

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Bundesverband e.V.

Brustamputation – wie geht es weiter?

Informationen und Entscheidungshilfen
für Brustkrebspatientinnen



Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

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



Wir danken den Experten der Fachgesellschaften für die Unterstützung bei der Erstellung des medizinischen Teils dieser Broschüre.

Impressum

Herausgeber:

Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

Verantwortlich i.S.d.P.:

Karin Meißler

Redaktion:

Caroline Mohr

Gesamtherstellung:

Dietz Druck Heidelberg

Stand: Juni 2014

Liebe Leserin,

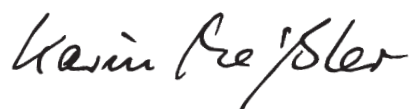
die Diagnose „Krebs“ ist für die meisten Menschen ein Schock. Zu der sehr belastenden psychischen Situation angesichts der lebensbedrohlichen Erkrankung kommt bei vielen Brustkrebspatientinnen noch die Notwendigkeit einer Brustamputation hinzu.

Wenn Sie sich in dieser Situation befinden, brauchen Sie viele Informationen, um sich ein Bild von der Bedeutung Ihrer Erkrankung und dem Ausmaß der notwendigen Operation machen zu können. Dazu benötigen Sie einerseits die Aufklärung und Unterstützung Ihres Arztes und andererseits Menschen Ihres Vertrauens, mit denen Sie die verschiedenen Therapieoptionen durchsprechen können.

Nur die intensive Beschäftigung mit dem Thema wird es Ihnen ermöglichen, die für Sie und Ihre persönliche Lebenssituation richtige Lösung zu finden. Nur wenn Sie sich mit der vorgenommenen Methode identifizieren, werden Sie sich auch auf Dauer mit ihr arrangieren können.

Wir haben daher in dieser Broschüre wichtige Informationen zusammengestellt, um Sie bei dieser schwierigen und weitreichenden Entscheidung zu unterstützen. Sie können sich damit auf das Arztgespräch vorbereiten oder die mündlichen Ausführungen des Arztes später nochmals nachvollziehen. Nehmen Sie sich auf jeden Fall Zeit für Ihre Entscheidung.

Wir wünschen Ihnen, dass Sie Ihren individuellen Weg der Krankheitsbewältigung finden und gleichzeitig die für Sie relevanten Möglichkeiten unseres vielschichtigen und differenzierten Versorgungssystems ausschöpfen können. Die Frauenselbsthilfe nach Krebs hilft Ihnen gerne dabei.

A handwritten signature in black ink, reading 'Karin Meißler'. The script is cursive and fluid, with a prominent 'K' and 'M'.

Karin Meißler

Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Inhaltsverzeichnis

<i>Brustamputation – Wie geht es weiter?</i>	7
Die Bedeutung der eigenen Entscheidung	7
<i>Brustrekonstruktion</i>	9
Brustaufbau mit Implantaten	10
Brustrekonstruktion mit Eigengewebe	13
Die Latissimus-dorsi-Lappen-Methode	14
Die TRAM-Lappen-Methode	16
Die DIEP-Lappen-Methode	18
S-GAP- und I-GAP-Lappen-Methode	20
Weitere Methoden der Brustrekonstruktion mit Eigengewebe ..	21
Die Rekonstruktion von Brustwarze und -warzenhof	23
Antworten auf häufig gestellte Fragen	24
<i>Der äußere Ausgleich: Die Brustepithese/-prothese</i>	29
Primärversorgung nach der Operation	29
Unterschiedliche Prothesenarten	30
Auswahl der richtigen Prothese	31
Der Prothesen-Büstenhalter	31
Der Prothesen-Badeanzug	32
Erstausstattung und weitere Versorgung	32
Tipps für den Besuch im Sanitätshaus	33
Welche Kosten haben Sie zu tragen?	33
<i>Erfahrungsberichte</i>	35
Die Entscheidung für eine Brustrekonstruktion mit Implantat	35

Die Entscheidung für eine Brustrekonstruktion mit Eigengewebe	36
Die Entscheidung für ein Leben mit prothetischer Versorgung	38
<i>Anhang</i>.....	40
Fachärzte und -ärztinnen für plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	40
Zertifizierte Brustzentren	40
Patienten-Leitlinien	41
Literaturtipps	41
Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe nach Krebs	42
Wichtige Adressen	44
Reha-Sport in der Krebsnachsorge	45

Brustamputation – Wie geht es weiter?

Heute werden die meisten Brusttumoren brusterhaltend operiert. Nur für etwa 30 Prozent der betroffenen Frauen ist eine Brustamputation (Mastektomie) aus medizinischen Gründen unumgänglich. Die Betroffenen stehen vor vielen Fragen:

- Wie sehe ich nach der OP mit nur einer Brust aus?
- Wie kann ich äußerlich die Symmetrie wieder herstellen?
- Welche Möglichkeiten des Wiederaufbaus meiner Brust gibt es?
- Welches ästhetische Ergebnis kann ich erwarten?
- Wie echt bzw. unecht wird das Ergebnis ausfallen?
- Wie wird sich die neue Brust anfühlen?
- Was spricht für das Tragen einer Brustprothese?

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen bei der Entscheidung helfen, ob Sie einen Brustaufbau machen lassen oder darauf verzichten. Falls Sie sich für einen Brustaufbau entscheiden, stellen wir Ihnen die verschiedenen Möglichkeiten der wiederherstellenden Chirurgie vor. Heute stehen vielfältige Methoden zur Verfügung, eine entfernte Brust und auch die Brustwarze in passender Größe und Form zu rekonstruieren. Es gibt aber auch Argumente, die für das Tragen einer Brustprothese sprechen.

Die Bedeutung der eigenen Entscheidung

Jede betroffene Frau hat ihr persönliches Frauen- und Körperbild. Entsprechend verschieden sind die Einstellungen und Empfindungen zu einer Wiederherstellung der eigenen Brust. Die Entscheidungsgründe dafür, eine Brustprothese zu tragen oder einen Wiederaufbau der Brust vornehmen zu lassen, sind sehr vielfältig und individuell; sie können aber auch medizinisch bedingt sein. Hier gilt vor allem eins:

Es gibt keinen richtigen oder falschen Weg, es gibt nur Ihren persönlichen Weg!

Die Entscheidung, welcher Weg für Sie der richtige ist, können nur Sie selbst treffen. Eine zentrale Voraussetzung dafür ist, dass Sie über die

neuesten medizinischen Standards zu den Themen Brustaufbau und prothetische Versorgung informiert sind.

Die Entscheidung für oder gegen einen Brustaufbau benötigt in der Regel Zeit, da sie von weitreichender Bedeutung für Ihr weiteres Leben ist. Gemäß den Leitlinien für die Therapie einer Brustkrebserkrankung sollte der Abstand zwischen Mitteilung der Diagnose und dem operativen Eingriff mindestens sieben Tage betragen. Das gibt Ihnen die Möglichkeit, sich zu informieren. Lassen Sie sich nicht unter Zeit- und Entscheidungsdruck setzen. Brustkrebs bedarf in der Regel nicht einer sofortigen Operation oder Therapie.

Wenn Sie unschlüssig sind, ob eine Brustrekonstruktion für Sie das Richtige ist, dann wägen Sie die Fakten sorgfältig ab, bis Sie Klarheit haben über den für Sie richtigen Weg. Ein Wiederaufbau der Brust muss nicht sofort mit der Tumorentfernung erfolgen, sondern ist auch zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Dieses zweischrittige Vorgehen ermöglicht Ihnen eine längere Bedenkzeit.

Für Ihre Entscheidung brauchen Sie Informationen darüber,

- welche Methoden es gibt,
- welche Methode aus welchen Gründen in Ihrem Fall sinnvoll ist,
- welche Vor- und Nachteile die einzelnen Vorgehensweisen haben,
- welche Komplikationen auftreten können,
- wie viele Operationen bis zum Endergebnis nötig sind und wie lange diese dauern,
- welche OP-Methoden der behandelnde Operateur beherrscht und
- wie erfahren der Operateur ist.

Führen Sie über diese Punkte unbedingt vor der Operation ein ausführliches Gespräch mit dem Arzt, der sie operieren wird. Fragen Sie ihn, ob die Möglichkeit besteht, bereits operierte Patientinnen jedweder OP-Methode kennenzulernen. Prüfen Sie auch, ob eine zweite Meinung Ihrer Entscheidungsfindung dienlich sein kann. Wenn ja, nehmen Sie dieses verbrieft Patientinnenrecht unbedingt in Anspruch.

Brustrekonstruktion

Nach einer Mastektomie (Brustamputation) besteht die Möglichkeit, die Form der weiblichen Brust operativ wieder herzustellen. Diese Operation nennt man auch Brustrekonstruktion. Viele Frauen entscheiden sich heute für diese Methode. Gründe für die Rekonstruktion können u.a. sein, dass die Mastektomie Minderwertigkeitsgefühle auslöst oder das veränderte Körperbild immer wieder an die lebensbedrohliche Erkrankung erinnert.

Als wissenschaftlich anerkannt gilt, dass eine Rekonstruktion der Brust einen psychosozialen Gewinn für die betroffenen Frauen darstellen kann. Vielen Frauen hilft die Wiederherstellung der körperlichen Integrität, um ihr seelisches Gleichgewicht wiederzufinden. So kann die Brustrekonstruktion das Ende der Krebstherapie signalisieren und so zur Bewältigung bewusster oder unbewusster Ängste beitragen.

