

perspektive



**Lymphknoten-OP bei Brustkrebs:
Immer notwendig oder oft auch
überflüssig?**

**In der Ruhe liegt die Kraft –
Entspannung als Wegbegleiter
in der Krebstherapie**

**Brustaufbau mit Implantaten –
eine bewährte Option mit Licht
und Schatten**

- 3 Vorwort
- 4 Lymphknoten-OP bei Brustkrebs: Immer notwendig oder oft auch überflüssig?
- 6 In der Ruhe liegt die Kraft – Entspannung als Wegbegleiterin in der Krebstherapie
- 8 Brustaufbau mit Implantaten – eine bewährte Option mit Licht und Schatten
- 10 Individuell, digital, vernetzt: Wie BETTER-CARE die Nachsorge bei Brustkrebs verbessern will
- 12 Brücken bauen: Ein integratives Versorgungsmodell für onkologisch erkrankte Menschen mit migrationsbedingten Sprachbarrieren
- 14 Zwei Preise, eine Botschaft: Unser Netzwerk „Leben mit Metastasen“ wird doppelt ausgezeichnet
- 15 Keine Chemotherapie ohne gute Gründe: Warum wir für Genexpressionstests gekämpft haben
- 16 Unser Experten-Interview: Nahrungsergänzungsmittel bei Krebs – meist unnötig, manchmal riskant
- 18 Aktuelle Meldungen
- 20 Kongress der Deutschen Brustkrebspezialisten – Individualisierte Behandlung weiter auf dem Vormarsch
- 22 Klangräume für die Seele – Musiktherapie bei Krebs
- 24 Die FSH hat viele Gesichter – Bericht zu einem Fotoshooting voller Mut, Lebensfreude und Lachen
- 25 Wo Austausch Kraft gibt – ein FSH-Vernetzungstreffen im Schwarzwald
- 26 Serie: Starke Gemeinschaften unter einem Dach im Haus der Krebs-Selbsthilfe
- 28 Gruppenjubiläen
- 28 Wichtige Begriffe kurz erklärt: Supportiv, komplementär, integrativ oder alternativ
- 29 Was hat uns bewegt? Was haben wir bewegt?
- 30 Ich schenke mir Zeit – von einem Theaterprojekt der Frauenselbsthilfe Krebs auf Usedom

Impressum

Herausgeber:
Frauenselbsthilfe Krebs, Bundesverband e. V.
Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
www.frauenselbsthilfe.de
kontakt@frauenselbsthilfe.de
Telefon: 0228 33 88 9 400
Amtsgericht Bonn VR 9192
Elke Naujokat (Vorsitzende des Vorstands)

Redaktion:
Caroline Mohr
Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
redaktion@frauenselbsthilfe.de
Verantwortlich i.S.d.P.:
Caroline Mohr
Layout:
metropolmedia OHG
Bammental

Lektorat:
Barbara Quenzer
Druck:
Wolanski GmbH, Bonn
Auflage:
17.500 Stück je Auflage;
Erscheinungsweise:
4 Hefte pro Jahr

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

vor kurzem habe ich einen Satz gehört, der mir nachdrücklich im Gedächtnis geblieben ist: „Der Mediziner sollte erkennen, dass an einer Brust auch eine Frau hängt.“ Wie treffend! Gesagt hat ihn Prof. Anton Scharl auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (Seno). Als eine der größten deutschen Krebs-Selbsthilfeorganisationen setzen wir uns seit bald 50 Jahren dafür ein, genau diese Haltung im medizinischen Alltag zu verankern; und haben dabei schon viele Erfolge erzielt.

Die Interessen von Menschen mit einer Krebserkrankung in gesundheitspolitischen und medizinischen Gremien zu vertreten, gehört – neben dem Auffangen, Informieren und Begleiten der Betroffenen – zu den zentralen Anliegen der Frauenselbsthilfe Krebs. Diejenigen, die sich bei uns engagieren, wissen schließlich am besten, was es heißt, mit Krebs zu leben und was eine gute Versorgung wirklich bedeutet.

Als Ende vergangenen Jahres die Genexpressionstests für Brustkrebspatientinnen zur Debatte standen, war für uns sofort klar: Wir werden nicht tatenlos zusehen, dass diese wichtigen Entscheidungshilfen für einen Teil der bisher Anspruchsberechtigten aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen werden. Denn durch diese Tests kann sehr vielen Frauen in Deutschland ggf. eine Chemotherapie erspart bleiben. Gemeinsam mit medizinischen Fachgesellschaften und anderen Patientenorganisationen haben wir uns für deren Erhalt eingesetzt – mit Erfolg: Die Tests bleiben Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Auch beim Seno-Kongress haben wir den Finger in die Wunde gelegt. Unser Symposium zum Thema „Brustkrebsversorgung zwischen Spitzenmedizin und Realität“ traf einen Nerv, denn nicht nur wir blicken mit wachsender Sorge auf die Pläne der Bundesregierung zur umfassenden Ambulantisierung, also der Verlagerung medizinischer Leistungen vom Krankenhaus in die Arztpraxen vor Ort. Was auf den ersten Blick vernünftig klingt – kürzere Klinikaufenthalte, weniger Kosten – kann in Bezug auf die Behandlung von Brustkrebs fatale Folgen haben. Hier geht es nicht um „rein ins Krankenhaus, OP, geheilt und raus“. Es geht um komplexe, langfristig angelegte Therapien, die auf sorgfältiger Diagnostik beruhen und in interdisziplinären Tumorboards besprochen werden müssen.

Studien haben es eindrücklich gezeigt: Die Behandlung in zertifizierten Brustzentren senkt die Sterblichkeit der betroffenen Frauen signifikant. Diese Erfolge dürfen nicht durch unausgereifte Strukturreformen gefährdet werden. Eine vorschnelle Verlagerung onkologischer Leistungen in den ambulanten Bereich – ohne ausreichendes Personal, Finanzierung und Strukturen – wäre ein Rückschritt, den Patientinnen und Patienten teuer bezahlen könnten.

Wir werden uns mit aller Kraft dafür einsetzen, dass die geplanten Reformen nicht zulasten der Versorgungsqualität gehen. Ambulantisierung ja – aber mit Augenmaß und mit der Beteiligung derer, die mit den Folgen leben: den Betroffenen. Nur so kann eine moderne und zukunftssichere Versorgung gelingen.

Ihre

Elke Naujokat

Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe Krebs

Lymphknoten-OP bei Brustkrebs: Immer notwendig oder oft auch überflüssig?

Die Frage, ob bei einer Brustkrebserkrankung eine operative Entfernung der Achsellymphknoten notwendig ist, betrifft nicht nur die Heilungschancen, sondern auch mögliche Nebenwirkungen und die langfristige Lebensqualität. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen oder Lymphödeme können ggf. nach einer Operation das tägliche Leben stark beeinträchtigen. Umso wichtiger ist es, unnötige Eingriffe zu vermeiden, ohne dabei die Sicherheit der Behandlung zu gefährden. Neue Erkenntnisse und Studien ermöglichen heute individuellere, schonendere Therapiekonzepte. Prof. Thorsten Kühn von der Filderklinik in Filderstadt erläutert im folgenden Beitrag den aktuellen Forschungsstand und die Behandlungsmöglichkeiten.

Die Überlebenswahrscheinlichkeit für Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Heute kann ein Großteil der Patientinnen vollständig geheilt werden. Grund dafür ist ein immer besseres Verständnis der Erkrankung, ihrer vielfältigen Erscheinungsformen und Untertypen sowie deren biologisches Verhalten. Noch vor 50 Jahren versuchte man, eine Heilung von Brustkrebs durch die chirurgische Entfernung aller erreichbaren Tumorzellen zu erreichen. Heute ist das anders: Die Radikalität der Operation an Brust und Lymphknoten ist immer weiter reduziert worden, so dass nun nur noch befallenes Gewebe chirurgisch entfernt wird.

Entwicklung der Lymphknotenchirurgie

Bis vor 20 Jahren war es Standard, bei allen Patientinnen mit Brustkrebs die Lymphknoten in der Achsel vollständig zu entfernen (Axilladisektion). Mit der Einführung der sogenannten Wächterlymphknotenentfernung (Sentinel-Node-Biopsie) wurde ein schonenderes Vorgehen möglich. Dabei werden die ersten Lymphknoten, in die die Gewebsflüssigkeit (Lymphe) aus der Tumorregion abfließt, ent-

nommen. Nur wenn diese befallen sind, werden weitere Lymphknoten entfernt. In der Folge zeigten weitere Studien, dass auch bei einem geringen Lymphknotenbefall eine Axilladisektion vermieden werden kann, da eine gezielte Strahlentherapie kleinste Tumorabsiedlungen in den Lymphknoten sicher erfasst und weniger Langzeitbeschwerden im Vergleich zur radikalen Operation verursacht.

Kann bei einigen Patientinnen auf eine Sentinel-Node-Biopsie verzichtet werden?

Die Beteiligung von Lymphknoten stellt eine wichtige prognostische Information dar. Von ihr kann die Entscheidung für die begleitende medikamentöse oder strahlentherapeutische Behandlung abhängen. Daher wird die Sentinel-Node-Biopsie heute in den meisten Fällen durchgeführt, während die radikale Ausräumung von Lymphknoten nur bei einer fortgeschrittenen Lymphknotenbeteiligung erforderlich ist.

Die moderne Brustkrebsbehandlung ist komplex. Je nach Tumorart und -stadium kommt eine sofortige Operation oder eine vorherige medikamentöse Therapie (neoadjuvante Therapie) infrage. Das hat auch zu

sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Lymphknotenchirurgie geführt.

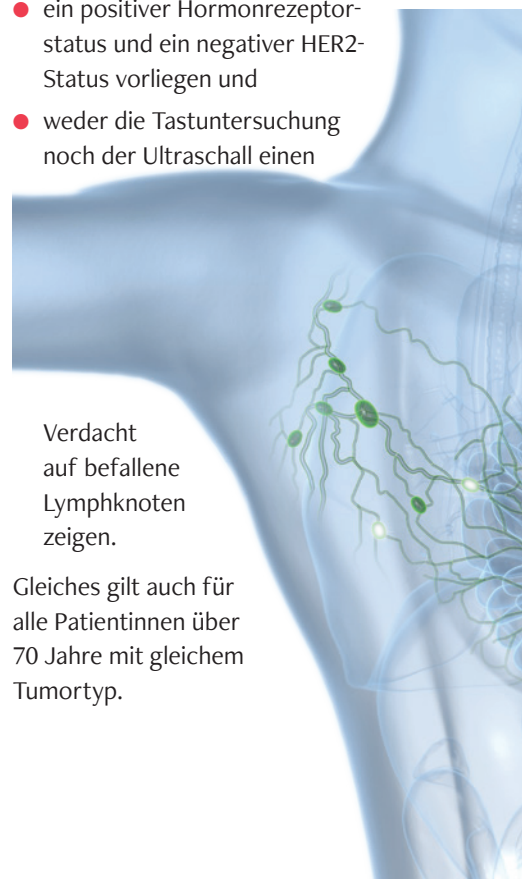
In den vergangenen beiden Jahren wurden zwei große Studien veröffentlicht (SOUND und INSEMA), in denen die Durchführung einer Sentinel-Node-Biopsie mit dem Verzicht auf eben diese Biopsie verglichen wurde. Bei den Teilnehmerinnen handelte es sich um Frauen mit kleinen, nicht aggressiven Tumoren, die brusterhaltend operiert wurden.

Nach sorgfältiger Auswertung der Daten bestätigt die Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie (AGO) in ihrer Leitlinie 2025, dass bei postmenopausalen Frauen (> 50 Jahre) auf eine Sentinel-Node-Biopsie verzichtet werden kann, wenn

- der Tumor kleiner ist als zwei Zentimeter,
- das Grading günstig ist (G1 und G2),
- ein positiver Hormonrezeptorstatus und ein negativer HER2-Status vorliegen und
- weder die Tastuntersuchung noch der Ultraschall einen

Verdacht auf befallene Lymphknoten zeigen.

Gleiches gilt auch für alle Patientinnen über 70 Jahre mit gleichem Tumortyp.



Heute belegen zahlreiche Studien: Wenn der Lymphknotenstatus bei der klinischen Untersuchung unauffällig ist und nur ein oder zwei Wächterlymphknoten befallen sind, muss keine vollständige Axilladisektion mehr durchgeführt werden – unabhängig davon, ob die Brust erhalten bleibt oder entfernt werden muss.

Die operative Ausräumung der gesamten Achselhöhle ist nur noch dann erforderlich, wenn bei sofortiger Operation bereits vergrößerte oder auffällige Lymphknoten sichtbar sind. Kontrovers diskutiert werden derzeit noch die genauen Zielgebiete der begleitenden Strahlentherapie.

Wann ist eine Lymphknotenoperation nach einer neoadjuvanten Chemotherapie erforderlich?

Wenn eine Chemotherapie vor der Operation erfolgt (neoadjuvante Therapie), ist es wichtig zu prüfen, wie gut sie in der Brust und den Lymphknoten wirkt. Bei einigen Tumortypen (triple negativ, HER2 positiv) gibt es hochwertige Folgetherapien, wenn noch ein Tumorrest entweder in der Brust oder im Lymphknoten nachweisbar ist. In vielen Fällen können Lymphknotenmetastasen durch die

Chemotherapie so effektiv zerstört werden, dass keine lebenden Tumorzellen mehr nachweisbar sind. Dann

kann weniger radikal operiert werden.

Allerdings muss streng zwischen Patientinnen unterschieden werden, die zu

Beginn der neoadjuvanten Chemotherapie einen klinisch negativen

Lymphknotenstatus aufweisen, und Frauen, bei denen tastbare und/oder sonographisch auffällige Lymphknoten vorliegen. Bei Letzteren sollte der tatsächliche Befall immer durch eine Biopsie nachgewiesen werden. Werden bei dieser Untersuchung Lymphknotenmetastasen festgestellt, müssen diese vor der Chemotherapie markiert werden, um sie danach identifizieren und gemeinsam mit dem Sentinel-Lymphknoten entfernen zu können. Dieses Verfahren wird als Targeted Axillary Dissection (TAD) bezeichnet, also als „zielgerichtete Entfernung“.

Finden sich nach der neoadjuvanten Chemotherapie noch befallene Lymphknoten, muss nach dem heutigen Stand eine komplettierende Axilladisektion durchgeführt werden. Derzeit wird allerdings in einer großen amerikanischen Studie (ALLIANCE 11202) geprüft, ob das wirklich erforderlich ist. Es wird untersucht, ob bei neoadjuvant behandelten Patientinnen, die Chemotherapie-resistente Zellen in den Lymphknoten aufweisen, auf eine operative Entfernung verbliebener Lymphknoten verzichtet werden kann – ebenso wie bei Patientinnen, die ohne vorherige Chemotherapie operiert wurden.

Bereits heute gilt: Wenn im Rahmen der TAD nur einzelne Tumorzellen oder sogenannte Mikrometastasen gefunden werden, empfiehlt die AGO keine routinemäßige Axilladisektion mehr.

Zusammenfassung

Die operative Entfernung von Lymphknoten konnte in den vergangenen Jahren ohne Einschränkung der Sicherheit immer weiter reduziert werden. Dadurch wurde die Lebensqualität betroffener Frauen ständig verbessert. Auf Grund der Komplexität der heutigen Brustkrebsbehandlung ist die operative Therapie der Lymphknoten sehr individuell und orientiert sich an der Tumorbiologie, dem Tumorstadium und dem Behandlungskonzept.

Autor dieses Beitrags



Prof. Dr. Thorsten Kühn

Leitender Arzt für gynäkologische Onkologie und Leiter des Brustzentrums Filderlinik, Senior Consultant Universitätsfrauenklinik Ulm, Vorsitzender EUBREAST e.V.

