

Sandra Fox

Selbstbetroffenheit in der Krebsberatung



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag



Selbstbetroffenheit in der Krebsberatung

Diplomarbeit von
Sandra Fox





Alice Salomon Hochschule Berlin

ALICE SALOMON



HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

Sandra Fox, Matrikelnummer 31500

Selbstbetroffenheit in der Krebsberatung

Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Sozialpädagogin

an der

„Alice Salomon“ – Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik
Berlin

University of Applied Sciences

eingereicht im Sommersemester 2014 am 01.07.2014

Projektseminar:

„Hilfen für Familien und Kinder – neue Ansätze, neue Wege“

Prof. Dr. Reinhardt Wolff, Prof. Dr. Regina Rätz

Erstgutachter: Prof. Dr. Wolfgang Schneider

Zweitgutachter: Prof. Dr. Hans-Dieter Bamberg



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen: Cuvillier, 2017

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2017

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2017

Gedruckt auf umweltfreundlichem, säurefreiem Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft.

ISBN 978-3-7369-9583-3

eISBN 978-3-7369-8583-4



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	II
1. Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Fragestellungen und Ziele.....	3
1.3 Methodisches Vorgehen	4
1.4 Aufbau	4
2. Krebserkrankungen.....	7
2.1 Definition und Formenkreise.....	7
2.2 Verbreitung	9
2.3 Ursachen und Auslöser	13
2.4 Folgen für die Betroffenen.....	14
2.5 Behandlungsmöglichkeiten, Früherkennung und Vorbeugung.....	17
2.6 Schlussfolgerungen.....	20
3. Psychosoziale Hilfen bei Krebs.....	21
3.1 Historische Entwicklung.....	21
3.2 Definition und Ziele.....	24
3.3 Soziale Fachkräfte in der Krebsberatung.....	27
3.3.1 Ziele und Aufgaben.....	27
3.3.2 Berufsprofil, Arbeitsfelder und Methodik der klinisch-sozialen Arbeit in der Krebsberatung	28
3.3.3 Schlussfolgerungen	31
3.4 Selbstbetroffenheit in der psychosozialen Krebsberatung.....	32
3.4.1 Entwicklung der psychosozialen Krebsberatung durch selbst betroffene Fachkräfte	32
3.4.2 Definition und Verbreitung.....	34
3.4.3 Spezifische Belastungen – Die Studie von Harbach-Dietz et al. (2007) ...	38
3.4.4 Ressourcen und Entlastungsmöglichkeiten.....	41
3.4.4.1 Ressourcen und Entlastung: Begriffliche Eingrenzungen	41
3.4.4.2 Die erkrankte soziale Fachkraft – ein verwundeter Heiler?!	43



Inhaltsverzeichnis

3.4.4.3	Unterstützungsformen für die krebsbetroffene Fachkraft in der psychosozialen Krebsberatung. Kollegiale Beratung – Supervision – Selbsthilfegruppen	46
3.4.4.4	Selbst betroffene Fachkräfte in der Krebsberatung als Teil eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes	47
3.4.5	Schlussfolgerungen	48
4.	Qualitative Studie: Experten/innen-Interview	49
4.1	Forschungsinteresse und -hypothesen	49
4.2	Methodik und Forschungsinstrument	50
4.3	Auswahl der Interviewpartnerinnen	53
4.4	Forschungsverlauf.....	54
4.5	Auswertung.....	55
4.5.1	Paraphrasierung und thematischer Vergleich	55
4.5.2	Ergebnisse nach Kategorien.....	55
4.5.2.1	Selbstbetroffenheit als Fachkraft mit Krebs, Krankheitsverlauf und Verarbeitungsprozess.....	55
4.5.2.2	Einstieg in die Krebsberatung als selbstbetroffene Fachkraft	59
4.5.2.3	Potenziale und Vorteile der psychosozialen Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte.....	61
4.5.2.4	Nachteile, Belastungen und Risiken als selbstbetroffene Fachkraft in der psychosozialen Krebsberatung	65
4.5.2.5	Entlastungsmöglichkeiten.....	67
4.5.2.6	Entwicklungsbedarf der Versorgung mit psychosozialer Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte	68
4.6	Befragungsergebnisse nach Hypothesen	70
5.	Konzeptualisierung und Generalisierung – Diskussion der Ergebnisse	75
	Literaturverzeichnis.....	79



Anhang: Paraphrasierung	89
Anhang: Interviewleitfaden für halbstandardisierte Interviews mit selbstbetroffenen Fachkräften in der psychosozialen Krebsberatung.....	108
Anhang: Interviewtranskripte.....	112
5.1 IP 1.....	112
5.2 IP 2.....	136
5.3 IP 3.....	146
5.4 IP 4.....	165
5.5 IP 5.....	184



Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAK	Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung e.V.
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BKK	Bundesverband Betriebskrankenkassen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CM	Case Management
Dapo	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (bis 2006: Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS))
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
GfBK	Gesellschaft für biologische Krebsabwehr e.V.
KlinSA	Klinische Sozialarbeit
KRETHA	AG Krebserfahrene Therapeutinnen
PK	Patientenkompetenz
RKI	Robert-Koch-Institut
SE	Self-Empowerment
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Selbsthilfegruppe

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2010 (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs) – Angaben in Prozent (Quelle: RKI, 2013c, S. 16)

Abb. 2: Verbreitung von Krebserkrankungen (Quelle: World Cancer Report; GEN; IMS; Statistisches Bundesamt, in: Müller-Jung, 2014)

Abb. 3: Vergleich der relativen 5-Jahres-Überlebensraten, nach Lokalisation und Geschlecht, Deutschland 2009-2010 (Periodenanalyse) (Quelle: RKI, 2013c, S. 20)

Abb. 4: Existentielle Krisen bei Krebspatienten (Quelle: Karger, o.J.: 6)

Tab. 1: Bedeutung + Potenziale vs. Gefahren der Beratung durch selbst betroffene Fachkräfte in der psychosozialen Krebsberatung für sich selbst und die Patientin (Quelle: Harbach-Dietz, 2009: 5ff.; Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 12)(Eigene Darstellung)

Tab. 2: Auswahl Interviewpartnerinnen (Eigene Darstellung)





1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Jährlich erkranken rund 490.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2014c).

Die Diagnose wirft die meisten der Betroffenen zunächst aus der Bahn; sie trifft sie zumeist plötzlich und unvorbereitet und löst eine grundlegende Krise aus, die an den Festen der Existenz rüttelt:

„Betroffene werden jäh aus ihrer Alltagsnormalität gerissen und sehen sich mit Angst, Schmerzen, Leiden und der Bedrohung ihres Lebens konfrontiert. Nichts ist mehr so wie es vorher war. Die Erschütterung trifft die Grundfesten des Lebens, sie erstreckt sich auf alle Lebensbereiche. Hinzu kommt für viele die fremde Welt unseres Medizinsystems mit ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten und ihrer eigenen Sprache, die häufig das Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht verstärken.“ (Schulte, 2005: 1)

Die Zunahme an Krebserkrankungen hat ein globales Ausmaß gewonnen: So schickte die Weltgesundheitsorganisation „kürzlich eine Schockwelle durch die Medien“ und schätzte „die Prognosen für die Krebshäufigkeit von heute vierzehn Millionen Patienten auf 21 Millionen im Jahr 2030“ (Müller-Jung, 2014).

Im Rahmen einer modernen Krebsbehandlung sind seit vielen Jahren unterschiedliche Hilfen aktiv, die den Betroffenen psychosoziale Unterstützung leisten, dazu gehören die Versorgungseinrichtungen der Psychoonkologie, der klinischen Sozialarbeit und die Selbsthilfe (vgl. Dorfmueller, 2008:11-14; vgl. Bruns et al., 2013: 2-3, vgl. Wickert et al., 2012: 68; vgl. Schulte, 2005: 1). Dabei zeichnet sich eine zunehmende Professionalisierung der Krebsberatung ab, die mit der medizinischen Entwicklung Schritt halten muss. Doch differenziertere Erkenntnisse in Therapie und Beratung bedeuten nicht automatisch eine bessere Versorgung von Krebspatienten. Die bisherigen psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten von Menschen mit Krebs und ihren Angehörigen decken den Bedarf an psychosozialer Beratung und Unterstützung bei Weitem nicht (vgl. Wickert et al., 2012: 73; vgl. BAK, o.J.: 4). Die Zunahme an Krebserkrankungen, die längere Lebenserwartung der Betroffenen und die damit verbundene Notwendigkeit von Langzeitberatung und der strukturelle Wandel im Gesundheitssystem hin zu kürzeren Liegezeiten und einer langfristigen ambulanten



Einleitung

supportiven Behandlung und Beratung fordern eine flächendeckende Versorgungsstruktur (vgl. Bruns et al., 2013: 3; vgl. BAK, o.J.: 3).

In den letzten Jahren beginnt sich eine neue Richtung der Krebsberatung in diesem Feld zu etablieren: Die Beratung und Begleitung durch selbstbetroffene Fachkräfte aus sozialer Arbeit, Medizin und Psychologie (vgl. Krebsberatung Berlin – Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe Krebs e.V., 2014).¹ Hierzu gibt es aufgrund des jungen Alters dieser Intervention bis dato kaum/keine Forschungsstudien. Die spezifische Situation der selbstbetroffenen Fachkräfte, ihre spezifischen Ressourcen und Potenziale für die Beratung aus ihrer Selbstbetroffenheit heraus und ihre Belastungen und Grenzen in der Beratung anderer Krebspatienten sind bislang kaum untersucht worden.

Die Motivation diese Thematik zu untersuchen ergab sich im Rahmen meiner eigenen Krebserkrankung, welche im Jahr 2010 diagnostiziert wurde. Die medizinische Versorgung war gemäß dem gegenwärtigen Standard gewährleistet. Allerdings fühlte ich mich in der Rolle als Patientin zu keinem Zeitpunkt auch als Mensch wahrgenommen – zu alltäglich war für Ärzte und Personal der Umgang mit „dem Krebspatienten als Nummer mit zugehöriger Diagnose“. Im medizinischen Prozedere war wenig Platz vorgesehen für psychische Bedürfnisse; angefangen vom Diagnoseschock, den vielschichtigen und immer gegenwärtigen Ängsten, durchdachten Aufklärungen über Therapien, u.v.m.. Die psychoonkologische Betreuung im Brustzentrum beschränkte sich auf das Verteilen von Broschüren. Selbst die Sozialarbeiterische Leistung erfolgte sehr widerwillig – ja unwillig.

Aus dem Krankenhaus entlassen und mit den klassischen Therapien versorgt, habe ich es als unschätzbare Ressource erlebt Zugang zu einer Beratungsstelle zu finden, in welcher ich auf selbstbetroffene Fachkräfte traf. Ich fühlte mich erstmals seit der Diagnose wahrgenommen und verstanden. Mir wurden Fragen beantwortet, die ich vorher nicht stellen konnte und ich erhielt Zeit – Zeit für mich und meine Bedürfnisse. Ich empfand tiefes Vertrauen, welches auf Gegenseitigkeit beruhte, da klar war: wir haben das Gleiche, zumindest sehr Ähnliches erlebt und überlebt!

Vor diesem Hintergrund hat mich zusätzlich die professionelle und außergewöhnlich engagierte Beratung sehr beeindruckt; keine Frage blieb offen – entsprechend der Thematik von den jeweils entsprechend ausgebildeten

¹ Sowie Angehöriger von Krebserkrankten.

Fachkräften. So konnte ich mich über medizinisch und komplementärmedizinisch weiterführende Möglichkeiten (außerhalb der verordneten Standardtherapie) sehr umfassend informieren, als auch über Möglichkeiten, mich psychisch zu stabilisieren und meinen Alltag zu meistern – als Mutter einer dreijährigen Tochter und „mitten aus dem Leben gerissen“.

1.2 Fragestellungen und Ziele

Die vorliegende Arbeit versucht deshalb, das Feld der Erfahrungen von selbstbetroffenen Fachkräften zu erfassen und deren spezifischen Potenziale und Grenzen in ihrer Beratungsstätigkeit einzukreisen. Leitfrage ist hierbei: Welche Potenziale und spezifischen Grenzen erleben selbstbetroffene Fachkräfte (soziale Arbeit, Medizin und Psychologie), die psychosoziale Krebsberatung durchführen? Im Einzelnen stellen sich folgende Teilfragen:

- Wie stellt sich die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten in Deutschland dar?
(Aufgaben, Ziele, Methodik, Verbreitung, Grenzen)
- Wie stellt sich die Situation von Krebsberatungsstellen dar, die mit selbstbetroffenen Fachkräften ihr Angebot umsetzen?
- Wie stellt sich die Situation selbst betroffener Fachkräfte in der psychosozialen Krebsberatung dar?
 - o Welche spezifischen Belastungen erleben sie?
 - o Wo liegen Ressourcen und Potenziale der eigenen Krebserkrankung und -biografie für die Beratung anderer Patienten?
 - o Wie reagieren die Klienten/Patienten auf dieses Beratungsangebot?
 - o Welche Wirkungen lassen sich feststellen?
 - o Wie wirkt sich ihre Selbstbetroffenheit auf diese Beratung aus?
 - o Wie reflektieren die selbstbetroffenen Fachkräfte ihre Beratung?
 - o Welche spezifischen Grenzen erleben sie in dieser Beratung als Selbstbetroffene?
 - o Welche Entlastungsmöglichkeiten haben sie bereits?
 - o Wie kann eine Verbesserung hinsichtlich Ressourcenaufbau und Entlastung dieser Fachkräfte in der Praxis aussehen?

Die Arbeit hat zum Ziel, die Erfahrungen von selbstbetroffenen Fachkräften (Sozialarbeiter/innen u. Sozialpädagogen/innen; Mediziner/innen und Psychologen/innen) in der Krebsberatung näher zu untersuchen und deren Sicht auf die Potenziale und Ressourcen, Grenzen und Entlastungspotenziale dieser Beratungsform zu erörtern.

1.3 Methodisches Vorgehen

Die Arbeit besteht methodisch aus zwei Teilen. Im ersten Teil wird die Fachliteratur zu den Themen Krebserkrankung und psychosoziale Beratung – auch mit dem Fokus auf selbstbetroffene Fachkräfte zusammengefasst und deren Ergebnisse dargestellt werden.

Der empirische Teil basiert auf einer qualitativen Studie mit halbstandardisierten Interviews, die mit selbstbetroffenen Fachkräften durchgeführt wurde. Es geht hierbei um die sinnverstehende „Rekonstruktion sozialer und biografischer Prozesse“ (Dexheimer, 2011: 117; vgl. Bortz & Döring, 2006: 308-319, 334-336). Sinnkonstruktionen und Prozessverläufe und -strukturen stehen hier im Fokus. In dem betrachteten Fall hat dieses Vorgehen den Vorteil, dass die Probanden ihre subjektiven Erfahrungen und Beurteilungen offen darstellen können, ohne durch den Interviewer in ihren Antworten stark gesteuert zu werden (vgl. Bortz & Döring, 2006: 308). Insbesondere bei einem sensiblen Thema, das die Befragten mental und persönlich fordert, ist eine solche methodische Vorgehensweise empfehlenswert (vgl. Bortz & Döring, 2006: 308-309), da der Interviewer hier die Rolle eines engagierten und einfühlsamen Gesprächspartners übernimmt. Da es sich um Experten/innen der Krebsberatung handelt, liegt der Fokus auf Experteninterviews. Die Auswertung der Transkripte folgt in einer komprimierten Inhaltsanalyse nach Meuser & Nagel (vgl. Meuser & Nagel, 1991: 441-471).

1.4 Aufbau

Der Aufbau der Arbeit ist folgendermaßen strukturiert: Zunächst folgt eine Übersicht über den aktuellen Stand der Erkenntnisse zu Krebserkrankungen mit dem Fokus auf die psychophysischen und psychosozialen Folgen für die Betroffenen und die Möglichkeiten der Behandlung, Therapie und Früherkennung/Vorbeugung (Kap. 2). Das theoretische Hauptkapitel erfasst die psychosozialen Hilfen bei Krebs, die aktuell in Deutschland angeboten und umgesetzt werden. Hierbei wird besonders auf die Beratungsstrukturen und die Akteure der Krebsberatung eingegangen. Im Mittelpunkt steht die Darstellung und kritische Erörterung der derzeitigen Angebote, die durch selbstbetroffene Fachkräfte in der psychosozialen Krebsberatung aufgebaut und durchgeführt werden (Kap. 3). Der empirische Teil beginnt mit der Vorstellung des methodischen Vorgehens und der Hypothesenbildung und schließt mit der Ergebnisdarstel-



lung ab (Kap. 4). In einem eigenen Kapitel werden diese kritisch unter den Ergebnissen der theoretischen Erarbeitung diskutiert (Kap. 5).



2 Krebserkrankungen

2.1 Definition und Formenkreise

Krebs ist „eine Krankheit der Gene“ (Deutsche Krebshilfe, 2014b), d.h. die Entstehung von Krebszellen beruht auf spezifischen Veränderungen von bestimmten Abschnitten der Erbsubstanz, sodass „diese Veränderungen nicht mehr repariert und die Erbinformationen dadurch ‚verfälscht‘ werden“ (Deutsche Krebshilfe, 2014b).

Normalerweise hält sich der Körper selbst im Gleichgewicht und kontrolliert das natürliche Wachstum und die reguläre Entwicklung der Zellen (Entstehung, Erhaltung, Altern und Zelltod) durch verschiedene Mechanismen. Er ist dabei in der Lage, Zellstrukturen und -abläufe ständig an die Umwelt anzupassen und ggf. durch kontrollierten Zelltod („Apoptose“; Sedlacek, 2012: 31) fehlerhafte, toxische oder nicht mehr benötigte Zellen abzuräumen („Phagozytose“; Sedlacek, 2012: 31). Erst durch Fehler in dieser Zellwachstumskontrolle entstehen Tumore bzw. Zellverluste und Organschäden. Tumore haben deshalb ein geschädigtes, unreguliertes Zellwachstum, das dem normalen Zellwachstum gleicht, aber hinsichtlich der Zellwachstumskontrolle nicht mehr normal verläuft, sodass Tumorzellen ungehindert wachsen können (wobei sich dieses Phänomen auf gutartige wie bösartige Tumore bezieht) (vgl. Sedlacek, 2012: 4-7, 31-32).

Krebs umfasst alle Tumore, die malign, d.h. bösartig sind (vgl. Sedlacek, 2012: 2). Sie haben folgende Merkmale: Unkontrolliertes Wachstum, unklare Abgrenzung zum Normalgewebe, Einwachsen in das umgebende gesunde Gewebe, sodass es zu seiner Zerstörung kommt, sowie des Weiteren das Einwachsen in die Blutgefäße des Normalgewebes und Verbreitung im gesamten Körper durch Töchtertumoren (Metastasen) und feingeweblich festzustellende Zellveränderungen (Veränderungen der Zellstrukturen und aussondernde Substanzen).

„Krebszellen stimulieren sich selber zur Teilung und ignorieren wachstumshemmende Signale aus der Zell-Umgebung. Sie können sich unendlich oft teilen und sind potenziell unsterblich. Sie sind in der Lage, bestehende Blutgefäße für ihr eigenes Fortleben anzuzapfen. Die gefährlichste Eigenschaft von Krebszellen besteht jedoch darin, in benachbartes Gewebe einzudringen, sich im Körper auszubreiten und an entfernten Stellen Tochtergeschwülste zu bilden. Insbesondere diese



Krebserkrankungen

Metastasen machen einen bösartigen Tumor zur lebensbedrohlichen Gefahr.“ (Deutsche Krebshilfe, 2014b)

Krebs kann sich im Prinzip in jedem Gewebe und Organ entwickeln und dabei von verschiedenen Zellarten ausgehen. „Ausgangspunkt der meisten Krebskrankheiten sind die inneren und äußeren Körperoberflächen“ (Robert-Koch-Institut (RKI), 2013a).² Das Alter ist ein wesentlicher Prädiktor für Bildung von Tumoren, denn je „älter der Mensch wird, desto unzuverlässiger arbeitet das Reparatursystem der Gene“ (Deutsche Krebshilfe, 2014b). Doch existieren zahlreiche Erkrankungsarten, die jüngere Erwachsene und sogar Kinder und Jugendliche betreffen können.

Die unterschiedlichen Formen von Krebserkrankungen werden nach den jeweiligen Organen benannt. Dabei hat sich der Formenkreis der Krebskrankheiten durch die Entwicklung in der modernen Medizin immer weiter ausdifferenziert.

„Ende des 19. Jhdt. waren als Todesursachen 44 Krebserkrankungen bekannt. Im Jahr 1900 waren es 174 Indikationen, zur Jahrtausendwende führte der ICD-10-Code der Ärzte 68 000 Krankheiten, 2012 sind wir bei 120 000 unterschiedlichen Diagnosen. Mehr als zweihundert Krebsarten werden heute formal unterschieden.“ (Müller-Jung, 2014)

Nach heutigen Erkenntnissen ist bekannt, dass jeder Patient eine eigene Krebsignatur aufweist und vermutlich hat sogar jeder eigene Tumor eine unverwechselbare „krankmachende Mutation“ oder „genetische Signatur“ (Müller-Jung, 2014).

² „Allein etwa 70 % sind vom Drüsengewebe ausgehende Adenokarzinome. Bei weiteren etwa 15 % handelt es sich um Plattenepithelkarzinome, bösartige Tumoren des Übergangsepithels (Urothelkarzinome) und kleinzellige Karzinome, die beispielsweise in der Lunge vorkommen. Neben den Leukämien und Lymphomen haben darüber hinaus bösartige Tumoren ihren Ursprung beispielsweise in den Stützellen des Nervensystems (Gliazellen) oder unter Pigment bildenden Zellen (Melanome). Zu den selteneren Krebsarten zählen auch vom Bindegewebe ausgehende Formen, wie beispielsweise Mesotheliome und verschiedene Sarkome.“ (RKI, 2013c: 19).

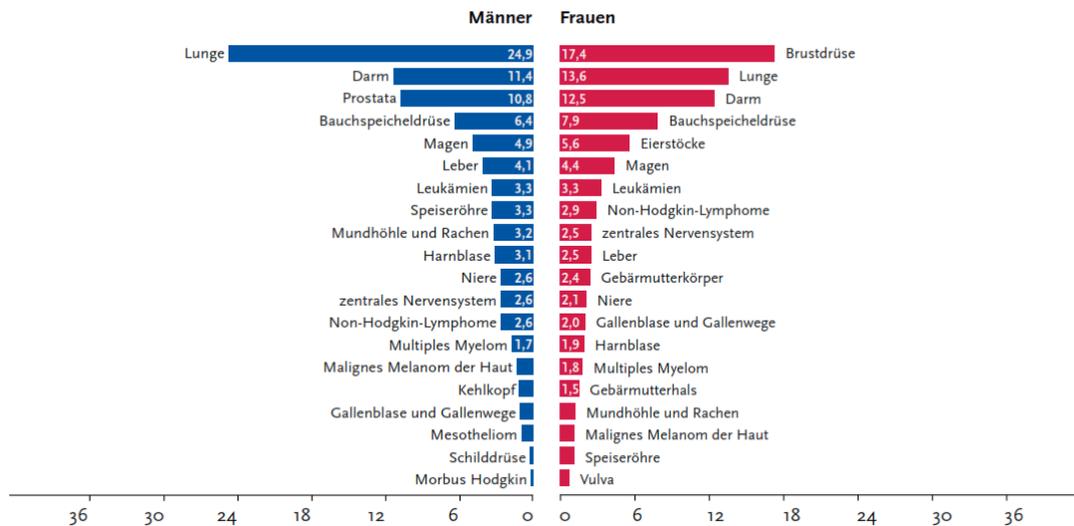


Abb. 1: Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2010 (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs) – Angaben in Prozent (Quelle: RKI, 2013c, S. 16)

Die Grafik des Robert-Koch-Instituts (Abb.1) zeigt die verschiedenen Basis-Krebsformen auf und die Höhe der Prävalenz in der Gesamtbevölkerung – bezogen auf Krebsneuerkrankungen. Dabei ist die häufigste Krebsform bei Männern ein Karzinom der Prostata und bei Frauen Karzinome der Brustdrüse.

2.2 Verbreitung

Krebs ist nach den Herz-Lungen-Krankheiten weltweit gesehen die zweithäufigste Todesursache beim Menschen, wobei Lungenkrebs, Brust- und Darmkrebserkrankungen allgemein die häufigsten Krebsformen darstellen. Global nehmen Krebserkrankungen zu. Nach der WHO ist mit 14 Millionen Neuerkrankungen 2012 zu rechnen. So wurden im Jahr 2012 weltweit 8,2% mehr Neuerkrankungen als im Jahr 2008 registriert. Nach dem World Cancer Report wird sogar mit einer Zunahme von 22% an Neuerkrankungen bis 2032 gerechnet (vgl. World Cancer Report; GEN; IMS; Statistisches Bundesamt, in: Müller-Jung, 2014).

Die Ursachen für diese Entwicklung liegen vor allem in der Zunahme eines westlichen Lebensstils in Schwellenländern (inklusive Osteuropas): auf der einen Seite „unhealthy western lifestyles such as smoking and physical inactivity and consumption of calorie-dense food“ (Jamal et al., 2010: 1903) und die Zunahme zivilisationsbedingter Krankheiten (Lungen-, Darm- und Brustkrebs) in weniger entwickelten Ländern auf der an-

Krebserkrankungen

deren Seite. Doch dominieren in den Entwicklungsländern immer noch Krebserkrankungen aufgrund von Infektionen (Gebärmutterhalskrebs, Leber- und Magenkrebs). Letzteren kann durch Impfungen vorgebeugt werden. In Industrieländern nimmt die Zahl der Krebsneuerkrankungen durch die verbesserten Screeningverfahren und Behandlungsmöglichkeiten dagegen insgesamt leicht ab (vgl. Jamal et al., 2010: 1903).

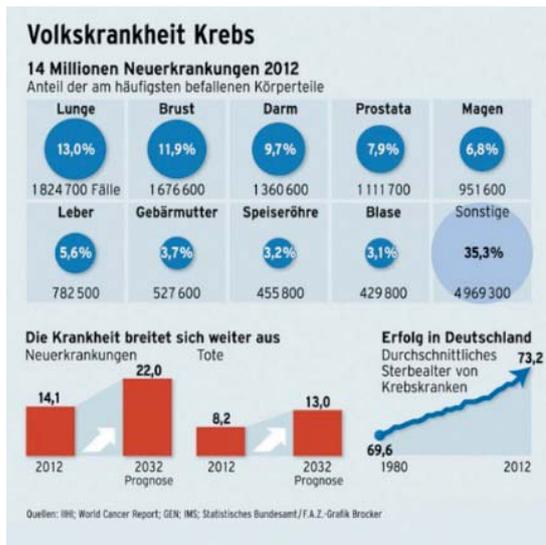


Abb. 2: Verbreitung von Krebserkrankungen

(Quelle: World Cancer Report; GEN; IMS; Statistisches Bundesamt, in: Müller-Jung, 2014)

In Deutschland hat die Krebsrate bei Neuerkrankungen „zwischen 2000 und 2010 bei Männern insgesamt um 21 Prozent, bei Frauen um 14 Prozent zugenommen“ (RKI, 2013b). Dahinter steht vor allem die Alterung der Bevölkerung (Zunahme an älteren Menschen und längere Lebenserwartung), vor allem bei Männern. Altersbereinigt wäre hier z.B. bei Männern keine bzw. bei Frauen nur eine geringe Zunahme vorhanden.

Das Durchschnittsalter für eine Krebsneuerkrankung liegt aktuell bei beiden Geschlechtern bei 69 Jahren (Frauen mit 76 Jahren, Männer mit 73 Jahren). Mehr als die Hälfte der Männer und etwas weniger als die Hälfte der Frauen können mit einer Krebserkrankung rechnen. Dabei verstirbt jeder vierte Mann und jede fünfte Frau an dieser Erkrankung. Frauen unter 55 Jahren versterben häufiger (21%) als Männer unter 55 Jahren (13% aller Erkrankungen), während im Senium ab 70 Jahren fast doppelt so viele Männer an Krebs sterben (vgl. RKI, 2013b).

Damit ist Krebs eine Erkrankung des älteren Menschen, während sie bei jungen Menschen nur relativ selten vorkommt.

„Pro Jahr werden in Deutschland etwa 4.500 Patienten im Alter zwischen 15 und 39 Jahren neu diagnostiziert, bei insgesamt 450.000 Neuerkrankungen. Bei den unter 30jährigen sind Männer etwas häufiger, in der Altersspanne zwischen 30 und 40 Jahren sind Frauen häufiger betroffen.“ (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie/DGHO, 2011)

Hierbei ist das Risiko für eine spezifische Krebserkrankung mit der jeweiligen Altersgruppe und dem Geschlecht verknüpft. So sind junge Frauen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren (bezogen auf die Gesamtzahl der geringen Krankheitsrate in diesem Alter) signifikant häufiger vom schwarzen Hautkrebs betroffen. Bereits zwischen 30 und 40 Jahren ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung, an dritter Stelle gefolgt vom Zervixkrebs (Gebärmutterhalskrebs). Allein die Hälfte aller bösartigen Tumorerkrankungen bei Männern zwischen 20 und 35 geht auf das Konto des Hodenkrebses (vgl. DGHO, 2011). Andererseits zeigen die Daten des Tumorregisters München auf der Basis einer großen Datenmenge von untersuchten Patienten, dass diese jungen Krebskranken eine verglichen mit älteren Patienten hohe Überlebensrate haben (vgl. Abb. Relative Überlebensraten nach Alter: Daten des Tumorregisters München, Quelle: Hölzel & Engel, 2011, in: DGHO, 2011).

Im Gesamtbild haben sich die Überlebensaussichten von Krebspatienten im Vergleich zu den 1980er Jahren insgesamt deutlich verbessert (vor allem bei Tumorerkrankungen der Brustdrüse, Darm, Prostata). Dadurch steigt aber die Anzahl derjenigen Menschen, die mit der Krebserkrankung leben und deshalb langfristig behandelt bzw. psychosozial unterstützt werden müssen.