Methoden der Brustrekonstruktion

Für den Wiederaufbau einer oder beider Brüste gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- den Brustaufbau mit Implantat
- den Brustaufbau mit Eigengewebe
- eine Kombination aus beiden Methoden

Am Ende einer erfolgreichen Rekonstruktion und einer eventuell notwendigen anpassenden Operation der gesunden Brust steht die Wiederherstellung der Brustwarze, um auch die optische Symmetrie beider Brüste zu erzielen. Der Warzenhof kann durch eine Hauttransplantation, durch Mikropigmentierung oder Permanent-Make-Up nachgebildet werden.

Jede Möglichkeit hat ihre Vor- und Nachteile, unabhängig davon, ob sie als Primär-Rekonstruktion gleichzeitig mit der Brustamputation oder als Sekundär-Rekonstruktion später vorgenommen wird. Bitte lassen Sie sich ausführlich von Ihrem Arzt darüber beraten, welche Ergebnisse mit welcher Methode erreichbar sind (z.B. anhand von Fotografien), und suchen Sie den Kontakt zu schon operierten Patientinnen, die Sie z. B. in einer Selbsthilfegruppe finden und befragen können.

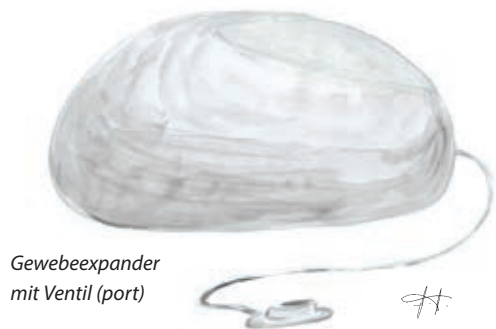
Nachfolgend möchten wir Ihnen einen Überblick über die häufigsten Methoden zur Brustwiederherstellung geben. Detaillierte, auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte Informationen kann Ihnen aber nur Ihr Operateur vermitteln.

Brustaufbau mit Implantaten

Wenn Sie sich für die Verwendung von Implantaten entschieden haben, folgt in der Regel im ersten Schritt die Dehnung der Haut mit einem variablen Gewebeexpander (Platzhalter). Das ist ein Implantat, das über ein integriertes oder anhängendes Ventil (Port) mehrere Wochen kontinuierlich mit einer Flüssigkeit, meist Kochsalzlösung, aufgefüllt wird, um die Haut zu dehnen. Die biologische Leistungsfähigkeit der Haut entscheidet darüber, ob sich mit Hilfe des Gewebeexpanders ausreichend Haut für das geplante Implantat entwickeln lässt.



Gewebeexpander mit integriertem Ventil



Gewebeexpander mit Ventil (port)

Ist die Haut ausreichend gedehnt, kann nach einer weiteren Verweildauer von mindestens drei Monaten der Expander gegen ein Implantat aus Silikongel operativ ausgetauscht werden. Der Austausch erfolgt über die bereits vorhandene Narbe. Das Implantat wird in eine Gewebetasche eingesetzt, die vor oder partiell hinter dem Brustmuskel liegt. Welche Positionierung für Sie die richtige ist, sollten Sie mit Ihrem Operateur klären. Die Funktion des Brustmuskels ist nach Einheilung des Implantates unabhängig von dessen Positionierung nicht beeinträchtigt.

Sechs bis zwölf Monate nach der Operation kann eine Wiederherstellung der Brustwarze erfolgen.

Was Sie bedenken sollten

Die oftmals vertretene Meinung, der Brustaufbau mit einem Implantat (Fremdmaterial) sei komplikationsloser als Rekonstruktionsmethoden mit Eigengewebe, stimmt so nicht. Auch der Umgang mit Implantaten erfordert eine außerordentlich große Erfahrung des Operateurs. Und auch hier kann es zu Komplikationen kommen. Daher ist es erforderlich, dass Sie sich über die Vor- und Nachteile dieser Methode bzw. über alternative OP-Methoden ausführlich von erfahrenen Operateuren beraten lassen.

Bei der Entscheidung für einen Brustaufbau mit Implantat sollten Sie zudem bedenken, dass die durchschnittliche Verweildauer eines Implantates nur ca. zehn Jahre beträgt, ggf. also auch viel kürzer. Das bedeutet, dass nach Ablauf dieser Zeit eine erneute Operation ansteht. Die Ursache hierfür liegt in der Regel nicht in der begrenzten Haltbarkeit des Implantates, sondern darin, dass Körper und Gewebe sich innerhalb dieses Zeitraums verändern und das Implantat daher angepasst werden muss.

Zudem können Silikonimplantate Schwankungen des Körpergewichtes nicht folgen und eine Gewichtszunahme oder -abnahme kann zu grotesken Situationen führen. Deshalb sollten Sie vor einer Brustrekonstruktion unbedingt Ihr Wohlfühlgewicht haben.

Eine der häufigsten möglichen Komplikationen ist die Bildung einer Kapsel um das Implantat (Kapselbildung). Bei ca. 10 bis 20 Prozent der

Patientinnen mit Brustimplantaten entstehen Kapselfibrosen. Der Körper betrachtet das Implantat als Fremdkörper und schließt es mit Bindegewebe ein. Das ist nicht grundsätzlich problematisch, kann aber zu einer Veränderung der Form des Implantates und auch zu Schmerzen führen. Im Fall einer ausgeprägten Kapselfibrose muss das Implantat fast immer ausgetauscht werden. Moderne Implantate verfügen heute jedoch über Beschichtungen, die das Risiko einer Kapselfibrose stark reduzieren. Auch hier sollten Sie sich gut informieren.

Folgende Gründe können gegen eine Wiederherstellung der Brust mit Implantat sprechen:

- Für Frauen mit großen, hängenden Brüsten ist die Methode nicht geeignet.
- Junge Frauen sollten bedenken, dass eventuell im Laufe ihres Lebens mehrere Nachfolge-Operationen zur Anpassung an körperliche Veränderungen notwendig sind.
- Raucherinnen weisen häufig eine schlechte Qualität des Weichteilmantels und Wundheilungsprobleme auf und sind daher für diese Methode nicht gut geeignet.
- Wenn eine Bestrahlung stattgefunden hat oder noch ansteht, ist eine Wiederherstellung mit Implantaten meist nicht möglich.

Informieren Sie sich vor einer Entscheidung für diese Methode bei bereits operierten Patientinnen, die Implantate über mehrere Jahre tragen. Deren Erfahrungen können für Sie sehr hilfreich sein. Nehmen Sie Kontakt zu einer unserer Selbsthilfegruppen auf; hier finden Sie sicher eine entsprechende Gesprächspartnerin. Oder gehen Sie in unser Diskussionsforum im Internet: <https://forum.frauenselbsthilfe.de>

Vorteile und Nachteile eines Brustaufbaus mit Implantat in Kürze

Vorteile

- weniger belastende Operation im Vergleich zu anderen Methoden der Brustrekonstruktion
- keine zusätzlichen Narben durch Entnahme von Eigengewebe

- bei den richtigen Voraussetzungen gute bis sehr gute kosmetische Ergebnisse

Nachteile

- meist zwei Operationen notwendig
- fehlende Voraussetzungen für gute kosmetische Ergebnisse bei den meisten Patientinnen
- Gefahr einer Kapselfibrose
- Dauer bis zur endgültigen Wiederherstellung der Brust sechs bis neun Monate
- keine Anpassung an Schwankungen des Gewichts oder altersgemäße Körperveränderungen

Brustrekonstruktion mit Eigengewebe

Die Eigengewebsrekonstruktion ist möglich durch die Entnahme von Haut, Unterhaut, Fett und Muskulatur an einer anderen Körperstelle wie z. B. dem Rücken oder Bauch. Auch bei sehr schlanken Frauen lässt sich in der Regel ausreichend Gewebe aus Haut, Muskel und Fettgewebe entnehmen.

Es gibt einige Aspekte, die für eine Rekonstruktion der amputierten Brust durch eine Transplantation von Eigengewebe sprechen:

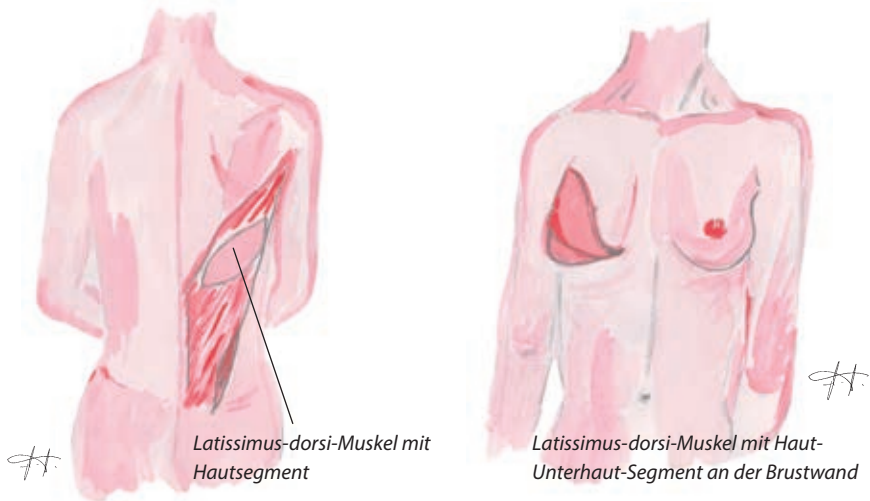
- Wo kein Fremdkörper ist, da gibt es auch keine Gewebsreaktionen, z. B. Kapselfibrosen; der Körper löst keine Abwehrreaktionen aus.
- Körpereigenes Gewebe ist „warm“, altert zusammen mit der Patientin und passt sich Veränderungen des Körpergewichts an.
- Weitere Operationen sind aufgrund des gemeinsamen Alterns und, da Implantatwechsel entfallen, in der Regel nicht notwendig.