In der Ruhe liegt die Kraft Entspannung als Wegbegleiterin in der Krebstherapie

„Als bei mir Krebs diagnostiziert wurde, stand in mir auf einmal alles Kopf: meine Gedanken rasten, mein Körper stand unter Dauerstrom, meine innere Ruhe schien verloren.“ So oder ähnlich empfinden viele Menschen in einer vergleichbaren Situation. Hier können Entspannungsverfahren wie Meditation, achtsames Yoga oder Visualisierungsübungen eine wertvolle Unterstützung sein. Sie helfen, mit Ängsten, innerer Unruhe und Erschöpfung besser umzugehen, fördern das emotionale Gleichgewicht und eröffnen neue Wege, Kraftquellen in sich selbst zu entdecken. PD Dr. Elisabeth Jentschke, Leiterin des psychoonkologischen Dienstes am Universitätsklinikum Würzburg, stellt hilfreiche Verfahren vor und erläutert ihre Wirkung.

Wer mit einer Krebserkrankung lebt, steht häufig unter enormem psychischem und körperlichem Druck. Neben den medizinischen Herausforderungen können Ängste, Schlafprobleme, Erschöpfung und innere Unruhe die Lebensqualität massiv beeinträchtigen. Entspannungstechniken haben sich als wirkungsvolle und nebenwirkungsfreie Ergänzung zur medizinischen Behandlung erwiesen – vorausgesetzt, sie sind gut angeleitet und individuell angepasst.

Was bewirken Entspannungsverfahren?

Entspannungsverfahren wirken über die Regulation des vegetativen Nervensystems. Sie helfen dabei, aus dem „Daueranspannungsmodus“ herauszufinden, Gedanken zu beruhigen, Körperwahrnehmung zu schulen und Gefühle besser einzuordnen. Studien zeigen: Bei vielen Patientinnen und Patienten lassen sich durch regelmäßige Anwendung nicht nur Stress, sondern auch Fatigue, Ängste und depressive Symptome reduzieren; und so verbessert sich die Lebensqualität.

Bewährte Verfahren im Überblick

Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Prof. Jacobson:

Hier werden nacheinander verschiedene Muskelgruppen angespannt und wieder entspannt – das fördert ein vertieftes Körpergefühl und hilft besonders bei innerer Unruhe und Schlafproblemen.

Autogenes Training nach Prof. Schultz:

Durch sogenannte Formelsätze („Mein Arm ist ganz schwer“) wird über Autosuggestion eine tiefe körperliche Entspannung erreicht. Das Training wirkt sich positiv auf vegetative Beschwerden, Schmerz, Schlaf und Angst aus.

MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) nach Prof. Jon Kabat-Zinn:

Das achtsamkeitsbasierte Acht-Wochen-Programm wurde ursprünglich für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie z. B. Rheuma entwickelt und verbindet Meditation, Körperwahrnehmung und sanftes Yoga zu einem integrativen Ansatz. Zahlreiche

Studien belegen positive Effekte auf Fatigue, Angst und das subjektive Wohlbefinden. In der Psychoonkologie findet MBSR zunehmend Anwendung, da die Betroffenen lernen, belastende Denk- und Reaktionsmuster selbst zu erkennen und gezielt zu verändern.

Hypnosetherapie:

In einem Trancezustand können innere Bilder und Vorstellungen gezielt genutzt werden, um körperliche und seelische Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit oder Angst zu lindern. Die Methode ist in der Onkologie gut untersucht. Zahlreiche Studien belegen ihre Wirksamkeit, insbesondere in der Unterstützung bei belastenden Symptomen im Krankheitsverlauf und während der Therapie.

Yogatherapie:

Achtsames, auf die körperliche und psychische Verfassung abgestimmtes Yoga hat sich als wirksame supportive Maßnahme in der psychoonkologischen Versorgung etabliert. Studien zeigen, dass insbesondere Rezidiv- und Progressionsangst, depressive Symptome sowie Fatigue signifikant reduziert werden können. Die Kombination aus achtsamer Bewegung, Atemlenkung und meditativer Fokussierung unterstützt Patientinnen und Patienten dabei, sowohl körperlich als auch emotional wieder mehr Stabilität und Selbstwirksamkeit zu erleben.

Die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Yoga-Interventionen konnte auch ich im Rahmen eigener Forschungsarbeiten im Kontext meiner Rehabilitation nachweisen.

Lichtatmung – ein imaginationsbasierter Zugang zur Selbstregulation

Die Lichtatmung ist eine einfache, aber wirkungsvolle Technik, die Elemente aus Atemarbeit und therapeutischer Imagination verbindet. Sie basiert auf der Vorstellung, beim Einatmen Licht und Energie in den Körper aufzunehmen und beim Ausatmen belastende Gedanken oder Spannungen abzugeben. Studien zur Wirkung von Visualisierungstechniken und achtsamkeitsbasierten Atemübungen belegen, dass solche inneren Bilder neurovegetative Beruhigung und emotionale Selbstregulation fördern können. Viele Patientinnen und Patienten berichten – auch ohne Vorkenntnisse in Entspannungsverfahren – über ein Gefühl von Ruhe, innerer Weite und Verbundenheit. In der psychoonkologischen Begleitung stellt die Lichtatmung somit einen niedrigschwelligen Zugang zur Förderung von Resilienz und Körper-Seele-Integration dar.

Was passt zu mir?

Entspannungsverfahren stellen für viele Menschen mit einer schweren Erkrankung eine wirkungsvolle Möglichkeit dar, aktiv zur eigenen Stabilisierung und emotionalen Entlastung beizutragen. Um zu erkennen, was aus dem Angebot der unterschiedlichen Techniken von einem selbst als hilfreich erlebt wird, ist es entscheidend, verschiedene Methoden kennenzulernen und auszuprobieren.

Ob klassische Verfahren wie die Progressive Muskelrelaxation oder das Autogene Training, achtsamkeitsbasierte Programme wie MBSR, körperorientierte Ansätze wie Yoga oder imaginative Techniken wie die Lichtatmung – sie alle stärken das Erleben von Selbstwirksamkeit, innerer Ruhe und psychischer Widerstandskraft. Gerade in Phasen schwerer Erkrankung können solche Zugänge eine bedeutsame Ressource sein.

Wie kann ich beginnen?

Der Einstieg gelingt häufig am besten im Rahmen angeleiteter Kurse – etwa in psychoonkologischen Zentren, an Volkshochschulen oder über zertifizierte Onlineangebote. Auch Apps oder Audiodateien können unterstützend wirken, insbesondere beim Erlernen kürzerer Übungen wie der Lichtatmung. Wichtig ist: Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“. Entscheidend ist, dass sich die Übung stimmig anfühlt und sich gut in den Alltag integrieren lässt.

Wann ist professionelle Begleitung sinnvoll?

Bei ausgeprägter psychischer Belastung – etwa bei Angststörungen, Depressionen oder anhaltender innerer Unruhe – ist eine fachlich begleitete Anwendung von Entspannungsverfahren ratsam. Speziell geschulte Fachkräfte (u. a. aus den Bereichen Psychoonkologie und Psychotherapie) können helfen, geeignete Methoden auszuwählen, individuell anzupassen und Überforderungen zu vermeiden.

Gute Kraftquellen in bewegten Zeiten

In Momenten der Stille, der bewussten Atmung oder achtsamen Bewegung kann etwas entstehen, das weit über Entspannung hinausgeht: ein Gefühl von Verbindung mit sich selbst, dem eigenen Körper, den eigenen Bedürfnissen. Wer sich auf diesen Weg einlässt, entdeckt oft neue Zugänge zu innerer Stärke, Gelassenheit und Selbstfürsorge gerade dann, wenn die Welt aus den Fugen geraten ist.

Autorin dieses Beitrags



PD Dr. phil. Elisabeth Jentschke

*Leitung Psychoonkologischer Dienst;
Vorsitzende des Klinischen Ethikkomitees
Universitätsklinikum Würzburg*

*Comprehensive Cancer Center
Mainfranken mit Zentrum für
Palliativmedizin*

Tipp zum Ausprobieren:



In der Mediathek des CCC Main-Franken finden Sie eine angeleitete Yogastunde – geeignet für Menschen mit Krebserkrankung (Vorkenntnisse sind nicht erforderlich).

Brustaufbau mit Implantaten: Eine bewährte Option mit Licht und Schatten

Nach einer Brustkrebsoperation stehen viele Frauen vor der Frage: Wie möchte ich mit meinem veränderten Körper weiterleben? Für einige ist ein Brustaufbau eine Möglichkeit, das Selbstwertgefühl zu stärken und die Krankheit hinter sich zu lassen. Dafür gibt es verschiedene Wege; insbesondere zwei Verfahren werden häufig angeboten: der Wiederaufbau mit Eigengewebe und der Einsatz von Silikonimplantaten. Letzterer ist nach wie vor ein gängiger und bewährter Weg, der in den vergangenen Jahren jedoch etwas aus dem Fokus geraten ist. Dabei bietet gerade diese Methode für viele Frauen eine gute Option. Was spricht für Implantate – und was dagegen? Wir haben Prof. Matthias Reichenberger von der Klinik für Plastische Chirurgie, Ästhetik und Rekonstruktion der Ethianum Klinik in Heidelberg dazu befragt.

Ob nach einer Brustkrebs-Operation ein Brustimplantat infrage kommt, hängt von vielen individuellen Faktoren ab. Grundsätzlich ist diese Methode vor allem dann sinnvoll, wenn die körperlichen Voraussetzungen für einen Eigengewebsaufbau nicht gegeben sind – zum Beispiel bei sehr schlanker Körperstatur oder wenn Vorerkrankungen eine aufwendige Operation mit Gewebeverlagerung nicht erlauben. Auch für Frauen, die sich eine weniger belastende Operation mit kürzerer Erholungszeit wünschen, kann der Einsatz eines Implantats die richtige Entscheidung sein. Gerade im Rahmen einer sogenannten primären Rekonstruktion, also dem direkten Wiederaufbau der Brust bei der Brustentfernung, lässt sich ein Implantat meist unkompliziert einsetzen.

So funktioniert der Eingriff

Moderne Brustimplantate bestehen aus Silikon-Gel und werden entweder hinter oder – immer häufiger – vor dem Brustmuskel eingesetzt. Die sogenannte präpektoriale Methode, bei der das Implantat auf dem Muskel liegt, gilt als schonender. Viele Frauen berichten hier von weniger Schmerzen nach der Operation und einem natürlicheren Ergebnis. Der Körper umhüllt

das Implantat mit einer Bindegewebskapsel. Dieser Vorgang ist ganz normal und muss nicht beunruhigen.

In einigen Fällen kann eine Kombination aus Implantat und Lipofilling (Eigenfett-Transfer) die optimale Lösung sein. Das Implantat sorgt für das nötige Volumen und die gewünschte Form, während das Lipofilling zur ausreichenden Dicke des Unterhautfettgewebes um das Implantat herum beiträgt. So wird auch der Übergang am Dekolleté weicher und sichtbare Implantat-Ränder können kaschiert werden.

Nicht immer ist eine sofortige Rekonstruktion möglich. Wird eine Strahlentherapie geplant oder wurde bereits bestrahlt, kann der Aufbau auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. In solchen Fällen wird häufig zunächst ein sogenannter Gewebe-expander eingesetzt. Dieser dehnt die Haut langsam, bis ausreichend Platz für das endgültige Implantat vorhanden ist.

Chancen und Grenzen

Der Brustaufbau mit Implantaten bietet zahlreiche Vorteile. Für viele Frauen ist es beruhigend, dass der Eingriff gut planbar ist sowie Form und Volumen der Brust im Vorfeld festge-

legt werden können. Die Operationszeit ist in der Regel deutlich kürzer als bei der Eigengewebsrekonstruktion und die körperliche Belastung insgesamt geringer. Da kein Gewebe von anderen Körperstellen entnommen wird, entstehen zudem keine zusätzlichen Narben oder eventuelle Komplikationen an den Entnahmestellen. Die Genesung verläuft meist schneller, sodass viele Patientinnen rasch in ihren Alltag zurückkehren können.

Dennoch ist das Verfahren nicht frei von Nachteilen. Einige Frauen empfinden ein dauerhaftes Fremdkörpergefühl, insbesondere wenn wenig körpereigenes Gewebe das Implantat umgibt. In manchen Fällen entwickelt sich die Kapsel um das Implantat in eine feste, schrumpfende Bindegewebskapsel – eine sogenannte Kapselfibrose. Diese kann Schmerzen verursachen und das kosmetische Ergebnis beeinträchtigen. In solchen Situationen ist oft ein weiterer Eingriff nötig.

Ein weiteres Thema ist die Haltbarkeit. Zwar sind moderne Silikonimplantate sehr widerstandsfähig und gut verträglich, dennoch kann im Laufe der Jahre ein Austausch erforderlich sein; etwa bei Materialermüdung, Komplikationen oder auch aus kosmetischen Gründen. Gerade Frauen, die noch viele Lebensjahre vor sich haben, sollten diesen Aspekt in ihre Entscheidung mit einbeziehen, da es kein einziges Fabrikat gibt, das eine lebenslange Garantie besitzt.

Auch eine vorherige oder geplante Bestrahlung spielt bei der Wahl der Rekonstruktionsmethode eine wichtige Rolle. Denn bestrahltes Gewebe ist oft weniger elastisch, heilt schlechter und neigt zu Komplikationen. Das Risiko für die Entwicklung einer Kapselfibrose steigt.

Wie sieht die Krebsnachsorge mit Implantat aus?

Ein wichtiges Thema, das viele Frauen beschäftigt, ist die Nachsorge. Grundsätzlich lässt sich sagen: Auch mit Implantaten ist eine zuverlässige Krebsnachsorge möglich. Die regelmäßigen klinischen Untersuchungen, ergänzt durch bildgebende Verfahren wie Ultraschall oder – wenn nötig – MRT, gehören weiterhin zur Routine. Die Mammographie spielt bei rekonstruierten Brüsten mit Implantat allerdings eine untergeordnete Rolle, insbesondere wenn kein Restdrüsengewebe mehr vorhanden ist.

Gerade in der Bildgebung ist es wichtig, dass die Untersuchungen von erfahrenen Radiologinnen und Radiologen durchgeführt werden. So kann zuverlässig zwischen harmlosen Veränderungen am Implantat und möglichen Rückfällen unterschieden werden. Auch das Implantat selbst wird im Rahmen der Nachsorge regelmäßig kontrolliert – etwa auf Verschiebungen, Undichtigkeiten oder Anzeichen einer Kapselfibrose.

Was sagen betroffene Frauen?

Viele Frauen berichten nach einem Brustaufbau mit Implantat von einem guten ästhetischen Ergebnis und einer positiven Wirkung auf das eigene Körperbild. Besonders dann, wenn die Rekonstruktion direkt im Anschluss an die Brustentfernung erfolgte, wird der Übergang als weniger belastend empfunden. Es gibt jedoch

auch Frauen, die sich nach einigen Jahren für einen Wechsel zum Eigengewebe entscheiden; meist aufgrund von Spannungsgefühlen, Kapselfibrosen oder dem Wunsch nach einem noch natürlicheren Körpergefühl.

Letztlich gilt: Die Entscheidung für oder gegen ein Implantat ist sehr persönlich. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“, sondern nur das, was für die einzelne Frau in ihrer individuellen Lebenssituation passt.