Krebserkrankungen

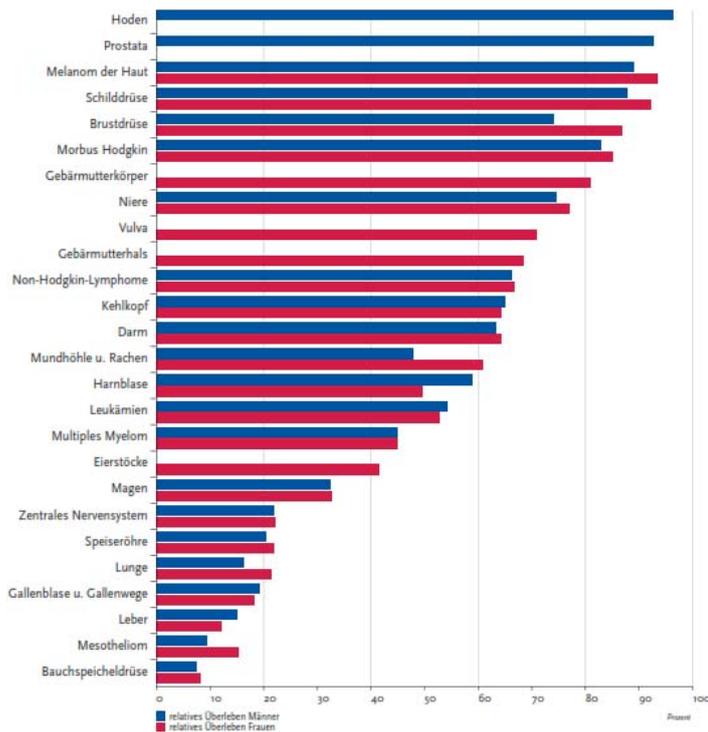


Abb. 3: Vergleich der relativen 5-Jahres-Überlebensraten³, nach Lokalisation und Geschlecht, Deutschland 2009-2010 (Periodenanalyse)

(Quelle: RKI, 2013c, S. 20)

Die Überlebensraten sind je nach Krebsart sehr unterschiedlich. Während Patienten mit einem malignen Melanom der Haut, mit Hodenkrebs oder Prostatakrebs zu 90%⁴ geheilt werden können, d.h. 90% der Betroffenen leben länger als 5 Jahre nach Diagnosestellung, die sogenannte 5-Jahres-Prävalenz (vgl. RKI, 2013c, S. 145), wirken sich Erkrankungen durch Lungen- bzw. Speiseröhrenkrebs weiterhin zum großen Teil innerhalb von 5 Jahren tödlich aus. Die Überlebensraten liegen hier bei unter 20%, bei Bauchspeicheldrüsenkrebs liegt die relative 5-Jahres-Überlebensrate sogar nur unter 10% (vgl. RKI, 2013b).

³ „Die relative Überlebensrate dagegen berücksichtigt, dass nicht alle Sterbefälle auf die Krebserkrankung zurückzuführen sind: Auch in einer nicht von Krebs betroffenen Bevölkerungsgruppe gibt es innerhalb von fünf Jahren eine gewisse Zahl an Todesfällen. Deshalb vergleichen Fachleute die absolute Überlebensrate bei Krebspatienten mit der Sterblichkeit von Menschen gleichen Alters und gleichen Geschlechts in der Gesamtbevölkerung. So wird berücksichtigt, dass es innerhalb von fünf Jahren bei Krebspatienten genau wie in anderen Gruppen Todesfälle durch Herzinfarkte, Unfälle oder aus anderen, nicht krebsbezogenen Gründen gibt.“ (DKZE, 2013)

⁴ Es handelt sich um das „epidemiologische Häufigkeitsmaß, Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer Bevölkerung mit einer bestimmten Erkrankung lebenden Personen“ (RKI, 2013b, S. 145).

Die „steigende Lebenserwartung macht Krebs wahrscheinlicher“ (Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ), 2013). Die zunehmende Alterung der Bevölkerung und damit die erhöhte Krebswahrscheinlichkeit sowie die verbesserten Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten erzeugen den Bedarf an psychosozialer Unterstützung bei einer Krebserkrankung. . Es (über-)leben also insgesamt mehr Krebspatienten in Deutschland als früher. Um diese Zahl genau zu erfassen, die sogenannte „Vollzähligkeitsschätzung“ (RKI, 2013c, S. 10), ist ein hoher statistischer Aufwand notwendig. Auch fehlen noch Daten zu einzelnen Krebsformen (vgl. RKI, 2013c, S. 10).⁵ So lebten nach dem Bericht „Krebs in Deutschland“ des RKI im Jahr 2010 ca. 1,52 Millionen Krebskranke in Deutschland (bei 80 Millionen Einwohnern insgesamt), „deren Diagnose nicht länger als fünf Jahre zurück lag“ (DKFZ, 2013).

Während ein Viertel aller krebskranken Männer im Jahr 2010 vom Prostatakarzinom betroffen waren (279.000 Männer in Deutschland, deren Diagnose nicht älter als 5 Jahre war), waren es mehr als 25% der krebskranken Frauen, die ein Brustkarzinom hatten (Frauen: 307.800 Betroffene). Darmkrebs hatten nach dieser Erfassung im Jahr 2010 116.200 Männer und 98.100 Frauen; Lungenkrebs hatten 49.000 Männer und 27.000 Frauen 27.000. (vgl. DKFZ, 2013; vgl. RKI, 2013b). Insgesamt haben sich die Überlebensraten für Frauen und Männer angenähert (vgl. RKI, 2013c: 19).

2.3 Ursachen und Auslöser

Ursachen von Krebserkrankungen sind bei vielen Formen nicht bekannt „oder die bekannten Auslöser lassen sich nicht beeinflussen“ (RKI, 2013c: 19). Prävention zur Vermeidung einer Krebserkrankung ist deshalb kaum möglich.

Als ernährungsbedingte Ursachen gelten gemeinhin übermäßiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung mit wenig Obst und Gemüse sowie ein hoher Konsumanteil an rotem Fleisch (vgl. RKI, 2013c: 19). Doch schützt ein gesunder Lebensstil nicht zwangsläufig vor Krebs.

Erwähnenswert an dieser Stelle sind krebsauslösende oder -bedingende Faktoren wie Schadstoffe und Verunreinigungen in Lebensmitteln, Umweltfaktoren und Belastungen am Arbeitsplatz, welche im Einzelfall deut-

⁵ „Nach der aktuellen Schätzung erreichen für das Jahr 2010 bereits neun Bundesländer eine geschätzte Vollzähligkeit von mindestens 90 %, sieben Bundesländer sogar von über 95 % in Relation zu den [...] Referenzregistern. Damit hat der Erfassungsgrad in den letzten zehn Jahren erheblich zugenommen.“ (RKI, 2013b, S. 10)

lichen Einfluss auf die Entstehung haben können (z.B. Radon bei Lungenkrebs oder früher vor allem Asbestbelastungen, die eine lange Latenzzeit haben, sodass Erkrankungen noch nach Jahrzehnten nach der Belastung auftreten können). Ebenfalls hat die Strahlenbelastung bei radiologischen Diagnose- und Therapieverfahren sowie Zytostatika zur Chemotherapie und die Hormonersatztherapie hinsichtlich der Entstehung von Brustkrebs einen gewissen Einfluss (vgl. RKI, 2013c: 19-20).

Auch andere Substanzen in der Umwelt können schädigend auf den Menschen einwirken. Erst vor kurzem hat die International Agency for Research on Cancer (IARC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die gesundheitlichen Gefahren durch Dieselabgase neu bewertet und stuft sie eindeutig als krebserregend ein. Immer wieder erscheinen Pressemeldungen, dass Pestizide unerwartet im menschlichen Organismus nachgewiesen werden konnten. Besonders bei den Umweltschadstoffen sieht man, dass es zunehmend kompliziert wird, das Störungspotential genau einzugrenzen, da inzwischen unüberschaubar viele Umweltfaktoren auf die Menschheit einwirken oder auf frühere Generationen eingewirkt haben (vgl. GfBK, 2014).

Direkt erblich bedingt sind nur 5-10% der Krebserkrankungen. „In den betroffenen Familien tritt der Krebs in jeder Generation und schon in jungen Jahren auf“ (Deutsche Krebshilfe, 2011). So ist eine „familiäre Häufung von Brust- oder Eierstockkrebserkrankungen [...] ein Risikofaktor. In etwa der Hälfte der Fälle (5-10 % aller Brustkrebserkrankungen) liegt der familiären Belastung eine Veränderung der ‚klassischen‘ Brustkrebsgene BRCA1 und -2 zugrunde“ (RKI, 2013c: 68). Doch muss dabei beachtet werden, dass die meisten Brustkrebsfälle nicht auf erfassbare erbliche Belastung zurückzuführen sind.⁶

Die Krebserkrankung resultiert grundsätzlich aus einer Summe von verschiedenen Belastungsfaktoren, die in einer individuell einzigartigen Konstellation zusammenwirken und schließlich die Steuerungsmechanismen im Organismus blockieren.

2.4 Folgen für die Betroffenen

Krebs stellt eine hohe psychophysische Belastung (Distress als umfassendes Merkmal auf körperlicher, psychischer, emotionaler, sozialer und

⁶ Zu den Erkrankungsrisiken für die einzelnen Krebsarten listet das RKI in seinem Bericht ‚Krebs in Deutschland‘ jeweilig die einzelnen Faktoren auf (vgl. z.B. zum Bauchspeicheldrüsenkrebs, RKI, 2013c: 48).

existenzieller/spiritueller Ebene)(vgl. Karger, o.J.: 2) für die Patienten und ihr soziales Umfeld dar. „Krebs ist eine Erkrankung für die enorme Anpassungsleistungen erbracht werden müssen“ (Huth, 2013: 4). Belastungen durch die Krebserkrankung und ihre Behandlung steht der Druck im Umgang mit den Folgen der Krankheit gegenüber.

Die Krebsbehandlung ist in sich höchst psychophysisch anstrengend und kann sich ggf. über Jahre hinziehen. Schmerzen, Erschöpfung (Fatigue – chronisches Erschöpfungssyndrom), Fehlen von Organen und Organfunktionen nach der Behandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) werden meist als hoch belastend erlebt. Aufgrund der Behandlung findet häufig ein längerfristiger Ausstieg aus dem Beruf statt, der bis hin zur Arbeitslosigkeit und Frühverrentung führen kann. Soziale Kontakte können im Verlauf belastet werden und sogar abbrechen, wenn die soziale Umgebung selbst mit Distanz auf die Erkrankung reagiert oder die Kranken aufgrund ihrer Erkrankungsfolgen nicht mehr am sozialen Leben teilnehmen können. Finanzielle Probleme treten hinzu, wenn keine oder nur eine geringe finanzielle Absicherung durch Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung oder Rücklagen etc. vorhanden ist.

Nach Karger lässt sich hierbei zwischen psychologischen und sozialen Problemen von Krebskranken unterscheiden:

- „Psycho: Umgang mit körperlichen Symptomen (Schmerzen, Fatigue etc.)
Psychische Symptome (Ängste, Traurigkeit etc.)
Existenzielle und spirituelle Probleme“ (Karger, o.J.: 2)
- „Sozial: Soziale Veränderungen (längere Arbeitsunfähigkeit etc.)
Partnerschaftliche und familiäre Probleme“ (Karger, o.J.: 2)

Für junge Menschen ist eine Krebserkrankung besonders schwerwiegend, da sie sich gerade in einer Lebensphase befinden, um ihr eigenes Leben aufzubauen. Sie müssen dann häufig krankheitsbedingt ihre Persönlichkeitsentwicklung bzw. ihren beruflichen Start beenden oder weiter nach hinten verschieben. Die Autonomieentwicklung stockt, wenn die Eltern die Pflege und Versorgung übernehmen und man in Gefahr steht, die Kindrolle wieder aufzunehmen. U.U. besteht bereits eine psychische Sensibilität, die sich nun weiter verschärfen und sogar Grund für einen Abbruch der notwendigen Behandlung sein kann (vgl. DGHO, 2011).

Dabei erleben Krebspatienten einen individuellen Prozess, der immer wieder von psychischen und physischen Hochs und Tiefs bestimmt ist und im Verlauf der Erkrankung erneut zu existenziellen Krisen führen kann. Dabei muss der Belastungsgrad bzw. -ausprägung durch die Krebserkran-

Krebserkrankungen

kung als ein flexibles Kontinuum verstanden werden, bei der die Belastungsstärken sich ständig verändern können. Die Erkrankten erleben Phasen im Krankheitsverlauf, in denen sie sich leicht belastet fühlen, und andere Zeiten, in der sie Belastungen bis hin zu einer Angststörung, individuellen und familiären Krisen und klinischer Depression erleben können (vgl. Karger, o.J.: 5).⁷ So kehrt häufig zunächst nach Beendigung eines einzelnen Behandlungszyklus‘ eine Ruhephase ein, in der die Patienten sich nicht behandeln lassen müssen und daher akut keine Behandlungsfolgen (z.B. Übelkeit und Schwäche nach einer Chemotherapie) erleben, aber dennoch weiterhin die Angst vor einem Wiederauftreten der Krebserkrankung besteht und der Umgang mit der eigenen Endlichkeit bewältigt werden muss.

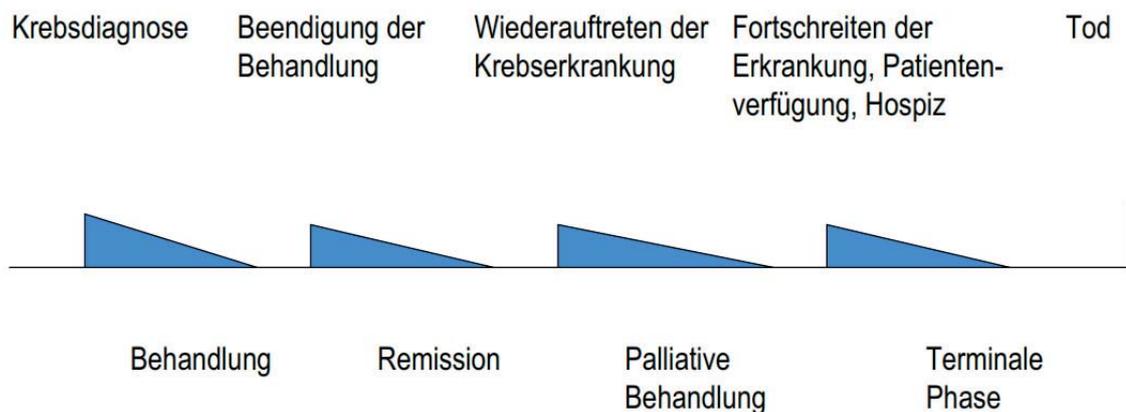


Abb.4: Existentielle Krisen bei Krebspatienten (Quelle: Karger, o.J.: 6)

Für die Bewältigung der Erkrankung (Coping) sind aber nicht die objektiven Belastungen allein entscheidend (z.B. Schwere und Art der Krebserkrankung), sondern die jeweiligen Zuschreibungen und Deutungen hinsichtlich der eigenen Erkrankung. „Krankheit gestaltet sich dabei nicht als statischer Zustand, sondern als (Entwicklungs-)Prozess und zwar aller Beteiligten, bei der vor allem Copingstrategien eine ganz bedeutsame Rolle spielen“ (Huth, 2013: 4).

⁷ In der aktuellen Psychoonkologie sind folgende Themen relevant: Fatiguesyndrom, komorbide psychische Störungen wie Depression, Angststörungen, insb. Progredienzangst (Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung), effektive Versorgung bei Schmerzsymptomatik, lebensverlängernde Effekte von Psychotherapie, psychophysischer Distress sowie Fragen der Anwendung von Screening u. Zeitpunkt psychoonkologischer Einsätze, soziale Unterstützung, Förderung von Bewältigung für Patienten u. Angehörige (vgl. Huth, 2013: 5).

Nach empirischen Untersuchungen vor ca. 10 Jahren waren ca. 30-50% der Krebspatienten psychisch auffällig hoch belastet, 30% sollten eine psychoonkologische Behandlung erhalten, davon benötigten 5-10% direkt akute Hilfen. Von den Betroffenen insgesamt wurden aber nur 5-10% tatsächlich psychoonkologisch versorgt bzw. einer Behandlung zugewiesen (vgl. Karger, o.J.; 10-11).

Neuere Zahlen belegen weiterhin die Notwendigkeit einer umfangreichen psychosozialen Unterstützung für die Betroffenen, die aber faktisch (noch) nicht gegeben ist. So verweist die Deutsche Krebshilfe auf folgende Zahlen aus einer bundesweiten Befragung von (N = 4020) Tumorpatienten, die den hohen Bedarf an psychosozialen Hilfen bei Krebs belegen:

„Die Patienten sind durchschnittlich 58 Jahre alt, 51% sind weiblich. Die höchsten Prävalenzen (1-, 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz) liegen im Bereich der Angst- und affektiven Störungen. Die Auftretenshäufigkeit psychischer Belastungen (Distress, Ängstlichkeit, Depressivität) gemessen mit Screeninginstrumenten liegt bei bis zu 52%. Das Bedürfnis und die Akzeptanz psychosozialer Unterstützungsangebote ist hoch: Etwa ein Drittel der Patienten wünscht sich aktiv Unterstützung, etwas weniger als zwei Drittel würden diese in Anspruch nehmen, wenn sie angeboten würde.“ (Mehnert, 2011: 6)⁸

2.5 Behandlungsmöglichkeiten, Früherkennung und Vorbeugung

Zweifellos schreiten die Möglichkeiten der Krebsbehandlung und Früherkennung voran; insbesondere Vorbeugung z.B. durch Screeningverfahren und Vorsorgeuntersuchungen spielen eine wesentliche Rolle in modernen Gesundheitskonzepten (vgl. RCI, 2013c).

Nach der Diagnose einer Krebserkrankung steht die Entfernung bzw. Zerstörung des Tumorgewebes im Zentrum der Interventionsmöglichkeiten. Dies kann operativ oder durch Bestrahlung („ionisierte, elektromagnetische und Teilchenstrahlen“; Bayerische Krebsgesellschaft, o.J.) oder medikamentös geschehen, wobei in letzterem Fall häufig durch Zytostatika chemotherapeutisch eingegriffen wird. Bei operativen Verfahren sind mi-

⁸ „Im Rahmen der 1. Ausschreibungsrunde des Förderschwerpunkts ‚Psychosoziale Onkologie‘ wurde von der Deutschen Krebshilfe e. V. ein Projekt zur Erfassung der Prävalenz psychosozialer Belastungen, psychischer Störungen und ihr Behandlungsbedarf bei Krebspatienten in den primären onkologischen Versorgungseinrichtungen in Deutschland gefördert (Projektleiter: Prof. Uwe Koch, Hamburg).“ (Mehnert, 2011: 6)

nimalinvasive Verfahren und z.B. bei Brustkrebs brusterhaltende Verfahren häufig (vgl. DKG, 2014a). Neu aufgenommen in die klinische Krebstherapie wurde die molekularbiologische zielgerichtete Krebsbehandlung („targeted therapy“; Bayerische Krebsgesellschaft, o.J.). Bei einer Krebs-(Anti)Hormontherapie werden Hormone ausgeschaltet, die der Tumor zum Wachsen benötigt. Möglich sind auch Knochentransplantation und Stammzelltherapie, die allerdings wegen der Eingriffe in die Immunabwehr hohe Risiken bergen, aber oft die einzige Möglichkeit zur Heilung darstellen (vgl. DKG, 2014b).

Zahlreiche Möglichkeiten der Supportivbehandlung bestehen, um Folgen der Krebsbehandlung zu mindern oder zu beseitigen (Übelkeit, Schwindel, Schwäche, Erbrechen und Schmerzen etc.). Bewegung und Sport werden bei bestimmten Erkrankungen zum Abbau von Schwäche und gegen psychische Belastungen eingesetzt. Schmerztherapie und psychosoziale Krebsberatung sind wesentliche Bausteine einer erfolgreichen Behandlung bei Krebs. Für junge Erwachsene mit Krebs muss darüber hinaus auf Fragen der Zukunftsplanung, hier z.B. der Familienplanung und Fruchtbarkeit eingegangen werden (vgl. DGHO, 2011). Im naturkundlichen und komplementärmedizinischen Bereich haben sich Behandlungsstrategien entwickelt, die aber nur zum geringeren Teil schulmedizinisch anerkannt sind (positiv z.Tl. die Misteltherapie)(vgl. DKG, 2014c; vgl. Irmey, 2011: 110) und deren Kosten nur teilweise von den Krankenkassen übernommen werden (vgl. Bayerische Krebsgesellschaft, o.J.).

Besonders hervorzuheben ist hierbei die sogenannte biologische Krebsabwehr, welche eine ganzheitliche Behandlung unterstützt, in der sich biologische Heilverfahren und schulmedizinische Behandlungswege sinnvoll ergänzen. Die Ziele einer ganzheitlichen Behandlung können wie folgt zusammengefasst werden:

- Stärkung und Wiederherstellung der körpereigenen Abwehrkräfte
- Verringerung von Nebenwirkungen und Folgeschäden aggressiver Therapien
- Vorbeugung von Rückfällen und Erhöhung der Heilungschancen
- Erhalt oder Verbesserung der Lebensqualität (GfBK, 2014)

Entwickelt wurden Methoden, die eine Stärkung des Immunsystems zum Ziel haben („Immunregulation“, Irmey, 2011: 88). Ausgangspunkt ist die Vorstellung von der Gesundheit der Körperzellen und hier besonders der Immunzellen, die sich zu 80% im Darm befinden. Störungen in ihrem

Zellstoffwechsel begünstigen demnach die Krebsentstehung. Spontanheilungen werden auf die Ressourcen dieses Abwehrsystems zurückgeführt, welches in der Lage war, den Körper vom Krebs selbstständig zu befreien (vgl. Irmey, 2011: 88).

Die biologische Krebsabwehr geht davon aus, dass Krankheiten unterschiedliche Ursachen haben, die individuelle Konstitution eine entscheidende Rolle spielt und die Überbelastungen mit Giften sowie die Bedeutung von gesunder Ernährung, Bewegung, frischer Luft, Sonne zentral ist (vgl. Engelbrecht et al., 2010: 194). Daher ist z.B. eine Möglichkeit, die Funktion der sogenannten körpereigenen Abwehrsysteme als Ziel einer erfolgreichen biologischen Krebsabwehr zu stärken, indem der Spiegel bestimmter Eiweiße im Körper durch Ernährung mit bestimmten Pflanzen erhöht werden soll (vgl. Engelbrecht et al., 2010, S. 194-205). Das Vorgehen der biologischen Krebsabwehr besteht u.a. aus dem Umsetzen einer gesunden, nach ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten abwechslungsreichen Kost mit Obst und Gemüse, wenig Fleisch und Fisch, unter Verzicht von Alkohol, Drogen und Schutz vor Umweltgiften (vgl. Engelbrecht et al., 2010, S. 205-250).

Die Stimulierung des Immunsystems und die Stärkung der körpereigenen Zellabwehr kann zusätzlich durch zahlreiche weitere Verfahren in Gang gesetzt werden: Dazu gehören so unterschiedliche Vorgehensweisen wie eine Tumorimpfung, wobei den Patienten modifizierte eigene Körperzellen injiziert werden, damit der Körper besser Tumorzellen erkennen kann (vgl. Irmey, 2011: 88-89). Andere Verfahren sind z.B. die Organotherapie mit der Zuführung von Thymusextrakten, Hyperthermie mit Überwärmung des Körpers, insulinpotenzierte Therapie mit der Gabe von Insulin vor Einsatz einer niedrig dosierten Chemotherapie oder Ozontherapie etc. (vgl. Irmey, 2011: 90-109). Eine Hyperthermiebehandlung soll durch kurzfristige Erwärmung von Körperteilen die Wirkung einer medikamentösen Behandlung verstärken, wird aber nur ergänzend eingesetzt (vgl. DKG, 2014b; vgl. Irmey, 2011: 40-78).

Für das Wohlbefinden und die persönliche Balance haben sich zahlreiche ganzheitliche Verfahren bewährt, die den Einklang zwischen Körper und Geist herstellen wollen und ebenfalls für gesunde Menschen sinnvoll sind (z.B. Yoga, Meditation, Massagen etc.) (vgl. Irmey, 2011: 180-201). Krebspatienten sind auf seelische Unterstützung angewiesen, um den Krankheitsprozess gut zu bewältigen. Auch in diesem Feld haben sich zahlreiche Verfahren mit sehr unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und Wirkweisen etabliert, die eine seelische Stärkung im Umgang mit

Krebs bedeuten können (z.B. Visualisierung oder das Bochumer Gesundheitstraining)(vgl. Irmeijer, 2011: 202-204).

Im Bereich der Palliativmedizin haben sich vor allem in der Unterstützung und Linderung des krebserkrankten Abbauprozesses viele Möglichkeiten entwickelt (Schmerztherapie, psychologische Unterstützung, spirituelle Hilfen). Hier spielen vor allem Hospize und ambulante Palliativarbeit eine große Rolle für die Versorgung von unheilbar erkrankten bzw. sterbenden Krebskranken, die noch weiter ausgebaut werden muss (vgl. Bayerische Krebsgesellschaft, o.J.).

2.6 Schlussfolgerungen

Die Zunahme an Krebserkrankungen und die längere Lebenserwartung von Krebskranken in Deutschland ist vor allem auf die Alterung der Bevölkerung und die bessere medizinische Versorgung zurückzuführen. Krebs ist eine physisch und psychisch hoch anstrengende Erkrankung. Doch sind sowohl diagnostische wie Behandlungsverfahren heute auf einem hohen medizinischen Stand. Dazu kommen zahlreiche komplementär- und alternativmedizinische Verfahren, die Betroffenen zur Verfügung stehen, sowie eine verbesserte Früherkennung. Doch eine Krebserkrankung bedeutet fast immer eine einschneidende Lebenskrise. Angesichts der wachsenden Zahlen an Patienten stellt sich zunächst die Frage, ob die derzeitigen psychoonkologischen/psychosozialen Hilfen ausreichend sind. Auf der anderen Seite muss gefragt werden, für welche Betroffenen solche Hilfen sinnvoll und notwendig sind, um die Erkrankung zu verarbeiten und mehr Lebensqualität zu gewinnen.

3 Psychosoziale Hilfen bei Krebs

3.1 Historische Entwicklung

Die psychosozialen Hilfen bei Krebs spielen heute eine maßgebliche Rolle in der Behandlung und Therapie von Krebspatienten. Ihren ‚Boom‘ erlebte dieser Bereich mit dem Aufkommen professioneller Krebsberatungsstellen in den 1970er Jahren in Deutschland. Doch ihre Geschichte reicht bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts zurück, in der in Deutschland bereits Fürsorgestellen für Krebskranke gegründet wurden. So wurde 1905 die erste „Fürsorgestelle“ (Wickert et al., 2012: 68) in Berlin unter dem Arzt Ferdinand Blumenthal analog zu den bereits existierenden Stellen für Lungenkranke errichtet. Hier wurden ambulante medizinische Behandlung, Ärztereinbildung und Forschung sowie psychosoziale Beratung (mit Hausbesuchen und aufsuchender Arbeit) angeboten. Mit dem Aufkommen professioneller Sozialarbeit in der Weimarer Republik wurde eine Beratungsarbeit als Schnittstelle zwischen Medizin, Psychologie und Pädagogik als dringend notwendig erachtet. Schon damals war klar, dass Krebspatienten eine nachgehende Betreuung dringend benötigen. Es wurde bereits ein Konzept entwickelt, nach dem die Fürsorgerin/Sozialarbeiterin den Krankheitsverlauf pädagogisch begünstigend beeinflussen könne und ihre Position als „Verbindungsinstanz“ (Linde, 1928, in: Reinicke, 2008: 21, in Wickert et al., 2012: 68) zwischen Klinik und Patient/in bestände. In den 1930er Jahren wurden unter staatlicher Aufsicht eine „Geschwulstfürsorgestelle“ (Wickert et al., 2012: 68) in Berlin eingerichtet. Andere Länder im damaligen Deutschen Reich zogen nach.

Nach dem Krieg bestanden dann in beiden deutschen Staaten entsprechende Einrichtungen, wobei der Staat in der ehemaligen DDR die Krebsberatung übernahm, während in der damaligen BRD meist nur freie Träger und Wohlfahrtsverbände in diesem Feld agierten. Die Versorgungssituation ist deshalb in manchen neuen Bundesländern heute als besser einzuschätzen als in manchen der alten Länder. Auch finden sich hier große Versorgungsunterschiede (vgl. Wickert et al., 2012: 68-70). So entspricht die aktuelle Versorgungssituation noch keinesfalls dem Bedarf. Entsprechend weist die Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung e. V. (BAK) darauf hin, dass besonders im ambulanten Bereich die psychoonkologischen Beratungsangebote, z.B. in Form von psychosozialen Krebsberatungsstellen, noch nicht flächendeckend vor-

handen sind, sodass nur ein Teil der Betroffenen direkten wohnortnahen Zugang dazu hat (vgl. BAK, o.J.: 4; vgl. Wickert et al., 2012: 73-74). Die Bundesregierung hat deshalb im Nationalen Krebsplan der „Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung“ (Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2013: 1) große Priorität eingeräumt.

„Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung:

- Verbesserung der Erkennung psychosozialen Unterstützungsbedarfs sowie behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Krebspatienten und Angehörigen
- Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich.“ (BMG, 2013: 2)

Inhaltlich lassen sich in der Geschichte der psychosozialen Krebsberatung bzw. Psychoonkologie bestimmte Diskurse voneinander abgrenzen. Ihr Anfang in den 1970er Jahren mit der Betonung von Patientenrechten und einer besseren Arzt-Patienten-Kooperation war auch die Zeit der „Think Positive“-Ansatzes (vgl. Simonton, in: Huth, 2013: 4). In den 1980er Jahren kam die problematische Vorstellung von einer „Krebspersönlichkeit“ (Huth, 2013: 4; DKFZ, 2014a) auf, doch konnten „Theorien zur sogenannten Krebspersönlichkeit [...] einer Überprüfung unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten“ (DKFZ, 2014a) nicht standhalten. Die damit verbundenen Konzepte (die schon bei antiken Arzt Hippokrates diskutiert wurden) beruhen auf der Annahme, dass zwischen Krebsentstehung und bestimmten Persönlichkeitseigenschaften (z.B. Unsicherheit, Angst, hoher Anpassungsbereitschaft, „schwacher Ausdruck negativer Gefühle wie Ärger“; DKFZ, 2014b) und Depression (vgl. Tschuschke, 2006: 26-34) ein Zusammenhang besteht, dergestalt, dass diese Merkmale die Krebsentstehung mitbedingen. Kritisch kann eingewendet werden, dass es sich dabei um einen retrospektiven Zuschreibungsprozess handelt, der Krebspatienten scheinbar ein gewisses Verstehen und eine greifbare Erklärung anbietet (vgl. DKFZ, 2014b). Doch ist dieser Gesamtzusammenhang bislang nicht eindeutig empirisch erwiesen, da Krebsentstehung ein multifaktorieller Prozess ist (vgl. Angenendt & Tschuschke, 2010: 40). „Eine klare Ursache-Wirkungs-Kette von psychischen Einflüssen auf das Immunsystem bis hin zur Krebsentstehung ist bisher nicht nachgewiesen worden.“ (DKFZ, 2014a). Unterschiedliche empirische Studien, deren methodische Qualität außerdem teilweise kritisiert wird, kommen daher zu disparaten Ergebnissen. Einer „Depression-Krebs-Hypothese“ ist jedenfalls „jede

Grundlage entzogen“ (Tschuschke, 2006: 33). Die Kritik an dieser Hypothese der Krebspersönlichkeit führte insgesamt zu einer deutlichen Entlastung von Betroffenen und Angehörigen:

„Die Erkenntnis, dass es keine sogenannte ‚Krebspersönlichkeit‘ gibt, relativierte nicht nur die immer noch existente, pathogenetische ‚Schuldfrage‘ dieser Erkrankung, sondern sie schuf auch eine Entlastung beim Betroffenen selber. Es wurde immer deutlicher, dass eine onkologische Erkrankung eine hoch systemische Angelegenheit ist, bei der auch das Umfeld, die Angehörigen der Erkrankten (‚Die Familie leidet mit!‘) unter einer massiven Belastung, und nicht selten auch Überforderung stehen.“ (Huth, 2013: 4)

Viel bedeutsamer scheinen der sozioökonomische Status der Betroffenen und damit einhergehende Belastungen (Armut, fehlender Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten und geringere Möglichkeiten, die Krankheit zu bekämpfen) einen Einfluss auf eine Krebsentstehung zu haben (vgl. US-Studien, nach: Tschuschke, 2006: 32).

