perspektive

Ausgabe 1/2012

- **Nicht teuer und doch wirksam: Bewegung und Sport bei Krebs**
- **Patientinnen bewerten zertifizierte Brustkrebszentren**
- **Behandlungsleitlinien: Was soll das? Wie geht das?**

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

Magazin der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

3 Vorwort

4 Nicht teuer und doch wirksam: Bewegung und Sport bei Krebs

8 Gut für Körper und Seele: fernöstliche Meditationstechniken

9 Bilanz und Ergebnisse des Projektes „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“

12 Behandlungsleitlinien – Was soll das? Wie geht das?

16 Erste Studie liegt vor – Patientinnen bewerten zertifizierte Brustkrebszentren

19 Kurzinfo: Brustzentren in Deutschland: Was bieten sie und wo gibt es sie?

20 Unser Standpunkt – Giftige Brustimplantate

22 Aktuelle Meldungen

24 Krebs-Selbsthilfe einmal anders – Deutsch-polnischer Austausch beim therapeutischen Reiten

26 Pilgern auf dem Jakobsweg – Umgedreht habe ich mich nur, wenn es sich gelohnt hat!

28 Herzen contra Schmerzen – Kissen für Körper und Seele

30 Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt? Ehrungen

31 Guppenjubiläen

32 Termine 2012

33 Ein Titelbild für die *perspektive* Termine der Mildred Scheel Akademie, Köln

34 Wie die Krebserkrankung mein Leben veränderte

35 Auszeit

36 Adressen

Impressum

Herausgeber:
Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

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

Redaktion:
Caroline Mohr

Gesamtherstellung:
Dietz Druck Heidelberg

Liebe Leserin, lieber Leser!

der Frühling ist zwar noch nicht so recht spürbar, doch er naht. So wie sich das Grün bald an Büschen und Bäumen zeigen wird, erwacht auch in uns neuer Tatendrang und Freude an Bewegung. Was liegt da näher, als diese Ausgabe der „perspektive“ unter anderem dem Thema Sport zu widmen.

Dr. Freerk Baumann von der Deutschen Sporthochschule Köln beschreibt in seinem Artikel aus medizinischer Sicht die Vorteile, die sportliche Betätigung bei einer Krebserkrankung mit sich bringen kann. Und Mitglieder der Frauenselbsthilfe berichten aus der Perspektive der Betroffenen davon, wie bei Ihnen Bewegung an der frischen Luft zur Krankheitsbewältigung beigetragen hat.

Ein Thema, das uns als Organisation in diesem Jahr beschäftigen wird, findet sich in unserem Jahresmotto 2012 wieder: „Selbsthilfe leben – Beteiligung stärken – Kompetenzen nutzen“. Wir besinnen uns auf die Bedeutung von Selbsthilfe, die sich angesichts der gesundheitspolitischen, gesellschaftlichen und demographischen Entwicklungen immer wieder hinterfragen und verändern muss. Heute gilt es, die Stärken der Selbsthilfe hervorzuheben, die Mitglieder auf allen Ebenen entsprechend ihrer Fähigkeiten und Ressourcen zu beteiligen und die vorhandenen Kompetenzen zielgerichtet zu nutzen.

Je höher die Beteiligung und Solidarität der Mitglieder ist, je mehr sie bei der Erfüllung der Aufgaben und Ziele des Verbandes eingebunden sind, je mehr ihre Kompetenzen genutzt werden, umso mehr wird der Selbsthilfegedanke gelebt, umso mehr lebt die Frauenselbsthilfe nach Krebs und vermag ihre Ziele umzusetzen.

Mit herzlichen Grüßen

Karin Meißler
Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Nicht teuer und doch wirksam

Bewegung und Sport bei Krebs

Noch bis in die 90er Jahre hinein galt intensive körperliche Aktivität oder Sport als Maßnahme, die sich für Krebspatienten in jedem Fall verbietet. Fehlende Forschungsergebnisse, mangelndes Wissen und Unsicherheit seitens der Therapeuten und Mediziner waren dafür verantwortlich.

Aktuelle Studienergebnisse belegen nicht nur die positiven Einflüsse von Bewegungstherapie und Sport auf die ganzheitliche Situation von Krebspatienten, sondern auch, dass z.B. aktive Frauen ein deutlich geringeres Risiko haben, an Brustkrebs zu erkranken. Einen möglichen schützenden Effekt kann dem Sport auch im Rahmen eines Darmkrebsrisikos zugewiesen werden. Und schließlich wird das Risiko einer Wiedererkrankung durch Sport sowohl bei einer vorausgegangenen Darmkrebserkrankung, als auch bei Brust- und Prostatakrebs verringert.

Die Ablehnung von starker körperlicher Aktivität oder Sport bedeutet für die Patienten dagegen, sich in einen „Teufelskreis des Bewegungsmangels“ zu begeben. Lange Phasen der Immobilität führen zu Muskelabbau und damit einem Verlust der Leistungsfähigkeit. Die fehlende Leistungsfähigkeit wiederum führt - auch aufgrund der psychisch bedingten Rückzugstendenzen der Patienten – zu einem weiteren Absinken des Aktivitätsniveaus.

Einfluss von körperlicher Aktivität auf Krebspatienten

Sport als unterstützende Maßnahme im Zuge einer Tumortherapie verfolgt zwei Hauptziele: Während der Akut- oder palliativen Phase steht der Erhalt physischer und psychischer Komponenten mit psychosozialer Stabilisierung im Vordergrund. In der Reha-Phase wird der Schwerpunkt auf die Wiederherstellung dieser Faktoren gelegt. Die Sporttherapie beeinflusst den Patienten also in verschiedenen Bereichen seines Lebens.

Auf physischer Ebene geht es u.a. darum, postoperative Bewegungseinschränkungen zu minimieren, Alltagsbewegungen (ADL) zu ermöglichen und das Herz-Kreislauf-System zu stabilisieren. Der Sport wirkt aber auch auf die Psyche. So soll er den Betroffenen neues Selbstvertrauen vermitteln und helfen, psychische Beeinträchtigungen wie z.B. Depressionen und Ängste zu überwinden. Daneben spielt die soziale Komponente, der Spaß am Sport, das Wissen über den eigenen Körper und das Gefühl, sich aus der sozialen Isolation befreien zu können, eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Was muss der Patient beachten?

Aufgrund der unterschiedlichen Ausprägung der onkologischen Krankheitsbilder und der individuell unterschiedlichen Verfassung der Patienten, können keine allgemeingültigen Trainingsempfehlungen ausgesprochen werden. Deshalb ist es wichtig, sportliche Aktivitäten in Absprache mit und unter Kontrolle des behandelnden Onkologen durchzuführen. Grundsätzlich richtet sich die Therapieplanung dabei nach folgenden Faktoren:

- der Krebsart
- dem Stadium der Erkrankung
- der Behandlungsphase in Akut-, Rehabilitationsklinik, Wohnort (kurativ oder palliativ)
- den Nebenwirkungen durch die Tumorerkrankung oder medizinische Therapie (Physis und Psyche)

Unter Berücksichtigung dieser Variablen und auf Basis weiterer leistungsdiagnostischer Verfahren, kann ein längerfristiges Sportprogramm gestaltet werden. Im Vordergrund steht hierbei jedoch immer die individuelle Tagesform des Patienten!

Es existieren natürlich auch Situationen, in denen intensivere Bewegung nicht angezeigt ist. Bei folgenden Symptomen sollte auf anstrengende körperliche Aktivitäten verzichtet werden:

- an den Tagen bei Gabe von herz- und nierenbelastender Chemotherapie
- bei starken Schmerzen
- bei akuten Infekten, Fieber
- bei Kreislaufbeschwerden
- bei starker Übelkeit, Erbrechen

- bei akuten Blutungen; Thrombozyten zwischen 10.000 und 20.000 (hier nur unter therapeutischer Kontrolle)

Trainingsinhalte für Krebspatienten

Körperliche Aktivität sollte während der gesamten Phase der onkologischen Behandlung integriert werden, auch während der Chemo- bzw. Strahlentherapie. Zwei Hauptelemente der Sporttherapie bei Krebspatienten bilden das Kraft- und das Ausdauertraining:

Krafttraining

Viele Krebspatienten leiden, bedingt durch Tumorkachexie (eine durch die Krebserkrankung auftretende Stoffwechselstörung), unter starkem Gewichtsverlust, der mit fortschreitendem Muskelabbau einhergeht. Dies wirkt sich einschränkend auf die Lebensqualität aus und erhöht zudem das Mortalitätsrisiko der Patienten. Durch Krafttraining kann diesen negativen Auswirkungen der Tumorerkrankung begegnet werden. Wie aktuelle Studien mit Brustkrebspatientinnen zeigen, ist es bereits in der Akutphase während der Chemotherapie, sechs Wochen nach der Operation ohne Komplikationen möglich, das Training durchzuführen.

Auch während der Strahlen- und Hormontherapie sollten sich die Patienten körperlich betätigen. Sie profitieren dabei von einer Zunahme der Muskelkraft und fettfreien Körpermasse. Außerdem wird das Fatigue-Syndrom deutlich reduziert. Auch auf psychischer und sozialer Ebene zeigen sich positive Effekte: Das Angstgefühl sinkt und gleichzeitig steigt die Lebensqualität. Die Stärkung des Selbstwertgefühls, das zeigen Studien, bleibt nachhaltig auch sechs Monate nach dem Training erhalten.

Für die Praxis bedeutet dies, mit der Mobilisation bereits während des Krankenhausaufenthalts zu beginnen. Die Bewegungstherapie

Krafttraining während der Chemotherapie

sollte hier durch speziell ausgebildetes Personal, in der Regel Physio- oder Sporttherapeuten, angeleitet werden. Nach Operationen richtet sich hierbei das Bewegungsausmaß nach dem Schmerz und der Narbenspannung des Patienten. Als Faustregel gilt: „Gehen so viel wie möglich, und liegen so wenig wie möglich."

In der Zeit der Rehabilitation ist es das Ziel der Sporttherapie, auf den Patienten individuell abgestimmte Trainingspläne zu entwickeln. Erste Studien konnten aufzeigen, dass Patienten von Krafttrainingsprogrammen mit einer Steigerung der Muskelkraft, verbesserten körperlichen Funktionen und höherer Lebensqualität profitieren.

Die Wahl der Intensität des Krafttrainings sollte von der Verfassung und den Zielen des Patienten abhängig gemacht werden. Hier gibt es zwei mögliche Weg: Das „sanfte" Kraftausdauertraining wird mit niedriger Intensität und hohen Wiederholungszahlen durchgeführt. Dabei trainiert der Patient täglich – womöglich auch mehrmals – dafür aber

Nicht teuer und doch wirksam

Bewegung und Sport bei Krebs

kurz. Dieses Training wird von den Patienten als nur „etwas anstrengend“ eingestuft. Dem gegenüber steht das klassische Krafttraining, das durch höhere Intensität und geringere Wiederholungszahlen gekennzeichnet ist. Diese Variante wird von Patienten als „anstrengend“ empfunden. Grundsätzlich sind beide Methoden machbar und müssen je nach individueller Situation gewählt werden.

Ausdauertraining

Ausdauertraining ist, auch aufgrund der guten Studienlage, zu einem wesentlichen Bestandteil der Sporttherapie in der Onkologie geworden. Auch diese Trainingsform wirkt sich für den Patienten sowohl auf physischer als auch psychisch und sozialer Ebene positiv aus. Die körperliche Leistungsfähigkeit steigt an, die Auswirkungen des Bewegungsmangels verringern sich. Trainierende geben an, mehr Energie zu haben und weniger stark unter den körperlichen Symptomen der Fatigue-Problematik zu leiden.

Wandern ist eine regenerative und gleichzeitig leistungsfördernde Methode des Ausdauertrainings

Bereits während der Chemotherapie können die Patienten mit leichtem Ausdauertraining beginnen. In dieser Phase ist jedoch zu beachten, das Training nicht an den Tagen der Gabe von herz- und nierenbelastender Chemotherapie stattfinden zu lassen. Voraussetzung für Trainingsbeginn ist das Einverständnis des behandelnden Arztes.

In der Akutphase ist es sinnvoll, täglich und dafür mit kürzerer Trainingsdauer zu trainieren. Das bedeutet z.B. zweimal täglich 10 min Rad zu fahren oder einmal täglich 10-20 min auf dem Flur oder im Park des Krankenhauses spazieren zu gehen. Puls und Blutdruck müssen zu Beginn des Trainingsprogramms und bei niedrigen Thrombozytenwerten stets kontrolliert werden.

Während der stationären Rehabilitation und dem Training am Wohnort sollte ein Trainingsminimum von dreimal pro Woche erreicht werden. Der Trainingsumfang kann auf drei- bis fünfmal pro Woche à 30 bis 60 Minuten gesteigert werden. Auch hier gilt es, die Schwere der Erkrankung zu berücksichtigen und ausreichend Zeit zur Regeneration in den Tagesablauf zu integrieren.

