

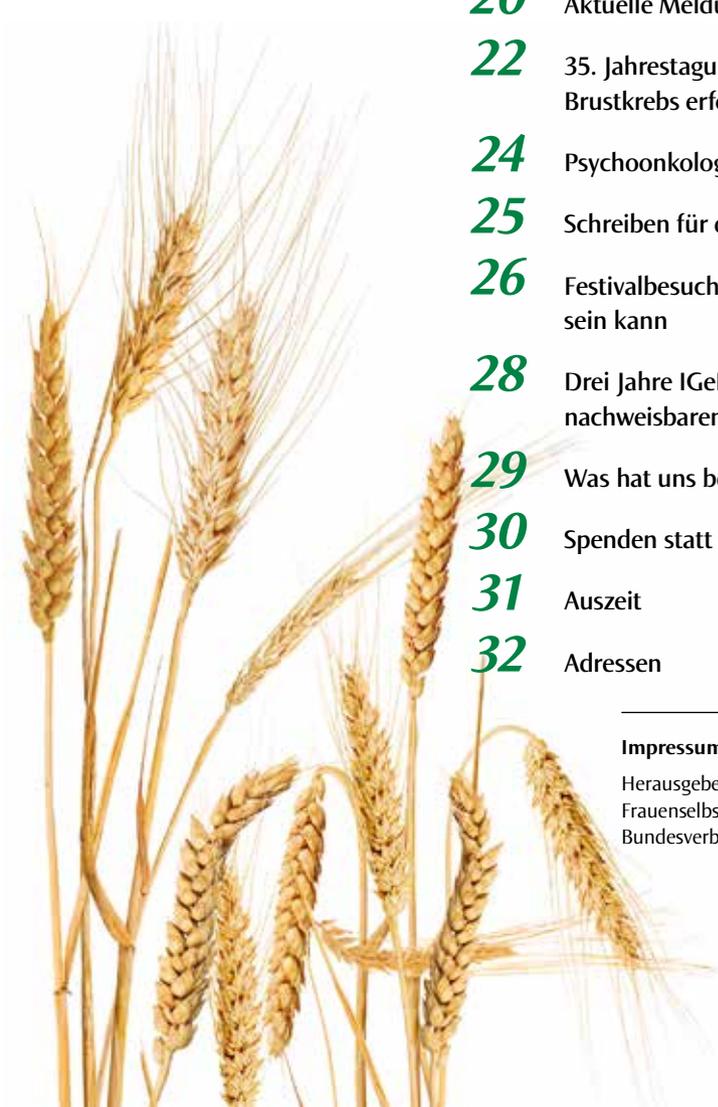
perspektive

Ausgabe 3/2015

- **Fortschritte in der Behandlung von Lungenkrebs – Erkenntnisse aus der Genforschung ermöglichen wirkungsvollere Therapien**
- **Hautveränderungen gut behandeln – Geeignete Maßnahmen während und nach der Chemotherapie**
- **Aus allen Wolken gefallen – Psychoonkologische Begleitung zwischen medizinischen Anforderungen und dem freien Fall**



Magazin der
Frauenselbsthilfe nach
Krebs

- 
- 
- 3** Vorwort
- 4** Fortschritte in der Behandlung von Lungenkrebs – Erkenntnisse aus der Genforschung ermöglichen wirkungsvollere Therapien
- 7** 20 Jahre medizinische Leitlinien in Deutschland
- 8** Hautveränderungen gut behandeln – Geeignete Maßnahmen während und nach der Chemotherapie
- 11** Die Krankheit kennt keine Grenzen – Selbsthilfe-Freundschaften im Grenzland von Deutschland und Polen
- 12** Aus allen Wolken gefallen – Psychoonkologische Begleitung zwischen medizinischen Anforderungen und dem freien Fall
- 15** Kommunikationstraining für schwierige Gespräche
- 16** Erst Chemotherapie, dann Operation – Vorteile der neoadjuvanten Therapie bei Brustkrebs
- 19** Gruppenjubiläen/Hörbuch-Tipp
- 20** Aktuelle Meldungen
- 22** 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie – Behandlung von Brustkrebs erfolgt immer gezielter und patientenorientierter
- 24** Psychoonkologie online – Ein neues Beratungsportal für Menschen mit Krebs
- 25** Schreiben für die Seele – Wie beim Spiel mit Wörtern Kraft und Freude entsteht
- 26** Festivalbesuch mit Handicap – Wozu ein Schwerbehindertenausweis auch gut sein kann
- 28** Drei Jahre IGeL-Monitor – Die meisten Selbstzahler-Leistungen haben keinen nachweisbaren Nutzen
- 29** Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?
- 30** Spenden statt Schenken: „Das gibt mir mehr als jedes Geschenk“
- 31** Auszeit
- 32** Adressen

Impressum

Herausgeber:
Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

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

Verantwortlich im
Bundesvorstand:
Susanne Volpers

Redaktion:
Caroline Mohr

Gesamtherstellung:
Dietz Druck Heidelberg



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

immer mal wieder erhalten wir Rückmeldungen zu unserem Magazin. Kürzlich erreichte uns ein Schreiben, in dem darauf hingewiesen wurde, dass die Beiträge in der „perspektive“ häufig sehr schwer verständlich seien. Sicherlich, einige Artikel sind für medizinische Laien keine leichte Kost. Doch da Krebs eine komplizierte Krankheit ist, lassen sich die Erkenntnisse darüber nicht immer vereinfacht darstellen.

Uns ist bewusst, dass nicht jede(r) diese Art von Informationen schätzt. Wir erfahren aber auch häufig, dass es viele Betroffene gibt, die sich bereits sehr gut informiert haben und sich auf diesem Niveau weiter informieren möchten, um mit ihren behandelnden Ärzten gemeinsam über die Therapieoptionen entscheiden zu

können. Aus diesem Grund versuchen wir stets, in der „perspektive“ eine gute Mischung aus leichten und schwierigen Texten bzw. Themen anzubieten.

In dieser Ausgabe finden Sie beispielsweise einen anspruchsvollen Bericht über das Thema Lungenkrebs. Hier gibt es positive Signale aus der Forschung für bessere Behandlungsmöglichkeiten, die Prof. Jürgen Wolf vom Zentrum für Integrierte Onkologie (CIO) am Universitätsklinikum Köln für uns darstellt. In seinem Text liefert er wichtige Hinweise, worauf Patientinnen ihren Arzt ansprechen sollten.

Ebenfalls anspruchsvolle, aber auch sehr wichtige Informationen enthält der Beitrag über die neoadjuvante, also präoperative Therapie bei Brustkrebs. So setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass viele Patientinnen davon profitieren können, wenn sie vor ihrer Brustkrebsoperation zunächst eine Chemotherapie erhalten. Warum das so ist, schildern Dr. Cornelia Liedtke und Dr. Telja Pursche vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.

Die psychologischen Aspekte einer Krebserkrankung werden auch in dieser Ausgabe der „perspektive“ nicht vernachlässigt. Dr. Frank Schulz-Kindermann vom Institut für medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf erläutert, wie wichtig es ist, psychischen Krisen vorzubeugen, statt auf diese nur zu reagieren.

Neben diesen medizinischen Beiträgen finden sich aber auch wieder ganz unterschiedliche Berichte aus der Frauenselbsthilfe mit ihrem regen Vereinsleben und Tipps für einen guten Umgang mit einer Krebserkrankung. Sollten Sie Vorschläge für Themen haben, über die Sie gern mehr erfahren würden, dann freuen wir uns auf Ihre Zuschriften an: redaktion@frauenselbsthilfe.de

Ich wünsche Ihnen eine gute Zeit.

Ihre

Karin Meißler

Bundvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs



Autor
dieses Beitrags



Prof. Dr. Jürgen Wolf,
Centrum für Integrierte
Onkologie (CIO) Köln-Bonn
am Universitätsklinikum
Köln

Fortschritte in der Behandlung von Lungenkrebs

Erkenntnisse aus der Genforschung

Lungenkrebs ist die häufigste Krebstodesursache, nicht nur in Deutschland, sondern auch weltweit. Bei Männern steht Lungenkrebs schon länger an der Spitze dieser unrühmlichen Statistik. Bei Frauen hat die Erkrankung in den vergangenen Jahren in den entwickelten Ländern den Brustkrebs als Krebstodesursache Nr. 1 überholt. Das liegt im Wesentlichen daran, dass seit 30 bis 40 Jahren immer mehr Frauen rauchen. Allerdings kann Lungenkrebs auch bei Menschen auftreten, die nie geraucht haben. In Deutschland betrifft ungefähr jede fünfte Lungenkrebs-Diagnose einen dieser Nie-Raucher.

Insgesamt erkranken in Deutschland ca. 50.000 Menschen pro Jahr an Lungenkrebs, davon etwa ein Drittel Frauen. Pathologisch (krankheitsbezogen) werden die Tumoren in nicht-kleinzellige und kleinzellige Bronchialkarzinome unterteilt. Die nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinome stellen über 80 Prozent aller Lungenkrebsfälle dar. Sie werden in der Regel noch einmal in Adenokarzinome, Plattenepithelkarzinome und einige seltenere Untergruppen unterschieden.

Leider wird der Tumor bei den meisten Patienten (mehr als 80%) in einem Stadium erstdiagnostiziert, in dem er nicht mehr operabel ist. Für Betroffene, bei denen der Tumor entweder lokal schon weit fortgeschritten ist oder Fernmetastasen in Leber, Nebenniere, Knochen, Gehirn oder anderswo vorliegen, war die Chemo- und ggf. ergänzend die Strahlentherapie über Jahrzehnte die einzige Behandlungsmöglichkeit – und das bei meist nur schwacher Wirksamkeit und erheblichen Nebenwirkungen. Die Hälfte der Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs, die mit einer Standardchemotherapie behandelt werden, haben keine gute Prognose.

Achillesferse des Tumors angreifen

Erkenntnisse aus der Genom-Forschung haben in den vergangenen zehn Jahren ein besseres Verständnis der biologischen Grundlagen des Krebswachstums ermöglicht. Bei einem Teil der an Lungenkrebs Erkrankten können Mutationen in den Tumoren nachgewiesen werden, die verantwortlich für das unkontrollierte Wachstum der Krebszellen sind. Da diese Mutationen den Tumor sozusagen „antreiben“, nennt man sie auch Treibermutationen. Wird die Funktion der Treibermutationen nun mit einem zielgerichteten Medikament (einem sogenannten Kinase-Inhibitor) gehemmt, hört auch die Krebszelle auf zu wachsen. Die Treibermutation ist also nicht nur verantwortlich für das bösartige Wachstum, sondern sie stellt auch die therapeutisch angehbare, verletzliche Stelle, die Achillesferse des Tumors dar.

Beispielsweise ist bei ca. zwölf Prozent der Patienten mit Adenokarzinom im Tumorgewebe ein Wachstumsfaktor-Rezeptor, der sogenannte EGF-Rezeptor (EGFR), nachweisbar. Werden Patienten mit einer solchen Mutation nun mit einem EGFR-Hemmer (EGFR-Inhibitor) behandelt, so ist die Wirksamkeit deutlich höher als bei einer Chemotherapie: die Tumorschrumpfrate ist zwei- bis dreimal so hoch, ebenso die Zeitdauer, in der sich der Tumor kontrollieren lässt. Auch das Gesamtüberleben ist im Mittel um ca. zwei Jahre verlängert. Dabei ist das Medikament im Vergleich zur Chemotherapie deutlich besser verträglich und kann als Tablette eingenommen werden.

Drei solcher EGFR-Inhibitoren stehen mittlerweile in Deutschland zur Verfügung (Tarceva, Iressa, Giotrif). Voraussetzung für den Einsatz ist aber der Nachweis der Mutation im Tumorgewebe bereits bei der Erstdiagnose. Interessanterweise haben Frauen mit einem Adenokarzinom, die nie geraucht haben, besonders häufig EGFR-Mutations-positive Lungentumoren.

ermöglichen wirkungsvollere Therapien

Eine weitere Treibermutation betrifft Veränderungen im ALK-Krebsgen. Diese ALK-positiven Tumoren finden sich bei nur ca. vier Prozent der Patienten mit Adenokarzinom, auch hier wieder besonders häufig bei nie-rauchenden Frauen. Wird diese Veränderung im ALK-Gen gefunden, so kann mit dem spezifischen ALK-Inhibitor „Xalkori“ auch hier wieder deutlich wirksamer und nebenwirkungsärmer behandelt werden, als es mit einer Chemotherapie möglich wäre. Das Medikament Xalkori ist auch bei einer anderen Treibermutation, der sogenannten ROS1-Translokation wirksam. Diese Genveränderung findet sich bei nur einem Prozent aller Patienten mit Adenokarzinom. Auch hier ist die zielgerichtete Therapie der Chemotherapie weit überlegen.

Zielgerichtete Therapien der Chemotherapie weit überlegen

Bei ungefähr der Hälfte aller Patienten mit Lungenkrebs sind mittlerweile solche Treibermutationen nachweisbar; allerdings gibt es momentan noch nicht für alle diese Mutationen wirksame Medikamente. Zum Teil werden sie aber bereits in klinischen Studien auf ihre Wirksamkeit getestet.

