle Prozesse sind und nicht schematisch auf jeden zu übertragen. Infrage käme evtl. eine Anleitung von Neulingen durch die Erfahrenen.

## **8) Bericht der QM-Gruppe „Effektivität in der Schwangerenvorsorge“**

*Referentin Susanne Zickler*

*Protokoll Vera Grisar*

Es fanden zwei Treffen –im Dezember 2004 und November 2005 –zur Bewertung der Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge statt.

Dabei wurde unterschieden zwischen medizinischer Grunderversorgung, Screening in der Schwangerschaft und der Behandlung von Schwangerschaftsproblemen. Die möglichen Untersuchungen wurden anhand der Evidenzstufen nach F. Perl untersucht.

- Stufe 1: erwiesener Nutzen
- Stufe 2: wahrscheinlicher Nutzen
- Stufe 3: ebensoviel Nutzen wie Schaden
- Stufe 4: unklarer Nutzen
- Stufe 5: wahrscheinlich nutzlos
- Stufe 6 nutzlos u/o sogar schlecht

### **Grundversorgung**

Stufe 1: Fürsorgeverhalten sozial benachteiligter Frauen verbessern (Adressenliste, Flyer)

Raucherentwöhnung (BzGA-Broschüre, Material „rauchfrei in der Schwangerschaft“)

Folsäure perikonzeptionell

Stufe 2: Möglichst kein Alkohol (kein striktes Verbot)

Betreuung im festen Team –v.a. wichtig in Gemeinschaftspraxen

Stufe 4: Antigenvermeidung, um Atopie zu vermeiden

Stufe 5: sich auf „Expertenmeinungen“ verlassen statt auf Ergebnisse guter Studien

Stufe 6: Brustwarzenstimulation

### **Screening in der Schwangerschaft**

Stufe 1: Nonformale Risikobeurteilung

Chlamydienabstrich in der 12. SSW

Fetales biophysikalisches Profil bei Risikoschwangerschaft (sehr aufwändig, ggf. durch FW-Messung in 4 Quadranten ersetzbar)

Genetische Beratung –Diskussionsbedarf – Wer? Wann? Wo?

Stufe 3: Hepatitis-C (bei Risikogruppen) HIV (bei allen?), Toxoplasmose –Konsequenz?

Stufe 4: CTG (unauffälliges CTG bei Risikogruppen reicht nicht aus zur Beruhigung!!)

- allerdings hier gutes Beispiel für Wunsch und Wirklichkeit: CTG wird oft aus Kostengründen doch geschrieben... )

Stufe 5: OGTT (wenn überhaupt dann unbedingt 75-Gramm-Test!!)

Zervixkontrolle, wenn kein Risiko vorliegt

Fetometrie im letzten Trimenon, wenn kein Risiko vorliegt

### **Schwangerschaftsprobleme und ihre Behandlung**

Stufe 1: Antibiotika bei asymptomatischer Bakteriurie

Antibiotikum unter der Geburt bei pos. Streptokokken - gefordert ist dabei ein Abstrich auf  $\beta$ -hämolysierende Streptokokken von vaginal und rectal (Diskussion Screening vs. Abstrich bei Blasensprung und/oder Sepsisanamnese)

Anti-D bei rh neg. Frauen in der 28. SSW

Antihistaminika gegen Nausea und Emesis (Postadoxin-Tbl)

Akupressur-Bänder gegen Nausea (Privat-RP: Sea-Band)

Geburtseinleitung anbieten ab 41+1 SSW –da ab 42. SSW statistisch IUFT-Rate Zunimmt –alternativ ab ET einmal pro Woche bzw. häufiger FW-Messung.

(AFI –1 Quadrant > 2cm, alle 4 Quadranten > 5 cm)

- Stufe 2 Metronidazol (lokal) bei symptomatischer Trichomonadeninfektion nach der 14.SSW  
Anitthrombotische Medikation (ASS 100) zur Prävention der Präeklampsie bei Risikogruppen ab der 16. SSW (Anamnese: nachweislich Plazentainsuffizienz mit Retardierung, Antiphospholipid-Syndrom (dann schon präkonzeptionell)  
Anti-D nach Abdominaltrauma und Blutungsepisoden  
Antihypertensive Medikation mit Alpha-Methyl.Dopa zur Kontrolle bei mäßiger bis schwerer Schwangerschaftshypertonie  
2 g Calcium/die gegen Präeklampsie
- Stufe 5 Asymptomatische Pilzinfektion behandeln

Literaturempfehlung: „Effective Care in Pregnancy and Childhood“ – Zahlen von 2004 bisher nur englischsprachig, deutsche Ausgabe von Dudenhausen enthält Zahlen von 2000.