Die Rekonstruktion einer amputierten Brust durch Transplantation von Eigengewebe bedeutet häufig eine längere Operationsdauer als bei der Verwendung eines Implantates. Bei den heutigen modernen Narkoseverfahren spielt das allerdings keine so große Rolle mehr wie früher.

Die verschiedenen Methoden möchten wir Ihnen im Folgenden vorstellen:

Die Latissimus-dorsi-Lappen-Methode

Bei der Latissimus-dorsi-Lappen-Methode (LAT-Lappen-Methode) wird der große Rückenmuskel meist mit einer Hautspindel durch die Achselhöhle auf die vordere Brustwand verlagert. Die in der Achselhöhle befindlichen Blutgefäße werden dabei nicht durchtrennt und können daher das verlagerte Gewebe ernähren. Diese Methode wird weltweit sehr häufig durchgeführt.



Um gute kosmetische Ergebnisse zu erzielen, gehen versierte Operateure bei der Entnahme des Muskels so vor, dass die am Rücken entstehende Narbe sich möglichst gut unter dem BH verbergen lässt. Nichts desto trotz entsteht dort eine breitflächige Narbe in der Tiefe, die ein Spannungsgefühl verursachen und eine langfristige postoperative Nachsorge erforderlich machen kann.

Die Funktion des großen Rückenmuskels wird mit der Zeit von mehreren kleinen Muskeln des Schultergürtels übernommen. Zu einer spürbaren Einschränkung der Beweglichkeit kommt es meist nicht. Da der Rückenmuskel an der vorderen Brustwand keine Arbeit mehr verrichtet, kann es

allerdings im Laufe der Jahre zu einem Schrumpfen des Muskelvolumens kommen. Nicht selten klagen Patientinnen über unwillkürliche Mitbewegungen im verlagerten Muskel.

Mit dem LAT-Lappen können zur Wiederherstellung der Brust gute optische Resultate erzielt werden. Allerdings ist in den meisten Fällen eine Kombination mit Implantat erforderlich. Nur sehr füllige Patientinnen mit kleinen Brüsten kommen für eine Rekonstruktion ausschließlich mit dem LAT-Lappen in Frage.

Anders als bei der Wiederherstellung einer Brust mit Implantat gibt es bei dieser Methode kaum Patientinnen, die dafür nicht in Frage kommen. Folgende Kriterien können allerdings ein Problem darstellen, müssen es aber nicht:

- eine vorangegangene Bestrahlung der Achselhöhle
- eine Ausdehnung des Tumorwachstums in die Achselhöhle
- ein Lymphödem
- ein erhöhtes Rezidiv-Risiko (Risiko des Wiederauftretens der Krankheit)

Vorteile und Nachteile des Brustaufbaus mit dem Latissimus-Dorsi-Lappen in Kürze

Vorteile

- gute kosmetische Ergebnisse erzielbar
- gute Wundheilung üblich
- neue Brust altert mit
- kein Fremdkörpergefühl

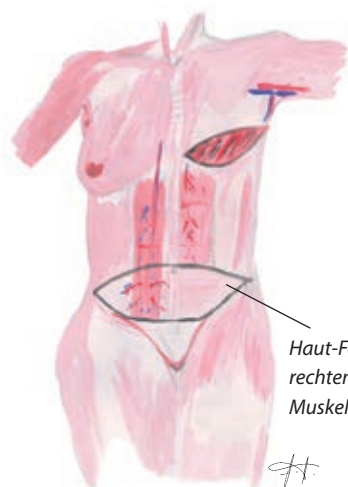
Nachteile

- zeitaufwendige Operation
- Implantate meist zusätzlich erforderlich
- dann meist zwei Operationen notwendig
- Narbe am Rücken

- evtl. veränderte Körpersilhouette
- evtl. Einschränkung der Beweglichkeit/Spannungsgefühl

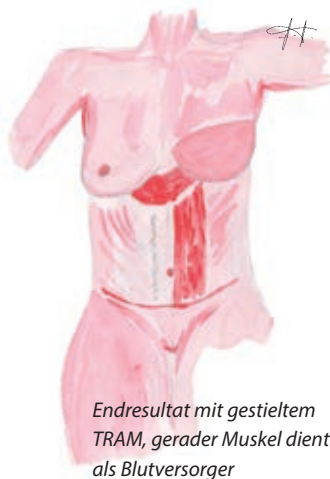
Die TRAM-Lappen-Methode

Bei der TRAM-Lappen-Methode (Transversus rectus abdominis musculocutaneus Lappen) werden zur Brustrekonstruktion Muskel- und Unterbauchfettgewebe sowie die Haut zwischen Nabel und Schambein verwendet („muskelgestielt“). Hierzu wird der gerade Bauchmuskel über dem Schambein ein- oder beidseitig durchtrennt. Die Blutversorgung bleibt erhalten und sichert so die Ernährung des für die Brustrekonstruktion benötigten Gewebes. Mit Hilfe des vom Unterbauch gewonnenen Fettgewebes lassen sich auch großvolumige Brüste rekonstruieren.



*Haut-Fett-Insel mit
rechtem geradem
Muskel*

Planung gestielter TRAM



*Endresultat mit gestieltem
TRAM, gerader Muskel dient
als Blutversorger*

Um später eine problemlose Durchblutung des transplantierten Lappens zu gewährleisten, führen einige Operateure vor der eigentlichen Rekonstruktion eine sogenannte Delay-Operation durch, bei der sie die aus der Richtung des Beckens kommenden Gefäße vorab unterbinden, damit die vom Brustbein kommenden Gefäße die Versorgung des späteren Lappens komplett übernehmen.

Für eine Rekonstruktion mit dem TRAM-Lappen sind Frauen nicht geeignet, die

- intensiv Sport treiben;
- adipös (fettleibig) sind;
- eine sehr kleine Brust haben;
- über 70 Jahre alt sind;
- rauchen;
- an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) leiden;
- bereits mehrere Bauchoperation (z. B. Gallenblasenentfernung oder Fettabsaugen) hatten.

Vorteile und Nachteile der TRAM-Lappen-Methode in Kürze

Vorteile

- gute kosmetische Ergebnisse erzielbar
- gute Wundheilung üblich
- gute Versorgung der Blutgefäße im TRAM-Lappen möglich
- neue Brust altert mit
- kein Fremdkörpergefühl
- spätere Bestrahlung möglich
- Straffung des Bauches als positiver Nebeneffekt möglich

Nachteile

- lange Operationsdauer
- Gefahr einer Durchblutungsstörung des TRAM-Lappens mit Teilverlust
- ggf. Entfernung des Lappens erforderlich (in drei bis neun Prozent der Fälle)
- längere Erholungsphase als bei der Latissimus-dorsi-Lappen-Methode

- Schwächung der Bauchwand (Vorwölbung) durch Entfernung eines oder beider gerader Bauchmuskeln möglich (in 20 bis 30 Prozent der Fälle)
- Gefahr eines Bauchwandbruches (selten)
- Narben am Bauch und um den Nabel herum

Die DIEP-Lappen-Methode

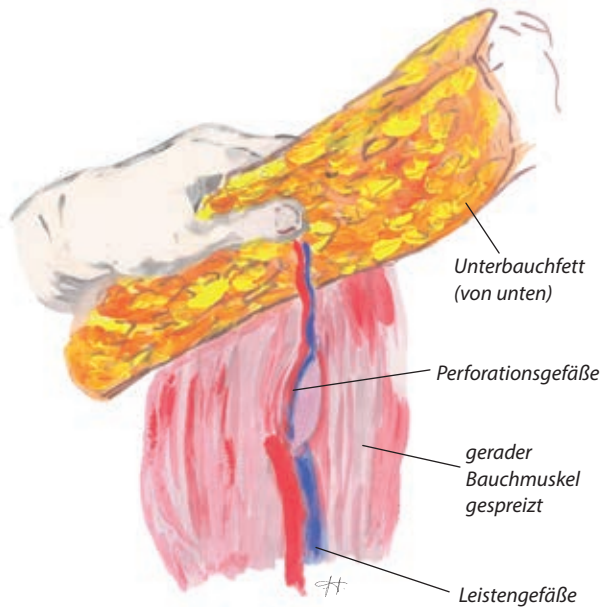
Bei der DIEP-Lappen-Methode wird der Patientin ein ellipsenförmiger Haut-Fettgewebe-Lappen mit einem oder mehreren Blutgefäßen aus dem Unterbauch entnommen und zur Brust geformt. Die Blutgefäße werden mikrochirurgisch an der Brustwand mit Blutgefäßen entweder in der Achselhöhle oder hinter dem Brustbein verbunden. (DIEP steht für: Deep Inferior Epigastric Artery Perforator.)

Dieser Lappen ist genauso groß wie der TRAM-Lappen, auch die Narbenverläufe sind die gleichen. Die Vorteile dieser mikrochirurgischen Operationstechniken liegen in der deutlich geringeren Verletzung der geraden Bauchmuskulatur. Die Bauchwand bleibt in ihrer Struktur intakt und ungeschwächt. Allerdings dauert eine solche Rekonstruktion ca. drei bis sechs Stunden und erfordert einen sehr erfahrenen Operateur. Wie auch bei der TRAM-Lappen-Methode ist die Erholungsphase relativ lang. Der Krankenhausaufenthalt dauert circa zwei Wochen.

Die Operation ist prinzipiell für alle Frauen – altersunabhängig – geeignet. Die Patientinnen sollten aber in der physischen Verfassung sein, um die Operation und die lange Rekonvaleszenz-Zeit (ca. vier bis sechs Wochen) gut zu überstehen. Hier ist die Beurteilung des Arztes ausschlaggebend.

