perspektive

Ausgabe 1/2010

- Psychosoziale Unterstützung: Selbsthilfe hilft
- Wissen über Tumorbildung hilft Chemotherapie einzusparen
- Versorgungsstrukturen: Wie und wo finde ich die beste Therapie ?

Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.
seit 1976
Auffangen Informieren Begleiten

Magazin der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

3 Vorwort
4 Für immer anders
7 Termine
8 Vorsorgliche Brustentfernung nicht immer nötig
9 Ehrungen
10 Wissen über Tumorbiologie hilft Chemotherapie einzusparen
15 Zwischen allen Stühlen – Netzwerk für Männer mit Brustkrebs
16 Rehabilitation – ein wichtiger Bestandteil der Behandlungskette
17 Kurzinfo: Broschüre „Soziale Informationen“
18 „Beständig und lebendig“ – Jubiläum in Hamburg
19 Kurzinfo: Seminare der Mildred Scheel Akademie
20 Ärzte und Patienten brauchen gesicherte Informationen über Arzneimittel
21 Quiz: Früherkennung
Kontaktwünsche
22 Wie und wo finde ich die beste Therapie?
25 Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?
26 Gruppenjubiläen
27 Unser Standpunkt: Kooperationsverträge im Zwielicht
– Fangprämie oder erlaubte Zusammenarbeit?
28 Wussten Sie schon, dass ...
29 Quizauflösung (mit Informationen zu Früherkennungsmaßnahmen)
30 Kontaktdaten der Frauenselbsthilfe nach Krebs
31 Wirklich schon wieder ein Jahr?
32 Impressum

Liebe Mitglieder, liebe Leserin, lieber Leser,

„Die hat ja einen Sprung in der Schüssel!“ Kennen Sie das? Haben Sie diesen Gedanken auch schon mal gedacht, vielleicht sogar ausgesprochen? (Übrigens auch auf männliche Wesen anwendbar!) Ich für mein Teil kann mich davon nicht freisprechen. Wir begegnen in unserem Ehrenamt vielen unterschiedlichen Menschen, Persönlichkeiten mit vielfältigen Eigenschaften, Talenten, Kompetenzen – aber auch „Macken“, die mal leichter, u.U. aber für uns auch kaum zu akzeptieren und auszuhalten sind.
Zu diesem Thema ist mir eine Geschichte begegnet (den Verfasser/die Verfasserin habe ich leider nicht ermitteln können), die ich gerne mit Ihnen teilen möchte:

Es war einmal eine alte Chinesin, die zwei große Schüsseln hatte, die von den Enden einer Stange hingen, die sie über ihren Schultern trug. Eine der Schüsseln hatte einen Sprung, während die andere makellos war und stets eine volle Portion Wasser fasste. Am Ende der langen Wanderung vom Fluss zum Haus der alten Frau war die andere Schüssel jedoch immer nur noch halb voll.

Dies geschah täglich: Die alte Frau brachte immer nur anderthalb Schüsseln Wasser mit nach Hause. Die makellose Schüssel war natürlich sehr stolz auf ihre Leistung, aber die arme Schüssel mit dem Sprung schämte sich wegen ihres Makels und war betrübt, dass sie nur die Hälfte dessen verrichten konnte, wofür sie gemacht worden war.

Nach zwei Jahren, die ihr wie ein endloses Versagen vorkamen, sprach die Schüssel zu der alten Frau: „Ich schäme mich so wegen meines Sprungs, aus dem während des ganzen Weges zu deinem Haus immer Wasser läuft.“ Die alte Frau lächelte. „Ist dir aufgefallen, dass auf deiner Seite des Weges Blumen blühen, aber auf der Seite der anderen Schüssel nicht?“ – „Ich habe auf deiner Seite des Pfades Blumensamen gesät, weil ich mir deines Fehlers bewusst war. Nun gießt du sie jeden Tag, wenn wir nach Hause laufen. Zwei Jahre lang konnte ich diese wunderschönen Blumen pflücken und den Tisch damit schmücken. Wenn du nicht genauso wärst wie du bist, würde diese Schönheit nicht existieren und unser Haus beehren.“

Diese Erzählung lässt ahnen, dass nicht die Makellosigkeit unser Leben interessant, bunt und lohnenswert macht, sondern eher die Macken und Fehler, die Unzulänglichkeiten, die jede/r von uns aufzuweisen hat.

Also, liebe Leserin, lieber Leser, an alle, die einen „Sprung in der Schüssel“ haben: Haben Sie eine wundervolle Zeit und vergessen Sie nicht, sich täglich an der Pracht und dem Duft der Blumen auf Ihrer Seite des Pfades zu erfreuen!

Mit herzlichen Grüßen, Ihre

B. Overbeck-Schulte

Brigitte Overbeck-Schulte
Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Psychosoziale Unterstützung – Selbsthilfe hilft

Für immer anders ...

„Zwei Jahre ist es jetzt schon her. Eigentlich habe ich ja alles hinter mir, die Operation ist gut verlaufen, meine Haare sind ausgefallen und wieder gewachsen, die Narbe ist gut verheilt, und auch die Bestrahlungen habe ich überstanden. Alles ist eigentlich gut. Man könnte meinen, das Leben hat mich wieder – aber ich habe das Leben nicht, spüre es nicht, spüre mich nicht, weiß nicht, was mit mir los ist. Ich fühle mich so alleine."

Solche oder ähnliche Aussagen stehen häufig am Anfang eines Gespräches, in dem an Krebs erkrankte Frauen Hilfe und Unterstützung suchen, wenn sie nach langen Monaten der strapaziösen Therapien und der damit einhergehenden Fremdbestimmung wieder ins „normale" Leben eintauchen wollen und dabei schmerzlich erfahren müssen, dass dies schwerlich bis gar nicht gelingen will. Die Betroffenen fühlen sich bei ihren Bemühungen oft „unfähig", „schuldig" oder „verrückt" und (ver)zweifeln an sich selbst. In diesem Artikel bündeln wir die Erfahrungen und Erlebnisse unzähliger an Krebs erkrankter Frauen, wie wir sie sowohl im Selbsthilfealltag als auch in der psychotherapeutischen Praxis kennen gelernt haben, und bringen sie in den Erzählungen einer *fiktiven Betroffenen* zum Ausdruck. Mit diesen persönlichen Erfahrungen wollen wir die „Behandler" dafür sensibilisieren, dass Frauen gerade in dieser Phase konkrete Hinweise auf psychosoziale Unterstützung und Geleit brauchen. Gleichzeitig wollen wir Betroffenen aufzeigen, dass es durchaus „normal" ist, sich „ver-rückt" zu fühlen, denn nichts steht mehr an seiner alten Stelle. Alles ist ver-rückt: Einstellungen, Sicherheiten, Beziehungen, Pläne, Möglichkeiten bis hin zur eigenen „Unsterblichkeitsillusion". Nichts ist mehr wie es einst war. Normalität, wie sie zuvor empfunden wurde, gibt es nicht mehr, sondern muss neu definiert werden. „Alles ist für immer anders!"

Ich funktioniere nicht.

„Ich hatte mich lange zurückgezogen, mich verborgen, jetzt versuche ich mich langsam wieder einzufinden. Ich arbeite wieder, gehe ins Kino, besuche Konzerte, werde eingeladen, treffe mich mit Freundinnen und Bekannten. Alle, die Familie, die Freunde, die Kollegen, aber auch ich selbst – gehen davon aus, dass ich wieder so bin wie früher, wie vor der Diagnose Krebs – aber das will mir tatsächlich nicht gelingen. Ich ertappe mich dabei, wie meine Gedanken immer wieder abschweifen, sich von dem entfernen, was ich gerade tue, sei es die alltägliche Hausarbeit, die Büroarbeit oder bei Gesprächen mit Freunden.

Ich bemühe mich, alles, was mir vorher wichtig war, wieder wichtig werden zu lassen, aber es funktioniert nicht – ich funktioniere nicht. Ich stehe mit dem Putzeimer vor dem Fenster, das ich gerade, so wie sonst, saubermachen will, und plötzlich laufen mir die Tränen über mein Gesicht. Was früher so wichtig schien und auch selbstverständlich war, kommt mir plötzlich so sinnlos vor. Ich verstehe mich in diesem Moment nicht und schon gar nicht meine Tränen.
Tage später zerbricht mir eines der wertvollen Weingläser, die ich immer so sorgsam von Hand gespült hatte. Ich bin erschrocken, wie unberührt mich die Scherben lassen. Im Büro stelle ich erstaunt fest, dass ich morgens nicht mehr die Erste und abends nicht mehr die Letzte am Arbeitsplatz bin. Zudem fühle ich mich immer irgendwie schuldig. Zuhause werden Klagen laut, dass ich meinem Mann, meinen Kindern nicht richtig zuhöre und gedanklich abwesend erscheine. Ja, ich bin abwesend, obwohl ich doch anwesend bin. Wo bin ich eigentlich?

Die Diagnose Krebs hat mein Leben zerteilt.

Schuldbewusst, erfasst von Unverständnis, Erschrecken und Staunen stehe ich mir selbst gegenüber. Ich weiß nicht, was los ist mit mir. Es will mir einfach nicht gelingen, in mein „altes Leben" zurückzufinden und die zu sein, die ich einmal war. Ich dachte, mit dem ganzen Gebirge, das ich hinter mich gebracht habe – wie Operationen, Chemotherapie, Bestrahlungen, die Reha und alles was mit der Behandlung zusammenhing – wäre es geschafft und ich könnte wieder wie gewohnt weiter machen. Aber das Gelände, das sich vor mir auftut, ist mir unbekannt und fremd und wirft viele Fragen auf: Was tue ich? Warum reagiere ich so?

Was will ich? Was ist mir wichtig?
Was möchte ich mit meinem restlichen Leben anfangen? Wer bin ich eigentlich? Ich bin mir selber zu einer einzigen großen Frage geworden. Ich spüre: Ich bin nicht mehr die, die ich einst war. Egal, wie sehr ich mich anstrenge und es versuche. Die Krankheit hat mich verändert. Und das wird mir erst jetzt so richtig klar.
Ich habe den Krebs überlebt. Ich bin eine Überlebende. Und ich bin allein mit der ganzen Unsicherheit, den diffusen Gedanken, den unklaren Wichtigkeiten und den sich aufdrängenden Fragen. Die Diagnose Krebs hat mein Leben zerteilt, in ein Davor und ein Danach, in ein früheres Leben und in ein neues Leben, von dem ich noch nicht weiß, wie es eigentlich aussieht, wie es aussehen soll. Von dem ich aber weiß, dass es ein endliches ist, weil ich eine Sterbliche bin. Von den Menschen um mich herum kann ich keine Antwort erwarten, sie wollen mich in vielem haben wie ich früher war: Mit den gleichen Gedanken, Interessen, Eigenschaften und Prioritäten. Aber vieles langweilt mich jetzt, füllt mich nicht mehr aus, ist mir nicht mehr wichtig. Ich fange an, mich neu zu ordnen und zu orientieren. Das verstärkt die Unsicherheit, die Angst, sowohl die der anderen als auch meine eigene. Ich fühle mich so alleine, entfremdet von den Menschen um mich herum, entfremdet von mir selbst.

Das Leben hat mich wieder und ich habe das Leben wieder.