Seit den 1990er Jahren steht eine weiter entwickelte „Psychosomatik des Krebses“ (Huth, 2013: 4) im Vordergrund, die allerdings die Erkrankung zu einer vom Patienten kaum kontrollierbarem Phänomen machen. Psychische Belastungen bis hin zu manifesten Erkrankungen während des Krankheitsverlaufs sollen mit verbesserter Diagnostik und verhaltenstherapeutischen Verfahren begegnet werden (z.B. Hornheider-Fragebogen; psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) als Screening-Instrumente)(vgl. Huth, 2013: 4; vgl. DKFZ, 2014).

Bedeutsam für die psychosoziale Bewältigung einer Krebserkrankung scheinen vor allem die Beachtung und positive Veränderung von bestimmten individuellen Vulnerabilitätsfaktoren zu haben: Medizinische Probleme, soziale Unterstützung, ökonomische Bedingungen, psychologische Faktoren wie Haltung und Einstellung zur Erkrankung und prämorbid Merkmale (z.B. Neigung zu depressiven Verstimmungen) und die verstrichene Zeit nach der Behandlung (vgl. Tschuschke, 2006: 94). Von daher spielt der Zusammenhang zwischen einem „kämpferischen Coping“ (Tschuschke, 2006: 97) und dem individuellen Krankheitsverlauf vermutlich eine zentrale Rolle (vgl. Tschuschke, 2006: 102) bei der Verarbeitung der Erkrankung. Entscheidend ist jedoch ein anderer Wirkungsmechanismus: Der Einfluss der Erkrankung auf die psychosoziale Verfassung der Patienten und die damit verbundenen Belastungen. Diese können spezifische psychosoziale Interventionen günstig beeinflusst wer-

den; ihre positive Wirkung ist z.B. bei Brustkrebs durch qualitativ hochstehende Studien erwiesen (vgl. Tschuschke, 2006: 24).

3.2 Definition und Ziele

Psychosoziale Krebsberatung, Psychoonkologie oder psychosoziale Onkologie sind meist synonym verstandene und genutzte Begrifflichkeiten, die alle psychologischen und sozialen Unterstützungsleistungen für Krebspatienten, Angehörige und weitere Unterstützer umfassen. Heutige Krebsberatungsstellen bieten im Gegensatz zu den Fürsorgestellen vor dem 2. Weltkrieg nur psychosoziale Angebote an. Die medizinische Behandlung und Therapie ist von psychosozialer Beratung und Hilfen deutlich getrennt und findet in ambulanten Praxen bzw. Kliniken und Rehabilitationszentren statt (vgl. Wickert et al., 2012: 70).

Eine klare Definition von psychosozialer Krebsberatung bzw. Psychoonkologie ist bis heute nicht vorhanden. Als institutioneller Begriff wird von „psychosozialen Krebsberatungsstellen“ (Deutsche Krebsgesellschaft et al., 2014: 25) gesprochen. Die psychoonkologische Versorgung realisiert sich ambulant in Krebsberatungsstellen bzw. ambulanter Psychotherapie (vgl. Deutsche Krebsgesellschaft et al., 2014: 25).

Auch die Begrifflichkeit der Psychoonkologie ist terminologisch unklar:

„Aber auch bei den eigenen Standortbestimmungen der psychoonkologischen Experten zeigen sich mitunter Unsicherheiten und Begriffsstreitigkeiten, die sich bereits in den verschiedenen Schreibweisen Psychoonkologie, Psycho-Onkologie, psychologische Onkologie, psychosoziale Onkologie etc. äußern.“ (Huth, 2013: 1)

Rein begrifflich verbirgt sich im Terminus der Ausdruck „Psyche“ (dt. ‚Seele, Geist‘) und „Onkologie“ (dt. ‚Lehre vom Krebs‘) der Zusammenhang zwischen psychischen Beeinträchtigungen und Krebserkrankungen. Der Begriff hat sich im medizinisch-psychologischen Feld entwickelt: Es handelt sich bei der modernen Psychoonkologie allgemein um die „professionelle Begleitung und Behandlung psychischer Beschwerden während und nach einer Krebserkrankung“ (Beuth, 2007: 2).

„Die Psychoonkologie widmet sich allen Menschen, die von einer Krebserkrankung betroffen sind. In der Praxis zielt sie vor allem darauf ab, die Belastungen von Tumorpatienten zu lindern, die durch Krankheit und Therapie entstehen. Psychosoziale Beratung und Behandlung sollen bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Folgen

unterstützen. Betroffene und Psychoonkologen suchen gemeinsam nach Wegen, mit der gewandelten Lebenssituation umzugehen.“ (DKFZ, 2014a).

Psychoonkologie wird dabei abgegrenzt von der onkologischen Akutversorgung sowie von der onkologischen Rehabilitation nach einer akuten medizinischen Behandlung (vgl. DKG et al., 2014: 27) und versteht sich als notwendige psychosoziale Hilfeleistung. Die wesentlichen Ziele der Psychoonkologie sind „Stressreduktion, Angstreduktion, Reduktion von Depression und Coping“ (Tschuschke, 2011: 115) bei einer Krebserkrankung.

Definitiv handelt es sich bei der psychosozialen Krebsberatung um die klinische und/oder ambulante Beratung für Krebspatienten und Angehörige sowie weitere Unterstützer (vgl. DKFZ, 2014a). Im Feld der sozialen Arbeit wird dieser Begriff eher genutzt, da hierunter sowohl individuelle psychologische Unterstützung wie auch soziale Beratung in belasteten Lebenslagen verstanden wird. Krebsberatung wird in Akutkliniken, Rehabilitationseinrichtungen, psychosozialen Beratungsstellen und in psychotherapeutischen Praxen durchgeführt. Ihr Ziel ist die „Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung“ (DKFZ, 2014a).

Adressaten der psychosozialen Krebsberatung/Psychoonkologie sind in erster Linie die **Krebspatienten**, die beraten und betreut werden möchten, wenn körperliche oder psychische Belastungen auftreten und ein Hilfebedarf geäußert wird; diese Intervention sollte zeitnah erfolgen (vgl. Beuth, 2007: 2). Eine weitere Adressatengruppe sind **Angehörige** von Krebskranken, die von der Erkrankung ihres Nächsten belastet sind und Hilfe suchen, um mit der Krise umgehen zu können. Schließlich versteht sich die psychosoziale Krebsberatung/Psychoonkologie auch als Angebot an **Ärzte** und **beruflich Pflegende**, die durch entsprechende Fortbildungen im Umgang mit Krebspatienten geschult werden. Sie können hier lernen, psychosozialen Aspekten der Krebserkrankung spezifische Aufmerksamkeit zu widmen (insbesondere durch Gesprächstrainings) sowie die eigenen beruflichen Belastungen besser zu verarbeiten (vgl. DKFZ, 2014a). Die Beratung wendet sich aber auch an Selbsthilfegruppen und andere Interessierte (vgl. DKG, 2014).

In der Praxis umfasst die psychosoziale Krebsberatung/Psychoonkologie unterschiedliche Angebote:

- Psychoonkologische Diagnostik, um Ausprägung der psychischen und sozialen Belastungen zu erfassen (z.B. durch Screeninginstru-

mente)(vgl. Huth, 2013: 4; vgl. Angenendt & Tschuschke, 2007: 42) bzw. durch eine „Sozialanamnese und ein Assessment des Versorgungsbedarfs“ (Bruns et al., 2013: 3)

- Beratung: Informationen zur Erkrankung, „Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem und Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen“ in allen Krankheitsphasen. Es handelt sich um eine vertrauliche und kostenlose Beratung, bei der auf die individuellen Bedürfnisse jedes Einzelnen eingegangen wird. Hier spielen die Interventionen der nondirektiven Gesprächsführung eine zentrale methodische Rolle (vgl. Bruns et al., 2013: 3)
- Gruppenangebote/Gruppentherapie
- Vorträge und Informationsveranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit (speziell Früherkennung/Prävention)
- Vernetzung mit allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens
- Vernetzung mit Selbsthilfegruppen (vgl. DKG, 2014)
- Einhaltung von Qualitätsstandards nach Leitlinien der psychoonkologischen Fachgesellschaften (vgl. DKG, 2014)

Psychosoziale Krebsberatung/Psychoonkologie wird durch Fachkräfte aus Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin mit zusätzlicher psychoonkologischer Qualifikation durchgeführt, die Einzelgespräche (persönlich/telefonisch/schriftlich/per Email) durchführen (Interdisziplinarität/Multiprofessionalität)(ggf. auch Gruppengespräche)(vgl. Ningel, 2010: 74). Sozialarbeiter/innen bieten durch ihre Sozialgesetzgebungskennntnisse eine wichtige soziale Unterstützung an (vgl. Bruns et al., 2013: 3).

Sowohl die Psychoonkologie wie die psychosozialen Krebsberatungsstellen arbeiten fast immer mit einem multiprofessionellen Team aus Psychologen, Mediziner, Pädagogen und Sozialarbeitern. Sinnvollerweise haben sie zusätzlich zu ihrem Hochschulstudium eine anerkannte psychoonkologische Weiterbildung absolviert (Vgl. DKFZ, 2014a). Es existiert ein breites, aber noch nicht ausreichendes Netz an psychosoziale Krebsberatungsstellen in den Kommunen als erste Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und als Weiterbildungsstandort für professionelle Fachkräfte (vgl. DKFZ, 2014b). Insbesondere die soziale Arbeit „ist ein wesentlicher Teil der psychoonkologischen Versorgung im Sinne des Papiers zum Ziel 9, Handlungsfeld 2 des Nationalen Krebsplans“ (BAK, 2011: 2).

3.3 Soziale Fachkräfte in der Krebsberatung

3.3.1 Ziele und Aufgaben

Die Soziale Arbeit in der psychosozialen Krebsberatung gehört zum Feld der Klinischen Sozialarbeit (KlinSA). Es handelt sich allgemein „um eine behandelnde oder im Behandlungskontext stehende Sozialarbeit, die dazu beiträgt, Krankheiten, Behinderungen oder psychosoziale Krisen zu bewältigen oder ihre Folgen zu lindern“ (Ningel, 2010: 42). Insbesondere bezieht sie sich auf Hilfen in der psychosozialen Situation der Betroffenen, d.h. auf die Wechselwirkungen zwischen psychischen und sozialen Belastungen im Kontext einer Erkrankung oder Störung. Dabei bezieht sich der Begriff „klinisch“ (Ningel, 2010: 42) auf die Tätigkeit der sozialen Arbeit im direkten Kontakt mit Menschen. „Die Vorrangigkeit der direkten Praxis mit Klienten kennzeichnet die klinische Sozialarbeit“ (Ningel, 2010: 42). Gegenstand und Feld dieses Bereichs ist „die professionelle und sozialarbeitswissenschaftlich fundierte Kunst der sozialen Beratung“ (Ningel, 2010: 42). Damit zielt sie wie alle anderen Felder der sozialen Arbeit auf die Verbesserung der Lebenslagen von betroffenen Menschen.

Wie in allen anderen Feldern ist die soziale Arbeit ebenfalls durch die Merkmale „Allzuständigkeit“ (Seithe, 2012: 48), „professionelles Handeln im Alltag“ (Seithe, 2012: 50) und Lebensweltorientierung (vgl. Thiersch in: Seithe, 2012: 59) sowie „Inszenierung und Stiftung von Solidarität“ (Seithe, 2012: 51) im Spannungsfeld zwischen Hilfe und gesellschaftlich-staatlicher Kontrolle (doppeltes Mandat) (vgl. Seithe, 2012: 69) gekennzeichnet. Dabei wird der oder die Klient/in im Konzept der lebensweltlich orientierten sozialen Arbeit als Subjekt verstanden, der professionell in seiner eigenen Lebensbewältigung und Selbstverantwortung unterstützt werden soll, indem Hilfebündnisse miteinander ausgehandelt und Hilfeentscheidung, -planung und -durchführung stets zusammen mit dem Klienten umgesetzt werden.

Auch findet die KlinSA auf der Basis der ethischen Prinzipien der Gerechtigkeit, Menschenrechten und gesellschaftlicher Teilhabe statt (vgl. Seithe, 2012: 66-68).

Entscheidend ist in der KlinSA eine ganzheitliche Sichtweise, die die individuellen Probleme im Zusammenhang mit einer Erkrankung als Komplex von körperlichen, seelischen und kognitiven Faktoren betrachtet und den Einzelnen im Kontext verschiedener sozialer Systeme und sozioökonomischer Verhältnisse sieht. Insbesondere die Bewältigung von Proble-

men der sozialen Benachteiligung ist auch hier eine Kernaufgabe (vgl. Seithe, 2012: 58-67; vgl. Thiersch et al., 2010: 75-96). Sie sieht dabei individuelle Krankheiten und ihren Verlauf als Folge von bio-psycho-sozialen komplexen Zusammenhängen, daher liegt ihr Fokus auf Fragen des sozialen Zugangs zum und im Gesundheitswesen und, auf Fragen der sozialen Teilhabe und Integration in der Gesellschaft und ihrer positiven Beeinflussung. Denn eine gelungene Re-Integration in die sozialen Zusammenhänge sind zusammen mit dem (Wieder-)Gewinn von körperlichem und seelischem Wohlbefinden ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Gesundheit (vgl. Ningel, 2010: 43-44). Doch sind nicht nur bio-psychische Faktoren, sondern auch soziale Faktoren u.U. krankheitsbedingend oder -auslösend. Von daher ist die positive Beeinflussung menschlicher Bewusstseinszustände genauso wie die Bewältigung sozialer und ökonomischer Problemlagen wichtiger Bestandteil und Aufgabe der klinischen sozialen Arbeit (vgl. Ningel, 2010: 44; vgl. Bruns et al., 2013: 2).⁹ In diesem Feld des Gesundheitswesens steht das Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit somit gleichrangig neben somatischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsfeldern (vgl. Ningel, 2010: 46-47).

3.3.2 Berufsprofil, Arbeitsfelder und Methodik der klinisch-sozialen Arbeit in der Krebsberatung

In die psychosoziale Krebsberatung kommen Betroffene mit einer meist komplexen Gemengelage von medizinischen, emotionalen und organisatorischen Belastungen, die die eigene Handlungsfähigkeit massiv beeinträchtigen. Eine Krebserkrankung bedeutet fast immer eine einschneidende Lebenskrise, die die bisherigen Bewältigungsmechanismen und sozialen Systeme auf den Prüfstand stellen. „Viele Betroffene brauchen in dieser Situation professionelle Hilfe, und sie haben ein Recht darauf“ (Bruns et al., 2013: 2). Für die KlinSA sind hier zwei Konzepte von besonderer Bedeutung, das o.g. bio-psycho-soziale Denken als Vorstellung von komplexen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Systemen des Körpers, der Psyche und der sozialen Systeme („bio-psycho-soziales Denken“, Ningel, 2010: 55) und das Konzept der „Salutogenese“

⁹ Neuere Ansätze der KlinSA mit Rekurs auf neurowissenschaftliche Erkenntnisse gehen davon aus, dass durch die Beziehung zwischen Klienten und sozialer Fachkraft nicht nur ein kommunikatives Arbeitsbündnis zum Informationsaustausch geschlossen wird oder bloß Verhaltensänderungen auslösen oder anstoßen können. Es handelt sich bei der helfenden sozialen Beziehung auch um eine „Bindungsbeziehung, die physiologische Regulationen einschließt und wahrscheinlich unter geeigneten Bedingungen in der Lage ist, neuronale Strukturen zu verändern“ (Ningel, 2010: 46) und „sozio-somatische Zusammenhänge“ (Ningel, 2010: 46) positiv beeinflussen zu können.

(Antonovsky, in: Ningel, 2010: 56). In deren Mittelpunkt steht die Fähigkeit des Menschen, eine Krise, Unordnung oder eine Krankheit selbstständig zu bewältigen und gesund zu werden. Ziel der Salutogenese ist es, ein Kohärenzgefühl als „generelle Bewältigungsressource“ (Ningel, 2010: 59) zu entwickeln, indem eine Situation als verständlich, sinnhaft und bewältigbar erlebt wird (vgl. Ningel, 2010: 58).

Insbesondere der Begriff des Coping ist ein zentraler Bestandteil der psychosozialen Unterstützung der KlinSA: „Coping“ (dt. bewältigen, abwehren) sind Bewältigungsressourcen bzw. Kräfte jedes Individuums, die lebensbezogenen Anreize und Anregungen zu bewältigen und zu verstehen. „Coping“ meint zunächst einmal „bewusste Reaktionen auf stressende Reaktionen“ (Tschuschke, 2006: 21). Unterschieden werden kann zwischen reifem Coping mit einer hohen Compliance und einem unreifen Abwehrverhalten, wo praktisch kein Coping stattfindet und infantile Bearbeitungsmuster der Krankheit überwiegen (vgl. Tschuschke, 2006: 22).

Die KlinSA versteht sich in der Krebsberatung als „Stressmoderator“ (Ningel, 2010: 62) in einer bio-psycho-sozialen Belastungssituation. Ihr Beitrag ist es zunächst allgemein ausgedrückt,

„den Einzelnen dabei zu unterstützen, Belastungen zu reduzieren oder zu vermeiden, um Stress und darauf zurückzuführende Störungen, Dysfunktionen und Erkrankungen zu beseitigen. Es wird erwartet, dass die direkte Einflussnahme auf eine soziale Situation die Belastungssituation und damit Stress für den Betroffenen zu vermeiden“ (Ningel, 2010: 60).

Hier geht es darum, durch verschiedene Methoden und Optionen die vorhandenen Mittel und Ressourcen des Betroffenen und seiner Angehörigen zu verbessern, um das Belastungsereignis bzw. den Belastungskomplex erfolgreich zu bewältigen bzw. sich daran konstruktiv anzupassen.

Im Einzelnen besteht die Beratung und Behandlung der KlinSA aus systematischen und zielführenden Maßnahmen der Beratung, Unterstützung und sozialtherapeutischen Interventionen (vgl. Pauls, 2013: 182). Ihr Rahmen ist die Interaktion und der damit verbundene Prozess der Patienten, mit ihrem sozialen Umfeld und der einzelnen Fachkraft innerhalb eines breiten multiprofessionellen Felds (vgl. Ningel, 2010: 74) auf der Basis einer professionell ausgerichteten sozialen Beziehung und auf der gesetzlichen Basis des SGB (vgl. SGB V und SGB IX, Ningel, 2010: 76). Integration, Bewältigung und Anpassung bzgl. seiner Lebenslage und Lebensweise sollen hierdurch möglich gemacht werden (vgl. Pauls, 2013: 182).

Psychosoziale Krebsberatung unterstützt allgemein die Betroffenen durch Information und Beratung sowie „Psychoedukation, Krisenintervention und supportive Begleitung“ (Bruns et al., 2013: 2). Dabei ist der Begriff des Supports wichtig. Denn es handelt sich hier um so unterschiedliche Unterstützungsstrategien und -interventionen wie emotionale Unterstützung, positiven sozialen Kontakt, informationsbezogene und instrumentelle Unterstützung und einen Support, um die Krankheitssituation genauer einschätzen zu können („Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung“) (Ningel, 2010: 62). Letztere ist besonders bedeutsam, da hier die KlinSA ihre Klienten auf die Bedeutungszuschreibung von Hilfen und Verarbeitungsmöglichkeiten aufmerksam machen muss bzw. diese mit den Betroffenen gemeinsam erarbeiten kann (vgl. Ningel, 2010: 63). Das Konzept der „Psychoedukation“ (Angenendt, 2010: 128) sieht Hilfen vor, die den Patienten befähigen sollen, sich selbstständig um die Förderung seiner Gesundheit aktiv zu kümmern. So kann z.B. in einem Kurzprogramm gelernt werden, sich seiner jeweils akuten Ressourcen und Leistungsgrenzen angesichts einer Krebserkrankung bewusst zu werden, sich seiner Bedürfnisse im Klaren zu sein, heilende und schädigende Verhaltensweisen für sich zu erfassen, Umgang mit der Erkrankung begleitende Symptomatik (z.B. Fatigue-Syndrom) konstruktiv umzugehen und offen mit seiner sozialen Umwelt über die Erkrankung und diese genannten Faktoren zu kommunizieren sowie mit der veränderten Sexualität und anderen grundlegenden Bedürfnissen umzugehen. Dabei erhalten Patienten nicht nur (neues) Wissen über den Umgang mit der Erkrankung, sondern sie lernen auch bestimmte Übungen kennen (zur Entspannung, zur Gesundheitsplanung, Notfallkoffer etc.)(vgl. Angenendt, 2010: 129-159).

Wesentliche sozialarbeiterische Arbeitsweise der KlinSA ist „Case Management“ (CM) (Ningel, 2010: 97; vgl. Galuske, 2013: 200-208). Es hat zum Ziel, mithilfe eines methodisch zielgerichteten kooperativen Prozesses einen angestrebten Zustand oder eine positive Veränderung in den Lebenslagen der Betroffenen zu erreichen.

„CM greift bei Menschen in **komplexen Problemlagen**, zu deren Lösung eine Beteiligung mehrerer Akteure (Leistungserbringer), die in einem **kooperativen Prozess** aufeinander abgestimmt agieren, notwendig ist (**hohe Akteursdichte**). Sofern zwar die Klärung einer komplexen Notlage, aber keine Kooperation von Diensten zur Behebung dieser notwendig ist, handelt es sich nicht um ein Case Management, sondern um einen allgemeinen Beratungsprozess.“ (Fachgruppe Case Management der DGS, 2013: 2)

CM wendet sich damit von einer individualisierten Vorgehensweise ab, wie sie lange Jahre hinweg auch in der KlinSA üblich war. Unterschiedliche Akteure (Familie, Angehörige, Netzwerke, Selbsthilfe) und Professionals werden miteinbezogen. Die soziale Fachkraft als Case Manager organisiert den Hilfeprozess, muss aber nicht alle Interventionen selbst umsetzen. Ausgangsbasis ist die Vorstellung, dass der Patient bisher bereits eigene Ressourcen hatte, um sein Leben mit seinen spezifischen Anforderungen zu bewältigen; diese können nun auch in der Krankheit synergetisch genutzt werden.

Psychosoziale Hilfeleistungen sind im CM mit vielen Schnittstellen zu vernetzen (Personen, Institutionen, Leistungsträger etc.)(vgl. Ningel, 2010: 99-100). CM findet sowohl auf der Ebene des Einzelfalls wie auch auf der Ebene des Systems statt (vgl. Fachgruppe Case Management der DGS, 2013: 2-3)

Für die psychosoziale Krebsberatung sind die fundamentalen Prinzipien der KlinSA bedeutsam, da sie den professionellen Rahmen abstecken, in denen sie agieren kann. Des Weiteren muss die psychosoziale Krebsberatung eine genaue Vorstellung zu ihrem jeweiligen Unterstützungssetting haben, in der sie die Hilfebeziehung realisiert. Hier ist vor allem nicht nur auf eine Komm-Struktur zu achten, bei der die Klienten zu den Fachkräften kommen, sondern auch eine begleitende Geh hin-Struktur zu den Klienten ist sinnvoll (vgl. Pauls, 2013: 184-185). Soziale Arbeit in der psychosozialen Krebsberatung fußt auf den professionellen Fachkenntnissen. Doch die darin gewonnenen und erworbenen Kompetenzen sind für dieses Feld oft nicht ausreichend. Deshalb fordern Berufsverbände und Fachleute eine psychoonkologische Weiterbildung für die darin tätigen sozialen Fachkräfte, die häufig auch vorhanden ist (vgl. Weiterbildungsgang Psychosoziale Onkologie (WPO, in: DKFZ, 2014a).¹⁰

3.3.3 Schlussfolgerungen

Psychosoziale Krebsberatung hat sich als eigenes Arbeitsfeld der klinischen Sozialen Arbeit etabliert. Es besteht eine große inhaltliche Nähe zum Fach der (medizinischen bzw. psychologischen) Psychoonkologie, die sich auch als notwendige psychosoziale Hilfeleistung bei Krebs ver-

¹⁰ Zur Zielgruppe gehören nicht nur Sozialarbeiter, sondern auch Ärzte, Psychologen, Klinikseelsorger „und andere Berufsgruppen, die mit Krebspatienten arbeiten. Voraussetzung ist ein abgeschlossenes Fachhochschul- oder Hochschulstudium. Psychotherapeuten können eine verkürzte Weiterbildung absolvieren; diese besteht aus weniger Unterrichtseinheiten. Die erfolgreiche Teilnahme wird durch ein Zertifikat bestätigt. Inzwischen gibt es jedoch eine ganze Reihe anderer Weiterbildungsgänge, die ebenfalls von der DKG anerkannt sind“ (DKFZ, 2014a).

steht und ähnliche Ziele wie die KlinSA aufweist, nämlich psychische Beschwerden lindern zu helfen und eine bessere Bewältigung der Erkrankung möglich zu machen. Deutlich wird durch die bisherigen Ausführungen, dass die Soziale Arbeit ein vergleichsweises offeneres Spektrum an psychosozialen Hilfen anbietet, das z.B. auch Hilfen bei sozialrechtlichen Fragen und Weitervermittlung an Fachstellen umfasst. Auch ist in der KlinSA in der Krebsberatung prinzipiell eine deutliche Offenheit für die Hilfen von Familienangehörigen einer Krebserkrankung gegeben.

3.4 Selbstbetroffenheit in der psychosozialen Krebsberatung

3.4.1 Entwicklung der psychosozialen Krebsberatung durch selbst betroffene Fachkräfte

Der Gedanke, dass Menschen, die von einer bestimmten Krankheit oder Störung betroffen sind, anderen Menschen beratend und unterstützend zur Seite stehen können, weil sie aus eigener Betroffenheit spezifische Erfahrungszugänge haben und daher wichtige Bewältigungsstrategien vermitteln können, ist seit mehreren Jahrzehnten Allgemeingut in Deutschland (vgl. Matzat, 2008: 21). „In Selbsthilfegruppen kommen Menschen zusammen, die unter einem gemeinsamen Problem leiden, um mit vereinten Kräften ohne professionelle Leitung etwas zu dessen Überwindung beizutragen“ (Matzat, 2008: 22). Die zahlreichen Selbsthilfegruppen (SHG) sind in Deutschland mittlerweile eine wichtige, nach dem ehemaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer sogar die 4. Säule der Gesundheitsversorgung (vgl. Matzat, 2008: 22). In Deutschland erfährt die Selbsthilfe seit Langem allgemeine Anerkennung und wird als fester Bestandteil der therapeutischen Kette im Rahmen eines Behandlungsverbands ausdrücklich einbezogen. Wird von medizinischer Seite nicht darauf verwiesen, handelt es sich sogar um einen Kunstfehler (vgl. Matzat, 2008: 23).¹¹ Seit dem Jahr 2000 ist die Unterstützung der SHG im SGBV § 20 Abs. 4 gesetzlich geregelt. Insgesamt etwa 1% bis 5% der Gesamtbevölkerung haben Erfahrungen mit Selbsthilfe, wobei 75% im Feld der Gesundheitsversorgung agieren und etwa 50% verbandlich organisiert sind (vgl. Matzat, 2008, S. 19). Nach Matzat nutzen vor allem chronisch Kranke, die eine starke Belastung erleben und Defizite im Gesundheitssystem offensiv kritisieren, eine SHG (vgl. Matzat, 2008: 26).

¹¹ Am bekanntesten sind sicherlich die Anonymen Alkoholiker (AA), in deren Gruppen sich Alkoholismus betroffene Personen gegenseitig stützen.

Da Krebs zu den Erkrankungen zwischen Chronifizierung und Heilung gehört (vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2006: 12; vgl. Nagel & Schreiber, 2013: 65), bietet sich hier eine Teilnahme an einer SHG besonders an.¹² Ausgangspunkt war und ist die Erfahrung, dass onkologische Fachleute zwar profundes Wissen über die medizinische Behandlung z.B. bei Krebs haben und einsetzen müssen, die selbstbetroffenen Patienten aber im Sinne der „Patientenkompetenz“ (PK)(Nagel & Schreiber, 2013: 16) Expert/innen („self expert“)(Nagel & Schreiber, 2013: 16) der eigenen Erkrankung und des ständigen Umgangs mit ihr sind. „Die Doktoren wissen besser als wir, wie die medizinische Behandlung für unsere Erkrankung aussieht. Wir aber wissen besser als sie, wie die beste Behandlung für uns als Mensch aussieht“ (Ursula Schmidt, zit. n. Matzat, 2008: 20). So kann die Bewertung der eigenen Lebensqualität für einen krebsbetroffenen Menschen anders aussehen als aus Sicht des behandelnden Arztes. Die Patienten können selbst am besten zu den erfahrenen Belastungen Angaben machen. Deshalb können sie Schlüsse hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung gegenüber einem „möglichen, geringen Überlebensvorteil“ (Schulte, 2006: 16) ziehen. „Sie können deutlich machen, welche gravierenden Auswirkungen beispielsweise ein Lymphödem auf alle Lebensbereiche hat und wie bedeutsam es ist, dessen Entstehen sowohl im operativen Verfahren als auch in der Nachsorge zu verhindern“ (Schulte, 2006: 16).

Insbesondere SHG nutzen die Patientenkompetenz (PK) ihrer betroffenen Akteure für ihre Arbeit. Die PK versteht sich dabei als Pool der Fähigkeiten des oder der selbst betroffenen Experte/in ‚in eigener Sache‘. Nach Aussage von Krebspatientinnen kann sie folgendermaßen definiert werden:

„PK ist die Fähigkeit, mit und trotz Erkrankung, Handicap oder Trauma ein normales Leben zu führen. Gemeint ist mit dieser Definition im

¹² So ist die „Frauenselbsthilfe nach Krebs als Selbsthilfeorganisation und Patientennetzwerk“ (Schulte, 2006: 14) eine klassische Selbsthilfeorganisation für Krebspatienten, in denen auf der Basis von Selbstbetroffenheit Hilfen gegeben wird: „Ängste durch Informationen abzubauen, Erfahrungen auszutauschen, die soziale Integration zu erhalten und die Lebensqualität des krebskranken Menschen zu verbessern“ (Schulte, 2006: 14). So besteht seit den 1970er Jahren die Frauenselbsthilfe nach Brustkrebs (vgl. Schulte, 2006: 14). Damals war die ganzheitliche Versorgung von Frauen mit Brustkrebs (damals oft noch meist mit Mastektomie/Brustamputation) „von einer fehlenden psychosozialen Begleitung und einer paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung geprägt“ (Schulte, 2006: 14). Die Versorgung war defizitär, die betroffenen Frauen wurden mit der Diagnose oft von Fachleuten alleingelassen; die Krankheit war noch weitestgehend stark tabuisiert. Durch die 1974 gegründete Deutsche Krebshilfe unter Federführung von Mildred Scheel, der damaligen Ehefrau des Bundespräsidenten, erhielt die Selbsthilfe nach Krebs und vor allem Unterstützungskonzepte und Interventionen (auch in Hinblick auf Selbsthilfe) großen Auftrieb (vgl. Schulte, 2006: 14).

