perspektive

Ausgabe 2/2015

- **Immuntherapie bei Krebs**
  Kann unser Abwehrsystem entartete Zellen vernichten?
- **Augen zu und durch?**
  Der Umgang mit Veränderungen des Körperbildes
- **Wichtig für mehr Lebensqualität**
  Krebsschmerzen wirksam bekämpfen

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

Magazin der Frauenselbsthilfe nach Krebs

3 Vorwort
4 Immuntherapie bei Krebs
Kann unser Abwehrsystem entartete Zellen vernichten?
8 Augen zu und durch? Der Umgang mit Veränderungen des Körperbildes
11 PIAT-Studie: Was Patientinnen und Patienten fehlt
12 Wichtig für mehr Lebensqualität – Krebsschmerzen wirksam bekämpfen
16 Was habe ich falsch gemacht? Krebs und die Frage nach der Schuld
19 Programm der Bundestagung 2015
20 Aktuelle Meldungen
22 Neue Reha-Konzepte für eine gute Rückkehr in das Berufsleben
25 Gruppenjubiläen/Ehrungen
26 Lossis Reha-Tagebuch – Von Günni, Jürgen und den Wechselfällen des (Reha-)Lebens
28 Kooperation ist wichtig – Die Frauenselbsthilfe im Brustzentrum
29 Was hat uns bewegt? Was haben wir bewegt?
30 Warum tue ich mir das an? Die Herausforderung einer 24-Stunden-Wanderung
31 Auszeit
32 Adressen

Impressum

Herausgeber:
Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

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

Verantwortlich im
Bundesvorstand:
Susanne Volpers

Redaktion:
Caroline Mohr

Gesamtherstellung:
Dietz Druck Heidelberg

Titelfoto: fotolia © Sunny studio · Seite 2: fotolia © Roxana

Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

vielleicht kennen Sie die Geschichte von dem Mann, der in der Fußgängerzone steht und alle zehn Sekunden in die Hände klatscht. Als ein Passant ihn fragt, was er denn da mache, antwortet er: „Ich vertreibe die wilden Elefanten." Erstaunt entgegnet der Passant: „Aber hier sind doch gar keine Elefanten." Worauf der klatschende Mann zufrieden lächelt und feststellt: „Sehen Sie, das Klatschen wirkt."

Diese kurze Erzählung stammt von dem berühmten Psychoanalytiker Paul Watzlawick, der die Überzeugung vertritt, dass jeder der Konstrukteur seiner eigenen Wirklichkeit ist. In der Geschichte wird einerseits die Abwehr oder Vermeidung einer gefürchteten Situation als die scheinbar vernünftigste Lösung dargestellt, andererseits aber das Fortbestehen des Problems garantiert, denn der Mann in der Geschichte muss ja immer weiter klatschen, damit die Elefanten nicht kommen.

Eine Krebserkrankung löst bei vielen Betroffenen Ängste aus. Diese können ganz unterschiedlicher Natur sein: Angst vor dem Sterben, Angst vor Schmerzen, Angst vor den Auswirkungen der Therapien, aber auch Angst davor, nicht mehr attraktiv zu sein. Beispiele für derartige Ängste finden sich in verschiedenen Beiträgen dieser Ausgabe unseres Magazins. Und es werden auch Strategien dargestellt, die Betroffene entwickeln, um mit diesen Ängsten klarzukommen. Womöglich werden wichtige Medikamente nicht eingenommen, um das Eintreten einer befürchteten Nebenwirkung zu vermeiden. Oder Partner werden zurückgewiesen, weil die Angst besteht, nicht mehr begehrenswert zu sein. Manchmal ist es daher lohnenswert, einen Blick auf den Umgang mit den eigenen Ängsten zu werfen. Kann es vielleicht sein, dass wir Elefanten durch Klatschen vertreiben?

Häufig ist die eigene Fantasie bedrohlicher als die Wirklichkeit. Wissen über die Krankheit, ihre Behandlungsmöglichkeiten und das, was man selbst tun kann, hilft gegen Ängste. Und auch offene Gespräche mit den behandelnden Ärzten und nahestehenden Menschen können zu der Erkenntnis beitragen, dass der wilde Elefant vielleicht nur eine kleine Maus ist.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine spannende und auch inspirierende Lektüre.

Ihre

Karin Meißler
Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Immuntherapie bei Krebs

Kann unser Abwehrsystem

Ziel der Entwicklung von Immuntherapien bei Krebserkrankungen ist es, das Abwehrsystem des Patienten so zu beeinflussen, dass es entartete Zellen vernichtet. Vergleichbar mit der erfolgreichen Kontrolle von Virusinfektionen soll eine Immunreaktion gegen die bösartigen Zellen ausgelöst werden. Dr. Johannes Heiders vom Universitätsklinikum Bonn informiert im folgenden Beitrag über verschiedene immuntherapeutische Ansätze und den aktuellen Forschungsstand.

Die Bedeutung des Immunsystems für die Überwachung entarteter Zellen war über Jahrzehnte umstritten. Intensive Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Tumorimmunologie und des Tumormikromilieus haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu einem fundamental verbesserten Verständnis tumorimmunologischer Abwehrmechanismen sowie des Versagens der Immunantwort im Kampf gegen Tumoren (Immune-Escape) geführt. Dieses Wissen findet sich bereits heute in der klinischen Routine im Sinne innovativer immuntherapeutischer Therapieansätze und Behandlungsstrategien wieder.

Bei einer erheblichen Anzahl von Tumorentitäten (Krebsarten) spielen diese immunologischen Therapiekonzepte, wie beispielsweise der Einsatz monoklonaler Antikörper oder immun-aktivierender Checkpoint-Antikörper eine zentrale Rolle. Die Rolle der Impfung gegen Krebs ist derzeit erst bei wenigen Entitäten etabliert, wird aber wahrscheinlich auch durch die neuen Checkpoint-Antikörper wieder an klinischer Bedeutung gewinnen. Zudem befinden sich derzeit viele Konzepte, vor allem vielversprechende Kombinationstherapien, in klinischer Erprobung. Viele dieser immuntherapeutischen Strategien führen zu einer deutlichen Verbesserung der Prognose von Tumorpatienten.

Immuntherapien sind aktuell in der Regel eine Ergänzung zu den bekannten Therapiemodalitäten wie Operation, Chemotherapie, Hormontherapie oder Strahlentherapie. Bei einer Vielzahl onkologischer Erkrankungen stellen sie aber bereits heute einen zentralen Bestandteil der Behandlungsstrategie dar, zumeist in Kombination mit einer etablierten Chemotherapie.

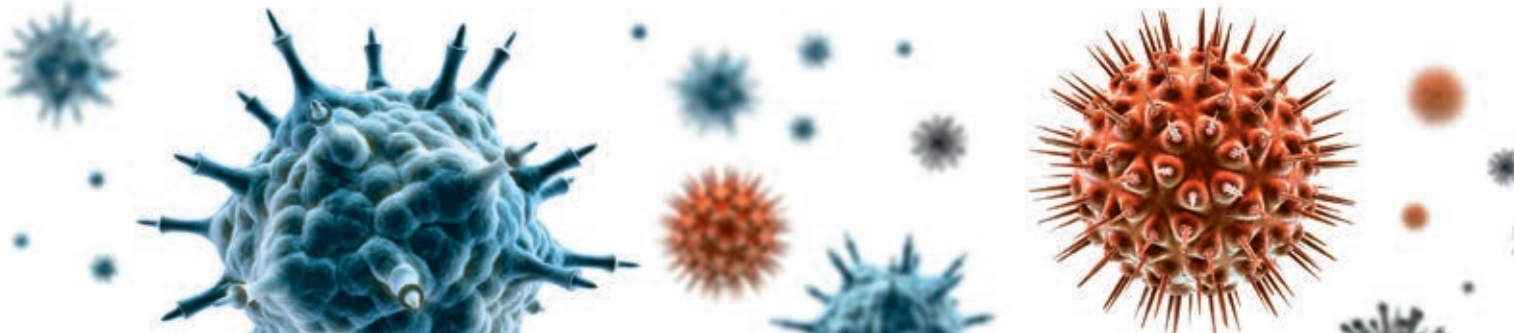
Welche Therapiekonzepte gibt es?

Generell können Immuntherapien in passive und aktive Therapiekonzepte eingeteilt werden. Zu den passiven Immuntherapiekonzepten gehören die monoklonalen Antikörper (im Labor hergestellt) sowie Botenstoffe, sogenannte Zytokine. Auch aktive Immunisierungsstrategien wurden in Behandlungsstrategien etabliert. Den meisten dürften die präventiv eingesetzten Impfungen gegen Hepatitis B und gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) bekannt sein. Außerdem werden zelluläre therapeutische Vakzine (Impfstoffe) eingesetzt, um den Körper dabei zu unterstützen, infiziertes Gewebe sowie kranke, gealterte oder anderweitig geschädigte Zellen und damit auch Krebszellen zu erkennen und zu entfernen.

Schließlich gibt es den sogenannten Immuntransfer mittels T-Lymphozyten. Dabei werden dem Körper gentechnisch veränderte T-Lymphozyten (Immunzellen) zugeführt, die nun einen auf das Krebsantigen passenden Antikörper-Rezeptor tragen.

Monoklonale Antikörper (mAb)

Die bekanntesten monoklonalen Antikörper sind Trastuzumab/Herceptin (Ziel-Antigen HER2/neu beim Mammakarzinom), Cetuximab und Panitumumab (Ziel-Antigen EGFR, u.a. bei Darmkrebs), Bevacizumab (Ziel-Antigen VEGF, u.a. bei Darm- und Lungenkrebs) sowie Rituximab (Ziel-Antigen CD20 bei Lymphomen). Um das Wirkpinzip solcher mAbs zu verstehen, ist



entartete Zellen vernichten?

Autor dieses Beitrags

Dr. Johannes Heiders,
Facharzt für Hämatologie und Internistische Onkologie
Universitätsklinikum Bonn

ein kleiner Blick hinter die Kulissen unseres Immunsytems notwendig.

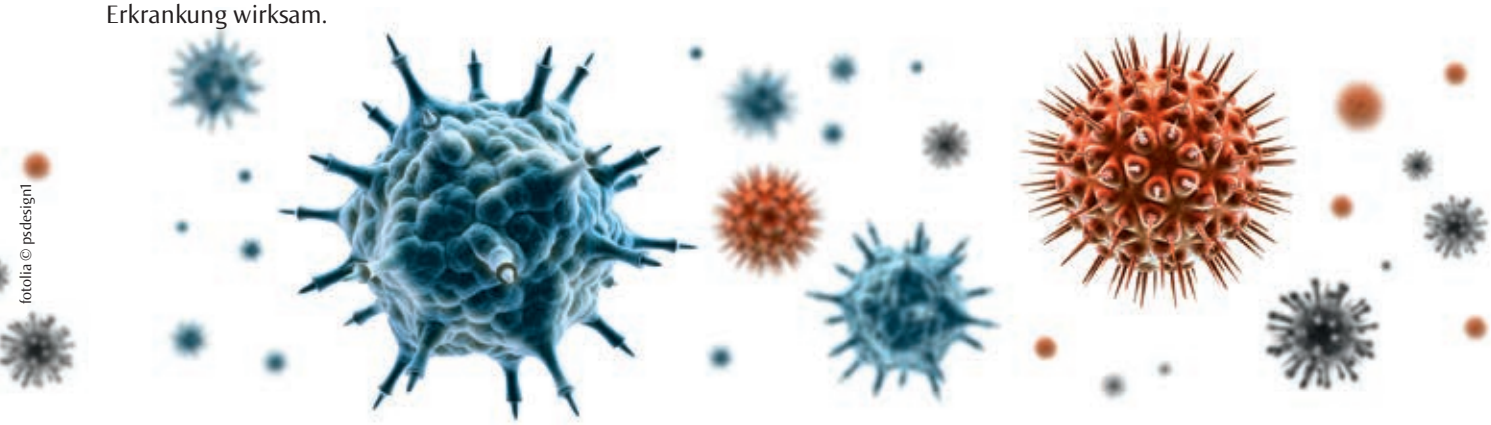
Antikörper sind Proteine, die in unserem Körper von B-Lymphozyten (einer Zellpopulation der weißen Blutkörperchen) als Reaktion auf bestimmte Stoffe oder Zellen gebildet werden und sich spezifisch gegen Antigene richten. Antigene sind antennenartige Strukturen auf den Oberflächen von Zellen, so zum Beispiel auch an der Oberfläche von Bakterien oder Tumoren, deren maßgeblicher Teil ein Polypeptid ist, das auch antigenes Epitop genannt wird. Wird ein Antigen bzw. dessen Epitop im Körper erkannt, kommt es in der Regel zur Bildung von spezifischen, d.h. nur auf dieses Antigen passenden Antikörpern, die sich im Schlüssel-Schloss-Prinzip an das Antigen binden. Das führt zu einer Sichtbarmachung der Zielzellen für das körpereigene Immunsystem. Hierdurch kann die Entstehung eines „Zellgifts“ (Zytotoxizität) ausgelöst werden, sodass die Zelle eliminiert wird, die das Antigen trägt.

Durch die Erforschung der monoklonalen Antikörper hat sich insbesondere für hoch-maligne CD20-exprimierende Non-Hodgkin-Lymphome (Behandlung mit Rituximab) oder für HER2/neu-positive Mammakarzinome (Behandlung mit Herceptin) die Prognose deutlich verbessert. Allerdings sind diese Immuntherapien, das haben Studien gezeigt, hauptsächlich bei Patienten mit einer niedrigen Tumorlast, frühen Stadien der Erkrankung oder einem niedrig malignen Verlauf der Erkrankung wirksam.