Es hat sich so vieles verändert. Auch meine Beziehungen zu Freunden und Bekannten. Ohne, dass ich es bewusst steuere, denke ich immer wieder an die kostbaren Begegnungen mit den ebenfalls an Krebs erkrankten Menschen in der Reha, die genau wie ich versuchen, sich in dem unbekannten Gelände des Danach zurechtzufinden. Ich merke, wie gut es mir tut, mit Menschen zusammenzukommen, die ebenfalls auf der Suche nach sich sind oder es waren. Das ist vielleicht der Schlüssel. Ich brauche Menschen, die Ähnliches erlebt und erlitten haben und mich auf eine ganz eigene Weise verstehen. So bin ich nach über zwei Jahren zur Selbsthilfegruppe gekommen. Vielleicht habe ich diesen langen Weg gebraucht, vielleicht hätte ich diesen Schritt auch eher tun sollen, ich weiß es nicht. Sicher weiß ich jedoch, dass die Selbsthilfegruppe mir zu einer wichtigen Begleitung durch die „mühevollen Ebenen“ geworden ist. Die Frauen in der Gruppe können mir keine endgültigen Antworten auf meine Fragen geben, aber ich weiß, dass sie mit ähnlichen Fragen beschäftigt sind. Und allein das hilft mir, mich nicht länger verrückt oder als Sonderling zu fühlen. Mit ihnen schäme ich mich nicht, dass ich nicht mehr bin, wie früher, fühle ich mich nicht schuldig mit meinem Andersgewordensein, beginne mich selber besser zu verstehen, erschrecke nicht mehr vor meinen eigenen, mir oft fremden Reaktionen und auch das Staunen ist ein anderes geworden. Das Leben hat mich wieder und ich habe das Leben wieder. Ich weiß nicht genau, ob mein Leben nun ein schlechteres oder ein besseres ist. Ich weiß aber, dass es auf jeden Fall „für immer anders“ ist, und dieses Wissen hilft mir, mein Leben bewusst in die Hand zu nehmen.“

Foto: Gerrit Meißler

Psychosoziale Unterstützung – Selbsthilfe hilft

Die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit

Krebs befällt nicht nur den Körper, sondern er überfällt auch die Seele des Menschen. Geht es zunächst nur um das physische Überleben, werden die psychischen Begleiterscheinungen und Folgen der Erkrankung oft erst später spürbar. Die Abhängigkeit, die Fremdbestimmung, die vorgegebene, eng führende Struktur der Behandlung stellen so viele Anforderungen an die betroffene Frau, dass Seele und Herz kaum Zeit und Raum haben, die entstandenen psychischen Veränderungen überhaupt wahrzunehmen und mit ihnen umzugehen. So verändern sich unbemerkt die eigenen Bedürfnishierarchien, bisher Wichtiges wird unwichtig, früher unhinterfragter Sinn wird in Frage gestellt, die Identität der Betroffenen verändert sich durch die Erfahrung der eigenen Sterblichkeit. Nach Sigmund Freud ist der eigene Tod für das Unbewusste nicht vorstellbar. Es gibt zwar das kognitive Wissen bei Erwachsenen, dass sie sterben werden, da jedoch der Gedanke daran ängstigt und zutiefst verunsichert, wird er bewusst und unbewusst immer wieder verdrängt. Die Diagnose Krebs wird erfahren wie die Vertreibung aus dem Paradies des unschuldigen Unsterblichkeitsgedankens, den wir Menschen wider besseres Wissens unbewusst in uns tragen. Krebs ist eine lebensbedrohliche Erkrankung. Mit der Diagnose erfährt die Betroffene, dass ihr Leben in Gefahr ist und sie daran sterben könnte. „Der Tod hat auf mich ein Auge geworfen“, so formuliert es Rose Ausländer in ihrem Gedicht „Blindlings“. Das bisherige Denkwissen wandelt sich in ein Erfahrungswissen. Die Betroffene erfährt durch die Erkrankung Krebs das bisher abstrakt gebliebene Sterblichkeitswissen und diese ERFAHRUNG erschüttert alles und stellt zunächst das ganze bisher geführte Leben in Frage. Da dies nicht freiwillig, sondern notgedrungen durch die Krankheit geschieht, ist der Versuch, wieder in das Leben vor der Erkrankung zurückfinden zu wollen, verständlich und nachvollziehbar.

Die Kostbarkeit Leben neu entdecken

Aber die Erschütterung ist zu groß, der Krebs und die damit verbundenen Erfahrungen haben die Betroffene verändert. Daher wird die tief greifende seelische Krise, die eine Neudefinition der eigenen Identität und dessen, was wichtig und wertvoll ist im Leben, oft erst nach Jahren spürbar, nämlich dann, wenn die Krankheit nach außen hin überstanden scheint. Für die anderen (Familie, Freunde, Kollegen) geht das Leben oft weiter wie bisher, für die Betroffenen, die Überlebenden ist dies häufig unmöglich. Sie, die ihren Weg bislang alleine oder mit Unterstützung ihres Umfeldes gegangen sind, wünschen sich zu diesem Zeitpunkt oft psychosoziale, psychoonkologische oder psychotherapeutische Hilfe. Dies erklärt, warum betroffene Frauen oft erst nach einer langen Zeitspanne außerhalb ihres privaten Umfeldes Hilfe und Unterstützung suchen. Es ist nicht nur mangelnde Information, sondern es ist das bewusste Wahrnehmen der Grundwahrheit, dass alles „FÜR IMMER ANDERS“ ist. Im oftmals mühevollen Durchschreiten und Erschließen der unbekannten Ebenen – allein oder mit Hilfe der Frauen aus der Selbsthilfegruppe – können Lebensfrüchte eingesammelt werden, die in einer neu durchdachten Lebensführung und -gestaltung zum Ausdruck kommen, oder durch einen neuen Blick die Kostbarkeit Leben aufleuchten lassen.

Dr. phil. Sylvia Brathuhn, Dipl.-Pädagogin
Landesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs Rheinland-Pfalz/Saarland
Thorsten Adelt, Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Bonn

Termine 2010

(soweit bei Redaktionsschluss bekannt)

März

03. - 05.03.	Workshop Qualifizierung der Landesvorstände in Kassel, Quali II
09. - 11.03.	LV Mecklenburg-Vorpommern: Landestagung in Dierhagen
13. - 14.03.	LV Niedersachsen: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung in Goslar, Block 5 und Block 6
20.03.	LV NRW: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung in Dortmund, Block 1
22. - 24.03.	Nachschulung Qualifizierung der Landesvorstände in Fulda, Quali I

April

10.04.	LV Hamburg/Schleswig-Holstein: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung in Hamburg, Block 3
16. - 18.04.	LV Bayern: Landestagung in Lichtenfels mit Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 1
16. - 18.04.	LV Berlin/Brandenburg: Landestagung in Berlin
17.04.	Patientenkongress in Marburg
23. - 25.04.	LV Hessen: Landestagung in Homberg/Ohm
24.04.	LV Rheinland-Pfalz/Saarland: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung in Alzey, Block 1
24.04.	LV Sachsen-Anhalt: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung in Halberstadt, Block 1

Mai

07. - 08.05.	LV Baden-Württemberg: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung in Reichenau, Block 4 und Block 5
08.05.	Patientenkongress in Chemnitz
07. - 09.05.	LV Sachsen: Landestagung in Schöneck
12. - 16.05.	Ökumenischer Kirchentag in München
28. - 30.05.	LV Niedersachsen: Landestagung in Sarstedt
29.05.	LV NRW: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung in Dortmund, Block 5

Größte Studie zum Zweiterkrankungsrisiko bei Familiärem Brustkrebs

Vorsorgliche Brustentfernung nicht immer nötig

Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen in Deutschland: Jede zehnte Frau ist im Laufe ihres Lebens davon betroffen. In fünf bis zehn Prozent der Fälle wird die Erkrankung vererbt. Meist sind dafür Veränderungen in den Brustkrebsgenen BRCA1 oder BRCA2 die Ursache. Bei Trägerinnen solcher Genveränderungen besteht neben einem deutlich erhöhten Erkrankungsrisiko außerdem die Gefahr, dass sich im Laufe der Zeit auch in der anderen Brust ein bösartiger Tumor entwickelt. Dies führt dazu, dass sich viele betroffene Frauen bereits nach der Erstdiagnose beide Brüste entfernen lassen. Mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe hat das Deutsche Konsortium für Familiären Brust- und Eierstockkrebs nun die weltweit größte Studie zum Zweiterkrankungsrisiko vorgelegt. Die Ergebnisse ermöglichen erstmals eine individuelle Risiko-Abschätzung bei den Betroffenen. Die Deutsche Krebshilfe hat diese Studie mit rund 1,6 Millionen Euro gefördert.

Bei jeder 25. Frau, die an Brustkrebs erkrankt, ist eines der Hochrisiko-Gene BRCA1 oder BRCA2 verändert. Das Risiko für Brustkrebs liegt bei Trägerinnen dieser Genveränderungen (Mutationen) bei 70 bis 80 Prozent. „Bisherige Untersuchungen beziffern die Gefahr, dass im Laufe der Zeit auch die andere Brust betroffen sein wird, auf rund 30 bis 40 Prozent in zehn Jahren“, erklärt Professor Dr. Rita Schmutzler, Universitätsfrauenklinik Köln, Koordinatorin des Deutschen Konsortiums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs und Leiterin der Studie. „Vor diesem Hintergrund entscheiden sich viele Frauen dafür, die gesunde Brust vorsorglich entfernen zu lassen, um das Wiedererkrankungsrisiko zu mindern und nicht erneut eine Krebstherapie über sich ergehen lassen zu müssen.“

Die Studie des Deutschen Konsortiums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs zeigt nun erstmals, dass das Risiko, erneut an Brustkrebs zu erkranken, nicht pauschal benannt werden kann. Im Rahmen der Studie wurden über 1.000 Frauen untersucht, die eine Mutation in einem der Hochrisiko-Gene tragen und bereits Brustkrebs hatten. „Unsere Ergebnisse belegen, dass das Wiedererkrankungsrisiko signifikant vom betroffenen Gen und vom Alter der Frau abhängen, in dem zum ersten Mal Brustkrebs festgestellt wurde“, erläutert Schmutzler. Bei einer Frau, die aufgrund einer Mutation im BRCA1-Gen vor dem 40. Lebensjahr erkrankt, besteht beispielsweise ein Risiko von rund 43 Prozent, dass sich in den nächsten 15 Jahren auch ein Tumor in der anderen Brust entwickelt. Für eine BRCA2-Mutationsträgerin, die nach dem 50. Lebensjahr erstmalig betroffen ist, liegt das Zweiterkrankungsrisiko dagegen nur bei rund 18 Prozent und ist somit nicht höher als für Frauen mit sporadischem Brustkrebs. „Diese Daten sind von großer Bedeutung für die Beratung der betroffenen Frauen.
Denn unsere Ergebnisse ermöglichen nun erstmals eine individuellere Risiko-Kalkulation“, erklärt Schmutzler. Diese diene als Basis, um sich für oder gegen eine vorsorgliche Entfernung der Brustdrüse zu entscheiden. „Die Untersuchung belegt am Beispiel des Familiären Brustkrebses, wie wichtig es ist,

Krebs-Patienten in ausgewiesenen Zentren zu betreuen und die klinischen Daten systematisch zu erfassen und auszuwerten“, betont Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. Die gemeinnützige Organisation hat den Aufbau einer solchen zentralen Datenbank für Familiären Brust- und Eierstockkrebs gefördert. „Die Experten der Zentren sind zuversichtlich, mit Hilfe dieser Datenbank in Zukunft weitere dringliche Fragen zur Prävention, Früherkennung und Therapie von erblichem Brustkrebs beantworten zu können, denn der erbliche Brustkrebs verhält sich anders als der sporadische Brustkrebs“, so Nettekoven. Die Ergebnisse kommen den betroffenen Frauen unmittelbar zu Gute.

Das Konsortium für erblichen Brust- und Eierstockkrebs besteht aus 12 universitären Zentren, die eng zusammenarbeiten und deren Arbeit seit über einem Jahrzehnt von der Deutschen Krebshilfe gefördert wird. In diesen Zentren werden Betroffene mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs umfassend beraten und sowohl medizinisch als auch psychologisch betreut.

Pressemitteilung der Deutsche Krebshilfe

EHRUNGEN

Schon im September 2009 erhielt **Doris Koch**, Kassiererin des Landesverbandes Berlin/Brandenburg, die Auszeichnung des Ministerpräsidenten als „Ehrenamtlerin des Monats September des Landes Brandenburg“.

Dalina Wirges-Oepen (Gruppenleiterin Grevenbroich) wurde im Dezember 2009 von der Neuss-Grevenbroicher-Zeitung in Kooperation mit dem RWE zur „Heldin im Alltag“ ernannt.

Aicha Gogollok, Gruppenleiterin Ludwigshafen, wurde die Bürgerschaftsmedaille der Stadt Ludwigshafen für ihr ehrenamtliches Engagement verliehen.

Die Leiterin der Gruppe Herford, **Erika Gieselmann**, erhielt vom Bürgermeister der Stadt eine Urkunde für ihr vorbildliches Engagement im Ehrenamt.

Wir gratulieren den Geehrten ganz herzlich und danken für den außerordentlichen Einsatz!

Chemotherapie – ja oder nein?

Wissen über Tumorbiologie hilft Chemotherapie warum und wann der uPA/PAI-1 Test beim frühen

Der uPA/PAI-1 Test (auch Femtelle-Test genannt) ist ein in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) empfohlener Test, der v.a. bei N0 G2 Tumoren für die Entscheidung, ob eine adjuvante Chemotherapie notwendig ist, entscheidend ist. Auf dem ASCO Kongress 2009 stellte Frau Prof. Nadia Harbeck aus der ersten Studie zu diesem Thema 10-Jahresdaten vor. Diese Daten untermauern die Sicherheit des Testergebnisses auch für einen solch langen Zeitraum. Frau Prof. Harbeck u.a. erläutern im Folgenden genau, was dieser Test ist, welche Chancen er bietet, aber auch welche Grenzen beachtet werden müssen.

