



Sachbericht:

Gefördert durch die

BARMER

„Krebserkrankung im Kopf-Hals-Bereich“, 2. Patientenbetreuer-Seminar für Selbsthilfegruppenleiter des Landesverbandes vom 07. – 09. August 2019

Eine gute Kommunikation und Vernetzung innerhalb des Landesverbandes ist Voraussetzung für eine optimale und effektive Patientenbetreuung unserer kehlkopferierten Patienten.

Diese Fortbildungsveranstaltung des Landesverbandes Niedersachsen/Bremen e.V. richtete sich speziell an unsere Selbsthilfegruppenleiter bzw. deren Vertreter. Die Seminarteilnehmer sollten Fragen und Schwierigkeiten aus der eigenen Selbsthilfegruppenarbeit einbringen und über Themen aus anderen Selbsthilfegruppen diskutieren. Erfahrungsaustausch in der Patientenbetreuung sowie die Erarbeitung von Lösungen bei Problemen und Fragen stand im Vordergrund. Einige der Themen mit großem Gesprächs- und Informationsbedarf, die auf dem ersten Gruppenleiter-Seminar im vergangenen Jahr von den Gruppenleitern vorgeschlagen wurden, konnten mit Unterstützung von entsprechend ausgesuchten Referenten abgearbeitet werden.

Der Vorsitzende des Landesverbandes Hans-Joachim Lau, der die Seminarleitung übernahm, konnte 27 Seminarteilnehmer, die aus allen Teilen Niedersachsens und Bremen angereist waren, begrüßen und eröffnete das Seminar. Er gab Organisatorisches bekannt und erklärte die Zielsetzung dieses Seminars. Danach stellten sich die Seminarteilnehmer vor. Leider konnten einige Gruppenleiter krankheitsbedingt nicht teilnehmen.

Vor Beginn des ersten Referats wies Helmut Schüring (1. Kassierer) auf einige organisatorische Dinge hin und verteilte aktuelle Vordrucke, die Fahrkosten, Auslagenersatz, Patientenbetreuung und Neumitgliederaufnahme betreffen.

Dann referierte Dr. med. Daniel Vornhusen – HNO-Klinik Vechta - zum Thema: Kopf-/Halstumore – Rezidive und Zweittumore – ausgewählte Techniken der Kehlkopferationen.

Was bedeutet Krebs? Welche Kriterien gelten? Dr. Vornhusen erklärte zunächst grundsätzlich die Entwicklung von Krebszellen als autonomes Wachstum, indem sich eine abnorme Gewebemasse des Körpers unreguliert oder zumindest unvollständig reguliert vermehrt. Durch Druck und Einwachsen in die Nachbarschaft kommt es zu weiteren Zellschädigungen oder gar zur Absiedelung von Tochtergeschwulsten (Metastasen), die sich dann wiederum der körperlichen Regulierung entziehen. Bei der Definition des Tumorbegriffs ist zu unterscheiden zwischen epithelialen Tumoren (Oberflächentumore, Haut, Schleimhaut, Drüsen, Leber, Niere, Magen-Darm Trakt) und den mesenchymalen Tumoren (i.w.S. Weichgewebstumore, Tumore im Binde-/Stützgewebe).

Nach der TNM Klassifikation (T steht für die Größe des Primärtumors, N steht für die Anzahl und Größe der Tochtergeschwulste und M steht für das Vorhandensein von Fernmetastasen) durch das Staging / Panendoskopie plus Bildgebung entscheidet sich das therapeutische Vorgehen (Tumorkonferenz) : Operation als Teilresektion oder Kehlkopfentfernung oder aber die definitive Radiatio als organerhaltendes Konzept. e