Immune-Escape

Das angeborene und erworbene Immunsystem muss normalerweise nicht nur Krankheitserreger erkennen, markieren und bekämpfen, sondern auch zwischen körpereigenen und körperfremden Zellen unterscheiden. Bei der Entstehung von Tumorzellen steht das Immunsystem vor der schwierigen Aufgabe zu erkennen, dass Tumorzellen körpereigene, aber zugleich auch entartete Zellen darstellen. Dabei spielen T-Lymphozyten – wie die B-Lymphozyten eine Zellpopulation der weißen Blutkörperchen – eine zentrale Rolle. So konnte für eine Vielzahl an Tumorentitäten gezeigt werden, dass Tumor-Antigen-spezifische T-Zellen im Blut der Patienten vorhanden sind. Dies zeigt, dass Tumoren grundsätzlich für das Immunsystem sichtbar sind.

Damit insbesondere T-Lymphozyten nicht versehentlich körpereigene Antigene angreifen, werden sie zunächst an ihrem Entstehungsort, dem Thymus (Organ des lymphatischen Systems), geprüft. Diese Prüfung gelingt aber nicht zu 100 Prozent, sodass auch T-Lymphozyten entstehen können, die gegen körpereigene Zellen gerichtet sind. Um solche Autoimmun-Phänomene zu vermeiden, bestehen im menschlichen Organismus verschiedene Toleranzmechanismen. Hier spielen T-Suppressor-Zellen eine zentrale Rolle. Das ist eine spezialisierte Untergruppe der T-Zellen, die die Funktion haben, die Aktivierung des Immunsystems zu unterdrücken.



fotolia © psdesign1

Immuntherapie bei Krebs

Kann unser Abwehrsystem

Dem Immunsystem gelingt es dann nicht in ausreichendem Maße, entartete Zellen zu identifizieren. Da sich Tumorzellen im Verlauf ihrer Teilung immer stärker verändern, entziehen sie sich der Aufmerksamkeit des Immunsystems irgendwann ganz. Erst dann kann der Tumor ungehindert wachsen: Dieser Prozess wird „Immune-Escape“ genannt.

Tumor-assoziierte Antigene (TAA)

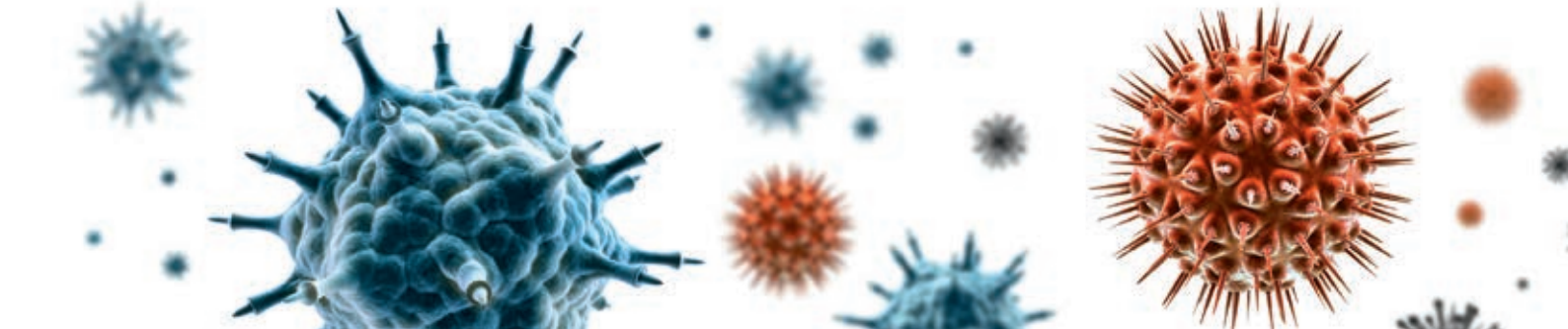
Die Tatsache, dass sich auch auf der Oberfläche von Tumorzellen spezifische Antigene bzw. Tumor-assoziierte Antigene (TSA oder TAA) befinden, dient als Ansatz der modernen Immuntherapien mit spezifischen monoklonalen Antikörpern. Die Tumor-Antigene gelangen bei vielen Tumorarten auch ins Blut oder fallen bei gezielten molekularbiologischen Gewebeuntersuchungen auf. Sie lassen sich deshalb als Tumormarker in der Labor-Diagnostik nutzen. Nur wenn eine Krebszelle Tumor-Antigene als „Signale“ exprimiert, d.h. auf ihrer Zelloberfläche präsentiert, kann eine gezielte Immunreaktion ausgelöst werden. Diese tumor-assoziierten Antigene reichen für eine natürliche Antikörperreaktion meist nicht aus, bieten jedoch das Ziel für eine Krebsbehandlung mittels monoklonaler Antikörper.

Die meisten Veränderungen in Tumorzellen kommen auch in gesunden Zellen vor, nur in anderer Form oder anderer Häufigkeit. Zum Beispiel können in Krebszellen Programme aus der Embryonalentwicklung wieder angeworfen werden, die nicht in eine „erwachsene“ Zelle gehören. Oder ein Merkmal wird durch die Vervielfachung seines Bauplans in der Erbsubstanz viel zu oft produziert. Diese sehr hohe Expression (das stark erhöhte Vorkommen) eines normalen Merkmals kann dann als Ziel-Antigen fungieren.

Die meisten zugelassenen Medikamente blockieren allerdings nicht die Krebszellen selbst, sondern krebstypische Vorgänge in deren Stoffwechsel, und hindern Tumorzellen auf diese Art am Wachsen. Ein Beispiel dafür sind Antikörper, die die Neubildung von Blutgefäßen zur Tumorversorgung verhindern. Diese Wirkstoffe nennt man Angiogenesehemmer.

Außerdem werden Antikörper entwickelt, die typische Botenstoffe aus Tumorzellen abfangen und so verhindern, dass andauernde Wachstumssignale immer weitere Zellteilungen auslösen. Ein Beispiel dafür ist Trastuzumab (Handelsname Herceptin): Manche Brusttumoren und auch manche Magenkrebszellen produzieren verstärkt den sogenannten HER2/neu-Rezeptor, was die Zelle besonders empfänglich für Wachstums- und Teilungssignale macht. Die zielgerichtete Immuntherapie besteht aus dem künstlichen Antikörper Trastuzumab, der passgenau auf dieses Ziel-Antigen hin entwickelt wurde. Er wirkt, indem er den HER2-Rezeptor-vermittelten Signalweg unterbricht.

HER2/neu ist bei etwa 20 bis 30 Prozent der Brustkrebs-Patientinnen sowie bei Patienten mit Magentumoren im Tumorgewebe überexprimiert. In geringerem Umfang findet sich das Merkmal HER2/neu allerdings auch auf gesundem Herzmuskelgewebe, sodass es hier zu Nebenwirkungen kommen kann.



entartete Zellen vernichten?

Checkpoint-Antikörper

Ein neuer Ansatz in der Immuntherapie sind auch Antikörper, die sich gegen die körpereigenen „Bremsen“ im Immunsystem richten. Diese „Checkpoint“-Antikörper bewirken, dass T-Lymphozyten Tumorzellen wieder erkennen und bekämpfen können. Zwei große Phase-III-Studien bei metastasierten Melanomen zeigen beispielsweise ein verlängertes Gesamtüberleben bei Patienten, die mit dem klonalen Antikörper Ipilimumab behandelt wurden. Dieser Therapieansatz birgt allerdings das Risiko, dass das Immunsystem auch gegenüber körpereigenen Zellen „überreagiert“ und gesundes Gewebe angreift. Das kann zu Nebenwirkungen führen wie Durchfall, Leberentzündungen oder Hautreaktionen. Die Behandlung ist daher nicht für Patienten mit einem schlechten Allgemeinzustand geeignet.

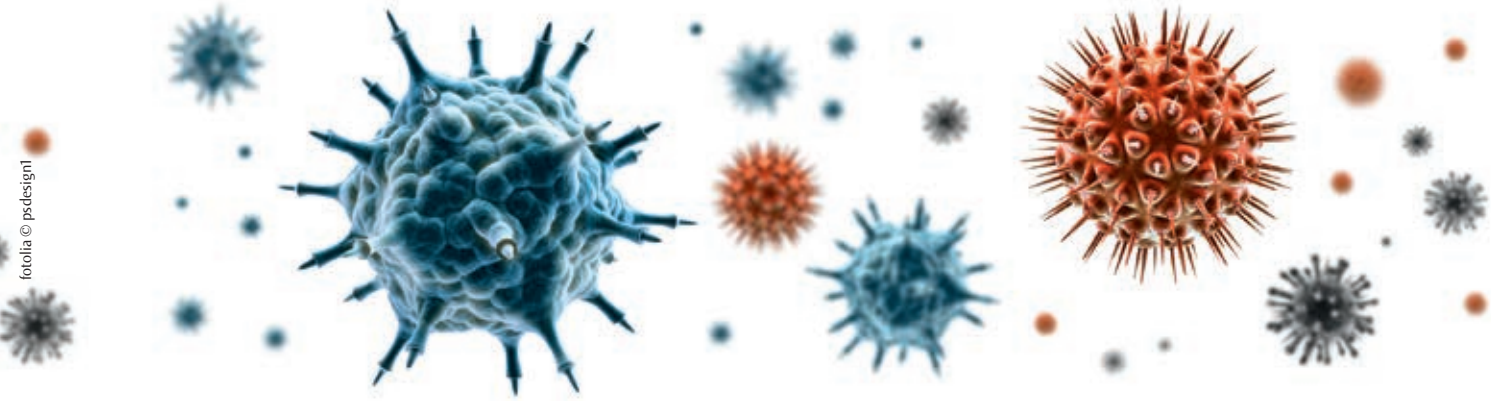
Fazit

Monoklonale Antikörper sind mittlerweile fester und erfolgreicher Bestandteil in Therapiekonzepten für die Behandlung von Patienten mit hämatologischen Neoplasien, z.B. Lymphomen, sowie mit soliden Tumoren, z.B. Mammakarzinomen. Dabei führte in der Regel die Kombination der Antikörper mit bereits bekannten bzw. bestehenden Chemotherapie-Regimen zu einer deutlichen Verbesserung des Therapie-Ansprechens.

In einigen Fällen sind die monoklonalen Antikörper auch als gut verträgliche Monotherapie (alleinige Therapie) zugelassen, meist als Erhaltungstherapie nach erfolgreicher Kombinations-Therapie. Neben den bereits in Deutschland für die antitumorale Immuntherapie zugelassenen monoklonalen Antikörpern, befindet sich aktuell eine Vielzahl weiterer monoklonaler Antikörper in der Entwicklung oder bereits in der klinischen Erprobung. Hierbei liegt der Fokus nicht mehr nur auf der Entdeckung neuer Tumor-assoziierter Ziel-Antigene und der Konstruktion eines passenden Antikörpers, der eine spezifische Therapie ermöglicht. Vielmehr werden für bekannte Antigene viele monoklonale Antikörper generiert und getestet, die durch kleine Modifikationen in der Antikörper-Konstruktion das Ansprechen oder die Verträglichkeit verbessern sollen.

Am vielversprechendsten erscheinen derzeit die immun-modulatorischen Checkpoint-Antikörper, durch die man bei vielen Tumorentitäten eine deutliche Erweiterung und Verbesserung der Therapien erreicht hat und weiterhin erwartet. Diesbezüglich laufen bereits multiple klinische Studien für verschiedene solide Karzinome.

Die Immuntherapie wurde 2013 vom Magazin “Science” als Durchbruch des Jahres bezeichnet. Wir dürfen gespannt sein, welche Therapiemöglichkeiten und -erfolge durch neue monoklonale Antikörper, deren Kombination untereinander und mit etablierten Therapien sowie vor allem durch die Checkpoint-Blockade in Zukunft noch erreicht werden.



fotolia © psdesign1

Augen zu und durch?

Der Umgang mit Veränderungen

„Augen zu und durch" ist ein Satz, der von Patientinnen nach dem Schock einer Tumordiagnose und dem Chaos der Gefühle und Ängste häufig geäußert wird. Verstecken geht nicht, Entscheidungen müssen getroffen werden. Dazu gehören meist eine Operation und zusätzliche Behandlungen wie Strahlen- oder Chemotherapie. Dabei kommt es häufig auch zu einer Veränderung des Körperbildes.

Warum es wichtig ist, damit einen guten Umgang zu finden, beschreibt Martina Kern, Leiterin des Zentrums für Palliativmedizin im Bonner Malteser Krankenhaus, im folgenden Beitrag.

Augen zu und durch! Was verbirgt sich eigentlich hinter diesem Satz, den wir vermutlich alle kennen? Es ist eine Strategie, Unangenehmes hinter sich zu bringen, sich auf Wesentliches zu konzentrieren, ohne dabei die Randbedingungen einzubeziehen. Wesentlich ist angesichts einer lebensbedrohlichen Erkrankung zunächst einmal der Blick auf die Prognose. Weitere Fragen, z.B. *„Wie werde ich aussehen, werde ich noch akzeptiert und geliebt sein?"*, sind zwar bedeutsam, stehen aber angesichts der Überlebensfrage nicht im Mittelpunkt. Deshalb werden sie als Randthemen oft ausgeblendet und nicht gestellt. *„Erst mal die Behandlung durchstehen, jetzt nicht zu viel denken, später kommt dann alles Weitere"*, erzählte mir beispielsweise Marita L. in einem Gespräch und beginnt tapfer die vorgeschlagene Therapie.

Und dann geht es durch und durch: Mein Körper hat sich verändert

„Als ich mich an die Behandlungen gewöhnt hatte, schaute ich eines Tages in den Spiegel und erkannte mich plötzlich nicht wieder: Das, was ich sah, waren die Narben, der veränderte Körper. Es ging mir durch und durch: Das bin ich? Das ist mein Körper? Ich fühlte mich erschöpft und hässlich", schildert Marita L. ihre damaligen Gefühle. *„Mein Sohn heiratet in der kommenden Woche. Da kann ich so nicht hingehen. Und dabei habe ich das Kleid gemeinsam mit meiner Schwiegertochter ausgesucht. Wir hatten viel Spaß dabei. Keiner versteht mich. Es ist doch alles schon viel besser als noch vor einem Jahr, sagen alle."* Das Thema der Körperbildveränderung wird plötzlich zu einem wesentlichen Lebensthema für Marita L. Es erschüttert sie bis ins Innerste.