Warum eine vorbeugende (adjuvante) Chemotherapie bei Brustkrebs notwendig ist

Bei etwa 55 - 60 000 Frauen wird jährlich in Deutschland die Diagnose Brustkrebs gestellt. Dank des bundesweiten Mammographie-Screenings und eines steigenden Brustbewusstseins werden immer mehr dieser Brustkrebserkrankungen in einem Frühstadium diagnostiziert. Und hier gilt – je früher erkannt, desto höher die Heilungschancen. Insgesamt ist Brustkrebs heute in der Mehrzahl der Fälle eine heilbare Erkrankung, vorausgesetzt zum Zeitpunkt der Diagnosestellung liegen noch keine Absiedelungen in anderen Organen vor. Auch wenn die bildgebenden Untersuchungen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung noch keine Organmetastasen feststellen konnten, können bereits einzelne Tumorzellen in den Körper gestreut haben. Daher besteht die Standard-Behandlung bei frühem Brustkrebs heute aus der Operation der Brust und Achselhöhle, ggf. einer Nachbestrahlung sowie in der Regel zusätzlich aus einer vorbeugenden (adjuvanten) medikamentösen Therapie. Bei dieser medikamentösen Therapie, die die verstreuten Tumorzellen abtöten soll, bevor sie im Körper Unheil anrichten können, kommen je nach Hormonrezeptorstatus und HER2-Status die antihormonelle (endokrine) Therapie, Antikörpertherapie und ggf. auch eine Chemotherapie zum Einsatz.

Die Indikationsstellung für eine vorbeugende Chemotherapie richtet sich heute nach dem Rückfallrisiko der einzelnen Patientin. Dieses Rückfallrisiko ist umso höher, je mehr Achsellymphknoten mit Tumorzellen befallen sind. Bei Lymphknotenbefall wird heute in der Regel eine adjuvante Chemotherapie empfohlen. Bei der Mehrzahl der Patientinnen liegt jedoch eine nodal-negative Erkrankung ohne Lymphknotenbefall vor. Hier kann man davon ausgehen, dass mindestens zwei Drittel dieser Frauen durch die alleinige Operation (ggf. + Bestrahlung) geheilt sind; nur in etwa einem Drittel der Fälle kommt es zu einem Wiederauftreten der Erkrankung mit Organmetastasen. Dieses Drittel der Patientinnen kann jedoch anhand der heute verfügbaren Untersuchungen, die der Pathologe routinemäßig am OP-Präparat vornimmt (z.B. histologischer Typ, Tumorgröße, Grading, Hormonrezeptoren), nicht sicher identifiziert werden. Daher erhalten viele nodal-negative Patientinnen vorsichtshalber die Empfehlung zu einer vorbeugenden Chemotherapie, obwohl die meisten dieser Patientinnen nie einen Rückfall erleiden würden. Diese unnötige Übertherapie kann heute durch die bessere Beschreibung der Tumorbiologie größtenteils vermieden werden. Viele Forscher arbeiten international und national daran, Eigenschaften des Tumorgewebes, sogenannte Prognosefaktoren, zu identifizieren, die eine genauere Beschreibung des individuellen Rückfallrisikos erlauben. Der einzige derzeit in Deutschland zu diesem Zweck in den Leitlinien empfohlene Prognosefaktor ist der uPA/PAI-1 Test (Abbildung 1).

uPA/PAI-1 Test – Wie er entwickelt wurde

uPA (Plasminogenaktivator vom Urokinasetyp) und sein Inhibitor PAI-1 (Plasminogenaktivator Inhibitor Typ 1) spielen eine wesentliche Rolle beim Eindringen von Tumorzellen in das umgebende Gewebe und der daran anschließenden Metastasierung. Ende der 80er Jahre gab es die ersten Forschungsergebnisse, dass erhöhte Mengen von uPA und auch PAI-1 im Tumorgewebe mit einer aggressiven Brustkrebserkrankung und einem hohen Rückfallrisiko einhergehen. Diese ersten Ergebnisse wurden 2002 in einer Auswertung der EORTC RBG (Receptor and Biomarker Study Group, European Organization for Research and Treatment of Cancer) mit den Daten von über 8.000 Patientinnen aus ganz Europa bestätigt (Look et al, 2002):

einzusparen – Mammakarzinom sinnvoll ist

Prognosefaktoren und prädiktive Faktoren

Prognosefaktoren

Folgende Faktoren sind für die Abschätzung der Heilungsaussichten notwendig:

- Tumorgröße
- Lymphknotenbefund in der Achselhöhle
- Tumoransiedlungen im Körper
- feingeweblicher Typ des Tumors
- Zellteilungsverhalten (Grading)
- Alter der Patientin
- feingeweblicher Tumorzellnachweis in Blut-/Lymphgefäßen der Brust
- Hilfreich: uPA/PAI-1-Gehalt (zur Frage Chemotherapie bei N_0-Situation; Bestimmung am Frischgewebe notwendig)

Zusätzliche Entscheidungshilfen zur Abschätzung des Krankheitsverlaufes

- Computer-/Internet-basierte Entscheidungshilfen (www.adjuvantonline.com)
- Molekulargenetische Zusatzuntersuchungen zur Frage Chemotherapie möglichst nur im Rahmen von Studien, da der Nutzen nicht zweifelsfrei bewiesen ist.
  1. Mammaprint™
  2. Oncotype DX™
  3. Alle weiteren Tests haben keine sichere nachgewiesene Bedeutung für die Therapieentscheidung.

Abbildung 1: Prognostische und prädiktive Faktoren - Patientenleitlinie 2009 der AGO Kommission Mamma, Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (www.ago-online.de), mit Erlaubnis der AGO Kommission.

Brustkrebspatientinnen mit hohen uPA und / oder PAI-1 Werten in ihrem Tumorgewebe haben im Vergleich zu Patientinnen mit niedrigen Werten beider Faktoren ein deutlich erhöhtes Rückfallrisiko und auch damit einhergehende schlechtere Überlebenschancen. Durch diese Daten sowie die Zwischenergebnisse der ersten klinischen Studie, Chemo N0 (Jänicke et al, 2001), erreichte der uPA/PAI-1 Test das höchste Evidenzniveau (Level of evidence I) und wurde in die **AGO Empfehlungen** (www.ago-online.de) und die **US-amerikanischen ASCO (American Socienty of Clinical Oncology) Empfehlungen** (Harris et al, 2007) aufgenommen.
Die prognostische Bedeutung von uPA/PAI-1 ist unabhängig von klinisch-pathologischen Parametern, d.h. uPA/PAI-1 können Risiko auch innerhalb von Patientengruppen erkennen, die anhand der routinemäßig vom Pathologen mitgeteilten Faktoren (Tumorgröße, Grading, Hormonrezeptor- und HER2 Status) gebildet werden. Jedoch ist der Nutzen im klinischen Alltag nur für eine Niedrigrisiko-Patientin gegeben, deren Rückfallrisiko so niedrig (< 10% über 10 Jahre) ist, dass auf eine adjuvante Chemotherapie verzichtet werden kann. Daher wird derzeit die **Testung bei nodal-negativer Erkrankung nur bei Patientinnen über 35 Jahre mit G2 und HER2 negativem Tumor** empfohlen. In allen anderen Patientengruppen kann der Test selbstverständlich auch Zusatzinformationen liefern – ob das Testergebnis hier jedoch therapierelevant ist, muss im Einzelfall entschieden werden.

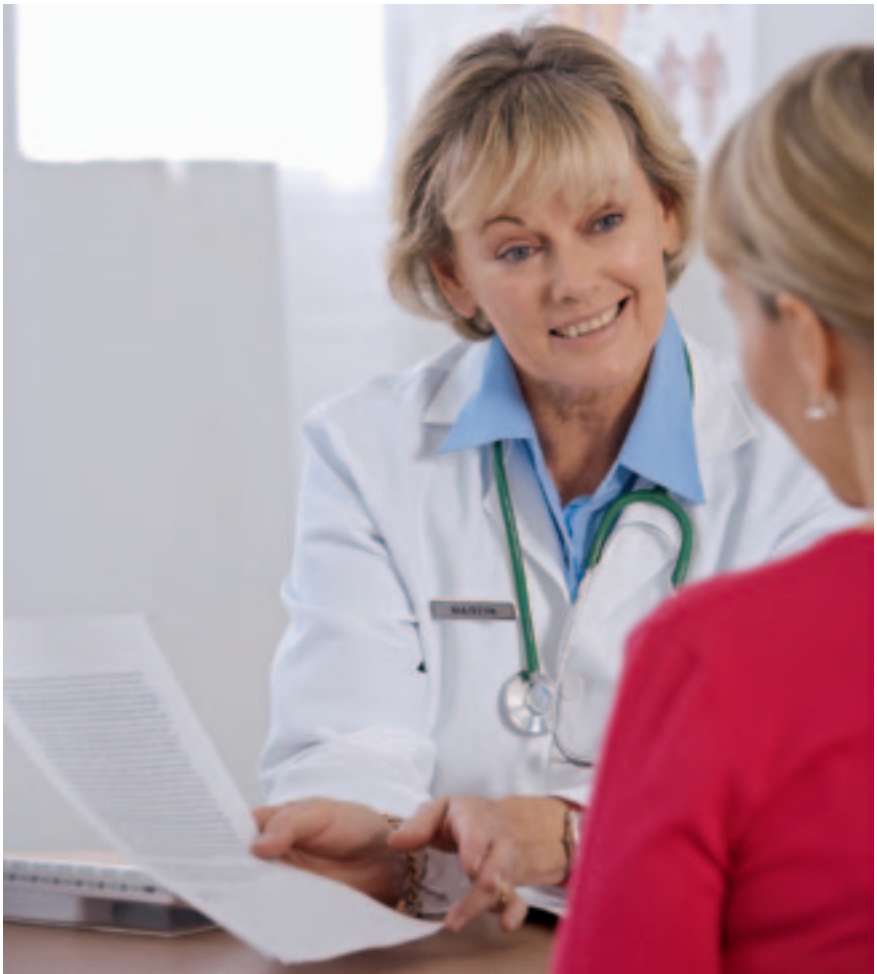
Chemotherapie – ja oder nein

Wissen über Tumorbiologie hilft Chemotherapie warum und wann der uPA/PAI-1 Test beim frühen

uPA/PAI-1 Test – Welche klinischen Studien es gibt

uPA/PAI-1 ist der einzige Prognosefaktor, für den es bisher Ergebnisse aus prospektiven klinischen Therapiestudien gibt – die klinischen Studien für weitere Prognosefaktoren, wie z.B. die Multigenanalysen, laufen derzeit noch.

Von 1993-1998 wurde die **Chemo N0** Studie (Studienleiter: Prof. Jänicke) an 12 Zentren (11 in Deutschland, 1 in Slowenien) durchgeführt. Die uPA/PAI-1 Testung erfolgte in fünf Einsendelabors, die Qualitätskontrolle wurde durch Prof. Fred Sweep in Nijmegen, Niederlande durchgeführt. In dieser Studie wurde bei allen nodal-negativen Brustkrebspatientinnen (n=647) uPA/PAI-1 im Tumorgewebe bestimmt; Patientinnen mit niedrigen Werten wurden im Verlauf beobachtet, Patientinnen mit hohen Werten wurden randomisiert zwischen sechs Zyklen CMF-Chemotherapie bzw. Beobachtung, da in den 90er Jahren eine vorbeugende Chemotherapie bei nodal-negativer Erkrankung nicht allgemein empfohlen wurde. Auf dem ASCO Kongress 2009 (www.asco.org: Harbeck et al, Abstract #511) in Orlando, USA wurden die 10-Jahres-Nachbeobachtungsergebnisse (median 113 Monate) dieser Studie erstmals vorgestellt, die die Verlässlichkeit des Testergebnisses auch für einen so langen Zeitraum untermauern.



Der uPA/PAI-1 Test ist hiermit der einzige neue Prognosefaktor bei Brustkrebs, für den solche prospektiv erhobenen Langzeitdaten vorliegen. Anhand der 10-Jahresdaten zeigte sich, dass die Beurteilung der Tumorbiologie mittels des uPA/PAI-1 Tests eine genauere Risikoabschätzung zulässt als das heute vielfach eingesetzte Computer-Rechenmodell AdjuvantOnline! (www.adjuvantonline.com). Die 10-Jahresdaten zeigten, dass Patientinnen mit niedrigem uPA und PAI-1 im Tumorgewebe eine exzellente Prognose mit einer 10-Jahres-Gesamtüberlebenswahrscheinlichkeit von nahezu 90% ohne jegliche vorbeugende medikamentöse Therapie hatten. Man kann annehmen, dass die Heilungsaussichten von Patientinnen mit niedrigem uPA/PAI-1 und den heute empfohlenen antihormonellen Therapien noch besser sind. Der Nutzen einer vorbeugenden Chemotherapie ist für diese Niedrigrisiko-Patientinnen mit niedrigem uPA/PAI-1 daher nicht größer als die evtl. in 1-2% zu befürchtenden schweren Nebenwirkungen einer Chemotherapie (z.B. schwere Infektionen, dauerhafte Herzschädigungen etc.). Hingegen profitieren Patientinnen mit hohem uPA/PAI-1 deutlich von einer adjuvanten Chemotherapie. In der Chemo N0 Studie konnte das Rückfallrisiko durch die CMF-Chemotherapie in etwa halbiert werden. Auch die oben erwähnte EORTC Analyse (n> 8.000)

einzusparen – Mammakarzinom sinnvoll ist

bestätigte, dass Patientinnen mit hohem uPA/PAI-1 einen überproportional großen Nutzen von einer adjuvanten Chemotherapie haben. Insgesamt ist jedoch in der Chemo N0 Studie die 10-Jahresrückfallrate bei nodal-negativen Patientinnen mit hohem uPA/PAI-1 nach 6 Zyklen CMF Chemotherapie mit etwa 80% immer noch hoch – hier können die Ergebnisse der NNBC-3 Studie helfen, die optimale Chemotherapie für diese Risiko-Patientinnen zu finden.

