perspektive

Ausgabe 4/2012

- **Medizinisches Qigong bei Krebserkrankungen: „Ein Gefühl wie im Urlaub, frei und entspannt“**
- **Arzt oder Dienstleister Das Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik**
- **Behandlung von Krebspatienten Sind Fehl- oder Unterversorgung ein aktuelles Problem in Deutschland?**

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

Magazin der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

fotolia.de · © detailblick

3 Vorwort

4 Medizinisches Qigong bei Krebserkrankungen: „Ein Gefühl wie im Urlaub, frei und entspannt“

8 Arzt oder Dienstleister – Das Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik

12 Behandlung von Krebspatienten – Sind Fehl- oder Unterversorgung ein aktuelles Problem in Deutschland?

16 Bundestagung 2012: Engagement, Kompetenz und Fröhlichkeit

20 Unser Standpunkt: Leben mit dem Tod?!

22 Aktuelle Meldungen

24 Look and Walk – gemeinsam etwas bewegen

26 Gynäkologische Tumoren – Krebstherapien kennen keine Einheitsbehandlung

29 IGe(L)-Leistungen - Eine kritische Betrachtung zu Nutzen und Risiken

30 Frauenselbsthilfe nach Krebs zeichnet Brustzentren aus

31 Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt? Termine 2012/2013

32 Der neue Bundesvorstand stellt sich vor

34 Wir laufen dem Krebs davon – Auf Pilgerpfaden vom Seebad Heringsdorf nach Stralsund

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 Mitglieder, liebe Leserinnen, liebe Leser,

wenn Sie diese Ausgabe der „perspektive“ in Händen halten, ist der Herbst schon fast vorbei und der Winter in Deutschland angekommen. Die Tage sind kurz, die Nächte lang und viele von uns verspüren den Drang, wie die Natur eine Ruhepause einzulegen. Vielleicht sollten wir diesem Drang nachgeben und in den kommenden Wochen etwas kürzer treten - das frühe Tagesende bei Kerzenschein, einer heißen Tasse Tee und einem schönen Buch genießen, wiedermal aus Genuss und ohne Stress Plätzchen backen, uns von der Wärme der Küche und dem Duft des Frischgebackenen durchdringen lassen, einen Spaziergang in der Dämmerung unternehmen und in das ein oder andere freundlich erleuchtete Fenster schauen. Es gibt viele Möglichkeiten, auch der dunklen, kalten Jahreszeit die schöne Seite abzugewinnen.

Mit unserer Erkrankung ist es wie mit dem Winter. Sie ist da, wir können sie nicht „abschaffen“. Aber wie wir mit ihr leben, das liegt in unserer Hand. Voltaire soll einmal gesagt haben: „Da es sehr förderlich für die Gesundheit ist, habe ich beschlossen, glücklich zu sein.“ Den meisten Menschen wird dieser Entschluss wohl nicht helfen, um glücklich zu sein. Und doch kann ein veränderter Blick auf die eigene Lebenssituation gelingen - in der Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) finden sich dafür viele Beispiele. In einer Gemeinschaft der Gleichbetroffenen fühlen wir uns in dunklen Zeiten aufgefangen und unterstützt, erhalten Hoffnung und Zuversicht und erfahren, dass auch ein Leben mit Krebs lebenswert ist.

Einige Frauen in der FSH haben durch ihre Erkrankung sogar einen ganz neuen Lebensinhalt gefunden, indem sie sich aktiv für unseren Verband engagieren. Dazu gehören zum Beispiel die sechs Frauen, die im August in den Bundesvorstand der FSH gewählt wurden. In dieser Ausgabe der perspektive stellen wir Ihnen die neuen Bundesvorstandsmitglieder vor. Außerdem geht es auf den folgenden Seiten um die Qualität der Versorgung von Krebspatienten in Deutschland. Gleich zwei Autoren befassen sich mit diesem Thema und kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Sie finden in diesem Heft auch einen Beitrag zum Thema „Qigong“. Er bildet den Auftakt zu einer Themenreihe „Komplementäre Behandlungsformen bei Krebs“.

Viel Freude bei der Lektüre wünscht Ihnen

Ihre

Karin Meißler
Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Medizinisches Qigong bei Krebserkrankungen

Ein Gefühl wie im Urlaub, frei

Für Krebspatienten gibt es parallel zur Schulmedizin zahlreiche begleitende Therapieangebote. Sie können helfen, die Krebserkrankung zu verarbeiten und die Gesundheit zu stärken. Zu den begleitenden Methoden gehört auch das aus China stammende und Jahrtausende alte Qigong. Viele Patienten, die diese Technik ausüben, berichten von sehr positiven Erfahrungen.

Dr. Caroline Schmauser fragt im folgenden Beitrag, ob Qigong die Lebensqualität von onkologischen Patienten in Therapie und Nachsorge auch wissenschaftlich nachweisbar steigert.

Wohl fast alle Krebskranken müssen feststellen, dass ihre Lebensqualität während und nach der Behandlungsphase deutlich vermindert ist. Lebensqualität: Sie umfasst, wie die Weltgesundheitsorganisation es definiert hat, die körperliche Gesundheit und den seelischen Zustand ebenso wie den Grad an Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen, die Umwelt und den persönlichen Glauben. Lebensqualität ist damit mehrdimensional und subjektiv.

Nach der Überlebenszeit gilt die Lebensqualität inzwischen als das wichtigste Behandlungsziel für Krebspatienten. Doch wodurch ist sie positiv beeinflussbar? Hierzu gibt es immer mehr wissenschaftliche Untersuchungen, ärztliche Empfehlungen, erprobte erfahrungsbegründete Hinweise, aber auch allerlei nicht fundierte Empfehlungen verschiedenster Art. Es ist für Betroffene nicht leicht, sich in diesem Dschungel zu orientieren und die Spreu vom Weizen zu trennen.

Immer mehr Krebspatienten und vor allem Krebspatientinnen in Deutschland üben das aus China stammende und Jahrtausende alte Qigong aus und berichten von sehr positiven Erfahrungen. Erhöht die Anwendung von Qigong jedoch auch wissenschaftlich nachweisbar die Lebensqualität von onkologischen Patienten in Therapie und Nachsorge?

Was ist Qigong?

Der chinesische Begriff Qigong – gesprochen Tschi Gung – bedeutet Arbeit (gong) und Lebensenergie (qi). Arbeit ist dabei im Sinne von Training zu verstehen: Training der Aktivierung und Harmonisierung der Lebensenergie. Bei den Übungen werden gleichzeitig drei Aspekte geschult:

1. Körperbewegungen bzw. Ruhehaltungen
2. Atem
3. Imagination bzw. Bewusstheit

Über die bewusste Wahrnehmung während der Übungen wird eine Bewusstheit im Lebensalltag angestrebt. Laut zahlreichen klinischen bzw. experimentellen chinesischen Studien wirkt Qigong damit positiv auf Atem-, Nerven-, Verdauungs-, Kreislauf- und Sekretionssystem. Für einzelne psychische Erkrankungen kann eine spezielle Übungsauswahl getroffen werden.

Die vielfältigen Methoden des Qigong sind sehr flexibel einsetzbar. Die Übungsauswahl kann unter kundiger Leitung an die augenblickliche gesundheitliche Befindlichkeit, das Alter und Geschlecht des Übenden sowie an äußere Rahmenbedingungen angepasst werden. Qigong verursacht beim eigenständigen Üben keine Kosten, bedarf weder bestimmter Kleidung noch Geräte und ist nicht von Öffnungszeiten oder einem speziellen Ort abhängig. Es kann prinzipiell zu jeder Tageszeit und an jedem (möglichst ruhigen) Ort in der Natur oder in Innenräumen praktiziert werden. Insgesamt also eine Trainingsform, die den Anforderungen des modernen Alltags gut gewachsen ist.

Qigong wird in China, inzwischen aber auch in Deutschland und vielen anderen Ländern vermehrt in Prävention und Rehabilitation eingesetzt. Als Begleittherapie während der Behandlungsphase schwerer Erkrankungen spielt es in Deutschland im Sinne der Mind-Body-Medizin (Stärkung der eigenen Kräfte) erst allmählich eine Rolle.

Die Wirkweise des Qigong beruht auf demselben energetischen Konzept wie Akupunktur und Tuina (chinesische Massage). Während die Akupunktur und Tuina jedoch Techniken sind, bei denen der Patient passiv bleibt und den Arzt bzw. Therapeuten handeln lässt, agiert er beim Qigong selbst. In der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) wirken diese drei Techniken mit der Arzneimittel- und Ernährungslehre ergänzend zusammen.

und entspannt

Zum Einsatz von Qigong bei Krebserkrankungen existieren vor allem asiatische Studien. In einer von mir durchgeführten und im Sommer 2012 veröffentlichten Untersuchung (in: Forum, Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft, Heft 4/2012) wurde der Frage nachgegangen, ob die meditativen Bewegungs- und Atemtechniken des Qigong die Lebensqualität von onkologischen Patienten in Therapie und Nachsorge signifikant erhöhen.

Für die Qigong-Studie wurden schwerpunktmäßig Übungen aus dem „Qigong für Frauen" (nü zi qi gong) mit Varianten für onkologische Erkrankungen ausgewählt. Die Übungen blicken auf eine lange Tradition zurück und werden seit 1953 in der international bekannten Qigong-Rehabilitationsklinik in Beidaihe (China) systematisch angewendet.

An der Untersuchung nahmen 66 Patienten aus zwei gynäkologisch-onkologischen Praxen und einer allgemein-onkologischen Praxis in Berlin teil. Die Qigong-Kurse umfassten jeweils zehn Wochen mit einem Termin von 90 Minuten pro Woche. Die Patienten wurden gebeten, an mindestens fünf Tagen der Woche zu Hause mindestens 30 Minuten selbständig zu üben. Alle Patienten, auch diejenigen mit größeren Einschränkungen durch Erkrankungsgrad, Behandlungsphase oder Alter, konnten die Übungen ausführen und die 90minütige Kurszeit mit einem Wechsel aus stehenden und sitzenden Phasen gut bewältigen.

Die fast ausschließlich weiblichen Patienten deckten ein großes Altersspektrum von unter 40 Jahren bis über 80 Jahre ab, wobei 70 Prozent der Beteiligten zwischen 50 und 69 Jahren alt waren. Drei Viertel hatten ein Mammakarzinom, die übrigen Prozent verteilten sich auf andere Krebserkrankungen.

Die überwiegende Zahl der Patienten war zum ersten Mal an Krebs erkrankt. Drei Viertel der Patienten erhielten eine adjuvante Behandlung, ein Fünftel eine palliative, bei einigen gab es keine Angaben. Der aktuelle Therapiestatus verteilte sich auf etwa ein Viertel Nachsorgepatienten und etwa drei Viertel Therapiepatienten vor allem mit Chemo-, Hormon- und Immuntherapie.

Foto: Caroline Schmauser

Medizinisches Qigong bei Krebserkrankungen

Ein Gefühl wie im Urlaub, frei

Die Daten zur Erfassung der Lebensqualität bei Krebspatienten wurden mittels eines international anerkannten, multidimensionalen Standard-Fragebogens (EORTC QLQ-C30, Version 3) in der ersten, fünften und zehnten Kursstunde erhoben.

Ergebnisse der Studie

Bei der Studie wurde nicht untersucht, ob es durch das Training zu einer Beeinflussung der Krebserkrankung selbst kommt, wie es an chinesischen Rehakliniken angestrebt wird, in denen lange Übungsphasen von vier bis sechs Stunden üblich sind.

Für alle Teilbereiche der Untersuchung und bei allen Patientengruppen wurden signifikante Verbesserungen für alle abgefragten Einzelsymptome festgestellt, d.h. Atemprobleme, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Schlafstörungen (bis auf die Aspekte Durchfall und finanzielle Schwierigkeiten). So erzählten viele Patientinnen in den Gesprächsrunden, dass sie wieder gut ein- und durchschlafen konnten, die nächtlichen Ängste und das Grübeln damit ausblieben und sie morgens erfrischt aufwachten.

Ebenso gab es für alle drei untersuchten symptomatischen Skalen – Schmerz, Übelkeit/Erbrechen, Fatigue – eine wissenschaftlich relevante Verringerung der Symptome. „Ich komme viel leichter vom Sofa hoch“, „ich habe deutlich mehr Kraft, meine Energie reicht weiter“, „besser als jede Tablette“, lauteten die Äußerungen der Teilnehmerinnen.

Auch im Bereich der sogenannten Funktionen gab es signifikante positive Veränderungen in allen fünf erfassten Bereichen: die körperlichen, emotionalen, kognitiven und sozialen Funk-

© fotolia.de – gradt

und entspannt

tionen sowie der Rollenfunktion. Die soziale Funktion beinhaltet z.B. die Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern, im Freundeskreis und zu Kollegen, die Rollenfunktion bezieht sich auf Einschränkungen in Beruf oder Haushalt.

Lebensqualität stieg deutlich

Besonders deutlich war die Verbesserung der kognitiven Funktion um über 50 Prozent, also der Fragenkomplex um Konzentration, Denken und Gedächtnis. Am allerhöchsten lag der prozentuale Anstieg jedoch im seelischen Bereich rund um die Themenkreise Sorgen, Anspannung, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit. Hier gab es eine Verbesserung um 99,7 Prozent. Es muss hier mit bedacht werden, dass die psychische Verfassung der Teilnehmer mit Abstand den schlechtesten Ausgangswert hatte. Mitwirken könnte hier – gerade für die alleinlebenden und/oder älteren Teilnehmerinnen – auch die Einbindung in eine Gruppe mit all ihren sozialen Aspekten.

Darüber hinaus wird für die Patienten dieser Studie die dem Qigong traditionell zugeschriebene Stärke zur Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Zustands zumindest bestätigt. Die Teilnehmer sagten z.B.: „Ich komme jetzt viel leichter aus dem tiefen Loch meiner Traurigkeit“, „Nach den Übungen habe ich regelmäßig gute Laune“, oder „Meine Krankheit hat sich nicht geändert, aber ich gehe viel gelassener damit um und empfinde wieder Lebenslust.“ Auch Familie und Freunde nahmen diese Veränderung wahr und fühlten sich entlastet.