In der anschließenden kurzen Diskussion ging es um den Umgang mit den Erkenntnissen der EbM – d.h. es ist wichtig, Studienergebnisse zu kennen, allerdings auch wichtig, eigene Erfahrungen dagegen zu setzen. Im Umgang mit den Schwangeren geht es auch um unser Wohlbehalten, was durchaus mal bedeuten kann, einen zusätzlichen Ultraschall zu machen – der ist dann vielleicht nicht evidenz-basiert, verschafft uns aber vielleicht eine ruhigere Nacht.

## 9) „Politische Diskussion“

*Protokoll Vera Grisar*

Auftakt: Bilanzierung der bisherigen Arbeit der AKF-Gyn-Gruppe.

Seit 1995 finden regelmäßige mehrtägige Treffen statt. Diese Treffen vereinen Austausch, Vernetzung und gemeinsames Lernen mit dem Ziel des Handelns.

Das jeweilige Thema wird auf den Treffen vorgeschlagen, diskutiert und festgelegt.

Die Arbeitsergebnisse waren bisher in wesentlichen Punkten Patientinnen-orientiert.

Infos wurden erstellt zu Hysterektomie, Mammografie, Hormonersatztherapie, Pränataldiagnostik und PID, IGeL.

Außerdem Arbeit an den Themen Kooperation mit Hebammen, Integrierte Versorgung, Arbeit in den Praxen.

Fazit: viel wurde für die Patientinnen erarbeitet, weniger für uns selbst.

Was steht also an?

Dazu wurde die Themenliste vom Vorabend durchgegangen und folgende Schwerpunkte herausgegriffen:

- 1. Positionierung zum bundesweiten Streik
- 2. wie nutzen wir den AKF wieder mehr (Themen, Veröffentlichungen, „Neue“ erreichen, Multiprofessionalität nutzen, Kooperation...)
- 3. Zukunft der gyn. Praxis (Standort: was machen wir jetzt, was in der Zukunft? Konkurrenz vs. Kooperation, IV, Basisversorgung oder Spezialisierung? Sägen wir uns den eigenen Ast ab?)

**Zu 1.** Für die Positionierung zum Ärztestreik wurden während einer 20-minütigen Diskussion Argumente pro und contra gesammelt. Diese Argumente wurden von einer Gruppe einen Tag später zu einem Positionspapier zusammengefasst, welches zunächst zur Diskussion auf die Homepage gestellt und dann dem Protokoll beigelegt werden soll. Insgesamt ist die Stimmung zum Streik in der Gruppe zwiespältig. Einerseits gibt es Gründe genug – genannt seien hier nur das erklärte Ziel aus dem Ministerium, dass 30% der Facharztpraxen verschwinden sollen, die Tatsache, dass 25-30% aller Leistungen nicht bezahlt werden und das unsägliche Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz. Auf der anderen Seite steht allerdings das mulmige Gefühl, zusammen mit den „Porsche-Fahrern“ auf die Straße zu gehen – sprich ein Unmut gegen Jammern auf hohem Niveau.

**Zu 2. und 3.** Eine Liste von Themen wurde erstellt, die wir via AKF transportieren können, wobei die Multiprofessionalität genutzt werden sollte.

Der AKF könnte dabei alternativ zum insuffizienten Berufsverband auftreten.

Zusätzlich: Gesundheitslobbyarbeit (evtl. über Frau Sottong)

Sinnvoll wäre es, die Medienpräsenz zu steigern (tlw schon in Zeitschriften wie Brigitte, Stern etc verwirklicht) aber auch in Fachorganen wie z.B. dem „Frauenarzt“

Themenliste:

- Nachsorge
- Mammografiescreening
- Kontakt zu Selbsthilfegruppen, um Kontroversen zu verringern und Abstand zu vermindern, damit nicht der Pharmaindustrie das Feld überlassen wird
- „Palliativurlaub“ (Bsp Österreich)
- Wunschsectio
- Wichtigkeit der „Feld- Wald- und Wiesengynäkologie“ 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
- Wirkungslosigkeit bisheriger Medizinkampagnen angesichts der wirklichen (sozialen) Ursachen
- „Off-Label-Use“ von Medikamenten (u.a. Ovulationshemmern)
- Stellungnahme zu aktueller Tendenz, Krankheiten vorwiegend als genetisch bedingt anzusehen, Abbau von psychosozialer Betreuung/Psychotherapie
- Beschäftigung mit der Frage, ob nicht eher die Kooperation der Krankenhäuser Geld spart als die seitens der Gesundheitspolitiker immer wieder beschworene Konkurrenz
- Allgemein Erarbeitung von Vorschlägen zur Veränderung des Gesundheitswesens – auch, u.a. mit dem Ziel zu sparen
- Ursachen der Zunahme der Brustkrebserkrankungen – liegt es wirklich daran, dass wir immer weniger und immer später Kinder kriegen??

Angesichts der 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 uns!), aber auch anderer bestehender Strukturen, die zerschlagen werden (sollen) – sowie die Düpierung der Psychosomatik aufgezeigt werden.