Die Belastung sollte stets im aeroben Bereich stattfinden. Das heißt, die Intensität des Trainings, also z.B. die Laufgeschwindigkeit, wird so gewählt, dass der Patient es nur als „etwas anstrengend“ empfindet. Wer sich im Training an den Spruch „Laufen statt schnaufen“ erinnert und sich mit seinem Laufpartner tatsächlich noch gut unterhalten kann, liegt meistens richtig. Als grobe Richtlinie für die Herzfrequenz gilt: Trainingspuls = 180 minus Lebensalter, maximal jedoch 150. Um genaue, individuelle Trainingsbereiche zu ermitteln, empfiehlt sich u.a. eine Leistungsdiagnostik mit Spiroergometrie, also die Messung der Atemgase während der körperlichen Belastung.

Krafttraining versus Ausdauertraining

Zu der Frage, ob ein reines Kraft- oder Ausdauertraining oder eine Kombination von beidem geeigneter ist, existieren bislang zu wenige Studien. Die individuelle Präferenz eines der beiden Trainingsprogramme beeinflusst, inwieweit die Lebensqualität durch das Training gesteigert werden kann. Im Bereich der physischen Effekte lässt sich feststellen, dass ein Krafttraining bessere Resultate im Bereich des Muskelaufbaus und ein Ausdauertraining bessere Ergebnisse im Bereich der Ausdauerleistung (maximale Sauerstoffaufnahme) erwarten lässt. Beide Trainingsvarianten können dazu beitragen, die Fatigue-Symptomatik zu reduzieren.

Sicherheit des Trainings

Viele Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, leiden an einem sekundären Armlymphödem oder haben Angst, dass sich durch körperliche Aktivität ein solches entwickeln könnte. Diese Befürchtung bestätigt sich jedoch nicht. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass das Auftreten eines Lymphödems nicht signifikant zunimmt und die Teilnehmerinnen durch das Training keinen Schaden erleiden.

Sport im Alltag

Zu Hause bietet sich die Teilnahme an einer Krebssportgruppe (Rehabilitationssport) an. Seit 2001 ist der Anspruch auf Rehabilitationssport im Sozialgesetzbuch IX §44 als eine - die medizinische Rehabilitation ergänzende - Leistung gesetzlich festgelegt. Wenn der Arzt die Teilnahme am Rehabilitationssport befürwortet, sind die gesetzlichen Krankenkassen und andere Kostenträger (u.a. Rentenversicherung, Unfallversicherung) verpflichtet, die Kosten hierfür zu tragen. Der „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport“ (auch genannt: „Muster 56“) dient hierbei als Verordnung.

In der Krebssportgruppe wird unter fachkundiger Anleitung eines zertifizierten Übungsleiters trainiert. Vorrangige Ziele sind, sowohl physische als auch psychische Aspekte zu Krankheitsbewältigung zu fördern, um dem Teilnehmer die Partizipation am sozialen Leben wieder zu ermöglichen.

Fazit

Sporttherapie hat sich als supportive Maßnahme in der (Früh-) Rehabilitation von Krebspatienten in den vergangenen Jahren zunehmend etabliert. Auf Grundlage eines bio-psychosozialen Ansatzes gilt es, dem Betroffenen die körperliche Aktivität frühestmöglich zugänglich zu machen, fachkundig anzuleiten und unter Rücksichtnahme auf die spezifische Krankheitsausprägung individuelle Trainingsprogramme zu erstellen.

Autoren dieses Beitrags

Dr. Freerk Baumann, Deutschen Sporthochschule Köln, Leiter der AG „Bewegung, Sport und Krebs“

Ida Ott, Mitarbeiterin in der AG „Bewegung, Sport und Krebs“

Eva Zopf, Sportwissenschaftlerin, wiss. Koordinatorin in der AG „Bewegung, Sport und Krebs“

Literaturtipps für Patienten:

Bewegung und Sport bei Krebs. Der Blaue Ratgeber Nr. 48. Deutsche Krebshilfe.

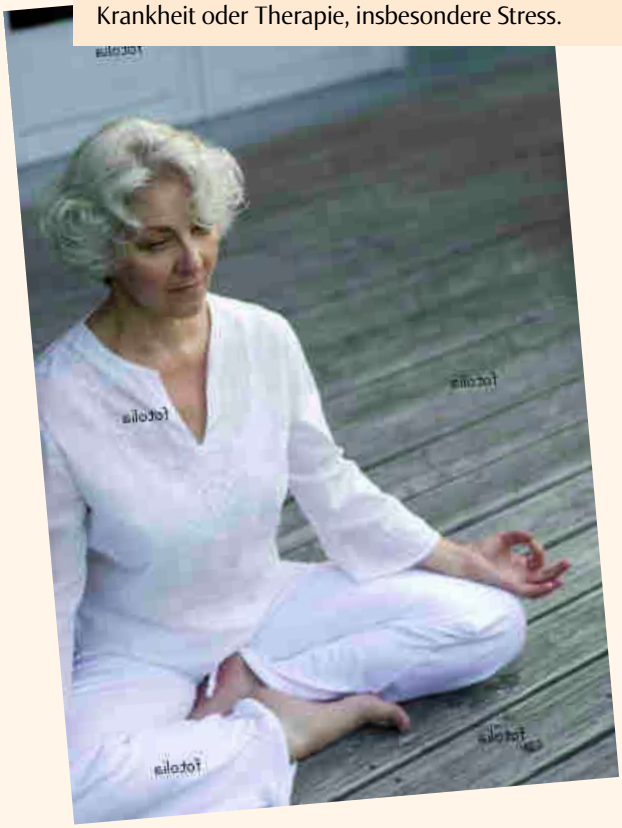
Freerk Baumann. Die Macht der Bewegung. Irisiana Verlag 2009

Gut für Körper und Seele: Fernöstliche Meditationstechniken

Wer weder Krafttraining noch Wandern oder Joggen mag, für den stellen vielleicht die sanften fernöstlichen Sportarten Yoga, Qigong und Tai Chi Chuan eine Alternative dar, die sportliche Aspekte mit einem meditativen Ansatz verbinden. Diese Methoden gelten als besonders gut geeignet für Krebspatienten, da die Übungen das körperliche und seelische Gleichgewicht fördern, den Lebensmut stärken und so bei der Krankheitsbewältigung hilfreich sein können.

Tai Chi Chuan

Tai Chi Chuan, kurz Tai Chi (Tai Tschi), kommt aus China und bedeutet wörtlich übersetzt „das höchste Prinzip". Es ist eine „innere" Kampfkunst, die im Deutschen häufig auch als Schattenboxen bezeichnet wird und sich durch langsame, fließende Bewegungen auszeichnet. Zentrales Ziel ist es, Gleichgewicht, Stabilität, Flexibilität und Geschicklichkeit zu trainieren und so zu einem neuen Körpergefühl zu gelangen. Der Ausführende muss neben der Körperhaltung zugleich seine Atmung überwachen, was hohe Konzentration erfordert. Wie Untersuchungen zeigen, mildert Tai Chi bei Krebspatienten negative Begleiterscheinungen der Krankheit oder Therapie, insbesondere Stress.



© Danel – fotolia.de

Yoga

Für Laien sieht Yoga einfach nur nach Gymnastik aus. Die Übungen sind jedoch Teil einer indischen philosophischen Lehre, die das spirituelle Ziel verfolgt, Geist und Seele in Einklang zu bringen. Das Wort „Yoga" heißt übersetzt „Vereinigung" oder „Integration". Eine Krankheit gilt in dieser Lehre als ein Ungleichgewicht der Kräfte im Körper. Es wird entsprechend angestrebt, diese Kräfte wieder zu harmonisieren.

Yoga kann zu einer Linderung bei verschiedensten Krankheitsbildern beitragen, etwa bei Schlafstörungen, nervösen Beschwerden wie Angst und Depressionen oder chronischen Kopfschmerzen. Der Energieumsatz im Körper wird verbessert, die Beweglichkeit gefördert und die Muskulatur gedehnt. Die Übungen sollten allerdings stets mit dem behandelnden Arzt abgesprochen und mit Hilfe eines versierten Yogalehrers erlernt werden.

Qigong

Qigong (gesprochen Tschigong) ist ein Bestandteil der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM), die der Prävention von Krankheiten besondere Bedeutung beimisst und damit die Eigenverantwortung des Einzelnen für sein Wohlergehen betont. Qi könnte mit Lebensenergie, Vitalität, Lebendigkeit, Beseeltheit übersetzt werden. Gong bedeutet beharrliches Üben.

Speziell für Krebspatienten wurde das „Guolin Qigong" entwickelt, das besonders leicht erlernbar ist und keine besonderen körperlichen Voraussetzungen und keine hohe Leistungsfähigkeit erfordern. Diese Form des Qigong basiert auf einfachen Atem-, Bewegungs- und Entspannungsübungen. Ziel der Übungen ist es u.a., die Selbstwahrnehmung und das Gespür für die eigene körperliche und psychische Befindlichkeit zu fördern.

„Wenn ich das gewusst hätte,...“

Bilanz und Ergebnisse des Projektes „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“

Christine Kirchner
Projektorganisatorin
„Wissenserhalt“

„Wenn ich das vorher gewusst hätte, dann...“, das war ein Satz, der auf der Abschlussveranstaltung des Projektes „Wissenserhalt beim Generationenwechsel in Selbsthilfeorganisationen“ öfter zu hören war. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt, an dem neben der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. (FSH) noch Vertreter aus sechs weiteren Selbsthilfeorganisationen mitwirkten, hatte exakt vor zwei Jahren begonnen. Es war also Zeit für uns, noch einmal zusammen zu kommen und Bilanz zu ziehen.

Lassen Sie uns zunächst versuchen, der Titelfrage nachzugehen: Was war das denn, was man vorher wissen sollte? Von welchem Wissen sprechen die Beteiligten? Das ist in der Tat gar nicht so leicht zu beantworten, denn bei der Übergabe eines Amtes in der FSH an eine Nachfolgerin gilt es, über sehr vieles Bescheid zu wissen. Vertreter der Selbsthilfe sind sich einig, dass dieses Wissen in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen hat.

Zwar liefert das Schulungsprogramm der FSH ohne Zweifel eine gute Grundlage für die Selbsthilfearbeit - die Details, die Kontakte und besonderen Kniffe im Alltag indessen sind in jeder Gruppe anders. Meistens sind sie nicht dokumentiert und nachlesbar, sondern als Erfahrungswissen überwiegend in den Köpfen derjenigen vorhanden, die das Amt schon viele Jahre innehaben (siehe Abb.). Umso wichtiger ist eine umfassende, gut vorbereitete Übergabe der Ausscheidenden an die Nachfolgerin.

„Wenn das mal so einfach wäre...!“, lautete ein weiterer Satz, der während des Projektes häufig zu hören war. Dass Übergabe schwierig sein kann, wusste schon der alte „Herr Ribbek auf Ribbek im Havelland“, der die vorbei kommenden Kinder regelmäßig mit einer „Beer“ beschenkte und diese Tradition über seinen Tod hinaus sicherstellen wollte, indem er sich eine Birne mit ins Grab legen ließ.

Bedürfnisse und Erwartungen

Beim Generationenwechsel geht es also nicht nur darum, zu wissen, ***was*** zu übergeben ist, sondern auch um die Frage, ***wie*** die Übergabe am besten durchgeführt werden sollte, damit sie gelingt. Wie führen wir z.B. die Gespräche mit der Nachfolgerin? Dass Bedürfnisse und Erwartungen von Vorgängerin und Nachfolgerin durchaus unterschiedlich sein können, liegt auf der Hand.

In dem oben zitierten Satz „Wenn ich das gewusst hätte...“ steckt aber noch viel mehr:

- *Wie suche und wie finde ich überhaupt eine geeignete Nachfolgerin?*
- *Wann und wo fange ich damit an?*
- *Wie arbeite ich meine Nachfolgerin ein und wie motiviere ich sie, wenn es schwierig wird?*
- *Wie kann ich mögliche Konflikte zwischen mir und meiner Nachfolgerin angehen?*

Vorgängerin und Nachfolgerin müssen nicht immer einer Meinung sein, dazu sind die Anforderungen an die beiden oft zu unterschiedlich (die eine kommt, die andere geht). Erstrebenswert wäre es jedoch, einen gemeinsam gangbaren Weg zu finden.

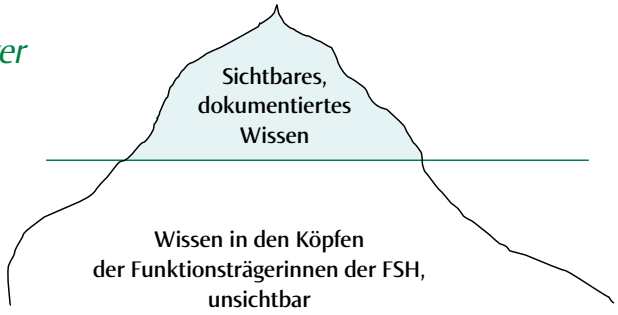
Ausführlich haben wir uns während des Projektes mit der Notwendigkeit des persönlichen Loslöseprozesses beschäftigt:

- *Wo kann ich mir Unterstützung holen, wenn ich mit dem Loslassen nach all den Jahren meine Mühe habe?*
- *Was passiert, wenn ich nicht mehr (in der Gruppe) bin?*

Das Gehen fällt schwer

Gerade in der Selbsthilfe, wo die persönliche Betroffenheit Auslöser und gleichzeitig Motivation für Engagement ist, fällt das Gehen mitunter schwer, denn „die

Das Eisbergmodell ...