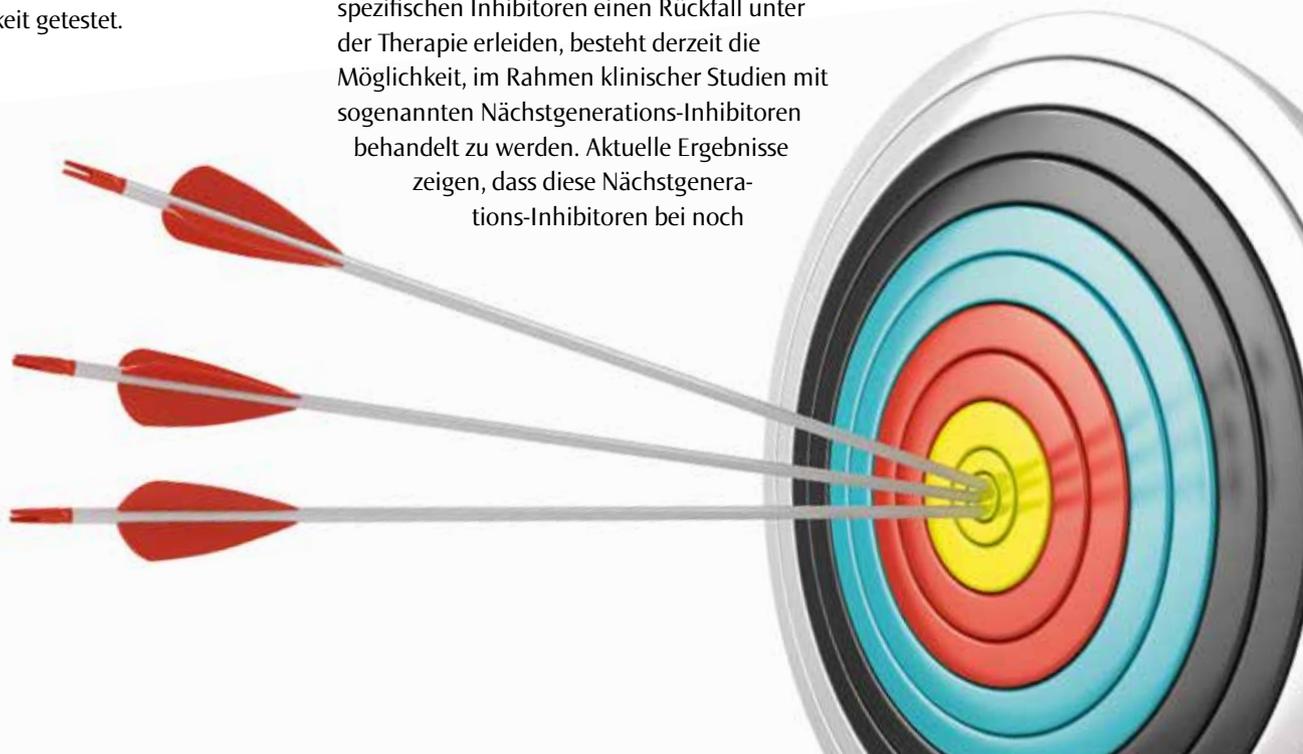
Einschluss in eine klinische Studie prüfen lassen

Alle erfolgreichen zielgerichteten Therapien kommen zurzeit bei Patienten mit Adenokarzinom zum Einsatz. Für Patienten mit Plattenepithelkarzinom oder kleinzelligem Bronchialkarzinom gibt es leider noch keine solchen Therapien.

Auch wenn also die Treibermutations-gerichtete Therapie vorerst nur bei dem kleineren Teil der an Lungenkrebs Erkrankten möglich ist, sollte grundsätzlich bei allen Patienten mit Adenokarzinom durch einen erfahrenen Molekularpathologen eine Untersuchung auf Veränderungen in den EGFR-, ALK- und ROS-Genen bereits vor der ersten Therapieentscheidung erfolgen. Hierauf sollten die Betroffenen bestehen. Sind die Untersuchungen negativ, sollte bei einem Rückfall nach Chemotherapie auch auf die übrigen Treibermutationen getestet werden, um hier ggf. den Einschluss in eine klinische Studie zu ermöglichen.

Wenn Patienten mit Veränderungen im EGFR- oder ALK-Gen und Therapie mit den spezifischen Inhibitoren einen Rückfall unter der Therapie erleiden, besteht derzeit die Möglichkeit, im Rahmen klinischer Studien mit sogenannten Nächstgenerations-Inhibitoren behandelt zu werden. Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass diese Nächstgenerations-Inhibitoren bei noch

Bei allen Patienten mit Adenokarzinom sollte eine Untersuchung auf Genveränderungen bereits vor der ersten Therapieentscheidung erfolgen. Hierauf sollten die Betroffenen bestehen.



Fortschritte in der Behandlung von Lungenkrebs – Erkenntnisse aus der Genforschung ermöglichen wirkungsvollere Therapien

Es ist damit zu rechnen, dass Nächstgenerations-Inhibitoren in Kürze auch in Deutschland außerhalb klinischer Studien zur Verfügung stehen. Auch darauf sollten Patienten ihren Arzt ansprechen.

besserer Verträglichkeit sehr wirksam sind. Es ist damit zu rechnen, dass sie in Kürze auch in Deutschland außerhalb klinischer Studien zur Verfügung stehen. Auch darauf sollten an Lungenkrebs Erkrankte ihren Arzt ansprechen.

Immuntherapie zeigt beeindruckende Wirksamkeit

Es ist ein alter Traum von Wissenschaftlern, das körpereigene Immunsystem gegen Tumorzellen zu aktivieren und so die Krebserkrankung zu besiegen. Seit Jahrzehnten jedoch verliefen gerade beim Lungenkrebs fast alle klinischen Studien erfolglos. Eine neue, erst wenige Jahre alte Entwicklung ist die Therapie mit sogenannten Immuncheckpoint-Inhibitoren. Ihre Wirkung kann man sich wie folgt vorstellen: Die körpereigenen T-Zellen (T-Lymphozyten) können bestimmte Zielmoleküle (Epitope) auf Tumorzellen erkennen. Diesem Erkennungsprozess kann eine Aktivierung der T-Zellen folgen, die letztlich dazu führt, dass diese T-Zelle die Tumorzelle abtötet.

An diesem Prozess ist eine Vielzahl positiv und negativ regulierender Moleküle beteiligt. Insbesondere die negativ regulierenden Funktionen

wurden in den vergangenen Jahren besser verstanden. Im Mittelpunkt des Interesses stehen hier die Moleküle PD1 und PDL1. Antikörper gegen diese Moleküle heben die hemmende Wirkung auf die T-Zellen auf, sie lockern sozusagen die Bremse des Immunsystems. Diese Antikörper werden Immuncheckpoint-Inhibitoren genannt. Sie werden als Infusion alle zwei bis drei Wochen verabreicht.*

Kürzlich konnte in zwei großen Studien gezeigt werden, dass sowohl bei Adeno- als auch bei Plattenepithel-Karzinomen der Lunge nach Versagen der Erstlinien-Chemotherapie einer dieser Antikörper (Nivolumab) deutlich besser wirkt als eine Chemotherapie, und zwar sowohl hinsichtlich der Tumorschrumpfrate, als auch des Gesamtüberlebens. Die Therapie hat zwar auch Nebenwirkungen, aber deutlich weniger schwerwiegende als die Chemotherapie. Aufgrund dieser Studien wurde das Medikament bereits in den USA zugelassen und wird in Kürze auch in Deutschland zur Verfügung stehen.

Offensichtlich gibt es bei dieser Therapie Patienten, die besonders lange, auch noch nach Absetzen der Therapie, tumorfrei bleiben oder zumindest kein Tumorwachstum aufweisen. Wie ausgeprägt dieser Effekt ist, werden Studien schon in naher Zukunft zeigen. Der Einsatz dieser Medikamente als Erstlinien-Therapie alternativ zur Chemotherapie wird zurzeit in klinischen Studien geprüft. Somit besteht jetzt auch für Patienten ohne therapierbare Treibermutationen die Möglichkeit, eine biologisch begründete Therapie mit höherer Wirksamkeit als die Chemotherapie zu erhalten.



*Siehe hierzu auch den Beitrag zur Immuntherapie in Ausgabe 2/2015, S. 4-5

20 Jahre medizinische Leitlinien in Deutschland

Woher wissen Ärzte eigentlich, wie sie eine Erkrankung am besten behandeln? Ist doch klar: Sie haben dafür Medizin studiert und eine Facharztausbildung gemacht. Doch die Entwicklung in der Medizin ist rasant. Können da alle immer am Ball bleiben?

Um die Qualität der medizinischen Versorgung auf einem gleichhohen Niveau zu sichern, egal wo ein Patient sich in Deutschland in Behandlung begibt, beschloss die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vor 20 Jahren, medizinische Leitlinien zu entwickeln. Diese Leitlinien sollten außerdem sicherstellen, dass Patienten nur mit Methoden untersucht oder behandelt werden, für die ein gesicherter Nachweis der Wirksamkeit, also ihrer Evidenz, vorliegt.

Seither fasst die AWMF zu bestimmten Gesundheitsproblemen die jeweils wichtigsten „evidenzbasierten“ Aussagen zu Leitlinien zusammen. Dabei wird der aktuelle Wissensstand zu Vorbeugung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge einer Erkrankung dargestellt, um es Ärzten zu erleichtern, ihren Patienten die jeweils beste Empfehlung geben zu können. Um den aktuellen Stand des medizinischen Wissens abzubilden und den medizinischen

Fortschritt zu berücksichtigen, werden die Leitlinien regelmäßig überprüft und fortgeschrieben.

Für den Bereich der Onkologie hat die AWMF im Jahr 2008 gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe ein spezielles Programm ins Leben gerufen, um die Entwicklung und Fortschreibung sowie den Einsatz wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinien in diesem Bereich besonders zu fördern und zu unterstützen. Außerdem wurde beschlossen, parallel zu den medizinischen Leitlinien auch sogenannte Patientenleitlinien zu erstellen, die speziell auf die Informationsbedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet sind.

Seit Beginn des Leitlinienprogramms im Jahr 1995 wurde viel bewegt: ca. 700 Publikationen befinden sich heute im Leitlinienregister der AWMF – 131 davon erfüllen die Kriterien der höchsten Evidenzklasse S3, darunter 14 Leitlinien zu onkologischen Themen. Zu zehn der onkologischen Leitlinien gibt es auch eine Patientenleitlinie. 15 weitere onkologische Leitlinien befinden sich zurzeit in der Entwicklung.

Redaktion perspektive

Behandlungsleitlinie

Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen medizinischen Erkenntnisstand wiedergeben sollen. Der Begriff „Leitlinie“ unterliegt keiner Normierung, weshalb sie von sehr unterschiedlicher Qualität sein können. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat daher ein System entwickelt, nach dem Leitlinien in drei Entwicklungsstufen von S1 bis S3 klassifiziert werden, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe darstellt. Bei den innerhalb des Leitlinienprogramms Onkologie erarbeiteten Leitlinien handelt es sich immer um S3-Leitlinien.

Alle onkologischen Leitlinien finden Sie im Internet unter:

<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>

Alle Patientenleitlinien finden Sie hier:

<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Patientenleitlinien.8.0.html>

Hautveränderungen gut behandeln

Geeignete Maßnahmen während

Veränderungen der Haut und damit auch der Haare, Talgdrüsen und Nägel sind bei Chemotherapien häufig. Sie wirken sich negativ auf das Selbstwertgefühl der Betroffenen aus und behindern soziale Kontakte. Außerdem können sie schmerzhaft und im Alltag hinderlich sein. Im folgenden Beitrag wird dargestellt, welche Hautveränderungen nach Chemotherapien auftreten können und welche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Chemotherapien haben das Ziel, das Wachstum sich schnell teilender Zellen zu behindern. Neben den Tumorzellen werden daher auch Hautzellen geschädigt, da diese sich ebenfalls schnell teilen. Ein weiterer Grund für eine Schädigung der Haut während einer Chemotherapie ist, dass die eingesetzten Medikamente die Haut aufgrund ihrer guten Durchblutung besonders gut erreichen.

Haarausfall

Eine gefürchtete Nebenwirkung einer Chemotherapie ist der Haarausfall. Ursache hierfür ist die Schädigung der zur Haut gehörenden Haarfollikel. Wie stark diese Nebenwirkung auftritt, ist abhängig von der Art der Chemotherapie, ihrer Dosierung, der Frequenz der Anwendung und der Gesamtdauer der Behandlung. Chemotherapeutika können auch den Aufbau der Haare selbst stören. Diese werden dann unter geringem Druck brüchig. Da die Haarfollikel in der Regel nicht dauerhaft geschädigt werden, wachsen die Haare nach Beendigung der Therapie wieder. Dennoch beklagen einige Patienten Veränderungen bezüglich Textur, Volumen und Farbe.