Von 2002 - 2009 wurde die zweite klinische Studie **NNBC-3-Europe Studie** (**N**ode-**N**egative **B**reast **C**ancer) (Studienleitung: Prof. Thomssen, Prof. Harbeck) durchgeführt. Ziel dieser Studie war zum einen der Vergleich zwischen der Risikoeinschätzung durch klinisch-pathologische Faktoren wie Grading, Tumorgröße etc. und der durch uPA/PAI-1. Zum anderen untersuchte die NNBC-3 Studie die Frage, ob nodal-negative Patientinnen mit hohem Rückfallrisiko von einer Anthrazyklin-Taxan-haltigen (3xFEC-3xDOC) im Vergleich zur rein Anthrazyklin-haltigen (6xFEC) Chemotherapie profitieren. Die Studie wurde im Januar 2009 mit der Rekrutierung von 4.150 Patientinnen beendet und ist damit derzeit die weltweit größte abgeschlossene Therapiestudie bei nodal-negativem Brustkrebs. Durch die uPA/PAI-1 Testung konnte in dieser Studie etwa 40% der Patientinnen über 35 Jahre mit pN0 G2 Tumor eine Chemotherapie erspart werden. Erste Ergebnisse der NNBC-3 Studie werden voraussichtlich auf den großen internationalen Krebskongressen (ASCO, SABCS) in diesem Jahr gezeigt werden können.

In der derzeit deutschlandweit an etwa 100 Zentren seit 2009 laufenden **WSG Plan B Studie** (Studienleitung: Prof. Nitz, Prof. Harbeck) (www.wsg-online.com) wird bei frühem Brustkrebs der Stellenwert des uPA/PAI-1 Tests mit dem in den USA entwickelten Multigentest Oncotype DX verglichen – außerhalb von Studien sollten Multigenanalysen noch nicht zur Entscheidungsunterstützung in der Klinik eingesetzt werden.

uPA/PAI-1 Test – Wie wird er in der Klinik eingesetzt

Der Einsatz des uPA/PAI-1 Tests (mit Handelsnamen: Femtelle®) kann laut AGO Empfehlungen bei der Therapieentscheidung beim nodal-negativen Brustkrebs helfen:

- Bei Patientinnen über 35 Jahre mit einem pN0 G2 kann bei niedrigem uPA und PAI-1 im Tumorgewebe auf eine vorbeugende (adjuvante) Chemotherapie verzichtet werden.
- Der Test kann an Tumorgewebe der Stanzbiopsie oder des OP-Präparates durchgeführt werden (Thomssen et al, 2009).
- Nur frisches oder schockgefrorenes Tumorgewebe ist für die Testung geeignet, nicht aber das routinemäßig vom Pathologen in Formalin-fixierte Tumorgewebe. Das heißt, der Pathologe muss wissen, dass der uPA/PAI-1 Test vorgesehen ist, damit er ein Stück Tumorgewebe dafür einfriert.

An den Brustzentren der Autoren wird der Test routinemäßig mit guten Erfahrungen eingesetzt. Leider wird der Test (noch) nicht an allen Brustzentren in Deutschland angeboten – nach den neuesten Daten zu uPA/PAI-1 auf dem ACSO 2009 sind jedoch immer mehr Zentren dazu bereit. Auch wenn das behandelnde Brustzentrum den uPA/PAI-1 Test nicht routinemäßig anbietet, kann das Gewebe der einzelnen Patientin in einem Einsendelabor getestet

Wissen über Tumorbiologie hilft Chemotherapie einzusparen

werden – derzeit bieten etwa 14 Labors bundesweit die Testung an – eine Liste der Labors kann beim Test-Hersteller erfragt werden. Für interessierte Patientinnen bedeutet das, dass sie sich erkundigen sollten, ob der uPA/PAI-1 Test an ihrem Brustzentrum angeboten wird. Falls dies nicht der Fall ist, sollten sie vor der Operation ihrem Arzt mitteilen, dass sie diesen Test wünschen, falls er in ihrem Fall klinisch sinnvoll ist – nur so kann sichergestellt werden, dass Tumorgewebe für den Test eingefroren wird. Selbstverständlich kann das Einfrieren von Tumorgewebe nur dann erfolgen, wenn der Pathologe genug Gewebe für die Diagnosestellung und seine Routineuntersuchungen zurückbehalten kann.

Mit Kosten von ca. 200 Euro ist der uPA/PAI-1 Test im Gegensatz zu derzeit kommerziell angebotenen Multigentests eher kostengünstig. Nicht alle Krankenkassen übernehmen bislang diese Kosten, so dass die Kostenerstattung für den uPA/PAI-1 Test derzeit in Deutschland nicht einheitlich geregelt ist. Manche Brustzentren bezahlen den Test als Service für ihre Patientinnen von der Pauschale, die sie für die Brustkrebsoperation erhalten, andere Zentren stellen die Kosten den Patientinnen in Rechnung. In Anbetracht der Tatsache, dass das Testergebnis in etwa 40% der Fälle eine Chemotherapie mit all ihren körperlichen und seelischen Folgen für die Patientinnen sowie den Kosten und evtl. Folgekosten ersparen kann, wäre eine generelle Kostenzusage der Krankenkassen für den uPA/PAI-1 Test wünschenswert.

uPA/PAI-1 Test: Zusammenfassung

Die tumorbiologischen Faktoren uPA und PAI-1 sind nicht nur bei Brustkrebs sondern auch bei anderen Tumorerkrankungen, wie z.B. Karzinomen der Lunge, der Eierstöcke oder des Magen-Darmtraktes, mit einem aggressiven Krankheitsverlauf vergesellschaftet: Hohe Werte im Tumorgewebe bedeuten ein erhöhtes Rückfallrisiko. Klinische Konsequenzen aus dem uPA/PAI-1 Test Ergebnis ergeben sich jedoch derzeit nur bei Brustkrebs. Bei nodal-negativem Brustkrebs kann der uPA/PAI-1 Test zur Frage, ob eine vorbeugende Chemotherapie notwendig ist, entscheidende Informationen liefern. Bei niedrigem uPA und PAI-1 im Tumorgewebe bestehen sehr gute Heilungschancen – eine vorbeugende Chemotherapie ist hier nicht sinnvoll. Der Test kann nur an frischem oder eingefrorenem, nicht aber an routinemäßig fixiertem Tumorgewebe durchgeführt werden. Patientinnen sollten daher bereits vor der Operation mit ihrem Arzt besprechen, ob das Ergebnis des uPA/PAI-1 Tests für die Therapieentscheidung in ihrem Fall wichtig sein könnte. Eine Entscheidung für oder gegen eine adjuvante Chemotherapie sollte heutzutage bei **Patientinnen über 35 Jahre mit der Brustkrebsdiagnose „pN0 G2 HER2 negativ“** in der Regel nicht mehr ohne das Ergebnis des uPA/PAI-1 Tests getroffen werden. Der klinische Stellenwert weiterer Prognosefaktoren, wie der Multigenanalysen, wird derzeit in klinischen Studien (z.B. Plan B, MINDACT) überprüft.

Nadia Harbeck
Brustzentrum der Universitätsfrauenklinik Köln

Michael Untch
Frauenklinik, Helios Klinikum Berlin Buch

Fritz Jänicke
Universitätsfrauenklinik Eppendorf

Christoph Thomssen
Universitätsfrauenklinik Halle/Saale

Literatur:

1) Harris L, Fritsche H, Mennel R, Norton L, Ravdin P, Taube S, Somerfield MR, Hayes DF, Bast RC Jr; American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology 2007 update of recommendations for the use of tumor markers in breast cancer. J Clin Oncol. 2007 Nov 20;25(33):5287-312. Epub 2007 Oct 22. Review.

2) Jänicke F, Prechtl A, Thomssen C, Harbeck N, Meisner C, Untch M, Sweep CG, Selbmann HK, Graeff H, Schmitt M, for the German Chemo N0 Study Group. Randomized adjuvant therapy trial in high-risk lymph node-negative breast cancer patients identified by urokinase-type plasminogen activator and plasminogen activator inhibitor type I. J Natl Cancer Inst 93 (12): 913-920 (2001).

3) Look MP, van Putten WLJ, Duffy MJ, Harbeck N, Brünner N, Kates R, Fernö M, Eppenberger S, Spyratos F, Thomssen C, Sweep CGJ, Peyrat JP, Martin PM, Blankenstein MA, Magdelenat H, Quillien-Pouvreau V, Daver, Ricolleau G, Daxenbichler G, Cufer T, Bendahl PO, Lisboa B, Ulm K, Christensen IJ, Meijer-van Gelder ME, Fiets E, Manders P, Broët P, Romain S, Windbichler G, Borstnar S, Beex LVRM, Jänicke F, Klijn JGM, Eppenberger U, Schmitt M, Foekens JA. Pooled analysis of prognostic impact of uPA and PAI-1 in 8,377 breast cancer patients. J Natl Cancer Inst 94(2): 116-128, (2002).

4) Thomssen C, Harbeck N, Dittmer J, Abraha-Spaeth SR, Papendick N, Paradiso A, Lisboa B, Jaenicke F, Schmitt M, Vetter M. Feasibility of measuring the prognostic factors uPA and PAI-1 in core needle biopsy breast cancer specimens. J Natl Cancer Inst. 101(14):1028-9 (2009).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Nadia Harbeck
Brustzentrum, Frauenklinik Universität zu Köln
Kerpener Str. 34, 50931 Köln
Telefon 0221/478 86545
Telefax 0221/478 97304
brustzentrum@uk-koeln.de

Netzwerk für Männer mit Brustkrebs

Zwischen allen Stühlen

Egal wohin wir uns nach der Diagnose Brustkrebs wenden – wir Männer sind mit dieser Krankheit eigentlich nie am richtigen Ort. Das hat ja auch mal seine guten Seiten – wenn Mann zum Beispiel bei der stationären Behandlung in der Frauenklinik ohne Aufpreis grundsätzlich ein Einzelzimmer bekommt. Und über den üblichen Aufruf in der Brustsprechstunde „Frau xyz bitte“, sieht Mann bald mit einem Lächeln hinweg.

Aber ansonsten fühlen wir uns mit unserer Krankheit doch meist recht deplatziert. Behandelt werden wir durch Frauenärzte und die kennen für uns nur genau die Vorgehensweise wie bei Frauen. Besonders verunsichert uns, dass der männliche Brustkrebs, der meist Hormonrezeptoren aufweist, von Gynäkologen mit Antiöstrogenen behandelt wird. Die Nebenwirkungen auf unseren männlichen Körper und unsere Psyche können wir dann keineswegs mit einem Andrologen (Facharzt für Männerheilkunde) besprechen. Auch hier gilt der Frauenarzt als Fachmann, obwohl er in seiner Berufspraxis nur äußerst selten mit männlichen Patienten zu tun hat.

Auch bei der Aufarbeitung unserer Krankheit sind wir auf uns allein gestellt. Dass Frauen es bei der Bewältigung der Erkrankung durch die rein äußerlichen Folgen der Operation und den damit verbundenen psychischen Problemen zusätzlich schwerer haben, liegt auf der Hand. Hieraus ergibt sich allerdings, dass Männer keinen Zugang zu Brustkrebs-Selbsthilfegruppen finden und auch das Gefühl bleibt „Mann leidet unter dieser Krankheit ohnehin nicht so stark“. Dass diese Krankheit für einen Mann aber ebenso bedrohlich, heimtückisch und aufgrund fehlender Erkenntnisse sogar noch unberechenbarer ist, tritt dabei in den Hintergrund.

Auch bei der gesundheitspolitischen Interessenvertretung gibt es keine Organisation, die speziell unsere Krankheit vertritt. Selbsthilfeorganisationen für Brustkrebs sprechen in der Regel nur von und für weibliche Betroffene. Ihre Interessenvertretung finden von einer seltenen Erkrankung Betroffene in der Regel bei der „Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen“ der Achse e.V. – aber der Brustkrebs ist nun mal keine seltene Krankheit, sondern nur das Vorkommen dieser Krankheit beim Mann ist eine Rarität. So finden wir auch hier keine Plattform.

Auf allen Feldern sitzen wir also mit unserer Situation und den daraus resultierenden Bedürfnissen zwischen den Stühlen. Wir freuen uns daher, dass die Frauenselbsthilfe nach Krebs es sich zur Aufgabe machen will, den wenigen Männern mit dieser Diagnose ein Forum zu bieten, sich auszutauschen und zu informieren und vielleicht auch in Zukunft Forderungen zu formulieren, die die Bewältigung der Krankheit erleichtern. Wir bitten alle betroffenen Männer, mit uns in Kontakt zu treten und so die Initiative der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. zu stärken.