Die globale Lebensqualität stieg von der ersten Kurswoche bis zum Abschluss in der zehnten Kurswoche um 60 Prozent. Es war für die Patienten sehr ermutigend, durch moderates Training, das Freude bereitet und körperlich nicht überfordert, selbst deutlichen Einfluss auf die Verbesserung ihrer Lebensqualität während der Therapie und in der Nachsorge nehmen zu können. Die Übungswochen haben die meist weiblichen Teilnehmer selbstbewusster gemacht. Sie entwickelten eine liebevolle und achtsame Selbstfürsorge. Ihr Vertrauen in den eigenen Körper, das eigene Körperbild und die eigene Weiblichkeit wuchs.

In den teilnehmenden Praxen konnten die Kurse gut in den Praxisalltag integriert werden. Qigong erwies sich hier als ein wirksamer Baustein eines integrativen Behandlungs- und Betreuungskonzeptes, bei dem Ärzte, Therapeuten und Patienten auf Augenhöhe zusammen wirken.

Autorin dieses Beitrags

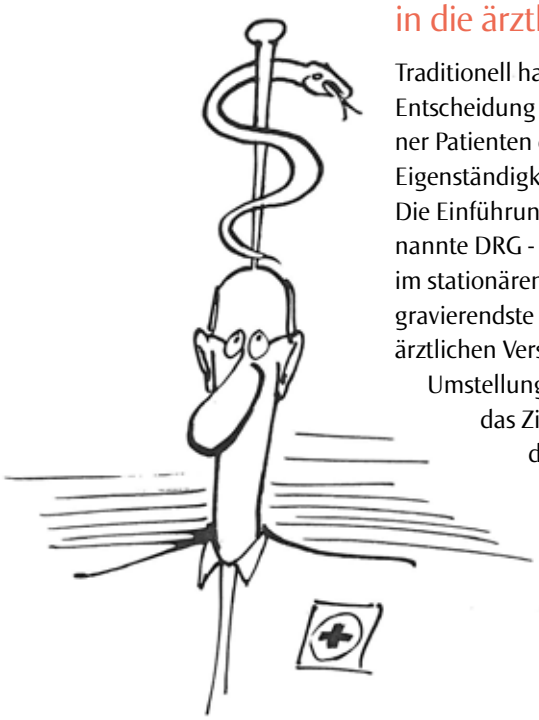
Dr. Caroline Schmauser, wiss. Leiterin der Studie „Einfluss des Qigong auf die Lebensqualität onkologischer Patienten“, ist Doktorin der Philosophie und Psychoonkologin sowie Qigong-Therapeutin mit einer Praxis in Berlin.

Arzt oder Dienstleister

Das Spannungsfeld zwischen Ethik

Immer häufiger tauchen seit einiger Zeit in den Medien Beiträge auf, in denen über den Wandel der Arzt-Patientenbeziehung berichtet wird. Dabei stehen der auf beiden Seiten empfundene Zeitmangel, aber auch grundsätzliche Fragen über Art und Inhalt der Begegnung zwischen Arzt und Patient im Blickfeld.

Prof. Dr. Hans Helge Bartsch von der Universität Freiburg beschäftigt sich im folgenden Artikel mit der Frage, ob durch die Ökonomisierung der Medizin Ärzte mehr und mehr zu Dienstleistern degradiert werden.



Die Rolle und Aufgabe des Arztes war schon immer etwas Besonderes. Menschen gehen zum Arzt in der Hoffnung auf Hilfe bei ihren dringendsten Bedürfnissen – Erlösung von Schmerzen und Leiden, Wiederherstellung der Gesundheit und des Wohlbefindens. Sie tun dies, weil sie darauf vertrauen, dass ihr Arzt in ihrem wohlverstandenen Interesse handelt. Um mit den Problemen des Patienten umzugehen, muss der Arzt die Symptome, die der Patient aufweist, und die diesen zugrundeliegenden Ursachen ermitteln und den Wunsch verspüren, dem Patienten zu einer Besserung zu verhelfen. Patienten sprechen auf eine Behandlung besser an, wenn sie überzeugt sind, dass der Arzt ihre Sorgen teilt – was wir mit Empathie bezeichnen – und sie selbst als Menschen und nicht nur ihre Krankheit behandelt. Nun wird sowohl von Seiten vieler Patienten als auch in der neueren medizinischen Fachliteratur ein zunehmender Verlust an Empathie bei Medizinstudierenden und Ärzten beschrieben.

Tiefgreifende Einschnitte in die ärztliche Autonomie

Traditionell hat der einzelne Arzt bei der Entscheidung über die Behandlung seiner Patienten ein hohes Maß an klinischer Eigenständigkeit (Autonomie) genossen. Die Einführung von Fallpauschalen (sogenannte DRG - Diagnosis related groups) im stationären Sektor im Jahr 2004 hat die gravierendste Veränderung seit Jahrzehnten im ärztlichen Versorgungsalltag bewirkt. Mit der Umstellung des Vergütungssystems wurde das Ziel verfolgt, mehr Transparenz in der stationären Leistungserbringung herzustellen, aber auch länder- und sogar bundesweit die Kostenerstattung für eine definierte medizinische Leistung anzugleichen, um dadurch deutlich Kosten einzusparen. Diese Umstellung hat jedoch gleichzeitig den tiefgreifendsten regulatorischen Einschnitt in die ärztlichen Entscheidungs- und Handlungsabläufe im Rahmen der stationären Versorgung mit sich gebracht.

Ganzheitliche Behandlung? Fehlanzeige

Die Gefahren des DRG-Systems liegen in dem Anreiz, mit möglichst wenig Diagnostik eine gut vergütete Behandlung (Prozedur) durchzuführen, ohne sich zum Beispiel um Nebenerkrankungen zu kümmern. Bei Multimorbidität, d.h. dem Vorliegen mehrerer verschiedener Erkrankungen in einem Patienten, werden diese nicht mehr ganzheitlich untersucht oder behandelt, sondern verteilt auf verschiedene stationäre Aufenthalte in möglichst unterschiedlichen Bereichen. Die ärztliche Zeit konzentriert sich dabei jeweils ausschließlich auf DRG-relevante Aktivitäten. Werden die zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben aus dem DRG-System von den Behandlern nicht adäquat berücksichtigt, folgt eine Bestrafung seitens der Krankenkassen. Ein Teil der erbrachten Leistungen oder unter Umständen der gesamte Krankenhausaufenthalt wird nicht bezahlt.

Die ökonomischen Anreizsysteme sind auch derart gestaltet, dass eingreifende Behandlungen sich finanziell besser rechnen als der Verzicht auf eine spezifische Therapie. Damit wird der Arzt immer wieder dazu verleitet, sich eher für invasive Maßnahmen (z.B. Operationen) zu entscheiden. So entsteht ein Trend, die Perspektive des Patienten und vor allem sein Wohlergehen dem ökonomischen Interesse systematisch unterzuordnen. Das steht dem heute von Ärzten akzeptierten Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung, bei dem der Patient selbst die Entscheidung über seine

und Monetik

Autor dieses Beitrags

Prof. Dr. Hans Helge Bartsch
Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor der Klinik für Tumorbiologie der Universität Freiburg

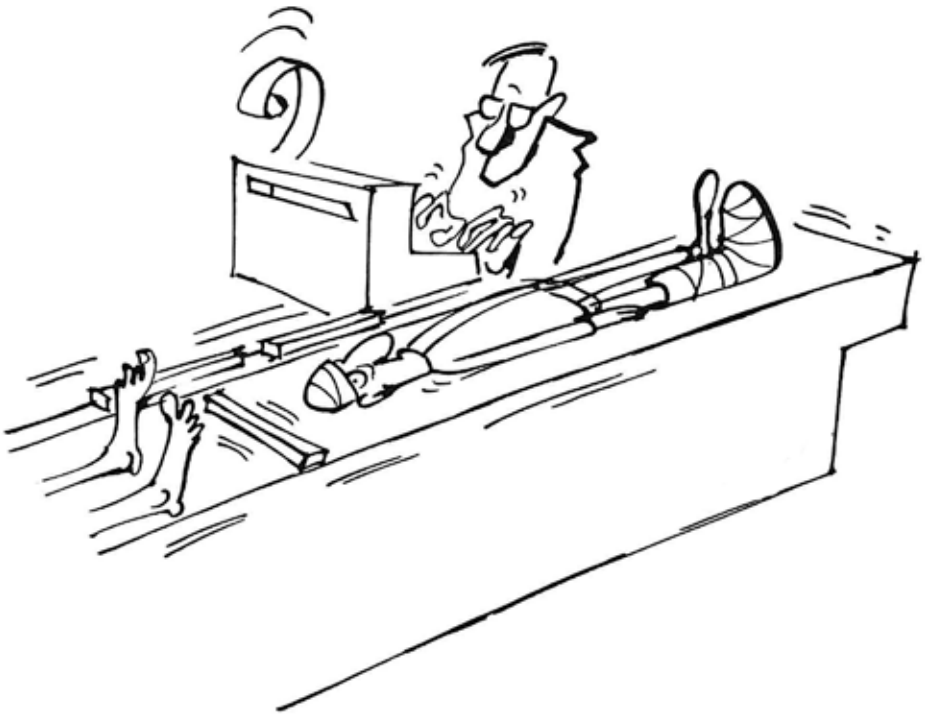
Behandlung trifft oder zumindest mitentscheiden sollte, diametral entgegen.

Selbstverständlich ist das ökonomische Denken in der Medizin wichtig. Ohne ökonomisches Denken werden unter Umständen kostbare Ressourcen verschwendet. Doch es darf nur so viel Ökonomie sein, wie sie der Medizin hilft, ihre eigentlichen medizinischen Ziele ohne Verschwendung von Ressourcen zu erreichen. Tatsächlich ist es aber heute so, dass die Ökonomie nicht mehr der Medizin, sondern vielmehr die Medizin der Ökonomie dient. Die Ökonomie macht die Vorgaben und diktiert genau, was sich lohnt und wie zu behandeln ist, damit am Ende die Zahlen stimmen. Wenn aber nicht mehr das Medizinische, sondern das Ökonomische zum Eigentlichen wird, dann verabschieden wir uns von bestimmten Werten in der Gesellschaft. Insbesondere erfährt aber das Berufsbild des Arztes eine gravierende Umformung.

Fortschreitende Ökonomisierung

Im Rahmen der fortschreitenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen lässt sich beim ärztlichen und pflegerischen Personal in der stationären Versorgung daher eine Tendenz zu Demoralisierung und Deprofessionalisierung beobachten. Die Einführung der DRG ist dabei nur ein, wenngleich besonders prominenter Baustein im Umbau des Gesundheitswesens von einem ehemals sozialpolitischen Feld der Alimentierung ("Zuschussbetriebe") zu einem profitorientierten Gesundheitsmarkt. Damit wandelt sich das Krankenhaus von einer Fürsorgeanstalt zu einem Dienstleistungsunternehmen. Die Fallzahlen werden wichtiger als Betten und damit führt die DRG-Fixierung zu einer Patientenselektion: Lukrative Patienten werden hofiert, unlukrative (nicht DRG relevante) nach Möglichkeit weiter gereicht.

Von Seiten der Gesundheitsökonomen und Politiker werden die Ärzte mehr und mehr in die Funktion von Dienstleistern degradiert, die mit einer Werkvertragsmentalität spezialisierte Gesundheitsleistungen an nicht selten als Kunde bezeichneten Kranke zu erbringen haben. Dies passt auch besser in eine ökonomisierte Versorgungsstruktur, in der ein Wettbewerb unter den Anbietern zur weiteren Kostensenkung führen soll. Hierin liegt aber aus ethischen Gesichtspunkten ein zentraler Fehler im Verständnis der Rolle von Patient und Arzt. Gerade der Krebspatient in seiner existenziellen Krise ist nicht geeignet als Kunde wahrgenommen zu werden. Onkologische Patienten sind in ihrer Not auf kompetente und umfassende Hilfe angewiesen und erwarten keine Fließband- oder Ersatzteilmentalität. Die Umfunktionierung des Patienten zum Kunden, sagt der Freiburger Medizinethiker Prof. Dr. Giovanni Maio, bedeute daher nicht weniger als die weitgehende Ausblendung des Menschen im Kunden und die Instrumentalisierung seiner Person zum Zwecke der Gewinnmaximierung.



Arzt oder Dienstleister

Das Spannungsfeld zwischen Ethik

Bei der Befragung von Krebspatienten im Rahmen unseres Forschungsprojektes „Second opinion“ darüber, was sie bei ihren betreuenden Ärzten vermisst hätten, wurde unter anderem weniger der Umfang an Informationen über Diagnostik und Therapien genannt, als vielmehr die Art und Weise von deren Vermittlung, also die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation und -Beziehung. Diese wird aber ganz entscheidend von der für den einzelnen Patienten zur Verfügung stehenden Zeit geprägt, sowohl in der Klinik wie auch der ambulanten Praxis. Wenn diese vorrangig für Dokumentationszwecke und einen sich krakenartig ausbreitenden Bürokratismus eingesetzt werden muss, können auch noch so viele und gute Kommunikationstrainings für Ärzte nicht helfen.

Ausreichend Zeit und Empathie

Neben der Zeit bedarf es aber ebenso der schon angesprochenen Empathie im Sinne einer heilenden Beziehung, die keine Dienstleistungsbeziehung, sondern eine Beziehung der authentischen Sorge für das Gegenüber sein muss. Diese ethische Grundregel ist in dem Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes festgehalten, das eine moderne Alternative zum Eid des Hippokrates aus dem Jahre 400 v. Chr. darstellt (siehe Kasten). Sie kann aber in den monetär ausgerichteten und bis zur Perfektion weiter differenzierten Vergütungssystemen, ob ambulant oder stationär, keine Abbildung finden. Damit wird jedoch der Wert als solcher in einem derartig organisierten Versorgungssystem grundsätzlich in Frage gestellt und hat somit gravierende Folgen für unsere ärztliche Praxis und das ärztliche Selbstverständnis.