„Wenn ich das gewusst hätte,...“

Bilanz und Ergebnisse des Projektes „Wissens-

Erkrankung bleibt!“ (Zitat einer Teilnehmerin). Bei der Beendigung eines Amtes greift sich die Trauer dann mehr Raum, als wir vorher ahnen, oft vermischt mit dem Bewusstsein um die eigene Endlichkeit.

Ganz offensichtlich reicht es in der Übergabephase also nicht aus, sich ausschließlich mit dem Faktenwissen der Selbsthilfearbeit (v.a. zur Gruppenleitung, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit) zu befassen. Von entscheidender Bedeutung sind soziale Kompetenzen, gegenseitiges Verständnis und ein spezielles Methoden- bzw. ein Strategiewissen: Wie gehe ich vor, damit ich meine Bedürfnisse und Erwartungen einbringen kann und gleichzeitig die Ziele des Verbandes bzw. der Gruppe gewahrt bleiben?

Daran knüpft sich die Herausforderung, dass bei aller Kontinuität eine zeitgemäße Weiterentwicklung und Erneuerung von Gruppe und Verband gesichert sein muss – und zwar im Wesentlichen im Rahmen der Möglichkeiten und Ideen der Nachfolgerin, die „ein Recht auf ihre eigene Schuhgröße hat“ (Zitat einer Teilnehmerin der Abschlussveranstaltung).

Beteiligung, Beteiligung, Beteiligung

Noch besser wäre es selbstredend, die Geschicke von Gruppe oder Verband in der neuen Ära nicht allein auf die eine Nachfolgerin zuzuschneiden, sondern von einem ganzen Team tragen zu lassen. *„Beteiligung, Beteiligung, Beteiligung“* war das Thema, das sich durch die beiden Tage der Veranstaltung (wenn nicht durch das gesamt Projekt) wie ein roter Faden zog: *Wie können wir Neue, Jüngere gewinnen? Wie können wir die Mitglieder und insbesondere die Gruppenteilnehmerinnen an unserer Arbeit beteiligen?* Denn Selbsthilfe lebt von der Solidarität vieler! Wenn sie zum Dienstleister mutiert, gehen ihr besonderer Charakter und ihr Charme verloren.

Im Rahmen des Projektes wurden zu den oben aufgeworfenen Fragen Checklisten, Seminare, Coaching-Instrumente, ein Leitfaden „Übergabe und Loslassen“, Strategien zum Suchen und Finden und ein „Fahrplan Gesundheitspolitik“ erarbeitet. Letzterer soll Selbsthilfevertreterinnen als Wissenshintergrund bei der Interessenvertretung im Gesundheitssystem eine Orientierung liefern.

Nach der Erprobung von Checklisten und Seminaren konnten bereits erste Veränderungen im Verband festgestellt werden, u.a.:

- mehr Transparenz hinsichtlich der Aufgaben, mehr Dokumentation des Wissens
- mehr Beteiligung, mehr Teamorientierung auf allen drei Ebenen
- deutlich gestiegenes Bewusstsein für Nachfolge und Übergabe
- weniger Konflikte bei der Übergabe
- offenerer Umgang mit den Schwierigkeiten beim Loslassen
- frühere Suche nach Nachfolgern
- mehr Bewusstsein für die Notwendigkeit, das Amt mit dem Beruf vereinbaren zu müssen
- Entwicklung einer Kultur des Abschieds (Würdigung + Anerkennung).

erhalt beim Generationenwechsel“

Ein weiteres Ziel des Projektes war es, die Erfahrungen ausscheidender Funktionsträgerinnen auch noch über ihre Amtszeit hinaus zu nutzen und ihnen, sofern gewünscht, weiterhin eine Mitarbeit zu ermöglichen – allerdings nur bei Bedarf und im gegenseitigen Einvernehmen. Damit auch dafür klare Regeln (z.B. hinsichtlich Dauer, Umfang der Einbindung, Aufwandserstattung etc.) ihre Anwendung finden und Konflikte vermieden werden, wurde eine weitere Checkliste erstellt, die von Vorgängerin und Nachfolgern gemeinsam auszufüllen ist und als Grundlage der weiteren Zusammenarbeit dienen soll. Davon unberührt bleibt selbstverständlich die Altersregelung.

Miteinander von Alt und Jung

Es gab weitere Themen, die uns während der vergangenen zwei Jahre beschäftigt haben wie z.B. das Miteinander von Alt und Jung und die Besonderheiten in der Kommunikation und in der Arbeit bei Frauen und Männern.

Für alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen war insbesondere der Austausch mit den Vertretern der sechs weiteren beteiligten Selbsthilfeorganisationen ein großer Gewinn (siehe Abb.). Trotz unterschiedlichster Erkrankungen sind die Fragen der Übergabe und des Loslassens im Grunde gleich. Ein Zitat einer Landesvorsitzenden aus der Abschlussrunde der Veranstaltung spricht für sich: *„Auch wenn ich erst seit zwei Jahren im Amt bin und mich noch immer als Nachfolgerin fühle, so werde ich doch auch irgendwann mal eine Vorgängerin sein. Gut, dass ich das heute schon weiß!“*

Die Projektteilnehmer

mpd-netzwerk.de e.V. – Selbsthilfeforum für Betroffene von chronischen myeloproliferativen Erkrankungen

Bundesministerium für Gesundheit

Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. – seit 1976

Rheuma-Liga Baden-Württemberg e.V. – Hilfe, die bewegt

achse – Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen

Christine Kirchner – Personal- & Organisationsentwicklung

I.E.B. – Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e. V.

debra Deutschland e.V.

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. DGM

Gemeinnützige Selbsthilfeorganisation gegen Tinnitus, Hörsturz und Morbus Menière – Deutsche Tinnitus-Liga e. V. (DTL)

Schlussendlich hat Nachfolge immer mit dem Selbstverständnis des Verbandes und jeder einzelnen Gruppe zu tun: Wozu sind wir da? Was sind unsere Aufgaben und wofür brauchen wir deshalb Mitstreiter? Bei wirklich guten Übergaben bemühen sich die Ausscheidenden darum, ihre Werte und Ziele, ihre übergeordnete Idee oder Vision an die Nachfolger zu vermitteln. Wenn das gelingt - wenn die Grundidee der Selbsthilfe weiter lebt - dann wird das Loslassen leichter, dann sind auch Veränderungen, die sich im weiteren Verlauf ergeben, besser zu akzeptieren.

Christine Kirchner
Organisationsentwicklerin und Coach

Behandlungsleitlinien – Was soll

Die Frage „Welche Therapie ist die richtige für den Patienten, der gerade im Behandlungszimmer sitzt?“ stellt sich dem Arzt in der Praxis oder im Krankenhaus hundert Mal am Tag. Da Behandlungsentscheidungen aber in der Regel von Patient und Arzt gemeinsam zu fällen sind, steht auch der Patient oder die Patientin – vielleicht nicht ganz so oft, aber mit größerer Betroffenheit – vor der gleichen Frage: Woher kommt das Wissen um die richtige Behandlung? Hier wollen Behandlungsleitlinien als Informationsträger helfen.

Behandlungsleitlinien sind „systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und den behandelnden Ärzten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung in spezifischen Krankheitssituationen erleichtern“. So hat es die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) definiert. Leitlinien dienen also in erster Linie dem medizinischen Wissensmanagement. Entscheiden müssen Arzt und Patient trotzdem selbst, denn Leitlinien sind keine Richtlinien, denen unbedingt gefolgt werden muss.

Es kann jedoch vorkommen, dass Leitlinien zu Richtlinien werden, wenn sie von Organisationen, die Richtlinienkompetenz besitzen, wie z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder der Bundesärztekammer eingefordert werden.

Die einzelnen Empfehlungen der Leitlinien müssen zunächst dem gegenwärtigen Erkenntnisstand entsprechen. Dieser wird hauptsächlich aus den Ergebnissen „guter“ klinischer Studien gewonnen. Klinische Studien gibt es in unterschiedlichster Qualität – von der einfachen Beobachtung einiger weniger Patienten bis hin zur multinationalen Großstudie mit zufälliger Zuteilung von über 10.000 Patienten auf die zu vergleichenden Therapien.

Was macht eine gute Leitlinie aus?

Die erste der vier wichtigsten Eigenschaften guter Leitlinien ist die **repräsentative Zusammensetzung der Entwicklergruppe**. Diese sollte daher interdisziplinär, multiprofessionell und unabhängig sein. Interdisziplinär, damit es zu keinen sich widersprechenden Leitlinien zum gleichen Thema kommt. Diese Gefahr bestände, wenn jedes medizinische Fachgebiet seine eigenen Leitlinien erstellt. Multiprofessionell heißt, dass nicht nur Ärzte sondern auch andere Heil-/Hilfsberufe wie Pflegekräfte oder Physiotherapeuten in die Entwicklung eingebunden werden, wenn sie zur Formulierung von Empfehlungen etwas beitragen können. Und natürlich sind inzwischen Patientenvertreter regelmäßig Mitglied in Entwicklergruppen. Außerdem müssen alle Mitglieder unabhängig sein, dürfen also nicht - aus welchen Gründen auch immer - befangen sein oder eine Nähe zu Herstellern haben.

Die nächste wichtige Eigenschaft ist die **Systematische Evidenzbasierung** (Evidenz = Beleg). Es gibt Studien- und Literaturdatenbanken, in denen mit gezielten Suchstrategien nach publizierten Studien gesucht werden kann. Diese Suche nach Studien und die Bewertung ihrer methodischen Qualität sind international mehr oder weniger standardisiert. In Deutschland gibt es einige wenige Arbeitsgruppen, die gegen Honorar systematische Aufbereitungen des medizinischen Literaturwissens durchführen. Ein großes Problem stellt dabei der sogenannte „Publication Bias“ (bias: engl. für Verzerrung) dar. Dieser entsteht, wenn Studien mit unerwünschten Ausgängen nicht publiziert werden und die publizierten Studien so ein falsches Bild von der Wirksamkeit der Therapien ergeben. Wissenschaft, Ärzte und Patienten fordern daher ein Register für alle geplanten und begonnenen Studien, damit dieser Pubication Bias nicht mehr entsteht.

Genauso wichtig wie die hochwertige Evidenzbasierung ist die **klinische Bewertung** der gefundenen Erkenntnisse. Nicht jede Erkenntnis aus Studien lässt sich auf den Versorgungsalltag übertragen. So ist z.B. zu prüfen, ob Studienergebnisse aus anderen Ländern auf das deutsche Gesundheitswesen übertragbar sind. Auch bei deutschen Studien entsprechen Studienpatienten nicht immer den Patienten des Versorgungsalltags oder die unter sorgfältig kontrollierten Bedingungen erarbeiteten Effektstärken aus den Studien erweisen sich im Versorgungsalltag als wesentlich geringer. Beim Import von Studienergebnissen aus anderen Gesundheitssystemen und bei der Extrapolation

das? Wie geht das?

(Umrechnung des Verhaltens) der Studienpatienten auf den „Alltagspatienten“ sind daher immer auch klinische Erfahrung und medizinischer Sachverstand gefragt.

Der letzte wichtige Schritt ist eine **strukturierte Konsensfindung** über die einzelnen Empfehlungen der Leitlinie, die dabei mit einem Empfehlungsgrad versehen werden. Das AWMF-Regelwerk sieht dazu die Abstufungen „soll“, „sollte“ oder „kann“ oder davon abgeleitete Symbole vor. Eine besondere Bedeutung kommt der Konsensfindung zu, wenn keine Studien oder nur wenige mit geringer Aussagekraft existieren. Gerade in diesen Fällen erwarten Ärzte und Patienten oft Hilfen aus den Leitlinien. Solchermaßen begründete Empfehlungen werden in den Leitlinien gesondert z.B. mit „konsensbasierter Empfehlung“ gekennzeichnet.

Da dieser Schritt anfällig für externe Einflüsse ist, gibt es strikte Regeln für die Konsensfindung, um reproduzierbare und manipulationsfreie Empfehlungen zu erreichen. Unter anderem müssen alle Mitglieder der Entwicklergruppe ihre Interessenkonflikte offen legen und jene Experten von der Abstimmung ausgeschlossen werden, die aus irgendwelchen Gründen eine starke Befangenheit oder Nähe zu Herstellern aufweisen. Auch die Tatsache, dass Konsensfindungstreffen unter neutraler Moderation verlaufen, reduziert die Einflussmöglichkeiten während der Konsensfindung.

Die S-Klassen der Leitlinien

Aus drei dieser vier wichtigen Eigenschaften leitet sich die seit 2004 existierende S-Klassifikation der Leitlinien ab (S = Stufe). S3-Leitlinien, die sogenannte Königsklasse der Leitlinien, werden von einem repräsentativen Gremium erstellt und weisen eine systematische Evidenzbasierung und eine strukturierte Konsensfindung auf. Von den 700 Leitlinien im AWMF-Leitlinien-Register, hinter denen 98 verschiedene Fachgesellschaften stehen, gehören derzeit 100 zur S3-Klasse. Über 200 neue oder fortzuschreibende Leitlinien sind gerade in Arbeit.