P.J., Betroffener (Name der Redaktion bekannt)

Frauen mit Brustkrebs arbeiten in der Frauenselbsthilfe seit über 30 Jahren daran, das Thema Brustkrebs aus der Tabuzone zu holen. Männer mit Brustkrebs sind nun fest entschlossen, diesem Beispiel zu folgen.

Parallelprogramm auf der Bundestagung 2010

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs bietet im Rahmen ihrer diesjährigen Bundestagung (27.08. – 29.08.2010 im Hotel Maritim in Magdeburg) ein Parallelprogramm für Männer an, die an Brustkrebs erkrankt sind oder waren. Nach einem Fachvortrag möchten wir eine Plattform anbieten für persönlichen Austausch und gemeinsam überlegen, welche Strukturen geschaffen werden müssen, um ein Netzwerk für die genannte Zielgruppe ins Leben zu rufen.

Sie sind betroffen und haben Interesse am Thema, vielleicht sogar den Wunsch mitzuwirken und/oder an der Veranstaltung teilzunehmen? Melden Sie sich in der Geschäftsstelle der Frauenselbsthilfe nach Krebs in 53111 Bonn, Thomas-Mann-Str. 40, Telefon: 0228 - 33889-400, Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de. Sie gehen keinerlei Verbindlichkeiten ein und wir behandeln Ihre Daten selbstverständlich vertraulich.

Wir freuen uns über jeden, der die Initiative der bisher engagierten Herren unterstützen möchte!

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Reha-Info

Rehabilitation – ein wichtiger

Der Charakter einer Brustkrebserkrankung hat sich in den vergangenen Jahren durch die Fortschritte in der Medizin geändert. Einerseits können viele Betroffene geheilt werden oder länger mit der chronisch gewordenen Erkrankung leben. Andererseits ist zu beobachten, dass die Verweildauer in den Akutkliniken kontinuierlich verkürzt wird und Maßnahmen in den ambulanten Sektor oder in den Bereich der Rehabilitation verlagert werden.

Die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen hat ihren Schwerpunkt in den stationären Rehabilitationskliniken. Hier wohnen Patientinnen für die Dauer der Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung. Ohne die Belastungen des Alltags können sie sich auf sich selbst und die Therapieziele konzentrieren. Bei einer ambulanten Rehabilitation sind Patientinnen nachts und am Wochenende zu Hause und suchen von Montag bis Freitag tagsüber eine Rehabilitationseinrichtung auf. Die Entscheidung, ob die Patientin eine Rehabilitationsmaßnahme beansprucht, ob sie eine stationäre oder ambulante Rehabilitation wählt, ist allein ihre individuelle Entscheidung. Sie hängt von ihrer persönlichen Lebenssituation, von den vorhandenen regionalen Möglichkeiten und ihren Präferenzen ab. Ambulante sowie teilstationäre Rehabilitationsangebote sind nicht überall vorhanden.

Ausschlaggebend für die Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme sind neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen die Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit der Patientin. Zum einen muss sie reisefähig und ausreichend belastbar sein, um aktiv an der Erreichung des Rehabilitationszieles mitarbeiten zu können. Zum anderen müssen die beeinträchtigenden Auswirkungen nach der Brustkrebserkrankung und -therapie so stark ausgeprägt sein, dass die Patientin einer Rehabilitation bedarf. Die Beeinträchtigungen können im körperlichen Bereich liegen, sich auf funktionale Defizite beziehen, den psychischen sowie den sozialen Bereich betreffen.

Patientinnen, die unter Operationsfolgen oder geringer Leistungsfähigkeit leiden, die Schmerzen oder ein Lymphödem haben profitieren genau so von einer Rehabilitationsmaßnahme wie Patientinnen, die Funktionseinschränkungen im Schulter- Armbereich, fatiquebedingte Symptome wie Erschöpfung und Antriebslosigkeit oder kognitive Störungen haben. Einen großen Stellenwert hat die Rehabilitation auch im psychischen Bereich. Hier können Ängste abgebaut und Schlafstörungen reduziert werden. Das veränderte Körperbild kann allmählich akzeptiert und die Krankheitsbewältigung günstig beeinflusst werden. Bei Defiziten im sozialen Bereich stehen häufig die Arbeitsfähigkeit, die Selbständigkeit im Alltag, aber auch die Integration ins gesellige und kulturelle Leben sowie Hilfen in sozialrechtlichen Belangen im Vordergrund.

Nicht zu unterschätzen ist das Zur-Verfügung-Stellen von Informationen während der Rehabilitationsmaßnahme z. B. über die Erkrankung, die Therapie oder den Umgang mit prothetischer Versorgung. Das Erlernen von Strategien zur Stressbewältigung und von Entspannungstechniken kann ebenso hilfreich sein wie das sich Aneignen von Kenntnissen über gesunde Ernährung, Sport in der Krebsnachsorge oder zur Prophylaxe des Lymphödems. Darüber hinaus können kreative Angebote wie Kunst-, Musik- oder Gestaltungstherapie die Stabilität und das Selbstbewusstsein der Patientin fördern. Informationen über Selbsthilfegruppen stoßen den Austausch mit anderen Betroffenen an und vermitteln vielfältiges Gesundheitswissen.

Die Gründe für eine Rehabilitation können so unterschiedlich sein wie deren Ziele. Sie können der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben dienen, der Verbesserung der Lebensqualität oder der Verhinderung oder Reduzierung von krankheits- und therapiebedingten vorübergehenden oder dauerhaften körperlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen.

Die Antragstellung kann vom Sozialdienst der Akutklinik erfolgen, sofern die Maßnahme als Anschlussheilbehandlung (AHB) unmittelbar nach Abschluss der Primärbehandlung durchgeführt werden soll, oder von dem behandelnden Arzt, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt geplant wird.

Bestandteil der Behandlungskette

Die Kosten werden von der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung, der Berufsgenossenschaft, der Beihilfe oder dem Sozialamt übernommen. Darüber hinaus gibt es zusätzliche lokale Unterstützungsangebote. Je nach Kostenträger und Maßnahme (ob AHB oder Reha) sind unterschiedliche Zuzahlungen zu leisten. Verschiedene Rehabilitationskliniken halten besondere Angebote für Mütter mit Kindern bereit oder nehmen auch den Partner mit auf.

Weitere Informationen können Sie nachlesen in der Broschüre „Soziale Informationen 2010“ der Frauenselbsthilfe nach Krebs, kostenlos anzufordern unter 0228/33889400 oder kontakt@frauenselbsthilfe.de.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

KURZINFO

Soziale Informationen

Die Diagnose Krebs trifft die meisten Menschen völlig unvorbereitet. Unerwartet befinden Sie oder ein naher Angehöriger sich in einer Situation, der Sie hilflos, ja ohnmächtig gegenüberstehen. Viele Fragen und Probleme tauchen auf, die sich nicht mit der bisherigen Alltagserfahrung beantworten und lösen lassen. Sowohl das reine Krankheitsgeschehen wie auch die Welt der Medizin und das Gesundheitssystem scheinen undurchschaubar und rätselhaft.

Die Mitglieder der Frauenselbsthilfe nach Krebs kennen die auftretenden Fragestellungen aus eigenem Erleben. Sie wissen, welche Informationen notwendig, hilfreich und ermutigend sind, denn sie sind alle selbst an Krebs erkrankt und haben ihren ganz eigenen Weg der Krankheitsbewältigung gefunden. Dazu hat nicht zuletzt das Wissen über die vielfältigen sozialen Leistungen, die unser System für einen krebsbetroffenen Menschen bereithält, beigetragen.

Wir haben in dieser Broschüre alle Informationen über Richtlinien und Verordnungen zusammengestellt, die für Menschen mit einer Krebserkrankung von Bedeutung sind und die ihnen das Leben und den Alltag mit der Erkrankung erleichtern sollen.

Kostenlose Bestellung unter Telefon: 0228 - 33889-400, Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Jubiläum in der Frauenselbsthilfe nach Krebs

„Beständig und lebendig“ ...

... war das Motto der Frauenselbsthilfe nach Krebs im Jahre 2009. Lebendig ging es auf der Jubiläumsfeier zum 10-jährigen Bestehen des Landesverbandes Hamburg/Schleswig-Holstein am 6. November 2009 in den Räumen der Evangelischen Akademie im Baseler Hof auf jeden Fall zu.

Mit Saxophonklängen und einem Glas Sekt wurden die ca. 100 Gäste begrüßt. Betroffene, Krankenkassenvertreter und Ärzte trafen zusammen, um die Jahre 1999 bis 2009 aus ihrem Blickwinkel noch einmal Revue passieren zu lassen. Das Motto des Gründungsjahres „Hoffnung und Zuversicht“ ist konsequent verfolgt worden und stellt heute die Basis für Erkrankte dar, die sich nach einer Krebserkrankung informieren wollen und Hilfe suchen. Die Liste der Zielsetzung für unsere Arbeit war und ist lang. Vieles davon haben wir schon erreicht, manches auf den Weg gebracht.

Wer hätte z.B. 1999 gedacht, dass Brustzentren verpflichtet würden, Selbsthilfe mit ins Boot zu nehmen? Diese Kooperationen ermöglichen es den Patientinnen, direkt nach der Diagnosestellung oder zu Beginn der Primärtherapie ohne zeitraubende Suche Kontakt zu anderen Betroffenen aufzunehmen und deren Erfahrungen schon früh für ihren eigenen Weg der Krankheitsbewältigung zu nutzen. Dass diese Überlegungen nicht nur graue Theorie bleiben, daran arbeiten wir täglich mit unseren Kooperationspartnern wie auch noch an vielen anderen aktuellen Problemstellungen und Versorgungsmängeln.

Prof. Ulrich Kleeberg, Christa Hentschel

An Erfahrungen gewachsen

Christa Hentschel, Vorsitzende des Landesverbandes, eröffnete die Veranstaltung und begrüßte Mitglieder und Gäste. Sie ließ zehn Jahre Geschichte des Landesverbandes wieder erstehen – erste Jahre voller Mühen, voller Lernen, aber auch Jahre, die viele Erfahrungen brachten. Erfahrungen, die für uns als Beraterinnen und Unterstützerinnen der Patientinnen und Patienten wertvoll waren und uns in der Interessenvertretung krebskranker Menschen gestärkt haben.

Es wurde viel erreicht für die Patienten in dieser Zeit: Mammascreening, Transparenz in der Patientenbehandlung durch das DMP, Einstieg in die gemeinsame Entscheidungsfindung – um nur einige Stichpunkte zu nennen. Nicht nur die Versorgungsstrukturen, sondern auch die Frauenselbsthilfe nach Krebs hat sich weiterentwickelt. Viele Fortbildungen wurden durchgeführt, die Mitglieder auf die Arbeit im Verband vorbereitet, Konzepte der Nachfolgesicherung entwickelt – alles mit dem Fokus der Qualifizierung der Selbsthilfe-Beratung. Zum Schluss dankte Christa Hentschel allen Mitgliedern, Freunden und Förderern für ihr Engagement in der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Nach Grußworten, u.a. vom Senat der Stadt Hamburg und des Bundesvorstandes, vertreten durch Ilona Kröger, folgte die Ansprache von Prof. Schmidt-Rhode. Er würdigte die Arbeit des Verbandes, insbesondere den langjährigen Einsatz der Landesvorsitzenden.

Prof. Kleeberg, Vorsitzender der Hamburger Krebsgesellschaft, wies in seiner Ansprache eindringlich darauf hin, dass die Frauenselbsthilfe nach Krebs, so wie eigentlich jede Selbsthil-

feorganisation, stets darauf bedacht sein solle, unabhängig zu handeln. Unabhängigkeit sei das oberste Gebot in der heutigen Zeit, nur so könne Glaubwürdigkeit erhalten bleiben.

Gemeinsam zu neuen Horizonten aufbrechen

Nach Dankesreden, Vorträgen und einer lebhaft moderierten Podiumsdiskussion darf man sicher sein, dass nach dem Grundsatz„ Auffangen - Informieren - Begleiten“ auch die nächsten Schritte zu einer weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität Krebsbetroffener in Kooperation mit Ärzten und Verbänden in Angriff genommen werden.

Die Schlussworte von Dr. Müllerleile (Asklepios Klinik Hamburg-Barmbek) und Dr. Lisboa (Brustzentrum Hamburg-Eppendorf), das Leben bestehe nicht nur aus Arbeit, sondern auch aus Genuss (!) leiteten über zu akustischen und sonstigen Freuden: Der Chor„Halbe Lunge“ gratulierte auf musikalische Weise mit Gitarre und Gesang und fand viel „Anklang“. Mit angeregten Gesprächen bei leckeren Snacks endete die Jubiläumsfeier, die unser Miteinander im Landesverband und auch mit den Kooperationspartnern gestärkt hat.