Fazit

Ob Implantat oder Eigengewebe: beide Verfahren bieten gute Möglichkeiten für den Wiederaufbau einer Brust. Wichtig ist, sich gut beraten zu lassen bei einer Fachärztin oder einem Facharzt, der beide Verfahren anbietet. Überlegen Sie sich vorab, was Ihnen in Ihrer Situation wichtig ist, und fragen Sie so lange nach, bis Sie sich gut informiert fühlen. Nur so können Sie herausfinden, welche Option bzw. Kombination am besten zu Ihnen passt. Auch Vorher-Nachher-Bilder oder der Austausch mit anderen betroffenen Frauen in Selbsthilfegruppen können bei der Entscheidungsfindung helfen. Und es gilt auch: Hören Sie auf Ihr Bauchgefühl.

Um den eigenen Weg zu finden, braucht es meist mehrere Gespräche. Denn so individuell wie jede Frau ist, so individuell sollte auch der Wiederaufbau gestaltet sein. Nehmen Sie sich die Zeit, den für Sie passenden Weg zu finden.

Autor dieses Beitrags



Prof. Dr. Matthias Reichenberger

*Klinik für Plastische Chirurgie,
Ästhetik und Rekonstruktion
Ethianum Klinik
Heidelberg*



Individuell, digital, vernetzt: Wie BETTER-CARE die Nachsorge bei Brustkrebs verbessern will



Wer an Brustkrebs erkrankt, durchläuft meist eine intensive Behandlung: Operation, Strahlentherapie und oft auch eine Chemotherapie bestimmen über Wochen und Monate den Alltag. Während dieser Zeit sind die Arztkontakte eng getaktet, die Untersuchungen umfassend. Doch was folgt danach? Wie geht es weiter, wenn die Primärtherapie abgeschlossen ist? Genau hier setzt das Projekt BETTER-CARE an. Was es mit diesem innovativen Versorgungskonzept auf sich hat, wird im folgenden Beitrag dargestellt.

Die Qualität der Behandlung von Brustkrebs ist in Deutschland sehr hoch. Doch nach Abschluss der Primärtherapie beginnt für viele Patientinnen* eine Phase der Unsicherheit. Zwar gibt es in Deutschland ein etabliertes Nachsorgesystem, doch dieses ist bislang weitgehend starr, wenig individuell und stark auf medizinisch-technische Aspekte fokussiert. Daher hat das BETTER-CARE-Projekt folgendes Ziel: Es will die Nachsorge intelligenter, patientenzentrierter und besser vernetzt gestalten.

Die aktuelle Nachsorge: Standardisiert, doch nicht individualisiert

In Deutschland ist die Nachsorge bei Brustkrebs klar strukturiert. Sie beginnt nach Abschluss der Primärbehandlung – also nach Operation, Strahlentherapie und ggf. systemischer Therapie – und erstreckt sich über mehrere Jahre. In den ersten drei Jahren erfolgt alle drei Monate eine Kontrolluntersuchung, in den Jahren vier und fünf alle sechs Monate, anschließend jährlich.

Die Untersuchungen, meist durchgeführt von gynäkologischen Fachärztinnen und Fachärzten, bestehen laut der aktuellen S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms aus einer körperlichen Untersuchung,

Anamnese, Mamma-Sonographie (Ultraschall der Brust) und einmal jährlich einer Mammographie. Weitere bildgebende Verfahren oder die Bestimmung von Tumormarkern werden nur bei konkreten Beschwerden empfohlen. Das Ziel: Einen Rückfall (Rezidiv) möglichst frühzeitig erkennen ohne unnötige Belastung.

In der Leitlinie wird zwar eine bedarfs- und risikoadaptierte Nachsorge empfohlen. Doch derzeit fehlen dafür in Deutschland geeignete Konzepte. Das vorhandene Nachsorgeschema unterscheidet bislang kaum zwischen Patientinnen mit niedrigem und hohem Rückfallrisiko. So entsteht auf der einen Seite eine potenzielle Überversorgung, etwa bei Patientinnen mit niedrigem Rezidiv- oder Metastasierungsrisiko. Auf der anderen Seite stehen Frauen mit hohem Risiko (z. B. triple-negativem Brustkrebs). In der bestehenden Nachsorgestruktur bleiben diese Patientinnen möglicherweise unterversorgt.

Die bedarfs- und risikoadaptierte Nachsorge wird zusätzlich erschwert durch den fehlenden systematischen digitalen Austausch der Diagnose- und Behandlungsdaten zwischen dem Brustkrebszentrum, in dem häufig die Primärtherapie durchgeführt wird, und den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten, die für die Nachsorge zuständig sind.

BETTER-CARE: Ein Modell für die Zukunft

Um diese Versorgungslücken zu schließen, wurde das Programm „Bedarfsadaptierte und individualisierte Versorgung von PatientInnen nach der Therapie von primärem Brustkrebs“ (BETTER-CARE) ins Leben gerufen. BETTER-CARE ist ein komplexes Interventionsprogramm. Es beinhaltet ein Nachsorge-Netzwerk, in dem zertifizierte Brustkrebszentren und ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zusammenarbeiten und beispielsweise Daten über eine elektronische Akte austauschen können. So wird die Kommunikation zwischen den Behandelnden verbessert.

Ergänzend führen die teilnehmenden Brustkrebszentren regelmäßig eine Bedarfsanalyse bei den Patientinnen durch, um Symptome oder den Behandlungsbedarf identifizieren zu können und über Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren.



Mehr Teilhabe, mehr Lebensqualität

Teilnehmende Patientinnen können zusätzlich digitale Angebote beispielsweise zu Themen wie Fatigue oder psychischer Belastung nutzen: Über eine App lassen sich Bedürfnisse dokumentieren und hilfreiche Informationen abrufen. Alternativ steht ein gedruckter Nachsorgepass zur Verfügung, in dem die Patientinnen ihre Symptome notieren und ihre Nachsorge dokumentieren können.

Wissenschaftlich begleitet und evaluiert

Das BETTER-CARE-Programm läuft derzeit im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie. Untersucht wird, ob die Lebensqualität der Teilnehmerinnen durch das Programm verbessert werden kann und es einen Einfluss gibt auf Therapieadhärenz (Therapietreue), Therapiefolgen, psychische Belastung, Teilhabe am Arbeitsleben und Aktivitäten des täglichen Lebens, Wiederaufnahme in die stationäre Behandlung, progressionsfreies Überleben, Zufriedenheit sowie die gesundheitsökonomischen Folgekosten.

Alle am BETTER-CARE-Programm Teilnehmenden werden bei Aufnahme in die Studie und nach einem Jahr zu vorab definierten Themenbereichen befragt: allgemeine Informationen zur Person, körperliche und psychische

Gesundheit, Medikamente und Behandlungen sowie Zufriedenheit mit der Behandlung. Diese Daten werden mit der Kontrollgruppe verglichen, in der die Routine-Nachsorge durchgeführt wird, um den Effekt des neuen Nachsorgekonzeptes beurteilen zu können.

Die Studienleitung liegt bei der Frauenklinik des Universitätsklinikums Würzburg, die die Zusammenarbeit der Projektpartner und die inhaltliche Vorbereitung der verschiedenen Angebote koordiniert. Die Gesamtevaluation (Auswertung) erfolgt durch das Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Universität Würzburg. Hierfür hat das Institut eine Datenbank bereitgestellt, in der die teilnehmenden Zentren die erhobenen Daten dokumentieren können.

933 Patientinnen wurden in die Studie aufgenommen und befragt. Die Abschlussbefragungen werden bis Juni 2025 abgeschlossen sein. Anschließend wertet das Projektteam mit Expertinnen und Experten aus Statistik, Methodik, Gynäkologie, Psychologie, Medizininformatik und Gesundheitsökonomie diese Daten aus.

Ein Wegweiser für bessere Nachsorge

BETTER-CARE hat das Potenzial, die Nachsorge nach Brustkrebs neu zu definieren als ein individuell zugeschnittenes, interdisziplinär abgestimmtes und digital unterstütztes Versorgungskonzept. Für die Patientinnen mit Brustkrebs wäre dies ein guter Schritt hin zu mehr Sicherheit, mehr Teilhabe, mehr Lebensqualität. Und für das Gesundheitssystem: eine Versorgung, die Ressourcen gezielter einsetzt und Über- wie Unterversorgung vermeidet.



Mehr Informationen zum Projekt unter:
www.better-care.health

Autoren dieses Beitrags



Anna Schäfer

Mitarbeiterin am Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Universität Würzburg und der Frauenklinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Würzburg



Prof. Dr. Achim Wöckel

Direktor der Frauenklinik am Universitätsklinikum Würzburg, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Senologie und Mitglied im FSH-Beirat

Sowie:

Dr. Armin Bauer, Tübingen; Prof. Harald Baumeister, Ulm; Dr. med. Thomas M. Deutsch, Heidelberg; Prof. Peter U. Heuschmann, Würzburg; Prof. Rüdiger Pryss, Würzburg; Prof. Andrea Sczcesny, Würzburg; Dr. Léa Louise Volmer, Tübingen



* Auch Männer können an Brustkrebs erkranken. Die Erkrankung kommt hier jedoch sehr selten vor.

Brücken bauen: ein integratives Versorgungsmodell für onkologisch erkrankte Menschen mit migrationsbedingten Sprachbarrieren

Wer an Krebs erkrankt, tritt in eine neue, fremde Welt ein. Neben all den aufwühlenden Gefühlen, die die Diagnose auslöst, fühlen sich viele Betroffene zudem vom Versorgungssystem und den nun an sie gestellten Fragen überfordert. Wie schwer muss es dann erst für Menschen sein, die nicht mit Deutsch als Erstsprache aufgewachsen sind? Für sie kommen zur emotionalen Belastung oft noch Sprachbarrieren hinzu. Diese führen nicht nur zu Unsicherheit, sondern im schlimmsten Fall auch zu einer schlechteren medizinischen Versorgung. Ein Team an der Uniklinik Köln will das ändern und entwickelt im Forschungsprojekt „IntVeM“ gezielte Unterstützungsangebote für onkologisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund und Sprachbarrieren.

Seit Emine Dogan* eine Krebsdiagnose erhalten hat, befindet sie sich am Rande ihrer Belastbarkeit. Die Nachricht hat sie sehr schockiert und es fällt ihr schwer, damit umzugehen. Erschwerend kommt hinzu, dass sie eine sprachliche Barriere erlebt. Emine Dogan spricht zwar deutsch und kann in ihrem privaten und beruflichen Umfeld ausreichend sicher kommunizieren, doch nun ist es anders. Sie fühlt sich in dem Feld der Gesundheitsversorgung sehr unsicher und hat das Gefühl, vieles nicht ausreichend zu verstehen.

Emine Dogan ist in Deutschland kein Einzelfall. Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Sprachbarrieren stoßen im Gesundheitssystem auf zahlreiche Hindernisse, die sich negativ auf ihre Versorgung auswirken können. Vor dem Hintergrund einer Krebserkrankung ist das besonders problematisch. Verständnisschwierigkeiten und die fehlende Fähigkeit nachzufragen, führen dazu, dass Betroffene schlechter informiert sind und Vor- sowie Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten nicht abwägen

können. Ihnen fällt es zudem oft schwer, eigene Wünsche, Bedürfnisse oder Probleme mitzuteilen. Dem Behandlungsteam stehen diese Informationen dann für eine individuelle Versorgung nicht zur Verfügung.

Hilfreiche Versorgungskonzepte fehlen zurzeit

Obwohl ca. zehn Prozent der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus eine zuwanderungsbedingte Sprachbarriere haben, fehlt es in der Versorgung häufig an Konzepten, mit dieser

vulnerablen (verletzlichen) Gruppe einen guten Umgang zu finden. Das Forschungsprojekt „Integratives Versorgungsmodell für onkologisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund und Sprachbarrieren“ (IntVeM), das seit Herbst 2023 an der Uniklinik Köln durchgeführt und von der Deutschen Krebshilfe finanziert wird, will diese Situation ändern.

Eine Sprachbarriere liegt dann vor, wenn Menschen die Sprache des Versorgungsteams nicht, kaum oder nur eingeschränkt sprechen. Sie kann leicht übersehen werden, wenn Betroffene wie Emine Dogan die Alltagssprache ausreichend beherrschen, jedoch die medizinische und pflegerische Fachsprache und die Zusammenhänge nicht verstehen.

Sprachbarrieren in der pflegerischen und medizinischen Versorgung können zu einer schlechteren Versorgung und einer geringeren Nutzung wichtiger Leistungen und Angebote führen. Dies wiederum kann zur Folge



* Name beispielhaft eingefügt.

haben, dass gesundheitliche Probleme und Symptome nicht oder (zu) spät entdeckt und therapiert werden. Es besteht die Gefahr, dass die Betroffenen benachteiligt bzw. ungewollt schlechter behandelt werden.

Sprachbarriere als zusätzliche Belastung

Für Emine Dogan und ihre Familie bedeuten die Sprachbarriere und das Fehlen von Konzepten zu deren Überwindung eine zusätzliche Belastung in der ohnehin schweren Zeit. Auch für Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzte ist diese Situation nicht angenehm. Sie stoßen immer wieder an Grenzen, wenn es darum geht, im Behandlungsalltag gut mit Menschen wie Emine Dogan zu kommunizieren.

Um geeignete Maßnahmen für die Betroffenen zu entwickeln, wurden Patientinnen und Patienten, die deutsch nicht perfekt verstehen, nach ihren Bedürfnissen und Wünschen befragt. Zudem wurden die in der Versorgung Tätigen zu den Herausforderungen im Versorgungsalltag interviewt und bestehende Maßnahmen zur Überwindung von Verständigungsschwierigkeiten in der Literatur recherchiert.

Entwicklung eines neuartigen Versorgungsmodells

Die Ergebnisse werden nun zu einem neuartigen Versorgungsmodell verbunden. Es umfasst unter anderem die folgenden Elemente:

- den Einsatz speziell geschulter onkologischer Pflegeexpertinnen und -experten
- eine ergänzende Beratung durch Expertinnen und Experten des Patienten-Informations-Zentrums (PIZ) an der Uniklinik Köln
- die Bereitstellung von Materialien in der Erstsprache
- die Schulung von weiteren Mitarbeitenden an der Uniklinik Köln
- einen telefonischen Sprachmittlungsservice und den Einsatz anderer Übersetzungstools

Onkologische Pflegefachkräfte spielen eine wichtige Rolle in dem Forschungsprojekt. Ihre Aufgabe ist es, zu Beginn des stationären Aufenthalts ein ausführliches Aufnahmegespräch zu führen, u. a. zu sprachlichen, sozialen und Krankheits-bezogenen Aspekten. Auf dieser Grundlage wird ein zweisprachiger Versorgungsplan erstellt, der einer strukturierten Planung, Dokumentation und Koordination der Behandlungs- und Pflegemaßnahmen dient.

Auch An- und Zugehörige werden niedrigschwellig beraten

Die Pflegeexpertinnen und -experten identifizieren erste Informationsbedarfe zur Erkrankung, Therapie und möglichen Nebenwirkungen und stellen entsprechende Materialien in der jeweiligen Erstsprache zur Verfügung. Während des Aufenthalts koordinieren sie ergänzende Unterstützungsangebote, wie sozialrechtliche Beratung oder Beratung durch das Patienten-Informations-Zentrum (PIZ) der Uniklinik Köln. Dort werden Patientinnen und Patienten aber auch An- und Zugehörige niedrigschwellig zu Themen wie Tabakentwöhnung, Leistungen der Pflegeversicherung oder Hygiene bei Krebstherapien beraten und geschult.

In einem Zwischengespräch mit den onkologischen Pflegefachkräften besprechen die Patientinnen und Patienten erneut die individuellen Bedürfnisse, um Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren gezielt anzupassen. Dazu zählen unter anderem der Einsatz von bilingualen Kommunikationshilfen, mehrsprachige Entscheidungshilfen oder die Vermittlung von passenden ambulanten Angeboten. Vor der Entlassung findet ein Abschlussgespräch statt. Auch in der poststationären Phase bleiben die onkologischen Pflegefachkräfte als direkte Ansprechpersonen eingebunden, ebenso wie das PIZ, und sorgen für Kontinuität in der Versorgung.