AWMF-Klassifikation von Leitlinien (seit 2004)

	Typ	Charakteristika der Entwicklung	Erstellungs-aufwand	Legitmation für Umsetzung
S3	**Evidenz und Konsens basierte LL**	**Gremium repräsentativ Systematische Evidenzbasierung Strukturierte Konsensfindung**	**sehr hoch**	**hoch**
S2e	Evidenze basierte LL	Gremium selektiert Systematische Evidenzbasierung Keine strukturierte Konsensfindung	hoch	mittel
S2k	Konsens basierte LL	Gremium repräsentativ Keine systematische Evidenzbasierung Strukturierte Konsensfindung	mittel	hoch
S1	Handlungs-empfehlungen von Experten	Gremium selektiert Keine systematische Evidenzbasierung Keine strukturierte Konsensfindung	gering	gering

Da in jeder Entwicklergruppe zwischen 10 und 15 Mitglieder sitzen, sind Deutschland weit zurzeit also zwei- bis dreitausend Experten, Anwender und Patientenvertreter mit der Entwicklung von Leitlinien beschäftigt. Die Fachgesellschaften und ihre Mitglieder, Stiftungen und Forschungsprogramme tragen den Hauptanteil der dazu notwendigen finanziellen Mittel. Eine direkte Finanzierung durch Ministerien, Krankenkassen oder Industrie ist nur dann erwünscht, wenn Einflussmöglichkeiten definitiv ausgeschlossen sind.

Das Onkologische Leitlinienprogr amm

2007 - lange vor der Geburt des Nationalen Krebsplans - hatten sich die AWMF, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe zusammengetan, um für die Versorgung von Tumorpatienten in Deutschland hochwertige Behandlungsleitlinien zu erarbeiten und bereit zu stellen: das Onkologische Leitlinienpro-

Behandlungsleitlinien – Was soll

gramm (www.leitlinienprogramm-onkologie.de). Es war damals klar, dass der Bereitstellung von Leitlinien eine angemessene Verbreitung und Anwendung sowie die Bewertung ihrer Auswirkungen folgen muss. Dafür müssen allerdings auch die anderen Partner im Gesundheitswesen wie die Medizinischen Fakultäten, die Bundesärztekammer oder der Gemeinsame Bundesausschuss ins Boot geholt werden.

Die Entwicklung der Leitlinien im Onkologischen Leitlinienprogramm erfolgt nach dem AWMF-Regelwerk. Erstellt werden immer verschiedene Versionen der selben Leitlinie: Neben den eher wissenschaftlich ausgerichteten Langfassungen und dem Bericht über ihre Entstehung gibt es Kurzfassungen für den Versorgungsalltag, unter Mitwirkung von Patienten entstandene Patientenleitlinien und Sätze von Qualitätsindikatoren zur Messung der Versorgungsqualität.

Die Leitlinien für das Mammakarzinom und das kolorektale Karzinom sind bereits seit längerem veröffentlicht und werden derzeit aktualisiert, die für das Zervix- und das Ovarial-Karzinom sind in der Entwicklung. Neben diesen organspezifischen Leitlinien sind Querschnitts-Leitlinien wie z.B. zur psychoonkologischen oder zur palliativmedizinischen Versorgung in der Entwicklung.

Insgesamt wird zurzeit an zwölf großen onkologischen Leitlinienvorhaben gearbeitet. An den bis zu drei Jahre dauernden Leitlinien-Entwicklungen wirken Vertreter von 10 bis 45 Organisationen mit, darunter auch Selbsthilfegruppen und Patientenvertreterorganisationen. Die Kosten belaufen sich pro Leitlinie auf 135 bis 370 T€, wobei die Experten, Anwender und Patientenvertreter ehrenamtlich tätig sind.

Je größer der Bestand an Leitlinien ist, desto umfangreicher wird die Arbeit des Leitlinienprogramms, denn die Leitlinien müssen stets aktuell gehalten werden. Ergänzungen und Aktualisierungen sind dann nötig, wenn entweder das vorgesehene „Verfallsdatum“ – maximal fünf Jahre - überschritten wird, oder aber neue Erkenntnisse publiziert werden, die dann wiederum auf ihre Leitlinienrelevanz zu prüfen sind. Die für die Aktualisierung notwendigen Strukturen und Ressourcen (Kosten zwischen 100 und 160 T€) befinden sich derzeit im Aufbau.

Mitwirkung von Patientenvertretern

Da sich Wissen, Erwartungen und Präferenzen von Ärzten und Patienten gerade in der Onkologie z.T. erheblich unterscheiden, ist die Mitarbeit von Vertretern von Selbsthilfegruppen und Patienten an verschiedenen Stellen im Leben einer Leitlinie gefordert und natürlich ein wichtiges Element im Regelwerk der AWMF. Patienten sind regelmäßig in den Entwicklergruppen vertreten, um bei der Formulierung von Empfehlungen ihre Wertvorstellungen einzubringen und gefundene wissenschaftliche Evidenzen (Belege) zu hinterfragen. Eine gewichtige Rolle spielen Patienten bei der Entwicklung von Patientenleitlinien, die nicht nur der Information dienen, sondern auch die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient unterstützen und zur Sicherung der Versorgungqualität beitragen.

das? Wie geht das?

Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann, AWMF

Verbindlichkeit und individualisierte Anwendung von Leitlinien

Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften sind in der Regel keine verbindlichen, in der Praxis erprobten medizinischen Standards, auf die Patienten Anspruch haben, sondern Entscheidungshilfen für Arzt und Patient. In der Rechtsprechung sind Abweichungen von Leitlinien als alleiniger Grund für einen Haftpflichtfall nicht ausreichend. Aus Leitlinien der Fachgesellschaften können jedoch klinikinterne Richtlinien werden, wenn die leitenden Ärzte der Klinik oder Praxis die Leitlinien überprüfen und sie auf ihre Abläufe und Gegebenheiten in ihrer Einrichtung anpassen.

Eine noch größere Verbindlichkeit haben Leitlinien dann, wenn das Arbeiten mit ihnen in integrierten Versorgungsverträgen zwischen Kostenträgern (Krankenkassen) und Leistungserbringern (Krankenhäusern) festgeschrieben ist. Das gleiche gilt auch für die Chroniker-Behandlungsprogramme oder andere Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der Bundesärztekammer.

Grundsätzlich gilt, dass „Soll"-Empfehlungen in Leitlinien verbindlicher sind als „Kann"-Empfehlungen. Aber auch von ihnen kann und muss begründet abgewichen werden, wenn die Patienten nicht mehr zur Leitlinie passen oder andere Präferenzen haben, als die Leitlinie empfiehlt. Leitlinien können nicht für alle Eventualitäten wie Begleiterkrankungen, familiäre Risiken, kulturelle Besonderheiten etc. Empfehlungen vorhalten. Sie orientieren sich mehr an durchschnittlichen Krankheitsfällen, für die es dann auch, weil sie häufiger vorkommen, hochwertige klinische Studien gibt.

Leitlinien nehmen Ärzten und Patienten die Entscheidungen nicht ab. Ob man einer Empfehlung folgt oder nicht, müssen Arzt und Patient gemeinsam auf Grund ihrer objektiven und subjektiven Erfahrungen, ihrer Kompetenz, ihren theoretischen Kenntnissen, ihren Abwägungen zwischen Nutzen und Schaden und ihren Präferenzen im Einzelfall entscheiden.

Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann
Leitlinienkommission der Arbeitsgemeinschaften der Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschafte (AWMF)

> Ein neuer Gedanke wird erst verlacht, dann bekämpft, bis er nach längerer Zeit als selbstverständlich gilt.
>
> Artur Schopenhauer

Erste Studie liegt vor

Patientinnen bewerten zertifi

Sind zertifizierte Brustzentren – entsprechend der Definition des Nationalen Krebsplanes – ein Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, interdisziplinären und transsektoralen Einrichtungen, die möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden? Sind die Inhalte und Ziele des Zertifizierungssystems in den von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Brustzentren im Sinne der Patientinnen umgesetzt? Und schlägt sich diese Entwicklung auch in der Wahrnehmung der Patientinnen nieder? Wie zufrieden sind Patientinnen in den Zentren, deren Einrichtung und Entwicklung von der Frauenselbsthilfe nach Krebs kritisch begleitet und mitgestaltet wurde? Eine Studie zur Klärung dieser Fragen wurde vom Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität Köln mit dem „Kölner Patientinnen-Fragebogen für Brustkrebs“ im Jahr 2010 durchgeführt. Ende 2011 konnten die Ergebnisse veröffentlicht werden.

Bei der Studie, die an 128 Brustkrebszentren mit 160 OP-Standorten in ganz Deutschland durchgeführt wurde, handelt es sich um eine der größten auf Brustkrebspatientinnen zugeschnittene, repräsentative Befragung in Europa. Die Daten beruhen auf den Aussagen von mehr als 7300 erstmals erkrankten Brustkrebspatientinnen. Von 9354 Patientinnen waren 8226 bereit, an der Befragung teilzunehmen, die Rücklaufquote der Fragebogen war mit 89 Prozent sehr hoch.

Die Erhebungen bezogen sich auf eine Fülle von Teilleistungen der stationären Versorgung, darunter beispielsweise die Aufnahmeabwicklung, die Interaktion mit dem Personal, die Qualität der Hotelleistungen und die Qualität der zur Verfügung gestellten Informationen zu Therapieoptionen einschließlich komplementärmedizinischer Maßnahmen. Aber auch Informationen zur Behandlung und Lösung von psychosozialen Problemen, die allgemeine Zufriedenheit und die krankheitsbezogene Lebensqualität wurden abgefragt.

Die Ergebnisse der repräsentativen Studie lassen durchaus den Schluss zu, dass die Ziele der zertifizierten Zentren gut bis sehr gut erreicht werden. Die medizinische Versorgung der Patientinnen erfolgt auf einem sehr hohen Niveau, die Art und Weise der Entlassung wird sehr positiv bewertet. Das spiegelt sich in den insgesamt sehr guten Umfrageergebnissen wider.

Auffallend sind das hohe Vertrauen zu den Ärzten sowie dem Pflegepersonal und die hohe Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt insgesamt.

Was ist Ihre Meinung zu den Ärzten/ Ärztinnen auf der Station?	**Nicht-Zustimmung**	**Zustimmung**	**Keine Angabe**
Ich konnte mich auf die Ärzte verlassen, wenn ich Probleme mit meiner Krankheit hatte.	4,9 % (346)	**95,1 %** (6753)	202
Die Ärzte unterstützten mich so, dass mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fiel.	10,8 % (769)	**89,2 %** (6354)	178
Die Ärzte waren bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit anzuhören.	9,7 % (691)	90,3 % (6415)	195

Tabelle 1: Unterstützung durch Ärzte

zierte Brustkrebszentren

Auch mit der Art der Informationen und der Aufklärung über ihre Erkrankung war ein großer Anteil der Patientinnen sehr zufrieden.

Die Ärzte/ Ärztinnen auf der Station...	Nicht-Zustimmung	Zustimmung	Keine Angabe
... teilten mir die Diagnose Brustkrebs einfühlsam mit.	15,4 % (1070)	**84,6 %** (5903)	328
... erläuterten mir die weiteren Behandlungsschritte feinfühlig.	14,4 % (1020)	**85,6 %** (6074)	207
... erläuterten mir die Eingriffe ausführlich.	12,2 % (868)	**87,8 %** (6262)	171
... erläuterten mir die Eingriffe verständlich.	10,6 % (758)	**89,4 %** (6365)	178
... gaben mir ausreichend Bedenkzeit.	16,1 % (1121)	**83,9 %** (5825)	355

Tabelle 2: Empathische Informationsvermittlung

Allerdings kann nicht zufrieden stimmen, dass ein Anteil von etwa 15 Prozent der Patientinnen die Feinfühligkeit des Arztes bei der Diagnosemitteilung und bei der Erläuterung der Behandlungsschritte vermisst hat und mehr als 16 Prozent der Patientinnen angaben, dass ihnen nicht ausreichend Bedenkzeit für Therapieentscheidungen eingeräumt wurde.

Des Weiteren zeigt die Studie deutlich, dass in der Gesamtheit der Zentren in verschiedenen Bereichen Verbesserungspotenzial besteht. Dies betrifft vor allem die Bereiche Information für Patientinnen (Informationsumfang und -vermittlung) und die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, wie die beiden nachfolgenden Tabellen zeigen.

Hätten Sie sich...	Nein	Ja	Weiß nicht*	Keine Angabe
... mehr Information über gesunde Lebensführung (Ernährung, Alkohol, Rauchen etc.) gewünscht?	**70,0 %** (5019)	24,2 % (1733)	5,8 % (414)	135
... mehr Information über körperliche und nervliche Belastungen im Alltag gewünscht?	**57,6 %** (4117)	36,0 % (2569)	6,4 % (459)	156
... mehr Information über Selbsthilfegruppen gewünscht?	**80,0 %** (5711)	13,6 % (969)	6,4 % (457)	164
... mehr Information zu Büchern und Broschüren über Ihre Erkrankung gewünscht?	**83,2 %** (5945)	12,1 % (867)	4,6 % (330)	159
... mehr Information über gesundheitsfördernde Maßnahmen gewünscht?	**55,8 %** (3972)	39,0 % (2778)	5,2 % (372)	179
... mehr Information über Hilfe und Betreuung für Zuhause gewünscht?	**72,7 %** (5170)	19,3 % (1369)	8,0 % (568)	194

Tabelle 3: Psychosozialer Informationsbedarf

Erste Studie liegt vor

Patientinnen bewerten zertifi

Was ist Ihre Meinung?	Nein	Ja	Weiß nicht*	Keine Angabe
Hat man Sie im Krankenhaus über Selbsthilfegruppen informiert?	28,5 % (2047)	**56,3 %** (4042)	15,2 % (1092)	120
Hatten Sie während des Krankenhausaufenthalts Kontakt mit Selbsthilfegruppen?	73,0 % (5184)	**6,9 %** (488)	20,2 % (1433)	196

Tabelle 4: Information und Kontakt mit Selbsthilfegruppen

Zu erwähnen ist, dass sich 31 Prozent der Patientinnen mehr Informationen über Rehabilitationsmöglichkeiten gewünscht hätten. Etwa 18 Prozent gaben an, dass sie nicht genug Informationen über mögliche psychoonkologische Betreuung bekommen haben. Zahlreiche Anfragen in unserem Verband untermauern diese beiden offensichtlichen Schwachstellen in der Versorgung bei Brustkrebs.