Ohne eine radikale Therapie kommt es bei Krebserkrankungen zum Tod, da durch das autonome Wachstum mit all seinen Konsequenzen eine Situation entsteht, die mit dem Leben nicht vereinbar ist. Das bedeutet, dass lebenswichtige Organe zerstört werden oder Blutgefäße eröffnet werden (verbluten) oder eine negative Energiebilanz entsteht. Die Auswirkungen einer Tumorerkrankung können sein : Einengung von kanalikulären Organen (bedeutet Luftnot, Schluckstörung, Embolie, Thrombose) oder Funktionsstörungen von Organen, sowie Fistelung, Blutungen oder Anämie. Welche relevanten Kopf-/Hals Tumore existieren? Dr. Vornhusen erklärte die verschiedenen Arten und ihre Bedeutung. Dann ging er auf die Risikofaktoren als Ursachen für Plattenepithelkarzinome ein. Hier stehen der Konsum von Tabak und Alkohol nach wie vor an erster Stelle, wobei sich Tabak und Ethanol potenzieren. Aber auch Personen in bestimmten Berufen sind gefährdet : Hütten-, Gießerei- und Quarzfabrikarbeiter, Kraftfahrer und Chemiarbeiter. Der ständige Kontakt mit Zementstaub, Steinkohle und Teerprodukten ist problematisch.

Dann erläuterte Dr. Vornhusen die Funktion des Kehlkopfes und die Bedeutung der Rehabilitation nach einer Kehlkopfentfernung mit dem Schwerpunkt Stimmgebung. Einerseits müsse man radikal operieren, das heißt, man muss weit in das gesunde Gewebe schneiden, um den Krebs sicher und vollständig zu entfernen. Andererseits ist der Kehlkopf ein recht kleines Organ, so dass mit einem radikalen Ansatz immer recht große funktionelle Schäden entstehen. Folglich hat der Patient immer einen Schaden : entweder den Krebs oder den postoperativen Schaden. Da man den Krebs nicht belassen kann, ist die Rehabilitation von großer Bedeutung, insbesondere für den Aufbau der Stimme (Ruktus /Provox).

Und was kommt danach ?? In einem weiteren Referat von Dr. med. Vornhusen geht es um das Arzt- Patienten- Betreuergespräch, also um den Beginn der Rehabilitation und um das Akzeptieren der körperlichen Veränderungen durch den Patienten. Vor der Kehlkopfoperation ist es für den Patienten schwierig, aus der Fülle der Gesundheitsinformationen die für ihn richtige Entscheidung zu treffen: ob Total- oder Teiloperation, mit oder ohne Radiochemotherapie oder als Alternative zu einer Operation. Tatsächlich orientieren sich die meisten Patienten doch im persönlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt und folgen meist der Empfehlung der Tumorkonferenz. Die Erfahrungen der kehlkopferierten Patientenbetreuer können dabei ebenfalls hilfreich sein. Über den Ablauf der Op und mögliche Komplikationen informiert der Arzt. Das Krankenhaus kümmert sich in der Regel um den Kontakt zu Hilfsmittelfirmen und zum Sozialdienst.

Zusätzlich ergeben sich nach einer Laryngektomie weitere Aspekte, die mit dem Patienten besprochen werden müssen (durch den Arzt oder Patientenbetreuer) : Riechen, Schmecken, Nase putzen, Schneuzen, Bauchpresse, Heben, Stuhlgang, Schwimmen, Baden, Duschen, Husten, Erkältung, Provoxwechsel, Stomapflege, Kosmetik des Tracheostoma : Epithesen, Tücher, Ketten.

Auch das Selbstwertgefühl des Patienten ist beeinträchtigt, wenn das Körperbild (Stoma, eingeschränkte Beweglichkeit, Kraftverlust, andere Sprechweise) sich erheblich verändert hat und er sich fragt, wie wirke ich jetzt auf mein Umfeld, auf meine Partnerin/meinen Partner, auf die Enkelkinder)! Hier können die Selbsthilfegruppen helfen, denn geteiltes Leid ist halbes Leid.

Abschließend erläuterte Dr. Vornhusen, welche therapeutischen Optionen einschließlich Bestrahlung (definitiv oder adjuvant oder neoadjuvant) und Chemotherapie bei Kehlkopfkrebs bestehen und mit welchen zum Teil erheblichen jeweiligen Konsequenzen zu rechnen ist.