Ziele und Erfolgskontrolle von IntVeM

Der Erfolg von IntVeM wird wissenschaftlich geprüft. Hier liegt der Fokus darauf, wie informiert, gesundheitskompetent und zufrieden sich die ins Projekt eingeschlossenen Patientinnen und Patienten fühlen. Daten dazu werden per Fragebogen zu drei Zeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, drei Monate nach Entlassung) erhoben.

Wir erwarten, dass onkologisch erkrankte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Sprachbarrieren durch „IntVeM“ besser informiert sind, sich sicherer und kompetenter fühlen, in Therapieentscheidungen einbezogen werden und Therapien weniger häufig abbrechen. Dies soll zu einer erhöhten Zufriedenheit, weniger Komplikationen und besseren Heilungschancen führen.

Emine Dogan wäre froh, wenn es viele der oben geschilderten Angebote bereits jetzt gäbe, um besser mit den Herausforderungen umgehen zu können, die durch die Sprachbarriere entstehen. An der Uniklinik Köln wird mit „IntVeM“ hierfür ein Weg bereitet.

Autorinnen und Autor dieses Beitrags:

Annika Dangendorf

M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin

*Patienten-Informations-Zentrum
Uniklinik Köln*

Stefanie Federhen

M.A. Pflegemanagement

*Leiterin Patienten-Informations-Zentrum
Uniklinik Köln*

Prof. Dr. phil. Sascha Köpke

*Leiter Institut für Pflegewissenschaft
Universität zu Köln*

Zwei Preise, eine Botschaft: Unser Netzwerk „Leben mit Metastasen“ wird doppelt ausgezeichnet

Wir sind noch immer überwältigt – unser Netzwerk *Leben mit Metastasen* wurde bei der YES!CON 2025 gleich zweimal ausgezeichnet: mit dem Publikumspreis und dem Shine a Light-Award. Zwei Preise, insgesamt 25.000 Euro Preisgeld – doch vor allem: ein großes Zeichen der Wertschätzung für die Arbeit und die Vision unseres Netzwerks.

Auf der YES!CON, einer der größten Krebs-Conventions in Deutschland, werden jedes Jahr in Kooperation mit der Deutschen Postcode-Lotterie Menschen und Initiativen geehrt, die sich mit viel Herzblut für andere Betroffene einsetzen. Dass wir als Netzwerk dort gleich doppelt gewürdigt wurden, erfüllt uns mit Stolz und gibt uns neue Energie und Kraft für alles, was noch vor uns liegt.

Shine a light (wirf ein Licht) auf ein Tabuthema

Warum es uns gibt? Metastasen – das ist ein Thema, das viele meiden. Es steht für das Fortschreiten der Erkrankung, für Unheilbarkeit, für Angst und häufig auch für Sprachlosigkeit. Genau deshalb hatte die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) – unter Feder-

führung der damaligen Bundesvorsitzenden Dr. Sylvia Brathuhn – 2019 begonnen, ein Netzwerk für Frauen mit metastasiertem Krebs aufzubauen. Damals gab es kein wirklich passendes Selbsthilfeangebot. Das wollten wir ändern. Und das ist uns gelungen.

Ein engagierter Kreis betroffener Frauen hat das Netzwerk mit Unterstützung der FSH ehrenamtlich aufgebaut und weiterentwickelt. Seitdem gibt es mehrere unterschiedliche Angebote: Online-Selbsthilfegruppen, ressourcenfördernde Wochenenden, Online-Tanzworkshops und kreative Projekte. All das schafft Räume für Austausch, Entlastung und Nähe.

Nun wurde dieses Engagement auf der Bühne der YES!CON – wie es der Name „Shine a light“ so treffend ausdrückt – ins Licht gerückt. Für ein breites Publikum. Für Medien. Für andere Betroffene.

Besonders bewegt hat uns der Publikumspreis: Aus mehr als 27.000 Stimmen wurde unser Netzwerk zum Favoriten gewählt. Das zeigt uns, wie viele Menschen unsere Arbeit wahrnehmen, verstehen und unterstützen.

Dieser Preis gehört uns allen: den aktiven Moderatorinnen, den uns im Hintergrund Unterstützenden, den Frauen, die bei uns andocken, und besonders den Frauen, die heute nicht mehr unter uns sind. Sie haben wir im Herzen getragen, als wir auf der Bühne geehrt wurden.

Die Worte von Prof. Rita Süssmuth, ehemalige Bundestagspräsidentin, haben uns tief berührt. In ihrer Laudatio betonte sie, wie wichtig Angebote wie die unseren sind; nicht nur als Trost, sondern auch als Kraftquelle, die tatsächlich Veränderung bewirken kann.

Was wir mitnehmen und vorhaben

Die Auszeichnungen sind für uns kein Grund zum Ausruhen. Im Gegenteil: Sie sind Rückenwind, Motivation und Ansporn. Unser Ziel bleibt: das Tabuthema Metastasen weiter ins Licht zu holen – mit aller Kraft, Kreativität und Solidarität.

Das Preisgeld hilft uns dabei. Doch noch wichtiger ist die Aufmerksamkeit, die wir durch diese Ehrung erhalten haben. Sie macht uns Mut und gibt uns und allen Betroffenen Sichtbarkeit und Anerkennung.

Wir sagen von Herzen Danke: an die Jury, an alle, die für uns abgestimmt haben, und an unsere großartige Community. Ohne euch gäbe es dieses Netzwerk nicht.

Marion Regnery
Sprecherin des Netzwerks



Infos unter:
www.frauenselbsthilfe.de/leben-mit-metastasen



Keine Chemotherapie ohne gute Gründe: Warum wir für Genexpressions-tests gekämpft haben

Kurz vor Weihnachten des vergangenen Jahres kam die beunruhigende Nachricht: Die Nutzung der vier in der GKV zugelassenen Genexpressionstests/Biomarker-Tests stand nach Vorlage eines aktuellen Berichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf dem Prüfstand und lief Gefahr, aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen zu werden. Dabei können diese Tests von enormer Bedeutung sein. Sie bieten eine wichtige Unterstützung bei einer Entscheidung von großer Tragweite: Muss ich mich einer Chemotherapie unterziehen oder kann ich mir diese körperlich und seelisch belastende Behandlung vielleicht ersparen? Damit helfen die Tests, unnötige Therapien zu vermeiden und zugleich sicherzustellen, dass eine notwendige Behandlung nicht unterbleibt. Sie ermöglichen präzisere, personalisierte Entscheidungen – gemeinsam getroffen von Arzt oder Ärztin und Patientin*.

Starke Allianz – starker Protest

Das drohende Aus der biomarkerbasierten Tests wie Oncotype DX®, MammaPrint®, EndoPredict® oder Prosigna® bei Frauen mit der Erstdiagnose Brustkrebs und bis zu drei befallenen Lymphknoten sowie bei prämenopausalen** Patientinnen ohne Lymphknotenbefall wollten wir daher nicht hinnehmen. Gemeinsam mit den führenden medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie

den wichtigen Patientenorganisationen im Bereich Brustkrebs haben wir eine ausführliche, sachlich fundierte Stellungnahme an den G-BA gerichtet.

Unser Ziel: Mit Fakten die Argumentation des IQWiG zu entkräften und für den Erhalt der genannten Tests als Regelleistung einzutreten. Schließlich belegen inzwischen zahlreiche Studien, dass diese Genexpressionstests auch für die genannten Indikationen (prämenopausal oder ein bis drei befallene Lymphknoten) eine sinnvolle Entscheidungshilfe darstellen können, wenn andere diagnostische Verfahren kein eindeutiges Bild liefern. Prozentual mag die Zahl derer, um die es bei der Entscheidung geht, nicht hoch sein. Doch schauen wir auf die einzelnen Schicksale, dann kann sehr vielen Frauen in Deutschland ggf. eine Chemotherapie erspart bleiben.

Individuelle Entscheidung statt pauschaler Therapie

Eine Chemotherapie ist oft mit langanhaltenden Nebenwirkungen verbunden wie Fatigue, Polyneuropathie, Herzschädigungen oder dem Risiko für

Zweitumore. Umso wichtiger ist es, diese Therapie nur dann zu verordnen, wenn sie medizinisch wirklich notwendig ist und

ein Nutzen belegt werden kann. Die biomarkerbasierten Tests liefern hier wertvolle Informationen. Sie stärken zudem das Prinzip des „Shared Decision Making“, also der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Ärztin/Arzt und Patientin auf der Grundlage klarer, wissenschaftlich fundierter Daten.

Ein Erfolg für die Patientinnen und die gemeinsame Stimme

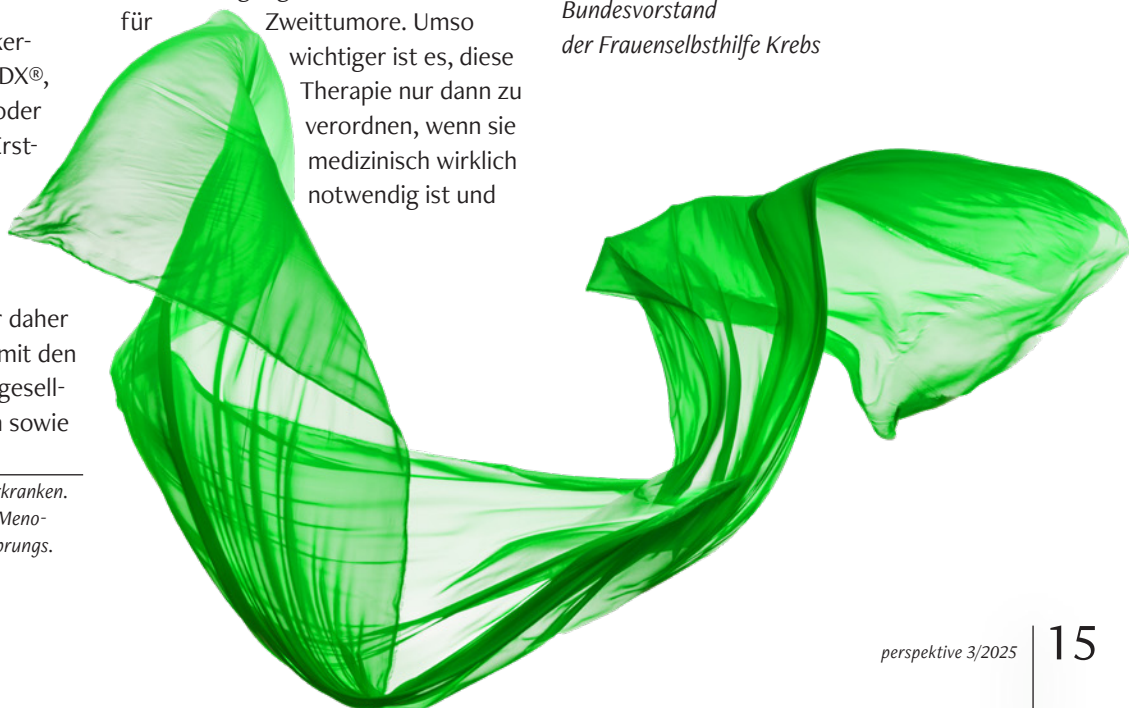
Unser Protest hatte Erfolg: Der G-BA folgte der engen IQWiG-Bewertung nicht; die Tests bleiben Kassenleistung für die genannten Gruppen. Für viele Frauen, die die Diagnose Brustkrebs erhalten, bedeutet das mehr Sicherheit, mehr Klarheit und mehr Mitbestimmung bei der Therapiewahl.

Dieser Erfolg zeigt, was möglich ist, wenn sich Selbsthilfe, Medizin und Wissenschaft gemeinsam für die Interessen der Patientinnen einsetzen. Wir bleiben auch in Zukunft wachsam und engagiert – für eine moderne, evidenzbasierte und patientenorientierte Versorgung.

Bundesvorstand
der Frauenselbsthilfe Krebs

* Auch Männer können an Brustkrebs erkranken.

** Die Prämenopause ist die Zeit vor der Menopause, also vor dem Aussetzen des Eisprungs.



Unser Experten-Interview: Nahrungsergänzungsmittel bei Krebs – meist unnötig, manchmal riskant

Viele Menschen mit einer Krebserkrankung greifen zu Nahrungsergänzungsmitteln in der Hoffnung, dem Körper etwas Gutes zu tun oder aktiv zur Heilung beizutragen. Doch Prof. Jutta Hübner, Onkologin und Expertin für integrative Medizin an der Uni Jena, warnt: Die Einnahme solcher Präparate ist in den allermeisten Fällen nicht nur unnötig, sondern manchmal sogar schädlich. Wir haben mit ihr über Risiken, Fehlannahmen und den richtigen Umgang mit den Angeboten gesprochen.

perspektive: Frau Prof. Hübner, warum greifen gerade Menschen mit einer Krebserkrankung zu Nahrungsergänzungsmitteln? Was erhoffen sie sich davon?

Prof. Jutta Hübner: Insgesamt ist das Thema Nahrungsergänzungsmittel in Deutschland weitverbreitet. Insofern wäre ich mir noch nicht mal sicher, ob Menschen mit einer Krebserkrankung mehr machen.

Ich sehe vier Beweggründe, warum diese Mittel eingenommen werden: Viele gesundheitsbewusste Menschen glauben, unsere Nahrungsmittel seien aufgrund moderner Anbaumethoden oder Umweltbelastungen nicht mehr hochwertig genug. Sie möchten den vermuteten Mangel ausgleichen, obwohl sie sich eigentlich gut ernähren. Dann gibt es diejenigen, die im hektischen Alltag kaum noch frisch kochen.

Sie greifen zu Nahrungsergänzungsmitteln, um ihr schlechtes Gewissen zu beruhigen. Viele Menschen mit einer Krebserkrankung stellen sich die Frage, warum sie Krebs bekommen haben. Sie vermuten unter anderem einen Mangel an bestimmten Stoffen. Daher nehmen sie nun vorsorglich Ergänzungsmittel. Und schließlich gibt es den Wunsch, selbst aktiv etwas zur Heilung beizutragen. Hier kommt die massive Bewerbung von Nahrungsergänzungsmitteln ins Spiel. Auch durch Verwandte und Bekannte werden die Erkrankten beeinflusst, die z. B. irgendwo gelesen haben, dass etwas ganz toll helfen soll.

Es gibt jedoch keinen medizinisch belegbaren Grund, Nahrungsergänzungsmittel aus diesen Überlegungen heraus einzunehmen. Studien zeigen zudem, selbst bei Menschen mit suboptimaler Ernährung führen Nahrungsergänzungsmittel bestenfalls zu keinem Effekt. Manchmal wirkt sich die Einnahme jedoch sogar nachteilig aus. Besonders kritisch wird es, wenn die Präparate die Wirkung einer Krebstherapie abschwächen.

Gibt es Situationen, in denen Sie bestimmte Ergänzungen empfehlen – zum Beispiel Vitamin B12 oder Selen?

Durch die Erkrankung selbst oder die Krebstherapie entsteht in der Regel kein Mangel. In der S3-Leitlinie Komplementäre Medizin für onkologische PatientInnen empfehlen wir jedoch, die Spiegel von Vitamin B12, Vitamin D und Selen im Blut zu untersuchen. Substituiert (ersetzt) werden sollte nur dann, wenn tatsächlich ein Mangel nachgewiesen wird – und dann unter ärztlicher Kontrolle. Von einer blinden Einnahme rate ich entschieden ab.

Wo liegen die Risiken bei der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln?