Therapeutische Möglichkeiten, den Haarausfall zu verhindern, gibt es kaum. Es besteht zwar die Möglichkeit, die Kopfhaut durch spezielle Hauben zu kühlen. Doch der Effekt ist begrenzt und die Krankenkassen übernehmen die Kosten hierfür nicht. Eine gewisse Wirkung kann durch das Auftragen einer zweiprozentigen Minoxidil-Lösung zweimal täglich während und nach der Chemotherapie erreicht werden. Diese

Therapie ist jedoch nur bedingt empfehlenswert, da gerade während einer Chemotherapie der Körper nicht noch durch weitere Wirkstoffe belastet werden sollte. Einer Entscheidung für diese Maßnahme sollte daher eine gewissenhafte Abwägung von Nutzen und Risiko vorangehen.

Hautrötungen (Erythem)

Während einer Chemotherapie können flächenhafte Rötungen der Haut auftreten – sogenannte Erytheme. Ein klassisches infektiöses Erythem ist das Erysipel. Es tritt häufig auf, wenn der Lymphabfluss durch eine Entfernung der Lymphknoten z.B. nach einer Brustkrebs-Operation behindert ist und sich ein Lymphödem entwickelt hat. Dann besteht in dem betroffenen Arm die Gefahr einer Streptokokken-Infektion. Diese äußert sich mit Fieber, flächenhafter, scharf begrenzter Rötung und Schmerzen. Kühlen hilft dann zwar, weil es das subjektive Empfinden verbessert. Es stellt jedoch einen Reiz dar, der vermieden werden sollte. Hier ist eine Antibiotika-Therapie geboten. Da Erysipela häufig wiederkehren, entwickeln viele Patientinnen aber ein gutes Gespür dafür, wann Gefahr droht. In diesem Fall hilft frühzeitiges Kühlen und Ruhighalten, um einen Ausbruch zu verhindern.

Die Haut kann auch durch die Medikamente geschädigt werden, die bei zielgerichteten Therapien eingesetzt werden. Dies ist insbesondere bei immunologischen Therapien der Fall wie der Gabe von Herceptin. Treten entsprechende Probleme auf, sollte das Medikament abgesetzt oder gewechselt werden. Geht das nicht, ist eine symptomatische Behandlung erforderlich. Hier können z.B. Umschläge mit Eiswasser und das Auftragen entzündungshemmender Salben sehr hilfreich sein. Liegt neben der Hautveränderung auch Fieber vor, sollte jedoch zunächst von einer Infektion ausgegangen und eine Antibiotika-Therapie begonnen werden.



und nach der Chemotherapie

Veränderungen der Finger- oder Fußnägel

Finger- und Fußnägel sind das Hornprodukt spezialisierter Hautzellen. Chemotherapien können die Farbe und Struktur der Nägel verändern. Es bilden sich querverlaufende, weißliche Linien, die nach und nach wieder auswachsen. Insbesondere bei einer Behandlung mit dem Wirkstoff Docetaxel bei Brustdrüsenkrebs kann es zu Veränderungen der Nagelfarbe kommen, die ca. acht Wochen nach Therapiebeginn auftreten und nach Absetzen des Medikamentes wieder verschwinden. Docetaxel gehört zur Gruppe der Taxane. Auch andere Taxane, z.B. Paclitaxel, verursachen Hautveränderungen.

Einen erfreulichen Aspekt haben die Nagelveränderungen unter Docetaxel: In einer retrospektiven Studie hat sich gezeigt, dass ausgeprägte Veränderungen der Nägel unter einer Therapie mit Docetaxel ein Zeichen für ein gutes Ansprechen der Therapie und damit ein verlängertes Gesamtüberleben sein können.

Neben den rein optischen Veränderungen der Nägel kann eine Chemotherapie aber auch eine Unterbrechung der Verbindung zwischen Nagelplatte und Nagelbett oder Schäden des umgebenden Weichteilgewebes bewirken. Um Nagelveränderungen bzw. -schädigungen während der Chemotherapie vorzubeugen, gibt es viele Möglichkeiten:

- Die Nägel kurz schneiden und Nagellack auftragen – eine professionelle Maniküre und Pediküre ist hier ausgesprochen sinnvoll!
- Sonnenbäder und den Kontakt mit irritierenden Substanzen wie z.B. Putzmitteln vermeiden.
- Während der Therapie viel Wasser bzw. Kräuter- oder Früchtetee trinken.

- Druck und Zug auf die Fuß- und Fingernägel vermeiden und eventuell antiseptische Socken sowie Baumwoll-Handschuhe tragen.
- Die Haut mit Badeöl statt Seife waschen; dabei kein heißes, sondern lauwarmes Wasser nutzen und im Anschluss Feuchtigkeitscreme auftragen.

Durch immunologische Therapien, die auf einer Unterdrückung des Immunsystems basieren, sind außerdem Infektionen der Nägel durch Bakterien oder Pilze möglich. Dann muss meist eine medikamentöse Therapie erfolgen. Bei einer bakteriellen Infektion werden gezielt antibiotische Salben eingesetzt. Es kann auch eine kurzfristige Behandlung mit einer Kortison-haltigen Salbe sinnvoll sein. Tritt eine Pilzinfektion auf, hilft meist eine antimykotische (gegen Pilze wirkende) Creme. Ist die Entzündung jedoch sehr schwer, muss der betroffene Nagel entfernt werden. Im Regelfall wächst dieser wieder nach.

Um eine Chemotherapie-induzierte Hautentzündung im Nagelbett effektiv zu behandeln, die mit Knötchenbildung (pyogenen Granulomen) einhergeht, kann wöchentlich eine Silbernitrat-Lösung aufgetragen werden.

Hand-Fuß-Syndrom (HFS)

Das Hand-Fuß-Syndrom beschreibt Veränderungen der Handinnenflächen und der Fußsohlen unter einer medikamentösen Therapie. Es können auch die Zehenzwischenräume, die Ellbogen, die Knie und die Ohren betroffen sein. Das Syndrom wird durch bestimmte Zytostatika (Zellgifte) hervorgerufen, die in der Chemotherapie eingesetzt werden und sich besonders in den Schweißdrüsen des Körpers konzentrieren. Folgende Zytostatika führen häufig zu einem HFS: Capecitabin, Doxorubin (besonders liposomales = Caelyx) und Taxane (Docetaxel häufiger als Paclitaxel).

Autoren
dieses Beitrags



Dr. Jochem Potenberg,
Arzt für Innere Medizin,
Hämatologie und Onkologie
Oberarzt der Klinik für
Innere Medizin und
Kordinator des Ambulanten
Onkologischen Zentrums



Dr. Gisela Sproßmann-Günther,
Apothekerin für klinische
und onkologische Pharmazie,
Apothekenleiterin

Beide Evangelisches
Waldkrankenhaus Spandau,
Berlin

Hautveränderungen gut behandeln – Geeignete Maßnahmen während und nach der Chemotherapie

Wird nach dem ersten Auftreten von Hautveränderungen die Therapie unverändert fortgesetzt, tritt eine Verschlimmerung des HFS ein, die auch mit Schmerzen und Mißempfindungen einhergehen kann. Daher sollten bereits beim ersten Auftreten von Beschwerden geeignete therapeutische Schritte oder auch eine Dosisanpassung der Chemotherapie erfolgen.

Akne-ähnliche Hautentzündung

Die Akne-ähnliche Hautentzündung beruht auf Veränderungen der Talgdrüsen im Bereich der Haarfollikel und ist eine charakteristische Nebenwirkung von zielgerichteten Therapien, z.B. Antihormontherapien. Bei diesen Therapien muss in über 90 Prozent der Fälle mit einem Ausschlag gerechnet werden. Hier gibt es eine Reihe vorbeugender Maßnahmen, die sehr wirksam sind, wie in Studien eindrucksvoll gezeigt wurde.

Folgende Maßnahmen sollten während einer zielgerichteten Therapie daher unbedingt erfolgen:

- Gesicht, Hände, Füße, Nacken, Brust und Rücken täglich eincremen, z.B. mit einer 10-prozentigen Urea-Creme.
- Sonnenschutzcreme bei jedem Aufenthalt im Freien nutzen.
- Vor dem Schlafengehen auf Gesicht, Hände, Füße, Nacken, Brust und Rücken eine 1-prozentige Kortison-Salbe auftragen.
- Zweimal täglich eine Tablette (100 mg) des Antibiotikums Doxzyklin bis zum Abklingen der Beschwerden und noch zwei bis drei Tage darüber hinaus einnehmen (ca. 10 - 15 Tage). Schlägt das Mittel nicht an, sollte der Keim bestimmt und das Antibiotikum gewechselt werden.

Fazit

Da Hautveränderungen nicht nur unschön, sondern auch sehr lästig und schmerzhaft sein können, sollte diese Nebenwirkung einer Chemotherapie möglichst vermieden oder gering gehalten werden. Geeignete Maßnahmen dafür sind vorhanden. Patienten sollten ihren behandelnden Arzt auf erste Symptome unbedingt hinweisen und mit ihm Behandlungsmöglichkeiten besprechen. Je weniger Nebenwirkungen dieser Art auftreten, umso größer ist auch die Therapietreue der Patienten und damit der Therapieerfolg.



Die Krankheit kennt keine Grenze

Selbsthilfe-Freundschaften im Grenzland von Deutschland und Polen

„Wir gehören doch jetzt zu Euch, da wollten wir mal vorbei schauen.“ Mit diesen Worten schneiten Mitglieder der polnischen Krebs-Selbsthilfegruppe „Amazonen“ aus Gorzów im Jahr 2004 bei einem FSH-Gruppentreffen in Frankfurt/Oder herein, kurz nachdem Polen in die europäische Union aufgenommen worden war. „Zunächst waren wir ganz baff“, erzählt Gruppenleiterin (und zugleich Bundesschatzmeisterin) Gisela Siegeris. „Aber die polnischen Frauen sind so herzlich und unkompliziert, dass wir sehr schnell Freundschaft geschlossen haben.“ Seither knüpfen gegenseitige Besuche ein enges Band über Ländergrenzen hinweg. Das gemeinsame Schicksal schweißt zusammen.

Freundschaftliche Beziehungen nach Polen pflegt auch die FSH-Gruppe im grenznah gelegenen Städtchen Schwedt. Sie trifft sich regelmäßig mit den Amazonen aus Gryfino und Chojna. „Wir befruchten uns gegenseitig“, erläutert Doris Koch, Leiterin der Gruppe Schwedt. Die Polinnen sind z.B. sehr interessiert daran, dass es in Deutschland Fachgeschäfte für Prothesen-BHs und -Badeanzüge gibt, in denen eine besondere Beratung erfolgt. Sie setzen sich jetzt verstärkt dafür ein, diese Möglichkeit auch in Polen zu bekommen.

Im vergangenen Jahr hat die FSH-Gruppe Schwedt an einem Volksfest in Gryfino

teilgenommen und sich dort mit einem Stand präsentiert. Die FSH-Broschüren fanden trotz deutscher Sprache großes Interesse bei den Besucherinnen. Und schon mehrfach haben FSH-Gruppen am Marsch der Hoffnung in Polen teilgenommen. Ziel dieser Aktion ist es, mehr Frauen für das Thema Krebs und für Krebs-Früherkennungsuntersuchungen zu sensibilisieren.

Die polnischen Gruppen wiederum werden auch zu Vortragsveranstaltungen ins Brustzentrum Schwedt eingeladen, bei denen die Vorträge dann entweder auf Polnisch gehalten oder simultan übersetzt werden.

Und es gibt noch weitere grenzüberschreitende Projekte. Eines davon ist das von der EU geförderte Hypotherapielager in Przylep, in dem deutsche und polnische Frauen mit Brustkrebs gemeinsam eine Therapiewoche verbringen können. Dieses Angebot findet auf beiden Seiten sehr regen Zuspruch (siehe auch Bericht in der perspektive 1/2012; www.frauenselbsthilfe.de).

Doris Koch wurde kürzlich von den Amazonen aus Gryfino und Chojna zum Ehrenmitglied ernannt. Sie trägt nun stolz den Titel „Amazone“.

Redaktion perspektive



Autor
dieses Beitrags



Dr. Frank Schulz-Kindermann,
Leiter der Spezialambulanz
für Psychoonkologie
Institut für Medizinische
Psychologie
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf (UKE)

Aus allen Wolken gefallen

Psychoonkologische Begleitung zwischen

Marita G. weiß seit fünf Tagen, dass sie Brustkrebs hat. Ein Zufallsbefund, denn ihre Hausärztin hatte sie wegen eines nicht abklingenden Infekts gründlicher untersucht und unter ihrer Achselhöhle geschwollene Lymphknoten entdeckt. Nun soll sie früh morgens im Brustzentrum sein, wo weitere Untersuchungen vorgenommen werden und sie dann wohl operiert wird. Einerseits ist sie froh, dass nun alles so schnell geht, aber andererseits: Was bedeutet das alles für sie? Sie fühlt sich beklommen und alleingelassen, obwohl die Familie um sie herum – insbesondere ihr Mann – großen Anteil nimmt. Den Kindern hat sie es nicht gesagt, die sind ja noch zu klein.