Im letzten Tagungsordnungspunkt des 1. Tages geht es um die Einrichtung eines Gruppenkontos. Referentin ist Frau Natalie Reimchen, Direktorin der OLB in Damme.

Jede Selbsthilfegruppe in unserem Landesverband sollte ein Gruppenkonto als Fremdgeld-/ Treuhandkonto bei einem Geldinstitut einrichten. Ein Treuhandkonto ist grundsätzlich ein im eigenen Namen, aber für fremde Rechnung unterhaltenes Konto. Der Inhaber des Anderkontos verwaltet dieses für Dritte treuhänderisch. Folgendes ist dabei zu beachten :

Kontoinhaber ist der Gruppenleiter (es können auch mehrere sein).

Das Konto darf kein Unterkonto von bestehenden privaten Konten sein – Privatvermögen ist vom Fremdvermögen zu trennen.

Das Konto muss deutlich als Drittvermögen gekennzeichnet sein (als Betreff oder Treuhandvermerk).

Der/Die wirtschaftlich Berechtigte(n) sind zu dokumentieren.

Am Konto sind in der Regel sog. Bonitätsschlüssel (Betreff- und Treuhandkonto) hinterlegt.

Die Konten sind ausschließlich auf Guthabenbasis zu führen. Ein Freistellungsauftrag darf nicht erteilt werden.

Kontoführungsgebühren können über die Pauschalförderung eingereicht werden.

Treuhandkonten sind nach Vollendung eines Vorgangs zu löschen und dürfen nicht für andere Treugeber wiederverwendet werden (z.B. bei Wechsel des Gruppenleiters).

Es dürfen keine Spenden auf dem Konto empfangen werden. Halten Sie eine ordentliche Buchführung in einem separaten Ordner, welcher für Dritte nachvollziehbar ist.

Vollmacht für einen anderen Gruppenleiter über das Treuhandkonto vergeben.

Online Banking ist möglich.

Donnerstag, der 08. August 2019

Der 2. Seminartag beginnt mit einem Referat über Pflegestufen und AHB Fristen. Referentin ist Frau Madlen Seelhoff, Dipl. Gerontologin/Pflegewirtin bei der Caritas in Vechta.

Wer ist zuständig bei der Pflegeversicherung ? Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung! Damit begann Frau Seelhoff ihren Vortrag. Generell ist jede Person dort pflegeversichert, wo sie bzw. er auch krankenversichert ist. Das sind 1) Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, 2) Familienversicherte und 3) Privatversicherte bzw. freiwillig Versicherte. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass der Anspruchsteller in den letzten 10 Jahren vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre versicherungspflichtig oder familienversichert war. Neu ist die Einführung von 5 Pflegegraden (statt der bisherigen 3 Pflegestufen) sowie die Einführung des neuen Begutachtungsassessment (NBA). Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde geändert, die Beratung von Pflegebedürftigen und die Leistungen für Pflegebedürftige wurden verbessert.

Die Pflegekassen, wo die Anträge auf Pflegeleistungen zu stellen sind, befinden sich bei den Krankenkassen. Sobald der Antrag vorliegt, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegegrade werden auf der Basis von Punktzahlen ermittelt, die für die Einschränkungen und Fähigkeiten einer pflegebedürftigen Person im Gutachten vergeben werden. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten werden in den folgenden 6 Bereichen beurteilt : 1) Mobilität, 2) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4) Selbstversorgung, 5) Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingter Anforderungen und Belastungen und 6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Der Hilfebedarf muss für mindestens 6 Monate bestehen. Entscheidend ist nicht mehr der individuelle Hilfebedarf, sondern der Grad der Selbständigkeit in den eben genannten 6 Bereichen unter Berücksichtigung der außerhäuslichen

Aktivitäten und Unterstützung in der Haushaltsführung. Kognitive und psychische Beeinträchtigungen sowie gesundheitliche Belastungen werden umfassender berücksichtigt. Ein Nachteil dieser Bewertung ist nach Meinung von Frau Seelhoff, dass die Häufigkeit und der zeitliche Hilfsbedarf nicht erfasst werden. Auch die Somatiker werden nicht erfasst, und Angehörige sehen sich in ihrem Pflegeaufwand hier nicht mehr wahrgenommen.