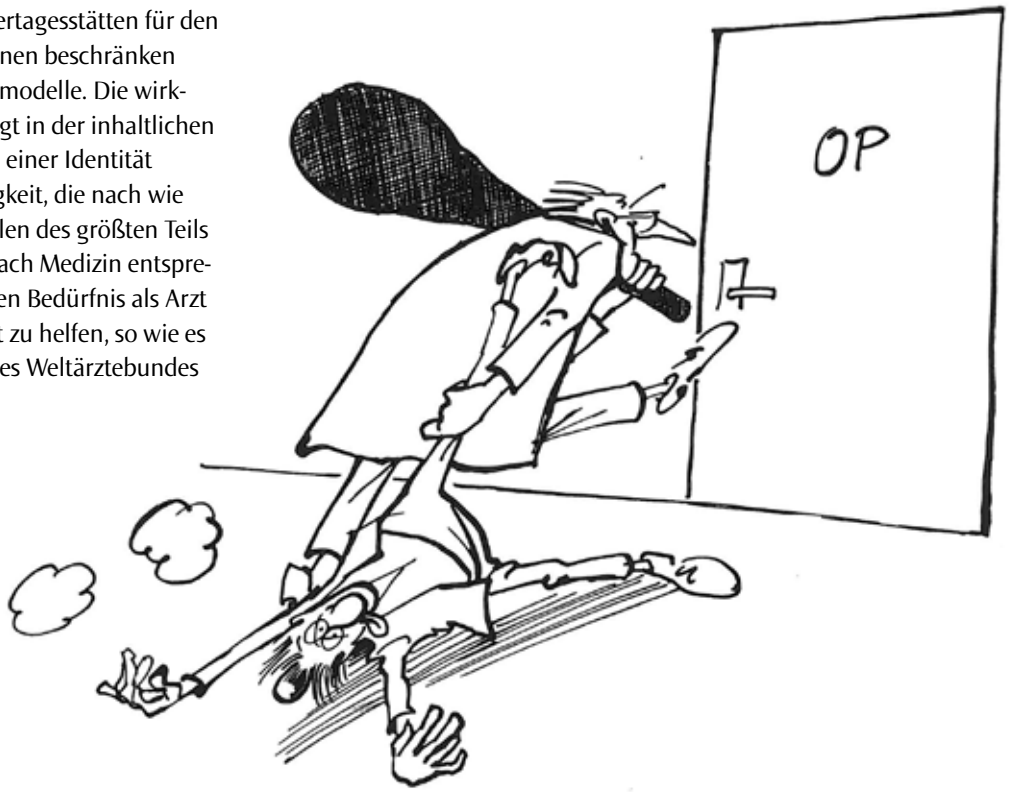
Es gibt kaum mehr fachliche Ermessensspielräume für den Arzt. Immer weniger wird der genuin ärztlichen Erfahrung überlassen, stattdessen wird dem Arzt im Detail vorgeschrieben, was er zu tun hat. Je mehr ökonomische Anreize die Ärzte erhalten, desto mehr verlieren sie die Freiheit, sich ausschließlich am Wohl des Patienten zu orientieren – das Fundament für die Ausübung ihrer Profession. Sie werden quasi gezwungen, sich von den hehren Idealen ihres freien Berufs zu verabschieden und sich an den betriebswirtschaftlichen Vorgaben und Sachzwängen zu orientieren.

Generalverdacht der fachlich suboptimalen Leistung

Hinzu kommt in den vergangenen Jahren eine Entwicklung, die Ärzte unter den Generalverdacht der fachlich suboptimalen Leistung, unzureichender Dokumentation und des ständigen Abrechnungsbetruges stellt. Logische Konsequenz ist ein alles überwucherndes Dokumentations- und Kontrollsystem. Dieses Dilemma wird von vielen Ärzten, besonders dem Nachwuchs wie auch von Pflegenden, (noch) bewusst erlebt und trägt einen wesentlichen Teil zur Burn-out-Problematik, einer Berufsverdrossenheit und letztlich auch der anhaltenden Auswanderungstendenz in diesen Berufsgruppen bei. Wenn die Frustration und Abwanderung junger Ärzte in Deutschland gestoppt werden soll, bedarf es eines inhaltlichen und organisatorischen Umkehrens.

und Monetik

Es kann sich nicht, wie Gesundheitspolitiker uns manchmal glauben machen wollen, auf die Einrichtung von Kindertagesstätten für den Nachwuchs junger Ärztinnen beschränken oder flexiblere Arbeitszeitmodelle. Die wirkliche Herausforderung liegt in der inhaltlichen Neuausrichtung im Sinne einer Identität stiftenden ärztlichen Tätigkeit, die nach wie vor den eigentlichen Idealen des größten Teils der Studienanfänger im Fach Medizin entsprechen, nämlich dem inneren Bedürfnis als Arzt kranken Menschen in Not zu helfen, so wie es in dem Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes niedergelegt ist.



Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand:

Ich gelobe feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten. Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein. Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.

Behandlung von Krebspatienten

Sind Fehl- oder Unterversorgung ein

Im Juli dieses Jahres ist er in den Medien groß angekündigt worden: Der Gesetzentwurf zur Umsetzung von Empfehlungen des Nationalen Krebsplans (NKP). In der Tat lässt es aufhorchen, wenn im Gesundheitswesen die unterschiedlichen Interessengruppen gemeinsam etwas Neuem zustimmen. Was aber bringt diese Ankündigung den Versicherten oder konkret, den an Krebs Erkrankten?

Prof. Dr. Dieter Hölzel, der im Tumorregister München viele Jahrzehnte lang die Krebsdaten von 70 Krankenhäusern ausgewertet hat, meint: zuerst einmal leider Verunsicherung, denn fast jede Interessengruppe sehe Handlungsbedarf hinsichtlich einer Qualitätsverbesserung bei der Versorgung krebskranker Menschen. Im folgenden Beitrag fragt Hölzel, ob Fehl-, Unter- oder Überversorgung tatsächlich das aktuelle Problem darstellen.

Der Nationale Krebsplan (NKP) enthält viele Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Verbesserung sowohl der Früherkennung von Krebs als auch der Versorgung krebskranker Menschen. Diese sind in vier Handlungsfeldern zusammengefasst.

Das Handlungsfeld 1 betrifft die Krebsfrüherkennung. Der Gesetzgeber übernimmt hier den Vorschlag des NKP, die Bevölkerung durch Einladungssysteme zur Wahrnehmung bestimmter Krebsfrüherkennungsmaßnahmen zu motivieren. Außerdem soll es künftig die seit Jahrzehnten überfällige systematische Bewertungen der Ergebnisse der Screening-Untersuchungen geben. Diese wird den Nutzen der Früherkennung transparent machen. Damit kann z.B. die Verunsicherung durch kritische Berichte zur Früherkennung in den Medien abgebaut werden. Außerdem wird mit der Rückkopplung der Ergebnisse für die Ärzte ein lernendes System geschaffen, das effektiver auf Schwächen reagiert und neue Erkenntnisse schneller umsetzt.

Positive Entwicklungen aufgreifen

Im Handlungsfeld 2 des NKP sind die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung zusammengefasst. Hier will der Gesetzgeber existierende positive Entwicklungen aufgreifen. Dazu gehören erstens die aktuellen Standards zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, die bereits heute für viele Krebserkrankungen in Leitlinien zusammengestellt sind. Zweitens soll der zunehmenden Komplexität der Versorgung durch Zentralisierung und Spezialisierung Rechnung getragen werden. Ausbaufähig ist dabei die Kooperation zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten, die Patienten gemeinsam versorgen und begleiten. Diese Entwicklungen werden gefördert. Drittens soll mit dem Ausbau klinischer Krebsregister eine wichtige Voraussetzung für eine aussagekräftige Qualitätsberichterstattung geschaffen werden.

Das Handlungsfeld 3 betrifft die effiziente onkologische Behandlung, insbesondere den Zugang zu innovativen Krebstherapien. Zu diesem Punkt liegt bisher nur ein Gutachten vor, dessen Empfehlungen für den Versorgungsalltag noch auszuarbeiten sind. Das heißt aber nicht, dass gesichert wirksame Therapien nicht schon heute in unserem Gesundheitssystem verfügbar sind. Die Zukunft wird in diesem Handlungsfeld wie bei der Früherkennung ein lernendes System bringen, bei dem sich die Ärzte ihre klinische Erfahrung mit den modernen Medikamenten selbst erschließen können.

Das Handlungsfeld 4 des NKP befasst sich mit der Stärkung der Patientenorientierung. Ziel der dort aufgeführten Maßnahmen ist es, die Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote für Patienten noch weiter zu verbessern. Das ärztliche Gespräch und auch die Kompetenz der Patienten sollen Impulse erhalten. Zugleich sollen die Patienten aktiv in die Entscheidung über medizinische Maßnahmen einbezogen werden.

© fotolia.de – electriceye

aktuelles Problem in Deutschland?

Autor dieses Beitrags

Prof. Dr. Dieter Hölzel

Leiter des Tumorregisters München und des Instituts für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie bis 2009

Versorgung Krebskranker nicht schlecht reden

Diese laufenden und geplanten Entwicklungen und deren Förderung sind sehr zu begrüßen. Es sind zeitgemäße Weiterentwicklungen und zum Teil auch Reaktionen auf erkannte Defizite. Allerdings darf aus der von der Bundesregierung geplanten Gesetzesinitiative nicht abgeleitet werden, dass derzeit die Versorgung Krebskranker in Deutschland schlecht ist.

Schon heute veröffentlichen Krebsregister jährlich die Langzeitergebnisse aus ihrer Region. Zum Teil sind diese Ergebnisse – auch mit Vergleichen zu den USA – im Internet zugänglich. Das Tumorregister München unter der Leitung von Prof. Dr. Jutta Engel präsentiert z.B. bereits seit 2002 diese Ergebnisse (www.tumorregister-muenchen.de/facts/specific_analysis.php). Sie zeigen, dass es keine besorgniserregenden Unterschiede zu anderen Ländern gibt. Im Gegenteil: die Versorgung ist im Hinblick auf das Überleben mit jedem anderen entwickelten Land vergleichbar. Auch Behandlungsergebnisse verschiedener Regionen in Deutschland zeigen eine vergleichbare Versorgungsqualität.

Die Krebsregister stellen den Kliniken zunehmend die eigenen Ergebnisdaten zur Verfügung. Zum Teil werden dabei bereits Hinweise zur Umsetzung der Leitlinien bei jedem einzelnen Patienten mitgeliefert, die gegebenenfalls zur Überprüfung von Abweichungen führen. Es ist ein entscheidender Schritt, wenn Kliniken aufgrund langfristiger, sektorenübergreifender Beobachtung und einer entsprechenden Dokumentation auch nach Jahren die Krankheitsverläufe ihrer Patienten überprüfen können, auch dann, wenn sie diese am Anfang nur operiert haben und danach keinen weiteren Kontakt mehr hatten. Damit werden Krebsregister zu Einrichtungen, die die Qualität der Versorgung unabhängig und objektiv überprüfen. Voraussetzung dafür ist, dass Patienten dieser Datensammlung und der Prüfung der Versorgung zustimmen und der datenschutzgerechten Handhabung auch vertrauen.

Mehr Vertrauen in Ärzte und Kliniken

Mehr Vertrauen haben auch die Kliniken und Ärzte verdient. Die wohnortnahen Versorgungszentren verfügen zunehmend über eine Auswertung der eigenen Ergebnisse, die geprüft und diskutiert werden. Die Leitlinien, nach denen behandelt wird, sind auch für Patienten zugänglich. Zum Teil sind sie bereits zusätzlich in sogenannten Patientenleitlinien für Laien verständlich formuliert und damit für diese geeignet, die eigene Versorgung mit Standards zu vergleichen.

Befürchtungen von Patienten, dass der Kostendruck Ärzte veranlassen könnte, bei der eigenen Behandlung auf notwendige und wirksame Leistungen zu verzichten, so dass möglicherweise Überlebenschancen nicht

Sind Fehl- oder Unterversorgung ein

© fotolia.de – abcmedia

genutzt werden, sind im deutschen Gesundheitssystem nicht gerechtfertigt. Es ist ein Irrglaube, dass Patienten notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen selbst finanzieren müssen (IGeL), weil das unterfinanzierte Gesundheitssystem diese Leistungen nicht oder noch nicht bezahlen kann. Begründet ein Arzt eine Behandlung mit eigenen Erfahrungen, die andere Ärzte nicht gemacht haben, oder bietet er Leistungen an, die andere angeblich nicht beherrschen, sollten Patienten das kritisch hinterfragen.

Es gibt weder Wundermittel noch Wunderheiler

Es gibt weder Wundermittel noch Wunderheiler. Die moderne Onkologie ist zunehmend rational und evidenzbasiert (beweisgesichert). Die medizinischen Leitlinien sind nicht vom Sparzwang diktiert. Nicht Unterversorgung eher Überversorgung ist ein Problem. Es ist zwar verständlich, wenn Betroffene und Angehörige auf Grund existenzieller Ängste mehr oder weniger obskuren Heilsversprechen nachgehen, sinnvoll ist das jedoch nicht. Dass ein Mehr an Geld nicht zu einer besseren Behandlung führt, zeigt ein Blick auf die Krankheitsverläufe prominenter und reicher Personen oder Ärzte, die keine auffälligen Abweichungen in Behandlung und Ergebnis aufweisen. Krebserkrankungen zeigen der Medizin ihre Grenzen ohne Ansehen der Person.

In Deutschland leben etwa drei Millionen Menschen, die irgendwann – gestern oder vor 20 und mehr Jahren – an Krebs erkrankt sind. Mehr als die Hälfte aller Krebskranken werden heute schon geheilt. Wenn bei symptomfreien Patienten keine intensivierte apparative und laborchemische Diagnostik in der Nachsorge empfohlen wird, so liegt das daran, dass selbst in aufwendigen Studien bisher kein Nutzen, d.h. kein verlängertes Überleben, durch z.B. Tumormarker-Kontrollen oder andere spezielle Maßnahmen nachgewiesen werden konnte.