Für eine Rekonstruktion mit dem DIEP-Lappen sind Frauen nicht geeignet, die

- bereits eine Bauchstraffung oder eine Bauchfettabsaugung hinter sich haben;
- starke Raucherinnen sind.



Planung DIEP-Flap (Perforatorlappen)

Vorteile und Nachteile der DIEP-Lappen-Methode in Kürze

Vorteile

- keine Schwächung der Bauchdecke
- gute Versorgung der Blutgefäße im DIEP-Lappen möglich
- nach der Operation weniger Schmerzen und Einschränkungen als bei der TRAM-Lappen-Methode
- beste Technik, um eine symmetrische Brust mit weichem Gewebe zu formen

Nachteile

- Operation erfordert einen sehr erfahrenen Chirurgen (Micro- und Gefäßchirurgie)
- lange Operationsdauer (3 – 6 Stunden)
- Risiko, dass der Lappen nicht anwächst, ist ähnlich wie bei der TRAM-Lappen-Methode

S-GAP- und I-GAP-Lappen-Methode

Neben Bauch und Rücken bietet auch das Gesäß die Möglichkeit, Gewebe für eine Brustrekonstruktion zu entnehmen. S-GAP- und I-GAP-Lappen sind Gewebeblöcke, die ähnlich wie die DIEP-Lappen verpflanzt werden. GAP steht für Gluteal Artery Perforator. (S = Superior: obere Gesäßhälfte; I = Inferior: untere Gesäßhälfte).

Diese Methode der Brustrekonstruktion erfordert mikrochirurgische Techniken, die sehr anspruchsvoll sind, da die Gefäße im Gesäß in der Regel kleiner und anatomisch variantenreicher sind als bei Gewebeblöcken aus Bauch oder Rücken. Die Operation kann somit nur ein sehr erfahrener Chirurg durchführen. Sie dauert vier bis sechs Stunden und macht in der Regel einen zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt erforderlich.

Wenn eine Rekonstruktion mit Unterbauchgewebe nicht möglich ist, wie z.B. bei sehr schlanken Frauen oder Frauen, die bereits eine Bauchstraffung oder eine Bauchfettabsaugung hinter sich haben, stellt die S-GAP- und I-GAP-Lappen-Methode eine gute Alternative dar. Es darf allerdings keine Voroperation im Gesäßbereich stattgefunden haben. Die Methode ist auch nicht für Frauen mit großen Brüsten geeignet.

Vorteile und Nachteile S-GAP- und I-GAP-Lappen-Methode

Vorteile

- keine große Narbe an Bauch oder Rücken
- Narbe gut unter der Kleidung zu verbergen
- nach der Operation weniger Schmerzen und Einschränkungen als bei der TRAM-Lappen-Methode

Nachteile

- Operation erfordert einen sehr erfahrenen Chirurgen (Mikrochirurgie)
- längere Operationsdauer als bei allen anderen Methoden (4 - 6 Stunden)
- erhöhtes Risiko, dass der Lappen nicht anwächst, im Vergleich zu den anderen Methoden

- Symmetrie des Gesäßes wird besonders bei S-Gap beeinträchtigt
- evtl. Taubheitsgefühl an der Rückseite des Oberschenkels bei I-Gap

Weitere Methoden der Brustrekonstruktion mit Eigengewebe

Folgende Methoden zur Brustrekonstruktion sind ebenfalls möglich:

Gracilis-perforator-Lappen

Gewebeentnahme von Haut und Muskel der Oberschenkelinnenseite. **Vorteil:** Unauffällige Narbe wie bei einer Oberschenkelstraffung. Außerdem ähnelt die Haut hier derjenigen der Brust. Die Beinfunktion wird nicht beeinträchtigt. **Nachteil:** Diese Methode der Brustrekonstruktion erfordert mikrochirurgische Techniken, die sehr anspruchsvoll sind, da die Gefäße an dieser Stelle in der Regel kleiner sind als bei Gewebeblöcken aus Bauch oder Rücken. Es entsteht zudem eine leichte Asymmetrie der Oberschenkel, die aber nicht auffällig ist.

TDAP-Lappen

Verpflanzung einer Haut-Fett-Insel vom Rücken. **Vorteil:** Bei dieser Methode wird der Rückenmuskel nicht beschädigt wie es bei der Latissimus-Dorsi-Methode der Fall ist. **Nachteil:** Die Methode ist meist nicht für eine komplette Brustrekonstruktion geeignet.

ICAP-Flap

Verpflanzung von Haut-Fett-Gewebe unterhalb der Achsel. **Vorteil:** Die Haut ähnelt hier derjenigen der Brust. Außerdem wird die Narbe durch den Arm verdeckt. **Nachteil:** Diese Methode ist technisch sehr anspruchsvoll, da die Blutgefäße an dieser Stelle sehr klein sind. Sie ist auch nur zum Ausgleich kleiner Gewebeareale geeignet, z. B. bei einem Teilverlust der Brust.

Hautsparende/subkutane Mastektomie

Die Methode der hautsparenden Mastektomie kann immer angewendet werden, wenn eine vollständige Entfernung der Brustdrüse erforderlich, der Hautmantel aber von der Erkrankung nicht betroffen ist oder ein

ausreichend großer Abstand besteht. Die Haut und meistens die Brustwarze der zu operierenden Brust bleiben erhalten. Der Vorteil besteht darin, dass der formgebende Hautmantel geschont wird und in der Regel gut versteckte Narben entstehen.

Technisch ist die Freipräparation der Brustdrüse von Fett- und subkutanem Gewebe jedoch nicht einfach. Es muss zum einen das Drüsengewebe vollständig und radikal entfernt werden. Zum anderen muss die Durchblutung der Haut gewährleistet bleiben. Probleme können eine Minderdurchblutung des verbleibenden dünnen Hautmantels mit teilweisem Absterben bereiten. Dies ist besonders bei großen Brüsten der Fall.

Erfolgt eine Wiederauffüllung des entstandenen Hautmantels mit einem Silikonimplantat, bereiten Formveränderungen und Kapselfibrose nicht selten nach einiger Zeit Schwierigkeiten. In der Regel muss dann ein Eigengewesverfahren verwendet werden. Durch den erhaltenen Hautmantel lassen sich sehr gute Resultate erzielen. Eine Bestrahlung sollte vermieden werden.

Die subkutane Mastektomie wird meist bei folgender Indikation angewendet:

- Krebsvorstufen in den Milchgängen sowie den Drüsenläppchen (DCIS)
- Notwendigkeit der vollständigen Drüsenentfernung bei gleichzeitig ausreichendem Sicherheitsabstand zur Haut, z. B. mehrere kleinere Tumore in einer Brust
- familiärer Risikokonstellation, BRCA-Mutation
- extrem zystischem Brustgewebe

Eigenfett-Transplantation (Lipofilling)

Eine relativ neue Technik zur Rekonstruktion einer Brust ist die Einbringung von Fettgewebe, das über eine Absaugung gewonnen wird. Der Unterschied zu den mikrochirurgischen Techniken besteht in der fehlenden Blutversorgung des eingebrachten Gewebes. Die Fettzellen, die rechtzeitig Anschluss an die Blutversorgung des Brustgewebes erhalten,

können dennoch anwachsen. Die übrigen sterben ab und werden vom Körper aufgenommen.

Der Eingriff erfordert daher operative Erfahrung darüber, wie viel Fettgewebe in einem Schritt eingebracht werden kann. In aller Regel sind mehrere Schritte im Abstand von ca. drei Monaten erforderlich, um das gewünschte Volumen zu erreichen. Insbesondere für größere Brüste sind zahlreiche Eingriffe erforderlich.

Zellen, die nicht anwachsen, können zu kleinen Verkalkungen oder Zysten führen, die wiederum die Diagnostik von Brusttumoren behindern könnten. Auch wenn dieses Problem bei erfahrenen Operateuren gering ist, so gibt es doch eine erhöhte Biopsierate zur Abklärung unklarer Befunde.

Ein vollständiger Aufbau der Brust ist bisher nur in wenigen Fällen publiziert. Das Verfahren wird derzeit eher für überschaubare Volumendefizite eingesetzt – d.h. besonders zur Verbesserung des kosmetischen Resultates nach Eigengewebsaufbau oder zur Korrektur kleinerer Delen, Defekte und Narben nach Implantatrekonstruktion.

Noch gibt es für die Anwendung dieser Methode keine Langzeiterfahrung. Insbesondere der Einfluss auf möglicherweise noch vorhandene Tumorzellen ist nicht ausreichend geklärt. Daher sollte das Lipofilling nach brusterhaltender Therapie und familiärer Risikokonstellation nur sehr zurückhaltend und nur nach ausgiebiger, abwägender Beratung angewandt werden.

Die Rekonstruktion von Brustwarze und -warzenhof

Erst nach Aufbau der Brustform und deren vollständiger Ausheilung (ca. sechs Monate) kann an die Wiederherstellung der Brustwarze gedacht werden. Manchmal sind auch vorher noch die Symmetrie herstellende oder modellierende Korrekturingriffe notwendig. Von der ersten Wiederherstellungsoperation bis zu dieser letzten abschließenden Korrektur vergeht also mindestens ein halbes, oft ein ganzes Jahr.

Die Brustwarze (Mamille) wird durch Teilung der Brustwarze der erhaltenen Brust oder aus Haut an der neugebildeten Brust konstruiert.

Der Warzenhof (Areola) wird in der Regel durch Vollhauttransplantate aus der Leistenregion oder auch anderen Körperpartien, z. B. im Bereich der Ober- oder Unterlider, gewonnen. Dieses Gewebe wird auf die rekonstruierte Brust verpflanzt.