Und wie sieht es mit der Einbindung der Selbsthilfe aus?

Hier zeigt die Erhebung ein sehr differenziertes Bild. Der Anteil der Patientinnen, die nicht informiert wurden, schwankt erheblich zwischen den Brustzentren. Im Schnitt liegt er bei 28,5 Prozent! Dazu passt, dass 14 Prozent der Patientinnen sich mehr Informationen über Selbsthilfe gewünscht hätten, 20 Prozent allerdings hatten kein Interesse an einem Kontakt zur Selbsthilfe.

Bemerkenswert ist das große Gefälle zwischen den Brustkrebszentren. Es gibt bundesweit deutliche Qualitätsunterschiede. Deshalb kann es jetzt nur heißen: „Von den Besten lernen!“ Die besten Zentren zeigen, dass die Ziele der Zertifizierungsrichtlinien in unserem Gesundheitssystem umsetzbar und – aus Patientensicht – erstrebenswert sind!

Die DKG in Kooperation mit dem IMVR hat bereits den ersten Schritt zur Verringerung der Unterschiede im Qualitätsspektrum der Brustkrebszentren getan und unter Beteiligung der FSH einen Workshop für die Leiter der Zentren durchgeführt. Auch wenn diese die Teilnahme generell an Mitarbeiter wie Psychologen, Sozialarbeiter oder Case-Manager delegiert hatten, wurden doch gute Ideen entwickelt, um vorhandene Schwachstellen zu beseitigen.

Die wesentlichen Erkenntnisse für mich aus diesem Workshop waren:

1. Qualität ist nicht abhängig von Fallzahlen. Sowohl große Brustzentren mit 500 Primärfällen als auch kleine mit 80 bis 90 Primärfällen jährlich standen in der Qualitätsskala ganz oben.

2. Die Liegezeiten dürfen nicht noch weiter verkürzt, 5,3 Tage nicht unterschritten werden. Auch die professionellen Helfer erachten diese Zeit für notwendig, um die Leitlinien (d.h. wissenschaftliche Erkenntnisse) umsetzen zu können.

3. Optimierungspotential liegt vor allem im psychosozialen Bereich. Qualitätszirkel können gemeinsam als Ausgangspunkt für Verbesserungen genutzt werden.

4. Es sind nicht die großen Räder, die bewegt werden müssen, um die Versorgung von Brustkrebspatientinnen zu verbessern – es geht schlichtweg um mehr Menschlichkeit in der Medizin. Dieser Hebel steht jedem der an der Behandlung Beteiligten zur Verfügung.

zierte Brustkrebszentren

Prof. Rolf Kreienberg, Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm, Leitlinienautor und Workshop-Initiator fasste die Ergebnisse des Workshops in seinem Schlusswort mit den Worten zusammen: „Brustzentren machen eine gute Medizin, müssen aber mehr auf die Bedürfnisse von Patientinnen eingehen."

Ursula Schmidt, die Gründerin der Frauenselbsthilfe nach Krebs, rief 1976 zur Wachsamkeit auf, damit: „... uns kommende Generationen nicht den Vorwurf machen können: Ihr habt es weit gebracht mit Eurer Technik, Eurem Intellekt, doch Ihr habt unsere Seele vergessen".

Fazit

Die Studie hat unter anderem ein großes Gefälle zwischen den Brustkrebszentren mit bundesweit deutlichen Qualitätsunterschieden zu Tage gefördert. Auch aus diesem Grund keimt bei uns der Gedanke, hervorragenden Brustzentren eine Auszeichnung aus Patientensicht zukommen zu lassen. Denn schließlich sollten Brustkrebspatientinnen der entscheidende Gradmesser für die Bewertung von Brustzentren sein.

Hilde Schulte

KURZINFO

Brustzentren in Deutschland: Was bieten sie und wo gibt es sie?

Ein Brustzentrum ist eine Abteilung eines Krankenhauses oder ein Netzwerk aus Abteilungen unterschiedlicher Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzten zur medizinischen Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen der weiblichen – und selten auch männlichen – Brust. Verschiedene Fachgebiete wie Gynäkologie, Onkologie, Hämatoonkologie, Radiologie, Pathologie und Psychoonkologie arbeiten hier zusammen.

Nur wenn das Brustzentrum ein extern anerkanntes Qualitätsmanagementsystem nutzt und die „Fachlichen Anforderungen für Brustzentren" erfüllt sind, die die Deutsche Krebsgesellschaft in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Senologie entwickelt hat, wird das Qualitätssiegel „Zertifiziertes Brustzentrum" vergeben.

255 Krankenhäusern (Stand 2011) haben bisher das Qualitätssiegel erhalten. Damit besteht heute in Deutschland eine fast flächendeckende Versorgung mit zertifizierten Brustzentren.

Auf folgender Seite im Internet finden Sie alle zertifizierten Brustkrebszentren:
www.onkozert.de/deutschland/karte.htm

Unser Standpunkt

Giftige Brustimplantate: Gewinn-

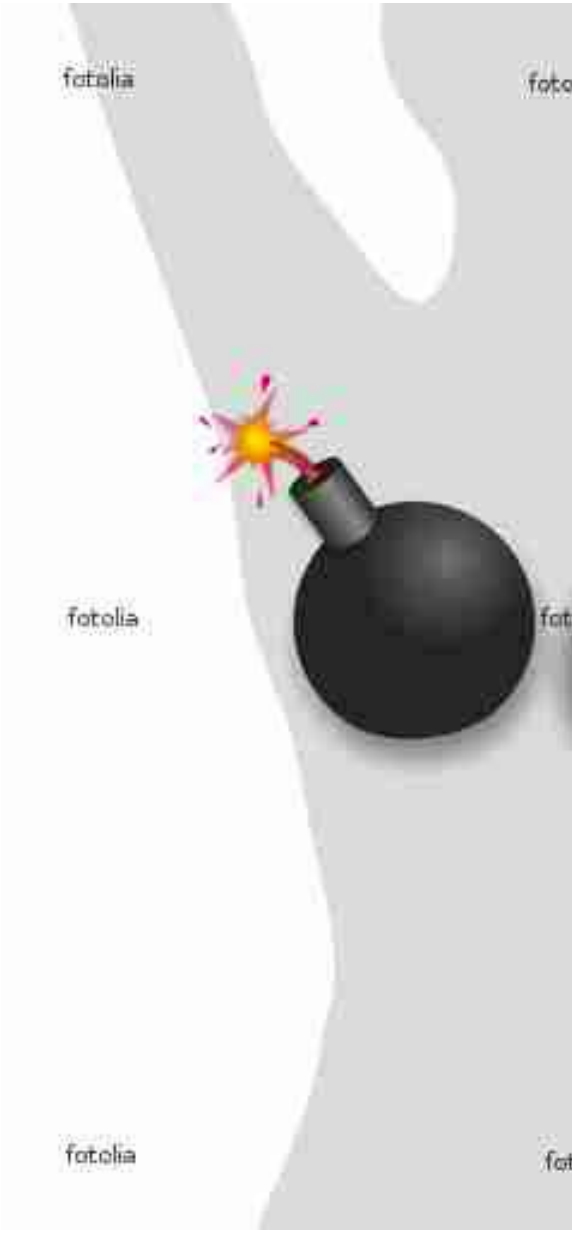
Jahrelang hat eine Firma aus Frankreich Brustimplantate mit billigem Industriesilikon auch nach Deutschland verkauft. Die Kissen zu Schnäppchenpreisen reißen nicht nur leicht, sondern schwitzen das giftige Innenmaterial auch durch die intakte Hülle aus. Diese Nachricht hat uns erschüttert!

Frauen, die nach einer Brustkrebsoperation ihre äußere Symmetrie wieder herstellen wollten und sich schlichtweg die bestmögliche Behandlung wünschten, werden nun erneut mit der womöglich schwierigsten Phase ihres Lebens konfrontiert. Hier reißen seelische Wunden wieder auf.

Wie konnte es zu diesem Skandal kommen? In den Medien steht überall zu lesen, dass ein Hersteller mit erheblicher krimineller Energie vorgegangen sei und nur deshalb die für Medizinprodukte üblichen Kontrollen nicht gegriffen hätten. Interviewte Ärzte erläutern zudem unisono, dass sie angesichts des Preises der Billigimplantate aus Frankreich – er beträgt nur ein Drittel des Üblichen - sofort misstrauisch geworden seien und diese daher nicht verwendet hätten. Und doch gibt es in Deutschland tausende Betroffene? Auch der Hersteller des Industriesilikons hat sich – so scheint es - nie darüber gewundert, dass er sein Material an einen Hersteller für Brustimplantate lieferte.

Folgende Punkte sind für uns in der Geschichte dieses Skandals völlig unverständlich: Die USA hatte dem Unternehmen PIP (Poly Implant Prothèse) bereits im Jahr 2000 die Zulassung für sein Produkt verweigert. Warum hat das bei uns in den zuständigen Behörden –TÜV und Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – nicht zu Nachfragen und einer gründlichen Überprüfung vor der Zulassung geführt?

Im Jahr 2010 wurden die Silikonkissen dann auch europaweit verboten. Warum haben Ärzte und Kliniken ihre Patientinnen zu diesem Zeitpunkt nicht sofort über den Sachverhalt informiert? Schon in diesem Moment hätten betroffene Frauen unbedingt von der möglichen Gefährdung erfahren müssen, damit sie Veränderungen an ihren Brüsten mehr Aufmerksamkeit schenken, möglicherweise



© fffranz – fotolia.de

maximierung vor Patientenorientierung

eine Erklärung für vorhandene Beschwerden finden und ggf. zu einer vorsorglichen Untersuchung gehen!

Das französische Desaster zeigt, dass die Sicherheit von Medizinprodukten in Deutschland bisher nicht ernst genug genommen wurde. Ganz klar ist, dass es für die Zulassung strengere Prüfkriterien geben muss, vergleichbar denen von Medikamenten. Eine CE-Kennzeichnung, die sich auf Industrieprodukte bezieht, reicht bei Hilfsmitteln im medizinischen Bereich keineswegs aus. Diese Prüfung muss zudem staatliche Aufgabe sein. Sie darf nicht in die Hände von Unternehmen gelegt werden, auch nicht bei Beauftragung durch den Staat.

Außerdem brauchen wir in Deutschland ein Zentralregister für Brustimplantate, dem nicht nur gemeldet wird, welches Implantat eingesetzt wurde, sondern auch, ob ein Implantat womöglich ein Jahr später wieder entfernt werden musste und – wenn ja – warum? Nur so kann eine Datenlage entstehen, die frühzeitig auf mögliche Probleme hinweist.

Der gesamte Verlauf des Skandals vermittelt den Eindruck, dass es im deutschen Gesundheitssystem, trotz aller öffentlichen Bekenntnisse, keine wirkliche Patientenorientierung gibt, sondern ökonomische Aspekte die Hauptrolle spielen. Diese wirtschaftliche Orientierung führte zunächst zum Einsatz von Billigprodukten, deren außergewöhnlicher Preis jeden Arzt/jede Klinik hätte stutzig machen müssen. Zu einem Zeitpunkt, als die Gefährlichkeit der Implantate Gewissheit war, wurde dann über Kostenfragen gestritten, statt den Betroffenen sofort die Botschaft zu vermitteln: Frauen, wir sind für Euch da, wir lassen Euch in dieser schwierigen Situation nicht allein, wir entfernen die Implantate, um Euch vor (möglichem oder weiterem) Schaden zu schützen.

Leidtragende an der ganzen Geschichte sind die Frauen. Sie wurden betrogen, ihr Vertrauen wurde missbraucht. Die Gesundheitsschädigung ist da, egal mit welcher Indikation PIP implantiert wurde. Die Betroffenen sind das schwächste Glied in der Kette, sie dürfen nun nicht auch noch den Kampf ums Geld führen müssen.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Aktuelle Meldungen

Medikamente sicher einnehmen

© Andreas F. – Fotolia.de

Medikamente nach Vorschrift einzunehmen ist oft nicht einfach. Besonders bei mehreren Arzneimitteln fällt es Patienten schwer, das richtige Medikament zur richtigen Zeit in der richtigen Dosierung zu nehmen. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat deshalb im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu diesem Thema ein Informationsblatt für Patienten entwickelt. Leicht verständlich und kompakt vermittelt es unter der Überschrift „Sichere Arzneimitteltherapie“ wichtige Informationen zur Medikamenteneinnahme und fasst viele praktische Tipps für Patienten zusammen. Grundlage für die Empfehlungen bilden aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse und Empfehlungen von Patienten für Patienten.