Dann erläuterte Frau Seelhoff ausführlich die verschiedenen Leistungsarten des Gesetzes : Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistungen, Pflegehilfsmittel, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Leistungen für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, Leistungen für teilstationäre Tages- und Nachtpflege und bei vollstationärer Pflege, Leistungen für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen anhand von Beispielen, die zu einer regen Beteiligung der Seminar-Teilnehmer führten, weil einige Teilnehmer durch zu pflegende Angehörige oder selbst betroffen waren.

Nach einer Kaffeepause referierte Frau Madlen Seelhoff über das Thema Renteneintritt und Schwerbehindertenantrag :

Eine Rente – so will es das Gesetz – wird grundsätzlich nur auf Antrag gezahlt ! Und dabei ist einiges zu beachten : Die Altersgrenze für die Regelaltersrente ohne Abschläge wird seit 2012 und noch bis 2029 schrittweise von 65 auf 67 Jahre angehoben. Aber einige Altersrenten sind davon ausgenommen: z.B. die Altersrente für besonders langjährig Versicherte, die mindestens eine Versicherungszeit von 45 Jahren haben. Doch auch für sie gelten künftig höhere Eintrittsalter (stufenweise Anhebung von 63 auf das 65. Lebensjahr. Auch die Altersgrenze für Schwerbehinderte wird stufenweise vom 63. auf das 65. Lebensjahr angehoben, wenn sie eine abschlagfreie Altersrente erhalten wollen. Der Rentenantrag sollte mindestens 3 Monate vor dem beabsichtigten Rentenbeginn gestellt werden. Das gilt auch für eine Erwerbsminderungsrente. Wichtig ist, dass alle erforderlichen Unterlagen dem Rentenantrag beigelegt sind, um Verzögerungen in der Bearbeitungszeit zu vermeiden.

Die weiteren Ausführungen der Referentin betrafen das Schwerbehindertenrecht – insbesondere die Antragstellung. Viele Menschen, die plötzlich mit einer Behinderung konfrontiert sind, suchen umfassende Informationen zum Thema Schwerbehindertenausweis. Wer hat Anspruch darauf ? Wozu nützt er ? Und wie bekommt man ihn ?

Durch den Besitz eines Schwerbehindertenausweises erhält man einige Sonderrechte und sofern verschiedene Merkmale vorhanden sind – sogenannte Nachteilsausgleiche. Das sind z.B. steuerliche Vergünstigungen, freie Fahrten im öffentlichen Nahverkehr und einiges mehr. Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis haben Menschen mit einem Grad der Behinderung ab 50 . Der Grad der Behinderung dient als Maßstab für die Schwere der körperlichen, geistigen oder seelischen Einschränkungen und deren Auswirkungen in den verschiedenen Bereichen des Lebens. Er besagt nichts über die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und ist unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf.

Der beste Zeitpunkt für eine Antragstellung ist dann, wenn feststeht, dass man mit einer dauerhaften Behinderung, Einschränkung, Schädigung oder Erkrankung konfrontiert ist. Antragsformulare für einen Schwerbehindertenausweis bekommt man direkt bei den Versorgungsämtern, den Bezirksämtern und zum Teil auch als Download im Internet. Der Antrag muss sorgfältig ausgefüllt und, wenn möglich, mit einer ärztlichen Bescheinigung über die Art der Behinderung versehen werden. Das Versorgungsamt setzt sich nach Eingang des Antrags mit den behandelnden Ärzten in Verbindung und fordert zusätzliche Unterlagen und Gutachten an.