So wie Marita G. geht es vielen Menschen zu Beginn einer Krebserkrankung: Die Symptome sind unspezifisch und nicht besonders schmerzhaft. Wenig deutet zunächst darauf hin, dass es sich um etwas Lebensbedrohliches handeln könnte. Und bald sieht es so aus, als könne man sich auf die eigenen Körpersignale überhaupt nicht verlassen, denn die Deutungshoheit übernehmen nun Spezialisten. Nur sie können erkennen, dass es sich um eine Krebserkrankung handelt und weitere Maßnahmen geboten sind.

Viele Patienten schildern später, dass dies wie ein „Aus-allen-Wolken-“ und „Ins-Bodenlose-Fallen“ gewesen sei; dass es sich so anfühle, als sei das bisherige Leben vorbei und der Tod stünde bereits in diesem Moment vor der Tür. Dieser Vertrauens- und Kontrollverlust kann sehr nachhaltig sein. Er ist ein zentrales Thema in den häufig sehr viel später beginnenden psychoonkologischen Gesprächen.

Dr. Peter M., der Oberarzt des Brustzentrums, fängt auf dem Flur die Psychoonkologin Brigitte S. ab und schildert in wenigen Worten die Situation von Marita G., die soeben aufgenommen wurde. Deren Brustkrebs sei, wie einige Vorbefunde nahelegen, bereits in die Lymphknoten eingedrungen. Im Behandlungsraum nimmt Brigitte S. eine

kräftige, freundlich ihre Umgebung musternde Frau um die vierzig wahr. Gleichzeitig sieht sie vor ihrem inneren Auge einen Menschen, der vielleicht befürchtet, nur noch über begrenzte Lebenszeit zu verfügen.

Wie kann die Psychoonkologin der Patientin in dieser Situation angemessen begegnen? Brigitte S. könnte ihre Rolle und mögliche psychosoziale Angebote vorstellen. Im Anschluss könnte ein Plan für das weitere Programm erstellt werden: Termine für eine Gesprächstherapie, ein Entspannungs- und Imaginationsstraining, eine Sozialberatung, Teilnahme an der Kunsttherapiegruppe und einer Selbsthilfegruppe. Aber kann sich ein Mensch, der sich in einer neuen, schwer verständlichen



medizinischen Anforderungen und dem freien Fall

und potenziell lebensbedrohlichen Situation befindet, in einem solchen Angebotsdschungel zurechtfinden und davon profitieren? Hier ist es zunächst wichtig, Orientierung anzubieten und sich „auf Augenhöhe“ mit den Betroffenen zu verständigen.

Was bedeutet das für die Begegnung der Psychoonkologin und der Patientin? Was kann Brigitte S. tun, um die aktuelle Befindlichkeit von Marita G. zu verbessern? Wenn sie auf die Besorgnis ihrer Patientin eingeht, wird diese vielleicht abwehren und betonen, wie sehr es ihr jetzt auf eine genaue Befolgung aller Behandlungsmaßnahmen und auf eine gute Organisation ihres Alltags ankommt. Fragen hinsichtlich des „Warum“ wird sie unter

Umständen vehement zurückweisen. Diese Reaktion tritt häufig ein und ist verständlich. Doch heute wissen wir, dass es günstiger ist, psychischen Krisen vorzubeugen, als erst auf sie zu warten und dann zu reagieren.

Die Psychoonkologie gewinnt daher immer mehr an Bedeutung. Sie ist mittlerweile ein akademisches Feld, das über einen großen Fundus an Grundlagenwissen, Daten hinsichtlich der Häufigkeit psychischer Belastungen und Störungen sowie gesicherter Erkenntnisse bezüglich wirksamer psychologischer Maßnahmen verfügt. An zertifizierten Krebsbehandlungszentren ist ein psychoonkologisches Angebot deshalb verpflichtend.

Wir kennen Einzel-, Paar- und Gruppenangebote, die vor, während und nach der Krebstherapie hilfreich sein können: Einige psychoonkologische Therapien zielen auf eine Erweiterung der Bewältigungsfertigkeiten. Das bedeutet, dass den Patienten ein psychologischer „Werkzeugkoffer“ zur Verfügung gestellt wird, mit dem sie möglicherweise auftretenden Problemen besser begegnen können.

Das können z.B. Stressbewältigungsstrategien sein, wie wir sie auch aus dem beruflichen Kontext kennen. Zumeist gehören Entspannungs- und Imaginationstechniken dazu, häufig auch eine Art „Unterricht“, in dem die Patienten erfahren, welche Aufgaben auf sie während der onkologischen Behandlung zukommen und wie sie sich auf eine Rückkehr in den Alltag vorbereiten können.



Psychoonkologische Begleitung zwischen medizinischen Anforderungen und dem freien Fall

Vor allem geht es aber darum, ein Gegenüber zu den massiven Ängsten zu schaffen, das zuweilen Monströse aus dem Dunkeln zu holen und in den Raum zu stellen. Wir Psychoonkologen nennen das „Entgiften“, denn auf diese Weise können wir einen Möglichkeitsraum öffnen und alles Erdenkliche Gestalt gewinnen lassen. So kann der Angst begegnet werden.

Wenn bei den Betroffenen die eigenen Ressourcen aber vollkommen erschöpft scheinen und starke, das normale Maß weit übersteigende, unangenehme Emotionen den Alltag bestimmen, bieten Psychoonkologen intensivere Therapien an. Symptome, die auf diesen Zustand hinweisen, können sehr unterschiedlich sein. Sie reichen von unentwegtem Grübeln darüber, dass die Krankheit jederzeit wiederkehren und voranschreiten könnte, über tiefe Niedergeschlagenheit und sozialen Rückzug bis hin zu extrem verändertem Erleben der eigenen Umwelt bzw. der eigenen Person mit posttraumatischem Charakter.

Viele der beschriebenen psychischen Belastungen treten im zeitlichen Zusammenhang mit belastenden Ereignissen auf wie der Einleitung einer onkologischen Therapie; manches aber auch stark verzögert erst nach Abschluss der Behandlung.

Wieder im Brustzentrum der Uniklinik; einige Monate sind vergangen. Die Psychoonkologin hat Marita G. nur ab und an während der Chemotherapie gesehen. Diese machte einen stabilen Eindruck und nahm keine psychoonkologischen Angebote in Anspruch. Nach Abschluss der Behandlung war sie in einer Rehabilitationsklinik und kommt mit der Empfehlung zurück, dass sie ihre Berufstätigkeit bald wieder aufnehmen kann.

Doch nun hat sich die psychische Lage der Patientin auf einmal massiv verändert: Marita G.

ist jetzt weinerlich und kaum zu trösten. Immer wieder bricht sie in Tränen aus, fühlt sich antriebslos, schnell erschöpft und hadert mit ihren „Unzulänglichkeiten“: Jetzt, wo die medizinische Behandlung praktisch abgeschlossen sei, müsse sie sich doch besser fühlen, klagt sie. Diese Anforderung höre sie auch aus ihrer Umgebung, insbesondere von ihrem Mann.

Wenn alle Therapien abgeschlossen sind und die Patienten diese mehr oder weniger gut überstanden haben, meldet sich die Seele wieder zurück. Nachdem alles psychische Erleben auf ein bloßes Funktionieren gerichtet war, realisieren viele Betroffene erst danach – das kann ein Jahr oder länger nach der Erstdiagnose sein –, was sie eigentlich hinter sich gebracht haben. Neben das Betrauern des Verlusts der körperlichen und seelischen Intaktheit tritt der Versuch, an alte Lebensfäden wieder anzuknüpfen. Wenn das nicht gelingt, kann es zu seelischen Störungen kommen.

Hier kann gute psychoonkologische Betreuung helfen, wieder ins Leben zurückzufinden. Sie kann einen kleinen, aber essenziellen Freiraum bieten, in dem Schreckensgestalten, Sehnsüchte, Traurigkeit und Verletzung Platz haben. In diesem Raum müssen die Patienten nichts leisten, sondern können einfach „sein“, bis ein wenig Vertrauen in ein neues Sein entstanden ist. So kann sich neue Hoffnung entwickeln und Vertrauen in Dinge, die infrage gestellt zu sein schienen.

Heute: Marita G. trifft sich nur noch in großen Abständen mit „ihrer“ Psychoonkologin. Rückblickend ist sie selbst erstaunt, welche Bedeutung diese therapeutische Beziehung hatte. Es ist ihr gelungen, Hoffnung und Zuversicht zu entwickeln, dass das Leben eine neue Ordnung bekommen kann – wie ein Patchwork, nicht perfekt, aber voller Spannung, mitten im Leben.

Kommunikationstraining für schwierige Gespräche

Diagnose Krebs! Schrecklich für diejenigen, die sie erhalten, aber auch nicht schön für diejenigen, die sie verkünden müssen. Viele Ärzte fühlen sich in dieser Rolle daher nicht wohl und einigen misslingt dann auch die Diagnosemitteilung gründlich.

Wie kann eine niederschmetternde Diagnose gut überbracht werden? Welche Nachrichten sind Betroffenen in diesem Moment zumutbar? Welche Informationen werden gebraucht? Was kann der Patient in der Schock-Situation aufnehmen? Wie gestaltet sich ein guter Umgang mit der Angst, Trauer oder Wut der Betroffenen und von deren Angehörigen? Um Ärzte in der Onkologie bestmöglich auf schwierige Gespräche vorzubereiten, wurde 2008 das Kommunikationstraining KoMPASS (Kommunikative Kompetenz zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung durch strukturierte Fortbildung) ins Leben gerufen – gefördert durch die Deutsche Krebshilfe.

Die Schulungen werden in sieben deutschen Krebszentren angeboten und von den Experten der Universität Heidelberg geleitet, die „KoMPASS“ entwickelt haben. Ziel ist es, an Standards anzuschließen, wie sie z.B. in England und der Schweiz bereits mit Erfolg etabliert sind.

„In vielen Ländern gehören Kommunikationstrainings bereits zur Facharztweiterbildung“, erklärt Dr. Monika Keller vom Universitätsklinikum Heidelberg, die Mitbegründerin und Leiterin des Projekts ist.

In den praxisnahen Trainings üben die Teilnehmer in kleinen Gruppen mit erfahrenen Lehrkräften sowie speziell ausgebildeten Schauspielern, die in die Rolle von Betroffenen oder Angehörigen schlüpfen. Sie bekommen Einsichten in ihr eigenes Kommunikationsverhalten und erlernen Techniken der Gesprächsführung beim Überbringen schlechter Nachrichten.

„Sicher, auch die beste und einfühlsamste Gesprächsführung macht aus einer schlechten keine gute Nachricht“, so Dr. Bernd Sonntag von der Uniklinik Köln, einer der Betreuer des Kommunikationstrainings. Doch gute Gespräche schafften Vertrauen. Und darauf seien insbesondere Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen angewiesen, um Angst und Stress abzubauen zu können.

Diejenigen, die an dem Kommunikationstraining teilgenommen haben, erfahren laut einer Umfrage eine enorme Entlastung. Eine wissenschaftli-

che Begleitstudie mit 325 Ärzten belegt unter anderem einen dem Burnout vorbeugenden Einfluss. So sinke die Angst vor schwierigen Gesprächen und das Kommunizieren falle leichter. Bisher seien die Rückmeldungen der Teilnehmenden zum Training daher auch durchweg positiv, so die Studienleiter.

Trotzdem ist die Nachfrage nach „KoMPASS“ in Ärztekreisen bisher schwach. Die Arbeitsgruppe, die sich mit der Umsetzung von Zielvorgaben zur Patientenorientierung im Nationalen Krebsplan befasst, sieht die Gründe dafür unter anderem in der dominant biomedizinischen Orientierung der medizinischen Ausbildung und der vergleichsweise geringen ideellen und materiellen Würdigung von Gesprächsleistungen.

In einem Fachsymposium zur patientenzentrierten Kommunikation in der Krebsmedizin, veranstaltet vom Universitätsklinikum Heidelberg sowie dem Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums, an dem sich auch die Frauenselbsthilfe beteiligte, waren sich dann auch alle Experten einig, dass hier dringend umgedacht werden müsse.

Redaktion perspektive



Erst Chemotherapie – dann Operation

Vorteile der neoadjuvanten

Wer an Brustkrebs erkrankt, erhält sehr häufig im Anschluss an die operative Entfernung des Tumors auch eine Chemotherapie. Die Nebenwirkungen dieser Therapie sind manchmal schwerwiegend. Im folgenden Beitrag erläutern PD Dr. Cornelia Liedtke und Dr. Telja Pursche vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, inwiefern die neoadjuvante – also vor der Operation durchgeführte – Chemotherapie Vorteile für die Patientinnen haben kann.