Priorität hat die Stellungnahme zum Mammografiescreening. Hier machte bereits ein Papier der Kölner Frauen die Runde. Es fand sich spontan eine Kleingruppe zusammen, die dieses noch einmal überarbeiten wollte (um es am Ende der Tagung vorzustellen)

Zur Nachsorge: Hier bildete sich eine neue AG, u.a. mit dem Ziel, unsere Ergebnisse zusammenzufassen, Schwergewicht dabei auf der Honorierung der Psychoonkologie sowie der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis – außerdem der Forderung nach pharmunabhängiger Forschung. Daraus könnte eine Presseerklärung zum Tagungsabschluss resultieren, außerdem eine Grundlage für die Strategie im Umgang mit den Selbsthilfegruppen.

Mit diesen Themen ist erst einmal genug Arbeit verbunden; die Themen „Mutterpass“ bzw. „Off-Label-Use“ wurden zunächst ausgeklammert.

Für die ganz großen Themen (neues Gesundheitswesen mit Sparoptionen etc) ist sicher ein anderer zeitlicher Rahmen (nächste Tagungen?) notwendig.

Fazit: der AKF soll weiter bestehen! Es wäre gut, die Kooperation mit anderen AKF-Mitgliedern zu verbessern.

## 10) Vortrag *Leben Lernen - Sterben lernen*

Referentin *Monika Renz*

Protokoll *Elisabeth Steinle-Paul*

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

Aber umso größeres Gewicht gewinnen Stimmungen und symbolhafte Handlungen und 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 Kübler - Ross definiert sie das Sterben in ein

*davor* alles wird genommen

*hindurch* ein radikales Jetzt

*darnach* wissen wir nicht

Mit vielen sehr berührenden Beispielen aus ihrer Praxis erweiterte Frau Renz den Blick auf das Sterbegeschehen 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.

In ihrem Buch : *Zeugnisse Sterbender*, Junfermann Verlag 2005, ISBN 622-1 wird diese Thematik mit vielen Beispielen vertieft und lebendig

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

Wie gestaltet sich die Ärztin-Patientinnen-Beziehung in der Palliativphase?

Wie viel Freiheit gestehen wir uns da zu, uns anders als gewohnt professionell zu verhalten?

Sprechen wir das Sterben, den Tod an?

Was können wir aushalten?

Aktionismus aus Hilflosigkeit

Wir lernen von den Kranken

Lernen in der und durch die Entwicklung des Prozesses

„Der Arzt enthalte sich der Sterbenden“ (Hippokrates)

Aushalten der Verdrängung durch die Patientin

Wir haben keine Wahrheit

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

## 12) Arbeitsgruppe Die „ideale Nachsorge“

Protokoll Margret Claassen

Moderation Claudia Schumann

1. Vorstellungsrunde
2. Aus der geplanten **Themensammlung** wird:  
das Konzept unseres AKF-Gyn-Statements zur Nachsorge, das fast fertig vorliegt und dem AKF-Vorstand zur Veröffentlichung vorgelegt werden soll. Wir nehmen es als Vorlage und arbeiten unsere Vorstellungen und Einwände ein.
3. Aus der Geschichte der Nachsorgekonzepte und den Forschungen über die Effektivität und Sinnhaftigkeit verschiedener technik- und laborfixierter Nachsorge folgt:
4. individualisierte Nachsorge ist am allerbesten: „state of the art“ des AKF.  
Siehe auch S3 –Leitlinie!
5. Aber gewisse Selbsthilfegruppen (SHG) und Onkologen sind da ganz anderer Meinung. Da werden ÄrztInnen danach eingeteilt, wie ihre Einstellung zu technikorientierter Nachsorge (Metastasendiagnostik) ist- z.B. wie oft wird bei TAM-Einnahme die Endometriumdicke per US gemessen?  
Oder „Nachsorge light“ sei „fahrlässig“ (Prof. Seeber, Essen und mamazone.eV.).  
Dabei kommt Aggression hoch, die viel Angst verdeckt. Außerdem ein klarer Fall von „Eminenz basierter“ Lobbyarbeit.
6. Deshalb ist die Kommunikation über den Sinn dieser ebm - beforschten Form der „begrenzten“ Nachsorge wichtig. Sog. Nachsorge - Spagat
7. Argumente: Gegen frühe Metastasensuche spricht, dass die Chemo- oder Radiotherapie im späteren Stadium genauso wirksam ist, dass aber die Nebenwirkungen der Therapien dann auch später auftreten; dass das metastasierte Mamma –Ca nicht „heilbar“ ist, dass die tumorfreie Phase mit guter Lebensqualität verlängert wird.  
Ressourcenverschwendung: Tu-Marker, PET?
8. **Ziele und Inhalte der Nachsorgetermine:**  
Vertrauen in das eigene Körper-warnsystem wieder aufbauen  
Achtsamkeit mit sich selbst fördern, auf Symptome achten  
eigene Heilkräfte wahrnehmen und einsetzen  
Angst und Schuldgefühle wahrnehmen & ansprechen  
Sexualität nach Krebs  
Aktivieren der Pat. (Sport, altern. Therapieverfahren, Entspannungstechniken etc.)  
Anschlussheilbehandlung als Chance; Reha- Anträge und -Widersprüche  
Tumortagebuch?  
Wertigkeit des Tumorpasses  
Stellungnahmen zu Therapieempfehlungen Klinik/Praxis; Pharmaindustr./Kosten  
Nutzen+Wirkung+Leiden nach Chemo/Radiatio (s. auch adjuvant.online)  
DMP (für wen? KK bekommt ca. 5000Euro/DMP-Fall)
9. **Grenzen der Nachsorge:**  
zeitlicher Aufwand und der eine oder andere Punkt der obigen Aufzählung
10. wiss. Evidenz und eigene Erfahrung: wie gehen wir damit um?
11. Verschiedenes:  
es gibt einen Nachsorge-reader (von welcher Fa.?) Hoffman - la Roche-Ordner?  
genetisch –basierte Risikoabschätzung? Nachweis v. Tu-Zellen in Blut und Knochenmark?