Einige Patientinnen verzichten auf diese letzte kosmetische Verfeinerung nach einer Brustrekonstruktion. Der Eingriff ist jedoch kurz, kaum belastend und – je nach gewählter Methode – auch in örtlicher Betäubung durchführbar. Viele Frauen, die sich für eine Rekonstruktion entschieden haben, wünschen deshalb auch den – kosmetisch vorteilhaften – letzten Schritt der Wiederherstellung. Die neue Brustwarze verhält sich allerdings nicht wie eine natürliche Brustwarze. Sie ist gefühllos und reagiert nicht auf Temperatur oder Berührung.

Färbung der Brustwarze

Um die neue Brustwarze entsprechend der Gegenseite zu gestalten, ist häufig eine Mikropigmentierung nach vollständiger Einheilung des Warzenhofes erforderlich. Dabei werden mittels eines feinen Nadelmodulsystems Farbpigmente in die Haut eingebracht, die sich dort bleibend verkapseln. Die Dauer einer solchen Pigmentierung beträgt ein bis zwei Stunden. Die Farbgebung ist lang anhaltend und gesundheitlich unbedenklich. Risiken sind bei korrekter Durchführung weitgehend ausgeschlossen.

Der Warzenhof kann auch durch Tätowierung oder Permanent-Make-Up nachgebildet werden. Bei ca. 40 Prozent der Betroffenen muss diese Prozedur jedoch nach einigen Jahren wiederholt werden, da die Färbung verblasst.

Antworten auf häufig gestellte Fragen

Gibt es für eine Brustrekonstruktion eine Altersgrenze?

Jede Frau kann sich nach dem Verlust einer Brust zu einer operativen Wiederherstellung entschließen. Auch ein höheres Alter verbietet keine Rekonstruktion der Brust. Das Alter kann aber eine Rolle bei der Wahl der Operationsmethode spielen.

Wann komme ich für eine Brustrekonstruktion nicht in Frage?

Es gibt Faktoren, die eventuell gegen eine Brustrekonstruktion sprechen können. Dazu gehört z. B., wenn Sie Diabetes-mellitus (Zuckerkrankheit)

oder Durchblutungsstörungen haben, starke Raucherin sind oder unter bestimmten Allergien leiden.

Eine Rekonstruktion sollte in jedem Fall mit dem Operateur auf die erforderliche adjuvante Therapie abgestimmt werden. Bei einer Strahlentherapie kann es beispielsweise notwendig sein, die Rekonstruktion erst zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen. Auch eine Chemotherapie sollte wegen der Schwächung des Körpers möglichst abgeschlossen sein, bevor eine Brustrekonstruktion vorgenommen wird.

Was kann ich von einer Brustrekonstruktion erwarten?

Eine Brust wie vor der Krebsoperation kann Ihnen kein noch so versierter Operateur mehr geben. Keine rekonstruierte Brust ist so natürlich, so beweglich und so empfindsam wie eine natürliche Brust. Aber: Die Weiterentwicklung der wiederherstellenden Operationstechniken macht es heute möglich, beim Brustwiederaufbau kosmetisch höchst anspruchsvolle Resultate zu erzielen.

Es ist – häufig zusammen mit anpassenden Operationen an der gesunden Brust – eine Symmetrie und Optik erreichbar, die im BH oder Bikini niemanden ahnen lässt, dass eine Brustamputation und ein Brustaufbau stattgefunden haben. Sie können sich beim Sport, beim Kleiderkauf und den vielen schönen Dingen des Lebens wieder selbstbewusst und ungehindert bewegen.

Was sollte ich vor der Operation beachten?

Beraten Sie sich vor der Operation mit bereits operierten Patientinnen, damit Sie sich ein Bild von der Operation, möglichen Auswirkungen, Komplikationen und Begleiterscheinungen sowie dem bestenfalls erreichbaren Ergebnis machen können. Ein solches Gespräch ist wichtig, damit Sie entscheiden können, ob und in welcher Form Sie einen Brustaufbau wollen. Die Informationen sind auch wichtig, damit Sie sich auf die damit verbundenen Anforderungen gut einstellen können.

Der Austausch mit einer bereits operierten Patientin gibt Klarheit über die verschiedenen Operationsschritte und bietet auch die Möglichkeit, den Ablauf der Rekonstruktion aus Patientensicht zu betrachten. Diese Perspektive gewährt Ihnen möglicherweise Einblicke, die Ihnen die

medizinischen Berater nicht geben können und die Ihre Entscheidung durchaus beeinflussen können.

Geeignete Gesprächspartnerinnen stehen Ihnen zum Beispiel in den Gruppen oder dem Internet-Forum der Frauenselbsthilfe nach Krebs zur Verfügung. Hier finden Sie Brustkrebspatientinnen, die Ihnen gern Auskunft geben:

www.frauenselbsthilfe.de/gruppen/gruppen-in-ihrer-naehe/

<https://forum.frauenselbsthilfe.de>

Wer kann eine Brustrekonstruktion durchführen?

Eine gute Behandlung können Sie in zertifizierten Brustkrebszentren erwarten. Das sind Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von Brusterkrankungen spezialisiert haben, hohe Qualitätsanforderungen erfüllen müssen und diese durch eine Zertifizierung belegen. Dort verfügen die plastischen Chirurgen über spezielle Erfahrungen in der wiederherstellenden Brustchirurgie. Hier besteht zudem am ehesten die Wahrscheinlichkeit, dass das gesamte Spektrum der rekonstruktiven Chirurgie angeboten wird (mehr Infos siehe Anhang). Die Anforderung an eine Brustrekonstruktion und deren chirurgische Varianten sind in der Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms festgeschrieben.

Welche Risiken sind mit einer Brustrekonstruktion verbunden?

Jede Operation birgt Risiken in sich, beispielsweise Infektionen, Wundheilungsstörungen oder Probleme bei der Verträglichkeit der Narkose. Wird eine Rekonstruktionsmethode gewählt, bei der Eigengewebe Verwendung findet, wie z. B. der Rückenmuskel oder Bauchfett, kann es zu Komplikationen an der Gewebeentnahmestelle kommen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Teile des verpflanzten Gewebes schlecht durchblutet werden und in einer zweiten Operation wieder entfernt werden müssen. Außerdem kann Ihnen niemand garantieren, dass das kosmetische Ergebnis Ihren Erwartungen entspricht. Das Risiko ein Lymphödem zu entwickeln wird durch eine Brustrekonstruktion nicht vergrößert.

Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine Brustrekonstruktion?

Die erste Nachricht der Diagnose Brustkrebs kommt bei den meisten Betroffenen einer Katastrophe gleich. In dieser Situation kann für Sie die Aussicht auf eine Brustrekonstruktion eine positive Perspektive sein. Entscheiden Sie nun jedoch nicht übereilt. Das ist weder notwendig noch ratsam, denn eine Brustrekonstruktion kann, wenn es die tumor-spezifische Situation zulässt, sowohl primär – gleichzeitig in einer Operation mit der Brustamputation – als auch sekundär – zu einem späteren Zeitpunkt – erfolgen. Den Zeitpunkt, wann Sie sich einer Brustrekonstruktion stellen, bestimmen Sie. Dies kann Wochen, Monate oder Jahre nach der Mastektomie sein.

Wer bezahlt die Wiederherstellung?

Alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Rekonstruktion Ihrer Brust anfallen, werden von der Krankenkasse – unerheblich ob gesetzliche oder private – übernommen, denn der Wiederaufbau ist fester Bestandteil der Behandlungsstrategie gegen den Brustkrebs. Inwieweit die Rekonstruktion der Brustwarze zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse gehört, ist noch nicht abschließend entschieden. Hier wird die Kostenübernahme zurzeit (2013) noch unterschiedlich gehandhabt.

Probleme mit der Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenkasse können sich aber ergeben, sollten Sie eine zweite Rekonstruktion vornehmen lassen, weil Sie mit dem Resultat der ersten Operation nicht zufrieden sind. Hier ist unbedingt die vorherige Klärung mit Ihrer Krankenkasse erforderlich.

Sind Nachsorgeuntersuchungen nach einer Rekonstruktion möglich?

Sämtliche Nachsorgeuntersuchungen, sowohl das direkte Abtasten als auch technische Untersuchungen wie Mammographie, Ultraschall oder Magnetresonanztomographie (MRT), sind nach einem Wiederaufbau möglich. Allerdings sind Mammographien bei Brustimplantaten schwieriger zu beurteilen. Patientinnen mit Implantaten sollten unbedingt vor der Untersuchung über das Vorhandensein eines Implantates informieren – einerseits, um einer möglichen Beschädigung des Implantates vorzubeugen, andererseits, um die Anwendung anderer bildgebender Verfahren wie z. B. eines MRT zur Diskussion zu stellen.

Der äußere Ausgleich: Die Brustprothese/-epithese

Wenn Sie sich gegen einen Wiederaufbau der entfernten Brust entschieden haben, stehen Ihnen unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung, mit denen Sie die äußere Symmetrie Ihres Körpers wieder herstellen können. Brustprothesen stellen nicht nur einen kosmetischen Ersatz für die verlorene Brust dar, sondern dienen insbesondere auch dem orthopädischen Gleichgewicht des Körpers. Durch die Amputation gerät – je nach Größe der entfernten Brust – die Statik des Körpers aus dem Gleichgewicht. Das kann zu erheblichen Beschwerden im Rücken-, Schulter und Nackenbereich führen; das Tragen einer Prothese kann die gleichmäßige Belastung beider Schultern wieder herstellen und Folgeschäden verhindern.

Sehr wichtig ist es außerdem, dass die Prothese in einem gutschitzenden Büstenhalter getragen wird. Dafür ist es unbedingt erforderlich, dass Brustumfang und Unterbrustumfang genau vermessen werden. Zu enge und zu kleine Büstenhalter können auf den Schultern und im Unterbrustbereich Lymphödeme verursachen.