Die Säulen einer Brustkrebstherapie umfassen – je nach Tumorart und -stadium – Operation, Strahlentherapie, Antihormontherapie, Antikörpertherapie und/oder eine Chemotherapie. Früher erfolgte in der Regel zunächst eine Operation (Tumor- und axilläre Lymphknotenentfernung). In Abhängigkeit des Ergebnisses (d. h. beispielsweise Tumorgöße und Lymphknotenbefall der Achselhöhle) wurde dann über die Notwendigkeit einer Chemotherapie entschieden.

Brustkrebs nicht gleich Brustkrebs

Bei den modernen Therapiestrategien kann nun bereits nach der ersten Gewebe-Entnahme aus dem Tumor (Stanzbiopsie) anhand des pathologischen Befundes in den meisten Fällen abgeschätzt werden, ob eine Chemotherapie im Laufe der Gesamtbehandlung notwendig sein wird. Dazu wird die „Tumorbiologie“ bestimmt, also die Eigenschaften des Tumors.

Hintergrund ist hier die Erkenntnis, dass Brustkrebs nicht gleich Brustkrebs ist, sondern vielmehr aus verschiedenen Untergruppen besteht. Diese Untergruppen zeigen einen mitunter sehr unterschiedlichen Krankheitsverlauf und bedürfen daher unterschiedlicher – zunehmend maßgeschneiderter – Therapien. Diese richten sich u.a. nach dem Vorhandensein oder Fehlen von sogenannten Hormonrezeptoren (Östrogen- und Progesteronrezeptor) und einem Wachstumsrezeptor, der als HER2/neu bezeichnet wird. Zusätzlich werden noch wei-

tere Informationen gewonnen, z.B. Angaben dahingehend, wie „unruhig“ der Tumor ist und wie schnell er sich teilt (sog. Grading und Ki-67-Eiweiß). Aus diesen Informationen kann größtenteils bereits vor jeglicher Operation die Notwendigkeit einer Chemotherapie abgeleitet werden.

Patientinnen, bei denen sich bereits zweifelsfrei abzeichnet, dass im Laufe der Behandlung eine Chemotherapie erfolgen muss, wird heute empfohlen, diese bereits vor der operativen Entfernung des Tumors zu machen. Diese präoperative Chemotherapie wird in Fachkreisen als „neoadjuvant“ oder „primär systemisch“ bezeichnet. Im Gegensatz hierzu erfolgt die „adjuvante“ Chemotherapie nach einer Operation.

Gründe für eine neoadjuvante Therapie

Gemäß den aktuellen Leitlinien sind die Gründe für die Empfehlung einer neoadjuvanten Therapie folgende:

- Einige Tumore sind bei Diagnosestellung bereits so groß, dass eine Operation nicht möglich ist; eine Chemotherapie kann eine Operabilität herstellen.
- Heutzutage wird generell angestrebt, brusterhaltend zu operieren. Durch die Verkleinerung des Tumors unter der Chemotherapie wird diese Möglichkeit verbessert.



Therapie bei Brustkrebs

- Während einer präoperativen Therapie kann mittels Ultraschall bestimmt werden, ob der Tumor sich verkleinert, eine Patientin also tatsächlich ausreichend auf eine Chemotherapie anspricht; bei Nicht-Ansprechen kann ggf. auf eine andere, besser wirksame Chemotherapie gewechselt werden.

Im optimalen Fall lässt sich nach der Chemotherapie in der Brust kein Tumor mehr nachweisen. In diesem Fall spricht man von einer pathologischen Komplettremission. Patientinnen, die diese erreichen, zeigen eine exzellente Prognose mit äußerst geringem Risiko für einen Rückfall.

Umfassende Aufklärung der Patientin erforderlich

Leider erhalten nach wie vor nicht alle Frauen eine neoadjuvante Chemotherapie, auch wenn diese begründet gewesen wäre. Teilweise mag das, wenn auch mit abnehmender Tendenz, am fehlenden Bewusstsein der behandelnden Ärzte für diese Möglichkeit liegen oder auch an der fehlenden Organisationsstruktur. In manchen Fällen sind es allerdings auch die Patientinnen, die die neoadjuvante Therapie ablehnen, da diese es mit sich bringt, dass der Tumor für die Dauer von weiteren 18 bis 24 Wochen in der Brust verbleiben muss. Viele Patientinnen ziehen aus Angst und aufgrund unzureichender Aufklärung die Operation als erste Therapiemaßnahme vor, „damit der Tumor erst mal weg ist“. Wichtig ist daher vor

allem eine umfassende Aufklärung über die Therapieoptionen und deren Begründung, damit die Patientin eine wohl überlegte Entscheidung treffen kann.

Insbesondere der Zeitgewinn zwischen Diagnosestellung und OP kann bei jüngeren Frauen bedeutungsvoll sein, da im Initialstadium des mit der Diagnose einhergehenden Schocks oft aus einem falschem Sicherheitsbedürfnis heraus unüberlegt eine komplette Brustentfernung ohne Wiederaufbau gewünscht wird. Nach ausreichender Bedenkzeit können für viele Frauen oft langfristig befriedigendere Lösungen gefunden werden, sei es die brusterhaltende Operation mit Bestrahlung oder die in Ruhe geplante Brustdrüsenentfernung mit Wiederaufbau.

Bei gutem Ansprechen ist der Therapieerfolg greifbar

Während einer neoadjuvanten Chemotherapie erfolgen regelmäßige Ultraschall-Kontrollen des Tumors, so dass anhand des sonographischen Bildes sofort erkannt werden kann, ob und wie gut eine Chemotherapie wirkt. Fast alle Patientinnen berichten, dass das fühlbare kleiner und/oder weicher werden und das sichtbare Schrumpfen des Tumors sehr stark dazu beitragen, die Chemotherapie gut durchzustehen.

So werden die Zyklen vor dem ersten Ultraschall von den meisten Patientinnen als wesentlich nebenwirkungsträchtiger beschrieben als die weiteren Zyklen, da bei gutem



Autoren
dieses Beitrags

PD Dr. Cornelia Liedtke,
Oberärztin
Leitung konservative Tumor-
therapie Studienzentrale



Dr. Telja Pursche,
Oberärztin
Klinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Beide Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck

Die neoadjuvante (präoperative) Therapie bei Brustkrebs

Ansprechen der Erfolg der Chemotherapie greifbarer ist und somit die Behandlung positiver empfunden wird.

Sollte sich unter den Kontrollen ein Fortschreiten des Tumors zeigen (was glücklicherweise nur sehr selten der Fall ist), so kann eine andere, besser wirksame Chemotherapie in Betracht gezogen oder die nicht-wirksame Chemotherapie zumindest abgebrochen werden. In klinischen Studien wird derzeit untersucht, welche Substanzen dann eingesetzt werden können.

Neben den klaren Vorteilen, die eine neoadjuvante Therapie den Patientinnen bietet, hat diese präoperative Therapieform auch große Vorteile für die Forschung. So können in Studien diejenigen Patientinnen identifiziert werden, bei denen bestimmte Chemotherapien besonders gut wirken. Der Einsatz von neoadjuvanten Therapien ermöglicht zudem viel schnellere Aussagen über neue Therapiekonzepte und deren Wirksamkeit. Früher konnten fundierte Aussagen oft erst nach fünf bis zehn Jahren oder länger getroffen werden. Heute profitieren Patientinnen somit deutlich schneller von modernen Therapiekonzepten bzw. vielversprechenden Therapieansätzen, da diese zeitnah weiterentwickelt werden.

Übertherapie muss nicht befürchtet werden

Eine „Übertherapie“ müssen Patientinnen durch die präoperative Therapie nicht fürchten, denn die neoadjuvante Chemotherapie darf nur dann eingesetzt werden, wenn nach aktuellem Kenntnisstand eine Chemotherapie, zu welchem Zeitpunkt auch immer, definitiv als notwendig erachtet wird. Bei Unklarheit über diese Notwendigkeit sollte eine neoadjuvante Chemotherapie nicht angewendet werden. Dann gilt es, weitere Untersuchungen

durchzuführen. In solchen Fällen erfolgen in der Regel zuerst die Brustoperation und die pathologische Untersuchung des gesamten Tumors sowie des Wächterlymphknotens der Achselhöhle.

Laut aktuellem Verständnis erhalten wahrscheinlich trotzdem immer noch zu viele Frauen eine Chemotherapie, da in einer unklaren Situation lieber eine Chemotherapie zu viel gegeben wird, als eine „Untertherapie“ zu riskieren. Es stellt sich also immer die Frage, wann man guten Gewissens auf eine Chemotherapie verzichten kann und wann nicht. Ziel aktueller Forschung ist es daher, diejenigen Frauen zu identifizieren, bei denen sicher (d.h. ohne Verschlechterung der Erkrankungsprognose) auf eine Chemotherapie verzichtet werden kann. Um künftig einer Vielzahl von Frauen mit Brustkrebs belastende Chemotherapien zu ersparen, ohne dabei ein Risiko bezüglich eines befürchteten Rückfalls einzugehen, laufen zurzeit verschiedene Studien.

Fazit:

- Sollte eine Chemotherapie unumgänglich sein, können Frauen durch eine neoadjuvante Therapie bei nachgewiesenem Tumoransprechen in der Fortführung der Therapie bestärkt werden.
- Neoadjuvante Therapiekonzepte stellen einen Ansatz dar, mit dessen Hilfe eine individualisierte, maßgeschneiderte Therapie für Patientinnen erreicht werden kann.
- Durch frühe Beurteilbarkeit der Wirksamkeit neoadjuvanter Therapien stellen diese ein wichtiges Werkzeug zur Entwicklung neuer Therapien im Rahmen klinischer Studien dar.

Gruppenjubiläen 3. Quartal

Land	Gruppe	Gründungsdatum
35 Jahre		
Baden-Württemberg	Brühl-Schwetzingen	1.7.1980
Hessen	Schotten-Nidda	1.7.1980
Baden-Württemberg	Sindelfingen	1.8.1980
Baden-Württemberg	Calw-Wildberg	1.9.1980
Hessen	Fulda	1.9.1980
Hessen	Rüsselsheim	1.9.1980
Nordrhein-Westfalen	Bottrop	1.9.1980
Bayern	Aschaffenburg	4.9.1980
Rheinland-Pfalz/Saarland	Neuwied	9.9.1980
30 Jahre		
Hessen	Eschwege	10.7.1985
Hessen	Büdingen	1.9.1985
20 Jahre		
Baden-Württemberg	Bad Friedrichshall	2.8.1995
10 Jahre		
Nordrhein-Westfalen	Brilon	22.7.2005
Baden-Württemberg	Ehingen	21.9.2005

Verblüfft gehört: Operation Schönheit



Dr. Hirthe, Berliner Koryphäe in plastischer Brustchirurgie, wird mit zwei Kugeln im Leib in seiner Praxis gefunden. Auf seiner Brust klebt eine Silikonprothese. Die Tat einer verzweifelten Brustkrebspatientin? Das vermutet die Kripo und ermittelt zentral gegen Mitglieder einer Krebs-Selbsthilfegruppe, die bei ihm in Behandlung waren. Dora Wulff, die Wohngenossin eines Gruppenmitglieds, kann das nicht glauben und beginnt auf eigene Faust zu ermitteln.

Verblüfft gehört, so könnte ich meinen Eindruck des Hörbuchs „Operation Schönheit“ von Barbara Ahrens zusammenfassen. Viele Passagen schildern erstaunlich gut die Gefühlslage nach einer Brust-OP, die Probleme mit dem eigenen Körperbild, die Auseinandersetzung mit Ärzten und vieles mehr. Hier beweist die Autorin großes Einfühlungsvermögen. Wer sich nicht an der feministisch anmutenden Tonlage des Krimis stört, dem könnte die Geschichte auch gefallen.