### **13) Arbeitsgruppe *Komplementärmedizin***

*Protokoll Elisabeth Steinle-Paul*

#### **Wieso diese Arbeitsgruppe?**

Schulmedizin bietet standardisierte Therapierichtlinien und Programme

Bekämpft den *Tumor*, „rottet ihn aus“

Betroffen ist aber bei der Diagnose Krebs der ganze Mensch, so existenziell wie bei wenigen anderen Krankheiten

Komplementärmedizin als Möglichkeit des erweiterten Herangehens

#### **Kurze Definition des Begriffs:**

Behandlung mit Methoden, die medizinische Standardbehandlungen ergänzen,

Nebenwirkungen abmildern und ggf. Wirkungen verstärken sollen. Oftmals synonym für unkonventionelle Therapien verwendet

#### **I. Sammeln der eigenen Erfahrungen:**

Teilnehmerinnenrunde zu den Fragen:

#### **Welche Therapieverfahren wenden die Teilnehmerinnen in der eigenen Praxis an?**

Mistel, Akupunktur, Homöopathie, Ordnungstherapie, Naturheilverfahren, Selen,

Ernährungsberatung, Bewegung, Psychotherapie

*Wie gehen wir in der Praxis damit um?*

***Aktives Ansprechen, warten auf das Ansprechen durch die Patientin?***

Sehr unterschiedliches Vorgehen

#### **II. Strukturierung der Erfahrungen:**

Gründe, die für eine Komplementärmedizinische Behandlung nach Krebs sprechen:

##### Aus Sicht der Patientin

Will selbst was tun

Will das therapeutische Loch 'ausfüllen, das nach der Primärtherapie entsteht

Hält Schul - Medizin für nicht ausreichend

„Gesundes Gegengift“

Will alles probieren was möglich ist

Rat von Freunden und Bekannten

Will in ihrer gesamten Persönlichkeit gesehen werden

Will eine ganzheitlichere Sicht auf ihre Krankheit angesichts der lebensbedrohlichen Erkrankung

Will Schuldgefühle kompensieren, nicht genug zur Verhinderung des Krebses getan zu haben

##### Aus Sicht der Ärztin

erweiterter Zugang zur Patientin

Berücksichtigung der individuellen Situation und Persönlichkeit

Ganzheitlichere Betrachtung des Körpers

Symbolcharakter, wir stehen nicht gerne mit leeren Händen da

Heilend tätig werden

Angstabwehr

Keine Nebenwirkungen (?)

### ***Aktivierung der Selbstheilungskräfte***

Suggestive Wirkung

Verbesserung des Lebensgefühles

Aufklärung über gesunde Lebensführung kann hilfreich sein

Bestärkung der Patientin in ihrem Anliegen selbst etwas zu tun

### ***Stärkung der Ärztin/Patientin Beziehung***

Unterstützung bei anderer Sicht auf die Krankheit

Schützen vor Scharlatanerie

### ***Dagegen spricht:***

Psychische Probleme können medikalisiert werden

Nutzen ist nicht mit harten Daten nachweisbar

Kosten sind in der Regel privat zu tragen

Falsche Hoffnungen können geweckt werden

## **Welche erprobten und bekannten Methoden kennen wir?**

### **Erfahrungsaustausch über die von uns angewandten Methoden**

#### **Misteltherapie:**

***Wird von circa. der Hälfte der Teilnehmerinnen angewandt und unterschiedlich gehandhabt, vielfach nur auf Nachfrage, auch in verschiedenen Darreichungen***