Insbesondere beim Sport sollten Sie darauf achten, dass Ihr BH breite Träger hat und der Prothese einen sicheren Sitz bietet. Das gleiche gilt für einen Badeanzug.

Primärversorgung nach der Operation

Nach einer Brustamputation kann – wenn gewünscht – bereits im Krankenhaus die äußere Symmetrie wiederhergestellt werden. Diese „erstversorgenden“ Epithesen sind federleicht. Sie bestehen aus einer Baumwollhülle, die mit spezieller Watte (Fiberfill) entsprechend der Körbchengröße der anderen Brust gefüllt ist. Dazu gehört ein Büstenhalter aus sehr leichtem, weichen Material, das nicht auf das empfindliche Narbengewebe drückt. Diese BHs werden vorne geöffnet bzw. geschlossen – eine wichtige Hilfe in den ersten Wochen nach der Operation, wenn die Beweglichkeit des Armes auf der operierten Seite noch eingeschränkt ist.

Eine Notwendigkeit, eine Epithese zu tragen, besteht nicht, da sie nur eine kosmetische Funktion hat. Nicht für jede Frau ist die sofortige Wiederherstellung der Körpersymmetrie von entscheidender Bedeutung. Es gibt sehr wohl auch Frauen, die sich mit ihrem veränderten Körperbild wohlfühlen.

In jedem Fall sollte eine Epithese wirklich nur in den ersten vier bis sechs Wochen nach der Operation getragen werden oder für die Dauer einer Strahlentherapie, um die gereizte Haut zu schonen. Danach ist – je nach Größe der entfernten Brust – aus orthopädischen Gründen das Tragen einer Brustprothese empfehlenswert.

Unterschiedliche Prothesenarten

Die Hersteller von Brustprothesen und der dazugehörigen Spezial-Wäsche haben in den vergangenen Jahren ihre Produkte ständig weiterentwickelt. Der Markt bietet inzwischen eine sehr große Auswahl unterschiedlicher Modelle an. So gibt es neben den Prothesen, die in einen Spezial-BH eingelegt werden, auch selbsthaftende Prothesen oder Prothesen, die mit Haftstreifen am Körper befestigt werden. Außerdem gibt es Leichtprothesen und Prothesen, in die ein Klimapad zur Wärmeregulierung eingelegt werden kann.

Meist setzen sich die Prothesen aus mehreren Schichten zusammen, wobei die Schicht, die auf der Operationsnarbe liegt, aus besonders weichem, anschmiegsamem Material besteht, um diesen empfindlichen Bereich so weit wie möglich zu schonen. Mehrschichtprothesen können den natürlichen Fall und die natürliche Bewegung einer Brust nachahmen.

Leichtprothesen werden von brustamputierten Frauen oft als angenehm empfunden. Ihr Gewicht ist gegenüber normalen Prothesen um 25 bis 35 Prozent reduziert. Als Dauerlösung sind sie jedoch nicht wirklich geeignet, denn sie gleichen die nach einer Brustamputation entstandenen Gewichtsunterschiede nicht aus und schützen daher nicht ausreichend vor einer Wirbelsäulenfehlstellung. Sie sind aber immer dann sinnvoll, wenn ein Lymphödem besteht und deshalb der Druck auf die Schultern minimiert werden sollte, um den Lymphabfluss

nicht zusätzlich zu behindern. Außerdem eignen sie sich sehr gut als Schwimmprothesen.

Haftprothesen, ob selbsthaftend oder mit Haftstreifen, entlasten den BH-Träger und erleichtern damit den Lymphabfluss, da sie das Gewicht der Prothese an die Brustwand verlagern.

Auswahl der richtigen Prothese

Ein gutes Sanitätshaus wird Ihnen bei der Auswahl der richtigen Prothese helfen und – abgestimmt auf Ihre persönlichen Bedürfnisse – das für Sie passende Modell gemeinsam mit Ihnen finden. Daher sollten Sie vor einem Besuch im Sanitätshaus einen Termin absprechen, um sicherzustellen, dass die Beraterin (in diesem Fall sollten Sie sich nur von einer weiblichen Fachkraft bedienen lassen) wirklich Zeit für Sie hat. Nehmen auch Sie sich Zeit, in Ruhe auszusuchen und anzuprobieren. Bedenken Sie, dass Sie eine Prothese viele Stunden am Tag tragen. Eine schlechte prothetische Versorgung schränkt möglicherweise für lange Zeit Ihre Lebensqualität ein.

Der Prothesen-Büstenhalter

Passend zur Prothese stehen Spezial-Büstenhalter zur Verfügung. In diese BHs kann bereits vom Hersteller rechts, links oder beidseits eine Tasche für die Prothese eingearbeitet sein. Die BHs haben breite Träger, die den entstehenden Druck auf den Schultern besser verteilen und somit den Lymphabfluss weniger behindern, einen hohen Steg zwischen den beiden Brustschalen und einen elastischen Abschluss, um einen optimalen Sitz der Prothese zu gewährleisten. Das beste Ergebnis wird meist dann erzielt, wenn Prothese und Büstenhalter aufeinander abgestimmt wurden, das heißt vom gleichen Hersteller sind.

Auch wenn Sie sich für eine Haftprothese entschieden haben, sollten Sie zur Unterstützung einen darauf abgestimmten BH tragen. Es gibt inzwischen eine sehr große Auswahl an Prothesen-BHs, die nicht nur praktisch, sondern wirklich kleidsam sind und dem Namen „Dessous“ alle Ehre machen.

Wenn Sie auf Spezial-Büstenhalter verzichten wollen, sollten Sie darauf achten, schmale Träger ggf. mit einem Schulterpolster zu unterlegen, um einem Lymphstau vorzubeugen.

Der Prothesen-Badeanzug

Spezial-Badeanzüge sind ebenfalls mit Taschen für die Brustprothese versehen, haben breite Träger oder Doppelträger und sind so geschnitten, dass die Prothese nicht verrutschen kann, damit Sie sich im Wasser oder am Strand frei und sicher bewegen können. Auch hier gibt es eine große Auswahl an unterschiedlichen, schicken Modellen in allen Farben bis hin zum Bikini. Ein gutes Sanitätshaus sollte diese zur Ansicht vorrätig haben oder bereitwillig eine Auswahl für Sie bestellen.

Erstausstattung und weitere Versorgung

Die Erstausstattung nach Brustamputation besteht aus einer Brustprothese, zwei Spezial-Büstenhaltern und bei vielen Krankenkassen einem Spezial-Badeanzug.

Nach der ersten Grundversorgung haben Sie Anspruch auf weitere Versorgung. In der Regel heißt das:

- jährlich zwei Spezial-Büstenhalter
- alle zwei Jahre eine Brustprothese und (je nach Krankenkasse) einen Spezial-Badeanzug

Darüber hinaus ergibt sich immer dann ein weiterer Anspruch, wenn ein besonderer Bedarf entstanden ist, zum Beispiel dann, wenn Ihre Prothese defekt ist oder sich Ihr Körpergewicht erheblich verändert hat. Ein besonderer Bedarf sollte vom Arzt bereits auf dem Rezept begründet werden.

Leider ist die hier genannte Regelung nur die gängige Vorgehensweise – kein festgeschriebener Anspruch – und hat nicht bei allen Krankenkassen Gültigkeit. Wörtlich heißt es in den Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): „Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann verordnet werden, wenn dies aus hygie-

nischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist.“

Tipps für den Besuch im Sanitätshaus

Hier noch ein paar Tipps von Frau zu Frau:

- Nehmen Sie zu Ihrem Termin im Sanitätshaus eine Freundin oder Ihren Partner mit - Personen, die Ihnen ehrlich sagen, ob das, was man Ihnen anbietet, auch zu Ihnen passt.
- Stecken Sie Ihre Lieblingsbluse oder Ihr Lieblingstop ein. Sie können dann besser beurteilen, wie die Prothese oder der Büstenhalter sitzen.
- Achten Sie darauf, dass die Beratung und Anpassung in einem vom Verkaufsraum separierten Raum stattfinden, damit Ihre Intimsphäre gewahrt bleibt.

Wenn Sie den Eindruck gewinnen sollten, dass Sie nicht gut beraten werden, bedenken Sie bitte folgendes: Ihr Rezept ist im übertragenen Sinne eine Art Barscheck. Der Wert einer Prothese und eines Büstenhalters beläuft sich auf ca. 250 Euro. Es ist Ihr gutes Recht – kein Almosen – eine gute, individuelle Beratung hierfür einzufordern. Haben Sie den Mut, „nein“ zu sagen, wenn die Beratung nicht Ihren Erwartungen und Bedürfnissen entspricht. Auch wenn Sie für eine bessere, umfassendere Beratung eine längere Anfahrt in Kauf nehmen müssen, lohnt sich dieser Mehraufwand, denn es geht um Ihre Lebensqualität.

Welche Kosten haben Sie zu tragen?

Zur Verordnung von Büstenhaltern oder Badeanzügen leisten die Krankenkassen lediglich Zuschüsse, die einen Ausgleich für die Mehrkosten darstellen, die für Spezialwäsche anfallen. Allerdings ist es so, dass diese Zuschüsse von Krankenkasse zu Krankenkasse, sogar innerhalb einer Krankenkasse von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt werden.

Generell gilt, dass Sie zehn Prozent der Kosten für eine Verordnung selbst tragen müssen. Mindestens fünf Euro – die sogenannte Rezeptgebühr

– müssen Sie in jedem Fall bezahlen. Nach oben ist die Zuzahlung auf zehn Euro begrenzt.