Ulrike Voß-Bös

stv. Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Aktuelle Meldungen

Informationen zu Studien auch für Patienten zugänglich

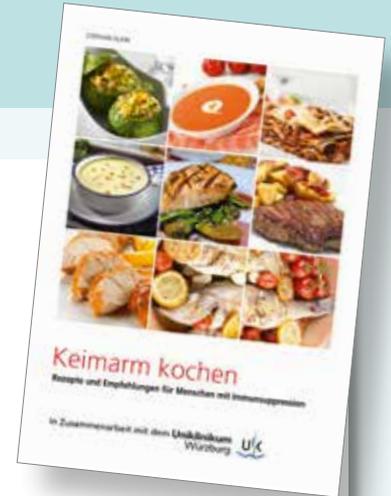
Das Deutsche Register Klinischer Studien (DRKS) bietet die Möglichkeit, Informationen zu laufenden, geplanten oder bereits abgeschlossenen Studien abzurufen. Das Register ist ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziertes Projekt, das dazu beitragen soll, die Transparenz in der Medizin zu erhöhen und so zur jeweils bestmöglichen Therapie beizutragen. Bisher besteht in Deutschland keine gesetzliche Registrierungspflicht für klinische Studien. Die DRKS arbeitet aber daran, allen Patienten einen uneingeschränkten und nicht vorselektierten Zugang zu allen in der Bundesrepublik durchgeführten Studien zu ermöglichen. Auf der öffentlich zugänglichen Internetseite können Studien zu einem bestimmten Thema gesucht und weitere Informationen bezüglich klinischer Studien abgefragt werden. Zu finden ist die Website unter: https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/

Quelle: Deutsches Register Klinischer Studien

Rezepte für Menschen mit schwachem Immunsystem

Wenn das Immunsystem geschwächt ist und einen nicht ausreichend vor Viren, Bakterien und Keimen schützt, dann kann eine möglichst keimarme Ernährung sehr sinnvoll sein. Nun ist ein Kochbuch erschienen mit Rezepten und Empfehlungen für Menschen, deren Immunsystem aus therapeutischen Gründen medikamentös heruntergefahren wird, wie es z.B. nach einer Stammzelltransplantation der Fall ist. Verfasst wurde das Buch von Stefan Klein, einem begeisterten Hobbykoch und Ehemann einer Leukämie-Patientin, in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für allogene Blutstammzelltransplantation des Würzburger Uniklinikums. „Keimarm kochen“ liefert vielfältige Rezeptvorschläge. Zusätzlich werden Hygiene- und Zubereitungstipps gegeben, denn Menschen mit einem geschwächten Immunsystem müssen nicht nur darauf achten, was sie essen, sondern auch, wie sie es zubereiten. Die Publikation enthält außerdem eine Liste mit verbotenen und empfohlenen Lebensmitteln. Das Kochbuch kann im Buchhandel bestellt werden.

Redaktion perspektive



Wie sich Mangelernährung vermeiden lässt

Beschwerden wie Schluckstörungen oder Appetitlosigkeit beeinflussen nicht nur Lebensfreude, Genuss und Entspannung, sondern können auch den Therapieerfolg negativ beeinflussen, wenn sie zu einer Mangelernährung führen. Was Patienten tun können, um diese zu vermeiden, darüber informiert nun die Berliner Krebsgesellschaft in einer neuen Infobroschüre mit dem Titel: „Unterstützende Ernährungstherapie bei Krebserkrankungen“. Darin werden Fragen beantwortet wie: „Was kann ich gegen Gewichtsverlust tun?“ oder „Wie kann ich Defizite und Nährstoffmängel ausgleichen?“ Die Broschüre zeigt auch, wann Betroffene weiterführende Unterstützung in Anspruch nehmen

sollten. Zudem gibt es praktische Alltagstipps zu häufig auftretenden Problemen sowie Hilfestellungen für Angehörige. Die Broschüre kann von der Website www.berliner-krebsgesellschaft.de heruntergeladen oder telefonisch bestellt werden. Tel.: 030-283 24 00

Quelle: Berliner Krebsgesellschaft



Stolperfalle beim Krankengeld entschärft

Zukünftig werden weniger Patienten ihren Anspruch auf Krankengeld wegen formaler Fehler verlieren. Im Bundestag wurde im Juni ein „Versorgungsstärkungsgesetz“ verabschiedet, laut dem es ausreicht, dass der Arzt eine Folgekrankschreibung erst ab dem nächsten Werktag ausstellt. Bisher mussten sich die alte und neue Krankschreibung zwingend um einen Tag überlappen, sonst entstand eine „Anspruchslücke“ und die Krankenkasse konnte die Zahlung des Krankengeldes gänzlich einstellen. Viele Ärzte kannten die komplizierte Regelung schlichtweg nicht und das mit gravierenden Auswirkungen für die Anspruchsberechtigten, die kein Geld mehr von der Krankenkasse bekamen. Gleichwohl gilt auch nach der Gesetzesänderung, dass die Krankschreibung lückenlos sein muss. Krankengeld-Empfänger müssen also spätestens am ersten Tag nach ihrer bisherigen Krankschreibung zum Arzt gehen und sich die Folgekrankschreibung holen. Auch wichtig: Der Arzt kann nicht rückwirkend krankschreiben, um eine entstandene Anspruchslücke aufzuheben.

Quelle: Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)



foto.lia © artem_ka

Myom-Entfernung per Bauchspiegelung stellt kein Sicherheitsrisiko dar

Bei den meisten Frauen kommt es im Verlauf des Lebens zu Wucherungen in der Gebärmutter, die als Myome bezeichnet werden. Wenn die Wucherungen Beschwerden verursachen, raten viele Frauenärzte zur operativen Entfernung. Diese wird in Deutschland heute überwiegend über eine Bauchspiegelung durchgeführt, die wesentlich schonender ist als ein Bauchschnitt. Größere Myome müssen dabei jedoch vor der Bergung im Bauchraum zerkleinert werden. Diese Methode wird Morcellation genannt. Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO) hat nun untersucht, wie hoch das Risiko ist, versehentlich einen bösartigen Tumor zu zerkleinern und so ggf. zu dessen Ausbreitung beizutragen. Nach einer Analyse der wissenschaftlichen Veröffentlichungen liegt dieses Risiko jedoch nur bei 0,24 Prozent. Ein Verzicht auf die schonende Operationsmethode sei daher nicht erforderlich.

Quelle: Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO)

Studie zeigt: Weniger Darmkrebs durch Früherkennungs-Koloskopie

Langfristig könnte die Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs pro Jahr deutschlandweit bis zu 16.000 Neuerkrankungen verhindern. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Publikation des Deutschen Krebsforschungszentrums und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Um die Hochrechnung durchführen zu können, verwendete die Forschergruppe Daten aus dem gesetzlichen Früherkennungsprogramm: Seit 2002 kann in Deutschland jeder gesetzlich Versicherte ab 55 Jahren eine Darmspiegelung durchführen lassen. Das Wissenschaftlerteam hatte Zugang zu anonymisierten Daten von über vier Millionen Teilnehmern, die bis 2012 dieses Angebot genutzt hatten. Daraus leiteten sie ihre Schätzungen für die nächsten Jahrzehnte ab. Wie sich die Zahlen tatsächlich entwickeln, hängt aber zum Beispiel von der Entwicklung der Altersstruktur und dem Einfluss von Risikofaktoren für Darmkrebs ab. Außerdem sind sich die Forscher sicher: Der Effekt ließe sich noch weiter steigern, wenn noch mehr Menschen am Früherkennungsprogramm teilnähmen.

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland

35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie

Behandlung von Brustkrebs erfolgt immer

„Das Mammakarzinom ist zu einer meist heilbaren Krankheit geworden.“ Mit diesem Statement startete die 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie* (DGS) in Leipzig. Kehrseite der Medaille sei, so Kongresspräsident Prof. Andreas Schneeweiss, dass die hohe Heilungsrate mit einer erheblichen Übertherapie erkauft werde. Damit künftig möglichst jede Betroffene nur die Therapie erhält, die sie auch wirklich benötigt, drehten sich an den drei Veranstaltungstagen des „Seno“ viele Veranstaltungsblöcke (Symposien) um das Thema, wie Brustkrebs noch gezielter therapiert werden kann.

Folgende Punkte kristallisierten sich während des Kongresses heraus:

1. Es gibt kein Patentrezept, nach dem ein Mammakarzinom behandelt werden kann, denn „Brustkrebs“ ist nur ein Überbegriff für eine Vielzahl molekular definierter Tumortypen. Und auch die Patientinnen unterscheiden sich von einander (Alter, Vorerkrankungen usw.) und müssen daher individuell betrachtet und behandelt werden.
2. Brustkrebs ist kein Notfall. In aller Regel ist bei der Behandlung keine Eile geboten. Wichtiger als ein schneller Operationstermin ist daher eine sehr sorgfältige Therapieplanung, bei der alle wichtigen Faktoren (z.B. der Hormonrezeptorstatus) bekannt sein müssen.
3. Da die Behandlung des Mammakarzinoms komplex ist und viele Disziplinen an ihr beteiligt sind bzw. beteiligt sein sollten, ist die Tumorkonferenz zur Klärung der besten Behandlungsstrategie ein Muss, also die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams, das die Patientin gemeinsam berät und betreut.

Mobilisierung des Immunsystems

Ein Thema, das in verschiedenen Symposien unter unterschiedlichen Aspekten betrachtet wurde, ist die Immuntherapie. In der vorigen Ausgabe der *perspektive* haben wir dem Thema einen langen Beitrag gewidmet. Dort ist nachzulesen, welche Methoden bzw. Medikamente zum Einsatz kommen, um das Immunsystem für die Bekämpfung der Tumorzellen zu instrumentalisieren. Auf dem „Seno“ wurde aber auch die Frage gestellt, ob die Stärkung des Immunsystems einen therapeutischen Effekt haben kann: Tragen z.B. Vitalpilze, Mistel oder Aloe Vera zu dessen Mobilisierung bei? Oder hilft vielleicht die Mind-Body-Medizin und Sport?

Dass das Immunsystem einen Einfluss auf die Entwicklung des Tumors hat, erläuterte Prof. Gustav Dobos von den Kliniken Essen-Mitte. Stress und die damit einhergehende Schwächung des Immunsystems führe beispielsweise zu einer deutlichen Tumorprogression. Das hätten Versuche mit Mäusen gezeigt. Als sehr effektiv zum Stressabbau und wissenschaftlich nachweisbar habe sich die sogenannte Mind-Body-Medizin (MBM) herausgestellt. Zur MBM zählen beispielsweise Entspannungstechniken und Achtsamkeitsübungen in Kombination mit einer Lebensstiländerung.

Die große Bedeutung von Bewegung und Sport für Körper und Psyche wird in Bezug auf eine Krebserkrankung immer wieder betont. Stephanie Otto vom Universitätsklinikum Ulm stellte im Symposium „Komplementäre Medizin“ dar, dass speziell in den Muskeln wichtige Botenstoffe produziert werden, die das Immunsystem stärken: „Ein Muskel ist wie eine Apotheke“, erläuterte sie. Ein hoher Muskelanteil im Körper sei also in jedem Fall von Vorteil. Zuviel Sport (Marathon/Leistungssport), so die Expertin, könnte sich allerdings nachteilig auf das Immunsystem auswirken.

„Was bewirken natürliche Immunstimulanzien?“ lautete der Titel des Vortrags von Prof. Roman Huber vom Universitätsklinikum Freiburg, in dem er die wichtigsten aktuellen Studienergebnisse zu Aloe Vera, Vitalpilzen und Mistel vorstellte. Das ernüchternde Ergebnis: Eine immunstimulierende Wirkung konnte weder für Aloe Vera noch für Vitalpilze nachgewiesen werden. Letztere würden sogar die Gefahr bergen, dass sie mit giftigen Stoffen verunreinigt sind. Nur bei der Mistel könne ein positiver Effekt auf das Immunsystem vermutet werden. Doch auch hier sei noch keine Empfehlung möglich, da belastbare wissenschaftliche Untersuchungen nach wie vor fehlten.

*Senologie ist die Lehre von der weiblichen Brust.

gezielter und patientenorientierter

Bedeutung der Therapieplanung

Mit den Vor- und Nachteilen einer präoperativen (neoadjuvanten) Therapie beschäftigten sich auf dem „Seno“ gleich mehrere Symposien. Die Referentinnen und Referenten in Leipzig befanden mehrheitlich, dass die neoadjuvante Therapie in Deutschland noch viel zu selten als Behandlungsoption geprüft werde und die Behandlungsrate von derzeit 20 bis 30 Prozent noch deutlich gesteigert werden könne bzw. müsse. Die Herausforderung bestehe darin, den Patientinnen zu erläutern, warum der als lebensbedrohlich empfundene Tumor nicht sofort entfernt werde. Ausführliche Informationen zum Thema finden sich in diesem Heft auf den Seiten 16 bis 18.

Die Frauenselbsthilfe auf dem „Seno“

Auf sehr viel Interesse der Kongressteilnehmer traf das Symposium der Frauenselbsthilfe zum Thema „Langzeitfolgen bei jungen Frauen“. Hier wurde aus psychologischer, medizinischer und sozialer Sicht die Frage beleuchtet: „Brustkrebs überlebt... und dann?“. Neben einem Expertenteam kam auch Christiane Micek, Leiterin der FSH-Familiengruppe Essen, zu Wort,

die aus Sicht einer Betroffenen die Spätfolgen ihrer Brustkrebserkrankung schilderte. Die intensive Diskussion im Anschluss zeigte, wie wichtig es ist, sich mit diesem Thema noch intensiver zu beschäftigen.

Als Mitorganisatorin von einem der beiden Symposien „Das Wichtigste vom Tage – Experten berichten und beantworten Fragen“ war die Frauenselbsthilfe ebenfalls aktiv. Dieses Dialogformat nach amerikanischem Muster bietet eine gute (kostenfreie) Möglichkeit für Patientinnen und alle Interessierten, sich über neueste Erkenntnisse aus der Brustkrebsforschung zu informieren. Der direkte Kontakt zwischen Fachleuten und Laien ist in Deutschland einzigartig und trägt viel zum gegenseitigen Verständnis bei. In Leipzig ging es unter anderem um das Thema Knochengesundheit, Therapien bei metastasiertem Brustkrebs und die Möglichkeit, mittels Genexpressionstests Aussagen über notwendige Behandlungen zu treffen. Auch im kommenden Jahr wird diese sehr erfolgreiche Veranstaltungsreihe fortgesetzt. Der Senologie-Kongress findet dann in Dresden statt.