Anfrage bei den Firmen bzgl. Art und Dosierung möglich, hat sich aber nicht bewährt, eine differenzierte Kenntnis scheint von besserem Erfolg zu sein, d.h. ggf. an Spezialisten weitergeben

in der adjuvanten Situation nicht über Kasse

#### **Homöopathie**

Von den ausgebildeten Kolleginnen als hilfreiche Ergänzung (manchmal auch als Ersatz) Verfahren: zur Vorbereitung bei OP, zur Abmilderung der NW von CT und Radiatio, zur Behandlung von Beschwerden in der Nachsorgephase; Heilung von innen nach außen, ist nicht aufdeckend, mit intensiver Zuwendung verbunden, - erfordert Ausbildung

#### **Akupunktur**

Wird von den kundigen Kolleginnen zur Behandlung von Beschwerden, nicht krebsspezifisch eingesetzt

#### **Ordnungstherapie, Teil der Naturheilkunde**

Soll helfen, Ordnung in das Chaos zu bringen, könnte als eine Art Gesprächstherapie betrachtet werden

## **Methoden, die keine spezielle Ausbildung voraussetzen:**

### **Selen**

Wird von vielen empfohlen mit mehr oder weniger großer Überzeugung, soll den oxidativen Stress der Zelle durch den Tumor und dessen Behandlung über die Funktion als

Radikalfänger mildern

Sinnvoll während CT, begrenzte Therapiedauer, Überdosierung gefährlich

### **gesunde Ernährung**

entsprechende Ratschläge werden von allen gegeben

grüner Tee, Rooibush Tee

### **Bewegung und Bewegungstherapie**

Physikalische Maßnahmen

Aloe Vera

**Über immunstimulierende Verfahren gab es leider keine großen eigenen Erfahrungen – diese Therapieform wird aber sehr beforscht und bringt in der Zukunft möglicherweise handfeste Ergebnisse**

### **Wo liegen die Gefahren?**

falsche Hoffnungen durch falsche Versprechungen  
schädigende Verfahren wie einseitige Diäten (Stoffwechseltherapie nach Krebs, makrobiotische Kost, Gerson Diät, Instinkt Diät u.a.)  
Außenseiterverfahren, die keinerlei nachgewiesene Wirkung haben und sehr teuer sind  
(manche immunstimulierenden Verfahren, Ozontherapie usw.)

**Aber: ein aktiver Umgang mit dem Thema kann die Ärztin-Patientinnen Bindung und das Vertrauen erhöhen, da ein sehr großer Anteil der Frauen diese Methoden mit oder ohne uns anwenden**

### **III. Information**

#### **Ratgeber unkonventionelle Krebstherapien**

##### **Herausgeber**

**Prof. Karsten Münstedt von der Universität Gießen**

Ecomed Medizin , überarbeitete Ausgabe 2005

ISBN 3-609-16329-1

kostet 49Euro, lohnt sich aber!!!

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

Ein paar wenige Adressen:

krebs-webweiser.de

Website Klinik für Tumorbiologie Freiburg [www.tumorbio.uni-freiburg.de](http://www.tumorbio.uni-freiburg.de)

Krebsforschungszentrum Heidelberg,

Ganzheitsmedizin online: [www.ganmed.or.at/archiv/index.htm](http://www.ganmed.or.at/archiv/index.htm)

## **14) Arbeitsgruppe Psychoonkologie**

*Protokoll Ulrike Radde*

Moderation: Anne Gutzmann / Ulrike Radde

Die **Themen der Arbeitsgruppe** waren:

### **- Begriffsdefinition Psychoonkologie/ Psychosomatik**

Ist eine besondere Kompetenz bzw. Zusatzqualifikation erforderlich? Wo ist der Unterschied zur psychosomatischen Grundversorgung?

### **- Wie arbeiten die Teilnehmerinnen in ihrer Praxis mit Karzinompatientinnen?**

### **- Konzept für antragsfreie psychoonkologische Begleitung**

Die Psychoonkologie arbeitet integrativ, ressourcenorientiert und flexibel. Dabei wird keine Konfliktbearbeitung wie in der Psychotherapie angestrebt, sondern die Erkennung und Stärkung der eigenen Ressourcen der Patientin. Die Krebserkrankung erfordert unter anderem die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, dem Sterben, eine Neuorientierung in Beruf und Familie/Partnerschaft sowie Sexualität.

Die Bedeutung der Psychoonkologie wurde durch eine Studie der AOK Nordrhein-Westfalen gezeigt, in der 30% der befragten Brustkrebspatientinnen nach der Primärtherapie eine psychoonkologische Begleitung fehlte.

Grundkenntnisse in Psychosomatik, Psychopharmakotherapie sowie Krisenintervention sollten bestehen.

Ein Einwand zu dem modernen Begriff der Psychoonkologie bestand darin, dass damit eine Exklusivität hergestellt sowie eine neue Form und Struktur zu der herkömmlichen Psychosomatik und Psychotherapie gefordert wird. Es sei entscheidend, mit welcher Haltung/Einstellung die Ärztin der Patientin begegnet, d.h. mit dem bio-psycho-sozialen Verständnis und damit die Ärztin-Patientin-Beziehung zu „entdramatisieren“.