Eine sehr sinnvolle Maßnahme stellt für bereits einmal an Krebs Erkrankte dagegen die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen dar. Sie wird nicht zuletzt deshalb besonders empfohlen, weil hier ein erhöhtes Risiko für eine erneute Erkrankung z.B. in der anderen Brust oder im Darm besteht. Mit dem Alter steigt zudem das Risiko für eine zweite Krebserkrankung, unabhängig von der ersten.

Zu einer guten Nachsorge gehört auch Eigeninitiative. So ist Aufmerksamkeit geboten, wenn Symptome oder Therapiefolgen wie chronische Erschöpfung und Müdigkeit auftreten oder schädigende Wirkungen der lokalen oder systemischen Therapie vermutet werden. Diese können auch Jahre nach einer abgeschlossenen Therapie erscheinen. Hier ist auch Kompetenz der Patienten und Angehörigen gefordert, um z.B. auf eine unzureichende Behandlung oder Schmerztherapie hinzuweisen.

Was bringt uns das Gesetz zum Nationalen Krebsplan?

Was wird uns nun das Gesetz zur Umsetzung der Empfehlungen des Nationalen Krebsplanes bringen? Es wird die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems transparenter machen. Der Zugang zu den Behandlungsergebnissen wird für Interessierte, Patienten und Ärzte verbessert werden. Vielleicht wird sich dabei herausstellen, dass schon bisher Vorzeigbares erreicht wurde und die verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, Leitlinien und qualifizierten Ärzte nicht zu Unter- und Fehlversorgung führen.

aktuelles Problem in Deutschland?

Das Management der Behandlung einer Krebserkrankung wird künftig sicherlich weniger fehleranfällig sein als bisher. Für die Patienten wird sich unter anderem durch die Verfügbarkeit von Patientenleitlinien die Möglichkeit der Mitwirkung bei anstehenden diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen verbessern. Krebsregister werden entscheidend zur Transparenz der Leistungen und zum Ausbau der Versorgungsketten beitragen. Das alles wird mit überschaubaren Kosten erreicht werden können, die weit unter dem liegen, was Krankenkassen zurzeit für die Werbung neuer Mitglieder ausgeben dürfen.

Zu wünschen ist, dass durch die zunehmende Transparenz Ängste der Patienten verringert und das Vertrauen in die Versorgung gestärkt werden.

© fotolia.de – arahan

Termine der Mildred Scheel Akademie, Köln

- 07. - 09. Januar 2013
  Gelassenheit im Alltag – Entspannungs- und Qigong-Seminar
  Leitung: Gabriele Beckers-Broehl, Köln
  Kosten: 130 € inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen und Tagungsgetränke

- 15. - 17. Januar 2013
  Bewegt sein mit allen Sinnen – ein kreativer Ansatz zur Stärkung der Selbstheilungskräfte
  Leitung: Annette Schramm, Bielefeld
  Kosten: 130 € inkl. Übernachtung, Frühstück, Mittagessen und Tagungsgetränke

- 21. - 23. Januar 2013
  Neue Kräfte sammeln – auch Helfer müssen auftanken
  Leitung: Dr. Ellen Schack, Bielefeld
  Kosten: 130 € 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 msa@krebshilfe.de.

Bundestagung 2012

Engagement, Kompetenz

Ganz im Sinne des diesjährigen Mottos der FSH „Selbsthilfe leben – Beteiligung stärken – Kompetenzen nutzen“ verlief die Bundestagung 2012 in Magdeburg. Ein neuer geschäftsführender Bundesvorstand wurde gewählt, der in den kommenden vier Jahren seine Kompetenz für die FSH einsetzen wird. Ein Vormittag wurde der Diskussion „Die Krebspatientin in der Versorgungskette“ gewidmet mit reger Beteiligung auch der Tagungsteilnehmerinnen. Und überall war an den drei Veranstaltungstagen zu spüren, dass in der FSH Selbsthilfe gelebt wird.

Wir haben auch in diesem Jahr Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, uns ihre Eindrücke von der Bundestagung zu schildern.

Viel Engagement, Kompetenz und Fröhlichkeit

Bundestagung in Magdeburg – was gäbe es nicht alles zu berichten! Zu wenig Platz für zu viele Erlebnisse. Es war meine zweite Bundestagung – und es war ganz anders als beim ersten Mal. Diesmal hatte ich das Gefühl, nicht mehr „fremd“ zu sein, sondern dazuzugehören. Denn ich kenne nun doch schon einige Frauen – und es war eine Freude, sie wiederzutreffen.

Mich haben dieses Mal vor allem die „kleinen Dinge am Rande“ fasziniert: Die vielen Gespräche über Frauenselbsthilfe, sehr Persönliches oder manchmal auch nur Alltagserlebnisse während der Mahlzeiten oder in den Pausen. Die Steinspirale hinter dem Hotel, zusammengesetzt aus Steinen, die wir von zu Hause mitgebracht und mit einem wichtigen Wort beschriftet hatten. Die schönen Schwarz-Weiß-Fotos der Aktion „Wir geben der Selbsthilfe ein Gesicht“ in der Krea(k)tiv-Oase. Vielleicht würde es betroffenen Frauen den Weg zu uns erleichtern, wenn sie „Gesichter“ mit unserer großen Organisation verbinden. Die große Lebensfreude, die beim Tanzen abends an der Bar mit Händen greifbar war – wo die Frauen Krankheit und Belastendes hinter sich ließen und nur den Augenblick genossen. Der reibungslose Ablauf der Tagung, der den Organisatorinnen sicherlich viel Arbeit abverlangt hat.

Viel zu schnell verflogen die Tage in Magdeburg. Ich habe statt Kaffeeklatsch und Selbstmitleid – ein Image, das Selbsthilfe in der Öffentlichkeit leider oft hat – viel Engagement, Kompetenz und Fröhlichkeit erlebt. Und ich wünsche mir sehr, dass es gelingt, dieses „andere Image“ auch zu kommunizieren.

Barbara Quenzer, Gruppe Bretten und Mitarbeiterin im Referat 2 der FSH

Beeindruckend und anregend

Unter dem Motto „Von anderen lernen“ habe ich als stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Vereins „Ohne Schilddrüse leben e.V.“ an der FSH-Bundestagung teilgenommen, um Anregungen auch für uns zu sammeln. Themen, Inhalte, Aufbereitung und nicht zuletzt die Atmosphäre der Veranstaltung haben mich sehr beeindruckt. Zu den Programmpunkten, die mir besonders gefallen haben, gehörte zum Beispiel die Auszeichnung der Brustzentren: wie die Vertreterinnen der örtlichen Selbsthilfegruppen die Laudatio auf die jeweilig geehrten Brustzentren hielten und auch wie die Ärzte, die die Auszeichnung entgegennahmen (einer von ihnen hatte sein ganzes Team mitgebracht), in ihren Dankesworten darauf reagierten. Wichtig für alle Krebspatienten war aus meiner Sicht die Folgerung, die die Ehrenvorsitzende der FSH, Hilde Schulte, zog: Es seien immer Menschen in ihren jeweiligen Positionen, die trotz knapper Kassen eine optimale Behandlung Betroffener ermöglichten, das zeige gerade eine solche Prämierung und so ließe sich hoffen, dass derartige Beispiele andere nach sich ziehen.

Auch die Podiumsdiskussion am zweiten Tag – die Idee, diese Diskussion anhand eines fiktiven, ein wenig zugespitzten, gleichwohl aber immer möglichen Falles einer Brustkrebspatientin

und Fröhlichkeit

zu führen und so die Probleme innerhalb der Versorgungskette bei Brustkrebs zu thematisieren – fand ich sehr gelungen. Ganz besonders gefallen hat mir ein Satz, der bei einer Wortmeldung aus dem Publikum gefallen ist: „Krebs ist nicht leben wie zuvor, sondern leben wie nie zuvor!“

Dr. Heike Steinhorst, stv. Vorsitzende des Vereins „Ohne Schilddrüse leben e.V.“

Zum 20. Mal bei der Tagung

Zum 20. Mal habe ich nun an einer Bundestagung teilgenommen. Das erste Mal war ich 1992 im Maritim am Timmendorfer Strand und seit 1995 in Magdeburg. Wie doch die Zeit vergeht! Das waren viele Mitglieder-, Delegierten- und Wahlversammlungen. Ich habe einige Bundesvorsitzende erlebt und wechselnde Bundesvorstände. Es ging auf den Versammlungen nicht immer so diszipliniert und ruhig zu wie in diesem Jahr. Die Delegiertenversammlung mit Satzungsänderung und Wahl des neuen Bundesvorstandes war im Vorfeld gut vorbereitet worden und der neue Bundesvorstand wurde mit großer Mehrheit gewählt. Herzlichen Glückwunsch! Ein Dankeschön und Lob an die Interimshelfer Hilde Schulte und Angelika Grudke.

Abgesehen davon war die diesjährige Bundestagung für mich in vieler Hinsicht etwas ganz Besonderes. Seit November 2011 bin ich nicht mehr Landesvorsitzende von Berlin/Brandenburg und war daher erstmals seit langer Zeit nicht mehr in die Planung und Organisation der Tagung eingebunden. Ich hatte mir vorgenommen, diese Tage einmal frei von Verpflichtungen mitzuerleben und zu genießen, was ich auch in vollen Zügen getan habe, zum Beispiel beim Workshop „Lachyoga“. Geehrt wurde ich diesmal für meine 20-jährige Mitgliedschaft in der FSH. Damit hatte ich gerechnet. Ein ganz besonderer Moment war für mich jedoch die völlig unerwartete Ernennung zum Ehrenmitglied der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Über diese Auszeichnung freue ich mich sehr.

Dr. Irmgard Buske, Ehrenmitglied der FSH

Von der Atmosphäre gefangen genommen

Da ich bereits im Jahr 2009 mit der Ausstellung „Ganze Kerle – Männer überleben Krebs“ an der Bundestagung der FSH teilgenommen hatte, wusste ich ungefähr, was mich in Magdeburg erwarten würde. Ich war trotzdem gleich wieder gefangen genommen von der Offenheit und Freundlichkeit, die die ganze Tagung atmosphärisch prägen. Die Podiumsdiskussion, zu der man mich als Teilnehmer geladen hatte, war spannend und sehr geschickt moderiert. Es war „ordentlich Pfeffer“ in der Thematik und es wurde klar, dass Krebs nach wie vor ein so vielschichtiges Thema ist, dass die Hilfe zur Selbsthilfe dringend notwendig bleibt.

Ich bin auch froh, dass ich meine Sorgen in Bezug auf die onkologische Rehabilitation anbringen konnte, und rechne fest mit der Unterstützung der Selbsthilfegruppen, wenn die Politik weitere Kürzungen an dieser Stelle vornehmen will.

Bundestagung 2012

Engagement, Kompetenz

Leichtsinnigerweise habe ich abends noch die „Pianobar“ aufgesucht, was in einem wilden Getanze mündete – das hat zu meiner Überraschung sehr viel Spaß gemacht! Ja, Krebs ist eine ernste Sache – genau deshalb muss die Lebensfreude gepflegt werden. Gut so.

Sehr froh bin ich, dass es gelungen ist, die Strukturen im Bundesvorstand zu stabilisieren und wieder eine „schlagkräftige Truppe“ zu bilden. Diesen vorbildlichen Frauen wünsche ich alles Gute und viel Erfolg, aber auch ausreichend Selbstschutz, damit Selbsthilfe nicht zur Selbstaufopferung wird.

Dr. Peter Trunzer, Chefarzt in der Mediclin Kraichgau-Klinik Bad Rappenau

Aufregende Tage in Magdeburg

Vor fünf Jahren habe ich zum ersten Mal an einer FSH-Bundestagung teilgenommen. Die große Anzahl von Frauen im Maritim-Hotel, die alle von Krebs betroffen sind, und die Herzlichkeit untereinander hatten mich damals, wie wohl alle Neulinge, stark beeindruckt. Dieses Jahr war die Situation für mich eine ganz besondere, da ich mich entschlossen hatte, für den Bundesvorstand zu kandidieren. Seit April dieses Jahres hatte ich zwecks Einarbeitung an Vorstandssitzungen teilgenommen und so noch einiges von den vielfältigen Vorbereitungen für diese Großveranstaltung mitbekommen. Auch bei der Organisation vor Ort war ich diesmal dabei und reiste daher drei Tage vor Tagungsbeginn nach Magdeburg. Das Hotel wirkte in diesen Tagen sehr fremd auf mich, da – ganz ungewohnt – viele Männer Foyer und Restaurant bevölkerten. Aber ab Donnerstag wandelte sich das Bild und die Frauen und Männer der FSH „übernahmen“ das Maritim.

Am Freitagmorgen wurde es ernst. Ziemlich aufgeregt saß ich in der ersten Reihe im großen Saal. Dann kam die Wahl des neuen Bundesvorstands, bei der wir Neulinge alle mit großer Mehrheit gewählt wurden. Viele, auch mir unbekannte Mitglieder gratulierten mir herzlich und wünschten alles Gute für das Amt. Bei so vielen guten Wünschen kann eigentlich nichts mehr schiefgehen! Meine erste offizielle Aufgabe am Samstagnachmittag – die Anmoderation für den Vortrag von Prof. Dr. Günter Emons – klappte dann auch reibungslos.

Am Samstagabend hatte ich in der Pianobar ein nettes Gespräch mit einem Ehepaar, das sich über die vielen dort tanzenden Frauen wunderte. Ich habe ihnen von unserer Tagung erzählt und sie waren sehr beeindruckt, dass von Krebs Betroffene so ausgelassen feiern können. Nach sechs aufregenden Tagen in Magdeburg fuhr ich wieder nach Hause – etwas müde zwar, aber gespannt auf die neuen Aufgaben als Mitglied des Bundesvorstandes der Frauenselbsthilfe nach Krebs.