So wie die Arbeit der vergangenen 10 Jahre gezeigt hat, dass die Frauenselbsthilfe in Hamburg und auch bundesweit zu positiven Veränderungen im Gesundheitssystem beigetragen hat, so werden wir „Beständig und lebendig“ “Gemeinsam zu neuen Horizonten aufbrechen“ (Motto 2010)!

Susanne Borck, Gruppenleitung Hamburg-Eimsbüttel
Els Greve, Gruppenleitung Hamburg-Eilbek

KURZINFO

Seminare der Mildred Scheel Akademie, Köln

01. – 03. März 2010

Die richtige Balance zwischen „Für-Sorge“ und „Selbst-Sorge“

Ein Seminar zum Umgang mit Ansprüchen und Erwartungen an die Leitungsrolle.
Referent: Hajo Heidemann, Köln
Zielgruppe: Leiter/innen und/oder deren Stellvertreter/innen von Krebs-Selbsthilfegruppen
(120.– € inklusive Übernachtung, Frühstück, Mittagessen, Tagungsgetränken)

03. – 05. Mai 2010

Worte finden in sprachlosen Zeiten

Seminar für diejenigen, die mit sterbenden Menschen oder deren An- und Zugehörigen in Berührung kommen und ihre Sprachlosigkeit im Umgang mit Sterbenden und Trauernden überwinden möchten.
Referenten: Dr. Sylvia Brathuhn, Neuwied; Torsten Adelt, Bonn
(160,– € inklusive Übernachtung, Frühstück, Mittagessen, Tagungsgetränken)

Das komplette Jahresprogramm der Mildred Scheel Akademie können Sie anfordern unter:
0221 - 9440490 oder mildred-scheel-akademie@krebshilfe.de

Arzneimittelversorgung

Ärzte und Patienten brauchen gesicherte Informationen über Arzneimittel

„Wir brauchen dringend mehr Transparenz bei der Veröffentlichung klinischer Studien. Zu oft werden die Ergebnisse von der Pharmaindustrie zu spät bekanntgegeben oder überhaupt nicht publiziert. Es ist deshalb richtig und wichtig, dass sich das Bundesgesundheitsministerium für eine schnelle Veröffentlichung von Studienergebnissen bei der Arzneimittelforschung einsetzen will", sagte der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, bei einem Symposium der AkdÄ im Rahmen des 34. Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer in Berlin. Ludwig warnte in diesem Zusammenhang davor, die Informationen mehr als nötig als vertraulich einzustufen und dadurch der Öffentlichkeit vorzuenthalten.

Selbst bei bereits zugelassenen Medikamenten ist es für Ärzte und Patienten schwierig, verlässliche Informationen zu erhalten. „Etwa 80 bis 90 Prozent der Informationen zu neuen Arzneimitteln erreichen die ÄrztInnen über die Industrie", berichtete Ludwig auf dem Symposium, das sich in diesem Jahr mit dem Thema „unabhängige Arzneimittelinformationen" befasste. Einige Beispiele für die vielfältigen Aktivitäten der AkdÄ auf diesem Gebiet nannte die stellvertretende Vorsitzende der Arzneimittelkommission, Prof. Dr. Ursula Gundert-Remy: „Die AkdÄ stellt unabhängige Informationen über neu zugelassene Arzneimittel und über unerwünschte Arzneimittelwirkungen bereit." Seit 2009 habe die Kommission in knapp 50 Flyern unter dem Titel „Neue Arzneimittel" über Indikation, Bewertung, klinische Studien und unerwünschte Wirkungen neu zugelassener Medikamente sowie über deren Anwendung bei besonderen Patientengruppen informiert. Auf dem Gebiet der Arzneimittelsicherheit versende die AkdÄ regelmäßig aktuelle Risikoinformationen per „Drug Safety Mail".

Auch in der breiten Öffentlichkeit werden immer häufiger verlässliche Informationen über Medikamente nachgefragt. „Patienten benötigen gesicherte Informationen über die Nutzenwahrscheinlichkeit und Risiken von Arzneimitteln", sagte Prof. Dr. David Klemperer von der Hochschule Regensburg. Wichtigste Informationsquelle sei nach wie vor der Arzt. Dieser müsse gewährleisten können, dass die Informationen für die Patienten zuverlässig sind. Wichtig seien auch Publikationen mit unabhängigen Informationen über Medikamente. Klemperer verwies in diesem Zusammenhang auf die Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen", die von den deutschen unabhängigen Arzneimittel-Bulletins herausgegeben werde und ohne Einfluss der Pharmaindustrie und ohne Werbung neutrale Bewertungen von medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten liefere. Der Kardiologe und Mitherausgeber des Informationsblattes „Der

Arzneimittelbrief", Prof. Dr. Walter Thimme, berichtete in seinem Vortrag über die „International Society of Drug Bulletins" (ISDB), einem weltweiten Zusammenschluss unabhängiger und ohne Anzeigen der pharmazeutischen Industrie erscheinender Arzneimittelzeitschriften. Eine wichtige Zielsetzung der 62 Mitgliedszeitschriften sei es, Ärzten zu helfen, sich ein unabhängiges Urteil über Wirksamkeit und Sicherheit neuer Arzneimittel zu bilden.

Neben der Arzneimittelsicherheit rückt die Arzneimitteltherapiesicherheit immer stärker in den Blickpunkt der Gesundheitsberufe und der Öffentlichkeit. „Wechselnde Behandlungsteams und das hektische Umfeld einer akuten Krankenversorgung können dazu führen, dass ohne gezielte Maßnahmen eine hohe Versorgungsqualität nicht zu gewährleisten ist", erklärte Prof. Dr. Walter Emil Haefeli vom Universitätsklinikum Heidelberg. Zunächst müssten die aktuelle Versorgungsqualität und der Interventionsbedarf ermittelt werden. Bei der Fehleranalyse hätten sich in der Vergangenheit elektronische Hilfsmittel bewährt, mit denen etwa Überdosierungen oder unerwünschte Wechselwirkungen vermieden werden sollen. Diese Systeme müssten aber zunächst im Alltag getestet werden, weil andernfalls durch deren Nutzung neue Fehler verursacht werden könnten, warnte Haefeli.

Pressemitteilung der Bundesärztekammer

Quiz: Früherkennung

Zahlreiche Kampagnen fordern uns immer wieder auf, an unterschiedlichsten Früherkennungsprogrammen für die verschiedensten Erkrankungen teilzunehmen. Im Folgenden können Sie Ihr Wissen über Früherkennungsuntersuchungen auf die Probe stellen. Entscheiden Sie, ob die jeweilige Aussage richtig oder falsch ist.

1.
Bei der Vorsorge wird nach Vorstufen von Erkrankungen gesucht, die dann gezielt behandelt werden.

☐ richtig ☐ falsch

2.
Ein „positives" Testergebnis bedeutet, dass alles in Ordnung ist.

☐ richtig ☐ falsch

3.
Auch wenn ich ein „positives" Testergebnis erhalte, steht noch nicht fest, dass ich wirklich erkrankt bin.

☐ richtig ☐ falsch

4.
Es reicht aus, ab und zu zur Früherkennung zu gehen, um davon profitieren zu können.

☐ richtig ☐ falsch

5.
In Deutschland sind alle Bürgerinnen und Bürger dazu verpflichtet, zu Früherkennungsuntersuchungen zu gehen.

☐ richtig ☐ falsch

6.
Jede Früherkennungsuntersuchung kann auch schaden.

☐ richtig ☐ falsch

7.
Es gibt keinen Anlass, sich über Symptome Gedanken zu machen, wenn bei der letzten Früherkennung nichts gefunden wurde.

☐ richtig ☐ falsch

Die richtigen Antworten finden Sie mit Erläuterungen auf Seite 29.

Kontaktwünsche

Patientin mit **neuroendokrinem Tumor** sucht dringend Erfahrungsaustausch mit ebenso Erkrankten. Kontakt über die Gruppe Winsen (Luhe): Telefon 04133 - 6270

Patientin mit Lungen-, Leber- und Knochen**metastasen** nach **Brustkrebs** sucht Erfahrungsaustausch mit gleichermaßen Betroffenen. Kontakt über die Gruppe Sinsheim: Telefon 07261 - 4543

53jährige Patientin mit **Sarkom** in der Brust sucht dringend Gleichbetroffene zum Austausch. Kontakt über die Gruppe Baltmannsweiler: Telefon 07153 - 309699

Patient sucht nach Entfernung der Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz, Zwölffingerdarm und des Magens wegen **Tumorerkankung** Austausch mit gleichermaßen oder ähnlich Betroffenen. Kontakt über die Gruppe Winterberg: Telefon 02981 - 2031

Versorgungsstrukturen

Wie und wo finde ich die beste

Nach der Diagnosestellung einer Krebserkrankung drängt sich der Patientin/dem Patienten als erstes die Frage auf: Wie und vor allem wo finde ich die beste Therapie, welche Experten können mir bei der Krankheitsbewältigung helfen? Die Mitglieder der Frauenselbsthilfe nach Krebs verweisen Ratsuchende in der Regel auf zertifizierte Zentren, da dort mit einer qualitätsgesicherten, leitliniengerechten Behandlung gerechnet werden darf. Im folgenden erhalten Sie einen Überblick über den Stand der Versorgung bezüglich zertifizierter Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen ist seit der Zertifizierung der ersten Brustkrebszentren und der Ausweitung der Zertifizierung auf weitere Indikationen einer der zentralen Beiträge der Deutschen Krebsgesellschaft für eine Orientierung, wo die beste Versorgung bei einer Krebserkrankung zu finden ist. Die Zertifizierung von Versorgungsstrukturen ist auch eines der vier Handlungsfelder des Nationalen Krebsplanes der Bundesregierung. Wesentliche Grundlage waren dabei die Konzepte und Erfahrungen der Krebsgesellschaft. Die Arbeitsgruppe, die mit der Festlegung von einheitlichen Konzepten und Bezeichnungen für die Zertifizierung onkologischer Behandlungseinrichtungen beauftragt wurde, hat durch die eindeutige Definition eines Zentrums einen wesentlichen Beitrag geleistet: „ Ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, interdisziplinären und transsektoralen (Krankenhäuser, vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitationseinrichtungen), ggf. standortübergreifenden Einrichtungen, die [...] möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden, bildet ein Zentrum. Die zertifizierten Einrichtungen gliedern sich in drei Zertifizierungsstufen:

- in Organkrebszentrum (C) ist ein auf ein Organ oder ein Fachgebiet spezialisiertes Zentrum.
- in Onkologisches Zentrum (CC) erstreckt sich auf mehrere Organe oder Fachgebiete.
- in Onkologisches Spitzenzentrum (CCC) ist ein Onkologisches Zentrum mit Forschungsschwerpunkten “.

In der Definition wird vor allem der interdisziplinäre und transsektorale Netzwerkcharakter der Zentren betont. In dem Zertifizierungssystem der Krebsgesellschaft wird dieser durch die verstärkte Einbeziehung der vertragsärztlichen Praxen schon seit längerem umgesetzt. Nachdem zunächst innerhalb der Prostatakarzinomzentren mit der eigenständigen Zertifizierung der urologischen Kooperationspartner-Praxen begonnen wurde, ist es jetzt auch den gastroenterologischen Praxen möglich, ihre Teilnahme in einem Darmkrebszentrum über ein eigenes Zertifikat sichtbar zu machen. Der in enger Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften, vor allem dem Bund der niedergelassenen Gastroenterologen (BNG) entstandene Erhebungsbogen, bildet die Grundlage für die Begehung vor Ort und betrachtet neben Anforderungen an die Koloskopie (Darmspiegelung – *Red.*) vor allem die Zusammenarbeit zwischen den ambulanten und stationären Kooperationspartnern. Erhebungsbögen für senologische und gynäkologische Praxen sind derzeit in Bearbeitung und sollen zeitnah im Rahmen einer Pilotphase evaluiert (ausgewertet/bewertet – *Red.*) werden.

Module des Zertifizierungssystems

Darüber hinaus wurde im November 2009 der Anforderungskatalog für die Diagnostik und Therapie von Pankreaskarzinomen freigegeben. Die fachlichen Anforderungen wurden auf Basis der S3-Leitlinie durch die Kommission erarbeitet. Die Zertifizierung eines Pankreaskarzinomzentrums wird im Rahmen von Darmkrebszentren und Onkologischen Zentren erfolgen. Die Anforderungskataloge können unter www.krebsgesellschaft.de/zertifizierte_zentren heruntergeladen werden.

Analog zu dem Modul Pankreaskarzinom hat die Kommission Kopf-Hals-Tumore die Zertifizierungsanforderungen für Kopf-Hals-Tumor-Zentren definiert. Diese befinden sich zurzeit noch im abschließenden Abstimmungsprozess und werden nach der endgültigen Freigabe die Zertifizierungsgrundlage für Kopf-Hals-Tumor-Zentren als Teil eines Onkologischen Zentrums sein. Die Weiterentwicklung der Module für Organkrebszentren und Onkologische Zentren erfolgt gegenwärtig im Bereich der

Therapie?