Die meisten Teilnehmerinnen bieten ihren Patientinnen ggf. mit Partner/in/Angehörigen längere und mehrfache Gesprächstermine an nach Primärtherapie (OP, Chemotherapie, Radiatio) und Akuttermine bei Diagnosestellung. Der Bedarf nach ausführlicheren Gesprächen besteht meist erst nach Beendigung der Primärtherapie mit dem sogenannten „psychischen Loch“:

Einige Ärztinnen haben gute Erfahrung damit, Gespräche begleitend zur Chemotherapie anzubieten.

Wichtig ist ein gutes Zeitmanagement und eine flexible Haltung für die Begleitung der Krebserkrankten.

Eine Forderung ist die antragsfreie psychoonkologische Therapie von 5-10 Sitzungen für Karzinompatientinnen zu je 50 Minuten, die über eine gesonderte Ziffer adäquat honoriert werden soll, unabhängig vom Budget z.B. mit ca. 60 Euro Festpunktwert. (Stichwort Fehl-/Über-/Unterversorgung: Antragspsychotherapie ggf. mehr Sitzungen als erforderlich = Überversorgung; keine psychische Begleitung, weil Aufwand zu groß bzw. keine qualifizierten Therapeuten = Unterversorgung).

Das Konzept wäre, Karzinompatientinnen 5-10 Gesprächseinheiten innerhalb von 2 Jahren nach Erkrankungsbeginn anzubieten, die sie in selbstbestimmten Abständen für sich beanspruchen können. Auf dieses Angebot sollten die Betroffenen früh hingewiesen werden

sowie auf die möglichen Inhalte wie verändertes Selbstbild, Partnerschaft, Ängste usw. (semistrukturierte Gespräche).

Durch die Begleitung erfährt die betroffene Patientin wieder eine Struktur, die oft durch die Krebserkrankung verloren gegangen ist. Die Themen, was ist wichtig für mich, können in der langfristigen Begleitung geklärt werden. Eine tragfähige Beziehung vermittelt die verbürgte Gewissheit, ich bin für dich da, ich begleite dich, jemand hält das Gefühlchaos aus, nimmt sich Zeit, hilft das Chaos zu sortieren, damit du wieder Boden unter die Füße bekommst. Hilfreich kann ein Freudentagebuch sein, in dem eingetragen wird, was mir heute Schönes passiert ist. Damit können die eigenen Kräfte gestärkt werden und die Selbstwirksamkeit gefördert werden.

Als weitere Anregung sei auf die BERLIN Ressourcen-Checkliste hingewiesen: Body, Emotionen, Ressourcen, Liebe, Imaginationen, Natur. (aus dem Buch Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs, Hrsg. Susanne Ditz, Christa Diegelmann, Margarete Isermann. Kohlhammer Verlag)

## **15) Vortrag *Sexualberatung bei Krebspatientinnen***

*Referentin Maria Beckermann*

*Protokoll Edith Bauer*

Die Referentin zeigte zunächst einmal auf, wo unsere Schwierigkeiten liegen in der Kommunikation mit der Patientin, 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 **1. 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, Unwohlsein)  
Verändertes Empfinden nach Hysterektomie und Scheidenverkürzung  
Verletzlichkeit, Narbenbildung, Verengung der Scheide nach Radiatio Unterbauch  
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 PartnerIn  
Angst vor Ansteckung /Kontamination (Krebs, Strahlen, Chemo)  
Rückzug, Angst vor offenen Gesprächen, Missverständnisse, falsche Schonung  
Angst, dass Sex schadet

Darauf die **2. 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 gibt für die mentale Repräsentation von Sexualität, weil diese tabuisiert ist. Die weibliche psychosexuelle Entwicklung leidet häufig unter der elterlichen Fehlbenennung der weiblichen Genitalien. (Einige Bücher dazu am Schluss)

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. Wir 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“, das Sexualorgan ist „einfach nicht vorhanden“.

Es folgt die **3. 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?)  
Klappt es nicht? (Was genau klappt nicht? Was klappt denn?)  
Tut es weh? (Wann? Wo? Was tut nicht weh?)  
Was wünschen Sie sich? Was muss sich dafür verändern?

### **Was ist nun spezifisch für die Sexualberatung von Krebspatientinnen?**

Dazu sollte man sich fragen:

#### 1. Wo genau liegt das Problem?

In dem psychosozialen Erklärungsmodell für sexuelle Probleme nach Mammakarzinom (modifiziert nach Alder 2005) gibt es nach S. 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).