Wesentlichen der gelungene Versuch, die neue, durch die Krankheit bedingte Lebensrealität zu akzeptieren und das alltägliche Leben nach dieser Realität auszurichten.“ (Nagel & Schreiber, 2013: 16)

Aus dem Blickwinkel von Medizin, Psychologie und Sozialpsychologie versteht sich PK als die Kompetenz, sich nicht nur den Realitäten und Herausforderungen bei Krebs zu stellen, sondern eigene wie fremde Ressourcen zu kennen und zu nutzen, die eigenen Bedürfnisse in der Krankheit zu berücksichtigen, dabei eigene Zielvorstellungen zu befolgen und die eigene Handlungsautonomie und personale Autonomie zu wahren. In sozialpsychologischer Hinsicht lässt sich dabei noch zwischen Selbstkompetenz, Beziehungs-, Sozial- und Demokratiekompetenz unterscheiden (vgl. Nagel & Schreiber, 2013: 16).

Ein weiterer zentraler Begriff ist der des „Self-Empowerment“¹³ (SE) (Nagel & Schreiber, 2013: 16). Ausgangspunkt ist die Vorstellung, dass Krebspatienten/innen über eigene körperliche wie seelische Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung bzw. Coping verfügen. „Der Begriff des Self-Empowerment bezeichnet die Fähigkeit, diese eigenen Kräfte zu entdecken, zu stärken und gezielt zur Krankheitsbewältigung einzusetzen“ (Nagel & Schreiber, 2013: 16). Es ist also durch eine starke Subjektorientierung geprägt. Oftmals fehlt Patienten nach der Schockdiagnose Krebs Einsicht und Kenntnis in diese eigenen Ressourcen. Das Konzept des Self-Empowerment will dieses fehlende Wissen und Ressourcen bewusstmachen und damit Hilfen geben (vgl. Übersicht der wichtigsten Themen in Nagel & Schreiber, 2013: 55). Nach Nagel & Schreiber sind PK und SE wichtige prognostische Faktoren in den Denkstilen z.B. von Frauen mit Brustkrebs und können zu einem höheren Bewältigungsgrad dieser Krankheit beitragen. Für die Schulmedizin gelten diese Konzepte allerdings nicht als Faktoren zur Prognose des Krankheitsverlaufs (vgl. Nagel & Schreiber, 2013: 17).

3.4.2 Definition und Verbreitung

Die psychosoziale Beratung von Krebspatient/innen durch selbst betroffene Professionals kann als Weiterentwicklung der Selbsthilfearbeit ver-

¹³ Er ist eng an das Konzept des Empowerments in der sozialen Arbeit angelehnt. Vgl. Seithe, 2012a: 60. Anm. 16. „Empowerment bezeichnet Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen oder Gemeinschaften zu erhöhen und es ihnen ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbst bestimmt zu vertreten und zu gestalten.“ Darunter werden sowohl der Prozess der Selbstbemächtigung wie die professionellen sozialen Hilfen zur Unterstützung dieses Prozesses gefasst.

standen werden. Während Selbsthilfe nach Krebs wirkungsvolle Unterstützung von selbstbetroffenen Laien und ggf. Fachkräften für Selbstbetroffene in einem informellen Setting und ohne weitreichende finanzielle Mittel geben kann¹⁴, sich dabei auf anerkannte medizinische und psychologische Konzepte stützt und ein systematisches Konzept nutzt (z.B. das 6-Punkte-Programm der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.), ist sie jedoch dann begrenzt, wenn „eine medizinische, therapeutische oder sozialrechtliche Fachberatung angezeigt ist“ (Schulte, 2006: 16). Daher bietet sie weder Diagnostik noch Therapieempfehlungen an (vgl. Schulte, 2006: 17). Sie grenzt sich als „Betroffenenberatung“ (Schulte, 2006: 17) von der Fachberatung eindeutig ab. Diese Grenze besteht trotz der Bemühungen um eine hohe Selbsthilfequalität, Standardisierung der Selbsthilfeberatung und Teilnahme an Qualifizierungsprogrammen bzw. durch ständige Weiterbildung der ehrenamtlichen Berater/innen (vgl. Schulte, 2006: 17). „Wir leisten keine professionelle Krisenintervention, sondern verweisen gegebenenfalls auf die Inanspruchnahme fachlicher Hilfe“ (Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V., 2005: 23), z.B. bei Depressionen/ suizidalen Gedanken; bei sozialrechtlichen Fragen (vgl. Frauenselbsthilfe nach Krebs, 2005: 23-24).

Bezogen auf das derzeitige Gesundheitssystem stellt sich diese relativ neue Beratungsform als Reaktion auf bestehende Defizite in der Versorgung von Krebspatienten/innen in Deutschland dar. Am Beispiel der Bundeshauptstadt Berlin lassen sich diese aktuellen Entwicklungen festmachen: In den letzten Jahren wurden drastische Einsparungen in den Sozialdiensten der Krankenhäuser vorgenommen, sodass die Patienten/innen nur wenig unterstützt werden können, z.B. keine ausreichende Vermittlung an ambulante Beratung erfolgt. Kürzung der Liegezeiten und ein höherer Patientendurchlauf ist den wirtschaftlichen Erfordernissen und der Profitabilität der Kliniken geschuldet. Folgewirkung ist eine wesentlich geringere Beratungszeit; finanzielle bzw. sozialrechtliche Beratung entfällt. So kann die wichtige und rasche Antragsstellung auf einen Schwerbehindertenausweis, durch die die Kündigung für berufstätige Erkrankte sichergestellt werden muss, nicht durchgeführt werden. Die Defizite sind demnach nicht marginal, sondern schwerwiegend, wenn Angebote der KlinSA in Krankenhäusern nicht ausreichend sind und wichtige grundle-

¹⁴ So ist die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. eine rein ehrenamtliche Institution: Merkmale sind „Betroffenheit, Ehrenamt, Laientum und die Besetzung aller Ämter durch eine demokratische Wahl [...]. Mitglieder in der Frauenselbsthilfe sind nur diejenigen, die als Betroffene eine ehrenamtliche Funktion übernehmen, als Gruppenleiterinnen, stellvertretende Gruppenleiterinnen, Kassiererinnen oder im Landes- bzw. Bundesvorstand“. (Schulte, 2006: 18)

gende Unterstützung in einer krisenhaften Situation fehlt. So fehlten in Berlin z.B. 2008 ausreichende professionelle Beratungsressourcen für Krebspatienten zu finanziellen Problemen (z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Miete), Antragshilfen für die Rehabilitation, Beratung zur Reha-Einrichtung, zu Umschulung, Wiedereingliederung, Hamburger Modell sowie Hilfen bei psychosozialen Problemen, Weitervermittlung an andere Beratungsstellen und Hilfen etc. Zusätzlich wurden in den Berliner Bezirksämtern Stellen für Fachkräfte in den dortigen Krebsberatungsstellen umstrukturiert, so dass dort zusätzliche Adressatenkreise beraten werden müssen (z.B. AIDS-Kranke), die ebenfalls intensive Beratung benötigen. Faktisch fehlen dann Fachkräfte für Krebskranke. Die mangelnde Information über eigene Rechte und Möglichkeiten befördert dann eine Zwei-Klassen-Medizin, besonders für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen (vgl. Harbach-Dietz, 2008: 1-2).

Die psychosoziale Beratung von Krebspatient/innen durch selbst betroffene Fachkräfte wurde in den letzten Jahren z.B. in Berlin etabliert.¹⁵ So existiert die Gruppe KRETHa (Krebsbetroffene Therapeutinnen) seit 2006, ursprünglich als Intervisionsgruppe von Therapeutinnen, die nach der Krebsdiagnose sich auch beruflich neu aufstellen mussten. Daraus entstand eine Selbsthilfegruppe, um sich gegenseitig fachlich und emotional zu beraten sowie sich zu Thematiken der eigenen beruflichen Rolle als Krebsbetroffene, der Beratungsqualität und der eigenen Psychohygiene auszutauschen. Zusätzlich kam das Interesse auf, die eigenen Erfahrungen mit denen anderer krebsbetroffener Therapeutinnen zu vergleichen und Hinweise auf den spezifischen Kontext der Beratung, insbesondere Ressourcen und Belastungen zu erhalten. Ergebnisse wurden dann 2007 auf einem psychoonkologischen Symposium veröffentlicht (vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 10-11; vgl. Harbach-Dietz, 2007; 2008). Die Krebsberatung Berlin bietet ausdrücklich Krebsberatung durch selbstbetroffene Kräfte an (vgl. Krebsberatung Berlin – Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe Krebs e.V., 2014a).

Ein eigenes Konzept der psychosozialen Krebsberatung durch selbst betroffene Fachkräfte existiert bislang noch nicht ausdrücklich, zumal keine bisherige valide Erhebung zu Art und Verbreitung dieser Beratungsrichtung vorhanden ist. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass Krebsberatung auch von selbstbetroffenen Fachkräften implizit durchgeführt

¹⁵ Es kann davon ausgegangen werden, dass auch in anderen Städten krebsbetroffene Fachkräfte in der psychosozialen Krebsberatung arbeiten.

wird, wenn sich die Betroffenen für eine Weiterführung ihrer Tätigkeit als Berater/in in der Krebsberatung auch nach Diagnose und Behandlung entschließen und sich dazu in der Lage fühlen.

Insofern kann hier auch nur ein Definitionsversuch durchgeführt werden.

Selbstbetroffenheit impliziert, dass aktive Beratungskräfte unterschiedlicher Professionen selbst eine Krebsdiagnose erlebt haben und sich diesbezüglich behandeln lassen bzw. diese Behandlung abgeschlossen haben, sodass sie weiter in der Krebsberatung tätig sind. In einem erweiterten Verständnis kann Selbstbetroffenheit auch eine indirekte Betroffenheit als Angehörige oder Freunde/innen von Krebspatienten/innen bedeuten (vgl. Krebsberatung Berlin, 2014a). Obwohl diese nicht selbst erkrankt sind, bedeutet die Erkrankung in der nächsten Nähe eine große Belastung, und sie erleben selbst eine existentielle Bedrohung. „Sie befinden sich in einer schwierigen und belastenden Doppelrolle: Sie sind selbst Betroffene und übernehmen zugleich die Rolle der HelferIn oder des Helfers als wichtigste Bezugsperson für die Erkrankten.“ (Krebsgesellschaft NRW, 2013: 40). Ihre Belastung kann so weit gehen, dass die Angehörigen selbst psychosomatische Belastungssymptome entwickeln. Deshalb ist die psychosoziale Krebsberatung immer auch auf Angehörigenberatung hin offen (vgl. Krebsberatung Berlin, 2014c).

Psychosoziale Beratung durch selbstbetroffene an Krebs erkrankte bzw. familiär betroffene Fachkräfte der sozialen Arbeit, Medizin und Psychologie agiert auf einer anderen, professionellen, wengleich komplementären Ebene zur klassischen Selbsthilfe nach Krebserkrankungen. In ihr verbinden sich die Kompetenzen der „Betroffenenberatung“ (Schulte, 2006: 17) mit der der klassischen psychosozialen Fachberatung, was gleichwohl hohe Anforderungen an die Fachkräfte ähnlich zu denen der ehrenamtlichen Beratungspersonen in der Selbsthilfe stellt (vgl. Frauenselbsthilfe nach Krebs, 2005: 24-25).

Selbst betroffene Fachkräfte in der Krebsberatung können dabei aus unterschiedlichen Professionen kommen. Sie können als Mediziner/innen, Psychologen/innen oder Sozialarbeiter/innen bzw. Sozialpädagogen/innen entweder selbst schon Krebsberatung praktiziert haben oder nach ihrer Erkrankung in diese einsteigen (vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 10). Hierbei ist davon auszugehen, dass sehr unterschiedliche Betroffenheitszugänge existieren mit unterschiedlichen Befunden, Behandlungs- und Entwicklungsgeschichten nach Krebserkrankungen.

Im Folgenden sollen sich die theoretischen Befunde zu Belastungen und Ressourcen ausschließlich auf selbst erkrankte Fachkräfte beziehen, da die Betroffenheit der Fachkräfte, die als Angehörige von Krebskranken in der Krebsberatung tätig sind, sich vermutlich von den Kontexten der selbst erkrankten Fachkräfte unterscheiden und daher noch eigens zu untersuchen wäre.

3.4.3 Spezifische Belastungen – Die Studie von Harbach-Dietz et al. (2007)

Die Tatsache, dass selbst erkrankte Fachkräfte bei Krebs andere betroffene Krebspatienten beraten und begleiten, scheint auf den ersten Blick Erstaunen auszulösen. Da die Krebsdiagnose häufig mit dem Ende des Lebens und baldigem Tod assoziiert wird, scheint es relativ fern zu liegen, dass krebserkrankte Betroffene aktiv beraten können, da davon auszugehen ist, dass sie selbst stark belastet sind oder sich aus Gründen der eigenen Psychohygiene nicht mit diesem Thema befassen wollen. Doch die Arbeit der SHG macht bereits deutlich, dass die Beratung durch selbstbetroffene Laien bereits weit verbreitet ist, und für die Gesundheitsversorgung eine wichtige Bedeutung hat und erfolgreich ist.

Die spezifischen Belastungen von selbst betroffenen Fachkräften sind bislang nur in einer einzigen bekannten (deutschsprachigen) Studie untersucht worden (vgl. Harbach-Dietz, 2007; 2008; 2009; Lütge, 2007b; Harbach-Dietz & Lütge, 2009). Dabei wurden die Probandinnen anhand von standardisierten Fragebögen befragt.¹⁶ Die Ergebnisse wurden erstmals 2007 auf einem onkologischen Symposium veröffentlicht (vgl. Harbach-Dietz, 2007: 1; vgl. Lütge, 2007b; vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 11). Ausgangspunkt dieser Studie mit 20 Therapeutinnen¹⁷ waren folgende Fragestellungen hinsichtlich der Chancen und Risiken dieser Form der Krebsberatung.

- „Bringt die eigene Krebserfahrung eine besondere Qualität in die Arbeit mit Krebspatienten?
- Wenn ja, was macht diese Qualität aus?
- Unter welchen Bedingungen wird sie dazu? Aber auch:

¹⁶ „Die Antworten auf die 6 gestellten Fragen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und in Antworttendenzen nach der Häufigkeit der Nennung zusammengefasst. Dabei werden einzelne Antworten exemplarisch genannt.“ (Lütge, 2007b: 1; vgl. Harbach-Dietz, 2007: 1).

¹⁷ Es waren zu dieser Zeit keine männlichen Kollegen in der Krebsberatung mit Krebs bekannt (vgl. Lütge, 2007b: 1).

- Wo kann diese Erfahrung zum Handicap werden?“ (Harbach-Dietz, 2007: 2)

Der standardisierte Fragebogen enthielt geschlossene bzw. offene Fragen, wobei verschiedene positive wie negative Antworttendenzen möglich waren (vgl. Lütge, 2007a: 1-6):¹⁸ Schon in der Auswertung wurde bereits eine wesentliche Differenzierung zwischen zwei Gruppen von betroffenen Therapeutinnen vorgenommen.

„Wir unterscheiden bei der Auswertung nach Therapeutinnen, die schon vor ihrer Erkrankung mit Krebspatienten gearbeitet haben (7 Interviews) und solchen, die danach gezielt in dieses Arbeitsgebiet gegangen sind (13 Interviews). Wir haben diese Unterscheidung vorgenommen, da wir bei der Auswertung auffällige Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen konnten.“ (Lütge, 2007b: 1)

Während diejenigen Therapeutinnen, die erst nach ihrer Erkrankung in der psychosozialen Krebsberatung professionell tätig wurden, ihre eigene Erkrankung mit Krebs eher als Potenzial empfanden und nutzten und sich der Problematik der Abgrenzung von der Befindlichkeit der Patienten bewusst waren, zeigten die bereits in der psychosozialen Krebsberatung vor ihrer Erkrankung tätigen Therapeutinnen zwar „als Potenzial mehr Empathie und bewusster Ressourcen, jedoch auch Ängste, Überforderung, Anstrengung als Handicap. Sie ziehen sich teilweise aus der Arbeit mit Krebspatienten zurück“ (Harbach-Dietz, 2007: 1). Ihre Ausgangslage war eine andere als derjenigen, die gezielt in diese Beratung gingen. Sie mussten aus wirtschaftlichen Gründen und Existenzgründen ihre Praxis erhalten und bald wieder nach der eigenen Behandlung „ohne längere Pause“ (Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 11) wieder erwerbstätig sein. Ihre Situation war durch Doppelbelastung der eigenen Erkrankung und die der Patienten gekennzeichnet. Daneben zeigte sich, dass sie den Patienten gegenüber ihre eigene Erkrankung nicht thematisierten. Hier dominierte auch das Erleben, dass diese ein Handicap in der Therapie anderer Patienten darstellt. Da sie nicht genügend Abstand zu ihrer Arbeit erlebten, wurde sie als stärker belastend erlebt (vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 11).

¹⁸ „Erlebst Du die Erfahrung mit der Erkrankung in Deiner Arbeit als Potenzial oder Handicap? Hat diese Erfahrung Einfluß auf Deine Tätigkeit gehabt? Wenn ja, welche? Gehst Du mit der Tatsache Deiner Erkrankung gegenüber Patienten und Kollegen offen um? Arbeitest Du jetzt mehr oder weniger mit Krebspatienten? Was bekommst Du von Deinen Patienten für Rückmeldungen: macht es für einen Unterschied, daß Du eigene Krebserfahrung hast? Wenn ja, welche? Wie reagieren Deine Kollegen auf Deine Krankheitserfahrung? Macht es für sie einen Unterschied, daß Du Krebserfahrung? Wenn ja, welchen?“ (Lütge, 2007a: 1). Die Nummerierung der Fragen im Fragebogen war fehlerhaft, sie wurde hier herausgelassen.

„Aber auch diese 2. Gruppe erlebte als Potenzial einen Zuwachs an Empathie, Entwicklung neuer bewussterer (sic!) Ressourcen.“ (Harbach-Dietz, 2007: 5). Hier ist wahrscheinlich bedeutsam, dass eine Entscheidung pro und contra für die Tätigkeit mit einem gewissen Abstand getroffen wird (vgl. Harbach-Dietz, 2007: 5).

Die Rückmeldungen der Kollegen/innen in der Krebsberatung auf diese Therapeutinnen, die schon vorher in diesem Bereich tätig gewesen waren, waren gemischt: Sowohl positive wie negative Bewertungen/Zuschreibungen kamen vor: „Von Anteilnahme und Unterstützung bis hin zu ängstlicher Abwehr und sogar mobbing (sic!). Sie sind jetzt für ihre Kollegen neben der Heilerrolle auch in die Patientenrolle gerutscht, was für manche Kollegen in der Identifikation nicht erträglich ist“ (Lütge, 2007b: 2). Von Kollegen/innenseite wurde ein positives Feed-back erlebt. Anders als die Therapeutenkolleginnen, die nach ihrer Krebserkrankung in die Krebsberatung einstiegen, wurde allerdings „auch Konkurrenz erlebt, wer professioneller (besser?) sei“ (Lütge, 2007b: 2).

Von der Situation dieser Gruppe konnte die Lage der Gruppe der Therapeutinnen mit gezielter Entscheidung für diese Arbeit deutlich unterschieden werden. Sie hatten eine bewusste Entscheidung für die Krebsberatung nach ihrer eigenen Krebserkrankung getroffen und zeigten eine stärkere Entlastungsperspektive als die ihrer Kolleginnen, die schon vorher in diesem Feld tätig waren:

„Sie sind gezielt in diesen Bereich gegangen, nachdem sie sich Zeit zur Verarbeitung und Neuorientierung genommen haben. Sie haben sich oft beruflich verändert, um rauszubekommen ‚aus dem Hamsterrad‘ der vorherigen Tätigkeit und gehen bei den Patienten eher offen mit ihrer Erkrankung um.“ (Lütge, 2007b: 1).

Positiv waren hier die Patientenrückmeldungen, denen die eigene Betroffenheit ihrer Therapeutinnen/Beraterinnen wichtig sei und sie deshalb gezielt aufsuchen würden (vgl. Lütge, 2007b: 1). Aus ihrer Studie zogen die Autorinnen die Schlussfolgerung, dass bestimmte Kriterien, Qualifikationen und Erfahrungen vorliegen sollten, wenn ein hilfreicher Umgang, eine wirksame Beratung und Therapie mit Krebspatienten möglich sein soll: Diese gelten für alle Therapeuten/innen in der psychosozialen Krebsberatung und -therapie. Auf der persönlichen Ebene der Therapeutin sind folgende Elemente bedeutsam:

- Bewusste Entscheidung für diese Tätigkeit: „selbst betroffene Therapeuten diese Arbeit **bewusst** wählen (auch wenn sie es vorher schon ausgeübt haben, aber eben jetzt noch mal bewusst **ja** dazu sagen können)“ (Lütge, 2007b: 2).
- Bewusster Einsatz der eigenen Potenziale
- Bewusstsein für die eigene Verwundbarkeit, Ängste und Belastungen
- Bewusstsein für die Tatsache, dass mit der gezielten Wahl eines Patienten für eine krebsbetroffene Erkrankung sich auch bestimmte Erwartungen verknüpfen“ (vgl. Lütge, 2007b: 2).
- Bewusstsein der selbst betroffenen Therapeuten/innen für die „Gefahr der zu großen Identifizierung und immer wieder nötigen Abgrenzung“ (Lütge, 2007b: 2).
- Bewusstsein für die eigenen Krankheitstheorien (vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 11).

Eher auf der fachlichen Ebene angesiedelt, wurden folgende Qualifikationen und Erfahrungen gefordert:

- „ressourcenorientierte Arbeit, d.h. die gesunden Anteile des Patienten aktivieren und stärken,
- Stärkung der Patientenautonomie, die im Behandlungsprozess häufig gelitten hatte
- Begleitende Kontrolle /Supervision) der therapeutischen Arbeit“ (Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 11).

3.4.4 Ressourcen und Entlastungsmöglichkeiten

3.4.4.1 Ressourcen und Entlastung: Begriffliche Eingrenzungen

Es stellt sich nun die Frage, welche Forschungsbefunde bislang zu den spezifischen Ressourcen und Entlastungen von selbst von Krebs betroffenen Fachkräften in der psychosozialen Krebsberatung sich aus der oben genannten Studie entnehmen lassen. Dabei muss allerdings einbezogen werden, dass diese Erkenntnisse kaum generalisierbar sind, da die Zahl der befragten Therapeutinnen sehr klein ist.

In der Psychotherapie und in der sozialen Arbeit ist der Ressourcenbegriff mittlerweile seit Jahren etabliert. Der Begriff der Ressource stammt aus dem Französischen und meint in diesem Zusammenhang die individuellen Widerstandskräfte, die Menschen „angesichts belastender Ereignisse widerstandsfähiger oder invulnerabel machen und somit zur Aufrechterhaltung der Gesundheit beitragen“ (Geißler-Piltz et al., 2005: 25). Ressourcen sind gleichzusetzen mit „Coping-Fähigkeiten“ (Wustmann, 2005, S.

203). Durch diese können sich Systeme als „lebens- und funktionsfähig erhalten (operating), Probleme bewältigen (coping), ihre Kontexte gestalten (creating) und sich selbst im Kontextbezug entwickeln [...] (developing)“ (Petzold, 1997, S. 451f.).

Entlastung ist zunächst ein Alltagsbegriff. Er ist nicht einheitlich definiert, kann aber als Gegenbegriff zu psychischer oder mentaler Belastung gesehen werden. Nach der Definition der DIN EN ISO 10075-1 ist dieser Begriff vor allem im Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin von zentraler Bedeutung, da in der Arbeitswelt und ihren Einflüssen auch die Folgen zunehmen. Belastung wird von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) folgendermaßen definiert: „**Psychische Belastung** ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.“ (BAuA, 2010: 9). Einflüsse aus der Arbeit können sich aus der Arbeitsaufgabe, der Arbeitsumgebung (physikalisch, sozial) (z.B. Lärm, Gerüche, Dreck, Enge), aus der Arbeitsorganisation/Arbeitsablauf sowie aus den Arbeitsmitteln und des Arbeitsplatzes ergeben. Die jeweilige Ausprägung trifft dann auf den einzelnen Menschen mit seinen individuellen Voraussetzungen und kann dort zu unterschiedlichen Beanspruchungen führen.¹⁹ Bei kurzfristiger Beanspruchung können die Folgen wie Stress und Ermüdung vom Einzelnen noch korrigiert und gestaltet werden. Bei langfristigen Beanspruchungen kann es zu allgemeinen „psychosomatischen Störungen und Erkrankungen (u. a. Verdauungsbeschwerden, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen), Ausgebranntsein (Burnout), Fehlzeiten, Fluktuation, Frühverrentung“ (BAuA, 2010: 19) kommen.²⁰

Dieses Modell und seine Zusammenhänge können für die Zusammenhänge rund um die Belastung bzw. Entlastungsmöglichkeiten von an Krebs erkrankten psychosozialen Fachkräften genutzt werden. Grundsätzlich muss hier in diesen Fällen von einer umfassenden psychosomatischen Beanspruchung ausgegangen werden, da die Betroffenen nicht nur durch die äußeren Einflüsse, wie die Beratungsarbeit, beansprucht sein können, sondern auch die eigenen körperlichen und mentalen Entwicklungen im Zusammenhang mit ihrer eigenen Erkrankung auf die sie einwirken.

Bei einer Krebserkrankung ist von einem dynamischen Krankheitsverständnis auszugehen, in der Belastung und Entlastung sich in einem ständi-

¹⁹ „**Psychische Beanspruchung** ist die unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien.“ (BAuA, 2010: 10)

²⁰ Vgl. „Belastungs-Beanspruchungs-Modell – ein Erklärungsmodell für Zusammenhänge hinsichtlich psychischer Belastung und Beanspruchung“ (BAuA, 2010: 19).

gen Fließprozess befinden. Die eigene Situation als Fachkraft bewegt sich zwischen „niemals ganz gesund“ und „völlig krank“ (Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 12). Es handelt sich also um „dynamische[...] Entwicklungen entlang eines Kontinuums zwischen den Polen ‚krank‘ und ‚gesund‘. Es geht vielleicht nicht darum, wieder ‚völlig‘ gesund zu werden, sondern in guter Lebensqualität zwischen diesen beiden Polen leben zu können“ (Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 12). In diesem flexiblen und dynamischen Krankheitsverständnis sind die spezifischen Arbeitsanforderungen im Zusammenhang mit der Beratungsarbeit in der Krebsberatung zu sehen.

In der Arbeitsmedizin wird eine Balance gefordert, bei denen Arbeitnehmer weder permanent unterfordert noch dauerhaft überfordert durch Auftreten von beeinträchtigenden Formen der Beanspruchung und ihrer Folgen sein sollten. Sie sollten sich in einer günstigen bis unkritischen Balance zwischen Über- und Unterforderungen befinden.²¹

Für selbst betroffene Fachkräfte in der Krebsberatung müssen die einzelnen Voraussetzungen, Ressourcen und Entlastungs- bzw. Bewältigungsmöglichkeiten, aber auch Risiken und Gefahren der Tätigkeit vorab genau überlegt werden (vgl. Harbach-Dietz, 2007: 1ff.). Dabei stellt sich die Frage, ob die Krebserfahrung der Therapeut/in eher ein Potenzial oder Handicap für die psychosoziale Krebsberatung darstellen kann (vgl. Harbach-Dietz, 2007: 1).

3.4.4.2 Die erkrankte soziale Fachkraft – ein verwundeter Heiler?!

In diesen Zusammenhang wird das Konzept des „verwundeten Heilers“ (Rösing, 2007) eingebracht. Der verwundete Heiler ist aus kulturwissenschaftlicher Perspektive sowohl ein „poetisches, informelles Etikett“ (Rösing, 2007: 36) für Krankheiten, an denen heilend tätige Menschen leiden können, als auch eine „Metapher für ein normatives Modell des egalitären Arzt/Patienten-Verhältnisses“ (Rösing, 2007: 36). Auch existiert ein Konglomerat an sehr unterschiedlichen transkulturellen Beiträgen zu diesem Thema.

Insbesondere der Psychoanalytiker Carl Gustav Jung (1875-1961) hat das Konzept eines „Archetypen“²² des verwundeten Heilers vertreten, welches

²¹ Vgl. Zusammenhang zwischen den Einflüssen Unter- oder Überforderung (Anforderungen, die sich aus der Arbeitsaufgabe ergeben), individuellen Voraussetzungen des Beschäftigten und den daraus resultierenden möglichen Fehlbeanspruchungen (Quelle, BAuA, 2010: 23)

²² Archetypus versteht Jung als „Bereitschaftssystem des kollektiven Unbewussten“ (Jung, zit. nach: Rösing, 2007: 192). Archetypen sind nichts anderes als typische Formen des Auffassens und Anschauens, des Erlebens und des Reagierens, des Verhaltens und der Erlebensweisen, Abbilder des Le-

wiederum in unterschiedlichen psychotherapeutischen Konzepten aufgegriffen wurde (vgl. Rösing, 2007: 187ff.). Ein Archetyp ist eine Manifestation einer Überführung von unbewussten Triebkräften in das Bewusstsein. Es verbindet sich in ihm die persönliche individuelle Erfahrung mit der „Urerfahrung der Menschheit“ (Jacobi, zit. in: Rösing, 2007: 193). Damit meint Jung in diesem Fall, dass sich der Heiler „trotz aller Ausbildung seiner Verwundetheit bewusst“ bleiben muss und „sich verwundbar [halten muss], wenn er fähig bleiben will zu heilen“ (Rösing, 2007: 223).²³

Rösing geht in ihrer Reflexion dieser Metapher davon aus, dass sich in diesem Bild von Heiler (Arzt/Therapeut) und Patienten, die sich in Beratung und Behandlung gegenüber stehen, beide jeweils Wunden aufweisen und jeweils beide an diesem Archetypus teilhaben. Sie verfügen beide über „einen inneren Heiler“, „der Wunden heilen kann“ (Harbach-Dietz, 2007: 6; vgl. Rösing, 2007: 227).

„Wenn der Heiler/Therapeut seine verwundeten Anteile nicht wahrnimmt, sondern sie abspaltet, führt dies dazu, dass er sie auf den Patienten projiziert. Und umgekehrt, wenn der Patient seinen ‚inneren Heiler‘ – seine eigenen Heilungskräfte – abspaltet und auf den Heiler überträgt, dann gibt es nur noch den Therapeuten ohne eigene Verwundungserfahrung und einen Patienten ohne Selbstheilungskräfte.

Der Heiler/Therapeut hat in diesem Prozess keinen Kontakt zu seinen eigenen Wunden, hat jedoch mehr Macht, der Patient hat keinen Kontakt zu den eigenen Heilungskräften und ist noch schwächer und hilfloser.“ (Harbach-Dietz, 2007: 6)

In der idealen Arzt-Patient-Interaktion korrespondieren und kommunizieren die inneren archetypischen ‚Heiler‘ beider Personen miteinander (vgl. Rösing, 2007: 227). Harbach-Dietz nutzt diese Metapher, um auf einen wichtigen Aspekt des heutigen modernen Gesundheitssystems aufmerksam zu machen. Hier herrscht eine Spaltung zwischen Arzt und Patient, in der die Hierarchie und Asymmetrie zwischen hilfreichen potenten Arzt und hilflosen Patienten dominiert und die interpersonelle Beziehung labil bleibt. Ihrer Meinung nach sind sie dann beide von ihrem Unbewussten getrennt und dies führt wiederum zu einer Schwächung der Heilungskräfte

bens selber...“ (Jung, zit. nach: Rösing, 2007: 192). Sie gelten für Jung als „Ordnungsfaktoren“ auf die „psychischen Abläufe und auf die Bewusstseinsinhalte“ (Jung, zit. nach: Rösing, 2007: 192).