Besonders kritisch sind Antioxidantien, wie sie in vielen Präparaten enthalten sind. Sie beinhalten das Risiko, dass die Wirksamkeit von Chemo- oder Strahlentherapie abgeschwächt wird. Eine Studie aus Heidelberg zeigt das deutlich: Brustkrebspatientinnen, die während oder nach der Therapie Antioxidantien einnahmen, hatten eine fast doppelt so hohe Rückfallquote, wie diejenigen, die nicht substituierten. Ähnliche Ergebnisse kommen aus einer Studie in Kanada.

Aber bitte beachten: Antioxidantien, die in natürlicher Nahrung vorkommen – also in Obst, Gemüse, Salat – sind immer gesund und wirken sich nicht nachteilig auf die Therapie aus!

Stimmt die Aussage: Wer sich ausgewogen ernährt, braucht keine Ergänzungsmittel – selbst während der Therapie?

Ja, das stimmt – bis auf die oben genannten Ausnahmen, wo wir einen Spiegel bestimmen sollten. Wenn jedoch während der Therapie das



Gewicht sinkt, ist das ein Warnsignal. Ein Ernährungstagebuch über ein paar Tage kann helfen, Probleme zu erkennen; zum Beispiel, wenn bestimmte Lebensmittel nicht mehr vertragen werden. Dann kann es sinnvoll sein, eine qualifizierte Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen, idealerweise mit onkologischer Expertise. In keinem Fall sollte einfach zur Brausetablette gegriffen werden. Diese A-bis-Z-Präparate enthalten oft irrsinnige Dosierungen – zwischen 10 und 2.000 Prozent des Tagesbedarfs. Das ist weder sinnvoll noch gesund.

Was spricht noch gegen Nahrungsergänzungsmittel?

Die Vielfalt an sekundären Pflanzenstoffen, wie sie in einem Apfel, Salatblatt oder einer Tomate vorkommen, kann keine Tablette ersetzen. Es ist auch nicht hilfreich, Modestoffe wie Curcumin, Resveratrol oder Lycopin als isolierte Substanzen zu konsumieren. Der gute alte Grundsatz „Fünf am Tag“ (also fünfmal am Tag Obst oder Gemüse) bleibt die beste Empfehlung, um alle Vitamine und Spurenelemente für den Körper gut verfügbar aufzunehmen.

Sprechen Patientinnen oder Patienten das Thema im Behandlungszimmer eigentlich an?

In der S3-Leitlinie Komplementäre Medizin für onkologische PatientInnen steht, dass Ärztinnen und Ärzte regelmäßig aktiv nachfragen sollen, ob Nahrungsergänzungsmittel eingenommen werden. Leider passiert das selten. Und wenn, dann fehlt oft das Verständnis für die dahinterstehende Motivation und die Betroffenen bekommen Sätze zu hören wie: „Das bringt nichts“ oder „Machen Sie ruhig, schadet ja nicht“. Beides ist schlichtweg falsch.

Wenn jemand Interesse an dem Thema zeigt, ist das grundsätzlich positiv – die Patientin oder der Patient möchte mitgestalten. Das sollte anerkannt werden. Ich schule Ärztinnen und Ärzte deshalb darin, das Thema wertschätzend zu begleiten.

Nahrungsergänzungsmittel gelten nicht als Arzneimittel. Wie sieht es mit der Kontrolle aus?

Eine Kontrolle findet meist nicht statt. Das gilt übrigens auch für Nahrungsergänzungsmittel aus der Apotheke. Auch sie werden nicht auf Wirkung oder Sicherheit geprüft. Bei Mikronährstoffen, die als Medikament zugelassen sind, ist die Kontrolle besser. Doch auch bei diesen muss die Wirkung nicht immer nachgewiesen werden. Es greift eine Art Gewohnheitsrecht – wie bei Homöopathie, Phytotherapie oder anthroposophischer Medizin.

Wie ist das bei homöopathischen Mitteln – sehen Sie hier auch Risiken?

Ja, allerdings. Der Schaden ist jedoch anderer Art. Er besteht vor allem darin, dass Patientinnen und Patienten Nebenwirkungen ihrer Therapie mit Homöopathie behandeln wollen, statt wirksame Methoden wie z. B. Medikamente gegen Übelkeit zu nutzen. Sie leiden dann unnötig lange, obwohl es zur Behandlung der Nebenwirkung wirkungsvolle, gut verträgliche Mittel gibt.

Die gute Behandlung von Nebenwirkungen ist sehr wichtig – gerade bei den langen Therapiezeiten heute. Viele Patientinnen und Patienten brechen die Behandlung ab, weil sie die Behandler nicht über die Nebenwirkungen informieren, sondern versuchen, diese mit zweifelhaften Methoden selbst zu kurieren.

Was wünschen Sie sich von medizinischem Personal im Umgang mit dem Thema?

Ich wünsche mir, dass sich alle – Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte – an die S3-Leitlinie Komplementäre Medizin für onkologische PatientInnen halten: aktiv nachfragen, ernst nehmen, informieren. Und Patientinnen und Patienten wertschätzend begleiten, wenn sie sich engagieren. Wer Interesse zeigt, verdient Anerkennung und eine gute Beratung.

Liebe Frau Prof. Hübner, vielen Dank für dieses aufschlussreiche Gespräch.

Unsere Interviewpartnerin



Prof. Dr. Jutta Hübner

*Lehrstuhl für Integrative Onkologie
an der Friedrich-Schiller-Universität Jena*

Aktuelle Meldungen

Aktualisierte S3-Leitlinie verbessert Nebenwirkungsmanagement in der Krebsterapie

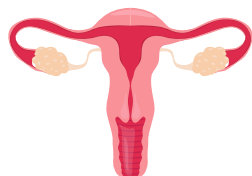
Das Leitlinienprogramm Onkologie hat die S3-Leitlinie „Supportive Therapie“ bei Krebs grundlegend überarbeitet. Ziel ist es, Nebenwirkungen moderner Krebstherapien besser zu erkennen und zu behandeln, um die Lebensqualität der Betroffenen während und nach der Behandlung zu verbessern. Die Aktualisierung wurde unter Federführung der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie koordiniert und von der Deutschen Krebshilfe finanziert. Neu aufgenommen in die Leitlinie wurden unter anderem Empfehlungen zum Umgang mit Nebenwirkungen der Immuntherapie, zu kardiovaskulären und zentralnervösen Schäden sowie zu strahlentherapiebedingten Beschwerden im Urogenitaltrakt. Auch schwerwiegende Hautreaktionen und neurotoxische Effekte am zentralen Nervensystem werden nun thematisiert. Insgesamt haben 46 Fachgesellschaften und Organisationen an der Leitlinie mitgewirkt, um ein umfassendes Instrument für eine individuell angepasste, evidenzbasierte Versorgung zu schaffen. Die aktualisierte Leitlinie kann hier abgerufen werden.



www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)

Eierstockentfernung kann Leben retten – ohne Langzeitrissen



Frauen, bei denen genetische Mutationen in den sogenannten BRCA1/2-Genen nachgewiesen werden, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, an Brust- und Eierstockkrebs zu erkranken.

Um das Risiko für Eierstockkrebs zu verringern, wird Frauen, die diese Mutationen tragen und bereits an Brustkrebs erkrankt sind, eine beidseitige Entfernung der Eierstöcke empfohlen. Die Ergebnisse einer Studie deuten an, dass sich dies vorteilhaft auswirkt, ohne dass ein erhöhtes Risiko für negative Langzeitfolgen nachweisbar wäre. Dies geht aus einem Bericht in der Fachzeitschrift *Lancet Oncology* hervor. In der Studie wurden die Daten von Frauen im Alter von 20 bis 75 Jahren ausgewertet, die Mutationen im BRCA1- bzw. BRCA2-Gen aufweisen. Ein Teil der Frauen ließ sich beide Eierstöcke entfernen. Dieser vorbeugende Eingriff brachte Überlebensvorteile: Die betroffenen Frauen hatten ein geringeres Risiko zu versterben und auch die brustkrebsspezifische Sterblichkeit verringerte sich. Gleichzeitig war der Eingriff nicht mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Hirngefäße oder Depression verbunden.

Quelle: Onko-Internetportal der DKG

Mammographie-Screening senkt die Brustkrebssterblichkeit um bis zu 30 Prozent

Eine neue Studie belegt: Das deutsche Mammographie-Screening-Programm (MSP) senkt die Brustkrebssterblichkeit um 20–30 Prozent. Frauen profitieren somit deutlich von einer Teilnahme. Die Ergebnisse basieren auf Daten von 2008–2018 und gelten als konservativ geschätzt; der tatsächliche Nutzen könnte also noch höher liegen. Die Studie (Evaluation) wurde unter Federführung der Universität Münster gemeinsam mit dem Landeskrebsregister NRW durchgeführt. Die Besonderheit der Evaluation ist der neuartige Ansatz, bei dem mehrere, sich ergänzende Methoden kombiniert wurden. Die Ergebnisse gelten als sehr robust und sind für ganz Deutschland repräsentativ. Die Studienautorinnen und -autoren betonen, dass sich die Ergebnisse ausschließlich auf das qualitätsgesicherte MSP beziehen und sich nicht auf Mammographien zur Brustkrebsfrüherkennung außerhalb des Programms übertragen lassen.

Quelle: Bundesamt für Strahlenschutz

Darmkrebs per App erkennen? Smartphone-Test zeigt vielversprechende Ergebnisse



Darmkrebs ist oft heilbar – wenn er früh erkannt wird. Doch viele Menschen nutzen die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland nicht. Nur etwa 20 Prozent lassen sich regelmäßig per Stuhltest auf verstecktes Blut untersuchen. In den Niederlanden sind es beispielsweise 70 Prozent. Forschende am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) haben nun geprüft, ob eine Smartphone-basierte Selbsttestung helfen könnte, das zu ändern. Im Rahmen einer Studie probierten rund 360 Teilnehmende neben dem klassischen Labortest auch eine App aus, die in der Lage ist, anhand des Fotos einer Stuhlprobe diese auf verstecktes Blut hin zu analysieren. Der Schnelltest kann bequem zu Hause durchgeführt werden: Die Stuhlprobe wird mittels Teststäbchen in eine Testlösung getaucht. Nach Schütteln der Probe werden drei Tropfen auf eine Testkassette gegeben, die nach 15 Minuten fotografiert wird. Das Foto wird von der App analysiert: Anhand der Farbtintensität kann sie bestimmen, ob sich verdächtige Blutspuren im Stuhl befinden oder nicht. Das Ergebnis wird umgehend auf dem Display angezeigt. Der Smartphone-Test war fast so zuverlässig wie die Laboruntersuchung und wurde von 89 Prozent der Teilnehmenden als hilfreiche Alternative bewertet.

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum

Körperliches Training kann die Wirkung einer Chemotherapie verstärken

Inwiefern Bewegung das Wachstum und die Ausbreitung eines Tumors verringern oder den Behandlungserfolg von Chemotherapien verstärken könnte, haben Forschungsteams aus Heidelberg untersucht. In der sogenannten BENEFIT-Studie wurden 180 Patientinnen mit nicht-metastasiertem Brustkrebs vor Beginn einer neoadjuvanten Chemotherapie randomisiert, also zufällig einer von drei Gruppen zugewiesen. Gruppe 1 und 2 erhielten eine Trainingsintervention über den Zeitraum der Chemotherapie, entweder ein angeleitetes Krafttraining oder ein Ausdauertraining. Die dritte Gruppe erhielt ein Krafttraining nach Chemotherapie und Operation und diente für die aktuelle Fragestellung als Kontrollgruppe. Bei Patientinnen mit hormonrezeptor-positiven Tumoren waren die Trainingsinterventionen mit einer stärkeren Reduzierung der Tumorgöße verbunden und ihre Tumoren verschwanden unter der neoadjuvanten Chemotherapie häufig komplett. Darüber hinaus brachen Patientinnen der Trainingsgruppen, unabhängig von der Art des Tumors, ihre Chemotherapie signifikant seltener vorzeitig ab. Das Ergebnis unterstreicht, so die Forschenden, dass ein angeleitetes Kraft- oder Ausdauertraining bereits während der neoadjuvanten Chemotherapie hilfreich sein kann.

Quelle: NCT Heidelberg

Bessere Daten, bessere Heilungschancen: Neue Plattform soll Krebsforschung in Deutschland voranbringen



Ein wichtiger Schritt für die onkologische Spitzenforschung ist getan: Das Konzept für die neue Datenplattform PLATO 2 wurde jetzt an das Bundesgesundheitsministerium übergeben. Dahinter steckt ein ehrgeiziges Ziel: Krebsdaten aus ganz Deutschland besser zusammenzuführen und nutzbar zu machen für gezieltere Forschung und eine bessere Versorgung von Menschen mit einer Krebserkrankung. Entwickelt wurde das Konzept im Rahmen des Nationalen Krebsplans von führenden Akteuren im Gesundheitswesen wie der Deutschen Krebsgesellschaft, der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und Patientenvertretungen wie der Frauenselbsthilfe Krebs (FSH). Ärztinnen und Ärzte sowie Forschende sollen so künftig schneller und sicherer auf wichtige Informationen zugreifen können, etwa zur Wirksamkeit bestimmter Behandlungen. Bereits mit PLATO 1 wurde ein Grundstein gelegt: Die Daten aller Landeskrebsregister wurden im neuen „Zentrum für Krebsregisterdaten“ gebündelt. Ziel von PLATO 2 ist es, den Zugang zu versorgungsnahen onkologischen Daten zu erleichtern, ihre Nutzung zu verbessern und damit die Forschung und evidenzbasierte Versorgung zu stärken.

Quelle: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

Kongress der Deutschen Brustkrebs-spezialisten: Individualisierte Behandlung weiter auf dem Vormarsch

Auch in diesem Jahr standen aktuelle Studienergebnisse und neue Strategien zur Diagnostik und Therapie von Brustkrebserkrankungen im Fokus der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (Seno). Sie wurden von den Expertinnen und Experten während des dreitägigen Kongresses vorgestellt und diskutiert. Die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) war wie immer mit einer eigenen Sitzung vertreten (siehe dazu den Bericht auf S. 29) und moderierte an zwei Abenden den Programmpunkt „Das Wichtigste vom Tage“, in dem sich Betroffene vor Ort kostenfrei über den Kongress informieren konnten. Hier ein kurzer Überblick über die zentralen Kongress Themen.*

Auffällig war – so viel vorab –, dass dieser Kongress mehr denn je die Patientin** in den Mittelpunkt aller Betrachtungen gestellt hat. Was banal klingt, ist es nicht. Prof. Dr. Anton Scharl, der in diesem Jahr die Ehrenmitgliedschaft der DGS verliehen bekommen hat, drückte es drastisch aus: „Der Mediziner sollte erkennen, dass an einer Brust auch eine Frau hängt.“ Mit anderen Worten: Es gilt stets, die Patientin in ihrer Ganzheit zu sehen und ihre Wünsche zu hören. Nur dann kann eine optimale Behandlung gelingen, die neben dem zentralen Ziel, das Überleben zu sichern, auch die individuelle Lebensqualität im Auge behält.

Prof. Nina Ditsch, diesjährige Co-Kongresspräsidentin sagte zur Planung des Seno: „Die interaktive Gestaltung und Diskussion mit Patientenvertreterinnen auf Augenhöhe in den wissenschaftlichen Sitzungen war uns sehr wichtig.“ Ihr Fazit am Ende des Kongresses: „Wir haben die Patientinnen eingebunden und das hat man gesehen!“ Recht hat sie. Auch wir haben es überall bemerkt.