#### 2. Was hilft nun der Patientin?

Entlastung, indem sie das Problem einfach mal ausspricht  
Erlaubnis bekommt, sich um ihre Sexualität zu kümmern  
Trauer spüren über den Verlust der Integrität  
Hoffnung schöpfen, dass sie was 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 10 Stunden zu folgenden Themen vorschlägt:

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

*Alder's* Arbeitsmaterialien enthalten u.a. ein psychosoziales Erklärungsmodell für sexuelle Probleme sowie Berührungsbildungen der Brust. Das Üben ist besonders wichtig, um durch positive Empfindungen negative „Bilder“ zu verändern.

Sinn macht auch ein sog. Sexualitätspanorama – 5J – 2J – vor Op./ nach Op. – zu erheben über Qualität von Libido, Geschlechtsverkehr, Gespräch über Sexualität und Zärtlichkeit. Dabei wird meist deutlich: Es gibt **keine** sexuellen Probleme **nach** Krebs. Bei Frauen, die eine gut funktionierende Sexualität vor der Op. 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.

So endet der sehr komplexe Vortrag mit der positiven Erfahrung von Maria Beckermann:

Sich neu zu verlieben, ist die beste Möglichkeit, um sexuelle Probleme erstaunlicherweise „wegzumachen“. Eine Erfahrung, die wohl einige der Kolleginnen im Auditorium auch gemacht haben, wie dem zustimmenden Applaus zu entnehmen ist.

#### Literatur-Anhang:

**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

## **16) Abschlussplenum**

*Protokoll Margret Claassen*

### 1. nächste Tagung:

#### **Wer?**

Dortmund/Hagen Gruppe Antje Huster-Sinemillioglou, Elisabeth Horsch-Wutschel, Margret Claassen, mit Kölner und vielleicht auch Ostwestfälischer Unterstützung

#### **Wo?**

wieder im Landhotel Burg, Stuttgart-Beutelsbach

#### **Wann?**

Himmelfahrt 2007 (16.5.-19.5.07)

#### **welches Thema?**

**Zukunft der Gyn-Praxis und des Gesundheitswesens - auf Kosten oder zum Nutzen der Frauengesundheit?**

**z.B. Mammographie – Screening/Brustzentren an uns vorbei?**

**HPV – Impfung – kein zytolog. Abstrich mehr nötig?**

Es sollen dabei medizinische und politische Themen abgehandelt werden.

Es sollte wieder ein Beiprogramm für eigene Aktivitäten möglich sein.

2. Unser Statement zum Mammographie – Screening (techn. Verantw. Sigrid Prolingheuer)
  - wird 4 Wochen ins AKF – Archiv ins Netz gestellt, um eine Diskussion darüber zu ermöglichen, dann ist es als AKF-Dokument akzeptiert
  - es gibt dann einen Flyer dazu, den wir in unseren und anderen Praxen verteilen können
  - er wird an die Medien verteilt.
3. Nachsorge – Presseerklärung
  - wurde mit wenigen Einwänden angenommen, wird über den AKF – Vorstand abgesegnet und veröffentlicht. Claudia Schumann und Edith Bauer
4. Ein „Nachsorge - Standard - Papier“ für den täglichen Gebrauch (auch für Gespräche mit SH-Gruppen) wird erstellt. Claudia Schumann, Barbara Dennis, Friederike Perl und Ingeborg Geib
5. Das Positionspapier zum ÄrztInnenstreik soll an alle Teilnehmerinnen gemailt werden. Überarbeitet wird es von Friederike, Antje H-S, Andrea, Ulla, Anne, Angelika (mit Presseerklärung)
6. Die Protokolle sollen bis zum 15.05. an Edith gemailt werden. Aus den AG vom Samstag gibt es für die jeweils anderen Gruppen nur diese Protokolle als Information.
7. UND jetzt TUSCH und BLUMENREGEN: Ein herzliches DANKESCHÖN an und für die Vorbereitungsgruppe Stuttgart/Karlsruhe für eine Supertagung!!
8. Ein DANKESCHÖN (und ein Fläschle Württemberger Wein) geht an die drei Sprecherinnen der AKF-gyn FG Claudia Schumann, Barbara Dennis und Jessica Gross, die ihre Funktion aufgeben wollen, nachdem sie uns sehr gut vertreten haben.
9. Die Neuwahl ergibt folgendes Ergebnis:
  - Gabriele Göttsching - Krusche (Bremen)
  - Katja Horstmann und Sigrid Schulze - Stadler (Hamburg) je ½ Stelle
  - Margret Claassen (Hagen/Westf.)

Statement 1:

### **Position der AKF Frauenärztinnen zum Ärztestreik**

Die gegenwärtigen Ärzteproteste 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 sogenannte Positivliste 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 angemessenen 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.