Hilfreich für das Verständnis des oben geschilderten Gefühlschaos ist es zu wissen, dass das Körperbild sich nicht nur aus dem äußerlich Sichtbaren und damit Objektivierbaren, sondern aus der Körperrealität, der Körperwahrnehmung und der Körperpräsentation zusammensetzt, die miteinander in Beziehung stehen. Die Körperrealität beschreibt den Körper, wie er ist, die Körperwahrnehmung, wie der Mensch sich in und mit seinem Körper wahrnimmt, und die Körperpräsentation, wie er den Körper darstellt und nach außen zeigt.

Dieser Dreiklang aus Wahrnehmung, Realität und Selbst-Darstellung unterliegt im Laufe des Lebens vielen Einflüssen und muss immer wieder ausbalanciert werden. Er hat entscheidenden Einfluss auf das Selbstwertgefühl und die Selbstwahrnehmung. Bis zu einem bestimmten, individuell unterschiedlichen Grad können Menschen eine gute Balance herstellen. Werden Veränderungen und Beeinträchtigungen jedoch zu groß und klaffen Körperwahrnehmung und Körperrealität zu weit auseinander, dann dekompensiert der Mensch, das heißt, die Symptome der Dysbalance, des Ungleichgewichts treten offen zutage.

Äußerlich ist alles in Ordnung – doch innerlich besteht ein Gefühl der Haltlosigkeit

Marita L. ist tief erschüttert. Äußerlich ist doch alles in Ordnung; die Narben beginnen zu verblassen, der Brustaufbau ist gut gelungen und die Behandlung der Erkrankung ist erfolgversprechend. Trotzdem fühlt sie sich unattraktiv, innerlich entfremdet, haltlos. Sie versteht sich selbst nicht mehr. Ihre Familie und ihre Freundinnen sind ihr in dieser Situation kein Halt. Sie zieht sich mehr und mehr in sich zurück, will sich ihrem Umfeld nicht mehr zumuten aus Sorge, abgelehnt zu werden. Gleichzeitig sehnt sie sich nach Zärtlichkeit und Nähe. Sie findet keine Worte. Ihre bekannte Strategie „Augen zu und durch" versagt in dieser Situation.

Sprach- und Hilflosigkeit kennzeichnen oft die Situation von Patientinnen, wenn es um das

des Körperbildes

Thematisieren des veränderten Körperbildes, der Sehnsucht nach Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität geht oder auch den Verzicht darauf. Manchmal sind Wunsch und Abwehr gleichzeitig vorhanden. Hier wird der Riss deutlich, der durch das Leben gegangen ist, der teilt in gesunde und kranke Anteile, in Rollen und Erwartungen. Was bleibt, ist oft eine große Einsamkeit.

Sexualität – darüber spricht man nicht

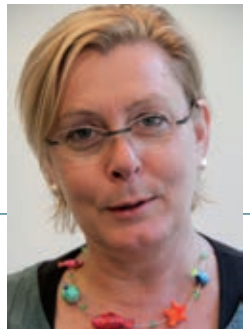
Ist es in gesunden Tagen schon schwierig, Fragen zum Thema Sexualität zur Sprache zu bringen, wird dies während der Erkrankung noch verstärkt – und wenn Gespräche stattfinden, so werden sie oft auf körperliche Funktionstüchtigkeit oder die Körperpräsentation reduziert. *„Gut siehst Du aus“*, ist ein Satz, den viele Patientinnen hören, wenn sie sich hübsch zurechtgemacht wieder in die Öffentlichkeit begeben. *„Man sieht Dir die Erkrankung kaum an...“*. Und dennoch: Nichts ist wie vorher. Vieles im Körper fühlt sich anders an, was außen nicht sichtbar (Körperrealität) und dennoch so präsent gefühlt ist (Körperwahrnehmung).

Ist die Erkrankung sichtbar und nicht zu verbergen, wie z.B. bei einem entstellenden Tumor, dann leiden Patientinnen vielfach darunter, dass niemand das Thema anspricht, obwohl es offen - sichtlich ist. Gründe sind das gesellschaftliche Tabu, über körperliche Veränderungen, Sehnsüchte und Sexualität zu sprechen, aber auch Scheu und Scham, die sowohl bei den Betroffenen selbst als auch bei Partner und Partnerin, Freunden, Familienmitgliedern sowie Behandlerinnen und Behandlern vorhanden sind. So sagte mir der Ehemann einer Patientin: *„Ich spreche das Thema meiner Wünsche nach Nähe, mein Begehren nicht an. Ich möchte meine Frau nicht bedrängen.“* Und ein Arzt erläuterte mir vor kurzem in einer Fortbildung zum Thema Körperbildveränderungen und Sexualität bei fortgeschrittener Tumorerkrankung: *„Für mich ist es doch auch ein Tabu, über diese Thematik zu sprechen. Warum sollte ich sie dann von mir aus anschneiden? Ich warte darauf, dass Patientinnen mich fragen... .“* Auf die Nachfrage, wie häufig ihn Patientinnen denn auf das Thema angesprochen hätten, sagte er: *„Bislang noch nie.“*

Untersuchungen zeigen, dass sich die Mehrzahl (86,4%) der Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung Gespräche mit ihren Behandlerinnen und Behandlern über den Themenkomplex wünschen, aber nur einer von zehn ein Gesprächsangebot des Arztes erhält.

fotolia © auleena

Autorin
dieses Beitrags



Martina Kern,
Leiterin Zentrum für Palliativmedizin Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/ Rhein-Sieg und ALPHA Rheinland

Augen zu und durch? Der Umgang mit Veränderungen des Körperbildes

Im Gespräch kann Marita L. ihre Zerrissenheit in Worte fassen. *„Ich verstehe mich ja selber nicht. Mein Mann ist so verständnisvoll; er hält sich in allem zurück; versucht, mir jeden Wunsch von den Lippen abzulesen. Und dafür liebe ich ihn. Und gleichzeitig stoße ich ihn zurück, bin ungerecht ihm gegenüber; unterstelle ihm, er hätte kein Interesse mehr an mir. Ich kann mich selbst nicht leiden.“*

Die Augen öffnen – aufmerksam sein

Sie spricht über ihre Ängste; den Körper, der ihr fremd geworden ist; dass sie das Vertrauen in sich selbst verloren hat, weil sie nicht weiß, wie sie mit der Situation umgehen soll. Und sie spricht über ihr Staunen, dass sie diese Zerrissenheit zu diesem Zeitpunkt nicht erwartet hat, jetzt, da es ihr doch eigentlich viel besser geht. *„Dieses Hin und Her kenne ich sonst gar nicht von mir.“*

Um Patientinnen und Patienten sowie deren Familien gut zu unterstützen, ist es wichtig, dass z.B. in der Behandlung oder psychologischen Begleitung das Thema Körperbildveränderungen und damit verbundene Fragen, Sehnsüchte und Abwehrhaltungen nicht umgangen werden.

Wenn diejenigen, die Krebspatienten betreuen bzw. unterstützen, für sich selbst zu der Entscheidung gelangt sind, in den Dialog treten zu wollen, Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und sogar Gesprächsangebote direkt zu formulieren, wird es auch an der jeweiligen Empathie liegen, ob derartige Gespräche gelingen. Eine wichtige Voraussetzung ist außerdem, den Betroffenen deutlich zu signalisieren, dass man sie achtet und respektiert in ihrem Anliegen und ihr Problem keinesfalls bagatellisiert. Und es ist auch wichtig, eigene Impulse wie Neugier oder Identifikation zu erkennen. Unsere Haltung zu unserem eigenen Körperbild, unsere gelebte, nicht gelebte oder frustrierte Sexualität bestimmen das Gespräch mit.

Hier ist es wichtig, die Augen zu öffnen und aufmerksam für den anderen zu sein. Im Vordergrund sollte stehen, die Patientin oder den Patienten wahrzunehmen als Menschen mit dem Bedürfnis nach Nähe, Intimität, Verlangen. Scham zieht sich häufig als ein zentrales Thema durch viele Gespräche, doch sie bieten oft Raum für eine große Entlastung.

Dazu benötigen wir Begleiterinnen und Begleiter, die auch Mut haben, ins Gespräch zu gehen. Vielleicht braucht es da bei uns ein: *„Augen zu und durch – Verstecken hilft nicht“*, um den ersten Schritt tun zu können.

fotolia © Paolese

PIAT-Studie
Was Patientinnen und Patienten fehlt

Welche Schwächen, aber auch Stärken erstmals an Brustkrebs erkrankte Patientinnen und Patienten in einem Brustzentrum auffallen und was ihnen im Versorgungsablauf fehlt, wurde im Rahmen eines Forschungsvorhabens des Nationalen Krebsplans mit dem Schwerpunkt Patientenorientierung ermittelt. Gefördert wurde die vom IMVR* eingereichte PIAT-Studie (breast cancer patients' information and training needs) vom Bundesministerium für Gesundheit. Die Frauenselbsthilfe nach Krebs hat als Kooperationspartner den Aufbau und die Durchführung der Studie begleitet. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Befragung sollen zu geeigneten Maßnahmen führen, um ggf. beklagte Mängel zu beseitigen.

An der PIAT-Studie waren 44 Brustzentren an 60 Standorten beteiligt, 1359 Fragebogen konnten ausgewertet werden. Die Studie ist der Fragestellung nachgegangen, wie hoch der Bedarf an Informations- und Schulungsmaßnahmen ist, mittels derer sich die Patientenkompetenz von Brustkrebspatientinnen und -patienten erhöhen lässt. Die Erhebung erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten: Die erste Befragung fand bei Entlassung aus dem Krankenhaus statt (T1), die zweite während der Nachbehandlung nach zehn Wochen (T2) und die dritte nach Abschluss der Primärbehandlung nach 40 Wochen (T3).

Auffallend war bei der ersten Befragung, dass sich etwa 50 Prozent der Patientinnen und Patienten mehr Informationen zu den Themen Nebenwirkungen, Medikamente, Ernährung, körperliche Belastung im Alltag, Entspannungsübungen, Bewegung und Sport gewünscht hätten; zu Naturheilverfahren waren es sogar 58 Prozent. In der zweiten Befragung nach zehn Wochen änderten sich die Zahlen kaum. Bei der dritten Befragung gingen sie leicht zurück, stiegen jedoch in den Bereichen Medikamente und Nebenwirkungen weiter an.

Unerfüllte Informationsbedürfnisse zeigten sich über alle Befragungsabschnitte bezüglich Nachsorge mit 56 Prozent, Langzeit-Nebenwirkungen mit 66 Prozent und Vererbbarkeit mit 45 Prozent. Gleichbleibend über den gesamten Befragungszeitraum bezeichneten es Betroffene als schwierig zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind.

In den Befragungsergebnissen spiegeln sich durchaus Erfahrungen aus dem Gruppenalltag der Frauenselbsthilfe nach Krebs wider. Auch hier beklagen Betroffene Informationsdefizite, die sich schmerzlich in ihrem Alltag bemerkbar machen und auf Dauer belastend wirken.

Im Februar 2015 hat mit Vertretern von Brustzentren unter Federführung der Deutschen Krebsgesellschaft ein Workshop zur Präsentation und Diskussion der Studienergebnisse stattgefunden, um Maßnahmen zu entwickeln, die den Informationsbedürfnissen von Brustkrebspatientinnen und -patienten Rechnung tragen. Als Beteiligte im Zertifizierungsverfahren für Brustzentren wird die Frauenselbsthilfe nach Krebs nun ein besonderes Augenmerk darauf legen, ob die dort erarbeiteten Aspekte Berücksichtigung finden.

Hilde Schulte
Ehrenvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs und Zielesprecherin im Nationalen Krebsplan

**IMVR = Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln*

istock © Steve Debenport

Wichtig für mehr Lebensqualität

Krebsschmerzen wirksam

Unter Tumorschmerzen verstehen Mediziner Schmerzen, die im Rahmen einer Krebserkrankung auftreten. Sie können die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränken. Wir haben Privatdozent Dr. Stefan Wirz, Sprecher des Arbeitskreises Tumorschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft, gefragt, wie Tumorschmerzen heutzutage therapiert werden und worauf Patienten achten sollten.

Würden Sie der Aussage zustimmen, dass heute 90 Prozent aller Tumorpatienten erfolgreich schmerztherapeutisch behandelt werden können?

Dies ist glücklicherweise so richtig. Schmerzmediziner verfügen über ein breites Repertoire verschiedener Schmerztherapieverfahren. Dies beginnt mit der Gabe von schmerzstillenden Medikamenten, welche bereits eine hohe Erfolgsrate aufweisen. Hat man damit keinen Erfolg, stehen sogenannte minimalinvasive Verfahren zur Verfügung. Dabei handelt es sich um „Spritzentechniken“, die in den Körperregionen angewendet werden, wo der Schmerz sitzt oder an den Nerven, die für die Schmerzweiterleitung aus den schmerzenden Körperregionen zuständig sind. Außerdem kann der Schmerzmediziner die Brücke zur Fachrichtung der Psychoonkologie schlagen, wenn es um die Verarbeitung der Tumorsituation und ihre Einflüsse auf die Schmerzwahrnehmung geht.