Neuroonkologischen Tumoren. Die Kommission wird sich Anfang 2010 erstmalig treffen und Anforderungen für Neuroonkologische Zentren erarbeiten.

Grundprinzip der Arbeit aller Kommissionen ist es, unter Beteiligung aller Interessenvertreter zur Erarbeitung weitestgehend konsensualer (Konsens = Übereinstimmung aller Beteiligten – *Red.*) und fachlich hochwertiger Zertifizierungsgrundlagen zu kommen. Auch die Vertreter der Selbsthilfe sind intensiv in diesen Erarbeitungsprozess eingebunden.

Parallel zu dem beschriebenen Ausbau des Zertifizierungssystems entwickeln sich die etablierten Organkrebszentren für die häufigsten Tumorentitäten (Krebsarten – *Red.*) stetig weiter. Die Pilotphase der Lungenkrebs- und Hauttumorzentren wurde abgeschlossen und die Ergebnisse sind in die Überarbeitung der Erhebungsbögen eingeflossen, so dass für beide Tumorentitäten das reguläre Zertifizierungsverfahren begonnen hat.

Die Anzahl der Gynäkologischen Krebszentren und Prostatakarzinomzentren hat sich im Verlauf des letzten Jahres verdoppelt (s. Abb. 1) und gegenwärtig befinden sich 13 bzw. 15 weitere Zentren in verschiedenen Stadien des Zertifizierungsprozesses.
In den 138 Darmkrebszentren werden mittlerweile bundesweit 21% aller Patienten mit einem primären Kolorektalen Karzinom behandelt, hinzu kommen die 34 weiteren Zentren, bei denen die Begehung vor Ort noch aussteht und in Kürze erfolgen wird.

Mittlerweile sind 195 Brustkrebszentren zertifiziert, so dass man mit den 50 Zentren in Nordrhein-Westfalen, die von der dortigen Ärztekammer auditiert (überprüft – *Red.*) werden, von einer annähernden Flächendeckung bei der Behandlung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom ausgehen kann.

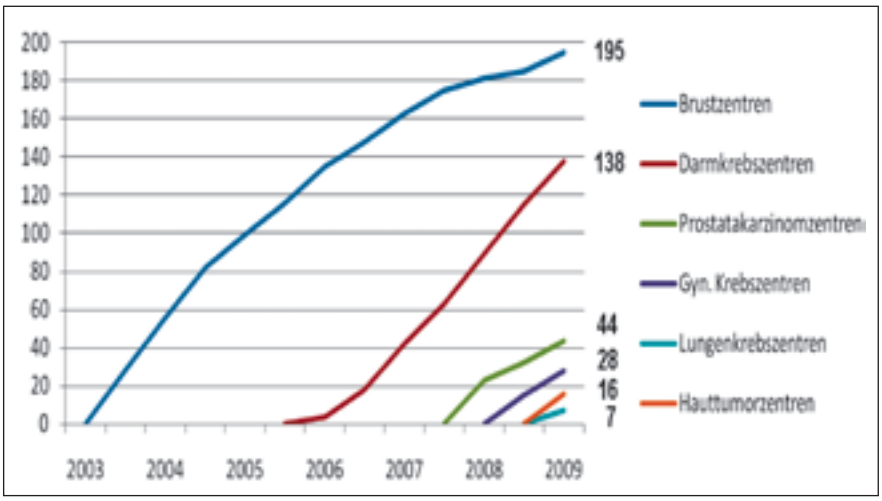


Abbildung 1: Zertifizierte Organkrebszentren

Die Definition und Dokumentation der Quer- und Längsschnittdaten von Patienten, die in zertifizierten Zentren behandelt werden, stellt für alle Tumorentitäten eine Herausforderung dar. Für eine genaue Evaluation der Situation wurde 2009 eine Befragung der zertifizierten Zentren und Klinischen sowie Epidemiologischen Krebsregister durchgeführt. Parallel zu der Evaluation und dem Ausbau einheitlicher Datenwege und Kommunikationsinhalte zwischen Krebsregistern und Zentren, erarbeiten die Zertifizierungskommissionen in Kooperation mit dem Leitlinienprogramm Onkologie der DKG (Deutsche Krebsgesellschaft), DKH (Deutsche Krebshilfe) und AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinische Fachgesellschaften) Qualitätsindikatoren für die verschiedenen Tumorentitäten. Die auf Grundlage der evidenzbasierten Leitlinien definierten Qualitätsindikatoren bilden eine wichtige Schnittstelle zwischen den Anforderungen an die Zentren und den Inhalten der Leitlinien, die zum einen die Implementierung (Übernahme – *Red.*) der Leitlinien in den klinischen Alltag erheblich fördert und zum anderen die Inhalte der Leitlinien evaluiert.

Wie und wo finde ich die beste Therapie?

Mit dem freiwilligen Zertifizierungssystem der Krebsgesellschaft ist ein neues Instrument in der onkologischen Versorgung in Deutschland vorhanden, das das Ziel hat, den Patienten und den zuweisenden Ärzten eine Orientierung zu geben und Versorgungsnetze sichtbar zu machen, die beste Voraussetzungen für eine gute Behandlungsqualität aufweisen. Die heute bereits vorhandenen Daten aus den zertifizierten Zentren zeigen im Vergleich, dass sich der Qualitätsunterschied der zertifizierten Versorgungsnetze auch belegen lässt. Es bleibt aber neben dem Ausbau der zertifizierten Zentren auch eine vergleichbar wichtige Aufgabe, die Dokumentation der Behandlungsverläufe in Klinischen Krebsregistern umzusetzen. Damit wird die Aussage bezüglich der Behandlungsqualität, die sich in einer Zertifizierung zeigt, noch deutlicher.

Weitere Informationen über das Zertifizierungssystem und Zentren, die bereits zertifiziert sind finden Sie unter www.krebsgesellschaft.de/zertifizierte_zentren oder www.onkozert.de

Dr. Johannes Bruns,
Dr. Simone Wesselmann
Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Berlin

Es sind nicht immer die Lauten stark,
nur weil sie so lautstark sind.
Es gibt so viele,
denen das Leben ganz leise
viel echter gelingt.

Konstantin Wecker

Ausschnitte aus der Arbeit des Bundesvorstands im letzten Quartal

Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?

Durchführung von

- drei Vorstandstreffen
- einer Gesamtvorstandssitzung
- Vorstellungsgesprächen für die Position einer Pressereferentin des Bundesvorstands
- Gesprächsterminen für neue Projekte
- Neujahrsempfang der Mitarbeiter der FSH im Haus der Krebs-Selbsthilfe

Mitwirkung beim

- Deutschen Krebskongress, Berlin
- Patientinnentag Charitè Berlin
- Workshop „Patientinnen-Leitlinie Metastasierter Brustkrebs“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Teilnahme

- am Kongress „Vernetzte Gesundheit“, Kiel
- am Qualitätszirkel der Universitätsfrauenklinik Köln
- am Brustkrebskongress Köln und Niederrhein
- an zwei Workshops zum Projekt „Wissenserhalt beim Generationenwechsel in der Selbsthilfe“
- an einer Telefonkonferenz des ÄZQ
- an drei Sitzungen des Nationalen Krebsplans

Sonstiges

- Beiträge für den Patientinnen-Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS)
- zwei Infobriefe für Mitglieder der FSH
- Vorbereitung Bundestagung 2010
- Überarbeitung von drei Broschüren
- Erstellung der Nachlese zur Bundestagung 2009
- Erstellung der Orientierungshilfe „Krebskranke Frauen und ihre Kinder“

Hoffnung ist nicht die Überzeugung,
dass etwas gut ausgeht,
sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat,
egal wie es ausgeht.

Vaclav Havel

Gruppenjubiläen im 1. Quartal 2010

Land	Gruppe	Gründungsdatum
30 Jahre		
Baden-Württemberg	Tübingen	01.01.1980
Baden-Württemberg	Waldshut	01.01.1980
Nordrhein-Westfalen	Detmold	01.01.1980
Baden-Württemberg	Winnenden	29.01.1980
Baden-Württemberg	Ravensburg	01.02.1980
Nordrhein-Westfalen	Minden	07.02.1980
Bayern	Sonthofen	11.03.1980
Nordrhein-Westfalen	Düren	13.03.1980
25 Jahre		
Nordrhein-Westfalen	Kamen	25.02.1985
20 Jahre		
Brandenburg	Schwedt/Oder	02.02.1990
Thüringen	Gera	21.02.1990
Sachsen-Anhalt	Jessen	01.03.1990
Baden-Württemberg	Sinsheim	12.03.1990
10 Jahre		
Hamburg	Hamburg - Junge Menschen	14.02.2000

Unser Standpunkt

Kooperationsverträge im Zwielicht – Fangprämie oder erlaubte Zusammenarbeit?

Eine Kooperation zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten, eine sektorenübergreifende Versorgung, ist durchaus erwünscht und rechtlich nicht zu beanstanden. Bei immer kürzeren Liegezeiten in Kliniken (siehe auch *perspektive* November 2009) ist diese Verzahnung heute dringender denn je geboten. Bereits vor der Neuregelung der Integrierten Versorgung im Jahre 2004 gab es Bestrebungen, stationäre und ambulante Leistungen zu vernetzen. Heute schließen Kliniken zu Recht mit niedergelassenen Ärzten einerseits sowie einer Krankenkasse andererseits Kooperationsverträge ab. Ärzte erbringen für die Klinik bestimmte Leistungen im vor- und nachstationären Bereich oder Leistungen, die eine Abkürzung der Krankenhausverweildauer ermöglichen. Der Arzt erhält für diese Leistungen im Rahmen des Vertrages eine besondere Vergütung.

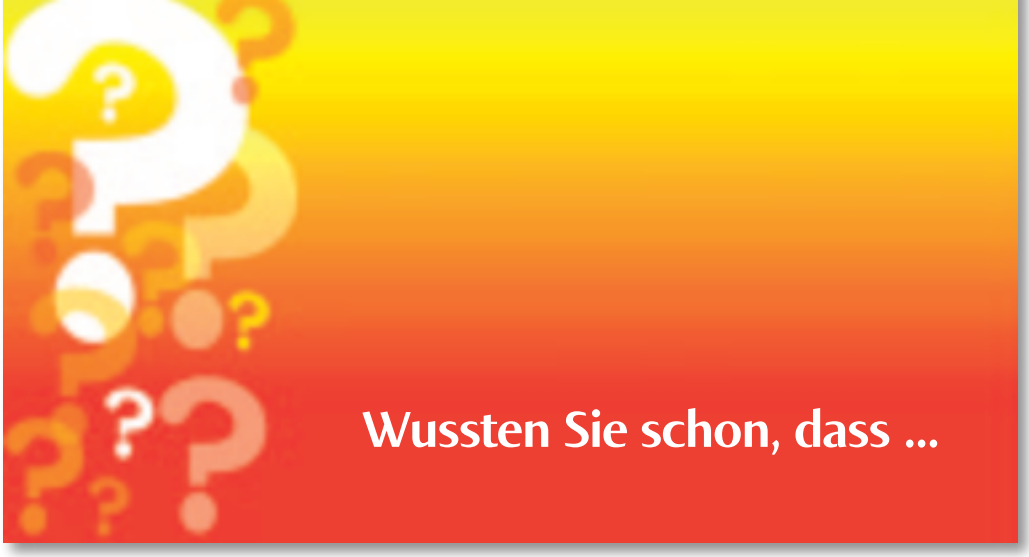
Die Vertragsgestaltung trifft nicht immer saubere Unterscheidungen zwischen den Leistungen im Rahmen der gewollten Integrierten Versorgung und „Leistungen“, die den Vertragsärzten Pflichten auferlegen, die ihnen ohnehin originär obliegen und keine weitere Bezahlung rechtfertigen, vertraglich aber dann zu einer Mehrvergütung führen. Allein aufgrund der Einweisung eines Patienten kann der niedergelassene Arzt keine Vergütung beanspruchen! Andererseits wundert es nicht, dass Krankenhäuser angesichts des harten Wettbewerbs und dem Kampf um Patienten versuchen, niedergelassene Ärzte an sich zu binden. Für Patienten wird auf diese Weise erklärbar, warum sie womöglich in ein ihnen bislang unbekanntes Krankenhaus eingewiesen werden, das sich nicht unbedingt in der näheren Umgebung befinden muss.

All das geschieht mit dem Verweis auf Qualitätssicherung, Schnittstellenoptimierung, Kostenersparnis sowie ausdrücklich im Interesse des Patientenwohls, das in der Präambel der vertraglichen Regelungen besonders hervorgehoben wird.