Quelle: www.patienten-information.de

Besserer UV-Schutz in Solarien

Seit dem 1. Januar 2012 ist die Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen künstlicher ultravioletter Strahlung (UVSV) in Kraft. Ab jetzt müssen Solariennutzer deutlich sichtbar vor akuten Schäden durch UV-Strahlen an Haut und Augen gewarnt werden. Der Gesetzgeber verschärft zudem die technischen Anforderungen an die Solariengeräte: Bis August 2012 müssen alle Geräte ausgetauscht werden, die nicht mehr der europäischen Norm entsprechen – also die Haut mit mehr als maximal 0,3 Watt pro Quadratmeter bestrahlen. Diese Stärke entspricht einer Bestrahlung um 12 Uhr mittags am Äquator. Die neuen Geräte müssen einen Mindestabstand der Hautflächen zu den Röhren einhalten, sich in Notsituationen abschalten lassen und sich selbst abschalten, wenn die zulässige Strahlendosis überschritten wird. Bei Verstoß gegen die umfangreichen, gesetzlichen Vorgaben drohen hohe Bußgelder.

Quelle: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit

Missverständnisse über Krebs

Kein Krebs ist wie der andere, die Krankheit ist komplex – Ursache und Wirkung sind sogar für Fachleute schwer zu verstehen. Kein Wunder, dass zu der Krankheit viele Missverständnisse kursieren, die teilweise sogar lebensgefährlich sind, wie eine Befragung von 30.000 Personen aus 29 Ländern zeigt. Verblüffend: Jede Nation pflegt ihre eigenen Krebslegenden. Viele Menschen – vor allem die in den Industrieländern – überschätzen den Einfluss der Umwelt. Stattdessen ignorieren sie, dass sie es zu einem gewissen Grad selbst in der Hand haben, ob sie krank werden oder nicht. Jeder Zweite weiß z.B. nicht, dass auch Alkohol krebsfördernd ist und der reichliche Genuss von Obst und Gemüse Krebs nicht verhindern kann. Ein weiterer Irrglauben ist, dass viel Stress Tumore auslöse. In Entwicklungsländern wiederum halten die meisten Menschen Krebs für ein unvermeidbares Schicksal. „Dieser Fehlglaube ist besorgniserregend, da er Menschen davon abhält, zur Vorsorge zu gehen“, so die Internationale Union gegen Krebs (UICC).

Quelle: Welt online

© Robert Neumann – Fotolia.de

Ohne Nikotin wirken Medikamente besser

Patienten, die mit dem Rauchen aufhören, vertragen Tumorbehandlungen besser. Forscher nehmen an, dass das an der besseren Durchblutung und der erhöhten Sauerstoffaufnahme liegt. So heilen einige Zeit nach dem Rauchstopp Wunden schneller, Krebsmedikamente und Strahlentherapie wirken besser. Außerdem brauchen Patienten, die nicht rauchen, weniger Medikamente gegen Tumorschmerzen.

Quelle: AOK-Gesundheitsdienst

Filme zum Thema Krebs im Internet

Das Internet ist inzwischen eine der wichtigsten Quellen für medizinische Informationen in Deutschland. Die Deutsche Krebshilfe hat daher nun ihr Online-Informationsangebot um eine Mediathek erweitert: Unter www.krebshilfe.tv finden Betroffene, Angehörige und Interessierte ab sofort zahlreiche informative Filmbeiträge rund um das Thema Krebs. Ein eigener Video-Player ermöglicht das Abspielen der Filme ohne lange Ladezeiten.

Quelle: Deutsche Krebshilfe

© ChaotiC_PhotographY – Fotolia.de

Vorsicht vor Vitaminen in Kapseln

Selbst Menschen, die sich ausgewogen ernähren, befürchten oft, ohne zusätzliche Vitamine oder Spurenelemente nicht auszukommen. Besonders verbreitet ist diese Sorge bei Krebspatienten. Immer mehr Experten sehen die Rolle von Vitaminen und Mineralstoffen als Zusatzstoffe allerdings sehr kritisch: Die meisten warnen vor der Einnahme in Form von Tabletten oder anderen künstlichen Zubereitungen. In Studien zeigte sich, dass Vitamine und Mineralstoffe schaden statt nützen und das Krebsrisiko steigern können, wenn man sie nicht über Obst, Gemüse und andere „normale“ Lebensmittel zu sich nimmt. Eine Analyse von insgesamt 68 Studien zur Wirkung sogenannter Antioxidantien mit zusammen mehr als 230.000 Teilnehmern zeigt, dass in der Gruppe der Studienteilnehmer, die Vitamin A und E oder Beta-Carotin einnahmen, eine höhere allgemeine Sterblichkeitsrate zu finden ist, als in der Gruppe, die keine Supplemente verwendete. Das Fazit der Auswertung: Wer Vitamintabletten nimmt, lebt kürzer.

Quelle: Krebsinformationsdienst

Krebs-Selbsthilfe einmal anders

Deutsch-polnischer Austausch beim

Liegt das Glück der Erde wirklich auf dem Rücken der Pferde? Sechs Frauen der FSH Gruppe Cottbus-Sandow probierten es einfach aus. Sie besuchten ein Hippotherapie-Lager im deutsch-polnischen Begegnungszentrum Przylep und konnten dort nicht nur Erfahrungen mit dem therapeutischen Reiten sammeln, sondern auch Kontakte zu Frauen einer polnischen Krebs-Selbsthilfegruppe knüpfen. Vermittelt worden war der Aufenthalt durch die Behindertenbeauftragte der Stadtverwaltung Cottbus.

Ein anderes Land, eine andere Sprache, andere Menschen und vor allem Pferde erwarteten uns – sechs Frauen der FSH-Gruppe Cottbus-Sandow und zwei Frauen einer freien Gruppe –, als wir im Herbst 2011 nach Polen reisten, um dort im Rahmen der Städtepartnerschaft zwischen Cottbus und Zielona Gora an einem Hippotherapie-Lager im deutsch-polnischen Begegnungszentrum Przylep teilzunehmen.

Dort trafen wir mit elf polnischen Frauen zusammen, ebenfalls Mitglieder einer Krebs-Selbsthilfegruppe. Sprachbarrieren mussten wir nicht überwinden, denn wir wurden während des gesamten Aufenthalts von einer Dolmetscherin begleitete. Außerdem beherrscht eine Teilnehmerin unserer Gruppe die polnische Sprache ebenfalls perfekt.

Ohne Sattel und Steigbügel

Gleich am ersten Tag in Przylep begann die Reittherapie in gemischt deutsch/polnischen Gruppen. Ohne Sattel und Steigbügel sind wir auf die Pferde gestiegen, nicht ganz einfach, aber mit Hilfe der Therapeutinnen haben wir es geschafft. Es war ein tolles Gefühl, die Wärme und die Bewegungen der Tiere direkt und unmittelbar zu spüren.

Die Therapeutinnen erklärten uns, dass allein durch die rhythmischen Schwingungen des Pferdes bereits viele Muskelgruppen aktiviert würden. Das lockert und stärkt besonders die Tiefenmuskulatur. Doch bei der Hippotherapie geht es nicht nur um den physischen, sondern auch um einen psychischen Aspekt, nämlich die Fähigkeit, loslassen zu können und Vertrauen zu gewinnen.

Während der ersten Stunde gewöhnten wir uns zunächst nur an die Pferde und die ungewohnte Bewegung. Schon in der zweiten Stunde begannen die Übungen auf dem Pferd wie zum Beispiel freihändiges Reiten oder das Reiten mit geschlossenen Augen. Dann ging es in die freie Wildbahn. Wir begannen auszureiten. Und jeden Tag konnten wir diese Ausflüge durch die Wälder der Umgebung mehr genießen.

Die Reittherapie endete schließlich nach zehn Tagen mit einem kleinen Turnier in der Reithalle. Für diesen Tag hatten sich unsere Therapeutinnen und die polnischen Frauen etwas ganz Besonderes ausgedacht. In bunten Kostümen absolvierten wir hoch zu Pferde einen Hindernisparcour in der Reithalle. Dabei durften wir erstmals die Zügel selbst in die Hand nehmen und unser Pferd leiten – zuvor waren wir geführt worden. Das war für uns ein aufregender Abschluss der Reitstunden. Am Ende des Turniers waren wir alle Sieger.

Neben dem Reiten gab es noch viele weitere Angebote, die unseren Aufenthalt in Przylep bereicherten: So stand täglich Wassergymnastik im sehr schönen, neuerbauten Schwimmbad auf unserem Programm. Ein sehr temperamentvoller Übungsleiter brachte uns mit seinen muskelaufbauenden Übungen trotz kühlen Wassers schnell zum Schwitzen.

Viele weitere Angebote

Ebenfalls täglich wurde Bewegungsgymnastik angeboten, die direkt auf unsere Brustkrebserkrankung zugeschnitten war. Dieses intensive Training hat uns allen sehr viel gebracht. Die Therapeutin zeigte uns beispielsweise wichtige Übungen zur Vermeidung von Lymphödemen.

Nordic-Walking ist auch bei den polnischen Frauen sehr beliebt, so dass sich schnell deutsch/ polnisch gemischte Gruppen fanden, die je nach Belastbarkeit und Leistungsvermögen gemeinsam liefen. Ganz nebenbei wurde bei all diesen Unternehmungen die deutsche bzw. polnische Sprache geübt.

therapeutischen Reiten

An einem Tag während unseres Aufenthaltes fand ein „Marsch der Hoffnung“ statt. Organisiert wurde er durch das Gesundheitsministerium und die Koordinierungsstelle „Brustkrebs“ im Bezirk Zielona Gora. Ziel dieser Aktion war es, mehr Frauen dafür zu sensibilisieren, an den Früherkennungsuntersuchungen für Brustkrebs teilzunehmen. Wir beteiligten uns gern an diesem Marsch, was sehr gewürdigt wurde. Die Organisatoren begrüßten uns deutsche Frauen über Lautsprecher.

Marsch der Hoffnung

Alle Teilnehmerinnen des Marsches waren ausgestattet mit rosa Luftballons, rosa Schleifen und rosa Regenschirmen. Wir zogen in Zielona Gora von der Philharmonie bis zur Universität, wo anlässlich der Aufklärungskampagne „Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs“ eine große Frauenkonferenz stattfand. Am Abend wurde dieser „Marsch der Hoffnung“ im polnischen Fernsehen übertragen. Und wir waren dabei!

Bei den Medien stieß aber nicht nur der Marsch, sondern auch das Hippotherapie-Lager in Przylep auf großes Interesse. Das Fernsehen erschien zu Filmaufnahmen. Regionalsender kamen zu Interviews. Und alle wollten wissen, wie uns diese Form der deutsch-polnischen Zusammenarbeit gefällt und ob wir uns vorstellen könnten, diese zu intensivieren.

Es waren wunderschöne Tage in Polen. Neben der Hippotherapie und den anderen sportlichen Unternehmungen ermöglichte uns das Treffen mit den polnischen Frauen, Erfahrungen auszutauschen. In vielen Gesprächen berichteten wir uns gegenseitig über die Schwierigkeiten, mit denen eine krebskranke Frau im jeweiligen Gesundheitswesen zu kämpfen hat. Der Elan und der Lebensmut der polnischen Frauen beeindruckten uns in diesen Gesprächen sehr.

Die polnischen Frauen organisierten für uns einen sehr temperamentvollen Abschiedsabend mit einem tollen Programm und gutem Essen, an dem so manche Freundschaft geschlossen wurde. Diesen Abend werden wir so schnell nicht vergessen.

Mit einem dreifachen „Danke, Danke, Danke - dziekuje, dziekuje, dziekuje“ und herzlichen Umarmungen verabschiedeten wir uns von unseren neuen polnischen Freundinnen. Wir werden die gemeinsamen Tage immer in Erinnerung behalten und uns hoffentlich alle auch einmal wiedersehen.

Christa Ziegler
Gruppe Cottbus-Sandow

Pilgern auf dem Jakobsweg

Umgedreht habe ich mich nur,

Die Jahre bis zu meiner Erkrankung hatte ich gefüllt mit „Ich muss noch“. Selbst Schlafengehen und Aufstehen wurden bei mir zum „Ich muss“. Dann, vor vier Jahren, die Diagnose Krebs. Das Gefühl, mir wird der Boden unter den Füßen weggezogen. Ohnmacht und Schock bildeten emotionale Gräben und ein gestörtes Verhältnis zum meinem Körper. Da ging erst mal gar nichts mehr – kein „Muss“, aber auch kein „Kann“. Nach der Akutbehandlung erblühte nach und nach wieder das Pflänzchen „Wollen“, dann das „Dürfen“ und sogar langsam das „Können“.

Die Muss-Tage von früher hatten vieles in meinem Leben zugeschüttet. Durch die Diagnose Krebs war mir die Endlichkeit des Lebens bewusster geworden. Daher lautete meine Devise nun: „Träume nicht dein Leben, sondern lebe deinen Traum“. Schon viele Jahre wollte ich auf dem zweitältesten Pilgerweg nach Rom laufen. Die Erfüllung dieses Traumes war zugleich eine wertvolle Entscheidung für meine Gesundung.