²³ „Seit Menschengedenken, in Myriaden von individuellen Erscheinungsformen, konstatiert sich die existentielle Grunderfahrung, dass ein Mensch der Krankheit anheimfällt, verletzt wird und Leid erfährt und ihm eine heiltätige Person bei der Bewältigung dieses Schicksals helfend zur Seite steht.“ (Hofmann & Roesler, 2010, S. 75).

(sowohl auf sich wie auf andere bezogen). In einer symmetrischen Arzt/Therapeut-Klienten-Beziehung ist die interpersonelle Beziehung stabil und Heilung bzw. Selbstheilungskräfte können genutzt werden (vgl. Harbach-Dietz, 2007: 6; vgl. Harbach-Dietz, 2009: 8). Daraus ergibt sich eine bestimmte Sichtweise auf das Potenzial der krebserfahrenen Therapeutin: Sie sehen es darin, „dass sie sich ihrer eigenen Verletzlichkeit bewußt (sic!) ist, weniger leicht ihre Wunden abspaltet, und damit ein nicht-hierarchisches Arbeitsbündnis mit dem Patienten möglich ist, das dessen Ressourcen aktivieren kann“ (Harbach-Dietz, 2007: 6; vgl. Harbach-Dietz, 2009: 8; vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 12). Dadurch erklärt sich das in der Praxis häufig beobachtete größere Vertrauen von Patienten zu einer krebserfahrenen Therapeutin. Dieses Phänomen hängt eher aber mit den Defiziten und Mängel des Gesundheitssystems und der Arzt-Patienten-Beziehung zusammen als mit Zuschreibungen an spezielle (zusätzliche und spezifische) Fähigkeiten von krebserfahrenen Therapeut/innen (vgl. Harbach-Dietz, 2007: 6).

In der Gegenüberstellung ergeben sich unterschiedliche Potenziale und Risiken bei der Beratung durch eine selbstbetroffene Therapeutin. Sie werden in der Übersicht (Tab.1) zusammengefasst dargestellt. Dabei muss zwischen Potentialen und Risiken für beide Akteure der Beratung unterschieden werden:

	Potenziale	Gefahren/Risiken
Für die krebserfahrenen Therapeuten/innen	<p>Lebensqualität durch berufliche Tätigkeit für und mit anderen</p> <p>Persönlicher Sinn (Kohärenzgefühl)</p> <p>Vertrauen in die eigenen Kräfte</p> <p>Zuwachs an Selbstfürsorge</p> <p>Aktivierung eigener Ressourcen</p>	<p>größere Nähe zur Patientin kann zur Überforderung führen</p> <p>Verlust professioneller Distanz</p> <p>Gefahr zu viel Verantwortung zu übernehmen</p> <p>Ständige Beschäftigung mit existentiellen Fragen</p> <p>reduzierte Belastbarkeit</p>
Für die Patienten/innen	<p>Empathie, betroffene Therapeutin kann zum Modell für Umgang mit der Erkrankung werden: Hoffnungsträgerin</p> <p>Gefühl, verstanden zu werden</p> <p>Vertrauen bei Patientin</p> <p>Beziehung auf Augenhöhe</p> <p>größere Nähe aufgrund gemeinsamer Erfahrung</p> <p>Stärkung des Expertentums der Patientin</p>	<p>Krankheitsrückfall der Therapeutin</p> <p>Übertragung der eigenen Erfahrung auf die Patientin → Fehlinterventionen</p>

Tab. 1: Bedeutung + Potenziale vs. Gefahren der Beratung durch selbst betroffene Fachkräfte in der psychosozialen Krebsberatung für sich selbst und die Patientin

(Quelle: Harbach-Dietz, 2009: 5ff.; Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 12) (Eigene Darstellung)

3.4.4.3 Unterstützungsformen für die krebsbetroffene Fachkraft in der psychosozialen Krebsberatung. Kollegiale Beratung – Supervision – Selbsthilfegruppen

Aus den o.g. Überlegungen ergibt sich in der Folge, dass psychosoziale Krebsberatung durch selbstbetroffene Beratungskräfte (soziale Fachkräfte, Psychotherapeut/innen, Mediziner/innen etc.) weder per se unmöglich sein muss, noch auf jeden Fall sinnvoll und belastungsfrei sein kann. Es handelt sich um eine sehr individuelle Entscheidung, sich trotz oder wegen der eigenen erlebten und ggf. überwundenen Krebserkrankung beraterisch oder therapeutisch für eine solche Tätigkeit entscheiden.

Für diejenigen, die sich dieser Aufgabe in der Psychoonkologie/Krebsberatung widmen, müssen adäquate Unterstützungsmöglichkeiten bestehen. Diese sollte in berufsbegleitender Supervision und Intervision bestehen, wie sie für die klinische Sozialarbeit obligatorisch sein sollte (vgl. Ningel, 2010: 181ff.188ff.; vgl. Harbatz-Dietz, 2007a: 4). Der Fokus liegt dabei auf der Praxis und soll auf eine Verbesserung der Handlungskompetenz ausgerichtet sein. Hier kann die Rollenfrage und Abgrenzungsproblematik gegenüber der Klientenproblematik sehr bedeutsam sein, um Beanspruchungen einzugrenzen und Belastungen zu verhindern. Insbesondere muss überlegt werden, welche Kompetenzen die jeweiligen Supervisoren/innen bereitstellen müssen, damit die selbstbetroffenen Supervisanden/innen durch diese Intervention zu einer klaren Haltung finden können, einer Gegenübertragung vorgebeugt und gelernt wird, mit den Belastungen der Krebsberatung gezielt umzugehen (vgl. Ningel, 2010: 180f.). Eine wichtige entlastende und ressourcenorientierte Funktion können auch Beratung und SHG für selbstbetroffene Krebsberatungspersonen übernehmen (vgl. Schulte, 2006: 14ff.). Auch die Selbstevaluation der eigenen fachlichen Tätigkeit kann einen Beitrag zur Professionalität dieser Form der Krebsberatung leisten (vgl. Ningel, 2010: 196ff.). Sinnvoll ist schließlich, als selbstbetroffene Fachkraft nur in Teilzeitarbeit zu beraten, um leichter entsprechende Beanspruchungen auszugleichen (vgl. Harbach-Dietz, 2007: 6).

3.4.4.4 Selbst betroffene Fachkräfte in der Krebsberatung als Teil eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes

Im Gesamtkonzept der Behandlung und Begleitung bei Krebs durch psychoonkologische Interventionen ist die Selbstbetroffenheit von Beratungskräften allenfalls in Selbsthilfegruppen von ehrenamtlichen Kräften bekannt und ausdrücklich als Bestandteil anerkannt (vgl. DKG et al., 2014: 326).

Selbstbetroffenheit von Fachkräften in der Krebsberatung ist bislang noch nicht in amtliche Stellungnahmen und Papieren bzw. in die psychoonkologische Forschung und Praxiskonzepte aufgenommen und somit noch nicht fachlich ausreichend thematisiert worden. Diese Beratungsform stellt insofern bis dato leider ein Randthema der psychosozialen Krebsberatung dar. Doch scheint ein Einbezug dieser Form aufgrund der oben genannten Potenziale für Patienten und der vorhandenen Ressourcen selbstbetroffener und interessierter Fachkräfte durchaus sinnvoll und notwendig. Problematisch scheint an einer Thematisierung und Forderung nach solchen Fachkräften die Diskussion über die strukturellen, d.h. personel-

len und finanziellen Defizite der aktuellen psychosozialen Krebsberatung (vgl. Bruns et al., 2013: 3f.). Dabei werden selbstbetroffene Krebsberater/innen in eine Rolle als Lückenbüßer für eine mangelhafte Versorgung von Krebspatienten/innen in der Bundesrepublik gedrängt.

Fruchtbarer erscheint die Thematisierung von psychosozialer Krebsberatung durch selbst betroffene Fachkräfte, wenn ihre spezifischen Potenziale herausgearbeitet und kritisch den möglichen Handicaps dieser Beratungsform gegenübergestellt werden. In einem solchen Diskurs können die spezifischen Möglichkeiten der selbstbetroffenen Fachberatung bei Krebs besser herausgearbeitet werden. Dafür müssen allerdings noch zukünftig umfangreiche Daten erfasst werden, die valide Auskunft über die Praxiserfahrungen der Berater/innen und der Klienten/innen geben können.

In der folgenden qualitativ-empirischen Studie mit selbstbetroffenen Krebstherapeutinnen und -beraterinnen können hierzu weiterführende Anhaltspunkte gewonnen werden.

3.4.5 Schlussfolgerungen

Die psychosoziale Krebsberatung durch selbst von Krebs betroffene Berater/Innen ist Neuland in der Versorgung von Krebskranken und bislang noch nicht weit verbreitet. Ursprünglich aus der Selbsthilfebewegung entstanden, haben sich z.B. in Berlin vier solcher Beratungsstellen etabliert. Dabei birgt diese Form der psychosozialen Unterstützungsleistungen unterschiedliche Potenziale und Risiken. Aufgrund der wenigen Studien zu diesem Feld bleiben vor allem Fragen nach den spezifischen Vor- und Nachteilen sowohl für die Fachkraft wie für die Klienten/Innen offen, die durch die folgende empirische Untersuchung näher beleuchtet werden sollen.

4 Qualitative Studie: Experten/innen-Interview

4.1 Forschungsinteresse und -hypothesen

Wie bereits dargestellt, existiert zu diesem Arbeitsfeld außer den Untersuchungen von Harbach-Dietz & Lütge (vgl. Harbach-Dietz, 2007; Harbach-Dietz, 2009; Harbach-Dietz & Lütge, 2009) bislang keine empirische Studie zur Erfassung der psychosozialen Krebsberatung bzw. Therapie durch selbstbetroffene Fachkräfte, wobei auch die genannte Studie eher einen kursorischen bzw. explorativen Charakter hat (vgl. Bortz & Döring, 2006, S.381ff.).

Das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit richtet sich deshalb an die subjektiven Erfahrungen und Perspektiven von selbstbetroffene Fachkräften (Sozialarbeiter/innen u. Sozialpädagogen/innen; Mediziner/innen und Psychologen/innen), die in der psychosozialen Krebsberatung tätig sind. Dabei interessiert vor allem deren persönliche Sicht auf die Potenziale und Ressourcen, Grenzen und Entlastungspotenziale dieser Beratungsform. Die Hypothesenbildung stellt einen zentralen Teil auch der qualitativ-empirischen Forschung dar (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 30; vgl. Mayring, 2010, S. 17ff.). Eine Hypothese ist definiert als eine „Annahme über einen realen (empirisch erfassbaren) Sachverhalt“ (Bortz & Döring, 2006, S. 729). Durch die Hypothesenbildung und spätere Überprüfung sollen generalisierbare Erkenntnisse gewonnen werden (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 30). Dabei sollen aus den Theoriebefunden in deduktiver Weise Hypothesen erarbeitet werden (deduktive Kategorienbildung). Im Mittelpunkt steht deshalb ein Kategoriensystem auf der Basis der Hypothesen (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 30f. und 329f.), von dem aus die zusammenfassende Interpretation der Aussagen der Interviewpartnerinnen möglich wird.

Die Hypothesen berücksichtigen in der vorliegenden qualitativ-empirischen Studie die subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen der Interviewpartner/innen in der Krebsberatung und ihre Wahrnehmung und Beurteilung der spezifischen Ressourcen und Belastungen der Berater/innen in dieser Beratungs- und Therapieform. Das Verfahren ist in geringerem Maße standardisiert als dies bei einer quantitativen Untersuchung der Fall ist. Dadurch soll den Befragten ein eigener „Spielraum beim Antworten“ (Bortz & Döring, 2006, S. 309) gegeben werden; auch die Interaktion zwischen Interviewerin und Interviewpartnerin sowie Be-

obachtungen der Interviewerin können in die Untersuchung einfließen (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 308-309).

Folgende Hypothesen liegen auf der Basis der oben erarbeiteten theoretischen Erkenntnisse der Untersuchung zugrunde:

- Eine Krebserkrankung stellt für die betroffenen Fachkräfte eine schwere Belastung in psychophysischer Hinsicht dar.
- Der eigene Krankheitsverlauf ist von großer Bedeutung für die Beratungsarbeit bei Krebs als selbstbetroffene Fachkraft.
- Der eigene Verarbeitungsprozess ist von großer Bedeutung für die Beratung anderer Krebserkrankter.
- Die eigene Erkrankung bietet spezifische Potenziale und Vorteile für die Beratung anderer Krebserkrankter.
- Es sind Ressourcen vorhanden, um mit der eigenen Krebserkrankung konstruktiv umzugehen.
- Es sind spezifische Grenzen und Nachteile in der Krebsberatung bei Selbstbetroffenheit vorhanden.
- Selbstbetroffene Fachkräfte benötigen Unterstützung durch spezifische psychosoziale Hilfen.
- Das Angebot der Krebsberatungsstellen mit selbstbetroffenen Fachkräften stößt auf positive Resonanz.
- Das Angebot der Krebsberatungsstellen mit selbstbetroffenen Fachkräften sollte ausgebaut werden.

4.2 Methodik und Forschungsinstrument

Die qualitativ-empirische Untersuchung dieser Arbeit wurde mithilfe eines leitfadengestützten Expertinnen-Interviews konzipiert und durchgeführt. Das Leitfadeninterview ist in qualitativen Befragungen am weitesten verbreitet und hat den Vorteil, dass das Interview nicht unstrukturiert, sondern anhand eines inhaltlichen Gerüsts durchgeführt werden kann. Gleichzeitig können auch spontane unvorhersehbare, aber mit dem Untersuchungsziel verbundene Äußerungen gemacht und aufgenommen werden. Es erlaubt außerdem eine Vergleichbarkeit der Aussagen der Interviewpartnerinnen. Insgesamt ermöglicht dieses Vorgehen die gezielte Befragung nach Themengebieten und kann wichtige, aber nicht in der Konzeption bereits intendierte Aussagen der Probanden erfassen (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 314; vgl. Gläser & Laudel, 2009, S. 111).

Die Untersuchung wurde als Expertinnen-Interview konzipiert²⁴, bei dem selbstbetroffene Fachkräfte der psychosozialen Krebsberatung befragt wurden (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 315; vgl. Meuser & Nagel, 1991, S. 242). Es ging hier um den Gesamtkontext einer Person sowie um ihre Sichtweisen innerhalb einer Organisation (vgl. Meuser & Nagel, 1991, S. 242).

In unserem Fall bestehen zahlreiche Schnittstellen zwischen der Position als Expertin der psychosozialen Krebsberatung und ihrer Selbsterfahrung als krebsbetroffene Fachkraft. Damit ist der Expertinnenstatus der Befragten gerade durch die eigene Krebserkrankung geprägt (vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2009, S. 10-12). Somit beziehen sich die Interviews auf den Expertenstatus der Befragten und die „damit verknüpften Zuständigkeiten, Aufgaben, Tätigkeiten und die aus diesen gewonnenen exklusiven Erfahrungen und Wissensbestände“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 244): Es geht um die Analyse von „Strukturen und Strukturzusammenhänge des ExpertInnenwissens“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 447). Gleichzeitig ist dieses Wissen von der eigenen gesundheitlichen Situation als von einer Krebserkrankung betroffenen Fachkräfte geprägt. Diese Interviews gehen über eine formales Experteninterview hinaus: Die Befragten sind sowohl „RepräsentantInnen“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 444) der Organisation einer Krebsberatungsstelle oder ihrer eigenen freien Praxis und gleichzeitig Betroffene in einer ähnlichen gesundheitlichen Situation wie ihre Klienten/innen, die an Krebs erkrankt sind. Damit kommen auch Aspekte des biografischen Interviews zum Tragen (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 315). Dieser doppelte Status der Probandinnen wie die Verbindung zweier „Varianten qualitativer Einzelbefragungen“ (Bortz & Döring, 2006, S. 315) sind hier von erklärtem Interesse.

In der qualitativ-empirischen Forschung haben sich zahlreiche qualitative Auswertungsmethoden von Interviews bzw. ihren schriftlich niedergelegten Inhalten etabliert (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 328ff.). In dieser Untersuchung wurde sich für die Auswertungsmethode des Experten/innen-Interviews nach Meuser & Nagel entschieden.

„Das Ziel ist [...], im Vergleich mit den anderen ExpertInnentexten das **Überindividuell-Gemeinsame** herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanz-

²⁴ Nach Meuser & Nagel sind als Experten/innen anzusehen:

„- wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder
- wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt.“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 243)

strukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen.“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 452)

Die Methode hat den Vorteil, dass sie sich an den im Leitfaden vorgegebenen thematischen Einheiten orientiert, die sich an den „ inhaltlich zusammengehörigen, über die Texte verstreuten Passagen“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 453) festmachen lassen, und nicht an der Abfolge der Äußerungen im jeweiligen Interview. Der Leitfaden gibt demnach Kategorien vor, nach denen die Auswertung vorgenommen wird. Dadurch können theoretisch erarbeitetes Wissen (vgl. Kap. 2-3) und Textinterpretation miteinander wechselseitig verschränkt und gleichzeitig die o.g. Hypothesen geprüft werden (vgl. Meuser & Nagel, 1991, S. 455). Der Leitfaden setzt „selbst die Bedingungen seiner Verwendung in der Auswertung“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 454), wobei seine Wurzeln im genuinen Forschungsinteresse liegen. Anders als quantitativ-empirischen Untersuchungen nutzt die qualitative Sozialforschung das Konzept der „exemplarischen Verallgemeinerung“ (Bortz & Döring, 2006, S.335). Einzelfälle und ihre Beschreibungen gelten dann als repräsentativ, „wenn sie als typische Vertreter einer Klasse ähnlicher Fälle gelten können“ (Bortz & Döring, 2006, S. 335).

Es geht nach Meuser & Nagel um ein „dichtes Beschreiben“ – unter Verwendung sozialwissenschaftlicher Begriffe dort, wo sie der Prüfung auf Angemessenheit standhalten“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 455). Sie schlagen folgende Vorgehensweise vor: Zunächst sollen Passagen in eigenen Formulierungen paraphrasiert werden, wobei der Text nach den Sequenzen fortlaufend strukturiert wird (Verdichten von Textmaterial). Die paraphrasierten Stellen werden mit Überschriften versehen. Danach findet eine Bündelung verschiedener Interviewsequenzen statt und sie werden den übergeordneten Überschriften zugewiesen, sodass ein thematischer Vergleich möglich wird und die gemeinsam erscheinenden Antworten bestimmten Überschriften /Kategorien zugeordnet werden können (vgl. Meuser & Nagel, 1991, S. 455-562). Schließlich folgt eine Generalisierung und Einordnung in die bereits vorhandenen theoretischen Erkenntnisse und eigene Schlussfolgerungen gezogen.

4.3 Auswahl der Interviewpartnerinnen

	Interviewpartnerin (IP 1)	Interviewpartnerin II (IP 2)	Interviewpartnerin (IP 3)	Interviewpartnerin (IP 4)	Interviewpartnerin (IP 5)
Alter	57 Jahre	64 Jahre	45 Jahre	65 Jahre	48 Jahre
Familien-situation	Geschieden, lebt mit ihrem 21-jährigen Sohn zusammen	Verheiratet	Verheiratet, 2 Kinder	Verheiratet, erwachsene Kinder	verheiratet und lebt mit ihrem Mann und jüngsten Sohn noch zu Hause (17 Jahre). Insgesamt 3 Söhne.
Grundberuf	Diplom-Psychologin und Kunsttherapeutin	2. Bildungsweg: als Sozialarbeiterin Abitur nachgemacht; Psychologiestudium	DiplomErnährungswissenschaftlerin und Heilpraktikerin (mit psychologischen Inhalten), zwischendurch Lehramtsstudium	Ergotherapeutin, Diplompsychologin	Bibliothekswissenschaft, nach der Wende Studium der Sozialen Arbeit
Beruflicher Werdegang	15 Jahre in einer Kriseneinrichtung für Erwachsene, dann nach der Erkrankung seit 5 Jahren in der Krebsberatung in einer psychosozialen Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige, Selbsthilfe Krebsberatung Berlin	Während Psychologiestudium als Sozialarbeiterin gearbeitet (studentische Beratungsstelle FU, Mütterberatungsstelle); Praxisgründung einer psychotherapeutischen Praxis, danach Psychologin in Kita, neue Praxisgründung zusammen mit einer Kollegin	Nach Tätigkeit in der pharmazeutischen Industrie, selbstständige Ernährungsberaterin und Heilpraktikerin	Ergotherapeutin in der Psychiatrie, danach Studium der Psychologie, danach Arbeit in der Suchthilfe, Familientherapie	5 Jahre Leitung Flüchtlingsheim, dann 10 Jahre soziale Arbeit in der Altenpflege sowohl im sozialen Dienst als auch als stellvertretende Heimleiterin
Einstieg in die Krebsberatung	Nach der Erkrankung	Vor und nach der eigenen Erkrankung	Nach der Erkrankung	Nach der Erkrankung	Nach der Erkrankung
Krebsberatung seit	Seit 2009	n.b.	Seit 2012, vorher ehrenamtliche Tätigkeit in der Krebsberatung	Seit 2004	Seit 2011
Standort Krebsberatung	Berlin	Berlin	Berlin	Berlin	Berlin

Die oben dargestellte Übersicht umfasst die wesentlichen Angaben der Befragten zu Alter, Familiensituation, Grundberuf, Beruflicher Werdegang, Einstieg in die psychosoziale Krebsberatung, Beginn der Tätigkeit in der psychosozialen Krebsberatung, Standort der Organisation/Praxis, Tätigkeitsfelder, Stundenumfang und Beratungsfrequenz, weitere Tätigkeit (falls vorhanden), Angaben zum Team der Krebsberatungsstelle/Praxis, Grund der Berufstätigkeit (in der Krebsberatung) nach der Krebsdiagnose (Leitfaden Fragegruppe 1 und 2).

Die Auswahl der Experten/innen für die Interviews orientierte sich im Wesentlichen an zwei Kriterien: Berufstätigkeit in der psychosozialen Krebsberatung und eigene Betroffenheit durch eine Krebserkrankung, wobei es unerheblich war, ob die Betroffenen tatsächlich medizinisch als geheilt galten. Da männliche Berater in den psychosozialen Krebsberatungsstellen und freien Praxen kaum existieren, konnten nur Beraterinnen befragt werden. Auch ergab es sich durch Zufall, dass außer in einem Fall nur Diplom-Psychologinnen als IP zur Verfügung standen. Zugang und Anfragen für die Bereitschaft zum Interview fanden persönlich/mündlich durch die Netzwerke der Verfasserin, die als Selbstbetroffene ehrenamtlich in der psychosozialen Krebsberatung tätig ist, statt.

4.4 Forschungsverlauf

Die fünf Interviewpartnerinnen wurden im April und Mai mündlich mithilfe des Leitfadens in Einzelinterviews befragt. Die Interviews wurden aufgezeichnet. Die Gespräche fanden in den Büros der Krebsberatungsstellen, sowie Therapiezentren statt und dauerten zwischen 60 und 90 Minuten. Danach wurden die Gespräche transkribiert und elektronisch gespeichert (vgl. Meuser & Nagel, 1991, S. 455-456). Die Anonymität wurde zugesichert, sodass in der Auswertung nur die Bezeichnung: Interviewpartnerin (IP) mit der zugehörigen Interviewnummer (1-5) verwendet werden.

In allen Interviews entwickelte sich nach einer kurzen Phase des Kennenlernens sehr schnell eine Vertrauensebene. Die Gesprächsathmosphäre war geprägt von einem respektvollen und dennoch sehr persönlichen Miteinander. In der Funktion als Interviewerin durfte ich die Erfahrung machen, dass mir seitens der Interviewpartnerinnen (IP) teilweise sehr vertrauliche, ausführliche und persönliche Antworten, bzw. Gespräche angeboten wurden. Das feedback meiner IP bestätigte meine Wahrnehmung: Die Interviews wurden als angenehm, „überhaupt nicht anstrengend – wie ich gedacht hätte“ (IP 2) oder auch als bereichernd und „irgendwie entlas-

tend – als hätte ich mir etwas von der Seele geredet, wovon ich nicht wusste“ (IP 5) empfunden.

4.5 Auswertung

4.5.1 Paraphrasierung und thematischer Vergleich

Zunächst wurden die Aussagen der IP im Sinne einer Verdichtung nach den Dimensionen der tatsächlich gestellten Fragen der Interviewerin kategorisiert und paraphrasiert, die Kategorien(?) orientieren sich wiederum an den Fragen des Interviewleitfadens (siehe Anhang). Dabei zeichnete sich bereits eine mögliche zusammenfassende Kategorisierung der Antworten ab, die dann als Überschriften für die späteren Arbeitsschritte genutzt werden konnte (vgl. Meuser & Nagel, 1991, S. 457-468). Durch die Einordnung der Antworten nach ähnlichen Fragestellungen konnten sie nebeneinander gestellt werden und waren somit vergleichbar (vgl. Meuser & Nagel, 1991, S. 459-462). Im Wesentlichen ergaben sich Kategorien, die auch im Leitfaden dargestellt sind. Im Folgenden sollen die zentralen Ergebnisse der Interviews zusammengefasst werden:

4.5.2 Ergebnisse nach Kategorien

4.5.2.1 Selbstbetroffenheit als Fachkraft mit Krebs, Krankheitsverlauf und Verarbeitungsprozess

Die befragten selbstbetroffenen Fachkräfte erleben ihre jeweilige Krebsdiagnose (Krebs der Brust bzw. Gebärmutter)²⁵, als einschneidendes Ereignis: „*Schock*“ (IP 2, Z 106) und „*heftigen Schlag*“ (IP 1, Z 149), „*Bedrohung*“ (IP 1, Z 141), aber auch als Aufforderung zum Handeln: „*Scheiße, jetzt muss ich was tun!*“ (IP 3, Z 202). Eine IP äußert die massiven Ängste, die sie zu diesem Zeitpunkt hatte, aber jetzt vergessen habe.

Aber wenn ich das erzähle, sagt mein Mann, du vergisst, dass du damals ganz viel Angst hattest so in den ersten 2 Jahren. Und das hab ich einfach vergessen, dass es doch auch eine Belastung war. (IP 4, Z 119-121)

Im Nachhinein formulieren alle Befragten ihre persönlichen Erkenntnisse, die sie aus der Erkrankung und ihrer Bewältigung gezogen haben: „*dass*

²⁵ Vgl. Übersicht Tab. 2. In einem Fall wurde später noch zusätzlich ein vermutlich gutartiger Tumor im Kopf entdeckt.

man nichts nach hinten verschieben darf“ (IP 1, Z 153). Die IP betonen das Potenzial ihrer Erkrankung als Impuls zur Veränderung von persönlichen Einstellungen:

(...) also...ich glaube eher langfristig, nicht sofort, also vielleicht sofort, indem es mir leichter gefallen ist, auch mal andere um Hilfe zu bitten, aber langfristig schon noch mehr auf mich selber zu gucken. (IP 5, Z 150-152)

(...) im Nachhinein muss ich sagen, für mich war die Krebserkrankung auf ganz wenige Worte gefasst, ich hab meine Harmoniesucht damit zerschlagen und das war sehr sehr heilsam – also ich war vorher ein sehr harmonieliebender Mensch. (IP 3, Z 212-214)

So wurden den Befragten durch und trotz der Erkrankung die eigenen Handlungs- und Steuerungsmöglichkeiten in ihrer Situation bewusst:

Und dann bin ich dazu gekommen: ok, ich kann viel in meinem Leben beeinflussen... (IP 1, Z 162-163)

Ich kann etwas bewirken, wenn ich mich auf das einlasse – was man wie auch immer nennen will, also ich bete jeden Abend, und gehe durch meinen ganzen Körper und bete um Gesundheit und Heilung. Und das...das mache ich bestimmt jetzt schon 10 Jahre lang. (IP 2, 145-148)

Die Befragten formulieren unterschiedliche persönliche Ressourcen, zu denen sie erst durch die Krebserkrankung Zugang gefunden haben. Diese Ressourcen werden von den IP verschiedenen Aktivitäten und Einstellungen zugeschrieben: Beschäftigung mit Kunst und Malen, Kunsttherapieausbildung (IP 1, Z 566-568), Sport und Radtour trotz Fatigue (IP 2, Z 133-135). Die eigenen Entscheidungen zu treffen trotz Handlungsdruck von außen, entpuppte sich bei IP 3 als wesentliche Ressource: Sie entschied sich bewusst zunächst gegen familiären Widerstand gegen eine OP. Durch bewusste Distanz zum häuslichen Umfeld konnte sie sich selbst finden und den weiteren Behandlungsweg für sich bestimmen: Das Alleinsein wurde als Ressource zur Krankheitsbewältigung empfunden:

(...) also ich hatte schon – also vorher schon war wirklich das Alleinsein – ich hatte zwar schon Freunde, die mich da gestützt haben, aber die Freunde, das war ganz spannend zu beobachten, also...die alten sind gerade zu dem Zeitpunkt, haben Berlin verlassen, sind weggezogen und die anderen es war im Sommer (...) (IP 3, Z 269-272)

(...) ich hab dann die Notbremse gezogen und hab dann gesagt ich muss mindestens 1 Woche raus, habe mich ins märkische Land bewegt, in das schöne, nette Städtchen Buko, hab mich dort eingemietet und bin jeden Tag wandern gegangen – von morgens bis abends...ich hab wirklich morgens gefrühstückt, bin dann losgezogen und habe dann...bin Abends erst wieder zurückgekommen – manchmal wusste ich einfach gar nicht wohin und da hab ich immer gemerkt ich hab dort – ja – mein Vertrauen in mich gefunden, in das Ganze, ich hab so viele Zeichen, wie auf dieser Wanderung...ich hab auf einmal meine Wege gesehen also das war...das kann man jetzt schwer mit Worten beschreiben (...)
(IP 3, Z 306-314)

Weitere persönliche Ressourcen der befragten Frauen waren die Beschäftigung mit alternativen Heilweisen oder Besuch bei Heilern (IP 3, Z 299-302; IP 4, Z 238-242), Visualisierung und NLP, Hypnotherapie (IP 2, Z 166-170; IP 4, Z 236), Qi Gong-Gruppe (IP 4, Z 349-352), mehrjährige begleitende Psychotherapie (IP 3, Z 153; IP 4, Z 374-379; IP 5, Z 152-161). Insbesondere das Erleben und Unterwegssein in der Natur spielen ebenfalls eine wichtige Rolle (IP 2, Z 87-88; IP 3, Z 307-315).

Auch das private Umfeld wird von den Befragten als Ressource zur Krankheitsbewältigung erlebt. Dazu gehört neben dem Ehemann und Kindern, insbesondere Unterstützung durch Freundinnen und Freunde, Therapeutinnen oder eine Qi Gong-Gruppe. Auch die eigenen Kinder bzw. die Verantwortung für sie und den Ehemann entpuppten sich für eine IP als Ressource zur Krankheitsbewältigung (IP 5, Z 166-170). Kinder und Mann stellten aus ihrer Sicht sowohl Kraftquelle als auch Belastung dar, da diese nahen Menschen selbst Hilfe wegen der erkrankten Ehefrau/Mutter benötigten.