Tipp zur Vorgehensweise

Um bösen Überraschungen bei der Erstattung von Hilfsmitteln vorzubeugen, sind folgende Vorgehensweisen sinnvoll:

Entweder Sie informieren sich zunächst bei Ihrem Krankenversicherer, welche Zuschüsse er gewährt. Viele Krankenkassen haben „Hilfsmittel-Kompetenz-Zentren“ eingerichtet, die über die Zuschüsse entscheiden. Lassen Sie sich hier einen Ansprechpartner nennen.

Oder lassen Sie sich von Ihrem Sanitätshaus einen Kostenvoranschlag für das gewünschte Hilfsmittel, z. B. einen Badeanzug, erstellen. Dieser sollte möglichst direkt an das Kompetenz-Zentrum Ihrer Krankenkasse gehen, um die Wege zu verkürzen. Da die Krankenkasse die Kostenübernahme für Hilfsmittel schriftlich genehmigt und Ihnen mitteilt, welchen Eigenanteil Sie zu tragen haben, können Sie dann immer noch entscheiden, welches Produkt Sie wählen.

Bitte beachten Sie, dass die „Rezeptgebühr“ immer zusätzlich gezahlt werden muss.

Erfahrungsberichte

Wer eigene Erfahrungen mit einem Brustaufbau gemacht hat, weiß, wie es sich mit einer „neuen“ Brust leben lässt, wie sie sich anfühlt, wie belastend die notwendigen Eingriffe sind und welche möglichen Nebenwirkungen eintreten können. Manche Frauen entscheiden sich auch bewusst gegen einen Brustaufbau. Sie sehen in der Brustkrebs-erkrankung die Chance für einen neuen Lebensabschnitt mit einem veränderten Körper- und Selbstbewusstsein, in dem die fehlende Brust nicht fehlende Lebensqualität bedeutet. Hier führt eine prothetische Versorgung bei vielen Betroffenen zu einem zufriedenstellenden Umgang mit der neuen Lebenssituation.

In den Gruppen der Frauenselbsthilfe nach Krebs tauschen sich betroffene Frauen über ihre Erfahrungen mit einer Brustrekonstruktion oder über das Leben mit einer äußeren, prothetischen Versorgung aus. Gruppen in Ihrer Nähe finden Sie im Internet:

www.frauenselbsthilfe.de/begleiten/gruppen-in-ihrer-naehe/

oder rufen Sie in unserer Bundesgeschäftsstelle in Bonn an:

Telefon 0228 - 33 88 94 00.

Sehr hilfreich kann auch der Austausch mit Gleichbetroffenen in unserem Internetforum sein:

<https://forum.frauenselbsthilfe.de>

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie drei Beispiele, in denen Mitglieder der Frauenselbsthilfe nach Krebs über ihre persönlichen Erfahrungen berichten.

Die Entscheidung für eine Brustrekonstruktion mit Implantat

„Wir empfehlen Ihnen, die Brust abnehmen zu lassen“, erklärte mir die Ärztin im Arztzimmer des Krankenhauses im März 1992. Ich war damals 42 Jahre alt. Man hatte bereits einmal operiert und verändertes Gewebe herausgenommen. Dabei zeigte sich kein Krebs. Aber, so erklärte mir die Ärztin weiter, es könne sich noch weiteres verändertes Gewebe in der Brust befinden und daraus Karzinome entstehen. Die Wahrscheinlichkeit sei recht groß. Der Trost, den sie zu bieten hatte, lautete: „Ihre Brust ist klein und wir können sie gleich bei der Operation mithilfe einer Silikoneinlage aufbauen.“

Viele Gedanken und Überlegungen beschäftigten mich: Ist das nötig, die Brust abnehmen zu lassen? Wer sagt denn, dass bei mir Krebs entstehen muss? Es kann doch auch anders kommen. Aber – in der Familie meines Vaters tritt Krebs gehäuft auf! Habe ich vielleicht auch eine Veranlagung dafür? Dann, das war mir nun klar, wollte ich diese Ungewissheit nicht mit mir herumtragen und entschied mich für die Entfernung der Brust.

Aber auch noch zu entscheiden, ob gleich ein Aufbau durchgeführt werden soll, war ungleich schwieriger. In dieser Zeit wurde heftig über die krankmachende Wirkung von Silikon im Körper diskutiert. Bis dahin hatte ich mich nicht damit beschäftigt, lediglich in den Medien mehr oder weniger zufällig davon gelesen oder gehört.

Zuerst sprach ich mit meinem Mann darüber. Er stützte mich sehr während des ganzen Geschehens, aber diese Entscheidung musste ich selbst treffen. Dann sprach ich mit meiner Hausärztin und meiner Frauenärztin. „Was würden Sie tun, wenn Sie vor diese Entscheidung gestellt wären?“, war meine Frage. Beide rieten mir zum Brustaufbau mit Implantat. Nun konnte auch ich dem Aufbau zustimmen.

Heute weiß ich, dass ich wieder genauso handeln würde. Ich bin zufrieden mit meiner „neuen“ Brust. Es hat sich keine Unverträglichkeit gezeigt. Von Anfang an konnte ich sie ansehen und anfassen. Sie sieht nicht ganz so aus wie vorher, aber wir beide „sind uns einig“ und leben gut miteinander. Übrigens: In dem entfernten Drüsenkörper hatte sich schon Krebs gebildet.

Marlies Dingel, Gruppe Homberg/Efze

Die Entscheidung für eine Brustrekonstruktion mit Eigengewebe

Im Januar 2002 wurde bei mir die Diagnose Brustkrebs gestellt, vier Monate nach der letzten Krebsvorsorge. Nach der weiteren Abklärung durch Mammographie kam der erste Krankenhausaufenthalt. Hier wurden weitere vorbereitende Untersuchungen durchgeführt, eine Biopsie gab den letzten Aufschluss über die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Operation.

Ich war damals 40 Jahre jung. Mein erster Wunsch: Bloß alles wegschneiden, was da gefährlich sein könnte. Der behandelnde Oberarzt riet mir jedoch nach eingehender Prüfung zu einer Lattissimus-Dorsi-Schwenklappen-Transplantation. Alles klar, mir sagte das so viel wie der Name eines Dorfes in Böhmen.

Als mein Verstand wieder einsetzte, ließ ich mich nochmals eingehend beraten, diesmal mit etwas mehr geistiger Anwesenheit und weniger Panik. Unter anderem wurde mir erläutert, dass die Lattissimus-Dorsi-Schwenklappen-Transplantation eine sehr aufwendige Operation sei, die viel Zeit erfordere. Das schreckte mich nicht. Die Option, die Brust mit eigenem Gewebe zu erhalten, war für mich ausschlaggebend.

Nach dem Informationsgespräch wurde ich zunächst noch einmal für ein paar Tage nach Hause geschickt, was mir gar nicht gefiel. Ich wollte jetzt, nachdem ich die Entscheidung getroffen hatte, auch sofort diesen Weg gehen. Aber die aufwendige Operation passt nicht in den vollen Klinikplan, also musste ich noch ein paar Tage warten.

Vom Operationstag selbst habe ich nur die Vorbereitung mit Einzeichnung der Bereiche, die verändert werden sollten, mitbekommen. Am kommenden Morgen fühlte ich keine Schmerzen. Die betreuende Schwester bat mich, ich solle mich mal aufsetzen. Gespannt versuchte ich es, und es ging. Die Beine aus dem Bett, kreiseln lassen, zwei Schritte zum Waschbecken laufen zum Zähne putzen. Alles ging. Ich war erstaunt und sehr erleichtert. Und ich durfte frühstücken. Mit allem Drum und Dran. Das hatte etwas so Normales, dass ich fast vergaß, weshalb ich in der Klinik war. Alles ging fast schmerzfrei. An diesem Tag wurde auch gleich mit der sogenannten Entstauungsgymnastik begonnen, was ich gerne mitgemacht habe.

Als die Brust zum ersten Mal begutachtet wurde, war ich sehr gespannt, was da jetzt unter dem Verband so auftaucht. Ich war von dem Ergebnis

im ersten Moment gar nicht überzeugt. Geschwollen und mit Blutergüssen sichtbar gezeichnet war meine „NEUE BRUST“ zu sehen. Die Ärzte beruhigten mich und erklärten den Heilungsverlauf, das Abschwellen und die Rückbildung der Ergüsse. Im Grunde war mir das alles klar, aber in dieser speziellen Situation hilft es, wenn die Welt noch einmal neu erklärt wird.

Mir wurde direkt regelmäßige Entstauungs- und Rückengymnastik verordnet, da durch die Entfernung des Lattissimus-Dorsi-Lappens im Rücken eine muskuläre Dysbalance entstanden war. Dies kann zu Verspannungen und Überlastungen führen.

Einige Wochen nach der Operation hatte ich zum ersten Mal einen schweren Muskelkrampf in der neuen Brust. Und da dies bei mir die linke Seite ist, dachte ich zuerst: Herzinfarkt?! Eine genaue Abklärung war nötig. Seither weiß ich, dass ungünstige Bewegungen zu solchen Krämpfen führen können. Ich musste also für einige Bewegungen ein neues Bewegungsschema einüben. Heute habe ich kaum noch Probleme damit. Nur in Stress-Situationen ist auch die Muskulatur schnell „beleidigt“ und krampft.

Alles in Allem bin ich sehr zufrieden, mich für die Lattissimus-Dorsi-Schwenklappen-Transplantation entschieden zu haben. Ich finde, dass ich damals bestens beraten und versorgt wurde. Kosmetisch ist das Ergebnis sehr gut geworden. Die Möglichkeit, eine Brustwarze tätowieren zu lassen habe ich bis heute nicht in Anspruch genommen, da mein Bedarf an Klinik erst einmal gedeckt war und ist. Ich mag mich so, wie ich jetzt bin. Sollte es je ein Thema werden, habe ich diese Option noch.