Zwei Jahre nach meiner Erkrankung machte ich mich von Salem aus auf den Weg nach Genf. Die ersten 100 Kilometer ging ich allein. Das Schwierigste daran war nicht der Weg, sondern die Begegnung mit mir selbst. Ich stellte mir die Frage: „Warum tue ich mir das an?“ In dieser Situation brachen viele Konflikte in mir auf, die ich im Alltag durch hektische Betriebsamkeit übertüncht hatte. Das Pilgern wirkte auf mich wie ein Brennglas.

Als ich in Einsiedeln bei starkem Regen ankam, erklang dort in der Kirche das Halleluja von Händel. Es war für mich so bewegend, dass meine Tränen fast so ergiebig strömten wie der Regen draußen. Ich kam lange nicht zur Ruhe. Der Satz des Apostel Paulus kam mir in den Sinn: „Ich vergesse, was hinter mir liegt, und strecke mich nach dem, was vor mir liegt.“ Am nächsten Morgen ging ich bei schönstem Sonnenschein weiter auf dem Weg, nun begleitet von meiner Freundin.

Didier Derrien/pixelio.de

Der Pilgerweg war eine Parallele zu meinem Krankheitsweg. An manchem Wegkreuz suchte ich nach der Muschel, dem Wegweiser des Jakobsweges. Wie oft hatte ich in meiner akuten Krankheitsphase den richtigen Weg, die richtige Therapieentscheidung gesucht? Auch da hatte ich Wegweiser. Es waren die Empfehlungen der Tumorkonferenzen. Mein Arzt war mein Berater, mein Begleiter, aber den Weg musste ich selbst gehen. Auf dem Jakobsweg hatte ich Höhen zu erklimmen, die mich kraft- und atemlos machten. Aber ich wurde mit einem wunderbaren Blick in die Weite des Landes belohnt. Mit der Chemotherapie war es mir ähnlich ergangen. Sie hatte mich kraft- und atemlos gemacht. Aber danach lag das Leben wieder vor mir.

Umgedreht habe ich mich auf dem Weg nur dann, wenn es sich gelohnt hat, wenn der Blick zurück mir Schönes gegeben hat. Auch das habe ich auf dem Weg für mein weiteres Leben gelernt und wende es noch heute bewusst an.

Die Wegkreuze in der katholischen Ostschweiz brachten in mir eine große Dankbarkeit hervor. Dankbarkeit für meinen Glauben, der mir viel Kraft für die Gesundung gibt. Der Friede und die Dankbarkeit nahmen immer mehr Platz in meiner Seele und meinem Geist ein. Dazu kam die tägliche Zufuhr an Frischluft und Bewegung. Krebs mag keinen Sauerstoff. Durch das Laufen wurde jede Menge davon in jede kleinste Zelle meines Körpers transportiert. Die Balance Körper – Seele – Geist wurde mit jedem Pilgertag verbessert.

Nach 16 Tagen kam ich in Genf an. Hier überkam mich ein starkes Verlangen, nochmals Einsiedeln, die erste Station meiner Reise, zu besuchen. Wie würden meine Gefühle jetzt sein, wenn ich die Kirche betrete? Ich musste es wissen. Inzwischen gut geerdet, fuhr ich auf dem Rückweg nach Einsiedeln. Und tatsächlich, es hatte sich viel verändert seit meinem ersten Besuch. Ich konnte nun große Dankbarkeit für

wenn es sich gelohnt hat!

mein jetziges Leben empfinden. Ich konnte mich wieder ganz und gar annehmen, mit all den Schwächen, die mein Körper noch zu verkraften hatte! Meine Seele fing an, sich wieder zu erfreuen und mein Geist wurde wach für das Leben.

Ein gestärkter Körper und eine geheilte Seele waren das Ergebnis meines ersten Pilgerweges. Ich konnte meinem Körper wieder vertrauen und wollte die Zukunft wieder aktiv mit gestalten.

Meine Erfahrungen brachte ich auch in meine FSH-Gruppe ein. Bei einigen weckte ich damit die Lust, diesen Weg ebenfalls zu gehen. So plante ich vor zwei Jahren eine Pilgertour mit Krebskranken vom Bodensee nach Einsiedeln. Im Mai 2010 machten sich schließlich elf Frauen auf den Weg gegen den Krebs. Bei strömendem Regen starteten wir von Meersburg aus. In fünf Tagen hatten wir nach 100 Kilometern unser Ziel erreicht. Gespräche und Ruhe, Lachen und Weinen, alles begegnete uns auf unserem Weg. Gestärkt und pilgererfahren kamen wir wieder zu Hause an. Bei uns allen war während des Pilgerns die Fixierung auf die Erkrankung in den Hintergrund getreten. Das Selbstvertrauen in den eigenen Körper war gestärkt worden und Depressionen und Ängste durch die Bewegung an der frischen Luft geschwunden.

Diese positiven Erfahrungen waren auch im vergangenen Jahr wieder Ansporn, miteinander gegen den Krebs zu laufen. Wieder fanden sich elf Frauen. Wir liefen von Ulm aus den 140 km langen Weg bis zum Bodensee.

Die Nachfrage für die Teilnahme an unserer Pilgerwanderung in diesem Jahr ist so groß, dass ich die Anzahl der Mitpilgerer auf 20 erhöhen musste. Das ist quartier- und gruppenmäßig die Höchstzahl, die ich mir zutraue. Schließlich geht es um mehr als nur eine Wanderung. Diesmal werden wir als gemischte Gruppe laufen, auch einen Esel haben wir als

Weggefährten dabei, um Rucksackprobleme besser lösen zu können. Ich freue mich schon jetzt wieder auf den Weg, denn das Gefühl der Gemeinschaft, der Zuversicht und die getankte Lebensenergie tut auch mir jedes Jahr gut, obwohl ich nun losgelöst von meiner Erkrankung auf meinen Weg gehen kann.

An jeder Haustür fängt ein Pilgerweg an, führt dann mit einem weiteren zusammen und ist wie ein Netz über ganz Europa gespannt. Ähnlich ist es mit der FSH: Vernetzt in ganz Deutschland, gestärkt durch die Gemeinschaft und gelebt und weitergegeben durch die eigene Erfahrung.

Wann starten Sie, um sich aus dem Teufelskreis des verlorenen Selbstvertrauens zu lösen, den Zugang zur normalen Belastbarkeit sowie das Zutrauen in größere Körperanstrengungen zu finden und aus der Passivität und dem sozialen Rückzug wieder in die Normalität des Alltags zu kommen?

Christa Hasenbrink
Gruppe Meersburg, westl. Bodenseekreis

Herzen contra Schmerzen

Kissen für Körper und Seele

Nach einer Brustkrebsoperation klagen viele Patientinnen über Druck- bzw. Wundschmerzen in der Achselhöhle. Um diese Schmerzen zu lindern eignen sich ganz besonders Kissen in Herzform, die sich gut unter den Arm klemmen lassen. Die Idee, solche Herzkissen für Betroffene zu nähen, kommt aus Amerika. Eine dänische Krankenschwester brachte sie nach Europa. Christa Kalk von der FSH-Gruppe Duisburg schildert, wie sie sich von der Idee anstecken ließ und viele ehrenamtliche Helfer und Sponsoren für die Umsetzung gewinnen konnte.

Anfang 2010 war es, als wir auf der Jahrestagung des FSH-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen von der Gruppe Geldern ein herzförmiges Kissen ausgehändigt bekamen mit der Bitte, doch auch für unsere Krankenhäuser entsprechende Kissen zu nähen.

Ist ja ne tolle Idee, sagte ich mir damals, aber viel zu stressig! Und doch ließ mich der Gedanke nicht mehr los. Allerdings gibt es in unserer Gruppe nur zwei Frauen, die nähen können. Da konnte ich also nicht mit vielen Kissen rechnen. Wenn ich das Projekt umsetzen wollte, musste ich andere Wege finden!

Ich überlegte mir, ob nicht die Kirchengemeinden in Duisdorf helfen könnten und fragte ganz vorsichtig bei meiner eigenen Gemeinde nach. Es kam prompt eine Hilfszusage, die mich ermutigte, es auch bei anderen Gemeinden zu versuchen - mit bombastischem Erfolg. Fast in allen Duisburger Kirchengemeinden war man von der Idee begeistert und versprach mitzuhelfen.

Ich begann also damit, Stoffe für die Kissen zu organisieren. Zunächst holte ich sie mir auf dem Oberhausener Stoffmarkt. Dort wurde wie auf einem arabischen Basar gehandelt, was auch ich unerwartet gut hinbekam. Später stellte ich dann fest, dass mein Stoffhändler vor Ort bereit war, mir für diese Aktion tolle Konditionen einzuräumen.

Mein Plan war es, mindestens 600 Kissen zu fertigen, denn ein Rundruf in den örtlichen Kliniken hatte ergeben, dass das die Anzahl der jährlich durchgeführten Brust-Operationen hier in Duisburg ist. Doch nur mit Hilfe der Kirchengemeinden war diese Menge nicht zu stemmen. Ich fragte bei zwei Sanitätshäusern nach, meine Lymph-Therapeutin und bei der hiesigen Selbsthilfe-Kontaktstelle. Alle erklärten sich bereit, für mich die Stoffe, Schnittmuster, Beschreibung und Nähgarn an Interessierte weiterzugeben. Außerdem konnte ich die größte lokale Zeitung gewinnen, in einem sehr ausführlichen Bericht auf die Aktion aufmerksam zu machen.

Diese geballt Suche nach Näherinnen führte zum Erfolg. Die Nachfrage war enorm. Nun kam die Aktion wirklich in Schwung. Ich kaufte Stoffe, schnitt sie zu, packte Päckchen mit den Stoffstücken, Schnittmuster, Beschreibung und Nähgarn, lieferte diese morgens aus und musste manchmal schon abends für Nachschub sorgen.

Dann kamen sie zurück, die fertigen Kissenhüllen. Und es waren schon nach kurzer Zeit nicht nur die geplanten 600, sondern 1000 Stück. Bei den Kissen fanden sich sehr häufig Zettel mit guten Wünschen für die Betroffenen. Andere bedankten sich auch bei mir für die gelungene Aktion. Diese Zettel waren so rührend, dass sie mich für den vielen Stress entschädigten.

Die Kissenhüllen waren nun also da, aber sie waren noch nicht gefüllt. Das stellte mich vor das nächste Problem. Woher das Füllmaterial

nehmen und wer sollte die Kissen ausstopfen? Ich hatte festgestellt, dass sich das Material, mit dem Ikea seine Kissen befüllt, optimal für unsere Kissen eignen würde, da es besonders weich ist. Daher wandte ich mich mutig an unseren Ikea-Markt vor Ort und fragte, ob ich vielleicht Sonderkonditionen bekommen könnte. Und siehe da: Ikea spendete uns das Füllmaterial für 800 Kissen.

Nun mussten die vielen, vielen Kissenhüllen gefüllt und zugenäht werden. Die Frauen der FSH-Gruppe Duisburg trafen sich von da ab jeden Montag sechs Wochen lang, zum Füllen und Zunähen. Noch mehr Hilfe bekamen wir von Frauen einer Malgruppe und ein paar meiner Turnschwestern, die sogar zehn Wochen lang jeden Montag füllten und nähten.

Als Mitte Juli die Sommerferien begannen, konnten wir uns nicht mehr treffen. Aber wieder fand sich eine Lösung. Ein Turnverein aus einem anderen Stadtteil Duisburgs kümmerte sich um die Fertigstellung der restlichen Kissen.

Am Ende der Aktion hatten wir sage und schreibe 1600 wunderbar weiche, fröhlich gemusterte Herzkissen fertiggestellt. In einer großen Aktion verteilte ich den ersten Schwung an die Duisburger Kliniken und die Resonanz der Patientinnen war großartig: Viele konnten es gar nicht fassen, dass ihnen wildfremde, nicht betroffene Frauen etwas so Schönes und Nützliches genäht hatten und einfach schenkten.

Aus den Kliniken wird uns seither berichtet, dass es ein wunderschönes Bild sei, die Patientinnen mit den bunten Kissen unter dem Arm durch den Flur laufen zu sehen. Und nicht nur in Duisburg! Auch die Patientinnen der Kliniken in Moers und in Oberhausen dürfen sich über so ein Kissen von uns freuen.

Bei der Finanzierung des Projektes hat uns neben der Sachspende von Ikea und den tollen

Konditionen des Stoffhändlers insbesondere die Förderung durch die Krankenkassen geholfen, die meinem Antrag bereitwillig stattgegeben hatten.

Danken möchte ich ganz besonders auch den vielen Frauen, die diese Aktion mit so viel Enthusiasmus begleitet und ihre Zeit dafür investiert haben.

Christa Kalk
Gruppe Duisburg

Ausschnitte aus der Arbeit des Bundesvorstands der Monate Dezember 2011 bis Februar 2012

Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?