Die Perspektive, später wieder arbeiten gehen zu können, wird ebenfalls als Ressource erlebt:

„die Perspektive, arbeiten zu können. Ich kann manchmal hier zu Beratung kommen Menschen, die auch sozial nirgendwo angebunden sind, die haben auch keine Arbeitsstelle... dann sind die an irgendwelche Ämter angewiesen die die sehr unpersönlich behandeln. (IP 1, Z 262-265)

Gleichzeitig berichten die Befragten, dass das Belastungserleben in der akuten Phase nach Diagnose und Behandlung sehr hoch war. Dabei bezogen sich die Belastungen einerseits auf den eigenen Körper und seelische Funktionen (z.B. nachlassende Gedächtnisleistungen) (IP 1, Z 191-192)

„Angst, Fatigue, Schwerbehinderung, Nachwirkungen der Chemotherapie (IP 2, Z 137-139), das veränderte Körpererleben nach Mastektomie/Hystektomie und auf der anderen Seite auf die familiären Beziehungen und die Bedürfnisse und Ängste von Ehemann und Kindern.²⁶

„(...) und die psychische Belastung war auch schon sehr stark, weil mein Mann, der war damals eher so „um Gottes Willen, ich will mich nicht damit auseinandersetzen, dass du sterben könntest!“; von daher gab es keine gute Kommunikation... (IP 5, Z 122-125)

Dabei war und ist das Belastungserleben durch die Erkrankung und medizinische Behandlung individuell verschieden. Das psychophysische Belastungserleben nach der OP durch den Eingriff war hoch:

Die körperliche Belastung war bei mir sehr stark, das hat unheimlich lange gedauert, bis der Körper sich umgearbeitet hat. Man denkt da wird nur die Gebärmutter rausgenommen, aber ich hatte das Gefühl, der ganze Körper hat irgendwie damit zu tun irgendwie diese Lücke zu füllen und ich war permanent müde also ich hab auch wirklich 7 Wochen lang geschlafen und dachte nein, ich kann nach 8 Wochen nicht wieder arbeiten gehen, dann ging's aber so aufwärts... (IP 5, Z 117-122).

Gleichzeitig wurde die Hysterektomie als Entlastung und Gewinn an Lebensqualität erlebt (IP 5, Z 140-142):

(...) immer wieder dieser Krankheitsgewinn, die Gebärmutter ist raus, die Sauerei ist vorbei und man kann es sich gar nicht vorstellen, aber das war so unglaublich erleichternd. Also weil ich auch wieder Kraft hatte, dieser ewiger Eisenmangel über Jahre – das war immer so...immer am Rande der Erschöpfung und – das war vorbei und das hat mir schon viel Kraft gegeben (IP 5, Z 180-184)

Den Verlust der Brust beschreibt eine Befragte, die sich erst nach mehreren Jahren für diese OP entschieden hatte, als massive Belastung ihres Körpererlebens und des Umgangs mit Nacktheit:

(...) und ich hatte das Gefühl, ich hätte getrauert, aber das war nicht genug und das hab ich irgendwie so...also der Verlust der Brust hat mir irgendwie zu schaffen gemacht. Ich weiß dass ich direkt nach dem Krankenhaus zu ner Freundin gegangen bin, als ich entlassen wurde,

²⁶ In diesem Fall wurde auch nicht mit den Kindern über die eigene Erkrankung gesprochen, was die Befragte im Nachhinein als nicht richtig bezeichnet (IP 5, Z 125-137).

und die Freundin lief dann immer nackt in ihrem Garten durch, und das hat mich gestört, dann hat sie auch noch zu meinem Mann gesagt, er sollte sich doch ausziehen, da der ja so viel an hatte und mein Mann hatte auch aus Solidarität sein T-Shirt an und sein Hemd an und sowas hat mich halt – das hat mich halt tief gekränkt. (IP 4, Z 306-313)

4.5.2.2 Einstieg in die Krebsberatung als selbstbetroffene Fachkraft

Der Überstieg in die psychosoziale Krebsberatung findet für eine IP aus finanziellen Gründen in relativ kurzer Zeit nach OP und Behandlung statt, für die anderen IP erfolgt er nach einer längeren, bisweilen mehrjährigen Arbeitspause. Für alle gilt allerdings, dass sie erst nach der eigenen Erkrankung in diese Beratungsform finden (vgl. Kap. 3.4.3). So berichtet eine Befragte, die sehr lange die OP hinausgezögert hatte:

Ich hab ziemlich...ne...also ich bin im Mai operiert worden und im September hab ich mich beworben, um diesen Job hier, und das war glaub ich, ganz wichtig für mich, so Neuanfang zu machen, und ich hatte ach noch vorher schon, das gehört noch zur Krankheitsgeschichte im Grunde, hatte ich Frauen, andere Frauen kennengelernt, die auch so lange gewartet haben, die auch andere Sachen gemacht haben, und das hat mich gestärkt. (IP 4, Z 329-334)

Der Impuls, selbst als krebsbetroffene Fachkraft dort zu arbeiten, stellt sich die Befragten als ein längerer Prozess des Nachdenkens, Reflektierens und der eigenen Krankheitsverarbeitung dar. So spielen Kontakte zu den Beratungsstellen, in denen sie später angestellt werden, eine wichtige Rolle, da sie aus dem Umfeld angefragt werden (z.B. IP 3).

Zur Entscheidung für eine solche Tätigkeit trägt nicht nur die eigene Selbstbetroffenheit durch Krebs bei, sondern Wechsel aus dem bisherigen alten Arbeitsfeld und dort erlebte Konflikte nach der Erkrankung, Wunsch nach persönlicher Weiterentwicklung, nach Weitergabe von eigenem Wissen und Erfahrungen und Wunsch nach Anerkennung der Kompetenzen als Krebskranke. Auch die eigene negative Erfahrung als Krebsbetroffene im herkömmlichen Gesundheitswesen und Wissen um den Bedarf an Gesprächsgelegenheiten für Krebskranke spielen eine Rolle, die Tätigkeit aufzunehmen:

Und ich wollte unbedingt mit jemanden reden im Krankenhaus. Und dann habe ich gesagt eine Psychologin, den Psychologen...aber es ist keiner gekommen, weil – die war irgendwo da, aber sie ist nicht gekommen. Dann habe ich gedacht – naja keine Zeit oder...und das, das

hat dann eine Rolle gespielt. Ich habe gedacht, das ist etwas, was das kann nicht sein, denn ich brauche Menschen. (...) Weil später, als ich draußen war, konnte ich (...) jemand finden. Aber davor, wo ich es gebraucht hätte, und für mich war das auch schrecklich. Ich habe keine gute Erfahrung mit der Begleitung gemacht, aber ich habe erfahren, wie wichtig sie ist...wenn sie nicht da ist... (IP 1, Z 353-362)

Einen Einfluss hat auch das eigene Überstehen der Erkrankung. Dabei schreibt eine IP der eigenen Behandlungserfahrung, der Überlebenserfahrung und das gewonnene Selbstbewusstsein als krebserfahrene Frau eine wichtige Rolle bei der Entscheidung zu:

Also ich hatte schon immer wieder erlebt, was es heißt Nachsorge und wird alles gut und so – also ich fühlte mich auch zu dem Zeitpunkt so gut, dass ich das Gefühl hatte, ich hab es überlebt. Also, ich lebe nach wie vor mit dem Gedanken, nicht ich hatte Krebs, sondern es begleitet mich, ich bin krebserfahren, also das ist nix, was ich sage, ist vorbei, es ist auch deswegen nicht vorbei, weil ich vor 4 Jahren durch den Zufallsbefund einen gutartigen Hirntumor diagnostiziert bekommen habe. (IP 5, Z 250-255)

Für eine Befragte ist die Selbstbetroffenheit das entscheidende Kriterium für ihre Tätigkeit in der Krebsberatung:

„So, also Selbstbetroffenheit – bin ich und Beratung ist genau das, was ich wollte. Also sie ist eher zu mir gekommen, als dass ich sie gesucht hätte.“ (IP 5, Z 202-204)

Die befragten Fachkräfte betonen, dass sich ihre persönlichen Hoffnungen in Bezug auf die Arbeitsstelle erfüllt haben: Ihre Tätigkeit erleben sie persönlich als sehr sinnvoll für sich:

(...) wirklich großen Gewinn, dass ich hier arbeite und mich hat auch geleitet die Entscheidung für diese Stelle, also ein Gefühl, wenn ich schon arbeiten muss, dann will ich hier an einer Baustelle arbeiten, wo meine ganze Kompetenz, meine Energie wirklich Sinn macht. (IP 1, Z 320-323)

(...) also Hoffnungen natürlich, dass es das ist, was ich mit vorstelle, nämlich hier einen beratenden Kontext zu haben, Setting zu haben, indem ich andere begleiten kann auf ihrem Lebensweg, der in dem Moment durch Krankheit geprägt ist und das hat sich sehr erfüllt. (IP 5, Z 207-210)

So äußert eine Befragte, wie sie den Sinn ihrer Tätigkeit erlebt:

(...) aber ich merke, wie dankbar es ist, anderen da Hilfestellung zu geben. Und das ist erfüllend, ja...das muss ich wirklich sagen. Ja, das schätze ich am meisten, dass man Menschen in ihrem eigenen Weg unterstützen kann, also da nicht Vorgaben machen, das und das ist zu tun, sondern sie dahingehend zu stärken, auf ihre eigene Stimme zu hören, ihrer Intuition zu folgen und einfach sie fachlich zu unterstützen, dass sie sich dementsprechend schlau machen können, wie sind die Fakten, das war für mich auch damals sehr sehr wichtig, und weil ich einfach denke, man muss erstmal alles wissen, was es dazu zu wissen gibt. Und aufgrund der Basis kann man dann für sich selbst die Entscheidung treffen. (IP 3, Z 481-489)

4.5.2.3 Potenziale und Vorteile der psychosozialen Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte

Die befragten Fachkräfte sehen das Potenzial in dieser Beratungsform im Rahmen der Krebsberatung gegenüber einer ‚herkömmlichen‘ Beratung durch nichtbetroffene Fachleute. Sie äußern nicht nur das Erleben einer großer Sinnhaftigkeit, sondern erleben Selbstwirksamkeit als selbstbetroffene Fachkraft. In unterschiedlicher Gewichtung wird von ihnen angenommen, dass sie als Selbstbetroffene ‚anders‘ als nichtbetroffene Berater/innen agieren. Diese Differenz wird an folgenden Punkten festgemacht: Mehr Empathie und Verständnis für die Klienten/Innen, mehr Wissen um die Risiken der Erkrankung und Behandlung, weniger Angst vor der Erkrankung, Erfahrung der eigenen Entwicklung in der Erkrankung:

(...) für mich ist es so, dass erstens ich hab die Möglichkeit, mich anders in den Gegenüber reinzusetzen und kann das so verstehen. Ich habe das Gefühl, dass dieses Verständnis viel tiefer ist, und dadurch kann ich auch Fragen stellen, ich erkenne schneller, wenn jemand, die Momente, wo jemand ausweicht, wo jemand noch nicht auf die Idee gekommen ist, dass da ein Problem sein kann, ich weiß, dass da ein Problem sein kann und frage nach und plötzlich öffnet sich ein Erkenntnis oder eine Tür. (IP 1, Z 377-382)

Das heißt man kennt den Weg und die Gefahren, weiß, wo die Abgründe sind, und weil man diesen Weg selber durchgegangen ist. Dann kann man anders lotsen, als wenn man selber neu ist, und ist darauf angewiesen, was Klient sagt. Das heißt, da drin kann ich mich besser reinverset-

zen, und das heißt, ich kann besser konfrontieren mit den Sachen und ich (...) bekomme nicht die Antworten hier „ach, sie können mich nicht verstehen, sie haben das nicht erlebt“. (IP 1, Z 383-388)

(...) ja also das, was ich vorhin, glaube ich, am Anfang gesagt habe, dass man auf einer Ebene miteinander kommuniziert, weil der andere ja auch betroffen ist, dass das Türen öffnet. Und dass ich da Zugang bekomme. Und erlebe, dass mein Gegenüber sich dann auch vielleicht eher verstanden fühlt oder jemanden gegenüber hat. (IP 2, Z 260-263)

(...) also ich glaube die Vorteile sind, wenn man so eine Krankheit durchlebt hat und dadurch dass man das macht hat man sie auch positiv durchlebt, da ist man gewachsen, enorm gewachsen ich glaube, man geht dadurch auch vielleicht mit ein bisschen weniger Angst an die Krankheit ran (IP 3, Z 499-502) (...) und deswegen merke ich, ja es hat auch eine Verbundenheit. (IP 3, Z 569-570)

Die eigene Erkrankung wird von den Befragten den Klienten/innen reflektiert offengelegt:

(...) also jedenfalls die meisten – eigentlich habe ich es allen auch erzählt, dass ich auch betroffen bin... (IP 2, Z 265-266)

(...) ich hab am Anfang die Beratung doch schon so gestaltet, dass es eine Entwicklung jetzt über die Zeit; am Anfang habe ich nie von meiner eigenen Betroffenheit geredet. Also jemand, der zu mir kam, hat es gar nicht gewusst. (IP3, Z 561-564)

(...) also es ist auch nie, dass ich in der ersten Beratung sag, also ich hatte Gebärmutterhalskrebs und außerdem habe ich auch noch diesen Hirntumor, das gar nicht, aber es gibt natürlich besondere Beratungssituationen, in denen ich das auch dann anspreche. Und da kommt es ganz oft, dass die sagen, oh, dass Sie das auch so erlebt haben und dass Sie es bis jetzt auch überlebt haben oder so, das ist total hilfreich. Oder es ist ganz oft schon dieses sie wissen ja wovon ich rede und das ist totalerleichternd für die Klienten, und da merk ich aber auch so eine Dankbarkeit dass eben das Gespräch dadurch einfach wird und ansonsten krieg ich ganz oft nach den Beratungen „das hat mir gut getan und das war gut, dass ich hierher gekommen bin“ und so... (IP 5, Z 309-318)

Insbesondere äußern die Befragten, dass sie als selbstbetroffene Beraterin mehr Mut zur direkten Konfrontation haben, um die Klienten/innen auf unangenehme Aspekte der Erkrankung/Behandlung aufmerksam zu machen:

Das heißt da drin kann ich mich besser reinversetzen und das heißt, ich kann besser konfrontieren mit den Sachen und ich (...) bekomme nicht die Antworten hier „ach, sie können mich nicht verstehen, sie haben das nicht erlebt“. (IP 1, Z 385-388)

Es war jedoch trotzdem eine stille Ressource, weil ich denke, ich kann anders fragen, ich hab auch mehr Mut als Betroffene zu fragen, also andere Fragen zu stellen, die mir, glaube ich, als nicht-Betroffenen nicht so zustehen. Die aber für denjenigen ganz richtungsweisend sein können. Und ich bin mittlerweile auch so, dass ich offener dann mit Klienten umgehe und ihnen auch von mir erzähle, und dann merke ich, dass sehr viel Erleichterung und positive Rückmeldungen kommt und deswegen merke ich, ja es hat auch eine Verbundenheit. (IP 3, Z 564-570)

Geäußert wird auch, dass sie selbst weniger Angst vor der Krankheit haben als nichtbetroffene Ärzte:

(...) ich glaube, man geht dadurch auch vielleicht mit ein bisschen weniger Angst an die Krankheit ran... das ist etwas, was mich auch persönlich so betroffen macht, wenn ich Aussagen über Dritte, also über Beratende höre von Ärzten, wie sie damit umgehen, da spüre ich ganz offene Angst hinter von den Ärzten...ich denke, wenn jemand die Krankheit noch nicht selber durchlaufen hat was bei meisten Ärzten ja nicht der Fall ist (...). (IP 3, Z 502-506)

Ein weiterer wichtiger Vorteil der Beratung wird in der Beratungsangeboten dieser psychosozialen Krebsberatungsform gesehen, die sich aus der Selbsthilfe entwickelt hat: Niedrigschwelligkeit der Angebote, die den Klienten den direkten Zugang erleichtern; direkte Telefonkontakte, direkte Termine für Beratung, Gruppenangebote und insgesamt ein komplexes Hilfeangebot für alle Personen, die betroffen sind, als Erkrankte wie Angehörige:

(...) also was ich dazu immer sage, es macht uns nicht zu besseren Beratern, aber es macht den Klienten den Weg leichter. Also es ist ein viel niedrigschwelligeres Angebot (IP 5, Z 297-299)

Selbstbetroffenheit der Berater/innen und das umfassende Hilfeangebot ihrer Organisation/Praxis werden als wesentliche Charakteristika dieser Beratungsform verstanden:

Also das ist für mich das Potential, allerdings immer auf Selbstbetroffenheit und Professionalität, also diese Kombination. (IP 5, Z 302-304)

(...) und das find ich auch zu Recht, mit der Selbstbetroffenheit, weil das ist auch so ein Alleinstellungsmerkmal hier für uns und Werbung läuft immer über so ein Alleinstellungsmerkmal und wir werben auch damit, dass wir Zeit haben und zwar nicht nur Zeit eben 15 Minuten, sondern Zeit haben im Sinne von „sie können so lange hierher kommen, bis Sie und wir auch meinen, dass Sie es brauchen“. Und wir werben mit unserem Angebot, was sehr vielfältig ist. Wir haben viele Gruppen (IP 5, Z 494-500)²⁷

Die Befragten berichten von positiven Rückmeldungen von Klienten/innen: Offensichtlich haben sie als krebserfahrene Beraterinnen eine Vorbildfunktion für ihre Klienten/innen:

(...) naja das, was wir hier machen sehr hilfreich ist, es gibt Extreme, sie hätten es ohne uns nicht überlebt. Was ich nicht denke. (IP 1, Z 398-399)

„Und da kommt es ganz oft, dass die sagen, oh dass Sie das auch so erlebt haben und dass Sie es bis jetzt auch überlebt haben oder so, das ist total hilfreich. Oder es ist ganz oft schon dieses sie wissen ja wovon ich rede und das ist total erleichternd für die Klienten, und da merk ich aber auch so eine Dankbarkeit, dass eben das Gespräch dadurch einfach wird und ansonsten krieg ich ganz oft nach den Beratungen „das hat mir gut getan und das war gut, dass ich hierhergekommen bin“ und so... (IP 5, Z 312-318)

²⁷ Zur Angebotspalette dieser Krebsberatungsstelle (IP 5) gehören z.B. Einzelberatungen, Familienberatungen, eine Gruppe kreatives Schreiben für Betroffene, ein Männergruppe für Betroffene, tibetisches Yoga für Männer, Paargruppe (von einem Betroffenen und einer Angehörigen angeleitet), Achtsamkeitstraining, Kunsttherapiewerkstatt, Kunsttherapiegruppe für Angehörige, Trauerchor, Singen für Betroffene und Angehörige, Filmgruppe für junge Trauernde für Töchter und Söhne „von den Eltern, die dann mit 40, 50 gestorben sind“, Atemgruppe für Betroffene als auch für die Angehörigen, angeleiteten Gruppen für Frauen, Gesprächskreis für Angehörige und eine Trauergruppe für Eltern (vgl. IP 5, Z 505-522).

4.5.2.4 Nachteile, Belastungen und Risiken als selbstbetroffene Fachkraft in der psychosozialen Krebsberatung

Die befragten IP äußern sich nach den Belastungen, Risiken und Nachteilen dieser Beratungsform: Manche Befragte empfindet ihre Arbeit nicht als Belastung oder als ähnlich belastend wie ihre Beratungstätigkeit vor ihrer Erkrankung.

(...) also es gibt natürlich belastende Beratungssituationen, aber die haben nix mit meiner Situation zu tun. Also die gibt es natürlich, die haben nicht unmittelbar mit meiner Krebsituation zu tun. (IP 5, Z 341-343)

Belastungsaspekte sind:

(...) das ist, wenn die Behandlung vom kurativen Moment in die palliativen geht, und die Phase sozusagen ist es ist klar, der Patient wird nicht mehr gesund, sondern geht es eigentlich die Krankheit geht in Progress und dann wird klar, das ist die Frage der Zeit wie lange noch jemand lebt und dann wird er oder sie versterben, dann muss ich nochmal sozusagen gucken, ok, was glaube ich diese Begleitung zu meistern? (IP 1, Z 445-450)

Ich...ich bin keine Heilerin, ich kann auch kein Heilversprechen machen, ich kann begleiten, und das ist manchmal glaub ich, nicht so leicht auszuhalten, zu sehen, dass mein Gegenüber dann vielleicht anfängt zu rauchen, zum Beispiel. (IP 2, 310-312)

Belastungen ergeben sich durch die situativ enge Nähe des Beratungsthemas mit eigenen Themen der Beraterin. So äußert eine Befragte, dass Übertragungen ein Problem darstellen:

Natürlich gibt es auch, in Paarberatungen, wo ich dann das Gefühl hab, ach, da könnt ich jetzt doch mit meinem Mann sitzen, also solche Dinge, ja, dass...wir finden uns ja auch vielleicht immer ein Stück in anderen Situationen wie der. Oder wo ich aufpassen muss, ist ja mit Übertragungen ... (IP 5, Z 343-346)

Da werden die Ängste getriggert.(IP 1, Z 453)

Belastungen sind z.B. psychische Erkrankung des Klienten (IP 5, Z 349-351).

Grenzen dieser Beratungsform bei Krebs durch selbstbetroffene Fachkräfte sind vor allem Grenzen der eigenen Belastbarkeit. Eine formelle Grenze ist die generelle Abwehr der Klienten gegen eine Beratung. Die eigene Bedarfsorientierung eng am Klientenbedarf kann hier die Beraterin unterstützen, den Klientenwillen zu respektieren und sich nicht über Gebühr zu engagieren.

(...) ja, aber ich glaube, die Grenzen sind genauso dort – das ist die eigene Belastbarkeit und auch die Inanspruchnahme – wenn der Mensch sagt „nein, da will ich nicht“ – dann ist klar, wir werden nicht weiter tätig sein und deswegen ist es wichtig, sich so bedarfsorientiert wie möglich sich an den Klienten zu wenden, sonst sind die Grenzen sehr schnell erreicht. (IP 1, Z 474-478)

Eine IP nennt fachlich-inhaltliche Grenzen (z.B. in medizinischen Fragen), wobei sie dann an die Ärztin in der Beratungsstelle weiterverweist (IP 3, Z 601-603). Grenzen zeigen sich dann, wenn der Tod einer Klientin wahrscheinlich ist und sie für kleine Kinder sorgen müssen und der Partner dadurch hoch belastet ist:

Und selten heißt, weil es mir schon irgendwie nah geht, wenn jetzt eine junge Frau an Krebs erkrankt, 2 kleine Kinder da sind und es ist klar, es geht zum Ende eben; also das hab ich jetzt auch mehrfach gehabt und dann dieses Ringen des Paares zu gucken, der Mann will nicht, dass sie geht und die Frau ist schon viel weiter und weiß, dass sie gehen muss und sie will aber noch viel für die Kinder regeln und das ist schon was, wo ich immer denke, „Scheiß, das ist ungerecht!“ (IP 5, Z 370-375)

Nachteile dieser Krebsberatung werden von den Befragten hinsichtlich der Außenwirkung der Beratungsarbeit in der (Berliner) Krebsberatungsszene gesehen. So weist eine Befragte darauf hin, dass ihre Beratungsform bislang eine (negative) Außenwirkung als bloße Selbsthilfegruppe hat und dem Vorwurf der Unprofessionalität ausgesetzt ist:

(...) naja Nachteile – ich weiß es nicht, wir werden tatsächlich manchmal als Exoten behandelt, und dadurch dass man z.B. kein Standard daraus machen kann, dass jede Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige soll Betroffene arbeiten, ich weiß es nicht, wir werden manchmal so ein bisschen in der Szene, in der Vernetzung mit anderen Einrichtungen manchmal tatsächlich wie Selbsthilfegruppe gesehen und dargestellt als professionell arbeitende Beratungsstelle. (IP 1, Z 503-508)

Wir haben auch diesen Selbsthilfensatz und ich find Selbsthilfe auch sehr wertvoll. Aber im Kontext z.B. von moderierten Gruppen, was wir hier eben machen. Nicht, dass sich Betroffene ganz alleine nur treffen, weil da kommt es dann oft so „kenn ich auch“ und ob man da dann so ernst genommen wird...ist schwierig. (IP 5, Z 358-361)

4.5.2.5 Entlastungsmöglichkeiten

Um die Belastungen ihrer Tätigkeit in der psychosozialen Krebsberatung abzufedern, haben die Befragten individuelle Strategien entwickelt: Diese reichen von Abgrenzungsstrategien bis hin zu beruflichen Entlastungs- und Bewältigungsmöglichkeiten wie Intervision, Supervision, kollegialen Gesprächen (vgl. IP 5, Z 364-369): So berichten die Befragten über flexible, situative und sehr kurzfristige Distanzierungsstrategien im beraterischen Setting ohne aus dem Kontakt mit dem Klienten herauszugehen:

Das ist sein Schicksal oder ihr Schicksal und ich bin ich und das...das...Meine Geschichte ist eine andere. So, aber so klar ist...ich muss es mir nicht mehr so klar sagen oder vor Augen führen, das ist für mich selbstverständlich. Aber ich gehe in die Beratung nicht mit einer eingebauten Grenze ein, sondern das ist – ich öffne mich und geh in den Kontakt und dann gehe ich ein bisschen zurück, damit ich meine Arbeit machen kann, obwohl das beide gehört dazu, diese Offenheit ist notwendig, um Kontakt aufzunehmen. (IP 1, Z 530-528)

(...) ich nehm mich dann kurz zurück. Ich muss mich dann kurz ausklingen innerlich, das sind nur Sekunden aber wo ich mich wirklich ganz kläre und sag, ok, das bin jetzt nicht ich. Das sind wirklich dann die...das ist wirklich wie so ein...ja...kurzes Abgrenzen...ich mach mir dann manchmal auch so...ich find ja auch anthroposophische Medizin ganz spannend oder in der Eurythmie, die zu der Anthroposophie gehört, da gibt es ja auch so ein paar Bewegungen, die eine ist das O, ja das steht für meinen eigenen Raum, das stell ich mir in dem Moment auch immer vor, und das E steht für Abgrenzung...und diese beiden Symbole, die helfen mir da, mich da absolut abzugrenzen. Und dann bin ich wirklich auch wieder auf Distanz, dann also das sind wirklich nur so Sekunden. (IP 3, Z 613-622)

Eine wichtige Strategie zur Belastungsreduktion in der Krebsberatung ist die Begrenzung auf einen geringeren Stundenumfang bzw. eine begrenzte Klienten/innenzahl. So berät IP 2 nur sehr wenige Krebserkrankte; IP 4 betont die Begrenzung der Stundenzahl, die von der Beratungsstelle vor-

gegeben ist. Vier der fünf befragten Beraterinnen haben einen Beratungsumfang, der nicht über eine halbe Vollzeitstelle hinausgeht (vgl. Kap. 4.3):²⁸

Aber...ja...ach so, und was ich nochmal sagen will zu dem, mit dem Abgrenzen...ich finde es total gut, in so einem Beruf nicht voll zu arbeiten. Z.B. die Berliner Krebsberatung hat ihre Stunden auch mit 20 Stunden Stelle, und das find ich einen guten Schutz für die Mitarbeiterinnen auch und wir hier arbeiten im Wesentlichen mit Ehrenamtlichen auch also, die nur Minijobs machen, und nur die Leitung, Frau Flöttmann und vorher ich, hatten ein 20-Stunden Stelle. (IP 4, Z 476-482)

Diese zeitliche Begrenzung stellt dementsprechend eine wichtige Resource für diese Tätigkeit dar.

4.5.2.6 Entwicklungsbedarf der Versorgung mit psychosozialer Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte

Ein letzter Punkt der Befragung bezieht sich auf die Bewertung des aktuellen Versorgungsstands und den Entwicklungsbedarf dieser Form der psychosozialen Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte. Dabei beziehen sich die Antworten der Befragten vor allem auf die Berliner Situation, deren Versorgungsnetz mit Beratungsstellen ambivalent beurteilt wird. Übereinstimmung der Befragten besteht darin, dass in Berlin eine flächendeckende Versorgung das Netz an Beratungsmöglichkeiten vergleichsweise dicht geknüpft ist. So wird die Situation im Vergleich zu ländlichen Regionen als besser bewertet, gleichzeitig wird betont, dass die Fachkräfte der 12 Berliner Bezirksberatungsstellen überfordert sind.

Ich habe neulich das durchgerechnet, und in Berlin ist es so, es gibt diese bezirklichen Krebsberatungsstellen, die heißen allerdings so, das sind Beratungsstellen für Behinderte, HIV-positive, Schwerbehinderte Menschen, und Krebskranke. Das heißt da sitzen 1 oder 2 Sozialpädagogen oder Sozialarbeiterinnen und haben Haufen von Menschen zu begleiten und auch Krebskranke. Und von diesen Beratungsstellen gibt es 12. So wie 12 Bezirke. Und die können in sehr kleinen Umfang beraten, allerdings die sind schon wichtig für Sozialberatung, find ich toll, manche sind sehr engagiert, machen dann auch so umfangreiche Beratungen (IP 1, Z 580-587)

²⁸ IP 1 arbeitet in zwei halben Stellen mit Krebspatienten zusammen (vgl. IP 1, Z 128).

Die Zahl an Neuerkrankungen und chronisch Krebskranken machen einen Ausbau der Versorgung notwendig:

(...) aber wenn man sich hier die Zahlen anguckt: 17.000 Neuerkrankungen in Berlin jährlich. Das sind Neuerkrankungen. Und man rechnet, dass in die Beratungsstelle kommen nicht nur die Leute, die neu erkrankt sind, sondern auch die, die schon...und ob die dann Initiativen bekommen...ich weiß nicht wie man das schätzen kann. (IP 1, Z 593-597) (...) 60 Beratungsstellen müssten entstehen. (IP 1, Z 708-709). Diese Ortsnähe ist wichtig, deswegen müssten sehr viele kleine Beratungen zerstreut in Berlin gewesen sein, und wenn man das hochrechnet, reichen diese 15, oder 16 die wir sind lange nicht aus da müssen sehr viel sein. (IP 1, 686-688)

Andere...also jetzt im Gegensatz so zu Brandenburg auf dem Land, wo alles weit ist, wo nichts ist oder auch in kleineren Städten also ich denke, Berlin ist da schon eine Großstadt, wo sich sehr sehr viel tut und wo einfach man auch als Betroffener viele Möglichkeiten hat, ja. (IP 3, Z 673-676)

Dabei gehen Befragte davon aus, dass 1/3 der Erkrankten beratungsbedürftig und 1/3 therapiebedürftig sind; ein Drittel kommt ohne externe Hilfen aus; bei gleichbleibender Verbreitung von Krebsfällen ist das Hauptproblem die zunehmende Wartezeit auf einen persönlichen Beratungstermin:

(...) also man sagt 1/3 der Krebsbetroffenen braucht Therapie – also für 1/3 der Krebsbetroffenen reicht Beratung und Begleitung, 1/3 kommt so wunderbar durch die Krebserkrankung, die brauchen gar nichts, jetzt ist die Zahl der Krebsfälle nicht unheimlich hochgeschneit, sondern relativ konstant geblieben. Auf alle Fälle merken wir, wir haben mehr Nachfrage, wir können die nicht so befriedigen, wie wir die wollen, weil ich finde es eigentlich unmöglich, auf ein Termin eigentlich 6 Wochen warten zu müssen. (IP 5, Z 418-424; vgl. IP 1, Z 621)

Für die längerfristige Beratung stehen nur 4 Beratungsstellen in Berlin zur Verfügung (u.a. auch die eigene Stelle), die Beratung durch Selbstbetroffenen anbieten: „*Das sind Gesellschaft für biologische Krebsabwehr, wir sind dabei, OnkoRat, und Berliner Krebsgesellschaft*“ (IP 1, Z 591-592).