Doris Niehaus-König, Mitglied des FSH-Bundesvorstandes

Viele Eindrücke und Informationen

Für mich war es wieder ein ganz besonderes Erlebnis, an der FSH-Bundestagung teilzunehmen. In diesem Jahr bin ich als stellvertretender Leiter des Netzwerks „Männer mit Brustkrebs“ bereits am Donnerstag angereist, um erstmalig

und Fröhlichkeit

an der Mitgliederversammlung teilzunehmen. Das Programm der folgenden Tage war bunt gemischt und bestand aus guten Fachvorträgen, Workshops und Unterhaltung. Zur Unterhaltung konnte ich in diesem Jahr auch einen kleinen Beitrag als Schauspieler beim Abendprogramm „Unsere aktuelle Schaubude“ beisteuern. Das hat mir – und ich hoffe auch dem anwesenden Publikum – sehr viel Spaß gemacht. Am Samstag zum Parallelprogramm des Netzwerks „Männer mit Brustkrebs“ reisten weitere 13 Männer an.

Wie schon bei allen anderen Tagungen und Veranstaltungen, an denen wir Männer von Netzwerk teilgenommen haben, wurden wir von den FSH-Frauen sehr herzlich aufgenommen und integriert. Wir haben durch die Fachvorträge, in persönlichen Gesprächen und durch die Fragen, die wir an Prof. Dr. Günter Emons von der Uniklinik Göttingen richten konnten, viele Eindrücke und Informationen mit nach Hause nehmen können. Besonders gut gefallen hat mir dieses Mal die Idee mit dem Spiralweg aus Steinen. Hierbei hätte mich eine noch bessere Beteiligung gefreut.

Kuno Meyer, Netzwerk „Männer mit Brustkrebs“

Kraft, die aus lebendigem Austausch erwächst

Alles zu beschreiben, was auf dieser Bundestagung bewegend war, wäre einfach zu viel. Ich erzähle deshalb nur von ein paar Programmpunkten, die mich besonders begeistert haben. Auf dieser Tagung wurde der Bundesvorstand neu gewählt und Hilde Schulte, unsere Ehrenvorsitzende, zitierte in ihrer Rede Goethe: „Erfolgreich zu sein, setzt zwei Dinge voraus: Klare Ziele und den brennenden Wunsch, sie zu erreichen!“ Dieses kraftvolle Motto begleitete uns durch die gesamte Bundestagung und begleitet mich noch heute. Danach überraschte mich eine Premiere: die Auszeichnung von drei Brustzentren. Was für eine gute Idee, nicht nur auf das hinzuweisen, was zu verbessern ist, sondern auch auf das, was besonders gut läuft. Ich wünsche dem Vorhaben, jedes Jahr drei Brustzentren auszuzeichnen, viel Erfolg! Am Abend besuchte ich den Lach-Yoga-Workshop: für mich ein unvergessliches Erlebnis! Ich möchte aber besonders davon erzählen, wie ansteckend das „gelernte“ Lachen war. Nach diesem Workshop konnte man immer wieder aus irgendeiner Ecke im Speisesaal ein fröhliches Lachen hören, das sich rasch ausbreitete.

Schon war Sonntag: Der letzte Tag begann mit einer stimmungsvollen Andacht, die mich die Kraft des Spirituellen intensiv spüren ließ! Darauf folgte ein sehr aufrüttelnder Vortrag von Prof. Dr. Hans Helge Bartsch mit dem Titel: „Arzt, Mediziner oder Dienstleister – im Spannungsfeld zwischen Ethik und Monetik“, der in gekürzter Form auch in dieser *perspektive* abgedruckt ist. Gestärkt und erfüllt von vielen Informationen, guten Gedanken, neuen Hoffnungen und der Kraft, die aus einem lebendigen Austausch erwächst, fuhr ich wieder nach Hause: mit vielem im Gepäck – für mich selbst und für unsere Gruppe!

Monika Heilmann Stefano, Gruppe Würzburg und Mitarbeiterin im Referat 5 und 6 der FSH

Unser Standpunkt

Leben mit dem Tod ?!

„Leben mit dem Tod“ – so lautete der Titel einer Themenwoche, die kürzlich von der ARD ausgestrahlt wurde. Eine Woche lang stand das Thema, das jeden von uns angeht und das trotzdem häufig verdrängt wird, im Mittelpunkt des Programms. Ausgewählt als Sendetermin hatten die Programm-Macher den November - einen Monat mit wenig Tageslicht, langer Dunkelheit und Tagen für Totengedenken und Trauern.

Auch in der Frauenselbsthilfe nach Krebs wenden sich viele Gruppen im November dem Thema Tod und Sterben zu und gestalten ihre Treffen in besonderer Weise. Manche Gruppen richten einen Nachmittag oder Abend aus in besonderem Gedenken an alle, die während des Jahres verstorben sind. Manche feiern und gestalten einen gemeinsamen Gottesdienst zum Gedenken. Andere wenden sich mit Hilfe eines Experten dem Thema Tod und Sterben zu. In manchen Gruppen will weder das eine noch das andere gelingen. Manchmal hilft es, statt der Begriffe „Tod und Sterben“ lieber die Worte „Abschied und Trauer“ zu wählen. Abschiede gibt es schließlich viele und unterschiedlichster Art in jedem Leben. Sie wollen alle auf ihre Art bewältigt werden.

Das endgültige Abschiednehmen von liebgewordenen Menschen ist eine besondere Herausforderung, die viele Menschen fürchten. Und noch mehr fürchten sie sich vor dem eigenen Tod. Und diese Furcht ist es, die von vielen krebskranken Menschen als Grund dafür benannt wird, dass sie den Besuch einer Selbsthilfegruppe eher meiden. Sie möchten nicht immer wieder von Erkrankung, immer wieder von Rückfällen und Neuerkrankungen hören. Sie möchten nicht immer wieder Loslassen, immer wieder Lücken schließen müssen; Lücken, die durch den Tod derjenigen Gruppenteilnehmer entstehen, für die es keine Heilung und keinen Aufschub mehr gab. Und sie möchten nicht immer wieder an die eigene Endlichkeit erinnert werden. Dieses „immer wieder“, sich Wiederholende wird gefürchtet. Es wird vor allen Dingen von Menschen gefürchtet, die sich mit dem eigenen Tod noch nicht befasst haben.

Wir alle wissen, dass wir sterben müssen. Wir alle leben im Angesicht des Todes. Dennoch herrscht der Gedanke vor, die Beschäftigung mit Tod und Sterben habe Zeit. Diese Auseinandersetzung sei für alte Menschen angebracht. Ein ungutes Gefühl aber bleibt, eine Angst, die wir nicht zulassen wollen, ein dunkler Raum, in den wir nicht einzutreten wagen, der aber im Unterbewusstsein immer vorhanden ist. Bis vielleicht ein plötzliches, unerwartetes Ereignis uns herausfordert, in den dunklen Raum hineinzublicken und ihn zu betreten.

Die Diagnose Krebs ist in den meisten Fällen ein solches Ereignis. Mit der Diagnose steht plötzlich der Tod mit im Raum. Er macht die

Kostbarkeit des Lebens schmerzlich bewusst. Die Gedanken kreisen darum, ob die unberechenbare Krankheit das eigene Leben frühzeitig beenden wird. Eine Grenzsituation im Leben, die Angst und Verzweiflung auslöst, die uns der Normalität und der Sicherheit des Alltags beraubt.

Der Tod ist groß.
Wir sind die Seinen
lachenden Munds.
Wenn wir uns mitten im Leben meinen,
wagt er zu weinen
mitten in uns.

Diese Verse von Rainer Maria Rilke bringen zum Ausdruck, dass der Tod nicht nur im fortgeschrittenen Alter bedacht sein will. Er kann plötzlich in der vermeintlichen Mitte des Lebens drohen und seine Aufmerksamkeit fordern.

© fotolia.de – Liddy Hansdottir

Gerade krebskranke Menschen, die diesen Ausnahmezustand erlebt haben, die wissen, dass die Verdrängung von Ängsten sehr viel Kraft kostet, können andere ermutigen, den eigenen Weg zu Ende zu denken. Hinzuschauen in den dunklen Raum, Gedanken auszuhalten, Visionen und Vorstellungen Raum zu geben und der Bedrohlichkeit ihren Stachel zunehmen.

Das Gefühl, alles bedacht zu haben, zu wissen, was einem selbst wichtig ist und welche Wertvorstellungen man für die letzte Lebensphase hat, kann ein beruhigender Gedanke sein. Dazu gehört zum Beispiel das Abfassen einer Patientenverfügung und einer Vorsorgevollmacht. In der Regel geht diesem Akt eine Zeit der Bewusstmachung und Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen und Wünschen voraus. Sie kann eine große Entlastung und ein Stück Freiheit für die Zukunft bedeuten. Diese Erfahrung ist nicht nur allen krebskranken Menschen zu wünschen.

Eine Selbsthilfegruppe, die schwierigen Themen nicht ausweicht und das Thema „Leben mit dem Tod“ in ihren Gesprächen nicht ausklammert, ist eine starke Gruppe. Sie lässt eine Nähe zu, die nicht selbstverständlich ist. Sie lebt eine Offenheit, die nicht oberflächlich ist und nur aus gegenseitigem Vertrauen wachsen kann. Und sie vermittelt eine Sicherheit, die eine starke Verbindung untereinander fördert. Sie macht Hilfe zur Selbsthilfe möglich, gerade in den existenziellen Fragen des Lebens. Sie zeigt, wie angesichts des Todes ein Leben im Hier und Jetzt geführt werden kann. „Jeder Augenblick im Leben ist ein Schritt zum Tode hin“ sagt Pierre Corneille. Jeder Augenblick ist unwiederbringlich und will gefüllt sein mit Leben. Wer den Tod verdrängt, verpasst das Leben.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Aktuelle Meldungen

Heilende Kraft der Holunderbeere

Der Holunderbusch mit seinen Blüten und Beeren eignet sich nicht nur als Zutat für die Küche, sondern auch als Arzneimittel. Die Inhaltsstoffe – vor allem ätherische Öle, Vitamin B und C sowie außergewöhnlich große Mengen an Mineralstoffen und Aminosäuren – stärken das Immunsystem, wirken blutreinigend, fiebersenkend, entzündungshemmend und schweißtreibend. Deshalb gilt Holunder auch als wirksames Heilmittel gegen Erkältungskrankheiten, Fieber, Bronchitis, Rheuma oder Gicht. Der in den Beeren enthaltene Farbstoff Sambucyanin soll zudem als Radikalenfänger vorbeugend gegen Krebs und Herzkreislauf-Erkrankungen wirken.

Quelle: daheim in Deutschland

© fotolia.de – Svenja98

© fotolia.de – Dionisvera

Ingwer hilft bei Übelkeit

Einer Studie der ASCO (American Society of Clinical Oncology) zufolge lindert Ingwer die Übelkeitsbeschwerden, die häufig mit Chemotherapie einhergehen. An der Studie hatten 644 Krebspatienten teilgenommen. Sie alle erhielten ein Standard-Antiemetikum (Mittel gegen Übelkeit) aus der Gruppe der Setrone sowie entweder ein Ingwerpräparat oder ein Placebo. Endpunkt der Studie war die Einschätzung der Übelkeit durch die Patienten. Bei denjenigen Patienten, die ein Ingwerpräparat erhalten hatten, wurde eine Reduktion der Beschwerden um 40 Prozent erzielt.

Quelle: Ärzteblatt

Scharfer Senf schützt vor krebsauslösenden Stoffen

Senfliebhaber wird diese Nachricht freuen: Scharfer Senf schützt vor krebsauslösenden Stoffen, sogenannten Karzinogenen, die mit der Nahrung aufgenommen werden. Das haben Wissenschaftler des Instituts für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene der Universität Freiburg herausgefunden. So soll der Konsum von scharfem Senf beispielsweise vor den erbgutschädigenden Wirkungen der beim Grillen und Braten von Fleisch entstehenden polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffe, kurz PAK, schützen. Diese Wirkung sei zum Teil auf die im Senf enthaltenen sekundären Pflanzenstoffe zurückzuführen, speziell auf die Senföle.

Quelle: Medical Press

Gift des Knollenblätterpilzes stoppt Krebs

Der dem gewöhnlichen Champignon ähnelnde Knollenblätterpilz enthält eines der tödlichsten Gifte des Pflanzenreichs, das Amanitin. Diese Substanz, die ausnahmslos jede Zelle tötet – ob gesund oder zu Krebs entartet – könnte vielleicht einmal helfen, Krebszellen zu bekämpfen.

Wissenschaftler im Deutschen Krebsforschungszentrum koppelten das Pilzgift an einen Antikörper, der ein krebstypisches Zielmolekül erkennt. Der Antikörper wirkt als Lenkwaffe, die ihre giftige Fracht gezielt zu den Krebszellen transportiert. Der giftbeladene Antikörper stoppte das Wachstum verschiedener Krebszellen in der Kulturschale und ließ auf Mäuse übertragene Bauchspeicheldrüsentumore sogar vollständig verschwinden.

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum

Ernährung beeinflusst Krebsrisiko der Enkelinnen

© fotolia.de – usbfco

Die Ernährung während der Schwangerschaft hat weitreichende Folgen: Bei Ratten beeinflusst sie, wie anfällig Töchter, Enkelinnen und zum Teil sogar Urenkelinnen gegenüber Brustkrebs sind. Fettreiche Nahrung, so zeigt eine Studie, erhöht das Tumorrisiko. Ein ähnlicher Effekt trat auf, wenn die trächtigen Ratten zusätzliche Östrogene erhielten. Wie die Forscher im Fachmagazin „Nature Communications“ berichten, war in diesem Fall sogar noch das Brustkrebsrisiko der Urenkelinnen höher als normal. Durch die Ernährung oder Hormone der Mutter werde die DNA-Anlagerung bei den ungeborenen Töchtern – und Enkelinnen – verändert. Ob sich diese Ergebnisse auf den Menschen übertragen lassen, ist unklar. Die Wissenschaftler meinen jedoch, sie könnten erklären, warum Brustkrebs oft auch in Familien gehäuft vorkommt, in denen es keine genetische Vorbelastung gibt.