Zur Vorgehensweise bei der Antragstellung gibt Frau Seelhoff folgenden Hinweis : Es empfiehlt sich, die betreffenden Ärzte vorab über die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises zu informieren und ggf. auch eine Kopie des Antrages zu geben, damit die Ärzte bei ihrer Stellung-

nahme gegenüber dem Versorgungsamt alle Beschwerden und Behinderungen noch einmal einzeln aufgelistet vor Augen haben. Nach Prüfung des Antrags und der beigefügten bzw. angeforderten Unterlagen und Gutachten legt das Versorgungsamt den Grad der Behinderung fest, erteilt darüber einen Feststellungsbescheid und fügt ggf. den Schwerbehindertenausweis bei. Dann erläuterte Frau Seelhoff die wesentlichen Bestandteile des Feststellungsbescheides und ihre Bedeutung sowie die Rechtsmittelmöglichkeiten. Ausführlich erklärt sie die einzelnen Merkmale.

Ein Hinweis für die Seminarteilnehmer : Bei Verlust des Kehlkopfes wegen eines malignen Tumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. Während dieser Zeit wird der Grad der Behinderung (GdB) immer auf 100 festgestellt. Danach wird der GdB bei guter Ersatzstimme auf 70 bzw. 80 herabgesetzt.

Nachmittags wurde das Thema : Finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppenarbeit behandelt, und es wurde das richtige Ausfüllen von Förderanträgen geübt.

Referentin war wieder Frau Madlen Seelhoff.

Zunächst erläuterte Frau Seelhoff die Begriffe Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen. Dann stellte sie die Förderung von Aktivitäten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch immaterielle und finanzielle Hilfen der Krankenkassen dar (§ 20 h SGB V). Auch die Art der Förderung wurde gesetzlich geregelt : mind. 70 % sind für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung und höchstens 30 % sind für die krankenkassenindividuelle Projektförderung vorzusehen. 82,2 Millionen Euro stellen die Krankenkassen und ihre Verbände im Jahr 2019 für die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung. Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung erfolgt auf drei Ebenen : Bundesebene, Landesebene und auf regionaler Ebene, und zwar für Selbsthilfegruppen in sieben Förderregionen

Diese pauschalen Fördermittel werden – wenn die Voraussetzungen des „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ erfüllt sind – zur Unterstützung der Selbsthilfearbeit und der damit verbundenen regelmäßig wiederkehrenden Aufwendungen zur Verfügung gestellt. Es ist eine pauschale Bezuschussung z.B. für Miet- und Nebenkosten, Büroausstattung, Bürosachkosten, regelmäßige Ausgaben für Internetauftritte, regelmäßig erscheinende Medien (Mitgliederzeitschriften, Newsletter) einschließlich deren Verteilung, regelmäßige Schulungen oder Fortbildungen einschließlich Veranstaltungs- und Teilnahmegebühren, Fahrt- und Übernachtungskosten, Kosten für regelmäßig stattfindende Aktivitäten und Angebote (z.B. Angehörigentreffen), die einen engen Bezug zu den Aufgaben der Selbsthilfegruppe haben sowie Tagungs-, Kongress- und Messebesuche.

Die Anträge auf Pauschalförderung werden in den einzelnen Förderregionen durch den federführenden Krankenkassenverband bzw. in den Kontaktstellen angenommen und bearbeitet. Abgabefrist ist der 31.03. des jeweiligen Förderjahres. Der Nachweis der Verwendung der erhaltenen Fördermittel ist wie folgt geregelt : Bis zum 30.06. des auf die Förderung folgenden Jahres sind die Nachweise und ggf. die Einnahmen- und Ausgabenaufstellungen an die jeweils zuständigen Ansprechpartner (s. Förderbescheid) zu schicken. Bei Förderungen bis 500 Euro reicht eine Verwendungsbestätigung (ausgefülltes Formular) aus. Ab einer Förderung über 500 Euro muss zusätzlich eine Einnahmen- und Ausgabenaufstellung und ein kurzer Tätigkeitsbericht vorgelegt werden. Die Aufbewahrungsfrist beträgt 3 Jahre. So lange haben die GKV – Verbände das Recht zur Einsicht in alle Unterlagen zur Pauschalförderung.