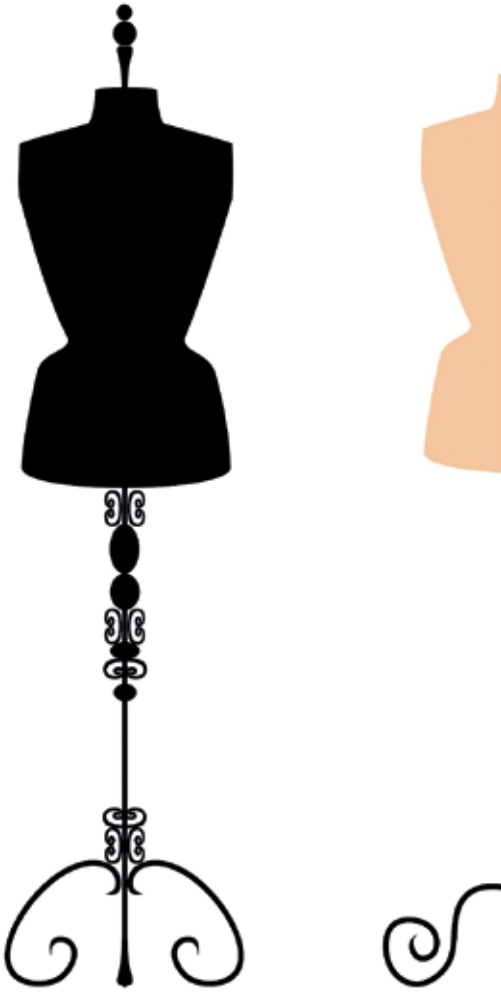
Deutschland hat den Ruf, dass Schmerzpatienten deutlich unterversorgt sind. Trifft das auch auf Tumorpatienten zu?

In den vergangenen 15 Jahren hat sich sehr viel getan. Dennoch stimmt Ihre Einschätzung. Bei den „Nicht-Tumor-Schmerzen“ rechnen wir mit 2,2 Millionen Patienten, die in der gegenwärtigen Versorgungslage nur zu einem Bruchteil Zugang zu einer adäquaten Schmerztherapie erhalten. Ähnlich ist es auch bei Tumorschmerzen, was umso fataler ist, als bei einigen Patienten nur eine begrenzte Zeit gegeben und ein frühes Handeln erforderlich ist.

Nach verschiedenen Studien soll die Zahl unterversorgter Tumorschmerzpatienten ca. 50 Prozent betragen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass hierbei erhebliche regionale Unterschiede bestehen. So sind Menschen in Ballungszentren besser gestellt als in großflächigen Regionen mit niedriger Bevölkerungsdichte. Hierbei ist der Ansatz der SAPV und AAPV, also der spezialisierten bzw. ambulanten Palliativversorgung eine segensreiche Lösung, welche jedoch bevorzugt Patienten in einem weit fortgeschrittenen Tumorstadium anspricht. Wir benötigen aber außerdem eine frühere Behandlung von Tumorpatienten, die bereits während der Tumortherapie unter Schmerzen leiden. Hier ist der Schmerzmediziner gefordert.

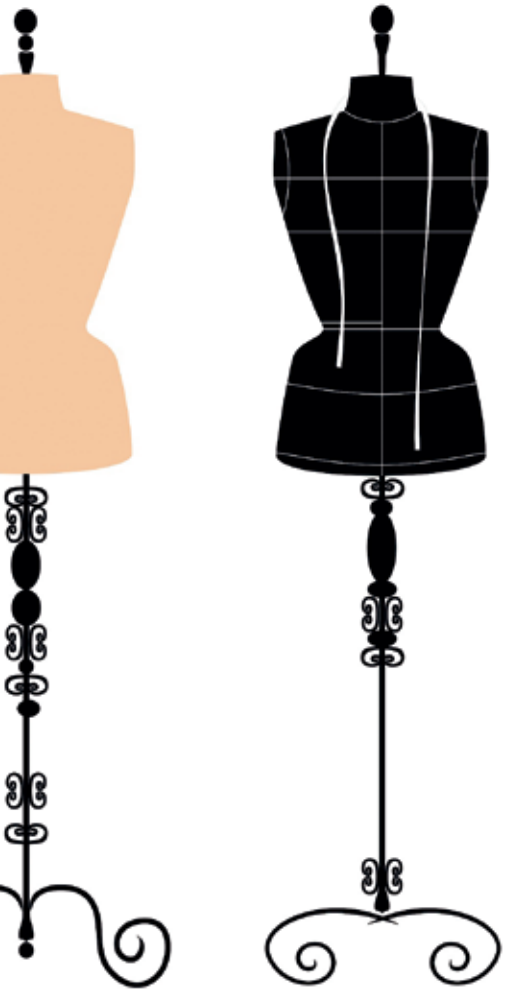
Was können die Ursachen für die schmerztherapeutische Unterversorgung von Tumorpatienten sein?

Es gibt verschiedene Gründe: Oft ist den Patienten gar nicht bewusst, dass es Schmerzmediziner gibt. Häufig höre ich den Satz: „Hätte ich doch schon früher gewusst, dass es hier eine Schmerzambulanz gibt! Dann wäre



bekämpfen

mir viel Leid(en) erspart worden.“ Andererseits erfahren die behandelnden Onkologen oder auch Hausärzte nicht, dass ihre Patienten unter Schmerzen leiden. Gründe dafür sind, dass entweder nicht nachgefragt wird, da ja eine Tumorbehandlung im Vordergrund steht und nicht die Begleiterscheinung Schmerz, oder dass Patienten ihre behandelnden Ärzte nicht informieren. Dahinter steht wiederum die Angst, dass dann eine Tumorbehandlung weniger konsequent durchgeführt wird oder dass der Patient den Arzt nicht „enttäuschen“ möchte, wenn er von unangenehmen Symptomen berichtet. Weitere Gründe sind die mangelnde Ausbildung in Schmerzmedizin, was sich aber zum Glück durch die Einführung des Pflichtfachs Schmerz in der studentischen Ausbildung schrittweise verbessern wird. Selten stehen andere Ängste einer effektiven Therapie entgegen wie z.B. die Angst vor Sucht, vor Nebenwirkungen oder vor einer Stigmatisierung.



fotolia © nataliafrei

Gibt es eine Leitlinie zur Behandlung von Tumorschmerzen und wenn ja, ist sie den Ärzten, die Tumorpatienten behandeln, in ausreichendem Maße bekannt?

Es gibt seit Jahrzehnten das sogenannte Stufenschema der World Health Organisation (WHO-Stufenschema). Außerdem wurde ganz aktuell eine Leitlinie Palliativmedizin veröffentlicht, die in einem Kapitel auch auf die Schmerzmedizin eingeht. Es handelt sich dabei allerdings um die Übertragung einer europäischen Palliativveröffentlichung. Die Deutsche Krebsgesellschaft erarbeitet zudem eine Leitlinie Supportiv-Therapie. Die Deutsche Schmerzgesellschaft konstituiert sich derzeit in der Erfassung des Bedarfs weiterer Leitlinien.

Wie auch immer, jeder deutsche Arzt kann auf ausreichendes Informationsmaterial hinsichtlich der Tumorschmerzbehandlung zurückgreifen. Der Arbeitskreis Tumorschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft hat öffentlich zugängliche Materialien für alle Interessierte zusammengestellt. Insofern müsste jedem Arzt zumindest bekannt sein, wo er entsprechende Informationen für die „richtige“ Behandlung findet. Schließlich kann sich nicht jeder Arzt auf dieses Thema spezialisieren.

Sie führen das WHO-Stufenschema an. Was versteht man darunter?

Das WHO-Stufenschema beschreibt konkret, welche Substanzen und Verfahren man zur Behandlung von Tumorschmerzen einsetzen kann. Dabei wird entsprechend der Schmerzstärke bzw. Wirksamkeit der aktuellen Therapie die Schmerztherapie verstärkt, bis eine ausreichende Schmerzfreiheit erzielt ist. In der ersten

Wichtig für mehr Lebensqualität

Krebsschmerzen wirksam

Stufe kommen z.B. sogenannte Antirheumatika zum Einsatz, wie das Diclofenac oder die Substanz Novaminsulfon. Ist dies nicht ausreichend, werden zunächst schwach wirkende Opioide, also morphinähnliche Stoffe, gegeben. Sollten diese nicht wirken, dann geht man über zu stärker wirksamen Opioiden.

Was ist der Unterschied von kausaler und symptomatischer Schmerztherapie?

Eine kausale Therapie zielt auf den „Grund" ab, also die Beseitigung des Tumors selbst. Die symptomatische Behandlung behandelt das, was der Tumor oder auch die „kausale" Therapie verursachen kann, nämlich Schmerzen und weitere unangenehme Erscheinungen wie Übelkeit oder Verstopfung. Die Behandlung dieser „Kollateralschäden" ist wichtig für die Erhaltung der Lebensqualität der Patienten und hilft, eine kausale Therapie, also die zur Beseitigung des Tumors, konsequenter anzuwenden. Dies nützt dem Patienten.

Es gibt neuropathische, viszerale, Weichteil- und Knochenschmerzen. Sind diese Schmerzarten alle gleichermaßen gut zu behandeln?

Neuropathische Schmerzen sind Nervenschmerzen, die durch die Behandlung des Tumors oder durch das Tumorwachstum selbst erzeugt werden. Sie sind sehr hartnäckig und beunruhigend, z.B. durch spontane Attacken oder brennende Missempfindungen. Viszerale Schmerzen, Weichteil- und Knochenschmerzen stellen Gewebeschmerzen dar. Beide Schmerzarten können unterschiedlich behandelt werden. Die Behandlung von Nervenschmerzen ist besonders schwierig, aber auch Gewebeschmerzen können bei bestimmten Tumorarten, wie z.B. dem Sarkom, ebenso problematisch zu behandeln sein. Wenn Medikamente nicht ausreichen, sollte der Schmerzmediziner minimalinvasive Verfahren, „Spritzentechniken" im weiteren Sinne, anbieten.

Gilt heute, genau wie bei der Tumortherapie, dass die Schmerztherapie maßgeschneidert sein muss?

Trotz eines WHO-„Schemas" muss eine Tumorschmerztherapie individuell auf den Patienten zugeschnitten werden. Schmerzmediziner haben daher ein größeres Zeitkontingent für die Eingangsuntersuchung als andere Mediziner und können so besser analysieren, was der Patient konkret benötigt. Einbezogen in die Auswahl der Therapieverfahren werden Vorerkrankungen, wie z.B. des Magens oder eine Gefäßerkrankung, Unverträglichkeiten und Symptome wie Schwindel oder Müdigkeit.

Kann es auch bei Tumorpatienten zu einer Chronifizierung der Schmerzen kommen?

In den gängigen Lehrbüchern findet sich häufig eine Dreiteilung von Schmerz als Akutschmerz, chronifizierter Schmerz und Tumorschmerz, die impliziert, dass sich diese Schmerzarten gegenseitig ausschließen, also nicht gemeinsam auftreten. Aber natürlich kann es auch bei Tumorschmerzpatienten zur Schmerz-Chronifizierung kommen.

Welche Konsequenzen ergeben sich für die Behandlung bei einer Chronifizierung von Schmerzen?

Tritt bei einem Tumorschmerzpatienten ein Chronifizierungsprozess ein, ist es sehr wichtig, dass dieser erkannt wird, denn die Betroffenen werden dann eher einem multimodalen Behandlungskonzept mit all seinen Facetten zugeführt. Dies umfasst die Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen. Zu der medikamentösen Therapie und minimalinvasiven Verfahren kommt dann auch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Kunst- oder Musiktherapie.

bekämpfen

Wie stark spielt die Psyche in die Wahrnehmung der Patienten hinein?

Angst, Depression und sozialer Rückzug sind typische Schmerzverstärker. Zumal der Tumorpatient nachvollziehbarerweise hinsichtlich seiner Körperwahrnehmung vermehrt aufmerksam ist, kann es zu einem – wie wir es benennen – hypervigilanten Wahrnehmungszustand hinsichtlich Schmerzen kommen. Dies führt zu einer subjektiven Schmerzverstärkung, was nichts mit „Simulieren" zu tun hat, sondern mit inneren Lernprozessen. Man muss dabei bedenken, dass Tumorerkrankungen häufig den Schmerz als Erstsymptom zeigen. Damit wird die Schmerzstärke mit dem Fortschreiten eines Tumors assoziiert. Dem ist aber nicht zwingend so.

Spielen Antidepressiva eine Rolle bei der Schmerztherapie?

Antidepressiva finden in der Schmerzmedizin – übrigens zusammen mit Antiepileptika – häufig Anwendung zur Behandlung von Nervenschmerzen. Ganz deutlich: Wir setzen sie nicht zur Behandlung depressiver Zustände ein, dafür sind andere Fachrichtungen besser spezialisiert. Geht es um Depression, ziehen wir den Psychoonkologen zu Rate. In unserem Haus übernimmt dies unsere Schmerzpsychologin, die dafür das entsprechende Fachwissen besitzt.

Sind Patienten ggf. auch selbst schuld an einem ausbleibenden Therapieerfolg, weil sie ihre Medikamente falsch oder gar nicht einnehmen? Falls ja, wie könnte hier Abhilfe geschaffen werden?

Schuld ist das falsche Wort. Oft werden die Medikamentenpläne nicht richtig verstanden, obwohl vielleicht schon mehrfach erklärt. Es gibt Patienten, die befürchten, als „süchtig" dazustehen, wenn sie Opioide einnehmen. Manche Patienten glauben auch, dass Opioide – also morphinähnliche Stoffe – nur gegeben werden, wenn der Tod nahe ist. Dies sind Mythen, die allerdings immer wieder Anlass dafür sind, die Medikamentenpläne nicht einzuhalten.

Wenig hilfreich ist es dann, wenn mitbehandelnde Ärzte unbedachte Äußerungen machen, wie: „Da nehmen Sie aber einen Hammer ein." Dies verunsichert den Patienten und stört das Vertrauen, ohne die eine Schmerzbehandlung nicht funktionieren kann. Wichtig ist es also herauszufinden, wovor der Patient Bedenken oder Angst hat, den Medikationsplan genau zu erklären und möglichst auch die Angehörigen mit einzubeziehen.