Ein vielfach diskutiertes Problem: Vermehrt halten Patientinnen ihre Therapien nicht durch

Viel diskutiert wurden das Thema Therapietreue der Patientinnen. Was nützen die besten Behandlungskonzepte, wenn die Patientin sie nicht durchhält? Doch warum brechen die Betroffenen eine vielversprechende Therapie ab? Diese Frage beschäftigte die Experten in vielen Sitzungen. Dazu unten mehr.

Frühes Mammakarzinom – gezielt statt pauschal

Beim frühen Mammakarzinom steht die Heilung im Vordergrund. Eine individualisierte, an das Risikoprofil und die Biologie des Tumors angepasste Therapie könne – so die Expertinnen und Experten – die Lebensqualität verbessern, ohne dass die Wirksamkeit verloren geht. Die Einführung von Multi-Gentests habe bei der hormonrezeptor-positiven HER2-negativen Erkrankung zu einer besseren Einschätzung der Prognose und zu einer zielgerichteten Entscheidung über die Intensität der notwendigen medikamentösen Therapie geführt.

Gerade bei hormonrezeptor-positivem Brustkrebs komme es jedoch nicht nur auf die Wahl der Therapie, sondern auch auf deren konsequente Durchführung an. Die NATALEE-Studie habe gezeigt, dass eine verminderte Adhärenz – also das vorzeitige Abbrechen oder das unregelmäßige Einnehmen der Medikamente – mit einem deutlich erhöhten Rückfallrisiko verbunden ist. Um dem entgegenzuwirken, brauche es strukturierte Betreuungs- und Unterstützungsprogramme für Patientinnen. Nur wenn es gelinge, solche Versorgungsstrukturen flächendeckend umzusetzen, könnten die in den Studien beobachteten Therapieerfolge sich auch positiv für die Patientinnen auswirken.

HER2-low und HER2-ultra-low – neue Subgruppen, neue Optionen

Ein besonderes Augenmerk galt beim diesjährigen Kongress der Einteilung von Brustkrebs in neue Untergruppen – insbesondere den sogenannten HER2-low- und HER2-ultralow-Tumoren. Bisher wurden Tumore meist grob in HER2-positiv oder -negativ unterteilt. Doch neue Erkenntnisse zeigen: Auch Brustkrebszellen, die nur sehr wenige HER2-Rezeptoren auf ihrer Oberfläche tragen, können gezielt behandelt werden. Diese Tumore galten früher als HER2-negativ und kamen für bestimmte Therapien nicht infrage. Heute kann ein neu entwickeltes Medikament eingesetzt werden: Trastuzumab-Deruxtec (T-DXd) – ein sogenanntes Antikörper-Wirkstoff-Konjugat. Es verbindet einen Antikörper, der an HER2-Rezeptoren andockt, mit einem Zellgift, das dann in Krebszellen eingeschleust wird.

* Senologie ist die Lehre von der weiblichen Brust.

** Auch Männer können an Brustkrebs erkranken.

Studien wie DESTINY-Breast04 und DESTINY-Breast06 zeigten, dass Patientinnen mit HER2-low-Tumoren von dieser neuen Therapieform erheblich profitieren – selbst dann, wenn eine Antihormontherapie zuvor nicht mehr gewirkt hat.

Damit diese modernen Medikamente gezielt eingesetzt werden können, ist eine sehr genaue Untersuchung des Tumors erforderlich. Die Pathologie spielt dabei eine entscheidende Rolle: Sie muss künftig nicht nur zwischen HER2-positiv und HER2-negativ unterscheiden, sondern auch erkennen, ob ein Tumor in die feinen Zwischenkategorien „low“ oder „ultralow“ fällt. Denn davon hängt ab, welche Therapien möglich sind.

Neue Optionen zur Behandlung des triple-negativen Mammakarzinoms

Auch beim triple-negativen Brustkrebs – einer molekular-heterogenen Gruppe von Brustkrebsarten – gibt es Fortschritte: Die Einführung bestimmter Antikörper, die die Aktivierung der T-Lymphozyten im Tumorgewebe bewirken, können hier die Therapieergebnisse deutlich verbessern. Atezolizumab und Pembrolizumab sind für diese Indikation in der Therapie bereits etabliert und werden in Kombination mit einer Chemotherapie eingesetzt. In der Regel sei diese kombinierte Therapie mit wenig Nebenwirkungen verbunden.

Metastasiertes Mamma- karzinom – Fortschritte bei allen Subtypen

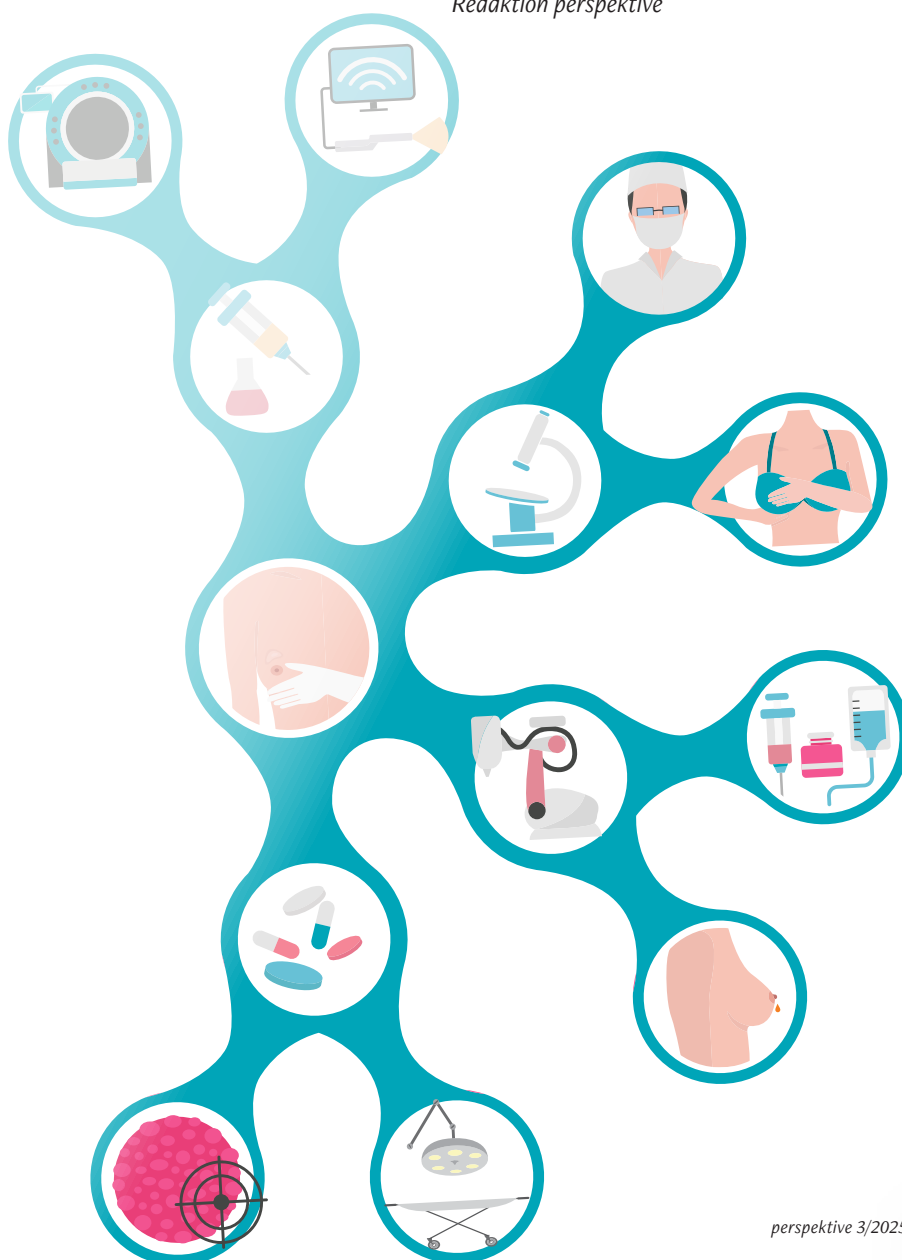
Für das späte, also das metastasierte Mammakarzinom, kann mit dem individualisierten Vorgehen eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Verlängerung des Überlebens erreicht werden. Auch wenn eine Heilung derzeit weiterhin nur sehr selten möglich ist, sind mittlerweile Verläufe von vielen Jahren bei guter Lebensqualität keine Seltenheit mehr.

Beim metastasierten hormonrezeptorpositiven Brustkrebs empfehlen internationale und nationale Leitlinie eine Kombination aus Hormontherapie und sogenannten CDK4/6-Inhibitoren. Davon profitieren die Betroffenen auch bei einer hohen Tumorlast stärker als von einer klassischen Chemotherapie. Unklar sei bisher gewesen, wie niedrig die Östrogenrezeptor-Konzentration auf der Zelloberfläche sein dürfe, um die Erkrankung noch als HR-positiv zu bezeichnen. Eine schwedische Studie habe hier eine Klärung gebracht. Eine Antihormontherapie bringe in der Patientengruppe mit weniger als zehn Prozent Östrogenrezeptordichte keinen Vorteil. Auch hier zeigt sich, wie wichtig es in Zukunft sein wird, die molekulare Struktur der Tumorzellen so früh wie möglich zur Entscheidung der richtigen Therapie zu erfassen.

Implantateregister gestartet – mehr Sicherheit für Patientinnen

Der PIP-Skandal, so Prof. Christoph Heitmann (München), habe bereits 2011 eindrucksvoll vor Augen geführt, dass dringend mehr und vor allem vollständige Daten zu Brustimplantaten benötigt würden. Seit Juli 2024 ist nun das Implantateregister Deutschland (IRD) verpflichtend in Betrieb. Mit ihm werden seither sämtliche Implantat bezogenen Maßnahmen erfasst – sowohl Im- als auch Explantation. Durch das Register werde eine fundierte Datenbasis für Forschung und Versorgung geschaffen, so Prof. Heitmann. Nur wenn ausreichend Daten vorlägen, könnte man Risiken frühzeitig erkennen und darauf reagieren.

Deutsche Gesellschaft für Senologie/
Redaktion perspektive



Klangräume für die Seele: Musiktherapie bei Krebs

Eine Krebsdiagnose lässt viele Menschen erst einmal verstummen. Gefühle sind da – Angst, Trauer, Wut, Hoffnung –, doch sie lassen sich zunächst nur schwer in Worte fassen. In dieser sprachlosen Zeit kann Musiktherapie sehr entlastend wirken. Sie ermöglicht einen neuen, anderen Zugang zur Seele. Wie Victor Hugo schrieb: „Musik drückt das aus, was nicht gesagt werden kann, worüber zu schweigen jedoch unmöglich ist.“ Cordelia Fischer – sie ist seit 22 Jahren als Diplom-Musiktherapeutin und Psychoonkologin tätig – berichtet in ihrem Beitrag darüber, wie Musiktherapie dazu beitragen kann, das Gleichgewicht zwischen Körper und Seele wiederherzustellen.

Seit vielen Jahren ist die Musiktherapie Teil des psychoonkologischen Behandlungskonzepts und wird unter anderem in onkologisch-hämatologischen Rehakliniken, aber auch in Akutkliniken, auf Palliativstationen und in Hospizen neben anderen Verfahren wie Kunst- und Tanztherapie angeboten. Musiktherapie ist eine psychotherapeutisch fundierte künstlerische Therapieform. Sie hat den Vorteil, dort, wo es der Sprache (noch) nicht gelingt, das Gefühlte, Unsagbare auszudrücken. Sie bietet eine Möglichkeit, die durch die Erkrankung aufgetretenen belastenden Themen auf eine besondere Art zu äußern. Lebensfreude kann wiederentdeckt und Entspannung erfahren werden. Für einige Zeit kann man in einen anderen Raum eintauchen, der jenseits liegt von Blutwerten, anstehenden Untersuchungen oder anstrengenden Therapien.

Musiktherapie als Weg zur Krankheitsverarbeitung

Honoré de Balzac sagte einmal über die Musik, sie allein habe die Macht, uns in uns selbst zurückzuführen. Das beschreibt sehr schön, was in der Musiktherapie immer wieder zu erleben ist: Es entsteht ein Raum, in dem eine gemeinsame Suche stattfindet; eine Suche nach persönlichen schöpferischen Ressourcen, die es ermöglichen, die Erkrankung und alle ihre Begleiterscheinungen auf eine ganz individuelle Art zu meistern. Wir können dort (neue) Wege entdecken, mit uns selbst in Kontakt zu kommen und herauszufinden, was jetzt wichtig ist, z. B., ob Neues entdeckt und Altes losgelassen werden kann. Bei der Krankheitsverarbeitung, auch bei Ängsten, Schmerzen, Depressionen und sozialer Isolation, kann Musiktherapie sehr hilfreich wirken.

Wie kann man sich die Musiktherapie konkret vorstellen? In einem großen Raum finden sich Instrumente

aller Art und aus unterschiedlichen Kulturen, die auch ohne Vorkenntnisse leicht spielbar sind. Sie laden dazu ein, sie auszuprobieren und einen ganz persönlichen Ausdruck zu finden. Wenn wir über unsere Gefühle noch nicht sprechen können (weil es vielleicht noch gar nicht möglich ist), können wir die Seele sprechen lassen; harmonisch oder dissonant, kräftig oder zart, hell oder dunkel, zögernd, wütend, bestimmt, freudig. Wenn wir Klänge und Töne entstehen lassen, kann das sehr entlastend sein.

Für die innere Bewegtheit einen musikalischen Ausdruck finden

Diese Art Musik zu machen, wird Improvisation genannt (lat. improvisus = unvorhergesehen, unvermutet). Verschiedene Gruppenangebote laden ein, für innere Bewegtheit einen musikalischen Ausdruck zu finden und/oder mit Hilfe der Musik zu entspannen. Musikalische Vorkenntnisse sind nicht erforderlich. Das Angebot umfasst z. B. die Teilnahme an einer

- Rhythmusgruppe,
- Gruppe für die Stimme (Atmen-Sprechen-Singen),
- Gruppe für das Improvisieren auf verschiedensten Instrumenten,
- Gruppe, in der das Lauschen auf und Entspannen mit Musik im Mittelpunkt steht.



Auch Einzeltherapien sind möglich und bieten die Gelegenheit, Persönliches zu thematisieren.

Ein besonderes Klangerlebnis kann in einem sogenannten Körperinstrument (einer Klangwiege) erfahren werden. Die Klangwiege wird oft eingesetzt, um Menschen mit Schlaf- oder Körperbildstörungen aufgrund von Operationen oder anhaltender Schmerzzustände zu einer Tiefenentspannung zu verhelfen, wenn alle herkömmlichen Entspannungsverfahren versagen.

Die Töne umspielen und bewegen jede Zelle

Eine Patientin beschreibt ihre Erfahrung in der Klangwiege sehr bildhaft und bewegend so:

„Die Klangwiege sieht aus wie ein halber, ausgehöhlter Baumstamm, ähnlich einem Einbaum, auf den an der Außenseite eine Harfe gespannt ist. Darin zu liegen, gehört zum Schönsten. Die Töne kommen nicht über Luft und Ohren zu einem herein, sondern direkt über den Körper, der sich an das Holz der Wiege schmiegt. Die Töne sind wie Wellen, die am Strand über einen hinwegspülen, doch man fühlt sie im Inneren. Sie umspielen und bewegen jede Zelle.

Dieses Durchdrungenwerden von Tönen; diese Geborgenheit in der Wiege; dieser Kontakt mit dem Holz, das die Berührung und Bewegung trägt; dieses Spüren der Räume in mir und dieser Drang zu antworten, Töne zu bilden, Brust und Bauch anschwellen zu lassen von Luft und Vibration und dem Formen meiner eigenen Musik. Und dann, wie die Töne verklingen, der Schmerz darüber, dass es vorbeigeht. Und unbedingt, unbedingt möchte ich leben. Leben, um das wieder

zu erfahren; davon zu trinken. So dicht habe ich meinen Willen zu leben nicht gespürt seit der Krebsdiagnose – so unmittelbar und dringend.