Ich kann jeder Frau nur raten, sprechen Sie mit Menschen, die bereits eine Brustkrebsoperation hinter sich haben. Hier wird keine Angst verbreitet, sondern erlebtes Wissen weiter gegeben. Es geht um Innenansichten, nicht nur um ein „Du schaffst das schon!“. Und noch ein Tipp: Nehmen Sie - falls möglich – zu jedem Arztgespräch eine Person Ihres Vertrauens mit, da sich das Vier-Ohren-Prinzip immer bewährt.

Alexandra Prues, Gruppe Büdingen

Die Entscheidung für ein Leben mit prothetischer Versorgung

Als ich im Februar 2002 – gerade einmal 35 Jahre alt – mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert wurde, teilte mir der Arzt sofort mit, dass die Brust amputiert werden müsse.

Erstaunlicherweise machte mir der Gedanke, dass mir die Brust abgenommen werden sollte, nichts aus. Im Gegenteil: Mir war die vollständige Entfernung meiner betroffenen Brust sogar sehr wichtig, weil ich das Übel meiner Krankheit und den Krebs entfernt haben wollte. Der operierende Chefarzt wunderte sich, dass ich in meinem Alter und im Gegensatz zu vielen anderen Frauen so entschlossen war.

Nach der Operation war ich erleichtert, fühlte mich auch ohne Brust weiterhin als vollwertige Frau, und so geht es mir auch heute noch.

Meine Gedanken hingen nie an der verlorenen Brust, wohl aber überkam mich große Angst, sterben zu müssen. Sicherlich lag es daran, dass meine Eltern beide an Krebs gestorben sind und dass meine Schwester einen Gehirntumor hat. Außerdem teilte man mir mit, meine Überlebenschance liege bei 30 Prozent. Nachdem ich von mir als sehr massiv empfundene Therapien gut hinter mich gebracht habe, wachsen meine Hoffnung und meine Sicherheit zu überleben.

Durch meine Prothese ist es für andere nicht ersichtlich, dass ich nur eine Brust habe, ich mache Sport und gehe schwimmen.

Bis Mitte 2005 habe ich keinen Gedanken an einen nachträglichen Brustaufbau verschwendet. Heute bin ich soweit, dass ich darüber nachdenke, mir irgendwann einen Brustaufbau machen zu lassen, vielleicht in ein oder zwei Jahren. Meine letzte Nachsorgeuntersuchung brachte keinen Hinweis auf einen Rückfall und meine Ängste werden kleiner.

Traurig macht mich, dass ich keine eigenen Kinder haben werde. Dennoch fühle ich mich heute noch genauso als vollwertige Frau wie vor der Krebserkrankung und bin sicher, für mich die richtige Entscheidung getroffen zu haben.

G.H.

Anhang

Fachärzte und -ärztinnen für plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

Hier können Sie sich nach plastischen Chirurgen erkundigen, die auf Rekonstruktionstechniken der Brust spezialisiert sind:

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 58-59

10117 Berlin

Tel.: 030 - 28 00 44 50

Fax: 030 - 28 00 44 59

E-Mail: info@dgpraec.de

www.dgpraec.de

Die DGPRÄC vergibt ein Zertifikat, das an umfangreiche Qualitätsanforderungen und Erfahrungen in der Brustwiederherstellung geknüpft ist. Aktuell sind erst fünf Kliniken zertifiziert. Weitere Anträge liegen vor. Infos und Kontakt dazu auf der Website der DGPRÄC.

www.mammarekonstruktion.de

Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie e.V.

www.awogyn.com

Zertifizierte Brustzentren

Eine Liste der Brustzentren, die bisher nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) zertifiziert worden sind, finden Sie unter www.onkozert.de/brustkrebszentren/karte.htm

Die Brustzentren in Nordrhein-Westfalen werden einer eigenen Zertifizierung unterzogen. Nach den NRW-Richtlinien zertifizierte Brustzentren finden Sie unter

www.krebsgesellschaft-nrw.de/h_adressen/onkologische

Patienten-Leitlinien

Patienten-Leitlinie „Brustkrebs. Die Ersterkrankung und DCIS“

Hrsg. „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Deutschen Krebshilfe e.V. mit Unterstützung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin; Februar 2010.

Patienten-Leitlinie "Brustkrebs II. Die fortgeschrittene Erkrankung, Rezidiv und Metastasierung"

Hrsg. „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Deutschen Krebshilfe e.V. mit Unterstützung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin; August 2011

Beide Broschüren können kostenfrei bei der Deutschen Krebshilfe bestellt oder im Internet heruntergeladen werden:

E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

Tel.: 02 28 - 7 29 90-0

www.krebshilfe.de/patientenleitlinien.html

Literaturtipps

Brustkrebs – Informationen für Krebspatienten und Angehörige

aus der Reihe „Die blauen Ratgeber“, Heft Nr. 2

herausgegeben von der Deutschen Krebshilfe

Telefonisch kostenlos bestellbar unter: 02 28 - 7 29 90-0

Im Internet zum Herunterladen:

www.krebshilfe.de/material-fuer-betroffene.html

Broschüren des Krebsinformationsdienstes KID

Broschüren und Informationsblätter des Krebsinformationsdienstes unter: www.krebsinformation.de/wegweiser/iblatt/index.php

Kostenlose Hotline: 0800 - 420 30 40

Ich habe Brustkrebs – was nun?

Aus der Reihe: „Was ist nur mit mir los?“

Susan G. KOMEN Deutschland e.V., Oktober 2009

Telefonisch kostenlos bestellbar unter: 069 - 678 65 38 0

Im Internet zum Herunterladen: http://komen.de/html/img/pool/Broschuere3Frau_Web.pdf

Das AOK-Brustbuch – Ein Leitfaden für Frauen

AOK Hessen und Frauensebsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V. (Hrsg.); KomPart Verlagsgesellschaft, Frankfurt, 4. Auflage August 2010
www.aok.de/assets/media/bundesweit/brustbuch.pdf

Eine Woche im August – Brustkrebs. Ein Tagebuch

Kolpatzik, Kai (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit der Frauensebsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.
KomPart Verlagsgesellschaft, Frankfurt, 2007

Eine Woche im August – Brustkrebs. Ein Hörstagebuch

Hörbuch nach dem gleichnamigen Buch von Kolpatzik, Kai (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit der Frauensebsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.

Ganser & Hanke Musikmarketing GmbH, Buxtehude, 2008

Brustkrebs. Wissen gegen Angst

Berg, Lilo, Goldmann Taschenbuch-Verlag, Ausgabe 2009

Informationsmaterial der Frauensebsthilfe nach Krebs

Broschüren

- Soziale Informationen (jährlich aktualisierte Auflage)
- Krebs und Lymphödem
- Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen und -patienten
- Krebs und Sexualität
- Leben mit Metastasen

DVDs

- „Brustkrebs – Was nun?“
- „Brustkrebs – leben mit Metastasen“
- „Krebskranke Frauen und ihre Kinder“
- „Angehörige krebskranker Menschen“

Das Material steht im Internet zum Download zur Verfügung und kann in der Bundesgeschäftsstelle angefordert werden:

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

Tel.: 0228 – 3 38 89-400

Fax: 0228 – 3 38 89-401

Email: kontakt@frauenselbsthilfe.de

Internet: www.frauenselbsthilfe.de

Alle Broschüren und DVDs werden kostenlos zugesandt.

Wichtige Adressen

Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.

Hausvogteiplatz 12

10117 Berlin

Tel.: 030 - 514 88 33 45

www.senologie.org

mail@senologie.org

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg

Krebsinformationsdienst (KID)

Im Neuenheimer Feld 280

69120 Heidelberg

Tel.: 0800 - 420 30 40 (kostenlose Hotline)

www.krebsinformationsdienst.de

www.dkfz.de

krebsinformationsdienst@dkfz.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kuno-Fischer-Straße 8

14057 Berlin

Tel.: 030 - 322 93 29 0

www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstraße 32

53113 Bonn

Tel.: 0228 - 7 29 90-0

Informationsdienst: 0228 - 7 29 90 -95

www.krebshilfe.de

deutsche@krebshilfe.de

Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.

Thomas-Mann-Str. 40

53111 Bonn

Tel.: 0228 - 3 38 89-400

www.frauenselbsthilfe.de

<https://forum.frauenselbsthilfe.de>

kontakt@frauenselbsthilfe.de

Klinik für Tumorbiologie

Breisacher Straße 117

79106 Freiburg

Informationsdienst: 0761 - 206-1220

www.tumorbio.uni-freiburg.de

KOMEN Deutschland e.V.

Verein für die Heilung von Brustkrebs

Heinrich-Hoffmann-Straße 3

60528 Frankfurt

Tel.: 069 - 678 65 38 0

www.komen.de

Reha-Sport in der Krebsnachsorge

Deutscher Olympischer Sportbund

Bewegung, Spiel und Sport in der (Brust-) Krebsnachsorge

Otto-Fleck-Schneise 12

60528 Frankfurt am Main

Tel.: 069 - 67000

Deutscher Behindertensportverband e.V.

Tulpenweg 2 - 4

50226 Frechen

Tel.: 02234 - 60 00-0

Auskünfte über Sportgruppen nach Krebs erteilen auch die Sportämter der Städte und Gemeinden sowie die örtlichen Krankenkassen.

Zahlreiche Gruppen der Frauenselbsthilfe nach Krebs bieten ebenfalls professionell angeleitete Sportgruppen an.

Notizen:



Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.

Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Telefon 0228 – 33889-400
www.frauenselbsthilfe.de
kontakt@frauenselbsthilfe.de
<https://forum.frauenselbsthilfe.de>