Spielt der Zeitpunkt eine Rolle, an dem mit der Behandlung begonnen wird? Ist es beispielsweise relevant, wie frühzeitig ein Patient auf seine Schmerzen aufmerksam macht?

Ja, absolut. Je früher die Schmerzbehandlung einsetzt, desto effektiver werden Verstärkereffekte minimiert. Eigentlich sollte jeder Patient regelmäßig zu Schmerzen befragt werden.

Was sollten Patienten Ihrer Meinung nach tun, wenn sie sich schmerztherapeutisch schlecht versorgt fühlen?

Die Deutsche Schmerzgesellschaft führt eine Liste ihrer Mitglieder und dementsprechend auch der Schmerzmediziner, an die man sich wenden kann. Viele Onkologen und Hausärzte kennen die Adresse der nächsten Schmerzambulanz oder eines Krankenhauses mit einer Schmerzabteilung. Dies sollte der Patient einfordern. Angehörige sollten hier mithelfen.

Sehr geehrter Herr Dr. Wirz, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

Unser Interviewpartner

PD Dr. Stefan Wirz,
Facharzt für Anästhesie, Intensivmedizin, Palliativmedizin und Schmerztherapie, Sprecher des Arbeitskreises Tumorschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft

Was habe ich falsch gemacht?

Krebs und die Frage nach der

Nach einer Krebsdiagnose stellen viele sich die Frage: Weshalb trifft es gerade mich? Was habe ich falsch gemacht? Besonders Frauen neigen dazu, die Schuld für die Erkrankung bei sich zu suchen. Zu den Ängsten, die die Krankheit auslöst, gesellt sich dann noch das Gefühl, persönlich gescheitert zu sein, die Krankheit irgendwie verschuldet zu haben.

Die Psychotherapeutin Irmhild Harbach-Dietz – sie erkrankte vor Jahren selbst an Krebs – schildert im folgenden Beitrag, warum diese Sichtweise die psychische Belastung aufgrund der Erkrankung noch verstärken kann und warum das nicht sein muss.

Mir gingen in der ersten Zeit nach der Krebsdiagnose immer wieder die Sätze durch den Kopf: „Du hast es versiebt! Du hast dein Leben in den Sand gesetzt.“ Erst später wurde mir klar, welche Anmaßung hinter dieser Art des Denkens steckt. In dieser Logik würde es bedeuten: Wenn ich alles richtig mache, kann ich nicht krank werden – welch eine omnipotente Vorstellung! Bei solchen Allmachtsgedanken vergessen oder leugnen wir, dass Krankheit zum Leben dazu gehört.

„Selbst schuld!“

Schuldgefühle von Krebspatienten werden auch gefördert durch Aussagen wie diese: „Bis zu zwei Drittel aller Krebserkrankungen könnten nach Expertenmeinung durch einen gesunden Lebensstil vermieden werden.“ Zu einem gesunden Lebensstil gehören: „Nichtrauchen, regelmäßige körperliche Bewegung, gesunde Ernährung und der vorsichtige Umgang mit UV-Strahlung“ (aus einem Zeitungsartikel einer großen Krebsorganisation). Ähnliches ist auf Krebskongressen zu hören und in Fachbüchern zu lesen. Der Anteil, der dem Lebensstil zugeschrieben wird, variiert zwischen 30 und 66,6 Prozent. Ich empfinde diese Aussage, wenn sie so undifferenziert – ohne weitere Erklärungen – ausgesprochen wird, jedes Mal als eine Ohrfeige für Krebspatienten: „Selbst schuld! Weshalb hast du nicht vernünftiger gelebt?“

Natürlich ist es richtig, sich gesund zu ernähren, nicht zu rauchen, sich viel zu bewegen etc. Aber leider lässt sich die Krebserkrankung damit nicht individuell verhindern. In unsere Beratungsstellen kommen junge, schlanke Frauen, die sich bewusst ernähren, Sport treiben, Yoga machen etc. und trotzdem an Brustkrebs erkrankt sind. Mich ärgert an dieser versteckten Schuldzuweisung auch, dass nur über mögliche individuelle Ursachen der Erkrankung gesprochen wird, dass aber gesellschaftlich bedingte Ursachen nicht einmal erwähnt werden, wie Umweltbelastungen durch Schadstoffe/Chemikalien und zunehmende Belastung durch Stress, erkennbar an der wachsenden Zahl der Burn-out-Erkrankungen. Es ist unredlich, die Augen vor gesellschaftlichen Problemen zu verschließen und individuelle Schuldzuweisungen zu verteilen.

Das Märchen von der Krebspersönlichkeit

Die Frage nach den individuellen psychischen Ursachen führt nicht wirklich weiter. Die Theorie der Krebspersönlichkeit, die bereits in den achtziger Jahren widerlegt wurde, geistert allerdings immer noch durch die Köpfe und ist im Hintergrund weiterhin präsent. Einer Freundin wurde von ihrem Arzt gesagt: „Sie bekommen keinen Krebs, so gut wie Sie psychisch drauf sind.“ Diese Aussage hat der Frau gut getan, aber leider ist sie einige Jahre später doch an Krebs erkrankt. Es gibt Un-

Schuld

Autorin dieses Beitrags

Irmhild Harbach-Dietz,
Psychologische Psychotherapeutin, Gesundheitstrainerin
GfBK-Beratungsstelle Berlin

tersuchungen über Korrelationen zwischen Hilf- und Hoffnungslosigkeit auf der einen und einem geschwächten Immunsystem auf der anderen Seite. Insofern kann eine langfristig gedrückte Stimmung und Lebensunlust beeinträchtigend für die Gesundheit sein und Krankheiten begünstigen, aber das können auch andere Erkrankungen sein, nicht zwangsläufig Krebs.

Indirekte Schuldzuschreibung erfahren Krebspatienten auch durch ihre Mitmenschen, wenn diese meinen, die Gründe der Krankheitsentstehung zu kennen. Dann müssen sie sich Aussagen anhören wie: „Du bist krank geworden, weil du dich zu sehr gestresst hast, in einer belasteten Beziehung lebst, weil du zu viel gearbeitet hast ...“ etc. Solche Zuschreibungen sind als Abwehrreaktionen der Gesunden zu sehen, mit denen diese ihre eigene Angst vor der Erkrankung bekämpfen. Nach dem Motto: „Wenn ich die Ursachen für die Erkrankung des anderen weiß und benennen kann, dann kann ich mich selbst davor schützen.“

fotolia © pathdoc

Gegen derartige Zuschreibungen und Definitionen anderer bezüglich der eigenen Krankheitsentstehung sollten Patienten sich generell wehren. Sie stellen in meinen Augen ein übergriffiges Verhalten dar, sind respektlos und können den Betroffenen belasten.

Verantwortung blickt nach vorn

Es ist wichtig, sich immer wieder klarzumachen, dass die Ursachen der Erkrankung multifaktoriell bedingt sind, dass viele Zusammenhänge noch unbekannt sind und dass solche vereinfachten Erklärungen diesem komplexen Geschehen nicht gerecht werden. Wenn Schuldgefühle sich trotzdem festsetzen und zu einer Belastung werden, kann es sinnvoll sein, sich therapeutische Hilfe zu suchen. Schuldgefühlen kann auch eine fehlende oder geringe Selbstliebe zugrunde liegen, hier kann eine ressourcenorientierte Psychotherapie Unterstützung geben.

Während Schuldgefühle eine Belastung darstellen, die es zu überwinden gilt, ist es wichtig, für sich, für die Genesung und Krankheitsverarbeitung die Verantwortung zu übernehmen. Verantwortung und Schuld unterscheiden sich grundlegend. Schuld ist rückwärtsgewandt und verhindert eher konstruktives Handeln, während Verantwortung in die Zukunft gerichtet ist und Handeln ermöglicht.

Ich bin verantwortlich für mich! Aber wofür eigentlich? Für meine Gesundheit? Heilung? Da tut sich wieder die Falle der Allmachtsfantasien auf. Zutreffend ist: Ich bin verantwortlich für meine Entscheidungen, für meinen Umgang mit der Erkrankung und vor allem für meinen Umgang mit mir selbst. Es ist meine Verantwortung, gut für mich zu sorgen – gerade jetzt! „Erwachsen ist man, wenn man sich selbst Mutter und Vater sein kann.“

Was habe ich falsch gemacht? Krebs und die Frage nach der Schuld

Hier ist es gut, sich klar zu machen: Ich kann sehr viel für meine gesundheitliche Besserung erreichen – und gleichzeitig hängt es nicht von mir allein ab, ob ich gesund werde. Ein wenig Demut tut gut. Wir brauchen beides: Mut und Gnade, wie Ken Wilber* es nennt.

Was schulde ich mir?

Nochmal zurück zur Schuld: Das Schuldthema ist in unserer christlichen Tradition sehr verankert. Und auch aufgeklärte, rational denkende Menschen deuten ihre Erkrankung manchmal als Strafe für Fehler, die sie begangen haben. Aber der Körper straft uns nicht für falsches Verhalten. Er reagiert auf unser Verhalten, gibt uns Hinweise auf mögliche Änderungen und warnt uns durch Schmerzen.

Ich kann die Frage nach der Schuld auch positiv wenden: Was schulde ich mir? Vielleicht weist mich die Erkrankung daraufhin, dass ich besser für mich sorgen und mehr so leben soll, wie es mir ganz persönlich entspricht. Lawrence LeShan** spricht von der persönlichen Lebensmelodie, die es zu finden gilt. Ich schulde es mir, mein Leben zu erfüllen.

Die Frage nach den Ursachen der Erkrankung hängt auch mit dem zutiefst menschlichen Bedürfnis nach Sinnfindung zusammen. In ernsten unerwarteten Krisen fragen wir immer nach dem Warum, den Ursachen und eigenen möglichen Anteilen. Aus der Bearbeitung solcher Fragen können sich allmählich Handlungen, Aktivitäten und Wünsche ergeben, die von Ergebenheit in das Schicksal bis hin zu Aufbegehren und Widerstand reichen können. Bei der Sinnfrage geht es auch darum, das Leben in seinem Auf und Ab als stimmig zu begreifen, d. h. um die Integration von schwierigen Ereignissen und „Umbrüchen“ in den Lebenslauf zur Gewinnung einer eigenen Identität.

Die Annahme von Schicksalsschlägen und Krisen kann durch die Sinngabe erleichtert werden. Bei der individuellen Sinngabe geht es immer um den subjektiven Sinn. Ob dieser objektiv zutreffend ist, spielt weniger eine Rolle. Wichtiger ist, wie weit der subjektive Sinn dazu beiträgt, mein Leben hoffnungsvoller zu gestalten. Diesen subjektiven Sinn zu finden, bedeutet für jeden etwas anderes. Für einige heißt es, grundlegende Lebensveränderungen zu vollziehen, Zustände zu ändern, die in ihren Augen krankmachend waren. Für andere bedeutet es einfach, mehr auf sich zu achten und sich zum Beispiel zu fragen: Was tut mir persönlich gut und wie kann ich es in mein Leben integrieren? Damit kann die Krankheit auch Freiräume eröffnen und Lebensqualität verbessern.

Die Originalfassung dieses Artikels erschien in der Zeitschrift „Signal“ 4/2012 der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.

iStock © sunstock

**Anm. der Redaktion: Ken Wilber ist ein US-amerikanischer Autor, der mit der Geschichte über das Leben und Sterben seiner krebskranken Frau einen Bestseller geschrieben hat.*

***Anm. der Redaktion: Der Psychologe Lawrence LeShan ist ein berühmter Vertreter der ganzheitlichen Krebstherapie.*

Motto: Achtsamkeit – Herausforderung – Ausdauer

Programm der Bundestagung 2015

Donnerstag, 27. August 2015

ab 10.00 **Anreise**

Freitag, 28. August 2015

09.00 Uhr **Begrüßung**

Projekt 2020

- Vorstellung des Projektgedankens
- Diskussion „mit den Füßen“

12.30 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr **Eröffnung der Bundestagung**

- **Grußworte**
  Anja Naumann, Staatssekretärin im Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt
  Dr. Dieter Alt, Ehrenmitglied der FSH
- **Nationaler Krebsplan - Wohin geht die Reise?**
  Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer Deutsche Krebshilfe e.V.
- **Und plötzlich weißt Du:**
  Es ist Zeit etwas Neues zu beginnen ...
  Karin Meißler, Bundesvorsitzende der FSH

15.00 Uhr Kaffeepause

15.30 Uhr **Knochengesundheit**
Impulsreferate und Diskussion

Diskussionsteilnehmer:
Dr. Freerk Baumann, Köln
Dr. Jutta Hübner, Berlin
Dr. Ralf Oheim, Hamburg
Prof. Dr. Heide Siggelkow, Göttingen
Prof. Dr. Pauline Wimberger, Dresden

Moderation:
Dr. Monika Pientka, Wuppertal

18.30 Uhr Abendessen

Samstag, 29. August 2015

09.00 Uhr **Aus dem Ja zu mir erwächst das gute Nein**
Thorsten Adelt, Bonn

10.00 Uhr **Mein Freund die Angst**
Dr. Susan Kluth, Greifswald

11.00 Uhr Kaffeepause

11.30 Uhr **Inkontinenz – immer noch ein Tabuthema?**
Prof. Dr. Eckhard Petri, Greifswald

09.00 Uhr **Parallelprogramme für die Netzwerke**
Junge, an Krebs erkrankte Frauen
Männer mit Brustkrebs e.V.

12.30 Uhr Mittagessen

14.00 Uhr **Mitgliederversammlung und Ehrungen**

16.00 Uhr Kaffeepause

16.30 Uhr **Fortsetzung der Mitgliederversammlung**

18.00 Uhr Abendessen

19.30 Uhr **AHA-Erlebnisse aus einem anderen Blickwinkel!**
Playback-Theater „Die Resonanzen“, Berlin

Sonntag, 30. August 2015

09.00 Uhr **Morgenimpuls**

09.45 Uhr **Tipps und Tricks für Patienten**
Dr. Johannes Wimmer, Hamburg

11.00 Uhr **Abschluss der Bundestagung**
- Dank an die Helfer
- Gemeinsames Schlusslied

12.00 Uhr Mittagessen

Ende der Tagung

Außerhalb der Programmzeiten stehen verschiedene Angebote in der Krea(k)tiv-Oase zur Verfügung.