Nach der Begegnung mit der Klangwiege habe ich mir notiert: ‚Das Paradies muss etwas mit Tönen zu tun haben. Ich glaube, das Paradies ist Töne.‘ Wenn ich mich jetzt im Alltag daran erinnere, Monate später, klopft mein Herz und ich werde wach und klar.“

Musik bewegt sich im Spannungsfeld des menschlichen Erlebens

Die Musiktherapie ermöglicht viele Erfahrungen auf unterschiedlichen Ebenen. Für manche Menschen ist das ein Wiederfinden von Lebensfreude durch intensive Erfahrungen mit Rhythmen in einer Trommelgruppe. Für andere wiederum das Erleben einer spirituellen Dimension während einer Anwendung in der Klangwiege oder in der Klangmeditation. Musik bewegt sich in diesem Spannungsfeld des menschlichen Erlebens und kann daher viel dazu beitragen, im Rahmen einer Krebserkrankung unterstützend zu begleiten.

Niedergelassene Musiktherapeutinnen und -therapeuten können über die Website des Berufsverbands gefunden werden (www.musiktherapie.de). Kliniken, die ein musiktherapeutisches Angebot führen, werden dies in der Regel auf ihrer Website darstellen. Die Therapie sollte in jedem Fall von gut ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten angeleitet werden.

Literaturhinweise zum Thema können in der Redaktion angefragt werden: redaktion@frauenselbsthilfe.de

Autorin dieses Beitrags

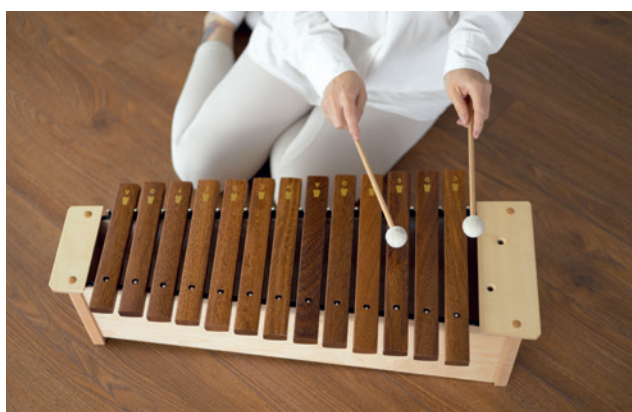


Cordelia Fischer

Dipl. Musiktherapeutin (Univ.),
Musiktherapeutin DMtG, Heilpraktikerin
für Psychotherapie, Psychoonkologin
www.musiktherapie-kassel.de

*Die Musik allein
hat die Macht,
uns in uns selbst
zurückzuführen.*

Honoré de Balzac



Die FSH hat viele Gesichter: Ein Fotoshooting voller Mut, Lebens- freude und Lachen

Unsere Fotobox-Session beim Bundeskongress 2024 war viel mehr als ein Schnappschuss-Moment – sie war ein Statement. Mit einem Augenzwinkern, grünen Accessoires und einer ordentlichen Portion Lebensfreude haben wir gezeigt: Wir sind viele, wir sind stark und wir sind mit viel Lebensfreude unterwegs!

Was in der „Fotobox“ entstand, war mehr als ein lustiges Foto-Potpourri. Es war ein Gefühl von Zusammenhalt, ein sichtbares Zeichen unserer Vielfalt, unserer Geschichten und unserer Entschlossenheit, dem Leben offen zu begegnen. Jede Pose, jedes Lächeln, jedes schräge Accessoire zeigt: Ja, wir leben! Und ja, wir lachen – trotz und mit unserer Erkrankung.

Denn wer sagt, dass Krebs und Lebensfreude nicht zusammenpassen, der hat uns definitiv noch nicht erlebt. Zwischen Seifenblasen, bunten Brillen und Umarmungen wurde eines deutlich: Wir nehmen das Leben ernst, aber uns selbst nicht immer. Und das tut gut.

Lachen? Können wir. Leben? Tun wir. Krebs? Dem zeigen wir gemeinsam, wo's langgeht.

Wer uns noch nicht kennt: Hier findet Ihr alle Angebote der Frauenselbsthilfe Krebs auf einen Blick. Kommt dazu, macht mit, lasst Euch auffangen, informieren und begleiten!



Infos zu den Angeboten:
[www.frauenselbsthilfe.de/
beratungsangebot.html](http://www.frauenselbsthilfe.de/beratungsangebot.html)



Wo Austausch Kraft gibt – von einem Vernetzungstreffen im Schwarzwald

Was geschieht, wenn Frauen aus verschiedenen FSH-Gruppen gemeinsam unterwegs sind, voneinander lernen und miteinander lachen? Es entsteht eine Atmosphäre voller Verständnis, Offenheit und neuer Kraft. Genau das durften wir – die Gruppen aus Neckarsulm, Neckar-Odenwald, Heilbronn, Öhringen, Obernburg und die Metagruppe Unterland – erleben, als wir uns im Mai auf eine gemeinsame Reise begaben.

Unsere Fahrt begann mit einem Besuch in der Onkologischen Rehaklinik der Uniklinik Freiburg. Dort erwarteten uns spannende Vorträge des Ärztlichen Direktors Dr. Timm Dauelsberg und seines kompetenten, sehr empathischen Teams. Nach einer Stadtführung durch Freiburg reisten wir weiter zu einem ganz besonderen Ort, nämlich dem Haus Maria Lindenberg, gelegen auf einem Bergplateau in 800 Metern Höhe mit 360-Grad-Blick in den Schwarzwald. An diesem unfassbar schönen „Kraftort“ durften wir die Nacht verbringen.

Am Morgen dann noch vor dem Frühstück eine Runde OnkoWalking unter fachkundiger Anleitung einer Rehasport-Expertin. Sie machte uns fit für den vor uns liegenden Tag. Den Vormittag nutzten wir für den Workshop

„Wie spreche ich mit meinem Arzt?“, ein sehr wichtiges Thema, das wir als Multiplikatorinnen in unsere Gruppen weitertragen werden.

Das Highlight unserer Reise folgte am Nachmittag: das lange geplante Treffen mit den Gruppen Riegel und Ettenheim. Die Idee dazu war vor zwei Jahren beim FSH-Bundeskongress in Magdeburg entstanden. Was damals so locker daher gesagt war: „Da könnten wir uns als Gruppen doch einmal treffen und austauschen“, wurde nun Wirklichkeit. Und wir staunten nicht schlecht, was uns die „sym-badische“ Gastfreundschaft in Riegel am Kaiserstuhl bot!

Nach herzlicher Begrüßung und einem Kuchenbüfett vom Feinsten referierte Dr. Rein, Chefarzt des Brustzentrums Emmendingen verständlich und fundiert über aktuelle Behandlungsstrategien bei Brustkrebs. Unsere vielen Fragen beantwortete er mit spürbarer Freude über unser reges Interesse. Anschließend ließen wir uns bei einem Bummel durch das wunderschöne Örtchen Riegel frische Luft um die Nase wehen. Beim gemeinsamen Abendessen genossen wir es, in dieser lockeren Runde zusammen zu sein, uns auszutauschen, gemeinsam zu lachen und das Leben zu feiern,

ohne ernste Erfahrungen auszusparen. Zurück im Haus Maria Lindenberg fanden wir bei einer Klangmeditation zur Ruhe.

Am nächsten Morgen brachte uns eine weitere OnkoWalking-Einheit erneut in Schwung. Die anschließende Führung im ehemaligen Benediktinerkloster in St. Peter ließ uns über die dort gesammelten Kunstschatze aus dem 14. und 15. Jahrhundert staunen. Nach einem kleinen Abstecher zum Titisee, der uns mit stürmischem Regen und Hagel empfing, traten wir erfüllt von den vielen Eindrücken die Heimreise an.

„Es war so schön“, „Es hat mir so gut getan, mich auszutauschen“, „Ich habe so viel Neues erfahren“, „Diese Tage werde ich nicht so schnell vergessen“, „Ich kehre voller wunderbarer Eindrücke heim“ – diese Rückmeldungen und der Blick in die glücklich-zufriedenen Gesichter der Teilnehmerinnen waren für uns als Organisatorinnen der schönste Lohn. Diese Fahrt hat uns erneut eindrucksvoll gezeigt, wie wertvoll das Miteinander in der Frauenselbsthilfe Krebs ist.

Eva-Maria Dannbacher-Frei und Barbara Lang, beide aus der FSH-Gruppe Neckarsulm und im Vorstand des Landesverbandes Baden-Württemberg/Bayern



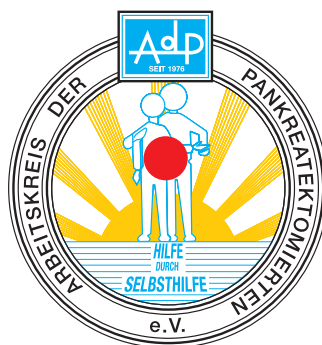
Starke Gemeinschaften unter einem Dach im Haus der Krebs-Selbsthilfe

In der vorigen Ausgabe der „perspektive“ haben wir damit begonnen, die großen unabhängigen deutschen Krebs-Selbsthilfe-Verbände vorzustellen, die neben der Frauenselbsthilfe Krebs von der Deutschen Krebshilfe gefördert werden und sich im Bundesverband Haus der Krebs-Selbsthilfe e. V. vereint haben. Sie decken die Krebserkrankungen von rund 80 Prozent der etwa 4,5 Millionen Betroffenen in Deutschland ab. Diesmal stellen wir den Arbeitskreis der Pankreatektomierten und das BRCA-Netzwerk für Menschen mit einer erblichen Krebserkrankung vor.*

Ohne Bauchspeicheldrüse leben – Arbeitskreis der Pankreatektomierten schenkt Hoffnung und Perspektiven

Wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, die Bauchspeicheldrüse zu entfernen, ist das für die Betroffenen meist dramatisch. Dem Körper fehlt dann nun nicht nur Insulin, sondern es fehlen auch wichtige Verdauungsenzyme. Neben der Blutzuckerkontrolle müssen nun diverse Ernährungsvorschriften beachtet und zu jeder Mahlzeit Enzyme eingenommen werden. Das beeinflusst den Alltag stark. Wenn die Ursache für die Bauchspeicheldrüsenerkrankung Krebs ist, wird das Leben oft grundlegend erschüttert. Neben den körperlichen Folgen stellt sich die Frage: Wie geht es weiter – medizinisch, seelisch, sozial?

1976 kam einer Gruppe Betroffener in Heidelberg eine geniale Idee: Warum nicht eine Gemeinschaft gründen, die sich in dieser schwierigen Situation gegenseitig unterstützt? Sie gründeten den eingetragenen Verein „Arbeitskreis der Pankreatektomierten“ – kurz AdP e. V. Seitdem begleitet der AdP Menschen mit Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse nach dem Motto „Hilfe durch Selbsthilfe – ein Licht in dunklen Zeiten“. Auch Nicht-Operierte sind herzlich willkommen.



Wissen teilen – Hoffnung schenken

Was der AdP bietet, ist mehr als Information: Es ist ein Netz aus Verständnis, Erfahrung und Herz. Mehr als 1.500 aktive Mitglieder gehören mittlerweile dazu; Menschen, die genau wissen, wie es ist, mit der schweren Diagnose zu leben. Sie teilen ihre Geschichten, geben Tipps für den Alltag und sind füreinander da. So kann man nicht nur überleben, sondern das Leben auch wieder genießen.

Die Vereinsarbeit lebt vom offenen Austausch und dem Vertrauen unter Gleichbetroffenen. Die Gespräche bieten neben Zuwendung die Möglichkeit, voneinander zu lernen. Außerdem gibt es Informationsmaterialien, Veranstaltungen und Vorträge – alles mit dem Ziel, Betroffene zu stärken.

Denn: Wer mehr weiß, kann besser entscheiden und neue Hoffnung schöpfen.

Hilfe zur Selbsthilfe

Der AdP hilft gern bei der Suche nach spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, Ernährungsberaterinnen und -beratern, Sozialberatung, Pankreas-Zentren oder Reha-Einrichtungen.

Beim Einholen einer Zweitmeinung unterstützt der Verein mithilfe des eigenen wissenschaftlichen Beirates.

Auch politisch aktiv

Der AdP engagiert sich nicht nur im direkten Kontakt mit Betroffenen, sondern auch gesundheitspolitisch – immer mit dem Ziel, die Versorgung und Lebensqualität von Menschen mit einer Bauchspeicheldrüsen-Erkrankung zu verbessern.

Gelebte Solidarität

Der AdP ist gelebte Solidarität und zeigt: Gemeinsam geht vieles leichter. Was 1976 als mutiger Schritt einiger Weniger begann, ist heute eine starke bundesweite Gemeinschaft mit mehr als 55 Regionalgruppen. Und ein Ort, an dem Betroffene und deren Angehörige spüren: Ich bin nicht allein.



Infos zum AdP:
www.adp-bonn.de

* In der vorigen Ausgabe der perspektive findet sich ein Bericht zur Deutschen ILCO und zu MID.

Stark durch Wissen und Gemeinschaft: Das BRCA-Netzwerk e. V. – Hilfe bei familiären Krebserkrankungen

Wenn Krebs in einer Familie gehäuft auftritt, manchmal schon in jungen Jahren, steckt möglicherweise eine genetische Veranlagung dahinter. Das BRCA-Netzwerk unterstützt seit 15 Jahren Familien mit einem erblich erhöhten Krebsrisiko und deren Angehörige. Es informiert verständlich, bietet Austausch, stärkt Betroffene und setzt sich in Wissenschaft und Politik für bessere Versorgungsstrukturen ein.

Aus Betroffenheit wurde Engagement

Gegründet wurde das BRCA-Netzwerk 2010 von Frauen, die selbst betroffen sind. Sie wollten anderen helfen, ihren Weg im Umgang mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Krebserkrankung zu finden. Die überwiegend ehrenamtlichen Ansprechpartnerinnen bringen persönliche Erfahrungen ein. Sie wissen aus eigenem Erleben, wie belastend die Ungewissheit sein kann, begleiten bei schwierigen Entscheidungen und geben Orientierung.

Fragen über Fragen

Was bedeutet ein erhöhtes genetisches Risiko überhaupt? Soll ich einen Gentest machen und wie gehe ich mit dem Ergebnis um? Welche Früherkennungsuntersuchungen sind sinnvoll?

Kommt eine vorbeugende Operation infrage? Und wie erkläre ich meiner Familie, dass Krebs bei uns kein Einzelfall ist? Fragen wie diese sind oft mit Unsicherheit und Angst verbunden; aber auch mit dem Wunsch, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.



Nicht jeder Mensch mit einer erblichen Genveränderung erkrankt tatsächlich an Krebs. Doch wer um das mögliche Risiko weiß, kann aktiv werden und gezielt handeln. Denn durch die individuelle Risikoeinschätzung und engmaschige Früherkennungsprogramme lässt sich Krebs frühzeitig erkennen und durch gesunde Lebensweise und/oder vorbeugende Maßnahmen sogar verhindern.

Das Wissen um eine genetische Veränderung kann also zur Chance werden – eine Chance, die eigenen gesundheitlichen Risiken besser einschätzen und ihnen wirksam begegnen zu können. Dies gilt für bereits an Krebs Erkrankte und im Besonderen für die, die aus einer Risikofamilie stammen und (noch) nicht erkrankt sind.