Quelle: Spiegel online

Zusammenhang von Schlafmangel und Brustkrebs vermutet

Chronischer Schlafmangel ist nicht nur ein Ärgernis, sondern stellt ein ernsthaftes Gesundheitsrisiko dar. Amerikanische Wissenschaftler des Seidmann Cancer Centers in Cleveland, Ohio, untersuchten, welche Bedeutung regelmäßiger Schlaf in Bezug auf das Krebsrisiko hat. Das Wissenschaftlerteam befragte die Teilnehmerinnen der Studie nach ihrer durchschnittlichen nächtlichen Schlafdauer und ermittelten mit Hilfe eines Gentests verschiedene Brustkrebsgene, um die Aggressivität und die Rückfallraten des Tumors nach erstmaliger Therapie zu erfassen. Das Ergebnis: Patientinnen, die durchschnittlich höchstens sechs Stunden schliefen, hatten eine höhere Expression von Tumorgenen. Die Wissenschaftler vermuten daher einen möglichen Zusammenhang von Brustkrebsrisiko und Schlafmangel.

Quelle: Ärzteblatt

Ernährungsstudie: Mehr Kohlgemüse – weniger Brustkrebs

© fotolia.de – *gandolf*

Das Brustkrebsrisiko ist in einigen Ländern der Erde fünfmal größer als in anderen. Eine mögliche Ursache dafür können unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten sein. Jetzt bestätigen chinesische Forscher einen Zusammenhang zwischen Brustkrebserkrankungen und dem Konsum von Gemüsepflanzen, die botanisch zu den Kreuzblütlern zählen. Demnach könnte das Krebsrisiko für ältere Frauen durch erhöhten Verzehr von Kohlgemüse um bis zu 15 Prozent sinken. Für Frauen vor den Wechseljahren ließ sich diese Beziehung nicht nachweisen. Größere Studien müssten dieses Ergebnis nun überprüfen, schreiben die chinesischen Wissenschaftler im Fachblatt „The Breast“.

Quelle: Wissenschaft aktuell

Look and Walk – gemeinsam

24. September 2011

Jülide malt geschickt und geduldig eine Blütenranke auf den Körper einer Frau: von der Schulter bis zur Narbe, die nach Entfernung von deren Brust entstanden ist – Vorbereitung für ein Fotoshooting ganz besonderer Art. Während der Tagung des Landesverbandes Hamburg/Schleswig-Holstein können sich die Teilnehmerinnen unter dem Motto „Frei vor der Linse“ fotografieren lassen. Die Aktion soll die Frauen erfreuen, stärken und zur Selbstfindung beitragen. Entscheiden können sich die Teilnehmerinnen für ein ganz individuelles, intimes Provokant-, Beauty- oder Typ-Foto, das ihre Schönheit trotz Versehrtheit zeigt.

Angelika Girisken, Leiterin der Gruppe Hamburg-Rotherbaum, hat ihre Töchter Jülide (Styling/Make-up) und Sunay (Fotografie) sowie deren Freund Julius (Technik/Bildbearbeitung) für uns als Foto-Team gewinnen können. Am Ende sind sich alle mit Euphorie einig: Diese jungen Menschen haben eine Atmosphäre der Zugewandtheit, Offenheit und Freude für ein entspanntes Shooting geschaffen!

8. September 2012

Eine moderne Frauenarztpraxis in Alsternähe: Hier findet unsere Vernissage „look and walk – gemeinsam etwas bewegen“ statt. 30 ausgewählte Fotos an den Praxiswänden zeigen jenen ganz besonderen Moment der Intimität mit der Kamera. „Frauenselbsthilfe nach Krebs = Licht in der Dunkelheit“; Zitate unter den Fotos drücken aus, was jede für sich mit der FSH verbindet oder auch was die FSH für sie bedeutet.

Viele der mehr als 150 Gäste sind davon beeindruckt, wie selbstbewusst die Frauen wirken und welche Energie aus den Bildern spricht. Einige äußern direkt Interesse, unsere Foto-Ausstellung für öffentliche Räume, Kliniken, Praxen o.ä. auszuleihen, um den in den Bildern eingefangenen Lebensmut an andere weitergeben zu können.

Die meisten Gäste nehmen im Anschluss an die Vernissage auch an dem Lauf an der Alster teil. Frauen zur sportlichen Betätigung zu motivieren, ist ein Anliegen der Frauenärztin Dr. Susanne Koene, in deren Praxisräumen

etwas bewegen

wir ausstellen und die unser Engagement sehr unterstützt. Dass Bewegung insbesondere bei einer Krebserkrankung sehr wichtig und hilfreich ist und Spaß macht – diese Erkenntnis ist bei allen Teilnehmern, ob Besuchern, Ärzten oder Patienten, die in einheitlichen T-Shirts an der Alster entlang joggen oder walken, spürbar! Die Stimmung ist gelöst, alle unterhalten sich angeregt, lernen sich kennen, viele strahlende Gesichter sind zu sehen!

Die Planung

Zwischen den beiden Ereignissen – dem Fotoshooting und der Vernissage mit dem Alsterlauf – liegt ein Jahr intensiver Vorbereitungsarbeit durch Angelika Girisken, Dr. Susanne Koene, Helga Klafft, Vorsitzende des Landesverbandes, und Lena Riespeter, Sportwissenschaftlerin an der Universität Hamburg. Es musste schließlich alles genau durchdacht, abgestimmt und geplant werden, wie die Suche nach Sponsoren, die Auswahl und das Aufziehen der Fotos, die Gestaltung der Flyer und Einladungen, das Sammeln der Zitate, die Organisation des Ablaufs der Veranstaltung, das Catering, der Druck von T-Shirts und vieles mehr.

Unser Einsatz hat sich gelohnt. Wir konnten zeigen, wie wir uns für die FSH einsetzen und warum. Es war eine Veranstaltung, die bei allen – ob den „Fotomodellen“, den Besuchern der Vernissage oder den Teilnehmern am Alsterlauf große Begeisterung ausgelöst hat.

Ingrid Thybusch
LV Hamburg/Schleswig-Holstein

Gynäkologische Tumore

Krebstherapien kennen keine

Die gynäkologischen Tumore lassen sich nach den betroffenen Organgruppen differenzieren in Tumore des Eierstocks, der Gebärmutter, des Gebärmutterhalses sowie Tumore der Scheide und der äußeren Geschlechtsorgane. Diese Tumore unterscheiden sich in der Häufigkeit ihres Auftretens, den Möglichkeiten ihrer Früherkennung und ihrer Behandlung. Prof. Dr. Günter Emons von der Universitäts-Frauenklinik Göttingen stellt in seinem Beitrag die verschiedenen gynäkologischen Tumore und deren Behandlungsmöglichkeiten vor.

Endometriumkarzinom

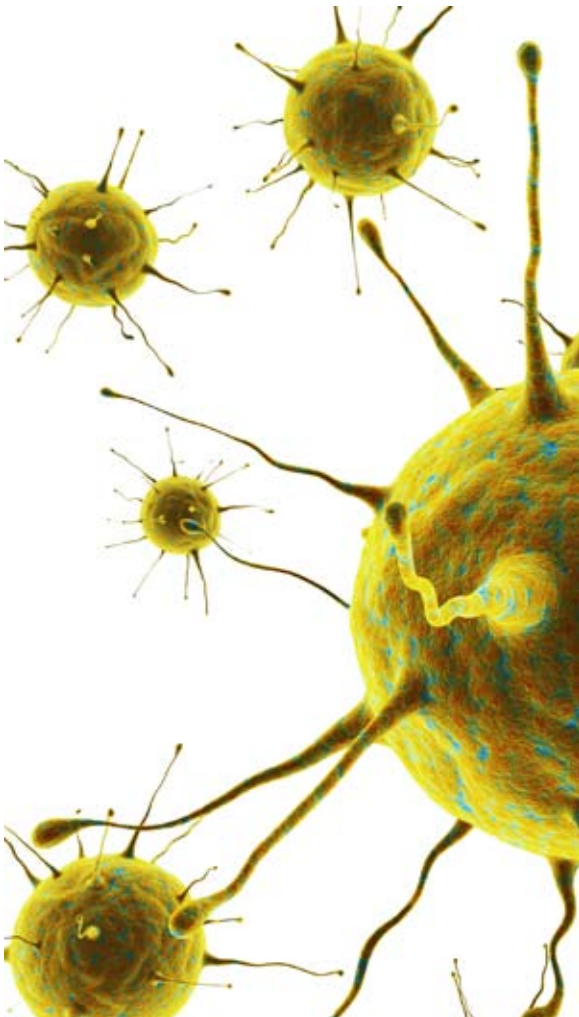
Das Karzinom der Gebärmutterschleimhaut (Endometriumkarzinom) ist in Deutschland die vierthäufigste bösartige Erkrankung bei Frauen. Wegen typischer Frühsymptome (Blutungsstörungen, Blutungen nach den Wechseljahren) werden fast 80 Prozent dieser Karzinome im Stadium I erkannt und können meist geheilt werden. Daneben gibt es aber auch weiter fortgeschrittene Endometriumkarzinome oder solche von hoher Bösartigkeit, bei denen die Heilungsraten niedriger liegen.

In den vergangenen Jahren hat sich eine risikoadaptierte Behandlungsstrategie beim Endometriumkarzinom durchgesetzt. Das bedeutet, dass sich die Intensität der Behandlung nach dem Rückfallrisiko richtet. Bei den Tumoren mit geringem Rückfallrisiko wird durch die operative Entfernung der Gebärmutter, der Eierstöcke und der Eileiter in weit über 90 Prozent der Fälle eine Heilung erreicht. Eine zusätzliche Bestrahlung oder Chemotherapie ist hier nicht erforderlich. Bei Endometriumkarzinomen, die bösartiger und/oder tiefer in die Gebärmutter vorgewachsen sind oder sogar schon andere Organe befallen haben, sollten zusätzlich die Lymphknoten im Becken und entlang der großen Gefäße entfernt werden. Tumorabsiedlungen außerhalb der Gebärmutter und oft auch das Bauchfellnetz sollten ebenfalls herausoperiert werden.

Bei Patientinnen mit einem solchen Tumor werden im Anschluss an die Operation oft auch eine adjuvante Chemotherapie und eine lokale Bestrahlung der Scheide (Brachytherapie) empfohlen. Die früher beim Endometriumkarzinom häufig durchgeführte Bestrahlung von außen wird nicht mehr oder nur noch in Ausnahmefällen empfohlen. Die früher ebenfalls übliche adjuvante Hormonbehandlung (Gelbkörperhormon) hat sich als unwirksam erwiesen und wird daher nicht mehr durchgeführt.

Erwähnt werden sollte in diesem Zusammenhang eine große Studie aus den USA (Chan et al., J Clin Oncol 2011, 29:832-838), die zeigt dass Frauen mit Endometriumkarzinomen mit hohem Rückfallrisiko eine bessere Chance auf Heilung hatten, wenn an ihrer Behandlung ein Spezialist, ein sogenannter „gynäkologischer Onkologe“ beteiligt war. Ähnliche Untersuchungen gibt es auch für den Eierstockkrebs.

In den USA ist es meist eine Frage des Versicherungsschutzes bzw. der finanziellen Möglichkeiten der Patientin, ob sie von einem Experten behandelt wird. In Deutschland stehen dagegen flächendeckend von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte „Gynäkologische Krebszentren“ zur Verfügung. An diesen Zentren, die selbstverständlich für alle Patientinnen

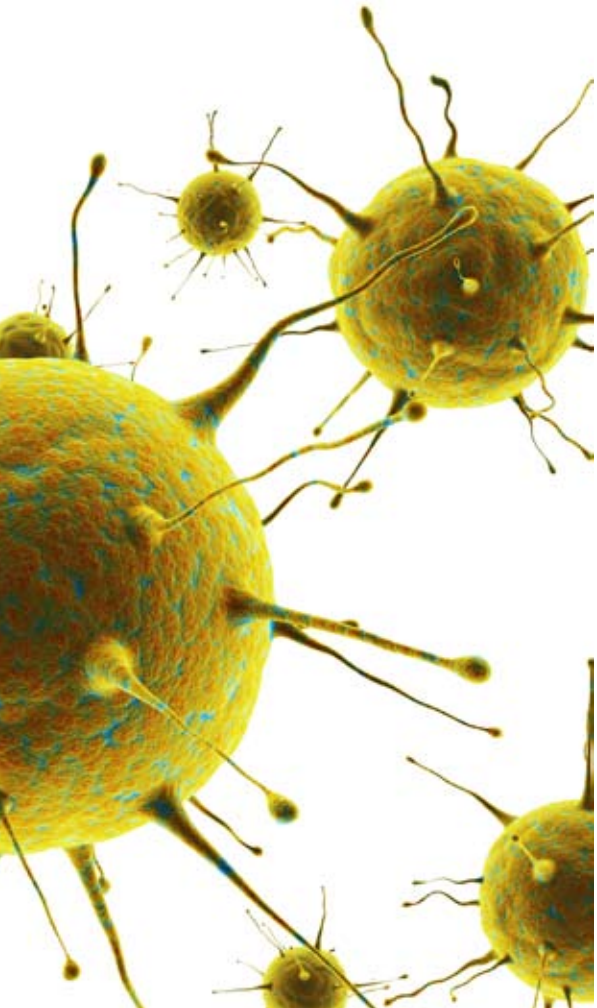


Einheitsbehandlung

zugänglich sind, arbeiten jeweils mindestens zwei gynäkologische Onkologen interdisziplinär mit Abdominalchirurgen, Urologen, Strahlentherapeuten, Radiologen, Pathologen, Schmerz- und Palliativmedizinern sowie Psychoonkologen zusammen und gewährleisten eine Versorgung der Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen auf höchstem Niveau.