Dann erläuterte Frau Seelhoff den Begriff der Projektförderung und die Voraussetzungen für eine entsprechende Antragstellung. Gefördert werden Maßnahmen und Aktivitäten, die über das normale Maß an täglicher Selbsthilfearbeit hinausgehen und zeitlich begrenzt sind. Je nach

regionaler Ausrichtung und Zuständigkeit entscheidet eine Krankenkasse eigenständig, welche Förderschwerpunkte sie setzt und auf welcher Ebene sie die Selbsthilfe unterstützt.

Ausgeschlossen von einer Förderung sind reine Freizeitaktivitäten (z.B. Ausflüge), kulturelle Veranstaltungen oder Urlaubsreisen. Es ist grundsätzlich sinnvoll, sich vor Antragstellung mit der jeweiligen Krankenkasse in Verbindung zu setzen.

Freitag, der 09. August 2019

Am letzten Tag des Seminars ging es um das Thema Förderung der Kommunikation innerhalb des Landesverbandes.

Referenten waren Hartmut Fürch, Gruppenleiter in Salzgitter und Kassenwart im Bundesverband, sowie Rolf Muchow, Gruppenleiter in Oldenburg und Schriftführer im Landesverband.

Zunächst verteilte Herr Fürch einen Fragebogen an die Gruppenleiter, um eine Basis der vorhandenen technischen Möglichkeiten zu ermitteln, die für eine Verbesserung der Kommunikation geeignet sind. Die anschließende Auswertung brachte noch kein befriedigendes Ergebnis. Die Seminarteilnehmer stellten dazu Fragen, die Herr Fürch fachkundig beantwortete.

Dann erläuterte Herr Muchow die Bedeutung der Kommunikation für die Selbsthilfe : Was ist Kommunikation ? Kommunikation ist der Austausch oder die Übertragung von Informationen auf verschiedenen Arten und Wegen. Unter Information ist in diesem Zusammenhang eine zusammenfassende Bezeichnung für Wissen, Erkenntnis, Erfahrung und Empathie (Einfühlungsvermögen) zu verstehen. Der Informationsaustausch geschieht in erster Linie über die verbale Sprache aber auch durch Mimik und Gestik. Soweit die Theorie. Und was bedeutet das für unsere Selbsthilfe- Organisation? Wo kann man etwas verbessern? Zunächst einmal haben wir als Kehlkopferierte mit unserer Sprechbeschränkung ein großes Hindernis zu überwinden. Wenn dann noch Probleme mit dem Hörvermögen dazu kommen, kann es z. B. mit dem Telefonieren schwierig werden, weil man seinen Gesprächspartner nicht ins Gesicht schauen kann. Hilfreich sind dann E-Mail und Whats-App Kontakte.

Dann ist zu überlegen: wo findet bei uns ein Informationsaustausch statt, den wir verbessern wollen? Zu unterscheiden sind drei Ebenen:

- 1) Info Austausch zwischen den Gruppenleitern untereinander.
- 2) Info Austausch zwischen Gruppenleitern und dem Landes-Vorstand.
- 3) Info Austausch innerhalb des Landes-Vorstands

Das Ziel dieser Überlegungen über bestehende Organisationsdefizite beim Info-Austausch ist die Verbesserung der Patienten-Betreuung! Denn die Patientenbetreuung ist schließlich unsere Hauptaufgabe! Und je besser die Vernetzung und der Infolfluss in unserem Landesverband organisiert ist, desto effektiver ist die Patientenbetreuung. Wobei es die Aufgabe des Vorstandes ist, organisatorisch und strategisch dafür zu sorgen, dass die Patientenbetreuung „rund“ läuft.

Ein permanentes Ziel des Vorstandes sollte es sein, den Wissens- und den Informationsstand aller Gruppenleiter auf ein möglichst gleiches Niveau zu bringen, schon um das Wir-Gefühl zu stärken. Denn von allen Gruppenleitern unseres Landesverbandes haben etwa die Hälfte gleichzeitig eine Funktion im Landesvorstand und sind dadurch besser informiert.