Aktuelle Meldungen

Fischölkapseln sind umstritten

Trotz der Versprechungen aus der Werbung sollte man sich den Griff zur Fischöl-Kapsel sehr sorgfältig überlegen, rät der Krebsinformationsdienst (KID) in einer aktuellen Pressemitteilung und verweist auf eine niederländische Studie. Darin wird dargestellt, dass Nahrungsergänzungsmittel mit Fischöl möglicherweise die Wirkung von Chemotherapien behindern. Dieser Verdacht sei zunächst anhand von Testergebnissen bei Mäusen entstanden. Ähnliche Stoffwechselvoraussetzungen wären von den Forschern aber auch bei gesunden menschlichen Teilnehmern der Studie gefunden worden. Was tatsächlich bei Krebspatienten während einer Chemotherapie durch die Einnahme hochkonzentrierter Omega-3-Fettsäuren passieren könnte, bleibe anhand der Daten zwar noch offen, so die niederländischen Wissenschaftler. Gegen ein mögliches Risiko müsse jedoch auch der mangelnde Nutzen der Nahrungsergänzungsmittel abgewogen werden, lautet ihr Fazit.

fotolia © arska n

Quelle: Krebsinformationsdienst

Ja, wir leben noch!

Wie sie die „zweite Chance" für sich genützt haben, erzählen eine Vielzahl von Krebspatienten in dem von Thomas Hartl herausgegebenen Buch „LEBE!": Sie entwickeln neue Fähigkeiten, leben das Leben dankbarer, bewusster und intensiver als zuvor. Die Berichte in diesem Buch sollen Hoffnung wecken und Betroffenen und ihren Angehörigen neue Perspektiven eröffnen. Die realen Geschichten geben Hoffnung und Mut an jene weiter, die aktuell in einer schwierigen Situation sind. Eine der Geschichten wird von Uta Büchner erzählt, Vorsitzende des Landesverbandes Berlin/Brandenburg der Frauenselbsthilfe nach Krebs, die durch ihre Erkrankung und das damit verbundene ehrenamtliche Engagement ein posttraumatisches Wachstum erlebt hat, also gestärkt aus der Krise hervorgegangen ist.

Quelle: Thomas Hartl / Verlag Ueberreuter

Neues Informationsblatt zu erblich bedingtem Eierstockkrebs

Etwa jeder zehnte Eierstockkrebs ist erblich bedingt. Eine neue Kurzinformation bietet nun Wissenswertes zu erblichem Eierstockkrebs und klärt über die Möglichkeit auf, seine Gene untersuchen zu lassen. Frauen, die einen Gentest erwägen, erfahren außerdem, was bei der Entscheidung zu bedenken ist, und finden wichtige Fakten sowie praktische Tipps. Die Reihe „Kurzinformationen für Patienten" entwickelt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Zu ausgewählten Themen liegen Übersetzungen in Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch und Türkisch vor. Die Kurzinformation „Erblicher Eierstockkrebs – Gentest Ja oder Nein?" sowie Informationen zu weiteren Gesundheitsthemen können abgerufen werden unter: www.patienten-information.de/kurzinformation-fuer-patienten/eierstockkrebs. Telefonisch ist das ÄZQ erreichbar unter: 030 / 4005-2501.

Quelle: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Gute Gesundheitstipps im Internet

Vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen zu mehr als 300 Themen bietet die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) seit April 2015 im Internet unter der Adresse: www.patientenberatung.de. Dabei handelt es sich um Informationen, die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Verfügung gestellt werden. Dazu wertet das Institut internationale Studien aus und formuliert die Ergebnisse so, dass auch medizinische Laien sie gut verstehen können. Wie die UPD arbeitet das IQWiG im Auftrag des Gesetzgebers. Die Inhalte werden also von unabhängiger Seite erstellt und sind stets auf dem aktuellen Stand der Forschung.

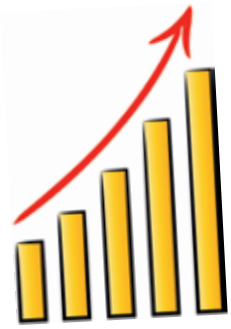
Quelle: Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Neue Leitlinie zur Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

Zum Thema „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ ist eine medizinische Leitlinie erstellt worden. Sie ist ein Gemeinschaftsprojekt von Experten aus verschiedenen Disziplinen und Professionen. Auch Mitglieder der Frauenselbsthilfe nach Krebs haben als Patientenvertreter an der Erstellung mitgearbeitet. Das Ziel der Leitlinie ist die bestmögliche Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung.
Die Leitlinie gibt den aktuellen nationalen und internationalen Stand der Erkenntnisse und Erfahrungen zu den behandelten Themenbereichen wieder und soll Orientierung und Sicherheit in der Palliativversorgung vermitteln. Eine Lang- und Kurzfassung kann im Internet auf der Website des Onkologischen Leitlinienprogramms kostenlos heruntergeladen werden: www.leitlinienprogramm-onkologie.de. Im Buchformat wird der Kohlhammer-Verlag die Leitlinie in Kürze publizieren.

Quelle:
Frauenselbsthilfe nach Krebs

Lungenkrebs 2015 bei Frauen häufiger als Brustkrebs



fotolia © BERLINSTOCK

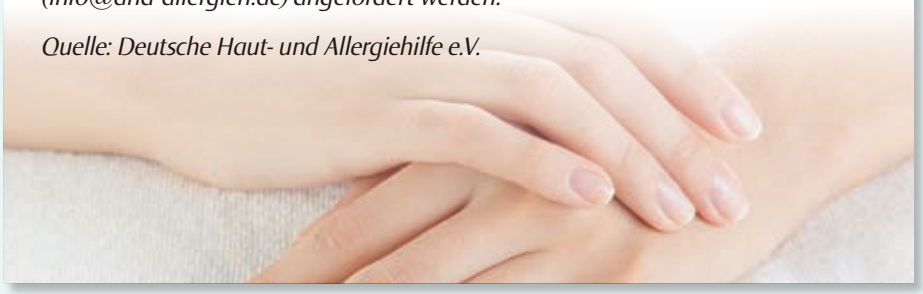
2015 wird das Jahr, in dem in Europa Brustkrebs erstmals als Krebstodesursache Nummer eins bei Frauen durch Lungenkrebs abgelöst wird. Während bei fast allen Tumoren die Sterblichkeitsraten zurückgehen, werden 2015 europaweit vermutlich neun Prozent mehr Frauen an Lungenkrebs sterben als noch 2009. 85 bis 90 Prozent aller Fälle von Lungenkrebs gelten als tabakbedingt und damit als vermeidbar. In der Altersgruppe der 25- bis 69-jährigen Frauen ist der Zigarettenkonsum nach wie vor hoch und bis 2003 sogar stetig angestiegen. Erst von da an ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Daher ist nicht zu erwarten, dass es in naher Zukunft zu einer Trendwende in der Lungenkrebssterblichkeit kommt. Vor noch etwa zwei Jahrzehnten lag die Lungenkrebs-Neuerkrankungsrate von Männern mehr als dreimal so hoch wie die der Frauen. Doch die Rate rauchender Männer geht bereits seit Ende der 1970er-Jahre zurück, was sich in einem Rückgang der Lungenkrebsmortalität spiegelt, der bereits um das Jahr 1990 einsetzte.

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum

Auch Fingernägel brauchen während der Chemotherapie Schutz

Während einer Chemotherapie können auch die Fingernägel erheblich leiden. Sie verändern ihre Struktur, werden weich und beginnen zu splittern. Um die Nägel zu schützen, kann eine Vitamin-H-reiche Ernährung helfen. Vitamin H ist maßgeblich an der Bildung von Keratin beteiligt – dem Hauptbestandteil der Nägel – und kommt in größeren Mengen unter anderem in Haferflocken, Eigelb und Blumenkohl vor. Eine zusätzliche Möglichkeit, den Nagel zu stärken, bietet ein Gelüberzug. Dieser sollte unbedingt in einem professionellen Nagelpflegestudio aufgebracht werden. Künstliche Fingernägel sind während der Krebsbehandlung tabu. Informationen und praktische Tipps zur Pflege von Kopfhaut, Haaren und Nägeln vor, während und nach der Chemotherapie enthält der Ratgeber „Pflege von Haaren und Nägeln bei Brustkrebs“. Er ist kostenlos und kann bei der Deutschen Haut- und Allergiehilfe e.V. telefonisch (0228 / 3 67 91-0) oder per Mail (info@dha-allergien.de) angefordert werden.

Quelle: Deutsche Haut- und Allergiehilfe e.V.



fotolia © yuriyzhuravov

Neue Reha-Konzepte für eine gute

Immer mehr Menschen mit Krebs kehren nach erfolgreich abgeschlossener Therapie wieder an ihren Arbeitsplatz zurück. Für viele Betroffene ist dies nicht nur aus finanziellen Gründen erfreulich. Die Rückkehr ins Berufsleben stellt zugleich auch eine Rückkehr zur Normalität dar, die psychologisch sehr wichtig sein kann. Prof. Dr. Corinna Bergelt vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hat sich in einer Studie damit beschäftigt, welche Reha-Konzepte bei diesem Schritt hilfreich sein können.

Die Rückkehr ins Berufsleben ist für viele Krebspatientinnen und -patienten ein wichtiger Schritt bei der Bewältigung der Erkrankung. Von den ca. 493.000 Menschen, die pro Jahr in Deutschland an Krebs erkranken, sind etwa 38 Prozent jünger als 65 Jahre. Viele Krebserkrankungen werden heute durch verbesserte Früherkennungsmaßnahmen frühzeitig erkannt und sind daher auch erfolgreich therapierbar. Außerdem gibt es gerade bei den häufig auftretenden Krebserkrankungen sehr gute Therapiemöglichkeiten, sodass immer mehr Patientinnen und Patienten nach Abschluss der Behandlungen wieder berufstätig sein oder ihre Berufstätigkeit sogar während der Behandlung fortsetzen können.

Auch gesellschaftliche Veränderungen wie die Verlängerung der Lebensarbeitszeit tragen dazu bei, dass das Thema Arbeit und Erwerbsfähigkeit in Zukunft für immer mehr an Krebs erkrankte Menschen relevant sein wird. Viele Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter verbinden mit dem Thema Rückkehr zur Arbeit, neben der meist vorhandenen finanziellen Notwendigkeit, die Rückkehr zur Normalität und das Gefühl, die Erkrankung überwunden zu haben bzw. trotz Erkrankung am normalen Leben teilhaben zu können. Für diese Patientinnen und Patienten ist das Thema Beruf und Rückkehr zur Arbeit somit ein zentraler Bestandteil der Krankheitsverarbeitung.

Sorgen und Ängste vor der Rückkehr ins Berufsleben

Gleichzeitig ist die Rückkehr zur Arbeit aber häufig auch mit Sorgen und Ängsten verbunden. Die Betroffenen fragen sich, wie belastbar sie nach der Erkrankung und den Behandlungen wieder sind, ob oder wie schnell sie den Anforderungen des Berufs wieder gewachsen sein werden und wie das berufliche Umfeld reagieren wird. Patienten, die aufgrund der Krebserkrankung oder der Behandlungsfolgen ihre berufliche Rolle nicht mehr adäquat ausfüllen können, erleben dies – abgesehen von den finanziellen Auswirkungen – häufig als Beeinträchtigung sowohl im Hinblick auf ihre Lebensqualität als auch, was das Gefühl von Normalität, die persönliche Identität, das Selbstbewusstsein und die Wahrnehmung sozialer Rollen betrifft.

Faktoren, die die Rückkehrwahrscheinlichkeit beeinflussen

Die Wahrscheinlichkeit, wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren, wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu gehört natürlich das Ausmaß der erforderlichen Therapien. Je weniger gravierend diese sind, desto besser ist generell die körperliche Leistungsfähigkeit und umso kürzer sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten. Diese Faktoren begünstigen natürlich eine Rückkehr ins Erwerbsleben.

Daneben sind als persönliche Faktoren z. B. das Alter der Betroffenen, das Ausbildungsniveau und die Motivation, wieder zu arbeiten, von zentraler Bedeutung. Im Hinblick auf das Arbeitsumfeld und den Arbeitsplatz ist es sehr förderlich, wenn der Arbeitgeber die Vereinbarkeit von Erkrankung bzw. Behandlung und Erwerbstätigkeit ermöglicht, sich die Arbeit flexibel gestalten lässt und es ein unterstützendes Arbeitsumfeld gibt. Ein wenig unterstützendes Arbeitsumfeld, körperlich fordernde Arbeit oder die Wahrnehmung, dass man aufgrund der Erkrankung oder Behandlung benachteiligt wird, sind dagegen Faktoren, die die Rückkehr zur Arbeit weniger wahrscheinlich machen.

Neues Programm: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist ein elementarer Bestandteil von Partizipation und Teilhabe und damit ein zentrales Ziel der Rehabilitation. Für Patienten im erwerbsfähigen

Rückkehr in das Berufsleben

Alter spielen daher berufsbezogene Aspekte eine besonders wichtige Rolle im Rahmen der Rehabilitation. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) als wichtiger Leistungsträger der onkologischen Rehabilitation fokussiert das Thema Berufsorientierung in der Rehabilitation seit einiger Zeit verstärkt und hat mit dem Programm „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR-Programm) ein multidimensionales Konzept vorgelegt, in dem Vorschläge für berufsbezogene Maßnahmen beschrieben werden.