Ovarialkarzinom

Der Eierstockkrebs ist in Deutschland die sechsthäufigste bösartige Erkrankung der Frau. Leider gibt es bis heute keine wirksame Früherkennung für diese Krebsart. Die meisten Fälle werden deshalb erst im fortgeschrittenen Stadium erkannt. Die früher sehr niedrigen Heilungsraten bei Eierstockkrebs konnten in den vergangenen 25 Jahren deutlich verbessert werden. Voraussetzung für eine Heilung ist die komplette operative Entfernung aller Tumorabsiedlungen. Dafür werden die Eierstöcke, die Eileiter, die Gebärmutter, das Bauchfellnetz und meist auch die Lymphknoten im Becken und entlang der großen Blutgefäße entfernt. Oft müssen auch Teile des Darmes, der Leber, des Zwerchfells oder die Milz entfernt werden, um Tumorfreiheit zu erreichen. Voraussetzung für solche Operationen ist ein qualifizierter Operateur (gynäkologischer Onkologe), der mit qualifizierten Partnern (Abdominalchirurg, Urologe, Intensivmediziner) kooperiert.



Nach der möglichst kompletten Tumorentfernung sollte dann eine adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel erfolgen. Durch die wöchentliche Gabe von Paclitaxel konnte in einer japanischen Studie das rückfallfreie und das gesamte Überleben noch weiter verbessert werden. Durch die zusätzliche Gabe von Bevacizumab (Hemmung der Neubildung von Blutgefäßen) kann das rückfallfreie Überleben in der adjuvanten Situation verbessert werden. Ist es trotz Carboplatin/Paclitaxel zu einem Rückfall gekommen, kann durch die zusätzliche Gabe von Bevacizumab zur erneuten Chemotherapie der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden.

Zervixkarzinom

Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland nur noch das zwölfthäufigste Malignom bei Frauen. Weltweit ist es dagegen die dritthäufigste bösartige Erkrankung bei Frauen. Der Grund für die niedrige Häufigkeit von Gebärmutterhalskrebs in den Industrieländern ist die hohe Wirksamkeit der Früherkennungsprogramme. Auch wenn sich in Deutschland nur gut die Hälfte der in Frage kommenden Frauen an dem Früherkennungsprogramm für Zervixkarzinome beteiligt, ist dadurch die Häufigkeit dieser Erkrankung um 70 Prozent zurückgegangen.

© fotolia.de – Dreaming Andy

Autor dieses Beitrags

Prof. Dr. Günter Emons

Direktor der Universitäts-Frauenklinik Göttingen

Leiter des Brustzentrums und des gynäkologischen Krebszentrums der Universitätsmedizin Göttingen

Gynäkologische Tumore – Krebstherapien kennen keine Einheitsbehandlung

Durch Einrichtung eines organisierten Einladungssystems und weitere Optimierung des Zervixkarzinom-Screenings (dies ist auch ein wichtiger Punkt im Nationalen Krebsplan) wird die Häufigkeit dieses Tumors noch weiter abnehmen. Auch die Impfung gegen die HP-Viren (Humane Papillomviren), die das Zervixkarzinom verursachen, wird dazu beitragen, dass dieses Malignom in Deutschland bald zu den sehr seltenen Tumoren gehören wird.

In den meisten Fällen, in denen es heute bei uns noch zu einem Zervixkarzinom kommt, ist die Patientin nicht oder zu selten zur Früherkennungsuntersuchung gegangen. Doch auch in der Behandlung von Zervixkarzinomen gibt es deutliche Fortschritte. Die modernen Operationsverfahren erhalten die Versorgung der Blase und des Enddarmes mit Nerven und Blutgefäßen. Zurzeit wird geprüft, ob in frühen Stadien überhaupt eine Radikaloperation durchgeführt werden muss. Es gibt heute Verfahren, bei denen in ausgewählten Fällen sogar die Fruchtbarkeit erhalten bleibt. Aber auch bei fortgeschrittenen Tumoren sind die Behandlungsergebnisse heute durch die Kombination von Bestrahlung und Chemotherapie sowie die Optimierung der Brachytherapie (Bestrahlung von der Scheide aus) deutlich verbessert.

Vulvakarzinom

Das Vulvakarzinom (Tumor im Bereich der Vulva, d.h. der äußeren, primären Geschlechtsorgane der Frau) ist sehr selten. Es wird allerdings in den vergangenen Jahren häufiger bei jungen Frauen beobachtet. Wenn, wie vermutet, die HP-Viren hierfür verantwortlich sind, müsste die HPV-Impfung auch in der Prävention dieses Karzinoms hilfreich sein. In den vergangenen Jahrzehnten hat die Medizin gelernt, dass beim Vulvakarzinom oft weniger radikale Operationen als früher üblich ausreichend sind. Auch die Wächterlymphknotentechnik ist beim Vulvakarzinom untersucht worden. Bei dieser Technik werden nicht alle, sondern nur der erste von den Tumorzellen erreichte Lymphknoten entfernt. Sie ist allerdings nur in sehr frühen Stadien zu empfehlen, da befallene Leistenlymphknoten zu einem ungünstigen Verlauf der Erkrankung führen. Hier besteht noch großer Forschungsbedarf. Angesichts der Seltenheit des Vulvakarzinoms sind entsprechende Untersuchungen nur bundesweit oder in internationalen Forschungsverbünden möglich.

Ausblick

Bei einigen Krebserkrankungen (z. B. chronisch myeloische Leukämie, gastrointestinale Stromatumoren, bestimmten Bronchialkarzinomen) können durch spezifische Medikamente, die mutierte Enzyme hemmen (sog. small molecules), Erfolge erzielt werden, die bis vor kurzem noch unglaublich erschienen. Ziel der modernen Onkologie ist es, für jeden individuellen Tumor die typische Mutation zu finden und den Tumor dann gezielt (targeted), d.h. mit hoher Wirksamkeit und geringeren Nebenwirkungen zu behandeln. Dieses Prinzip der „personalisierten Medizin“ wird in der Gynäkologie schon lange angewendet: die endokrine Therapie hat als „Target“ den Östrogen- und/oder Progesteronrezeptor. Die Überexpression von erbB2 ist „Target“ für Trastuzumab, Lapatinib und andere Substanzen.

Die bisherige Suche nach weiteren „targets“ beim Mammakarzinom und den gynäkologischen Karzinomen ist noch nicht sehr erfolgreich gewesen. Hier dürfen wir nicht mit einem „Sprint“ rechnen, sondern müssen uns eher auf einen Marathonlauf einrichten. Bis die Forschung bahnbrechende neue Erkenntnisse liefert, können wir den betroffenen Frauen eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie in qualitätsgesicherten Institutionen und damit sehr gute Ergebnisse anbieten.

© fotolia.de – BerlinStock

IGe(L)-Leistungen – Eine kritische Betrachtung zu Nutzen und Risiken

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Untersuchung und Behandlung der bei ihnen versicherten Mitglieder. Es gibt aber auch eine Reihe medizinischer Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, zum Beispiel Untersuchungen zur Früherkennung bösartiger Krankheiten. Diese sogenannten individuellen Gesundheits-Leistungen (IGeL) müssen Patienten selbst zahlen.

Ein Schwerpunkt der IGeL liegt traditionell auf bestimmten diagnostischen Verfahren zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Insbesondere Frauenärzte bieten diese Leistungen häufig an. Dass ihre Durchführung nicht nur Vorteile, sondern auch medizinische Nachteile haben kann, soll an einem typischen Beispiel dargestellt werden. Die vaginale Ultraschalluntersuchung gehört nicht zu den gesetzlichen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen. Sie wird Frauen zur Früherkennung eines Gebärmuttertumors (Endometriumkarzinom) oder Eierstocktumors (Ovarialkarzinom) angeboten. Hierbei erfolgt ein Ultraschall von der Scheide aus mit dem Ziel, die Gebärmutter und die Eierstöcke darzustellen.

Es gibt mehrere Studien mit Frauen, die bislang keine Beschwerden hatten und die eine vaginale Ultraschalluntersuchung erhielten - zuletzt eine englische Studie mit 48.230 Teilnehmerinnen. Bei 96 dieser mehr als 48.000 Frauen wurde durch den vaginalen Ultraschall ein Karzinom beziehungsweise eine Vorstufe erkannt. Bei fast einem Viertel der innerhalb eines Jahres nach Durchführung der Untersuchung an einem Endometriumkarzinom erkrankten Frauen wurde dieses allerdings nicht durch die Ultraschalluntersuchung erkannt.

Das entscheidende Ergebnis dieser großen Studie war jedoch, dass die Durchführung der Ultraschalluntersuchung die Wahrscheinlichkeit, an einem Endometriumkarzinom zu sterben, nicht senkte. Den Frauen, die an der Studie teilgenommen hatten, entstand vielmehr ein erheblicher Nachteil, da eine große Zahl von ihnen aufgrund eines auffälligen Ultraschallbefundes einen operativen Eingriff in Form einer Ausschabung erhielt. Es sind dabei mehr Frauen durch die unnötig durchgeführte Operation zu Schaden gekommen, als Frauen geholfen wurde. Dieses enttäuschende Ergebnis wurde auch in einer Reihe anderer Studien bestätigt.

Noch drastischer sind die Ergebnisse bei der vaginalen Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung des Eierstockkrebses. Hier liegt eine Vielzahl von Studien mit zum Teil mehr als 41.000 Frauen vor. In ihnen wird eindeutig festgestellt, dass durch eine Ultraschalluntersuchung die Wahrscheinlichkeit, an einem Eierstockkrebs zu sterben, nicht gesenkt werden kann. Im Gegenteil: Die Studien zeigen, dass mehr Schaden als Nutzen entsteht. In einer großen Studie traten bei 3.285 Frauen Auffälligkeiten bei der Ultraschalluntersuchung auf, die sich nachträglich als völlig harmlos herausstellten. Bei 1.080 dieser Frauen erfolgte eine Operation, die bei 165 (15%) von ihnen mindestens eine schwerwiegende Komplikation wie eine schwere Infektion, eine Verletzung der Blase oder Herz-Kreislauf Probleme zur Folge hatte.

Diese exemplarischen Beispiele zeigen, dass zumindest die IGe-Leistung „vaginale Ultraschalluntersuchung zur Krebsfrüherkennung“ keinen Vorteil bringt; sie reduziert nicht die Wahrscheinlichkeit, an einem Gebärmutter- oder Eierstockkrebs zu sterben. Sie kann im Gegenteil aufgrund eines falsch-positiven Befundes zu einer Operation führen, die dann durch die bei jedem Eingriff möglichen Komplikationen die betroffenen Frauen schädigt.

In den Stellungnahmen sämtlicher nationaler wie auch internationaler Fachgesellschaften zu diesem Thema heißt es daher auch: ein Screening (Reihenuntersuchung) in Form einer Ultraschalluntersuchung beschwerdefreier Frauen zur Früherkennung eines Endometrium- oder Ovarialkarzinoms kann derzeit nicht empfohlen werden. Weder in Hochrisikogruppen noch in der allgemeinen Bevölkerung kann hierdurch die Sterblichkeitsrate gesenkt werden.

Prof. Dr. Peter Mallmann
Direktor der Universitätsklinik Köln
Leiter des Gynäkologischen Krebszentrums

Frauenselbsthilfe nach Krebs zeichnet Brustzentren aus

Für ihren herausragenden Einsatz bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen hat die Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) auf ihrer diesjährigen Bundestagung in Magdeburg drei Brustzentren ausgezeichnet.

Wenn die Diagnose Krebs lautet, dann stellen sich Betroffene unweigerlich die Frage: „Wo bekomme ich die beste Behandlung?“ Für Brustkrebspatientinnen scheint die Antwort leicht: in sogenannten Brustzentren. Das sind Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung von Brusterkrankungen spezialisiert haben, hohe Qualitätsanforderungen erfüllen und diese durch eine Zertifizierung unter Beweis stellen.

Das klingt gut, doch ganz so rosig sieht Karin Meißler, Bundesvorsitzende der FSH, die Versorgung brustkrebskranker Frauen nicht: „Wir müssen immer wieder feststellen, dass die Behandlung in den zertifizierten Zentren deutschlandweit sehr unterschiedlich ist – und das, obwohl überall die gleichen medizinischen Leitlinien zugrunde liegen und deren Befolgung nachgewiesen werden muss.“

Statt auf Kritik zu setzen, hat sich die FSH für einen anderen Weg entschieden. Sie zeichnet Krankenhäuser aus, die dem hohen Qualitätsanspruch, der mit der Zertifizierung als Brustzentrum verbunden ist, in besonderer Weise gerecht geworden sind und die außerdem eine gute Zusammenarbeit mit der FSH pflegen. Getroffen wurde die Auswahl anhand der Ergebnisse einer Patientenbefragung, die ein wissenschaftliches Institut im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft durchgeführt hat.

Zu den Geehrten gehören drei sehr unterschiedliche Zentren: das Brustzentrum Am Urban im Vivantes Klinikum Berlin, in dem jährlich ca. 480 Neuerkrankungen behandelt werden, das Brustzentrum im Marienkrankenhaus St. Wendel im Saarland mit jährlich ca. 170 Neuerkrankungen sowie das Brustzentrum Dresden-Neustadt der Städtischen Krankenhäuser Dresden mit jährlich ca. 90 Neuerkrankungen. „Die von uns prämierten Brustzentren beweisen, dass nicht das System oder knappe Kassen eine optimale Behandlung verhindern, sondern dass es Menschen in ihren jeweiligen Positionen sind, die die optimale Behandlung ermöglichen“, erläuterte Hilde Schulte, Ehrenvorsitzende der FSH, während des Festaktes.

„Für unser Team bedeutet diese Auszeichnung vonseiten der Selbsthilfe die höchste Anerkennung und damit Motivation, den beschrittenen Weg mit aller Kraft weiter zu gehen“, zeigte sich Prof. Dr. Andree Faridi, Leiter des Brustzentrums im Vivantes Klinikum Berlin über die Ehrung erfreut. Dr. Eberhard Müller, Chefarzt des Brustzentrums im Marienkrankenhaus St. Wendel, und Dr. Boris Marek, Leiter des Brustzentrum Dresden-Neustadt, schlossen sich dieser Aussage an.