Interessant sind die inhaltlichen Aspekte, die sich in der psychosozialen Krebsberatung nach Meinung der Befragten verändern sollten: So fordert IP 1 eine Begleitung/Beratung systematisch schon in der Klinik in enger Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung (IP 1,

Z 639-641); psychosoziale Begleitung in der Ausbildung von Mediziner:innen. IP 2 hält die Versorgung für rudimentär „*also ich selber kann schon mal sagen, dass ich schon ziemlich viele ablehnen muss*“ (IP 2, Z 357-358; Z 361-362). Nach IP 3 ist gefordert, den Betroffenen mehr Handlungsspielraum für die Steuerung ihrer Behandlung zu geben; biologische bzw. alternative Behandlungsformen müssen auch durch die Krankenkassen finanziert werden (IP 3, Z 688-693). IP 4 spricht an, dass es zu wenige Psychotherapeuten/innen gibt, die diese Klienten/innen beraten (IP 4, Z 513-517), da sie Krebspatienten evtl. wegen der damit verbundenen Belastungen nicht annehmen (IP 4, Z 513-528). Als Lösung schlägt sie vor:

(...) da wär eine Idee zum Beispiel – das gab es, glaub ich, in Bayern mal, dass Psychotherapeuten, die keine Kassenzulassung haben, 10 Stunden auf Kassenkosten mit den Patienten arbeiten können. Das würde ja schon völlig reichen, da zum Beispiel eine Approbation, aber keine Kassenzulassung, und es würd einfach schon reichen, 5-10 Stunden mit jemand zu arbeiten und dann geht's dem schon besser, das hat schon Auswirkungen auf die Krankheitsverarbeitung. (IP 4, 529-534)

Außerdem wird ein Mangel an Gruppenangeboten in der psychosozialen Krebsberatung kritisiert (IP 4, Z 538): „*Es gibt also real zu wenig Gruppenangebote.*“

4.6 Befragungsergebnisse nach Hypothesen

Die oben aufgestellten Hypothesen sollen auf der Basis der Befragungsergebnisse geprüft werden:

Ihre (eigene) Krebserkrankung stellt für die betroffenen Fachkräfte eine schwere Belastung in psychophysischer Hinsicht dar.

Die befragten Beraterinnen in der psychosozialen Krebsberatung bestätigen, dass sie die eigene Erkrankung als schwere Belastung in psychophysischer Hinsicht wie auf das soziale Umfeld bezogen erleben. Sie weisen darauf hin, dass ihre im Durchschnitt mehrere Jahre zurückliegende Diagnose eine deutliche Zäsur in ihrem Leben darstellt und den zeitweisen Ausstieg aus dem Beruf forderte. Doch ist die jeweilige Belastung durch unterschiedlich wirkende Faktoren moderiert (eigener Finanzierungsdruck, familiäre Unterstützung, Ressourcen der Familie und Freundschaften, eigene Bewältigungsstrategien), sodass von einem differenzierten Belastungserleben gesprochen werden kann.

Es sind Ressourcen vorhanden, um mit der eigenen Krebserkrankung konstruktiv umzugehen.

Die Befragten bemerken, dass sie über persönlichen und soziale Ressourcen verfügen, um die Krankheit zu bewältigen. Sie reichen von eigenen individuellen Strategien bis hin zu einem funktionierenden Netzwerk in Familie und Freundeskreis. Dem gegenüber stehen individuelle Belastungsfaktoren, die die jeweilige Krankheitsbewältigung beeinflussen: familiäre Belastungen, mangelnde Ressourcen des Partners, Kinder, Angst vor sozialen Vorurteilen (die nicht auf die Erkrankung zurückzuführen sind). Im Kern überwiegen die individuellen Ressourcen oder Schutzfaktoren die jeweiligen Belastungsfaktoren.

Der eigene Krankheitsverlauf ist von Bedeutung für die Beratungsarbeit bei Krebs als selbstbetroffene Fachkraft.

Diese Hypothese kann grundsätzlich bestätigt werden. Jede Befragte hat individuelle neue Bewältigungsstrategien durch die Krebserkrankung gelernt. Es kann davon ausgegangen werden, dass ohne die Bewältigung der Erkrankung und das bisherige Überleben sowie die bestehende Arbeitsfähigkeit keine Beratungstätigkeit aufgenommen worden wäre. Die eigene Krankheitsbewältigung spielt eine Rolle als Impuls für die eigene Beratungstätigkeit.

Der eigene Verarbeitungsprozess ist von Bedeutung für die Beratung anderer Krebserkrankter.

Diese Hypothese kann bestätigt werden: Die eigene Verarbeitung der Erkrankung wirkt in die Beratung anderer Betroffener hinein bzw. kann diese Tätigkeit positiv beeinflussen.

Die eigene Erkrankung bietet spezifische Potenziale und Vorteile für die Beratung anderer Krebserkrankter.

Die Befragten bestätigen die Existenz verschiedener Potenziale und Vorteile für die Beratung anderer krebserfahrener Klienten/innen. Deutlich wird, dass sie selbst von einer höheren Empathie, Einfühlung und Hineinversetzen in die Bedürfnisse ihrer Klienten ausgehen. Interessant ist die Rückmeldung, dass sie meinen, sie könnten die Klienten besser als nicht-erkrankte Fachkräfte mit unangenehmen Aspekten der Erkrankung konfrontieren. Die Angst vor Krebs und dessen Wirkungen sei geringer als bei nichtbetroffenen psychosozialen und medizinischen Fachkräften.

Es sind spezifische Grenzen und Nachteile der psychosozialen Krebsberatung bei Selbstbetroffenheit vorhanden.

Diese Hypothese kann bestätigt werden. Grenzen zeigen sich nach den Aussagen z.B. in einer zu großen situativen Nähe des Beratungsthemas zu eigenen Themen, einer besonders hoch empfundenen Brisanz bei jungen Klienten/innen mit kleinen Kindern. Grenzen werden auch dahingehend empfunden, dass ihnen ggf. medizinisches Spezialwissen fehlt oder psychischen Erkrankungen der Klienten/innen. Einen Nachteil dieser Form der psychosozialen Krebsberatung wird eher in der Außenwirkung der Beratungsstelle in der Berliner Beratungsszene gesehen, da die Beratungsstellen mit selbst erkrankten Beraterinnen aus der Selbsthilfe entstanden sind und ihr Angebot vor allem quantitativ durch (selbstbetroffene) ehrenamtliche Berater/innen umsetzen können. Der externe Vorwurf der Unprofessionalität bezieht sich vermutlich auf diesen Aspekt.

Selbstbetroffene Fachkräfte benötigen Unterstützung durch spezifische psychosoziale Hilfen.

Diese Hypothese lässt sich nicht bestätigen. Die befragten selbstbetroffenen Fachkräfte zeigen keinen spezifischen Bedarf an Unterstützung durch psychosoziale Hilfen. Die für Beratungsstellen üblichen professionellen Ressourcen wie Intervision und Supervision werden als ausreichend dargestellt. Wichtig ist die Ansprache von Kollegen/innen in Krisenfällen auch außerhalb der Arbeitszeiten. Allerdings verweisen Befragte auf psychotherapeutische Hilfen in ihrer eigenen Behandlungs- und Verarbeitungsphase vor der Aufnahme ihrer Tätigkeit.

Das Angebot der Krebsberatungsstellen mit selbstbetroffenen Fachkräften stößt auf positive Resonanz.

Diese Hypothese kann bestätigt werden. Die Befragten berichten von positiven Rückmeldungen. Deutlich wird die positive Resonanz auch durch (Über-)Belegung von Gruppenangeboten.

Das Angebot der Krebsberatungsstellen mit selbstbetroffenen Fachkräften muss ausgebaut werden.

Diese Hypothese kann nicht bestätigt werden. Die Befragungsergebnisse geben keine Hinweise darauf, dass das Angebot dieser Beratungsform speziell erweitert werden muss. Deutlich wird aber, dass nach Meinung der Befragten der Beratungsbedarf in der Großstadt Berlin nicht gedeckt ist und deshalb eine Ausweitung trotz der schon grundsätzlich breiten Versorgungsdichte gewünscht wird. Von Bedeutung sind Hinweise auf eine auch qualitative Verbesserung der psychosozialen Krebsberatung: Verdichtung des Versorgungsnetzes und höherer Zahl an Fachkräften (auch auf Honorarbasis) mit engerer Zusammenarbeit von Kliniken und



ambulanten psycho-onkologischen Einrichtungen, Krebsberatung ab Klinik, frühe Ausbildung von Mediziner*innen und Psycholog*innen zum Thema Krebsberatung/Psychoonkologie, Abbau von Ängsten und Vorbehalten von psychosozialen Fachkräften wie z.B. Psycholog*innen gegenüber Krebskranken und deren Beratung/Therapie, Abbau von Konkurrenz zwischen Beratungseinrichtungen.



5 Konzeptualisierung und Generalisierung – Diskussion der Ergebnisse

In der nun folgenden Konzeptualisierung und Generalisierung (vgl. Meuser & Nagel, 1991: 462-467) soll der Ertrag der Untersuchung formuliert und diskutiert werden, und zwar vor dem Hintergrund und in Einordnung in die bisherigen Theoriebestände.

Die Untersuchungsergebnisse belegen die individuelle Entwicklung und die Ressourcen (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005: 25) der selbst erkrankten Fachkraft, die nach erfolgreicher Behandlung der eigenen Erkrankung, u.U. längerer Arbeitspause und Herstellung der Arbeitsfähigkeit die eigene Erkrankung als Potenzial in die Krebsberatung einbringen kann. Insofern lassen sich die Ergebnisse der Untersuchung der Studie von Harbach-Dietz & Lütge bestätigen (vgl. Harbach-Dietz, 2007; 2008; 2009; Lütge, 2007b; Harbach-Dietz & Lütge, 2009), die z.B. eine bewusste Entscheidung für diese Tätigkeit und einen bewussten Umgang mit der eigenen und fremden Erkrankung als Qualitätskriterium hervorheben (vgl. Lütge, 2007b: 2; vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 11). Eine persönlich erfüllende und erfolgreiche Tätigkeit ist individuell abhängig von persönlichen (individuelle Krankheitsbewältigung; stabile Gesundheit) (vgl. Tschuschke, 2006: 97), sozialen Ressourcen (Familie/Freundeskreis) sowie professionellen Kompetenzen in „Psychoedukation, Krisenintervention und supportiver Begleitung“ (Bruns et al., 2013: 2).

Es empfiehlt sich, dass die Belastungen für die selbstbetroffenen Fachkräfte in dieser Tätigkeit bewusst bearbeitet und ggf. begrenzt werden: Wichtige Aspekte, die vorab geklärt werden sollten, sind: Übernahme der Tätigkeit ohne finanziellen Druck, aus freier persönlicher Entscheidung, aufgrund eigener professioneller Handlungskompetenzen und persönlicher Krankheitsbewältigung. Hilfreiche Strukturen sind für eine Eingrenzung der Belastung: Reduzierte Stundenzahl nach persönlicher Belastbarkeit oder halbe Stellen, Begrenzung der Beratungsfrequenzen, ausreichende berufliche Reflexions- und Unterstützungsmöglichkeiten (Intervision/Supervision), institutionelle Wertschätzung einer solchen Beratungsform mit ihren spezifischen Ressourcen an Empathie, Verständnis und Konfrontations- und Distanzierungskompetenzen (vgl. Harbach-Dietz & Lütge, 2009: 11).

Psychosoziale Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte kann besonders in einem Netzwerk mit selbstbetroffenen Fachkräften und mit ei-

ner umfassenden Angebotspalette von Unterstützungsmöglichkeiten für Krebspatienten erfolgreich sein. Ein bloßer Einsatz von betroffenen Fachkräften in einer Einrichtung ohne entsprechendes Ressourcenmanagement (Grenzen setzen und akzeptieren, Unterstützungsmöglichkeiten, Reflexion, großes Arbeitsteam) ist vermutlich zum Scheitern verurteilt bzw. führt rasch zur Überforderung der selbstbetroffenen Fachkräfte, da dann die Belastung die Ressourcen übersteigen werden (vgl. Huth, 2013: 4).

Aus diesem Ergebnis leitet sich ab, dass selbstbetroffene Fachkräfte in der psychosozialen Krebsberatung sich stärker vernetzen und ihr eigenes Profil schärfen müssen, insbesondere angesichts der manchmal faktisch gegebenen Konkurrenzsituation zwischen Beratungseinrichtungen. Es wäre ein sinnvolles Ziel, psychosoziale Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte als gleichwertige Alternative neben der Beratung durch nichtbetroffene Fachkräfte auszubauen bzw. miteinander zu vernetzen, da hier eine alternative, spezifisch andere konfrontativ-supportive Beratungsqualität möglich ist.

Die Ergebnisse belegen die Notwendigkeit einer ausreichenden Versorgungsdichte für die psychosoziale Krebsberatung in Städten und ländlichen Regionen (vgl. BMG, 2013: Nationaler Krebsplan. Ziel 9 – Psychoonkologische Versorgung). Die Befragungsergebnisse weisen darauf hin, dass sich die Bedingungen für beratungsbedürftige Krebspatienten wegen der Reduzierung von Beratungsangeboten im Großraum Berlin verschärft haben. Damit wird deutlich, dass immerhin zwei Drittel der Patienten/innen einen Beratungsbedarf/Therapiebedarf aufweisen (vgl. auch: Karger, o.J.; 10-11).

Diesem Bedarf wird insofern unzureichend entsprochen, da einerseits nicht genügend finanzielle Mittel eingesetzt werden (Krankenkassen, Bund und Länder), andererseits insbesondere Personen ohne ausreichende persönliche und soziale Ressourcen ein niedrigschwelliges Angebot zur psychosozialen Krebsberatung erhalten müssen, wie es z.B. in den Beratungsstellen der Befragten praktiziert wird. Deshalb ist die Forderung nach einem quantitativen und qualitativen Ausbau von psychosozialer Unterstützung von Krebs wichtig, der eine intensive Vernetzung von medizinischer Behandlung, psychoonkologischer und psychosozialer Unterstützung bei ausreichender Bildung der beteiligten Berufsgruppen voraussetzt (vgl. BMG, 2013: Nationaler Krebsplan. Ziel 9 – Psychoonkologische Versorgung).



Konzeptualisierung und Generalisierung – Diskussion der Ergebnisse

Doch ist diese wünschenswerte Entwicklung nicht denkbar ohne ein gesamtgesellschaftliches Umdenken im Umgang mit der ‚Volkskrankheit‘ Krebs, die leider noch immer trotz der umfassenden Behandlungsverbesserungen von Vorurteilen und Ausgrenzung geprägt ist.



Literaturverzeichnis

Angenendt, Gabriele & Tschuschke, Volker (2010): Grundlagen der psychonkologischen Behandlung. In: Angenendt, Gabriele; Schütze-Kreilkamp, Ursula & Tschuschke, Volker (Hrsg.): Praxis der Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie, 3. Aufl., Stuttgart: Hippokrates, S. 39-73.

Angenendt, Gabriele (2010): Kurzprogramm Psychoedukation für die Einzelberatung. In: Angenendt, Gabriele; Schütze-Kreilkamp, Ursula & Tschuschke, Volker (Hrsg.): Praxis der Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie, 3. Aufl., Stuttgart: Hippokrates, S. 128-159.

Beuth, Josef (2010): Welche komplementärmedizinischen Verfahren sind wirksamkeitsgeprüft? In: Angenendt, Gabriele; Schütze-Kreilkamp, Ursula & Tschuschke, Volker (Hrsg.): Praxis der Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie, 2. Aufl., Stuttgart: Hippokrates, S. 2-11.

Bogner, Alexander & Menz, Wolfgang (2009): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate & Menz, Wolfgang (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7-34.

Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. Aufl., Heidelberg: Springer.

Bruns, G. & Schröter, K. – BAK e. V.- Arbeitsgruppe: Adlkofer, U.; Gier-Barbeln, W.; Dierks, B.; Malinka, S.; Mimus, K.; Schmidt, A.; Severin, K.; Thalheim, B. & Uhlig, H. (2013): Positionspapier: Soziale Arbeit in der ambulanten psychosozialen Krebsberatung. Mit Unterstützung von Pindl, M., Köster, M.; Wickert, M.; Bohnenkamp, H.; Lehmann-Laue, A. & Bessler, M.

Internet: http://www.bak-ev.org/d_news/Positionspapier_Endfassung_071013.pdf. [9.2.2014].

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (Hrsg.)(2010): Psychische Belastung und Beanspruchung im Arbeitsleben. Erkennen – gestalten, 5. Aufl., Dortmund-Dorstfeld. Internet: <http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A45.html>. [10.4.2014].

Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung e. V. (BAK)(Hrsg.)(o.J.): Startseite, Internet: <http://www.bak-ev.org/>. [9.2.2014].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)(Hrsg.)(2013): Nationaler Krebsplan. Handlungsfeld 2 – Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung. Internet: <http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/handlungsfelder/handlungsfeld-2-weiterentwicklung-der-onkologischen-versorgungsstrukturen-und-der-qualitaets-sicherung.html>. [9.2.2014].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)(Hrsg.)(2014): Nationaler Krebsplan. Ziel 9 – Psychoonkologische Versorgung. Internet: <http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/was-haben-wir-bisher-erreicht/ziel-9-psychoonkologische-versorgung.html>. [1.6.2014].

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V. (dapo)(Hrsg.)(2011): Rundbrief Nr. 21, Mitteilungen 2011. Internet: <http://www.dapo-ev.de/fileadmin/templates/pdf/rundbrief21.pdf>. [9.2.2014].

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO)(Hrsg.)(2011): Leitlinien Heranwachsende und junge Erwachsene (AYA), Berlin. Internet: http://www.dgho-onkopedia.de/de/mein-onkopedia/leitlinien/heranwachsende-und-junge-erwachsene-aya/index_html#krebs-bei-jungen-erwachsenen. [25.2.2014].

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)(Hrsg.)(2014): Leitsätze zur Krebsberatung. Internet: <http://www.berliner-krebsgesellschaft.de/beratung/leitsaetze-zur-krebsberatung.html>.

Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe & *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* e.V. (AWMF) (Hrsg.)(2014): Leitlinienprogramm Onkologie: Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Leitlinienreport 1.0, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL. Internet: http://www.krebsgesellschaft.de/download/ll_psychoonkologie_ol_langversion.pdf. [24.2.2014].

Deutsche Krebshilfe (Hrsg.)(2014a): Krebs: Auch die Seele leidet mit, Pressemitteilung. Berlin, 20. Februar 2014, Internet: http://www.dkk2014.de/pressekonferenzen-veranstaltungen.html?file=files/dkk2014/content/Presse/Pressemappe_Psychoonkologie_DKK_2014.pdf. [25.3.2014].

Deutsche Krebshilfe (Hrsg.)(2014b): Diagnose Krebs: Gut informierte Patienten sind im Vorteil Bonn. Internet: <http://www.krebshilfe.de/wir-informieren/ueber-krebs/was-ist-krebs.html>. [9.2.2014].

Deutsche Krebshilfe (Hrsg.)(2014c): Krebs: Auch die Seele leidet mit, Pressemitteilung. Berlin, 20. Februar 2014, Internet: http://www.krebsgesellschaft.de/news_detail,,242906.html [18.2.2014].

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)(Hrsg.)(2013): Krebsstatistiken, Heidelberg. Internet: <http://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php>. [25.2.2014].

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)(Hrsg.)(2014a): Krankheitsverarbeitung. Psychoonkologie als Fachgebiet. Internet: <https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/psychoonkologie.php#inhalt10>. [25.3.2014].

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)(Hrsg.)(2014b): Krankheitsverarbeitung. Psyche und Krebsentstehung. Internet: <https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/psyche.php>. [25.3.2014].

Dexheimer, Andreas (2011): Forschung in der Sozialen Arbeit. Ein Beitrag zu einem mehrdimensionalen methodologischen Fundament, Paderborn: Klinkhardt.

Dietzfelbinger, Hermann (2008): Zur Epidemiologie der Krebserkrankungen. In: Dorfmueller, Monika & Dietzfelbinger, Hermann (Hrsg.): Psychoonkologie: Diagnostik – Methoden – Therapieverfahren – mit Zugang zum Elsevier-Portal, München: Urban & Fischer, S. 3-6.

Dorfmueller, Monika (2008): Zur Geschichte und Entwicklung der Psychoonkologie, In: Dorfmueller, Monika & Dietzfelbinger, Hermann (Hrsg.): Psychoonkologie: Diagnostik – Methoden – Therapieverfahren – mit Zugang zum Elsevier-Portal, München: Urban & Fischer, S. 11-14.

Engelbrecht, Torsten; Köhnlein, Claus; Pandit, Inez Maria & Sacher, Juliane (2010): Die Zukunft der Krebsmedizin: Klassische und ganzheitliche Therapien, Impfungen und Krebsgene: was ist Fakt und was Fiktion? Naturaviva.

Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA)(Hrsg.)(2013): Leitprinzipien Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Das Positionspapier wurde erarbeitet von der Arbeitsgruppe Essentials: Cornelia Kling-Kirchner, Hugo Mennemann(Sprecher), Michael Monzer, Andreas Podeswik Datei http://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/leitprinzipien_cm.pdf. [26.3.2014].

Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V. (Hrsg.)(2005): Beratung in der Selbsthilfe am Beispiel der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Ein Leitfaden für Beraterinnen, Bonn.
Internet:
<http://www.frauenselbsthilfe.de/upload/publikationen/leitlinien/Beraterleitfaden.pdf>. [5.4.2014].

Galuske, Michael (2011): Methoden der Sozialen Arbeit, Weinheim und München: Juventa.

Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V. (Hrsg.)(o.J.): Biologische Krebsabwehr, Heidelberg, Internet: <http://www.biokrebs.de/>. [9.2.2014].

Gläser, Jochen & Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag/ GWV Fachverlage.

Harbach-Dietz, Irmhild & Lütge, Verena (2009): Eigene Krebsbetroffenheit der TherapeutIn. Potenzial oder Handicap in der Therapie von Krebspatienten? In: Signal 3/2009. Mitgliederzeitschrift der Gesellschaft für biologische Krebsabwehr, Berlin, S. 10-12.

Harbach-Dietz, Irmhild (2007): Krebserfahrung der Therapeutin: Potenzial oder Handicap? Unveröffentlichtes Manuskript.

Harbach-Dietz, Irmhild (2008): Psychosoziale Beratung und Betreuung von Brustkrebs-Patientinnen. In: Brustkrebsversorgung in Berlin: Das Netzwerk Frauengesundheit zieht Bilanz. Eine Fachveranstaltung des Netzwerk Frauengesundheit Berlin im Berliner Abgeordnetenhaus am 27.02.2008.

Internet: http://www.frauengesundheit-berlin.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Netzwerk_Frauengesundheit/Referat_Harbach-Dietz.pdf. [5.4.2014].

Harbach-Dietz, Irmhild (2009): Krebserfahrung der Therapeutin: Potenzial oder Handicap? Vortrag auf dem 1. Brandenburger Krebskongress 2009, Internet: http://www.tumorzentrum-brandenburg.de/PWP/Docs/Attachements/1160e282-b755-4f23-8898-23e7d02edf71/Harbach_Dietz_Krebserfahrung%20der%20Therapeutin%20-%20Potential%20oder%20H%C3%A4ndicap.pdf. [20.3.2014].

Harbach-Dietz, Irmhild (2010): Ich bin sehr dankbar für mein Leben: Frauen berichten über Alternativen im Umgang mit Krebs, Orlanda Frauenverlag.

Heiner, Maja (2007): Soziale Arbeit als Beruf. Fälle – Felder – Fertigkeiten, München: Reinhardt.

Hofmann, Liane & Roesler, Christian (2010): Der Archetyp des verwundeten Heilers. In: Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, 16 (1), S. 75-90.

Internet: www.igpp.de/german/eks/verwundeter_heiler.pdf. [6.4.2014].

Hübner, Jutta (2012): Komplementäre Onkologie: Supportive Maßnahmen und evidenzbasierte Empfehlungen, 2. Aufl., München: Schattauer.

Huth, Iris (2013): Psychoonkologie im Wandel – eine Disziplin zwischen Selbstbehauptung und Notwendigkeit, Internet: http://soz-kult.fh-duesseldorf.de/members/irishuth/text_irishuth_sozialmedizin_pschoonkologie.pdf. [9.2.2014].

Irmeý, György (2007): Heilimpulse bei Krebs, Stuttgart: Haug-Verlag.

Irmeý, György (2011): 110 wirksame Behandlungsmöglichkeiten bei Krebs, Heidelberg: Stuttgart: TRIAS.

Jemal, Ahmedin; Center, Melissa M.; DeSantis, Carol & Ward, Elizabeth M. (2010): Global Patterns of Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends. In: Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010; 19: 1893-1907. Published OnlineFirst July 20, 2010. <http://cebp.aacrjournals.org/content/19/8/1893.full.pdf+html>. [25.2.2014].

Karger, Andre (o.J.): Psychosoziale Aspekte bei Plasmozytom / Multiples Myelom, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum Düsseldorf. Internet: www.plasmozytom.net/files/19schwelm_karger.pdf. [24.2.2014].

Klinik für Tumorbiologie in Freiburg und der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig (Hrsg.)(2012): Förderschwerpunkt „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“. Evaluation, Leipzig.

Krebsberatung Berlin – Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe Krebs e.V. (Hrsg.)(2014a): Startseite, Berlin. Internet: <http://www.krebsberatung-berlin.de/>. [24.2.2014].

Krebsberatung Berlin – Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe Krebs e.V. (Hrsg.)(2014b): Beratung für Betroffene, Berlin. Internet: <http://www.krebsberatung-berlin.de/angebote-fur-betroffene-krebskranke/beratung/>. [6.4.2014]

Krebsberatung Berlin – Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe Krebs e.V. (Hrsg.)(2014c) Angebote für Angehörige, Berlin. Internet: <http://www.krebsberatung-berlin.de/angebote-fur-angehoerige-von-krebskranken/>. [6.4.2014]

Krebsberatung Berlin – Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe Krebs e.V. (Hrsg.)(2014d): Beratung für Paare und Familien. <http://www.krebsberatung-berlin.de/informationmaterial/>. [6.4.2014]

Leischner, Hannes (2013): BASICS Onkologie, 3. Aufl., München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier.

Lütge, Verena (2007a): Umfrage an TherapeutInnen, die selbst betroffen sind und mit Krebspatienten arbeiten. Leitfaden mit Fragen und Auswertungszusammenfassung, unveröffentlichtes Manuskript.

Lütge, Verena (2007b): Script Vortrag: 17.11.07, hrsg. v. Tumor Zentrum Berlin. Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) e.V. Internet: <http://www.tzb.de/veranstaltungen/scriptkrebserfahrung.pdf>. [5.4.2014].

Matzat, Jürgen (2008): Struktur, Aufgaben und Selbstverständnis der Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen. In: Diakonie trifft Selbsthilfe. Vortrag am 04. 12. 2008, S. 14-29.

Internet: https://fachinformationen.diakoniewissen.de/sites/default/files/legacy/Diakonie_trifft_Selbsthilfe_-_Doku_vom_4.12.08.pdf. [Stand 5.4.2014].

Mayring, Phillip (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 11. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz.

Mehnert, Anja (2011): Prävalenz psychosozialer Belastungen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V.

(dapo)(Hrsg.): Mitteilungen 2011. Rundbrief Nr. 21 , S. 6.

Internet: <http://www.dapo-ev.de/fileadmin/templates/pdf/rundbrief21.pdf>. [9.2.2014].

Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef & Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441-471. Internet:

<http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/2402>. [Stand 12.5.2014].

Müller-Jung, Joachim (2014): Medizin am Limit. Krebs ist der Feind, und der Feind soll zittern. Am Wochenende ging der der Deutsche Krebskongress zu Ende. Tausende Onkologen kamen. Was können sie noch bewirken? Das massenhafte Leid vermehrt sich, das Gegenkonzept heisst jetzt „iKon“. Frankfurter Allgemeine Zeitung Online – FAZnet 20.02.2014.

Internet: <http://www.faz.net/frankfurter-allgemeine-zeitung/medizin-am-limit-krebs-ist-der-feind-und-der-feind-soll-zittern-12812409.html>. [24.2.2014].

Nagel, Gerd & Schreiber, Delia (2013): Empowerment von Frauen mit Brustkrebs. Leitfaden zur Ressourcen-orientierten Beratung bei Brustkrebs für Ärzte, Pflegende und andere Health Professionals. Zürich: Verlag Stiftung Patientenkompetenz.

Nagel, Gerd (2005): Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch. In: Bopp, Anette; Nagel, Delia & Nagel, Gerd: Was kann ich selbst für mich tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin, Rüffer & Rub, S. 10-21. Internet: www.onkologie-interdisziplinaer.de/Dateien/Interview_Gerd_Nagel.pdf. [23.3.2014].

Nagel, Gerd (2007): Patientenkompetenz. Oder: über die Entdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert,
Internet: http://www.leben-wie-zuvor.ch/medizinischeinfos.cfm/medinfos_id/29.htm. [20.3.2014].

Ningel, Reiner (2010): Methoden der Klinischen Sozialarbeit, Bern: Haupt.

Office des Leitlinienprogrammes Onkologie Markus Follmann (Hrsg.)(2014): Leitlinienreport S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten Version 1.0 – Januar 2014 AWMF-Registernummer: 032/051OL. Internet: www.krebsgesellschaft.de/download/LL_Psychoonkologie_OL_Leitlinienreport.pdf. [24.2.2014].

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit – Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung, 3. Aufl., Weinheim und München: Juventa.

Petzold, Hilarion G. (1997): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterven-tiven Praxeologie und Systemberatung. In: Integrative Therapie 4 (1997), S. 435-471.

Robert-Koch-Institut (RKI)(Hrsg.)(2013a): Krebsarten, Berlin.
Internet:
http://www.rki.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/krebsarten_node.html;jsessionid=F9CFB4D525C48AB1B8A584660F36F649.2_cid372.
[25.2.2014].

Robert-Koch-Institut (RKI)(Hrsg.)(2013b): Krebs gesamt. ICD-10 C00–97 (ohne C44), Berlin.
Internet:
http://www.rki.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html. . [25.2.2014]. [25.2.2014].

Robert-Koch-Institut (RKI)(Hrsg.)(2013c): Krebs in Deutschland, 9. Ausgabe, Berlin. Internet: <http://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php#quellen>. [25.2.2014].

Rösing, Ina (2007): Der verwundete Heiler: Kritische Analyse einer Metapher, Kröning: Asanger-Verlag.

Schaffer, Hanne (2009): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit, 2. Aufl., Freiburg/Br.: Lambertus.