Anforderungsprofil mit diagnostischen und therapeutischen Standards

Dazu wurde ein MBOR-Anforderungsprofil entwickelt, das diagnostische und therapeutische Standards festlegt. Allen Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter werden in diesem Konzept, abhängig vom individuellen Bedarf, Basisangebote unterbreitet sowie sozialrechtliche Informationen vermittelt. Zu den Basisangeboten gehören beispielsweise Entspannungstechniken, Stressmanagement und ergotherapeutische Maßnahmen. Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen, die einen intensiveren Betreuungsbedarf haben, erhalten sogenannte Kernmaßnahmen, die Einschränkungen der beruflichen Teilhabe mindern bzw. diesen entgegenwirken sollen. Besonders belastete Patienten erhalten spezifische Maßnahmen wie berufliche Belastungserprobungen.

Die DRV hat neben dem MBOR-Anforderungsprofil ein MBOR-Praxishandbuch herausgegeben, in dem zahlreiche berufsbezogene Angebote mit Beispielen aus verschiedenen Indikationsbereichen beschrieben werden. Nur ein einziges dieser Beispiele stammt bislang aus dem Bereich Onkologie. Das dort beschriebene Fallbeispiel ist Teil eines berufsorientierten Rehabilitationskonzeptes für Patienten im erwerbsfähigen Alter, das wissenschaftlich evaluiert (bewertet) wurde.

Dieses Rehabilitationskonzept für Menschen mit einer onkologischen Erkrankung bezieht alle therapeutischen Bereiche ein. So wird in das ärztliche Aufnahmegespräch die Erhebung der Berufsanamnese mit einem ausführlichen standardisierten Anamnesebogen und die Einholung einer Arbeitsplatzbeschreibung (am besten vom Betriebsarzt) integriert.

fotolia © Edler von Rabenstein

Neue Reha-Konzepte für eine gute Rückkehr in das Berufsleben

Autorin dieses Beitrags

PD Dr. Corinna Bergelt,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie Hamburg

Mit den Patienten werden im Anschluss daran individuelle, berufsbezogene Therapieziele festgelegt. Um diese zu erreichen, gibt es ein breites Angebot an Maßnahmen: Die Ergotherapie beinhaltet beispielsweise die Erprobung ergonomischer Arbeitsplätze und Hilfsmittel am Arbeitsplatz sowie Hirnleistungstraining; in der Physiotherapie werden berufsbezogene Rückengymnastik und spezifische berufsorientierte Gymnastik für Brustkrebspatienten durchgeführt.

Medizinische und soziale Risiken abwägen

Das von Sozialarbeit und Psychoonkologie gestaltete interdisziplinäre Gruppenangebot „back to work“ unterstützt belastete Patienten dabei, medizinische und soziale Risiken abzuwägen und die eigene berufliche Motivation neu zu bewerten. Darüber hinaus sind Reha-Berater und Rentenberater der Deutschen Rentenversicherung in das Konzept einbezogen. Beobachtungen und Ergebnisse des Rehabilitationsprozesses werden mit den Betroffenen zu Beginn und am Ende der Rehabilitation diskutiert und in die abschließende sozialmedizinische Beurteilung einbezogen.

fotolia © Edler von Rabenstein

Die wissenschaftliche Evaluation (Bewertung) dieses Rehabilitationsprogramms zeigt, dass die Rückkehrrate zur Arbeit mit 79 bis 86 Prozent der erwerbstätigen Patienten ein Jahr nach Ende der Rehabilitation sehr hoch ist. Ob dies vor allem mit der hohen Motivation der Studienteilnehmer und der Bedeutung von Berufstätigkeit bei der Krankheitsverarbeitung zusammenhängt, oder auch eine Auswirkung der sich nach zwölf Monaten ändernden Rahmenbedingungen (Auslaufen des Krankengeldes) ist, kann anhand einer einzelnen Studie nicht abschließend beurteilt werden. Hierzu bedarf es weiterer Untersuchungen.

Positivere Bewertung der eigenen Leistungsfähigkeit

Die Patienten, die am spezifischen Rehabilitationsprogramm teilgenommen hatten, schätzten auch ein Jahr nach der Rehabilitation ihre subjektive Leistungsfähigkeit höher ein und bewerteten auch die berufsbezogenen Aspekte der Rehabilitation positiver als diejenigen mit einer Rehabilitation ohne explizite Berufsorientierung. Darüber hinaus bestand bei ersteren nach der Rehabilitation weniger Bedarf an zusätzlicher Beratung zum Thema Beruf und Rückkehr zur Arbeit.

Dies deutet darauf hin, dass mit einem explizit berufsorientierten Rehabilitationskonzept insbesondere subjektive und motivationsbezogene Faktoren besonders gut beeinflusst werden können. Diese Aspekte werden in der onkologischen Rehabilitation im Sinne einer Unterstützung der Krankheitsverarbeitung naturgemäß besonders fokussiert. Die Ergebnisse der Studie sprechen somit dafür, dass ein spezifisch berufsorientiertes Rehabilitationskonzept Patienten im Hinblick auf das Thema Beruf und Rückkehr zur Arbeit erfolgreich unterstützen kann.

fotolia © Jeanette Dietl

Gruppenjubiläen 2. Quartal

Land	Gruppe	Gründungsdatum
35 Jahre		
Hessen	Maintal	01.05.80
Hessen	Bad Homburg	29.05.80
Baden-Württemberg	Bad Mergentheim	01.06.80
Hessen	Seligenstadt	01.06.80
Nordrhein-Westfalen	Plettenberg	01.06.80
Rheinland-Pfalz/Saarland	Landau	01.06.80
Hessen	Wiesbaden	26.06.80
30 Jahre		
Niedersachsen/Bremen/Hamburg	Göttingen	01.06.85
25 Jahre		
Thüringen	Suhl	01.04.90
Baden-Württemberg	Neckarsulm	30.05.90
Thüringen	Jena	01.06.90
10 Jahre		
Baden-Württemberg	Vaihingen/Enz	28.04.05
Rheinland-Pfalz/Saarland	Koblenz	10.05.05
Nordrhein-Westfalen	Hagen	19.05.05
Baden-Württemberg	Karlsruhe	09.06.05
Niedersachsen/Bremen/Hamburg	Braunschweig – Land	15.06.05
Baden-Württemberg	Bad Mergentheim – Männergruppe	16.06.05

EHRUNGEN

Den **Luhekiesel der Stadt Winsen** für herausragenden ehrenamtlichen Einsatz für das Gemeinwohl hat in diesem Jahr **Karin Meißler** verliehen bekommen. Sie ist Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs und Leiterin der FSH-Gruppe Winsen. Bürgermeister André Wiese würdigte in seiner Laudatio Karin Meißlers großes Engagement für Menschen mit Krebs in Winsen und wies darauf hin, dass sie als Bundesvorsitzende zugleich auch die Interessenvertretung und das Sprachrohr für viele Krebspatienten in Deutschland ist.

Für ihr besonderes ehrenamtliches Engagement ist **Elke Naujokat**, Vorsitzende des FSH-Landesverbandes Sachsen-Anhalt, im März 2015 als „**Botschafterin der Wärme**“ geehrt worden. Verliehen wird die Auszeichnung vom „Verbundnetz der Wärme“, das aus einer Initiative der Leipziger Verbundnetz Gas AG hervorgegangen ist. Schirmherr ist der ehemalige Ministerpräsident von Brandenburg, Matthias Platzeck (SPD). Geehrt werden Menschen, die sich durch besonderes ehrenamtliches Engagement für ein besseres gesellschaftliches Miteinander einsetzen.

Doris Koch, Leiterin der FSH-Gruppe Schwedt, hat im Januar 2015 den **Ehrenpreis der Stadt Schwedt/Oder** verliehen bekommen. Damit wird ihr jahrzehntelanges ehrenamtliches Engagement im Bereich der Selbsthilfe gewürdigt. Doris Koch ist nicht nur seit 25 Jahren in ihrer Gruppe aktiv, sondern war auch viele Jahre Landeskassiererin. Außerdem hat sie ein länderübergreifendes Projekt mit polnischen Krebs-Selbsthilfegruppen initiiert. Der Ehrenpreis ist mit 750 Euro dotiert.

Lossis Reha-Tagebuch

Von Günni, Jürgen und den Wechsel

Also eigentlich heißt Günter ja Rüdiger, aber er findet den Namen blöd – schade! Günni (hoffentlich darf ich wenigstens das sagen) hockt während meiner Reha fast immer auf meiner Schulter und flüstert mir Quatsch ins Ohr. Zum Beispiel: „Ach Lossi, willst du dich wirklich die Treppe hochquälen – lass uns doch den Lift nehmen“, oder: „Du hast noch gar nicht den Nachtisch probiert und ich hätte so gerne was davon.“
Aber wie ging es los mit mir, Günni und der Reha?

Als mir die Ärzte nach meiner Brust-OP und Bestrahlung, die Frage nach einer Anschlussheilbehandlung stellen, denke ich spontan: „Nööö, sowas ich brauche nicht.“ Aber dann spüre ich doch, dass nichts mehr so ist wie vorher. Das macht mich nachdenklich und auch ziemlich traurig.

In dieser Phase finde ich das Forum der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Dort tauschen sich betroffene Frauen aus, helfen mit Tipps, trösten sich gegenseitig und haben immer ein verständnisvolles Ohr füreinander. Ihnen stelle ich die Frage nach der Reha. Und was ich hören will, ist: „Das brauchst Du nicht.“

Diese Antwort bleibt jedoch aus. Der Zuspruch, eine Reha zu machen, ist groß und immer so plausibel begründet, dass ich mich dann doch entschließe zu fahren. Und da gesellt sich dann auch Günni zu mir.

Meine Erlebnisse in der Reha schreibe ich in ein Forums-Tagebuch:

Tag 4: Seit ich hier bin, sitzt Günni auf meiner Schulter und flüstert mir Quatsch ins Ohr. Zum Beispiel: „Ach Lossi, willst du dich wirklich die Treppe hochquälen – lass uns doch den Lift nehmen“, oder: „Du hast noch gar nicht den Nachtisch probiert und ich hätte so gerne was davon.“ Günni würde auch gerne mal einfach liegen bleiben, statt sich zum Ergometer-Training mit dem harten Sattel zu bequemen.

Dabei gibt es hier nix zu meckern. Nicht nur, dass ich hier ganz viel lerne (die Schulungsprogramme sind sehr umfangreich), ich aktiviere Muskeln, von denen ich gar nicht wusste, dass ich sie habe; und das Hirn kommt auch nicht zu kurz. Außerdem fühle ich mich hier akzeptiert und wertgeschätzt. Gerade mein Selbstwertgefühl hat ja ganz schön gelitten.

Hier sehe ich auch eine Chance, wieder ein besseres Körperbild zu bekommen. Es geht ja vielen Betroffenen so wie mir, dass sich alles verschoben hat. Die Nachwehen der Behandlungen sind eben doch nicht zu verachten.

Tag 6: Meiner Psyche geht es von Tag zu Tag besser. Aber Günni versucht immer wieder, meine positiven Gedanken und guten Vorsätze zu durchkreuzen. Hier mein Plan für Morgen: Bei der Visite habe ich der Oberärztin stolz meine operierte Brust hingehalten und mir damit die Freigabe fürs Schwimmbad verschafft. Haut ist ok, Schnupfen fast weg. Lossi darf plantschen! Ich bin ziemlich sicher, dass Günni Nichtschwimmer ist. Also, morgen erlebt er sein nasses Wunder.

Tag 7: Günni kann schwimmen! Und jetzt? Ich dachte, ich könnte ihn bei der Wassergymnastik loswerden: Nix war. Jetzt hockt er beleidigt auf meiner Schulter und mault mich die ganze Zeit voll. Na warte mein kleiner Freund. Morgen darfst du beim Nordic Walking nicht unter die Jacke.

Tag 9: Günni hat Pause! Er hat sich verletzt. Das geschah so: Ich (hoch motiviert) hole mir gestern ganz mutig Nordic-Walking-Stöcke, eine Pulsuhr, einen Brustgurt und starte zum Treffpunkt „Therapiewald“ durch. Nach kurzer Einführung (ich bin immer noch motiviert) lege ich gemeinsam mit den anderen los. Nach zwei Runden springt mir fast die Uhr vom Handgelenk. Mein Herz rast, mein Atem hört sich an wie eine alte Lok. Der Schweiß rinnt in Strömen: OHJEMINE! Ich muss feststellen – und das nicht zum ersten Mal – , dass ich null Kraft habe, nichts mehr kann. Wo führt das nur hin?

Jedenfalls habe ich so geschwitzt, dass Günni von meiner Schulter geplumpst ist. Er hat sich das Beinchen verstaucht – muss im Bett bleiben und Lossi in Ruhe lassen. Jetzt wird rangeklotzt! Jeden Tag ein Schritt nach vorn! Günni hat Hausarrest und Lossi übt weiter.

Jürgen, die Sackratte

fällen des (Reha-)Lebens

Die Antworten im Forum auf meine kleinen Geschichten von Günni machen mich immer innerlich ganz froh. Sie helfen mir auch dabei, mich nicht allein zu fühlen. Trotzdem bleibe ich nicht von Stimmungsschwankungen verschont. Das gehört eben auch dazu – ich habe schließlich keinen Schnupfen, sondern Krebs. Und den hakt man nicht so einfach ab. Zu allem Überfluss handele ich mir eine Brustentzündung ein.

Tag 12: Die operierte Brust hat sich entzündet bis zum Ellbogen – Aua! Jetzt ist erst mal Pause mit Sport und Spaß. Es ist Ruhe angesagt, bis das Ergebnis der Blutuntersuchung da ist. Ich war schon auf so einem guten Weg (rein sportlich gesehen). Nun fühle ich mich um Längen zurückgeworfen. Auch meine Psyche verkraftet das nicht gut. Jetzt könnte mir Günni mal helfen. Aber der hat sich gestern verdünnisiert. Mit ´ner entzündeten alten Backpflaume will er wohl nichts zu tun haben.