Durchführung

- von zwei Sitzungen des Bundesvorstandes in Stuttgart und Kassel
- einer Gesamtvorstandssitzung in Kassel
- eines Workshops „Train the Trainer“ in Kassel
- eines Workshops „Öffentlichkeitsarbeit und Redaktionen“ in Kassel
- der Abschlussveranstaltung zum Projekt „Wissenserhalt beim Generationenwechsel“ in Kassel

Teilnahme

- an einer Sitzung der DKG zu onkologischen Zentren in Berlin
- an der Landestagung Niedersachsen
- an einer KBV Tagung in Berlin
- an Arbeitsgruppen der Deutschen Krebshilfe (DKH) in Bonn
- an einer Sitzung von „gesundheitsziele.de“ in Berlin

Mitwirkung

- an zwei Pressekonferenzen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) in Berlin
- an der Versorgungsmesse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin
- am 30. Deutschen Krebskongress in Berlin
- am Kongress des Dachverbandes „Anthroposophische Medizin in Deutschland“ in Berlin

Sonstiges

- Fertigstellung des „Fahrplans Gesundheitspolitik“ für Interessenvertreterinnen der FSH
- Erstellung einer neuen Informationsseite im Internet, speziell zum Thema „PIP Brustimplantate“ mit täglicher Aktualisierung
- Interview zum Thema „PIP Brustimplantate“ in der Online-Ausgabe der Zeitschrift Emma
- Aktualisierung der Broschüren „Soziale Informationen 2012“, Jahresprogramm 2012

EHRUNGEN

Für ihre langjährige ehrenamtliche Tätigkeit in der Frauenselbsthilfe nach Krebs wurde im November 2011 **Gudrun Hahn** mit der „ Ehrenmedaille des Landes Sachsen-Anhalt“ ausgezeichnet.

Das Bundesverdienstkreuz am Bande hat im Dezember 2011 **Sigrid Platte** von der Ministerpräsidentin des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW), Hannelore Kraft, verliehen bekommen. Sie wurde damit vom Bundespräsidenten für ihr außergewöhnliches soziales Engagement geehrt. Sigrid Platte ist seit 1996 Mitglied der FSH. Von 2006 bis 2010 leitete sie den Landesverband NRW.

Mit dem Ehrenpreis der Johanna-Loewenherz-Stiftung wurde im Dezember 2011 **Dr. Sylvia Brathuhn** geehrt, Vorsitzende des FSH-Landesverbandes Rheinland-Pfalz/Saarland und Leiterin der FSH-Gruppe Neuwied. Die Stiftung vergibt seit rund 20 Jahren jährlich im Wechsel ein Stipendium oder einen Ehrenpreis an Frauen, die sich um die Stellung der Frau in Staat und Gesellschaft verdient gemacht haben.

Antje Baumann von der FSH-Gruppe in Hettstedt erhielt im Dezember 2011 für ihr Engagement in der FSH zum Tag des Ehrenamtes eine Auszeichnung der Oberbürgemeisterin der Stadt Hettstedt.

Gruppenjubiläen 1. Quartal

Land	Gruppe	Gründungsdatum
35 Jahre		
Hessen	Hofheim	01.03.1977
Nordrhein-Westfalen	Essen	01.03.1977
30 Jahre		
Hessen	Korbach	01.02.1982
Nordrhein-Westfalen	Oberhausen	18.02.1982
Niedersachsen	Winsen	20.03.1982
Baden-Württemberg	Dumersheim	23.03.1982
Nordrhein-Westfalen	Geilenkirchen/ Übach-Palenberg	25.03.1982
20 Jahre		
Rheinland-Pfalz/Saarland	Trarbach-Zell	01.01.1992
Sachsen	Leipzig	07.01.1992
Sachsen	Roßwein	23.01.1992
Baden-Württemberg	Hockenheim	29.01.1992
Sachsen	Grimma	05.02.1992
Sachsen	Wurzen	12.02.1992
Thüringen	Altenburg	12.02.1992
Sachsen	Großenhain	14.02.1992
Berlin/Brandenburg	Brandenburg	17.02.1992
Sachsen	Weißwasser	17.02.1992
Thüringen	Zeulenroda	25.02.1992
Hamburg/Schleswig-Holstein	Hamburg-Wandsbek	02.03.1992
Sachsen	Glauchau	11.03.1992
10 Jahre		
Niedersachsen	Osterode	01.01.2002
Thüringen	Meuselwitz	08.01.2002

Termine 2012

(soweit bei Redaktionsschluss bekannt)

März

07. – 09.03.	LV Mecklenburg-Vorpommern: Landestagung in Ostseebad Dierhagen
10. – 11.03.	LV Baden-Württemberg: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 2, in Reichenau
10. – 11.03.	Treffen des Netzwerks „Männer mit Brustkrebs“ in Kassel
12. – 13.03.	LV Sachsen: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 2, in Chemnitz
16. – 18.03.	LV Niedersachsen: Landestagung in Lüneburg
29. – 30.03.	Workshop Referat 4 „Telefon- und Online-Beratung“ in Kassel

April

20. – 22.04.	LV Bayern: Landestagung und Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 3, in Regensburg
20. – 22.04.	LV Hessen: Landestagung in Homburg/Ohm
21.04.	LV Niedersachsen: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 1, in Bremen
28.04.	LV Rheinland-Pfalz/Saarland: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 4, in Boppard a. Rhein

Mai

17. -19.05.	LV Baden-Württemberg: Landestagung in Pforzheim
07. – 08.05.	LV NRW: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 1 + 2, in Grevenbroich,
04. – 06.05.	LV Sachsen: Landestagung in Schöneck/Vogtland
19. – 20.05.	LV Sachsen-Anhalt: Landestagung und Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 1, in Halle

Der ideale Mensch fühlt Freude,
wenn er anderen einen Dienst erweisen kann.

Aristoteles

Ein Titelbild für die perspektive

Liebe Leserinnen und Leser,

für diese Ausgabe haben wir nur noch wenige Einsendungen für unseren Fotowettbewerb „Ein Titelbild für die „perspektive“ erhalten. Die Auswahl war zwar nur klein, wir haben darunter aber doch das perfekte Titelbild für diese Ausgabe gefunden. Die Fotografie stammt von Annette Moritz. Sie schreibt uns dazu:

„Am Ende meiner vierwöchigen Anschlussheilbehandlung in Scheidegg habe ich diese Perspektive entdeckt. Der ständige Begleiter meines Lebens – insbesondere während der multimodalen Therapie – ist und bleibt mein Schatten. Es gibt Tage da ist er da. An anderen nicht sichtbar. Er begleitet mich am Tag, und in der Nacht legt er sich mit mir und meinen schlaflos sprachlosen Nächten hin.

Das Bild zeigt meinen Weg: die Höhen und gleichzeitig die Tiefen der Erkrankung. Eine Bank. Kein Mensch sitzt darauf. Ich bin allein. Allein meinen Weg gegangen. Werde allein weitergehen. Oder lädt die Bank mich zum Sitzen ein? Ausruhen möchte ich mich und einfach in die Ferne schauen. Was liegt wohl hinter dem Hügel? Ich winke meinem Betrachter und mir selbst zu. Ein Willkommensgruß oder auch zum Abschied? Ob ich wohl wieder komme? Wie auch immer...“

Mit diesem Bild beenden wir auch den Fotowettbewerb und bedanken uns nochmals herzlich bei allen Teilnehmerinnen.

Bundesverband der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Termine der Mildred Scheel Akademie, Köln

- 26. - 28. März 2012
  Das Leben neu erfinden
  Leitung: Sabine Walter-Ziemons, Köln
  Kosten: 130 € inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen und Tagungsgetränke
- 02. - 04. Mai 2012
  Damit das Schwere leichter fällt – Zum Umgang mit schwierigen Situationen in der Pflege
  Leitung: Anja Sickmann, Köln und Georg Waßer, Bonn
  Kosten: 170 € inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen und Tagungsgetränke
- 30. Mai - 01. Juni 2012
  Lebe dein Lachen – Entdecken Sie die Kraft des Lachens
  Leitung: Christoph Emmelmann, Fieberbrunn (Österreich)
  Kosten: 120 € inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen und Tagungsgetränke

Das komplette Jahresprogramm der Mildred Scheel Akademie können Sie anfordern unter: Tel: 02 21 – 9 44 04 90 oder mildred-scheel-akademie@krebshilfe.de.

Wie die Krebserkrankung mein Leben veränderte

Im Mai 2004 fand ich einen Knoten in meiner rechten Brust. Die Diagnose Krebs ließ mich in ein tiefes Loch fallen und mich glauben, nun sei das Leben vorbei. Meine Familie gab mir in dieser Zeit sehr viel Kraft. Und doch kam ich mir so verloren vor.

Im Krankenhaus, einen Tag nach der Operation, stand eine Angestellte vom Sanitätshaus vor meinem Bett, um mit mir über Epithese und BH zu sprechen. Bei dieser Gelegenheit gab sie mir einen Flyer der Frauenselbsthilfe nach Krebs, Gruppe Müritzkreis und legte mir ans Herz, mich dort zu melden.

Nach der ersten Chemotherapie hatte ich den Mut, mich mit der Gruppenleiterin in Verbindung zu setzen. Bereits dieses erste Gespräch mit ihr half mir ein Stück ins Leben zurück.

Die Gruppentreffen wurden ein fester Bestandteil in meinem Leben. Im Februar 2009 wurde ich zur stellvertretenden Leiterin der Gruppe gewählt und im März, nur knapp drei Wochen später, für den Landesvorstand von Mecklenburg-Vorpommern kooptiert.

Die Arbeit in der Frauenselbsthilfe hat mein Leben ungemein bereichert. Durch sie habe ich viele interessante und bewundernswerte Menschen kennengelernt. Während meiner Tätigkeit in der Gruppe und im Landesvorstand habe ich viele Freundschaften geschlossen, die ich nie wieder missen möchte.

So viel Fröhlichkeit und Lebensmut ist mir noch nirgends begegnet wie unter den Mitgliedern der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Und das Wichtigste: Ich konnte anderen das zurückgeben, was ich in meiner schweren Zeit selbst erhalten habe.

Auch meine persönliche Weiterentwicklung wurde durch die Arbeit in der Frauenselbsthilfe gefördert. Vor meiner Krankheit nutzte ich den Computer nur zum Briefe schreiben. Heute sind Word, Excel, PowerPoint, Internet und E-Mail für mich keine unbekannten Größen mehr.

All das wäre ohne meine Krebserkrankung vielleicht nie geschehen. Und so hat der Krebs mein Leben verändert, aber ganz anders, als ich dachte.

Birgitt Pluta
Landesvorstand Mecklenburg-Vorpommern

© JPS – fotolia.de

Auszeit

Ich danke allen, die mich verletzt haben
Ich danke allen, die meine Träume belächelt haben.
Sie haben meine Phantasie beflügelt.
Ich danke allen, die mich in ihr Schema pressen wollten.
Sie haben mich den Wert der Freiheit gelehrt.

Ich danke allen, die mich belogen haben.
Sie haben mir die Kraft der Wahrheit gezeigt.
Ich danke allen, die nicht an mich geglaubt haben.
Sie haben mir zugemutet, Berge zu versetzen.

Ich danke allen, die mich abgeschrieben haben.
Sie haben meinen Mut geweckt.
Ich danke allen, die mich verlassen haben.
Sie haben mir Raum gegeben für Neues.

Ich danke allen, die mich verraten und missbraucht haben.
Sie haben mich wachsam werden lassen.
Ich danke allen, die mich verletzt haben.
Sie haben mich gelehrt, im Schmerz zu wachsen.

Ich danke allen, die meinen Frieden gestört haben.
Sie haben mich stark gemacht, dafür einzutreten.

Vor allem aber danke ich all jenen,
die mich lieben, so wie ich bin;
Sie geben mir die Kraft zum Leben!

Danke.

Paulo Coelho
(brasilianischer Schriftsteller)

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Gruppen der Frauenselbsthilfe in Ihrer Nähe finden Sie im Internet unter
www.frauenselbsthilfe.de/gruppen/gruppen-in-ihrer-naehe/
oder rufen Sie unsere Bundesgeschäftsstelle an:
Telefon: 02 28 - 3 38 89 - 400, E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Bürozeiten: Montag bis Donnerstag: 8:00 - 16:30 Uhr, Freitag: 8:00 - 15:00 Uhr

Die Landesverbände der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Angelika Grudke
Tel.: 0 74 20 - 91 02 51
a.grudke@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Bayern e.V.
Karin Lesch
Tel.: 0 98 31 - 8 05 09
k.lesch@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Berlin/Brandenburg e.V.
Gisela Siegeris
Tel. 03 35 - 52 04 35
g.siegeris@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Hamburg/ Schleswig-Holstein e.V.
Helga Klafft
Tel. Büro: 0 40 - 18 18 82 12 27
h.klafft@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Hessen e.V.
Heidemarie Haase
Tel.: 066 43 - 18 59
h.haase@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Sabine Kirton
Tel.: 03 83 78 - 2 29 78,
s.kirton@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Niedersachsen e.V.
Margitta Range
Tel.: 0 53 03 - 58 69
m.range@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
Petra Kunz
Tel. : 02 11 - 34 17 09
p.kunz@frauenselbsthilfe.de
nrw@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.
Dr. Sylvia Brathuhn
Tel.: 02 631 - 35 23 71
s.brathuhn@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen e.V.
Susanne Schaar
Tel.: 03 74 23 - 32 14
s.schaar@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
Elke Naujokat
Tel. 03 53 87 - 4 31 03
e.naujokat@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Thüringen e.V.
Hans-Jürgen Mayer
Tel.: 0 36 83 - 60 05 45
h.mayer@frauenselbsthilfe.de

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

Telefon: 02 28 - 33 88 9 - 400
Telefax: 02 28 - 33 88 9 - 401
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Internet: www.frauenselbsthilfe.de

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