Oder sind die Verträge ein Deckmantel für unzulässige Ein- oder Zuweiserprämien, die für das Krankenhaus wettbewerbswidrig sind und für den Arzt einen Verstoß gegen die Regelungen der Berufsordnung darstellen? Eine Geldleistung oder Gegenleistung allein für die Einweisung eines Patienten zu erhalten, wird mit „Fangprämie“ bezeichnet – eine Fehlentwicklung im System, die nicht gewollt sein kann und dringend korrigiert werden muss. Denn an dieser Stelle darf auch nicht übersehen werden, dass durch ein derartiges Vertragsgebaren das Patientenrecht auf freie Arzt- und damit Klinikwahl ausgehebelt wird. Die Rechtsprechung beschäftigt sich bereits mit zulässigen und unzulässigen Finanzierungssystemen und hat erste Urteile gesprochen.

Kooperationsverträge zur Vernetzung ambulanter und stationärer Leistungen (= Integrierte Versorgung) können sich niemals in der Einweisung von Patienten in eine bestimmte Klinik erschöpfen, sondern es sollte vielmehr ein abgestimmtes Untersuchungs- und Behandlungsverhalten zwischen den Leistungserbringern im Sinne einer qualitativ hochwertigen und ökonomisch verantwortbaren Versorgung der Patienten erfolgen. „Fangprämien“ missachten legitime Bedürfnisse und Wünsche der Patienten und stellen einen Verstoß gegen gesetzliche Regelungen dar!

Bundesvorstand
der Frauenselbsthilfe nach Krebs



Wussten Sie schon, dass ...

- knapp ein Drittel der Ausgaben (etwa 50 Mrd. Euro) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die Krankenhausversorgung fließen?
- bei Fluggastkontrollen mit Körperscannern Terahertz-Strahlen zum Einsatz kommen, die anders als Röntgenstrahlen keine Zellschäden verursachen können?
- die Barabhebung an fremden Geldautomaten bis zu 10 Euro kosten kann?
- das Kauen von (zuckerfreiem) Kaugummi die Konzentration steigert?
- Ärztinnen ihre Patienten (bei Herzinsuffizienz) unabhängig vom Geschlecht gleich behandeln, während Ärzte ihre weiblichen Patienten signifikant seltener und mit geringeren Dosierungen therapieren?
- „Morologie“ die Wissenschaft von der Dummheit ist?
- man sich im Ruhestand auch setzen darf?
- weibliche Privatversicherte häufiger den Arzt wechseln als männliche?
- die Kooperationsgemeinschaft Mammographie in einem Aufklärungsfilm über Hintergrund und Ablauf des Screenings informiert? (www.mammo-programm.de)
- in einer 0,33l-Dose Coca-Cola 9,3 Teelöffel Zucker enthalten sind?
- laut einer Studie 60 Jahre heute für die meisten Menschen die gefühlte Lebensmitte ist?
- Alpenveilchen, die „Oma-Blume“, dank neuer Züchtungen eine Renaissance erlebt?
- bei einer Stunde Nordic Walking ca. 500 Kalorien verbraucht werden?

Wissen und Verstehen

Quiz Früherkennung – Die Antworten

Frage 1: Die Aussage ist richtig.

Viele Menschen verwechseln die Begriffe „Früherkennung“ und „Vorsorge“. Früherkennung kann eine Krankheit nur früher finden, sie aber nicht verhindern. Von Vorsorge spricht man jedoch, wenn das Ziel der Untersuchung darin besteht, vor der Entstehung einer Krankheit Risikofaktoren zu erkennen und zu beeinflussen oder Vorstufen einer Erkrankung zu suchen und zu behandeln. Ein Beispiel hierfür ist die Gebärmutterhaltskrebs-Vorsorge, bei der gezielt Krebsvorstufen erkannt und gegebenenfalls entfernt werden können, die sich vielleicht später zu einem Krebs entwickelt hätten.

Frage 2: Die Aussage ist falsch.

Auch wenn das Wort „positiv“ in diesem Zusammenhang etwas verwirrend klingen mag: Ein „positives“ Testergebnis ist zunächst einmal keine gute Nachricht. Es bedeutet, dass der Test Hinweise auf auffällige Veränderungen oder eine Erkrankung gefunden hat.

Frage 3: Die Aussage ist richtig.

Kein medizinischer Test ist perfekt. Jeder Test kann zwei Fehler machen: Zum einen kann er Gesunde fälschlicherweise als krank einstufen – in diesem Fall spricht man auch von einem „falschpositiven“ Befund. Zum anderen kann er eine Krankheit übersehen – also einen „falsch negativen“ Befund liefern. Manchmal ist das Testergebnis auch uneindeutig: Es liegt im Grenzbereich zwischen einem normalen und einem auffälligen Befund. Auch wenn ein Test „positiv“ ist, sind fast immer weitere Untersuchungen nötig, um festzustellen, ob man die Krankheit wirklich hat.

Frage 4: Die Aussage ist falsch.

Wer sich dafür entscheidet, an einem Früherkennungsprogramm teilzunehmen, kann nur dann sicher sein, den in den Studien gezeigten Nutzen davon haben zu können, wenn die Untersuchungstermine in den empfohlenen Abständen wahrgenommen werden.

Frage 5: Die Aussage ist falsch.

Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist in Deutschland freiwillig: Sie können die Vor- und Nachteile für sich persönlich abwägen und selbst entscheiden, ob Sie daran teilnehmen möchten. Allerdings wurde mit der letzten Gesundheitsreform eine Beratungspflicht für bestimmte Früherkennungsuntersuchungen eingeführt. Damit ist gemeint, dass man sich von einer Ärztin oder einem Arzt einmalig über manche Früherkennungsuntersuchungen (Mammographie-Screening, Darmkrebs-Früherkennung, PAP-Test) aufklären lassen muss. Wer kein Beratungsgespräch wahrnimmt (für das übrigens keine Praxisgebühr zu entrichten ist), hat im Falle einer späteren Erkrankung höhere Kosten zu tragen.

Frage 6: Die Aussage ist richtig.

Alle Früherkennungsmaßnahmen haben auch Risiken. Z.B. belastet eine Röntgenuntersuchung den Körper mit Strahlen und bei einer Darmspiegelung kann der Darm verletzt werden. Aber es besteht auch das Risiko einer Fehldiagnose. So werden bei vielen gesunden Menschen Auffälligkeiten entdeckt, die sich später als falscher Alarm herausstellen. Eine Fehldiagnose kann zu unnötigen Sorgen führen und Folgeuntersuchungen oder Behandlungen nach sich ziehen, die mit unerwünschten Wirkungen verbunden sein können.

Frage 7: Die Aussage ist falsch.

Früherkennungsuntersuchungen bieten keine hundertprozentige Sicherheit und es ist nicht ausgeschlossen, dass man in der Zeit zwischen zwei Untersuchungen erkrankt. Außerdem können die Tests bei den Untersuchungen auch „falsch negativ“ ausfallen, also die Krankheit nicht erkennen, obwohl man bereits erkrankt ist. Daher ist es trotz der Teilnahme an Früherkennungsprogrammen wichtig, Warnsignale des Körpers ernst zu nehmen.

Wenn Sie noch ausführlichere Informationen zum Thema „Früherkennung“ lesen möchten, finden Sie diese unter www.gesundheitsinformation.de

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Bundesgeschäftsstelle:	Bundesvorsitzende:	Vorstandsmitglieder:
Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V. Haus der Krebs-Selbsthilfe Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn Tel.: 0228 - 3 38 89-400, Fax: 02 28 - 3 38 89-401 www.frauenselbsthilfe.de, kontakt@frauenselbsthilfe.de	Brigitte Overbeck-Schulte Karin Meißler (stellv.)	Christine Esser Ilona Kröger Barbara Reckers

Die Landesverbände der Frauenselbsthilfe nach Krebs – Hier erfahren Sie die Adressen der Selbsthilfegruppen vor Ort.

Landesverband Baden-Württemberg e.V. Schwenninger Str. 24 78652 Deisslingen Tel. Büro: 0 74 20 - 91 02 51 Fax Büro: 0 74 20 - 91 02 59 h.doelker@frauenselbsthilfe.de	Angelika Grudke Tel.: 0 74 20-23 52 a.grudke@ frauenselbsthilfe.de
Landesverband Bayern e.V. Tel.: 09 11 - 3 77 64 21 Fax: 09 11 - 3 77 64 22 r.moelter@frauenselbsthilfe.de	Regine Mölter Hufelandstr. 89 90419 Nürnberg
Landesverband Berlin/Brandenburg e.V. Tel./Fax: 03 32 03 - 2 20 56 i.buske@frauenselbsthilfe.de	Dr. Irmgard Buske Auf der Drift 13a 14532 Kleinmachnow
Landesverband Hamburg/ Schleswig-Holstein e.V. Rübenkamp 220 22307 Hamburg Tel. Büro: 040 - 18 18 82 12 27 c.hentschel@frauenselbsthilfe.de	Christa Hentschel Schellingstr. 35 22089 Hamburg Tel.: 0 40 - 2 00 79 72 Fax: 0 40 - 20 97 69 30
Landesverband Hessen e.V. Tel: 06643 - 18 59 Fax: 06643 - 9 18 03 05 h.haase@frauenselbsthilfe.de	Heidemarie Haase Rauschbergstr. 7 36369 Lautertal
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. Tel.: 03 81 - 2 54 27 Fax: 03 81 - 2 54 19 h.horstmann@frauenselbsthilfe.de	Hannelore Horstmann Herweghstr. 16 18055 Rostock
Landesverband Niedersachsen e.V. Tel.: 04 951 - 16 40 Fax: 04 951 - 94 86 95 u.behrmann@frauenselbsthilfe.de	Ursula Behrmann Langeriepe 17 26826 Weener
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. Kirchfeldstr. 149 40215 Düsseldorf Tel. Büro: 02 11 - 34 17 09 Fax Büro: 02 11 - 31 87 81 nrw@frauenselbsthilfe.de	Sigrid Platte Trapphofstr. 16 44287 Dortmund Tel.: 02 31 - 45 66 81 Fax: 02 31 - 5 33 57 12 s.platte@frauenselbsthilfe.de
Landesverband Rheinland-Pfalz/ Saarland e.V. Tel.: 02631 - 35 23 71 s.brathuhn@frauenselbsthilfe.de	Dr. Sylvia Brathuhn Schweidnitzer Str. 17 56566 Neuwied
Landesverband Sachsen e.V. Tel./Fax: 0 35 22 - 6 32 20 c.paulick@frauenselbsthilfe.de	Christa Paulick Ortsstr. 7 OT Göhra 01561 Ebersbach
Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Tel./Fax: 03 53 87 - 4 31 03 e.naujokat@frauenselbsthilfe.de	Elke Naujokat Ringstr. 7 06918 Mark Zwuschen / Stadt Jessen
Landesverband Thüringen e.V. Tel.: 0 36 83 - 60 05 45 Fax: 0 36 83 - 40 74 60 h.mayer@frauenselbsthilfe.de	Hans-Jürgen Mayer Helenenweg 15 e 98574 Schmalkalden

Wirklich schon wieder ein Jahr?

Ist das schon so lange her?
Wirklich schon wieder ein Jahr?
Noch weht mir der Wind von der See her entgegen
Noch finde ich Sand in meinen Hosenumschlägen
Und Dünengras in meinem Haar
Spür‘ auf den Lippen das Meer
Wirklich schon wieder ein Jahr?

Wirklich schon wieder ein Jahr?
Ist es schon wieder so spät?
Mir taut noch der Vorjahrsschnee von meiner Mütze
Um meine Schuhe entsteht eine Pfütze
Auf dem gewachsten Parkett
Werd‘ ich den Winter gewahr
Wirklich schon wieder ein Jahr?

Wirklich schon wieder ein Jahr?
Ist also morgen schon heut?
Noch schwirren vom vorigen Sommer die Mücken
Um meinen Kopf, meine Finger zerpflücken
Akazienblätter zerstreut
Ein wenig, von Herzen, ist‘s wahr?
Wirklich schon wieder ein Jahr?

Wirklich schon wieder ein Jahr?
Die Tage hab ich nicht gezählt
Noch raschelt verwelktes Laub unter den Schritten
Im vorigen Herbst von der Hecke geschnitten
Noch glimmt Erntefeuer im Feld
Flammenlos, kaum wahrnehmbar
Wirklich schon wieder ein Jahr?

Wirklich schon wieder ein Jahr?
Bin immer noch der ich war
Erwachsener werd‘ ich wohl nicht
Ich hab‘ einen Jahresring mehr wie die Bäume
Eine dickere Rinde, ein paar neue Träume
Und Lachfalten mehr im Gesicht
Wirklich schon wieder ein Jahr?

Reinhard Mey

© Alekss – Fotolia.com

Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn
Telefon: 0228 - 33 88 9 - 400
Telefax: 0228 - 33 88 9 - 401
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Internet: www.frauenselbsthilfe.de

Impressum *perspektive*
Magazin der Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.

Herausgeber:
Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

Verantwortlich i.S.d.P.:
Brigitte Overbeck-Schulte

Gesamtherstellung:
Dietz Druck Heidelberg

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