Eine weitere herausragende Aufgabe des Vorstandes muss die Förderung der Vernetzung der Gruppenleiter untereinander sein. Deshalb ist das persönliche Kennenlernen der Gruppenleiter untereinander wichtig. Das schafft Vertrauen und fördert den Informationsfluss. Leider sind dabei in einem Flächenland wie Niedersachsen aufgrund der Entfernungen finanzielle und zeitliche Grenzen gesetzt. Aber wer sich erst einmal persönlich kennengelernt hat, der greift dann schon eher mal zum Telefon oder Smart-Phone oder schreibt eine E-Mail.

Abschließend zog Herr Muchow folgendes Fazit :

Ein neu gewonnener Gruppenleiter, der das Grundwissen dieses Seminars gleich am Anfang erhält, kann danach gezielter Fragen stellen und fühlt sich weniger unsicher. Denn ohne Geld läuft nichts, auch nicht z.B. dieses Seminar.

Wenn dieses Grundwissen in jeder Gruppe als Minimum vorhanden wäre, dann gäbe es bei einem Gruppenleiterwechsel ein Problem weniger.

Deshalb sollte auch der Vertreter des Gruppenleiters in diese grundsätzlichen Dinge eingeweiht sein.

Denn wir alle sind durchweg in einem fortgeschrittenen Lebensalter und werden die Funktion als Gruppenleiter – genau wie jede andere ehrenamtliche Tätigkeit in unserem Verband - nur eine befristete Zeit ausüben können.

Deshalb besteht die Verantwortung gegenüber der Gruppe und dem Vorstand auch darin, die Gruppenleitung so zu gestalten, das ein reibungsloser Übergang auf einen Nachfolger gewährleistet ist, wenn ich aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen meine Amtsgeschäfte mal nicht mehr ausüben kann.

Nach dem Mittagessen wurde das letzte Thema dieses Seminars behandelt, nämlich ein Schema bzw. einen Rahmen zu finden für eine optimale Patientenbetreuung.

Jeder Patientenbetreuer hat aufgrund eigener praktischer Erfahrungen seine eigene Methode entwickelt, insbesondere was das Einfühlungsvermögen angeht, und kein betroffener Patient gleicht dem anderen. Hier sind aber die organisatorischen Dinge gemeint, die zu einer effektiven Patientenbetreuung gehören. Das Wichtigste ist ein guter Kontakt zur HNO-Abteilung des zu betreuenden Krankenhauses, damit z.B. sichergestellt ist, dass vor jeder Operation ein Erstgespräch stattfindet. Weitere Punkte sind ua. : Besuche nach der Operation, Info-Material aushändigen, Antrag auf Schwerbehinderung stellen, Vorteile einer Mitgliedschaft erläutern, Notwendigkeit einer Anschlussheilbehandlung (AHB) erläutern, auf das Neuoperierten-Seminar des Landesverbandes hinweisen. Das Thema führte zu einem regen Erfahrungsaustausch der Seminarteilnehmer.

Mit der bewährten Abschlussdiskussion unter der Leitung des Landesvorsitzenden Hans-Joachim Lau und einem Dank an die Barmer Krankenkasse Niedersachsen für die Unterstützung und Förderung endete das Seminar. Das umfangreiche Seminarprogramm war zwar anspruchsvoll, aber erneut bestätigen die Seminarteilnehmer, dass der Landesverband, zielgerichtet auf die Probleme und Erwartungen der Selbsthilfe-Gruppenleiter, richtig liegt. Und da es immer wieder Wechsel bei den Gruppenleitern gibt, sollte dieses Seminar im nächsten Jahr wiederholt werden. Nach dem traditionellen Gruppenfoto aller Seminarteilnehmer wurde der Heimweg angetreten.

Damme, den 09.08.2019

Rolf Muchow