Redaktion perspektive

„Medizin ist keine Naturwissenschaft, bei der auf A logischerweise B folgt, sondern die Kunst, mit Wahrscheinlichkeiten gut umzugehen.“

*Dr. Jutta Hübner,
Deutsche Krebsgesellschaft*

Die Frauenselbsthilfe auf dem „Seno“

Wie in jedem Jahr nahmen Mitglieder der Frauenselbsthilfe nach Krebs an der DGS-Jahrestagung teil. Sie besuchten nicht nur die verschiedenen Vorträge und traten als Mitorganisatorinnen eines Symposiums auf, sondern waren auch als Referentinnen an verschiedenen Themenblöcken beteiligt. Am Stand der FSH konnten sich die Kongressteilnehmer über unsere Organisation informieren.



Ein neues Beratungsportal für Menschen mit Krebs

www.psycho-onkologie.net

Login-Code via Mail:
info@psycho-onkologie.net

Studien zeigen, dass viele Menschen mit Krebs psychische Beeinträchtigungen erleben, die behandlungsbedürftig sind. Doch „Psychotherapie“ – das klingt für viele Krebsbetroffene erschreckend und sie scheuen sich daher, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. „Ich habe Krebs, aber verrückt bin ich nicht!“, ist in Beratungsgesprächen immer wieder zu hören. Die Motivation, neben der Krebsbehandlung zusätzlich auch noch eine psychotherapeutische Behandlung anzugehen, ist folglich gering.

Dabei gilt: vorsorgen ist besser als nachsorgen. Allerdings steht in den Arztgesprächen häufig zu wenig Zeit für eine gute psychoonkologische Anamnese (systematische Befragung) zur Verfügung. So bleiben psychische Beschwerden häufig unausgesprochen und damit unerkannt, selbst wenn die Belastungen bereits sehr hoch sind und sogar den Charakter einer Angststörung oder Depression annehmen.

Vom Institut für Angewandte Psychologie in Rotterdam und der Hochschule Darmstadt wurde nun ein Internetportal entwickelt, das Betroffenen dabei helfen soll, ihre Belastungen zu erkennen und sie zu motivieren, psychoonkologische Hilfe einzufordern. Ziel ist es zu verhindern, dass psychische Belastungen verschleppt werden, Krankheitswert erhalten und lange Therapien nach sich ziehen.

Auf der Website werden die häufigsten psychischen Belastungsbilder in verschiedenen Belastungsstärken filmisch dargestellt. Der Betrachter erhält Einblick in Videotagebücher anderer Patienten, die über ihre Symptome und Probleme berichten, und lernt so einzuschätzen, zu welcher Kategorie

die eigenen Empfindungen, Beschwerden und Probleme gehören. Im Anschluss an die Filme kommentieren namhafte Psychoonkologen aus Deutschland und der Schweiz den jeweiligen „Fall“ und zeigen Unterstützungsmöglichkeiten auf.

Derzeit umfasst das Portal die Kategorien Angst, Niedergeschlagenheit, Ermüdung, Sexualität, Körperbild, Partnerschaft sowie Anpassungsprobleme. Im Herbst wird ein Modul „Belastungen von Kindern krebskranker Eltern“ hinzugefügt. Weitere Module werden folgen.

Vor allem im ambulanten und ländlichen Bereich kann in Deutschland der Bedarf an psychoonkologischer Betreuung nicht ausreichend abgedeckt werden. Sehr häufig müssen daher Krebspatienten inakzeptabel lange Wartezeiten oder Fahrstrecken in Kauf nehmen, bevor sie eine psychoonkologische Behandlung finden. Das Internetportal bietet die Möglichkeit, diese zeitlichen und geographischen Probleme zu überbrücken.

Das Projekt „Psychoonkologie Online“ ist zu finden unter: www.psycho-onkologie.net. Da die Wirksamkeit des Portals derzeit in einer Studie überprüft wird, ist die Website nur mit einem Login-Code zugänglich. Wer das Angebot gern ausprobieren möchte, erhält den Code problemlos via Mail: info@psycho-onkologie.net.

Unter dieser Adresse werden auch Fragen zum Projekt beantwortet.

Dr. Tanja C. Vollmer, Leiterin des Instituts für Angewandte Psychologie in Architektur und Gesundheit, Rotterdam

Dr. Volker Beck, Professor für Sozialmedizin am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit, Hochschule Darmstadt

Schreiben für die Seele

Wie beim Spiel mit Wörtern Kraft und Freude entsteht

Schreiben kann ein Weg zur Krankheitsbewältigung sein, denn wer schreibt, taucht in das „Meer der Möglichkeiten“ ein. Nun ist es aber nicht jedem gegeben, Romane oder tolle Gedichte zu erfinden. Eine Möglichkeit, wie jeder das Schreiben für sich nutzen kann, um Gedanken und Gefühle auszudrücken, wurde uns auf der Tagung des FSH-Landesverbandes Baden-Württemberg gezeigt. Im Workshop „Kleine Schreibwerkstatt – malen mit Worten“ lernten wir „Elfchen“ kennen. Das sind Gedichte, die aus elf Worten bestehen und sich in einem festgelegten Rhythmus über fünf Zeilen verteilen.

Durch die Elfchen – die vielleicht nicht nur wegen der elf enthaltenen Worte so heißen, sondern auch, weil diese Kunstform so klein und elfenleicht daher kommt – sollen innere Bilder und Stimmungen entstehen. Und tatsächlich, je mehr wir uns auf die Aufgabe einließen, umso stärker wurden unsere Empfindungen. Momente, die uns bewegt haben oder immer wieder bewegen, tauchten aus der Erinnerung auf und ließen sich bei dem Spiel mit Worten festhalten. So sind wunderbare kleine Kunstwerke entstanden.

Und wer das auch mal gern ausprobieren möchte. Hier kommen zur Anregung ein paar Elfchen aus unserem Workshop:

Rapsfelder
leuchtend gelb
Gefühl der Weite
Verheißung eines großen Sommers
Glück

Juniwiese
Grillen zirpen
lautlos tanzen Schmetterlinge
des Sommers ganze Fülle
traumhaft

Kapelle
zarter Weihrauchduft
Menschen und Gebete
Ort der seelischen Erhebung
Andacht

Liebe
himmlische Macht
du und ich
zwei Körper, eine Seele
Magie

Herbst
längere Schatten
Duft der Kartoffelfeuer
Sehnsucht nach verlorenem Sommer
Melancholie

Morgenröte
viele Vogelstimmen
ein neuer Tag
kostbar ist jeder Augenblick
Hoffnung

Mohn
leuchtend rot
Sinnbild der Vergänglichkeit
bewahren möchte ich dich
vergebens

Abschied
traurige Momente
Dankbarkeit für Erlebtes
Hoffnung auf ein Wiedersehen
Zuversicht

Haben nun auch Sie Lust, sich in der Kunst des Elfchen-Dichtens zu versuchen? Probieren Sie es einfach mal aus. Vielleicht geht es Ihnen wie mir und Sie spüren die Kraft und Freude, die dabei entsteht, denn ...

Alphabet
sechszwanzig Buchstaben
Phantasie ist grenzenlos
Wörter in unendlicher Vielfalt
unerschöpflich

Heidrun Tomat
Gruppe Bad Urach, Baden-Württemberg

Festivalbesuch mit Handicap

Wozu ein Schwerbehindertenausweis

Als ich nach meiner Brustkrebsdiagnose, beidseitiger Brustamputation und Chemotherapie langsam wieder auf die Beine kam, wollte ich so schnell es ging wieder in mein gewohntes Leben zurück. Vor allem wollte ich wieder meinem größten Hobby nachgehen – der Musik – d.h. der Teilnahme an Festivals, Konzerten und anderen Events, die ich vor meiner Erkrankung leidenschaftlich und regelmäßig besucht hatte. Aber ich hatte sehr große Zweifel, Hemmungen und vor allem Angst, da ich aufgrund meiner Krebstherapie unter einem Lymphödem und schlimmen Polyneuropathien in Füßen und Fingern leide. Meine Gangunsicherheit und Gleichgewichtsstörungen machten mir am meisten Sorge. Wie sollte ich denn da ein großes Open-Air-Festival besuchen?

Aufgrund meiner Brustkrebserkrankung besitze ich einen Schwerbehindertenausweis. Bis ich den Entschluss gefasst hatte, wieder zu Festivals zu gehen, wusste ich damit gar nichts Rechtes anzufangen. Dann aber wurde mir klar, dass er mir helfen könnte, mein Hobby wieder aufzugreifen. Stück für Stück begann ich meinen Weg zu gehen – von kleineren Sitzkonzerten bis zurück zu großen Bühnenshows, teilweise die größten Musikfestivals in Deutschland – nun aber mit Unterstützung des Schwerbehindertenausweises.

Ich habe viele unterschiedliche Erfahrungen mit dem Einsatz des Ausweises gemacht. Die meisten waren sehr positiv. Während der Event-Besuche habe ich mit vielen der vor Ort Aktiven gesprochen, z.B. mit den unterschiedlichen Veranstaltern, Security-Kräften, Wachschutz, Polizisten, Rettungskräften, teilweise den Künstlern und Musikern, Fotografen und Presseleuten und natürlich mit den anderen schwerbehinderten Mitbesuchern sowie ihren Begleitern.

Von all diesen Eindrücken möchte ich hier gerne ein wenig berichten. Ich wünsche mir, dass ich vielleicht der/dem einen oder anderen mit meinen Erfahrungen ein wenig Mut und Zuversicht geben kann, ein geliebtes Hobby wieder aufzugreifen, auch wenn der Körper nicht mehr so mitspielt wie zuvor. Für mich war es eine wunderbare Erfahrung, einfach wieder „dabei zu sein“ trotz Brustkrebs und körperlichen Einschränkungen.

Wird von Menschen mit einer Schwerbehinderung gesprochen, denken die meisten an Rollstuhlfahrer, Geh- oder Sehbehinderte. Das habe ich früher auch getan. An Menschen mit einer Krebserkrankung denkt erst einmal niemand. Als ich mit meinen Recherchen zum Thema begann, musste ich mich also ein wenig „outen“, denn vor allem seit meine Haare wieder da sind, „sieht man ja nichts“ von meiner

Erkrankung und den damit einhergehenden körperlichen Einschränkungen.

Ein Tipp schon mal vorab: Für den Besuch eines Festival ist es wichtig, sich so viele Informationen über das Event wie möglich per Internet, E-Mail oder Telefon z.B. direkt beim Veranstalter einzuholen, u.a. zu den Parkmöglichkeiten und eventuell möglichen Reservierungen eines günstig gelegenen Parkplatzes.



auch gut sein kann



fotolia © WoGi

Ein Blick via „Google Earth“ auf den Veranstaltungsplatz eines Open-Air-Festivals kann auch sehr hilfreich sein, um Wegstrecken einkalkulieren zu können.

Bei Konzerten mit Sitzplatzreservierung musste ich leider häufig erleben, dass die „behindertengerechten Bereiche“ so weit hinten oder seitlich untergebracht sind, dass man von dort fast gar nichts sehen kann. Da sich meine Einschränkung durch die Krebstherapie „nur“ aufs Stehen auswirkt, habe ich bei „Sitzveranstaltungen“ schnell auf meinen Schwerbehindertenausweis verzichtet. Bei „Stehveranstaltungen“ konnte ich so nicht vorgehen, denn ich kann leider nicht mehr lange stehen bzw. anstehen und das ist bei großen Konzerten meist erforderlich. Hier war der Ausweis häufig sehr hilfreich. Mehrmals durfte ich, zum Teil sogar in Begleitung von ein oder zwei Freunden, ein paar Minuten vor Einlass in die Hallen; so konnte ich mir einen Stehplatz aussuchen, bei dem eine Möglichkeit zum Anlehnen wie eine Mauer oder ein Metallgitter vorhanden war.

Die großen Open-Air-Veranstaltungen sind immer noch eine besondere Herausforderung für mich. Sehr positive Erfahrungen habe ich auf dem „Summerbreeze-Open-Air-Festival“

in Dinkelsbühl gemacht, zu dem Jahr für Jahr ca. 40.000 Musikfans kommen. Hier wird für Menschen mit Schwerbehinderung sehr viel getan. So hat man z.B. die Möglichkeit, auf einem Extra-Campingplatz zu campen, wo es größere Toiletten und Waschmöglichkeiten gibt. Und es können sogar Menschen, die auf ein Beatmungsgerät angewiesen sind, versorgt werden. Auf dem Festival-Gelände selbst steht extra eine Tribüne für Menschen mit Behinderungen zur Verfügung, die mit Sitzplätzen ausgestattet ist. Und von ihr aus ist die Sicht wirklich sehr gut.