Gut begleitet entscheiden

Jede und jeder geht anders mit einem erhöhten Krebsrisiko um. Deshalb begleitet das BRCA-Netzwerk Betroffene dem eigenen Bedürfnis entsprechend: in Gesprächskreisen vor Ort, online, telefonisch oder per Video. Die Kombination aus wissenschaftlicher Information und empathischer Unterstützung hilft, Entscheidungen zu treffen, die tragfähig sind.

Starke Stimme für Patientinnen und Patienten

Zusätzlich zur Beratung engagiert sich das BRCA-Netzwerk in Wissenschaft und Politik. Denn Betroffene wissen aus Erfahrung, was verbessert werden sollte. Die Kombination aus Erfahrung und Fachwissen macht das Netzwerk zu einem geschätzten Partner vieler Institutionen, Gremien und Arbeitsgruppen der Gesundheitsversorgung.

Gemeinsam für bessere Versorgung

Im *Haus der Krebs-Selbsthilfe* arbeitet das BRCA-Netzwerk mit elf weiteren Bundesverbänden zusammen. Gemeinsam setzen wir uns für eine verlässliche, gerechte Versorgung ein – medizinisch, psychosozial und gesellschaftlich.



Infos zum Netzwerk:
www.brca-netzwerk.de

Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V.: 12 Bundesverbände mit mehr als 1.500 Selbsthilfegruppen



Quelle: Robert-Koch-Institut,
Zentrum für Krebsregisterdaten,
Relative 5-Jahres Prävalenz
aller Krebserkrankungen in
Deutschland, Datenstand 2017,
www.krebsdaten.de/abfrage



Arbeitskreis der Pankreatektomierten e. V.
– Bauchspeicheldrüsenkrebs



BRCA-Netzwerk e. V. –
Hilfe bei familiären Krebserkrankungen



Bundesverband Kehlkopf- und
Kopf-Hals-Tumore e. V.



Bundesverband Prostatakrebs
Selbsthilfe e. V.



Bundesverband Schilddrüsenkrebs –
Ohne Schilddrüse leben e. V.



Deutsche ILCO e. V. – Selbsthilfe bei
Darmkrebs und Stoma



Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e. V.



Frauenselbsthilfe Krebs – Bundesverband e. V.



Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V.



MELANOM INFO DEUTSCHLAND - MID e. V.



Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.



zielGENau e. V. Patienten-Netzwerk für
Personalisierte Lungenkrebstherapie

Gruppenjubiläen 3. Quartal 2025

Landesverband/Netzwerk	Gruppe	Gründung
45 Jahre		
Nordrhein-Westfalen	Bottrop	01.09.1980
Hessen	Fulda	01.09.1980
Hessen	Rüsselsheim	01.09.1980
Rheinland-Pfalz/Saarland	Neuwied	09.09.1980
40 Jahre		
Hessen	Eschwege	10.07.1985
Hessen	Büdingen	01.09.1985
20 Jahre		
Baden-Württemberg/Bayern	Ehingen	21.09.2005
15 Jahre		
Baden-Württemberg/Bayern	München	30.08.2010

Wichtige Begriffe kurz erklärt

Was bedeutet supportiv, komplementär, integrativ oder alternativ?

In der Krebsbehandlung beschreiben die Begriffe supportiv, komplementär, integrativ oder alternativ verschiedene Ansätze im Umgang mit evidenzbasierten Therapien: Hier eine kurze Orientierung:

Evidenzbasierte Medizin umfasst Methoden, deren Wirksamkeit durch hochwertige wissenschaftliche Studien bewiesen werden konnte.

Supportive Therapien unterstützen die eigentliche Krebsbehandlung, zum Beispiel durch Schmerztherapie, Ernährungshilfe oder Maßnahmen gegen Übelkeit. Ziel ist es, Nebenwirkungen zu lindern und die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Auch diese Methoden sind in ihrer Wirkung gut untersucht.

Integrative Onkologie verbindet die evidenzbasierte Medizin mit ausgewählten, wissenschaftlich geprüften komplementären (ergänzenden) Maßnahmen – individuell abgestimmt und ärztlich begleitet.

Komplementäre Methoden umfassen Maßnahmen, die Beschwerden lindern und die Lebensqualität verbessern sollen, z. B. Akupunktur, Sport- und Bewegungstherapien, Mind-Body-Therapien wie Qigong oder die Anwendung pflanzlicher Produkte. Es gibt einige komplementäre Verfahren, bei denen klinische Studien zumindest Hinweise auf eine Wirksamkeit zur Behandlung von Nebenwirkungen bzw. zur Verbesserung der Lebensqualität geben.

Alternative Methoden werden *anstelle* der empfohlenen, evidenzbasierten Krebstherapie angewendet. Sie basieren oft auf persönlichen Erfahrungen oder gut klingenden, jedoch unbelegten Theorien und wurden nie in einem ausreichenden Maß wissenschaftlich überprüft. Im besten Fall sind alternative Methoden wirkungslos. Sie können jedoch auch schädlich sein. In jedem Fall vergeht wertvolle Zeit, in der eine als wirksam geprüfte Therapie helfen könnte.

Redaktion perspektive

Was hat uns bewegt? Was haben wir bewegt?

Sehr bewegend: die Doppelauszeichnung unseres Netzwerks Leben mit Metastasen

Es war ein besonderer Moment: Unser Netzwerk *Leben mit Metastasen* wurde auf der YES!CON 2025 gleich zweimal ausgezeichnet – mit dem Shine a Light-Award und dem Publikumspreis. Eine doppelte Ehrung, die uns tief bewegt. Vor sechs Jahren haben wir den Grundstein für dieses Netzwerk gelegt aus der Überzeugung heraus, dass Frauen mit metastasiertem Krebs mehr brauchen als Mitgefühl. Sie brauchen echte Angebote, Austausch auf Augenhöhe, Räume für Hoffnung und Kraft. Die beiden Auszeichnungen würdigen nicht nur das Engagement der vielen betroffenen Frauen, die das Netzwerk seither aufgebaut und geprägt haben. Sie machen auch sichtbar, wie dringend dieses Angebot gebraucht wird und wie sehr es trägt. Es erfüllt uns mit großer Dankbarkeit, dass so viele Menschen – insbesondere durch den Publikumspreis – diese Bedeutung erkannt haben. Es zeigt, dass unsere Vision von bedürfnisorientierter Selbsthilfe zukunftsweisend ist und Wirkung entfaltet. Wir sind glücklich, dass wir den Weg für das Netzwerk ebnen konnten und werden weiterhin alles tun, damit es weiter wachsen und wirken kann.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe Krebs



Foto: Christian Evers

Den Nerv getroffen – unser Symposium beim „Seno“ hat bewegt

Mit unserem Symposium zum Thema „Brustkrebversorgung zwischen Spitzenmedizin und Realität – Wie gut ist die Situation in Deutschland tatsächlich?“ haben wir bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (siehe auch Bericht auf S. 20) den „Nerv“ getroffen. Die Thematik zog sich beim dreitägigen Kongress durch fast alle Sitzungen. In unserem gut besuchten Symposium berichtete Prof. Dorothea Fischer (Potsdam) anschaulich über das Thema „Zwischen Ideal und Alltag – die Versorgung von Brustkrebspatientinnen im Brennpunkt der Klinikrealität“. Die „Onkologie vor Ort – Herausforderungen und Chancen in der ambulanten Versorgung“ stellte Dr. Christoph Uleer (Hildesheim) vor. Ihm folgte Dr. Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, der die Versorgungssituation in Deutschland aus Sicht der Forschung darstellte.

Abschließend schilderte Barbara Quenzer, langjähriges FSH-Mitglied, Mitglied im FSH-Beirat und bis vor einem Jahr Mitglied im FSH-Bundesvorstand, die Sicht der Betroffenen: „Mittendrin: Wie Brustkrebspatientinnen ihre Versorgung erleben“. Ihr Fazit: Zwischen der Spitzenmedizin in Tumorzentren und der Versorgungsrealität vor Ort klafft eine erhebliche Lücke. Insbesondere in der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum werde es immer schwieriger, zeitnah einen Termin beim Spezialisten zu bekommen, was zu quälenden Wartezeiten führe. Auch die psychoonkologische Begleitung, die Nachsorge oder die sozialrechtliche Beratung empfänden Patientinnen häufig als unzureichend. Angesichts des sich immer deutlicher abzeichnenden Fachkräftemangels im Gesundheitssystem sowie der finanziellen Herausforderungen seien nun alle gefordert, die wichtigen, bisher erreichten Fortschritte zu erhalten und Möglichkeiten zu finden für weitere Verbesserungen – mit Mut, Ideenreichtum, Hartnäckigkeit und einer guten Vernetzung untereinander.

Die Rückmeldungen und die Resonanz zu unserer Sitzung haben uns gezeigt: Dieses Thema bewegt. Der gemeinsame Blick auf notwendige Veränderungen bestärkt uns darin, hier auch weiterhin am Ball zu bleiben. Denn wir wissen aus unserer nun bald 50jährigen Geschichte: Wir können etwas bewegen.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe Krebs

Ich schenke mir Zeit – von einem Theaterprojekt der Frauenselbsthilfe Krebs auf Usedom



Schütteln – lockern – summen. Die ersten Laute vibrieren durch den Raum, begleitet vom rhythmischen Stampfen unserer Füße. Dann ein gemeinsames tiefes „Aaaah“, das sich von leise nach laut steigert und irgendwo zwischen Kehle und Herz die Spannung löst. Lachen bricht aus, Stimmen wärmen sich auf. Wir sind angekommen. Nicht nur körperlich, sondern ganz bei uns selbst.

Mit diesen und weiteren Atem-, Stimm- und Körperübungen begann unser Theaterprojekt auf der wunderschönen Ostsee-Insel Usedom – und schon nach wenigen Minuten war der Alltag ganz weit weg.

Viele von uns waren schon öfter auf Usedom dabei und so gab es ein großes Hallo beim Wiedersehen. Doch auch neue Schauspiel-Interessierte kamen dazu und wurden herzlich in die Gruppe aufgenommen. Insgesamt waren wir rund 20 Teilnehmende, die in der herrlichen Umgebung von Ückeritz direkt am Meer diese kreative Auszeit genießen durften.

Organisiert wurde das Projekt wie immer mit viel Herzblut von Sabine Kirton, der langjährigen Vorsitzenden des FSH-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern/Schleswig-Holstein. Unter der inspirierenden Leitung von Susanne Kreckel, Schauspielerin am Theater Vorpommern, sowie Thomas Schallmann, Tanzpädagoge der Europäischen Akademie der Heilenden Künste e. V. aus Klein Jasedow, und Franziska Schuricht, Psychoonkologin vom Institut für Medizinische Psychologie Greifswald, wagten wir uns in den Raum zwischen Gefühl und Bewegung; und zu dem, was uns innerlich bewegt und dann äußerlich sichtbar wird.

Mit den geschilderten Aufwärmübungen für Atmung, Stimme und körperlichen Ausdruck starteten wir. Außerdem übten wir bewusste Bewegungen, z. B. beim meditativen Gehen und kreativen Tanzen. Dazu gehörte es auch, mit bunten Tüchern schnell auf Interaktionen der anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu reagieren.

Anschließend diskutierten wir in Kleingruppen, was es für uns bedeutet, sich selbst Zeit zu schenken. Die Gedanken sprudelten – mal heiter, mal nachdenklich, oft sehr persönlich. Daraus erarbeiteten wir – d. h. jede Gruppe für sich – ein eigenes Konzept für ein kleines Theaterstück und übten dies ein.

Höhepunkt unseres Workshops waren dann die jeweiligen Aufführungen. Da wurde gestikuliert, getanzt, gelacht und vor allem gespürt: Wir leben! Der Applaus der jeweils anderen und die ehrliche Wertschätzung beflügelten uns, ließen uns wachsen und aufblühen.

Dass Tanz und Bewegung gerade auch bei einer schweren Erkrankung wie Krebs therapeutisch wirken, ist längst wissenschaftlich belegt. Auf Usedom konnten wir das (wieder einmal) am eigenen Leib erfahren: Es ist die Magie der Gemeinschaft, der gegenseitigen Ermutigung und der Möglichkeit, sich einmal ganz anders ausdrücken zu können. Viele berichteten am Ende des Workshops von einem Gefühl der Befreiung, des Glücks und von rundum körperlichem und seelischem Wohlbefinden.

Für uns steht fest: Wir haben uns Zeit geschenkt – und wurden reich belohnt.

Ein Bericht von Katharina Koehler und Beate Witt

A photograph of four women standing in a grassy park with trees in the background. The woman on the far left is holding a smartphone to take a selfie. The woman next to her is wearing a purple long-sleeved shirt. The woman behind her is also smiling. The woman on the far right is wearing a purple long-sleeved shirt and glasses. They are all smiling and looking at the camera. The background shows a grassy field and trees with some autumn foliage.

***Im Grunde sind es immer
die Verbindungen mit
Menschen, die dem Leben
seinen Wert geben.***

Wilhelm v. Humboldt

Frauenselbsthilfe Krebs

Das Magazin *perspektive* wird von der Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) herausgegeben, eine der größten und ältesten Krebs-Selbsthilfeorganisationen Deutschlands. Es enthält Hintergrundinformationen zum Thema Krebs und Tipps für Betroffene. Außerdem wird über Entwicklungen im medizinisch-pflegerischen Bereich und in der Gesundheitspolitik berichtet. In jedem Heft finden sich zudem Beiträge über unser aktives Vereinsgeschehen, Termine und Standpunkte der FSH. Die *perspektive* ist werbefrei und unabhängig. Sie können das Heft gern kostenfrei bei uns abonnieren.

Unsere Angebote



Gruppen der Frauenselbsthilfe Krebs in Deiner Nähe

Du möchtest gern zu einem unserer Gruppentreffen kommen? Hier kannst Du recherchieren, ob es in Deiner Nähe eine Gruppe gibt.



Wir beraten Dich auch telefonisch

Du hast ein akutes Problem oder eine Frage? Du suchst einfach jemanden zum Reden? Dann kannst Du Dich an eine unserer Telefonberaterinnen wenden.



Online-Selbsthilfegruppen findest Du hier

Du bist an einem ortsunabhängigen Zugang zu den Angeboten einer klassischen Selbsthilfegruppe interessiert? Dann schau doch mal bei den FSH Onlinern vorbei.



Unser moderiertes Forum im Internet unterstützt 24/7

Du möchtest Dich zu Zeiten, die Dir gut passen, in einem geschützten Raum mit anderen Betroffenen austauschen? Die Möglichkeit bietet unser Internet-Forum.



Bedürfnisorientierte Angebote für Frauen mit Metastasen

Du bist an Metastasen erkrankt und suchst nach Angeboten, die auf Deine Situation zugeschnitten sind? Dann bist Du beim Netzwerk „Leben mit Metastasen“ richtig.



Bedürfnisorientierte Angebote für Männer mit Brustkrebs

Unser Netzwerk „Männer mit Brustkrebs“ bietet für Betroffene eine Anlaufstelle, viele hilfreiche Informationen und die Möglichkeit zum Austausch.



Unsere Infothek informiert unabhängig und evidenzbasiert

In unserer Infothek haben wir hilfreiche Informationen rund um das Thema Krebs, zu Leistungsansprüchen und Patientenrechten zusammengetragen.

Die QR-Codes führen Dich nicht zum Ziel? Auf unserer Website www.frauenselbsthilfe.de findest Du alle Informationen oder rufe einfach in unserer Bundesgeschäftsstelle an.

Bürozeiten: Montag bis Donnerstag: 9:00 –15:00 Uhr, Freitag: 9:00 –12:00 Uhr

Telefon: 0228 – 3 38 89–400, E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de



Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn

Telefon: 0228 – 33889–400
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Internet: www.frauenselbsthilfe.de
www.facebook.com/frauenselbsthilfe

Unser Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft – IBAN DE17 3702 0500 0007 7348 00