Im Forum kann ich meinen ganzen Frust abladen und werde liebevoll getröstet. Außerdem strömen die guten Tipps für den Umgang mit meiner Entzündung. Und dann bin ich auch bald wieder fit.

Tag 14: Das war ein ganz besonderer Tag heute: Absolutes Sauwetter: nass, kalt und grau. Aber ich habe Besuch von meiner Schwester und unserer gemeinsamen Freundin. Welche Freude! In der Stadt ist an diesem Wochenende Ostermarkt; da wollen wir hin. Also sperren wir Günni in den Schrank. So ist uns das Wetter egal.

Aufregend ist der Ausflug nicht, aber wir finden JÜRGEN! Jetzt fragt Ihr Euch sicher: Wer um Himmels Willen ist Jürgen? Wir sehen ihn mitten in einem Haufen Stofftiere. Als ich ihn hochnehme, lese ich auf einem kleinen Schildchen: Ich bin Jürgen die Sackratte! Anbei eine Adoptionsurkunde, Fütterungsempfehlung und Artenschutzpass! Kurz und gut: Jürgen kommt mit.

Auf der Rückfahrt in die Klinik fällt mir plötzlich Günni wieder ein. Was, wenn er Jürgen mobbt? Beim Aufschließen der Tür höre ich ihn im Schrank schon zetern. Aber er ist so dankbar für die Befreiung, dass er verspricht, sich um Jürgen zu kümmern. Heute dürfen beide bei Lossi schlafen.

Tag 18: Wie schnell die Zeit vergeht. Die letzten Tage sind angebrochen. Meine körperliche Verfassung hat sich inzwischen deutlich gebessert und ich habe wieder viel mehr Mut und Zuversicht, in ein gutes, neues Leben zu starten. Aber was wird aus Günni? Hierlassen? Mitnehmen?

Ich frage im Forum nach. Es kommen die unterschiedlichsten Vorschläge. Aber ich habe mich bereits entschieden: Günni ist ein Teil von mir und darf mit! Er bekommt zuhause eine schöne Kiste mit Deckel drauf. Und ab und zu darf er auch mal raus.

Mein Fazit: Die Reha war gut. Ich bin nun sehr froh, dass ich mich dazu entschlossen habe. Ich hatte endlich Zeit zu begreifen, was mir geschehen ist. Gleichzeitig hat man mir geholfen, wieder auf die Beine zu kommen und mir Mut gemacht, mich auf mein Leben nach dem Krebs zu freuen.

Allen die noch zweifeln: Lossi sagt: „Mach‘ ma Reha – das fetzt!“

Mein größter Dank aber gilt den Frauen im Forum, die mich seit meiner Diagnose begleiten. Ich würde sie gerne alle mal in den Arm nehmen!

Andrea Loskot

Das Forum der Frauenselbsthilfe erreicht Ihr unter: http://forum.frauenselbsthilfe.de
Oder Ihr kommt in eine FSH-Gruppe vor Ort. Im Internet zu finden unter: www.frauenselbsthilfe.de/begleiten; telefonisch erfragbar unter: Tel.: 0228 - 33 88 94 00

Kooperation ist wichtig

Die Frauenselbsthilfe im Brustzentrum

Kooperationsverträge zwischen Tumorzentren vor Ort und den Gruppen der Frauenselbsthilfe sind ein wichtiger Baustein für eine gute Betreuung von Krebspatientinnen. Wir in Würzburg haben mit zwei der wichtigsten Zentren vor Ort solche Verträge geschlossen – dem Comprehensive Cancer Center (CCC) Mainfranken sowie dem Brustzentrum Würzburg –, und seit einigen Monaten werden diese Abkommen auch intensiv mit Leben erfüllt.

Prof. Achim Wöckel, Direktor des Brustzentrum Würzburg, bindet unsere Gruppe ein, wo immer möglich. Kürzlich ist zum Beispiel der Startschuss für das Projekt „Informations-Patiententasche" gefallen. Gemeinsam mit der Klinik erarbeiten wir den Inhalt dieser Tasche, wie z.B. einen gemeinsamen Begrüßungsbrief, einen Wegweiser durch das Klinikum, Leitlinien für Patienten, eine Liste mit wichtigen Ansprechpartnern und Kontakten und noch einiges mehr.

In dem Leitfaden der Klinik für Patientinnen ist eine Seite unserer Selbsthilfegruppe gewidmet. Außerdem erhalten wir bei Informationsveranstaltungen für Patientinnen, wie z.B. Vorträgen über Ernährung, Sport und Entspannung oder den Umgang mit Lymphödemen, stets die Möglichkeit, uns zu präsentieren und mit den Betroffenen ins Gespräch zu kommen.

Auch dass CCC Mainfranken mit Klinikdirektor Prof. Ralf Bargou ist sehr an einer Zusammenarbeit mit uns interessiert. So wurden wir beispielsweise am Gesundheitssymposium der Klinik beteiligt, eine Veranstaltung, die weit über die Grenzen von Würzburg hinaus bekannt ist.

In beiden Zentren wird uns immer das Gefühl gegeben, willkommen zu sein. Ärzte und Pflegepersonal zeigen uns, dass sie unsere Erfahrungen aus Patientensicht schätzen, um besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen zu können.

Auch ist die Bereitschaft groß, in unsere Gruppen zu kommen, um über verschiedene Themen zu referieren.

Besonders freuen wir uns darüber, ganz aktuell in die Planung zu einer komplementärmedizinischen Ausrichtung der beiden Zentren einbezogen zu werden.

Die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den beiden Würzburger Tumorzentren und der Krebs-Selbsthilfe hat sich herumgesprochen. Nun sind auch Ärzte aus Bad Kissingen, Bad Brückenau und Bad Bocklet an unserer Tätigkeit als Gruppe sehr interessiert und wünschen sich FSH-Gruppen vor Ort.

Allen Beteiligten in unseren Zentren möchten wir danken, dass sie der Selbsthilfe – und speziell unserer Gruppe vor Ort – ein „Gesicht" geben.

Beate Beyrich
Leiterin der FSH-Gruppe Würzburg, Bayern

Zum 30. Todestag von Mildred Scheel

Im Jahr 1974 gründete Mildred Scheel die Deutsche Krebshilfe. Bereits nach kurzer Zeit gelang es ihr, die Ärzteschaft für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. Sie initiierte die ersten wissenschaftlichen Ärztetagungen mit Krebsexperten aus Europa, den USA und Asien.

Von Beginn an stellte Mildred Scheel die psychosoziale Unterstützung von Krebspatienten in den Vordergrund ihres Förderengagements. Davon konnte auch die Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) profitieren. Im Jahr 1979 wurde Mildred Scheel Schirmherrin unserer Organisation und die Deutsche Krebshilfe förderte uns finanziell. So war die Grundfinanzierung für die Erfüllung der Aufgaben unseres Verbandes sichergestellt und ist es bis heute.

Im Jahr 1984 diagnostizierten die Ärzte bei Mildred Scheel eine Krebserkrankung, an der sie am 13. Mai 1985 verstarb. Ihr 30. Todestag ist Anlass, uns dieser außergewöhnlichen Frau zu erinnern und ihr im Namen aller Krebspatienten für ihr großes Engagement zu danken.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Ausschnitte aus der Arbeit des Bundesvorstands und seiner Referate der Monate März bis Mai 2015

Was hat uns bewegt? Was haben wir bewegt?

Durchführung

- einer Sitzung des Bundesvorstands in Winsen
- eines Kick-off-Meetings für das Projekt 2020 der FSH in Bonn
- eines Redaktionstreffens der Forums-Moderatorinnen in Hildesheim
- eines Workshops für junge, an Krebs erkrankte Frauen in Kassel
- von Schulungen der Blöcke 1 bis 4 in Boppard, Dresden, Erkner, Goslar, Halle, Grevenbroich und Weimar
- eines Arbeitstreffens zum Thema Schwerbehinderung in Dortmund
- einer Qualifizierung für Landesvorstände in Wuppertal

Mitwirkung

- an einem Experten-Workshop „Aktualisierung und Überarbeitung der Reha-Therapiestandards“ in Berlin
- an einer Telefonkonferenz mit Vertretern des Hauses der Krebs-Selbsthilfe
- an einer Sitzung der Bundesfachgruppe Mammachirurgie des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) in Göttingen
- an Landestagungen in Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern/Schleswig-Holstein und Sachsen
- an der AG „Zervixkarzinom-Screening“ des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin

Teilnahme

- an der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG Selbsthilfe) in Königswinter
- an einer Veranstaltung im Rahmen der Reihe „Brennpunkt Onkologie“ der Deutschen Krebsgesellschaft in der Kalkscheune in Berlin zum Thema „Onkologische Versorgung in der Hausarztpraxis“
- an einem Symposium des Netzwerkes „Komplementärmedizin in der Onkologie“ (KOKON) in Nürnberg
- an einer Veranstaltung des Ethikrats zum Thema „Die Vermessung des Menschen – Big Data und Gesundheit“ in Berlin

Sonstiges

- Erstellung einer E-Book Version der „Soziale Informationen 2015“; Möglichkeit zum Herunterladen unter: www.frauenselbsthilfe.de/aktuelles/ebook-soziale-informationen.html

Termin-Tipp

3. Symposium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

für Patientinnen, Angehörige und Interessierte
am 27. Juni 2015 von 13.00 bis 18.00 Uhr
im Congress Centrum Leipzig, Messehaus

Infos und Anmeldung unter:
www.brca-netzwerk.de

Warum tue ich mir das an?

Die Herausforderung einer 24-Stunden-Wanderung

Vor meiner Brustkrebs-Erkrankung hätte ich dieses verrückte Unternehmen wahrscheinlich nicht mitgemacht. Doch nun möchte ich noch manches Außergewöhnliche erleben. Und dazu gehört die 24-Stunden-Wanderung. Um 18 Uhr geht es los gemeinsam mit 49 weiteren Wanderlustigen zwischen 18 und 75 Jahren.

Die erste richtige Pause machen wir um 22 Uhr. Um drei Uhr früh gibt es nochmal Kaffee und Kuchen, dann verlässt uns das Begleitfahrzeug und nimmt die ersten Erschöpften mit nach Hause. Viele von uns nutzen die Pause für eine halbe Stunde Schlaf auf dem Waldboden. Im Anschluss fällt das Weiterlaufen schwer, doch um sechs Uhr werden wir mit einem herrlichen Sonnenaufgang und einem Frühstück unter freiem Himmel belohnt. Wieder legen sich viele von uns schnell ins Gras, um ein paar Minuten die Augen schließen zu können. Einige Wenige entschließen sich auch, die Wanderung abzubrechen. Bei jeder weiteren Pause gibt es einen weiteren Schwund in der Gruppe, denn es wird immer schwerer, sich wieder aufzurappeln. Die Müdigkeit sitzt in den Knochen.

„Warum tu ich mir das an?“, frage ich mich. Doch ich will es wissen und halte durch. Dafür werde ich reich belohnt: Die ganze Natur scheint nachts verändert. Der Wildwechsel, die ersten Vogelstimmen, das Tageserwachen – alles ist sehr intensiv erfahrbar: 24 Stunden bewusstes Erleben.

Das gemeinsame Ankommen am Ziel ist der wunderbare Höhepunkt dieser Wanderung. WIR haben es geschafft! Das Gefühl der Stärke und die Erinnerung daran, wie wir einander an die Hand genommen haben, wenn mal jemand nicht mehr weiter konnte, wird noch lange bleiben. Ich habe gelernt, dass die physische Kraft mir nur zum Teil helfen kann, einen langen, beschwerlichen Weg zu bewältigen. Viel wichtiger sind dafür Willenskraft, positives Denken und gute Gesellschaft.

2014 war bereits meine fünfte 24-Stundenwanderung. Und auch in diesem Jahr werde ich wieder dabei sein.

Christa Hasenbrink
Leiterin der Gruppe Meersburg und
stv. Vorsitzende des Landesverbandes Baden-Württemberg

Wenn der Wind stärker weht,
bauen die einen Mauern,
die anderen Segelschiffe.

Chinesische Weisheit

bildnachweis folgt

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:
Bürozeiten: Montag bis Donnerstag: 9:00 – 15:00, Freitag 9:00 – 12:00 Uhr
Telefon: 0228 – 3 38 89-400, E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de

Die Landesverbände der Frauenselbsthilfe nach Krebs

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

Landesverband Bayern e.V.
Karin Lesch
Tel.: 0 98 31 – 8 05 09
kontakt-by@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Berlin/Brandenburg e.V.
Uta Büchner
Tel.: 03 38 41 – 3 51 47
kontakt-be-bb@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Hessen e.V.
Heidemarie Haase
Tel.: 0 66 43 – 18 59
kontakt-he@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern/ Schleswig-Holstein e.V.
Sabine Kirton
Tel.: 03 83 78 – 2 29 78
kontakt-mv-sh@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Niedersachsen/Bremen/ Hamburg e.V.
Wilma Fügenschuh
Tel.: 0 49 41 – 7 15 92
kontakt-ni-hb-hh@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
Petra Kunz
Tel.: 0 23 35 – 68 17 93
kontakt-nrw@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.
Dr. Sylvia Brathuhn
Tel.: 0 26 31 – 35 23 71
kontakt-rp-sl@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen e.V.
Ingrid Hager
Tel.: 03 41 – 9 40 45 21
kontakt-sn@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
Elke Naujokat
Tel./Fax: 03 53 87 – 4 31 03
kontakt-st@frauenselbsthilfe.de

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

Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V.
Peter Jurmeister
Tel.: 0 72 32 – 7 94 63
p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net
www.brustkrebs-beim-mann.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.

Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.