Mein Fazit: Bei welchem Veranstalter auch immer ich meine vielen Fragen zu Hilfen bei Schwerbehinderung stellte, die Reaktionen waren generell positiv. Es war überall die Einstellung deutlich spürbar, dass es wichtig ist, auch Menschen mit einem Handicap die Möglichkeit zu bieten, an jedem Event ihrer Wahl teilnehmen zu können und ihre Entscheidung nicht von ihren körperlichen Einschränkungen abhängig machen zu müssen. Und ich konnte feststellen, dass dafür auch immer mehr getan wird. Es mag ja noch nicht alles perfekt sein, aber der Wille ist auf jeden Fall da.

Tanja Bienmüller

Kurzinfo zum Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis kann sofort nach der Krebsoperation oder auch zu einem späteren Zeitpunkt beim zuständigen Versorgungsamt beantragt werden. Er bescheinigt die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung (GdB) und die gesundheitlichen Merkmale. Eine Behinderung ab einem GdB von 50 gilt als Schwerbehinderung. Behinderte Menschen mit einem GdB von weniger als 50, mindestens aber 30 können unter bestimmten Voraussetzungen mit schwerbehinderten Men-

schen gleichgestellt werden. Mit dem Ausweis erhalten die Besitzer z.B. einen besseren Kündigungsschutz, Anspruch auf Zusatzurlaub und diverse Steuererleichterungen. Aber auch für nicht Berufstätige bietet der Schwerbehindertenausweis wichtige Erleichterungen, wie im Text von Tanja Bienmüller dargestellt.

Weitere Informationen zum Schwerbehindertenausweis finden Sie auf der Website der Frauenselbsthilfe unter: www.frauenselbsthilfe.de/informieren/infothek

Drei Jahre IGeL-Monitor

Selbstzahler-Leistungen haben meist keinen Nutzen

Jeder zweite Patient bekommt beim Arztbesuch „Individuelle Gesundheitsleistungen“, sogenannte IGeL, angeboten. Um Versicherten eine fundierte Entscheidungshilfe zu bieten, ob diese Selbstzahler-Leistungen sinnvoll sind, betreibt der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) seit drei Jahren das Internet-Portal www.igel-monitor.de. Das Angebot, so lautet eine erste Zwischenbilanz, wird sehr gut angenommen: Zwischen 1.500 und 10.000 Nutzer informieren sich täglich auf der Website.

Das Wissenschaftler-Team des IGeL-Monitors hat inzwischen 37 IGeL beschrieben und bewertet. Das Spektrum reicht vom Ultraschall der Eierstöcke als Krebsfrüherkennungsmaßnahme bis zur Stoßwellentherapie gegen Fersenschmerz. Das Gesamtergebnis ist sehr ernüchternd: Im besten Fall, so der MDS, hätten die Leistungen nur keinen nachweisbaren Nutzen für die Patienten; im schlimmsten Fall würden sie sogar schaden. Eine positive Bewertung hat bisher

keine einzige dieser Selbstzahler-Leistungen erhalten.

Nach einer repräsentativen Umfrage der Techniker Krankenkasse werden Frauen besonders häufig IGeL angeboten (58 Prozent) – nicht zuletzt, weil Gynäkologen

auf Rang eins der IGeL-Anbieter stehen. An zweiter Stelle sind Zahnärzte zu finden und an dritter Stelle Augenärzte.

Die Entwicklung auf dem boomenden IGeL-Markt wird vom MDS als bedenklich eingestuft. Die Patienten würden nicht ausreichend über Nutzen und Risiken informiert. Alternativen, die von den Kassen bezahlt werden, würden oft nicht genannt. Der Rat des MDS lautet daher, dass die Versicherten in der Praxis auf Bedenkzeit, Informationen und einen schriftlichen Vertrag bestehen sollten. Ihr Urteil: „IGeL sind nie dringend. Es gibt keinen Grund, sich drängen zu lassen.“

Die Bewertungen des IGeL-Monitors basieren auf den Methoden der evidenzbasierten Medizin (EbM). Das heißt: Für die Bewertung von Nutzen und Schaden einer IGeL-Leistung werden Recherchen in medizinischen Datenbanken durchgeführt, die Informationen zusammengetragen und anschließend systematisch ausgewertet. Anhand der Ergebnisse wägt das Wissenschaftlerteam Nutzen und Schaden gegeneinander ab und fasst das Ergebnis in einer Bewertungsaussage zusammen.

Im IGeL-Monitor ist außerdem nachlesbar, welche Untersuchungen bzw. Behandlungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, für die der Arzt auch IGeL in seinem Angebot hat.

Quelle: Medizinischer Dienst der Krankenkassen



EHRUNG

Elke Kunter ist von der Stadt Lehrte für ihr langjähriges ehrenamtliches Engagement als Leiterin der FSH-Gruppe in Lehrte die Ehrenkarte des Landes Niedersachsen verliehen worden. Diese Anerkennung wird dokumentiert durch eine Urkunde, eine Anstecknadel und einen Gutschein.

Ausschnitte aus der Arbeit des Bundesvorstands und seiner Referate der Monate Juni bis August 2015

Was hat uns bewegt? Was haben wir bewegt?

Durchführung

- von Sitzungen des Bundesvorstands in Magdeburg und Winsen
- einer Sitzung des Erweiterten Gesamtvorstands in Magdeburg
- einer Schulung für Rechnungsprüfer in Magdeburg
- von Schulungen des Blocks 2 in Dortmund und Bad Urach
- eines Gesprächs mit dem Wirtschaftsprüfer in Bonn
- der Bundestagung in Magdeburg

Mitwirkung

- an der Gründung des Vereins „Haus der Krebs-Selbsthilfe“ in Bonn
- an der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) in Leipzig
- an Tagungen des LV Niedersachsen/ Bremen/Hamburg in Soltau sowie des LV Berlin-Brandenburg in Erkner

- an der Sitzungen von Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Berlin
- an der 1. Konsensuskonferenz S3-LL „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Endometriumkarzinoms“ in Frankfurt a.M.

Teilnahme

- am Lenkungsausschuss des Kooperationsverbunds Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK)
- an der Feier zum 20jährigen Bestehen der Deutschen Leukämie- und Lymphom-Hilfe e.V. (DLH) in Bonn

Sonstiges

- Überarbeitung der Orientierungshilfe „Brustkrebs – Was nun?“
- Überarbeitung der Broschüre „Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen und -patienten“

In Trauer nehmen wir Abschied von

Christine Esser

* 28. April 1952 † 25. Februar 2015

Mitglied des Bundesvorstands der Frauenselbsthilfe nach Krebs von 2009 - 2012

Fast zehn Jahre hat Christine in der Frauenselbsthilfe nach Krebs trotz eigener Erkrankung ihre Kraft ehrenamtlich zum Wohle krebserkrankter Menschen eingesetzt. Ab 2003 war sie zunächst stellvertretende, ab 2008 Leiterin der Gruppe Köln/Porz. Im Jahr 2009 wurde sie außerdem in den Bundesvorstand gewählt. Bis zu ihrer Wiedererkrankung im Jahr 2012 füllte sie beide Ämter mit viel Engagement aus.

Waltraud Woche

* 13. Januar 1939 † 15. Mai 2015

Telefonberaterin der Frauenselbsthilfe nach Krebs von 2009 - 2015

Im Jahr 2016 hätte Waltraud ihr 20jähriges Jubiläum in der Frauenselbsthilfe nach Krebs gefeiert. Seit 1996 war sie zunächst stellvertretende, ab 2003 Leiterin der Gruppe Bad Soden in Hessen. Im Jahr 2009 übernahm sie außerdem die Aufgabe einer Telefonberaterin. Seither hat sie vielen Menschen mit Krebs ihr Ohr geliehen, war für sie da in schweren Stunden und hat ihr umfangreiches Wissen mit ihnen geteilt.

Wir danken Christine und Waltraud für ihr Engagement in der FSH und werden Sie immer in guter Erinnerung behalten.

Bundesverband der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Spenden statt Schenken:

„Das gibt mir mehr als jedes Geschenk“

Vor 18 Jahren verlor Ralf Schwöbel seine Schwester an Krebs. Damals war er Anfang 20 und es war für ihn ein schwerer Schlag. Noch immer denkt er viel an sie, auch weil er häufig etwas mit seinen beiden Nichten unternimmt, die ohne Mutter aufgewachsen sind.

Als vor zwei Jahren sein 40. Geburtstag und zugleich der 10. Hochzeitstag nahte, kamen Ralf Schwöbel und seine Frau Saskia auf die Idee, bei dem geplanten großen Fest auf Geschenke zu verzichten und stattdessen um eine Spende für Menschen mit Krebs zu bitten.

Bei der Suche nach einer geeigneten Organisation stießen sie auf die Frauenselbsthilfe nach Krebs, deren Programm, Motto und Unterstützungsangebote für Betroffene sie überzeugten. Die Idee, der FSH zu spenden, kam bei ihren Gästen sehr gut an. Mehr als 1.000 Euro kamen damals für unseren Verband zusammen.

„Meine beiden Nichten freut diese Spende ganz besonders und mir gibt sie mehr als jedes andere Geschenk“, erläuterte Ralf Schwöbel, als wir uns bei ihm bedankten. Und weil er von der Idee noch immer überzeugt ist, hat er die Spendenbox in diesem Jahr für seine Geburtstagsfeier wieder hervorgeholt und die Gäste spendeten genauso großzügig wie beim ersten Mal.

Diese wunderbare Aktion „Spenden statt Schenken“ hat uns sehr gefreut! Sie bedeutet mehr als nur eine finanzielle Unterstützung unseres Angebotes, sondern ist für unsere Mitglieder auch eine große Anerkennung ihres ehrenamtlichen Engagements für Menschen mit Krebs. Ralf Schwöbel, seiner Frau und den Gästen des Geburtstagsfestes gilt daher unser herzlichster Dank.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

DANKEN!

Die Hoffnung ist ein starker Trost,
sie wächst durch Zuversicht.

Sie ist verwurzelt mit dem Herz,
man spürt, doch sieht sie nicht.

Sie ist des Glaubens Wunderwerk,
für manche auch ein Halm.

Im Ganzen ist sie positiv,
ob mit und ohne Psalm.

Vertraue ihr zu jeder Zeit,
denn sie gibt Halt und Kraft.
Und siehst du in ihr einen Sinn,
dann hast du es geschafft.

© Gabriela Bredehorn, 2013



Frauensebsthilfe nach Krebs



Gruppen der Frauensebsthilfe in Ihrer Nähe finden Sie im Internet unter www.frauensebsthilfe.de/gruppen/gruppen-in-ihrer-naehe/

oder rufen Sie unsere Bundesgeschäftsstelle an:

Bürozeiten: Montag bis Donnerstag: 9:00 – 15:00, Freitag 9:00 – 12:00 Uhr

Telefon: 0228 – 3 38 89-400, E-Mail: kontakt@frauensebsthilfe.de

Die Landesverbände der Frauensebsthilfe nach Krebs

**Landesverband
Baden-Württemberg e.V.**
Angelika Grudke
Tel.: 07420 – 91 0251
kontakt-bw@frauensebsthilfe.de

Landesverband Bayern e.V.
Karin Lesch
Tel.: 09831 – 80509
kontakt-by@frauensebsthilfe.de

Landesverband Berlin/Brandenburg e.V.
Uta Büchner
Tel.: 033841 – 35147
kontakt-be-bb@frauensebsthilfe.de

Landesverband Hessen e.V.
Heidmarie Haase
Tel.: 06643 – 1859
kontakt-he@frauensebsthilfe.de

**Landesverband
Mecklenburg-Vorpommern/
Schleswig-Holstein e.V.**
Sabine Kirton
Tel.: 038378 – 22978
kontakt-mv-sh@frauensebsthilfe.de

**Landesverband Niedersachsen/Bremen/
Hamburg e.V.**
Wilma Fügenschuh
Tel.: 04941 – 71592
kontakt-ni-hb-hh@frauensebsthilfe.de

**Landesverband
Nordrhein-Westfalen e.V.**
Petra Kunz
Tel.: 02335 – 681793
kontakt-nrw@frauensebsthilfe.de

**Landesverband
Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.**
Dr. Sylvia Brathuhn
Tel.: 02631 – 352371
kontakt-rp-sl@frauensebsthilfe.de

Landesverband Sachsen e.V.
Ingrid Hager
Tel.: 0341 – 9404521
kontakt-sn@frauensebsthilfe.de

Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
Elke Naujokat
Tel./Fax: 035387 – 43103
kontakt-st@frauensebsthilfe.de

Landesverband Thüringen e.V.
Hans-Jürgen Mayer
Tel.: 03683 – 600545
kontakt-th@frauensebsthilfe.de

Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V.
Peter Jurmeister
Tel.: 07232 – 79463
p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net
www.brustkrebs-beim-mann.de

Frauensebsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn

Telefon: 0228 – 33889-400
Telefax: 0228 – 33889-401
E-Mail: kontakt@frauensebsthilfe.de
Internet: www.frauensebsthilfe.de

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



Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.