Statement 2:

## **Mammografiescreening – 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 Mammografiescreening 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 besonders qualifizierte radiologische Einrichtungen, die in Bezug auf die Mammografie-Erstellung 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. Der AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit) setzt hier mit seiner Kritik an. Der AKF ist ein Zusammenschluss engagierter Fachfrauen und Verbände, die im Bereich Frauengesundheit in unterschiedlichen Berufsfeldern arbeiten und in der Selbsthilfe tätig sind. 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 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 Sterblichkeitssenkung 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 ohne 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. Beschneidung der Selbstkompetenz der Frauen durch unausgewogene Information. Die den betroffenen Frauen zugänglichen Informationsquellen zum Mammografie-Screening betonen einseitig die möglichen Vorteile und verharmlosen bzw. verschweigen mögliche Nachteile. Allein die Tatsache, dass bei der erhofften Sterblichkeitssenkung Prozentzahlen verwendet werden („es versterben 20-25% weniger Frauen an Brustkrebs“) statt absoluter Zahlen („es sterben möglicherweise statt 4 nur 3 von 1.000 Frauen an Brustkrebs“) kommt mehr einer Manipulation denn einer Information gleich, ebenso wie die Zitate von 3 Frauen in den von der Kassenärztlichen 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 sollte den Frauen auch die Information nicht vorenthalten werden, dass es für etliche Frauen, bei denen durch das Screening ein Brustkrebs festgestellt wird, bedeutet, dass sie 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 Hinausschieben 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 zurücktreten. Zudem wird kritischen Stimmen wenig Raum gegeben, im Gegenteil: regelmäßig erscheinen lokal bzw. regional (z.B. anlässlich der Eröffnung eines Screening-Zentrums) Interviews mit 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 „informed consent“ zu treffen.

### 3. Unnötige Kostentreibung durch Nicht-Nutzung vorhandener bewährter Strukturen

Gerade in Zeiten immer knapper werdender finanzieller Ressourcen verwahren 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 etabliert 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, psychologische Betreuung, ggf. Einbeziehung des sozialen Umfeldes oder Organisation von Haushaltshilfen usw.

So aber durchläuft die Patientin das Screening ohne die Möglichkeit, angemessen auf die bestehende vertrauensvolle Beziehung zu ihrer Frauenärztin / ihrem Frauenarzt zurückgreifen 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.**

Statement 3:

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

Presseerklärung der Frauenärztinnen im AKF  
anlässlich deren Jahrestagung vom 27.-30.4.2006 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 zuwendungsintensive 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 Gynäkolog/innen, Brustzentren, Onkolog/innen und Hausarzt/innen. Das führt häufig zu Doppeluntersuchungen, Ressourcenverschwendung und zur Verunsicherung der Betroffenen. **Die Nachsorge sollte in den Händen der niedergelassenen Gynäkolog/innen 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 **industriunabhängige 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 Tumorregister**, 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.

Stuttgart, 30.4.2006

v. i. S. d. P.: Dr. med. Claudia Schumann/ Northeim und Dr. med. Edith Bauer/ Bremen

## **Referentinnenliste**

### **Tagung der Frauenärztinnen im AKF, April 2006**

#### **Dr. med. Maria J. Beckermann**

Frauenärztin, Psychotherapeutin, Homöopathin  
Sexualtherapeutin in der deutschen Gesellschaft für Sexualforschung,  
Universitätsklinikum Hamburg seit 1988  
Zertifikat der Psychosozialen Onkologie von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. seit 2000  
e-mail: [MJBeckermann@aol.com](mailto:MJBeckermann@aol.com)

#### **Dr. med. Jessika Gross**

Oberärztin  
Brustzentrum/Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Sankt Gertrauden Krankenhaus  
Paretzer Str. 12  
10713 Berlin  
Tel. 030/782-29888  
e-mail: [JGross@aol.com](mailto:JGross@aol.com)

#### **Dr. med. Friederike Perl**

Frauenärztin DRCOG  
Belegärztin  
Autorin/Herausgeberin  
Diakonie-Klinikum Stuttgart  
Praxis Marktstr.55  
70372 Stuttgart  
e-mail: [FMPerl@aol.com](mailto:FMPerl@aol.com)

#### **Dr. phil., lic. theol. Monika Renz**

Psychologin und Theologin  
Musik- und Psychotherapeutin  
Kantonspital St.Gallen  
[www.monikarenz.ch](http://www.monikarenz.ch)

#### **Dr. med. Claudia Schuhmann**

Frauenärztin/Psychotherapie  
Praxis für psychosomatische Frauenheilkunde(seit 1987)  
Hindenburgstr.26  
D-37154 Northeim  
Tel. 05551-3483  
e-mail: [ClaudiaSchumann@t-online.de](mailto:ClaudiaSchumann@t-online.de)

#### **Verena Wollmann-Wohleben**

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe/Psychotherapie  
Fachkunde Suchtmedizin in der Frauenheilkunde  
Gemeinschaftspraxis Frauenärztinnen  
Heinrich Baumann Str.7  
70190 Stuttgart  
tel. 0711/ 282929  
e-mail: [frauenaerztinnen-stuttgart@dgn.de](mailto:frauenaerztinnen-stuttgart@dgn.de)