Die FSH hofft im Interesse von Patientinnen, dass die Beispiele der drei nun geehrten Brustzentren Schule machen werden.

Redaktion perspektive

Ausschnitte aus der Arbeit des Bundesvorstands und seiner Referate der Monate September bis November 2012

Was hat uns bewegt? Was haben wir bewegt?

Durchführung

- von zwei Bundesvorstandssitzungen in Bonn und Kassel
- einer Klausurtagung in Bonn
- einer Strategiesitzung in Königswinter
- einer Gesamtvorstandssitzung in Kassel
- der konstituierenden Sitzung des neuen FSH-Fachausschusses
- eines Workshops „Moderation des Internetforums“ in Bonn
- eines Workshops für das Referat 1, „Schulung und Betreuung von Referentinnen“ in Kassel
- von acht Schulungen für Gruppenmitglieder
- von Gesprächen mit der Barmer GEK in Wuppertal und mit der AOK in Berlin

Mitwirkung

- an einer Klausurtagung der Vorsitzenden des Hauses der Krebs-Selbsthilfe in Kassel
- am Tag der Krebs-Selbsthilfe in Bonn
- an drei Sitzungen des Patientenbeirates der Deutschen Krebshilfe in Bonn
- an einer Sitzung des CCC-Netzwerk (Netzwerk Onkologischer Spitzenzentren)
- an den Patientenkongressen in Mainz und Kiel
- an einer Sitzung des Paritätischen in Berlin
- am Arbeitskreis „Chronische Erkrankungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG) in Berlin
- an dem Symposium „Möglichkeiten der Verbindung Schulmedizin – integrative Medizin“ der Charité Berlin in Stuttgart
- an dem Patiententag anlässlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) in Stuttgart
- an einer Pressekonferenz zum Thema „Liegezeiten im Krankenhaus“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in Berlin
- an einer Telefonaktion des Kölner Stadtanzeigers zum Thema Brustkrebs

Teilnahme

- an einer Sitzung des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) zum Thema „Mammachirurgie“ in Göttingen
- an einer Vorstandssitzung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) in Berlin
- an einer Veranstaltung der DKG zum Nationalen Krebsplan in Berlin
- am Parlamentarischen Abend der DKG in Berlin
- an einer Schulung der BAG zum Thema Vereinsrecht in Königswinter
- an einer Schulung der BAG zum Thema Datenschutz in Düsseldorf

Termine 2012/2013

(soweit bei Redaktionsschluss bekannt)

Dezember 2012

01.12.	LV NRW: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 2 in Dortmund
06. - 07.12.	Workshop „Telefon- und Onlineberatung“ in Kassel

Januar 2013

22.01.	Patientenkongress in Nienburg/Weser
31.01. - 02.02.	Gesamtvorstandssitzung in Hannover

Februar 2013

16. – 17.02.	LV Berlin/Brandenburg: Qualifizierung der Selbsthilfeberatung, Block 2 in Erkner
23.02.	Patientenkongress in Wuppertal

Der neue Bundesvorstand

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) hat einen neuen Bundesvorstand. Gewählt haben ihn die Delegierten der FSH Ende August während der diesjährigen Bundestagung in Magdeburg. Der Wahl vorangegangen war eine intensive Zeit der Suche nach geeigneten Kandidatinnen. Personen, die bereit sind, ein so aufwendiges Ehrenamt zu übernehmen, stehen dafür schließlich meist nicht Schlange.

Neben Karin Meißler, die bereits dem vorigen Bundesvorstand angehört hatte, fanden sich schließlich fünf weitere geeignete Kandidatinnen. Sie alle wurden bereits Monate vor der Wahl in die Arbeit des Bundesvorstandes eingeführt, um prüfen zu können, ob sie das Amt tatsächlich übernehmen möchten. Sie besuchten als Vertreterinnen der FSH Veranstaltungen oder begleiteten Workshops. Nach dieser „Erprobungsphase“ stellten sich dann alle fünf Neulinge mit voller Überzeugung für das Amt eines Bundesvorstandsmitglieds zur Wahl. Diese Bereitschaft wurde von den Delegierten honoriert. Sie wählten alle Kandidatinnen mit einer großen Mehrheit der Stimmen.

Die sechs Damen des neuen Bundesvorstandes kommen aus allen Teilen der Bundesrepublik: aus dem Nord-Osten Ulrike Voß-Bös, aus dem Nord-Westen Karin Meißler und Heide Lakemann, aus dem Westen Doris Niehaus-König, aus dem Osten Gisela Siegeris und aus dem Süden Susanne Volpers. Wie bei der Frauenselbsthilfe üblich und Voraussetzung für die Übernahme eines Amtes sind sie alle selbst von einer Krebserkrankung betroffen. Und sie alle leiten eine FSH-Gruppe.

Heide Lakemann, Jahrgang 1954, hatte ihren ersten Kontakt zur Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) bereits kurz nach der Diagnose ihrer Krebserkrankung im Jahr 2008. Von da ab besuchte sie die Gruppe Nordkreis-Diepholz, deren stellvertretende Leiterin sie im Februar 2011 wurde. Nur fünf Monate später übernahm sie auch das Amt der Kassiererin des Landesverbandes Niedersachsen.

Karin Meißler, Jahrgang 1953, wurde im Jahr 2006 – ein Jahr nach Diagnose ihrer Krebserkrankung – stellvertretende Leiterin der Gruppe Winsen/Luhe (seit 2009 ist sie deren Leiterin). Im Jahr 2007 übernahm sie auch das Amt der stellvertretenden Vorsitzenden des Landesverbandes Niedersachsen und 2009 wurde sie zur stellvertretenden Bundesvorsitzenden gewählt. Parallel arbeitete sie in diesen Jahren

Der neue Bundesvorstand von links nach rechts: Ulrike Voß-Bös, Heide Lakemann, Susanne Volpers (oben), Gisela Siegeris, Doris Niehaus-König, Karin Meißler

stellt sich vor

auch als Referentin für die Schulungsblöcke. Als im Jahr 2011 durch Wiedererkrankungen und Rücktritte der Bundesvorstand zusammenschmolz, hielt sie die Stellung und kümmerte sich gemeinsam mit Hilde Schulte (Ehrenvorsitzende der FSH) und Angelika Grudke (Vorsitzende des Landesverbandes Baden-Württemberg) intensiv um die Einarbeitung potenzieller Kandidatinnen für den Bundesvorstand.

Doris Niehaus-König, Jahrgang 1957, erkrankte bereits im Alter von 35 Jahren an Krebs. Weil sie ihren Beruf nicht länger ausüben konnte, ließ sie sich zur Übungsleiterin für „Sport in der Krebsnachsorge“ ausbilden und leitete ab 1995 zwei Gruppen mit einem entsprechenden Angebot in ihrer Heimatstadt Ibbenbüren. 2007 gründete sie auf Anregung des Brustzentrums Ibbenbüren einen Gesprächskreis für an Brustkrebs erkrankte Frauen. Im März 2008 wurde daraus offiziell eine FSH-Gruppe. Seit 2011 arbeitet Doris Niehaus-König auch in den Referaten „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“ sowie „Telefon- und Online-Beratung“ der FSH mit.

Susanne Volpers, Jahrgang 1946, traf die Diagnose Krebs erstmals 1984 und dann nochmals 1999. Voll eingespannt in ihren Beruf kam sie erst nach der zweiten Erkrankung zur FSH. Im Jahr 2000 übernahm sie die Leitung der FSH-Gruppe in Stuttgart, die eineinhalb Jahre vakant gewesen war. Mit Eintritt ins Rentenalter hat sie nun die Zeit und Möglichkeit, sich noch mehr in die Geschicke der FSH einzubringen und auch eine Aufgabe auf Bundesebene zu übernehmen.

Ulrike Voß-Bös, Jahrgang 1953, erkrankte 2009 an Krebs. Während der Anschlussheilbehandlung bekam sie den ersten Kontakt zur Frauenselbsthilfe, zunächst in der Gruppe Schwerin Schelfstadt. Später gründete sie eine eigene FSH-Gruppe in Crivitz. Mit Beginn ihrer Altersteilzeit hat sie nun die Zeit, sich noch stärker als bisher für die FSH zu engagieren.

Gisela Siegeris, Jahrgang 1953, ist die neue Schatzmeisterin der FSH - ein Glückstreffer für unseren Verband, denn sie ist gelernte Bilanzbuchhalterin. Die FSH lernte sie ein Jahr nach ihrer Krebsdiagnose im Jahr 2002 kennen. 2006 übernahm sie in der Gruppe Frankfurt/Oder das Amt der stellvertretenden Gruppenleiterin. Seit 2009 ist sie deren Leiterin. 2007 wurde sie außerdem stellvertretende Vorsitzende des LV Berlin/Brandenburg und Ende 2011 dessen Vorsitzende.

Redaktion perspektive

Der Landesverband Sachsen-Anhalt feiert 20jähriges Jubiläum

Im Oktober hat der FSH-Landesverband Sachsen-Anhalt in festlichem Rahmen sein 20jähriges Jubiläum gemeinsam mit zahlreichen Gästen gefeiert. Die Arbeit des Landesverbandes wurde unter anderem gewürdigt von der Vizepräsidentin des Landtages Sachsen-Anhalt, Dr. Helga Paschke. Gekommen waren neben den Gründungsmitgliedern auch Irmgard Ehrlich, die vor 20 Jahren als Mitglied des FSH-Bundesvorstandes die Gründungsveranstaltung besucht hatte, und Hilde Schulte, Ehrenvorsitzende der FSH.

Wir laufen dem Krebs davon – Auf Pilgerpfaden vom Seebad Heringsdorf nach Stralsund

Wie entkommt man am besten dem Bermudadreieck aus Fernseher, Couch und Depressionen? Da hilft Bewegung und das am besten in netter Gesellschaft. In Frankreich mit einer Gruppe krebskranker Frauen auf klassischen Wegen zu pilgern, wäre eine tolle Möglichkeit. Aber warum in die Ferne schweifen? Warum nicht einen „Jakobsweg“ vor der eigenen Haustür finden, da es doch in Mecklenburg-Vorpommern so wunderschöne Wälder, viele Seen und vor allem die unvergleichlichen Ostseestrände gibt?

Die Idee fand auf der Landestagung der Frauenselbsthilfe Mecklenburg-Vorpommern schnell begeisterte Anhängerinnen. Wir beschlossen eine gemeinsame Wanderung entlang der Ostsee vom Seebad Heringsdorf nach Stralsund. 120 Kilometer wollten wir dabei in sieben Tagen zurücklegen.

Gesagt getan: Anfang September 2012 brachen wir auf zum längsten Strandspaziergang unsers bisherigen Lebens: Wir, das sind 17 Frauen aus dem FSH-Gruppen Wolgast-Insel Usedom, Greifswald, Stralsund, Sassnitz, Rostock, Barth, Ferdinandshof, Demminer Land, Wismar und Berlin. Jeden Tag legten wir ca. 15 Kilometer zurück. Wir liefen entlang der Ostsee, am Strand, durch Felder, Wälder und Wiesen. Das Meer umspülte dabei nicht nur unsere Füße, sondern wir sprangen auch ganz hinein. Selbst eine wackelige Fahrt in einer „Nussschale“ zum Übersetzen auf die Halbinsel Devin hielt uns nicht ab, unser Ziel Stralsund zu erreichen.

Dass Bewegung hilft, sich selbst zu finden, haben wir auf unserem Marsch alle feststellen können. Nicht nur der Körper, sondern vor allem unsere Seele hat von diesem wunderbaren Erlebnis profitiert. Denn durch körperliche Aktivität wird der ganze Mensch positiv beeinflusst – und das schafft kein Medikament. Die nächste Wanderung haben wir daher schon geplant: auf Pilgerpfaden rund um die Müritz!

Sabine Kirton
Vorsitzende des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern

Auszeit

Oriah Mountain Dreamer, ein indianischer Stammesältester, schreibt:

Es interessiert mich nicht...

Es interessiert mich nicht, womit du deinen Lebensunterhalt verdienst.
Ich will wissen, wonach du dich sehnst und ob du es wagst,
davon zu träumen, das Sehnen deines Herzens zu erfüllen.

Es interessiert mich nicht, wie alt du bist.
Ich will wissen, ob du es riskieren willst, wie ein Verrückter nach Leben zu suchen,
nach deinen Träumen, nach dem Abenteuer, lebendig zu sein.

Es interessiert mich nicht, welche Sterne deinen Mond kreuzen.
Ich will wissen, ob du in Freude sein kannst, deiner oder meiner;
ob du ausgelassen tanzen und die Ekstase dich füllen lassen kannst
bis zu deinen Finger- und Zehenspitzen,
ohne dich in Vorsicht zurückzunehmen.

Es interessiert mich nicht, ob die Geschichte, die du erzählst, wahr ist.
Ich will wissen, ob du vertrauen und deshalb auch vertrauenswürdig sein kannst.
Ich will wissen, ob du Schönheit sehen kannst,
selbst wenn es nicht jeden Tag schön ist.

Es interessiert mich nicht zu wissen, wo du lebst oder wie viel Geld du hast.
Ich will wissen, ob du, matt und zerschlagen
nach einer Nacht in Kummer und Verzweiflung,
aufstehen kannst und tun, was für die Kinder nötig ist.

Es interessiert mich nicht, wer du bist, wie du herkamst.
Ich will wissen, ob du mit mir im Zentrum des Feuers stehen kannst
ohne zurückzuschrecken.
Es interessiert mich nicht, wo und was und mit wem du studiert hast.
Ich will wissen, was dich von innen stützt, wenn alles andere wegfällt.

Ich will wissen, ob du mit dir selber allein sein kannst und
ob du wahrhaftig die Gesellschaft deiner leeren Augenblicke liebst.

Helmut J. Salzer / pixelio.de

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.
Uta Büchner
Tel.: 03 38 41 - 3 51 47
u.buechner@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. : 0 23 35 - 68 17 93
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.