- Scheibler, Fülöp; Janssen, Christian & Pfaff, Holger (2003): Shared Decision Making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. In: Soz.- Präventivmed. 48 (2003), S. 11–24. Internet: http://shared-decision-making.de/deutsch/dokumente/Scheibler_2003_SDM.pdf. [5.4.2014].
- Schneider, Sabine (2011a): Beratung. In: Ehlert, G.; Funk, H. & Stecklina, G. (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht, Weinheim/München: Juventa, S. 59-62.
- Schneider, Sabine (2011b): Psychosoziale Beratungsangebote – Unterstützungsmöglichkeiten für Tumorpatient/-innen. In: Zeitschrift Forum 1/2011, Springer, S. 17-22.
- Schulte, Hilde (2006): Experten in eigener Sache. Vom Behandelten zum Handelnden: Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Psycho-Onkologie. In: BKK Bundesverband und Frauenselbsthilfe nach Krebs (Hrsg.): Leitfaden für Beraterinnen – Beratung in der Selbsthilfe am Beispiel der Frauenselbsthilfe nach Krebs, Bonn, Internet: <http://www.frauenselbsthilfe.de/upload/publikationen/leitlinien/Beraterleitfaden.pdf>. [9.2.2014].
- Sedlacek, Hans-Harald (2012): Onkologie – Die Tumorerkrankungen des Menschen: Entstehung, Abwehr und Behandlungsmöglichkeiten, Berlin: de Gruyter.
- Sinzinger, Heike (2010): „Krebs“ – Wege der psychischen Bewältigung. In: 2. Pflegeonkologische Fachtagung am Klinikum Fürth am 19.05.2010, Internet: http://www.klinikum-fuerth.de/fileadmin/4_Fuer_Downloads/F_W/Sinzinger.pdf. [10.4.2014].
- tech-teachers e.V. (Hrsg.)(o.J.): KOBRA, Berlin. Internet: <http://www.frauen-berufsperspektive.de/kobra.html#c2506>. [9.2.2014].
- Thiersch, Hans; Grundwald, Klaus & Köngeter, Stefan (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit Ein einführendes Handbuch, 4. Aufl., Wiesbaden: VS-Verlag/Springer, S. 175-196.
- Tschuschke, Volker (2006): Psychoonkologie: Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs, 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer.



Anhang

Tschuschke, Volker (2010): Leitlinienprogramm. In: Angenendt, Gabriele; Schütze-Kreilkamp, Ursula & Tschuschke, Volker (Hrsg.): Praxis der Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie, 3. Aufl., Stuttgart: Hippokrates, S. 39-73.

Wickert, Martin, Lehmann-Laue, Antje & Blettner, Gabriele (2012): Ambulante psychosoziale Krebsberatung in Deutschland – Geschichte und Versorgungssituation. In: Brähler, Elmar & Weis, Joachim: Psychoonkologie in Forschung und Praxis, München: Schattauer, S. 67-78.

Wustmann, Corina (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. In: Zeitschrift für Pädagogik 51 (2005) 2, S. 192-206. Internet: http://www.pedocs.de/volltexte/2011/4748/pdf/ZfPaed_2005_2_Wustmann_Blickrichtung_Resilienzforschung_D_A.pdf. [Stand 10.4.2014].

Anhang: Paraphrasierung

<p>1 Krankheits erleben</p>	<p>Interviewpartnerin I (IP 1) Krankheit als Bedrohung, ein heftiger Schlag, aber die Behandlung war viel belastender</p>	<p>Interviewpartnerin II (IP 2) Schock, aber auch Möglichkeit mein Leben zu verändern, nicht nur geben, sondern auch nehmen und empfangen können</p>	<p>Interviewpartnerin III (IP 3) „Scheiße, jetzt muss ich was tun!“ eigene konsequente Therapie im Kopf. Handlungsdruck nach der letzten Diagnose (Biopsie)</p>	<p>Interviewpartnerin IV (IP 4) Heute liegt der Beginn der Erkrankung zurück, damals ungeheure Belastung und viel Angst, „einfach zu sterben“. Fühlt sich unheimlich gut durchgekommen, trotz 9 Jahren, ohne sich operieren zu lassen, überlebt (erst viel später OP/Mastektomie, als Tumor durchbrechen konnte). Viel Glück gehabt. Bis zur OP zahlreiche Alternativen ausprobiert, Heilung, Homöopathie, Shigong etc.</p>	<p>Interviewpartnerin V (IP 5) Körperliche Belastung durch die Entfernung der Gebärmutter war sehr hoch; ständig müde, psychische Belastung war sehr hoch, da Mann Trennungssängste äußerte und selbst depressiv war. „Keine gute Kommunikation“, auch nicht mit den Kindern über die Erkrankung gesprochen.</p>
--	---	--	---	---	--

<p>Erkenntnisse durch die Erkrankung</p>	<p>„dass man nichts nach hinten verschieben darf. Und Sachen die einem wichtig sind und ja die wichtig sind, dass man versucht, sie so parallel zu leben in dem Moment, wo sie wichtig geworden sind und nicht eben „ach, das mach ich dann später, wenn ich Zeit habe“ oder...ich glaube das war sehr wichtiges Erkenntnis. (...) viel an mich selbst gearbeitet und viele Erkenntnisse gezogen aus dem, dass ich viel Einfluss darauf habe, wie ich mich fühle: Entspannungstechnik en...„Und dann bin ich dazu gekommen: ok, ich kann viel in meinem Leben beeinflussen...“</p>	<p>Mehr aus eigene Bedürfnisse achten: Bewegung, Tanzen Aquafitness, Yoga, nicht nur geben, sondern auch nehmen und empfangen können. „Ich kann etwas bewirken, wenn ich mich auf das einlasse – was man wie auch immer nennen will, also ich bete jeden Abend, und gehe durch meinen ganzen Körper und bete um Gesundheit und Heilung. Und das...das mache ich bestimmt jetzt schon 10 Jahre lang.“</p>	<p>Harmoniesucht zerschlagen</p>	<p>Erkrankungen gehören zum Leben, man kann sie sich nicht ersparen. Aus Krisen kann man gestärkt herauskommen. Dazu: 1. Frau ihres Vaters an Krebs erkrankt, dann Heirat des Vaters mit der leiblichen Mutter: Diese 1. Frau hat mir Platz gemacht. Krebskrankung ist familiär präsent.</p>	<p>Ressource: andere um Hilfe bitten Lernen, Haushaltshilfe anzuleiten und um Hilfe zu bitten</p>
--	--	---	----------------------------------	---	--

<p>2</p> <p>Erleben der eigenen Ressourcen</p>	<p>Interviewpartnerin I (IP 1)</p> <p>„Erkenntnisse, die man schon hatte, umsetzen kann und aber nur durch regelmäßige Praktizierung dazu rüberkommt, so zu sagen – dazu richtig zu leben.“ Studium der Kunsttherapie nach Erkrankung</p>	<p>Interviewpartnerin II (IP 2)</p> <p>Nach 1. Kur trotz Fatigue eine Fahrradtour von Passau nach Wien. Erleben, „dass ich lebe, dass ich lebendig sein kann und das wird mir immer gut im Gedächtnis bleiben.“ Ich kann etwas bewirken, z.B. durch Gebete, Visualisierung nach Simonton, positives Denken, Grenzen ziehen</p>	<p>Interviewpartnerin III (IP 3)</p>	<p>Interviewpartnerin IV (IP 4)</p> <p>Gewinne: mehr über sich nachdenken, auf sich achten, Grenzen ziehen. Auseinandersetzung mit Heilung</p>	<p>Interviewpartnerin V (IP 5)</p> <p>Entfernung der Gebärmutter war eine Ressource, da jahrelang auch starke Blutungen gehabt; Dass sie weg war, war sehr erleichternd. Ressource: andere um Hilfe bitten Lernen, Haushaltshilfe anzuleiten und um Hilfe zu bitten Psychotherapie: Lernen Hilfe anzunehmen und nicht mehr perfekt zu sein</p>
--	---	--	--------------------------------------	--	--

<p>Erleben der eigenen Belastungen</p>	<p>„Gedächtnisleistung nahm ab, Nebenwirkungen (der Chemo), Zukunftsängste, und genauso Rückkehr der Erkrankung, „ein bisschen Angst vor neuer Chemo. Sorge um den Sohn (14 Jahre damals), Verzögerung der altersgemäßen Entwicklung durch die Erkrankung der Mutter</p>	<p>Fatigue, 60% Schwerbehinderung, Reduzierung der Arbeitsstunden und Beratungen Sohn kurz vorm Abitur, selbst belastet durch Erkrankung der Mutter</p>	<p>Erkrankung als Bedrohung, sehr aggressiver Krebs, seltene Tumorform, kaum Studien Ehemann konnte manche Entscheidungen nicht mittragen, rationales Vorgehen von Ehefrau gefordert</p>	<p>Physisch kaum Belastungen, psychisch durch die Amputation der Brust, Verlust der Brust belastend, Wutgefühle, Einschränkung der Sexualität: Umgang mit Nacktheit, kein Brustaufbau</p>	
<p>Persönliches Umfeld als Ressource</p>	<p>Freundinnen haben Halt gegeben, auch bei Gefühlen aus Ausländerin, keine Daseinsberechtigungen zu haben.</p>	<p>Ehemann, auch in Abgrenzung zu einem Heiler/Scharlatan Psychotherapeutin</p>	<p>Alleinsein als Ressource, Freundinnen um den Behandlungstermin nicht in Berlin, Kinder erleben Ängste während der Erkrankung der Mutter</p>	<p>Ehemann, Atemtherapeutin, Shigong-Gruppe, Psychotherapie (vor der OP), normales Leben mit der Familie, Kinder, hat Brisanz runter gespielt</p>	<p>Kinder als Kraftquelle, Mann stark depressiv: Die brauchen mich noch. Freundinnen, Psychotherapeutin, Naturerleben</p>

Arbeit als Ressource	Arbeit war eine Ressource: Ich kann wieder arbeiten gehen. Arbeit als soziale Ressource, Gefühl des Eingebundenseins (im Ausland, angesichts der Vorurteile gegenüber IP I als Ausländerin)		Mai OP, im September Bewerbung auf die jetzige Stelle als selbstbetroffene Beraterin, hatte schon 2003 Idee, ein Buch über Erfahrungen von Frauen mit Krebs zu schreiben (Interviews gemacht) Kontakt zu anderen Frauen und Männern mit Krebs, die ihn länger hatten, obwohl einige dann doch daran starben, ein anderes Lebensgefühl, anderes Verhältnis zum Sterben.	
----------------------	---	--	--	--

3	<p>Hilfen zur positiven Verarbeitung der Erkrankung</p>	<p>Interviewpartnerin I (IP 1)</p> <p>„Es war eine Katastrophe in meinem Leben, zu erkranken, ich kann dieser Erkrankung eigentlich gar nichts Positives abgewinnen, das ist eine Erkrankung, die das Leben bedroht und zerstören kann und ich kriege das mit hier in der Beratungsstelle, dass sowas passiert und ich habe nur das Gefühl – ok, ich habe Glück gehabt. Und gar nichts anderes.“</p>	<p>Interviewpartnerin II (IP 2)</p>	<p>Interviewpartnerin III (IP 3)</p> <p>Beschäftigung mit russischen Heilweisen, 1 Woche Urlaub, Wanderungen, Natur als Ressource, eigener Weg wird klarer. Naturerlebnisse, Meditation, führt zur OP in der Charite und weiteren Behandlungsschritten, Familie sehr erleichtert.</p>	<p>Interviewpartnerin IV (IP 4)</p>	<p>Interviewpartnerin V (IP 5)</p> <p>Freundinnen, Psychotherapeutin, Naturerleben</p>
---	---	--	-------------------------------------	---	-------------------------------------	--

<p>Motiv/ Impuls zur Arbeit in der psycho- sozialen Krebs- beratung</p>	<p>Neue Erkenntnisse durch die Kreberkrankung, aber die lange Distanz zu Arbeit über ein Jahr, „ich war so ein bisschen klarer in manchen Erkenntnissen und bin da so zurück (...)“: Konflikte in der alten Arbeitsstelle; Stellensuche: Selbstbetroffenheit durch Krebs als Aufnahmekriterium in der Krebsberatung. Gefühl von Anerkennung für die Erfahrungen und Kompetenzentwicklu ng durch die Erkrankung (...) „ und ich muss mich nicht verstecken.“</p>	<p>Nach Kreberkrankung nicht sofort in diesem Bereich gearbeitet, erst nachdem eine Klientin selbst erkrankt, wächst die Einsicht, selbst in diesem Feld tätig zu sein. Entscheidet sich individuell, Krebspatienten zu beraten (eigene Praxis)</p>	<p>Nach 2 Jahren nach 2. Kur Ansprache durch eine befreundete Krebsberaterin, ob nicht selbst ehrenamtlich in der GFBA tätig zu werden. Hatte aber vorher in einer Arztpraxis relativ direkt nach OP als Ernährungsberaterin gearbeitet und an verschiedenen Stellen Kontakt mit dem Thema als Selbstbetroffene gehabt (z.B. Vorträge zur Ernährung bei Krebs). Eigene Praxis musste allerdings aufgegeben werden nach Diagnose. Eigenes Lesen, Thema Salutogenese, Unterstützung durch Ärzte in der Kur</p>	<p>Anlass: eigene Beratung in der Krebsberatung, Angesprochen durch eine andere Beraterin für diese Tätigkeit vor der OP, zunächst selbst abgelehnt, später Gedanke wieder aufgenommen: Interesse durch eigene Kenntnisse, Gespräche mit Betroffenen, Beratung, dann erneute Bewerbung.</p>	<p>Nach 10 Jahren Altenpflege Änderungsbedarf, wollte in die Beratungsarbeit, hatte Kompetenzen in Sterbegleitung, Familienberatung, dann Bewerbung auf Stellenanzeige der Krebsberatung „So, also Selbstbetroffenheit – bin ich und Beratung ist genau das, was ich wollte. Also sie ist eher zu mir gekommen, als dass ich sie gesucht hätte.“</p>
---	---	---	--	---	--

4	Rolle des eigenen Erkrankungsverlaufs für Entscheidung	Interviewpartnerin I (IP 1) Eigene Erfahrung im Krankenhaus, keine psychologische Hilfe zu erhalten: (...) aber ich habe erfahren, wie wichtig sie ist... wenn sie nicht da ist...	Interviewpartnerin II (IP 2)	Interviewpartnerin III (IP 3)	Interviewpartnerin IV (IP 4)	Interviewpartnerin V (IP 5) Beginn in der Krebsberatung nach vier Jahren nach Diagnose; fühlte sich persönlich fit und gesund (habe überlebt) Einstellung: Ich bin krebserfahren, nicht ich habe es überstanden, deshalb kann sie gut Klienten im Status „Wait and Watch“ begleiten. IP 5 kann Klienten/innen in diesem Status gut verstehen.
---	--	---	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	--

<p>Hoffnung bezogen auf die Tätigkeit in der Krebsberatung als Selbstbetroffene</p>	<p>Hoffnung hat sich bestätigt: „wirklich großen Gewinn dass ich hier arbeite und mich hat auch geleitet die Entscheidung für diese Stelle also ein Gefühl, wenn ich schon arbeiten muss, dann will ich hier an einer Baustelle arbeiten, wo meine ganze Kompetenz, meine Energie wirklich Sinn macht“. „Kombination zwischen Berufserfahrung, Fachkompetenzen und Betroffenheit, Erfahrung in Krisenarbeit.</p>	<p>Wollte keine Spezialistin für Krebserkrankungen sein. Mit krebserkrankten Patienten kann man auf einer Ebene kommunizieren und findet einen Zugang dazu.</p>	<p>Mit mitbetroffenen Menschen zu arbeiten Dankbar, anderen Hilfestellungen zu geben. „dahingehend zu stärken, auf ihre eigene Stimme zu hören, ihrer Intuition zu folgen und einfach sie fachlich zu unterstützen, dass sie sich dementsprechend schlau machen.“</p>	<p>Unbewusst bessere Verarbeitung und Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung durch Beratung anderer.</p>	<p>Hoffnung in Bezug auf die Tätigkeit: Möchte Beraterisch in der Begleitung von Kranken tätig werden, in einem Beraterischen Setting arbeiten. Diese hat sich erfüllt.</p>
---	--	---	---	---	---



Anhang

Befürchtungen bezogen auf die Tätigkeit in der Krebsberatung als Selbstbetroffene	„Ja, und zwar in Bezug auf wie nah kann mir das kommen, was mir entgegen kommt.“	Befürchtung von Überforderung bei zu vielen Patienten	„ne dass es mir zu nah werden könnte, hab ich gar nicht so befürchtet.“	Befürchtungen auf struktureller Ebene: Arbeit in einem kleinen Verein, vorher großer Träger: Unsicherheit. Befürchtung hat sich bewahrheitet, ein überalterter Vorstand eines sehr kleinen Vereins, Mangel an Finanzen, ständig Neues ausprobieren.
---	--	---	---	---

<p>5</p> <p>Potential dieser Form der Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte</p>	<p>Interviewpartnerin I (IP 1)</p> <p>Sinnvolle Tätigkeit, mehr Empathie und Verständnis für die Situation der Klienten, sich mehr hineinversetzen können. Mehr Möglichkeiten zur direkten Konfrontation mit Fragen an die Klienten/innen durch eigene Betroffenheit, mehr Vertrauen von den Klienten/innen. „Das heißt man kennt den Weg und die Gefahren, weiß wo die Abgründe sind und weil man diesen Weg selber durchgegangen ist. Dann kann man anders lotsen, als wenn man selber neu ist und ist darauf angewiesen, was Klient sagt.“</p>	<p>Interviewpartnerin II (IP 2)</p>	<p>Interviewpartnerin III (IP 3)</p> <p>Eigenes Durchleben und Überleben der Krankheit, eigenes Wachstum, Überwindung von Ängsten, mehr Mut als Nicht-Betroffene bei den Klienten nachzufragen,</p>	<p>Interviewpartnerin IV (IP 4)</p>	<p>Interviewpartnerin V (IP 5)</p> <p>„ich liebe es, Menschen zu begleiten und zu merken, da passiert Veränderung. Ich finde es toll, dass wir hier an der Beratungsstelle arbeiten, wo Menschen freiwillig herkommen, die was verändern wollen.“ Es ist keine bessere Beratung, aber es macht den Weg der Klienten hier hin leichter. Niedrigschwelliges Angebot auf der Basis von Offenheit, Selbstbetroffenheit und Professionalität</p>
--	--	-------------------------------------	---	-------------------------------------	---

<p>Rückmeldungen der Klienten/innen</p>	<p>In Krisenarbeitsstelle vorher nicht, aber „hier erlebe ich eher tiefe Dankbarkeit“. „Es gibt Extreme, sie hätten es ohne uns nicht überlebt. Was ich nicht denke.“</p>	<p>Positive Rückmeldungen, Positives Erleben von Offenheit und Verstehen, Lernen, zur eigenen Erkrankung zu stehen, bodenloser Schock wird anders erlebt, wenn man ihn teilt.</p>	<p>Sehr viel Erleichterung und positive Rückmeldungen.</p>		<p>Dosiertes Veröffentlichliches der eigenen Krebserkrankung. Rückmeldungen: Dass sie das geschafft haben, das ist hilfreich. Sie wissen ja, wovon ich rede Große Dankbarkeit</p>
<p>Vorteile gegenüber einer „herkömmlichen“ Krebsberatung</p>	<p>Bessere Einfühlung, eher sind Konfrontationen möglich, schneller Vertrauen, niedrigschwelliges Zugehen auf die Patienten in der Beratungsstelle. „so direkt eigentlich nicht empfohlen“. Hier gibt es noch eine „andere Qualität, warum sie nicht nutzen, wenn sie da ist.“</p>	<p>ja also das was ich vorher glaube ich am Anfang gesagt habe, dass man auf einer Ebene miteinander kommuniziert weil der andere ja auch betroffen ist, dass das Türen öffnet. Und dass ich da Zugang bekomme. Und erlebe, dass mein gegenüber sich dann auch vielleicht eher verstanden fühlt oder jemanden gegenüber hat.</p>	<p>Angst kann beNichtbetroffenen größer sein vor der Krankheit Krebs, eigenes Durchleben von Krisen als Ressource, muss nicht Krebs sein, Kontakt mit selbstbetroffenen Berater/innen ist ein „Hoffnungsschimmer“, da große Angst vor Existenzverlust, und die Berater/innen haben überlebt</p>		

<p>6</p>	<p>Auswirkungen der Tätigkeit auf sich selbst und Erkrankung</p>	<p>Interviewpartnerin I (IP 1)</p> <p>„Man darf sich mit dem Krebs nicht so viel beschäftigen.“</p>	<p>„Ich werde vom Schicksal ein bisschen geschont.“ Reflexion der eigenen Krebserkrankung und aktive Auseinandersetzung damit (innerer Heiler, Gesundheitstraining etc.)</p>	<p>Interviewpartnerin II (IP 2)</p>	<p>Unterschiedliche Belastungen wie bei gesunden Klienten;</p>	<p>Interviewpartnerin IV (IP 4)</p>	<p>Bei häufigen Berichten über Rückfälle der Patienten/innen großen Schreck bekommen.</p>	<p>Interviewpartnerin V (IP 5)</p>	<p>Positiv: freies Setting, können Beratung flexibel ausüben, je nach Bedarf. Trennt zwischen eigener Erkrankung und Tätigkeit, keine direkten Auswirkungen auf die eigene Erkrankung, auch da Gebärmutter herausoperiert wurde. Belastungen haben in der Regel nichts mit der eigenen Person zu tun, außer in Paarberatungen aufgrund der eigenen Schwierigkeiten mit dem Ehemann. Gefahr der Übertragung.</p>
<p>Hauptbelastung in der Krebsberatung</p>	<p>Wenn die „Behandlung vom kurativen Moment in die palliativen geht, (...) es ist klar, der Patient wird nicht mehr gesund (...)“. Frage: Was kann in der Begleitung noch geleistet werden? Eigenes Getriggert sein durch eigene Ängste, d.h. Konfrontation mit der eigenen Erkrankung, eigenes Schuldgefühl, überlebt zu haben.</p>	<p>Wenn die Klienten zu rauchen anfangen, ist das belastend. Erlebt die eigene Arbeit als nicht so belastend, da nur wenige Klienten mit dieser Diagnose von ihr beraten werden.</p>	<p>Empfindet Arbeit als nicht belastend</p>	<p>Empfindet Arbeit als nicht belastend</p>	<p>Empfindet Arbeit als nicht belastend</p>	<p>Empfindet Arbeit als nicht belastend</p>	<p>Empfindet Arbeit als nicht belastend</p>	<p>Empfindet Arbeit als nicht belastend</p>	<p>Empfindet Arbeit als nicht belastend</p>

Bei jungen Frauen mit Kindern und deren Paarbeziehungen, wenn die Betroffene daran sterben wird.	Nachteil: Mangel an Professionalität; Selbsthilfegruppen allein reichen nicht.	Interviewpartnerin V (IP 5)	Distanzieren, herausgehen, mit den Kolleginnen sprechen, Intervention, ggf. Supervision
Fachlich-inhaltliche Grenzen in Medizin, Delegation an Ärztin	Interviewpartnerin III (IP 3)	Interviewpartnerin IV (IP 4)	IP 4 kann sich gut abgrenzen und zwischen sich und anderen unterscheiden, kann sich gut engagieren und den Betroffenen nahe kommen. „und ich bin sehr ja ich schätze die Leute sehr, mag sie sehr und kann das relativ gut vergessen, wenn ich zu Hause sitze, es ist irgendwie weg.“
Wenn eine Betroffene nicht begleitet werden will - Bedarfsorientierung	Außenwirkung als Selbsthilfegruppe, Vorwurf der Unprofessionalität von Krebsgesellschaft	Interviewpartnerin II (IP 2)	Kurzes Zurücknehmen, Auslinken aus dem Gespräch „(...) das sind nur Sekunden aber wo ich mich wirklich ganz kläre und sag, ok, das bin jetzt nicht ich. Das sind wirklich dann die... das ist wirklich wie so ein... ja... kurzes Abgrenzen.“
Grenzen einer solchen Beratung	Interviewpartnerin I (IP 1)	Nah sein und trotzdem Abstand halten.	Offenheit ist wichtig für die Beratung. Bewusstsein: Meine Geschichte ist anders
Nachteile gegenüber der Beratung durch nicht-betroffene Fachkräfte	7	Abgrenzungsstrategien	

Abgrenzungsstrategien				<p>Wenn sie Patienten/innen näher kennenlernt, kann sie gut das Potenzial erkennen. Schwieriger: sehr junge Frauen und Frauen mit Kindern. Aber hier hilft ihr, das Positive in der Situation der anderen zu sehen, sodass sie dies nicht völlig herunterzieht. Hat durch Erfahrungen mit anderen Krebserkrankten und deren Sterbeprozess weniger Angst vorm Sterben. Wichtig: In dieser Tätigkeit kann man nicht voll arbeiten, 20Std/Woche sind genug.</p>	
-----------------------	--	--	--	--	--

<p>Ressource und Entlastungsmöglichkeiten beruflich</p>	<p>Pausen, Supervision, Teambesprechungen/ kollegiale Supervision, externe SV und spontane Kollegengespräche</p>	<p>Es gibt zwar Intervention, aber diese betroffenen Patienten sind kein Thema</p>	<p>Teamgespräche, ein offenes Ohr im Team</p>	<p>Arbeitet nur 3 Tage pro Woche, Intervention mit Kolleginnen</p>
<p>Ressource und Entlastungsmöglichkeiten privat</p>	<p>Spaziergänge, Laufen um den See, einfach Fenster aufmachen, frische Luft, Meditation/Achtsamkeitstraining nach Kabat-Zinn, täglich eine Stunde, auch Malen</p>	<p>Mehr Auszeiten und Entlastung, Techniken wie innerer Raum, Malen</p>	<p>Mehr Auszeiten und Entlastung, Techniken wie innerer Raum, Malen</p>	<p>Großer Freundeskreis, Singen (Chor), Ehrenamt in der Waldorfschule, Gartenarbeit, Hausbau, nette Söhne und deren Familien,</p>
<p>8</p>	<p>Interviewpartnerin I (IP 1)</p>	<p>Interviewpartnerin II (IP 2)</p>	<p>Interviewpartnerin III (IP 3)</p>	<p>Interviewpartnerin IV (IP 4)</p>
<p>Versorgungssituation mit Krebsberatungsstellen Kommune</p>	<p>Berlin ist mit allgemeinen Beratungsstellen gut ausgestattet, aber bei 17000 Neuerkrankungen jährlich, aber nur 4 Krebsberatungsstellen, kann Bedarf nicht aufgefangen werden.</p>	<p>Mehr Bedarf als sie selbst annehmen kann, zu geringe Kapazitäten in der psychosozialen Krebsberatung</p>	<p>In Berlin ist die Versorgung gut, es wird viel angeboten, auf dem Land z.B. Brandenburg ist Engpass</p>	<p>„das ist immer eine Frage der Perspektive, ne“ Früher kürzere Wartezeiten in der Beratungsstelle, jetzt 4-6 Wochen Wartezeit. Meist rufen die Menschen an, wenn sie nicht mehr können.</p>
			<p>Es gibt genügend Beratungsstellen, vier freie psychosoziale und die Bezirksberatungsstellen in Berlin, aber letztere können nur Krebspatienten u.a. begleiten, müssen auch andere Gruppen beraten. Psychotherapeutische Angebote fehlen in Berlin.</p>	

<p>Versorgungssituation mit Krebsberatungsstellen Kommune</p>	<p>1/3 der Erkrankten sind therapiebedürftig und diese werden in den wenigen Beratungsstellen nicht erreicht</p>		<p>Außerdem können PT auswählen, viele Patienten, die Hilfe benötigen, erhalten keinen Therapieplatz (vgl. bayerische Initiative, PT ohne Kassenzulassung, aber mit Approbation 10 Stunden pro Woche auf Kassenleistung in diesem Bereich tätig werden). Mangel an Gruppenangeboten, Mangel an psychosozialer und Rechtsberatung. Krebspatienten sind sehr bescheiden und werden damit übersehen. Qualitätsmängel bei PT: Viele können mit Krebs nicht umgehen, IP 4 bietet selbst Hypnotherapie an.</p>	<p>„also man sagt 1/3 der Krebsbetroffenen braucht Therapie – also für 1/3 der Krebsbetroffenen reicht Beratung und Begleitung, 1/3 kommt so wunderbar durch die Krebserkrankung, die brauchen gar nichts.“</p> <p>Kooperation zwischen Einrichtungen funktioniert nur, wenn es Menschen gibt, die das tragen.</p>
---	--	--	--	--

<p>9</p>	<p>Veränderungsbedarf/Erweiterungsbedarf: psychosoziale Versorgung</p>	<p>Interviewpartnerin I (IP 1)</p> <p>Krebsberatung als Regelversorgung, finanzielle Sicherheit für die Beratungsstellen, stärkere Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Bereich. Empfehlung zur Krebsberatung durch Ärzten als weiterer Behandlungsschritt, 60 Beratungsstellen für Berlin wären notwendig. Informationen in Internet und Büchern sind zu allgemein, verwirren eher, als dass sie tatsächlich auf die Person zugeschnitten sind</p>	<p>Interviewpartnerin II (IP 2)</p> <p>Begleitung/Beratung muss in der Klinik anfangen, niedrigschwellige Gesprächsangebote in der Klinik, geringe Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krebsberatung, Patienten machen u.U. schlechte Erfahrungen und benötigen auch dafür Unterstützung</p> <p>Viele Ärzte haben ein großes Defizit an psychologischen Kenntnissen</p>	<p>Interviewpartnerin III (IP 3)</p> <p>Betroffenen mehr Handlungsspielraum in der Wahl und Entscheidung für einen Behandlungsweg lassen. Alternativen zulassen. Zeitlichen Druck minimieren. Kostenübernahme von biologischen Therapien durch die Krankenkassen. Jeder der Beratung machen möchte, sollte sie bekommen. Beratungsstellen sollten mehr gesicherte Finanzen und bessere Räumlichkeiten haben.</p>	<p>Interviewpartnerin IV (IP 4)</p> <p>Gesellschaftliche Haltung zu Krebs müsste sich ändern (Krebs wird noch immer als Makel angesehen; Krebs mit Schuld verknüpft – da falscher Lebensstil). Krebs, insbesondere Brustkrebs kann man heute auch überleben. Positiv: In Kliniken wird auch viel Komplementärmedizin angeboten, so in der Charite. Zusammenarbeit zwischen Medizin, Psychologie und Pflege muss intensiviert werden, viele Ressourcen (z.B. „breast nurse“) werden nicht abgefragt und genutzt. Bessere Kooperation zwischen den Beratungsstellen, Ausgrenzung ihrer Beratungsstelle durch andere Stellen.</p>	<p>Interviewpartnerin V (IP 5)</p> <p>Bessere Versorgungsdecke für psychosoziale Beratung durch Betroffene und Nichtbetroffene, bessere finanzielle Absicherung der Beratungsstellen durch Sozialversicherungsträger, weniger Spendenakquise für die Beratungsstelle</p>
-----------------	--	--	---	---	---	---

<p>Veränderungsbedarf/Erweiterungsbedarf: psychosoziale Versorgung</p>	<p>Plädiert für betroffenenkontrollierte Ansätze. Expertise der Krebsberatungsstellen mehr abfragen, ortsnahe Versorgung, Mediziner sollten besser psychologisch ausgebildet sein.</p>		<p>Mehr private Unterstützung durch Spenden für unabhängige Beratung.</p>	<p>Mehr Fördergelder sinnvoll, andererseits höhere Abhängigkeit durch Institutionen</p>	
<p>Womit würden sie für Ihre Form der Beratung besonders werben?</p>	<p>Normales Beratungsangebot mit verschiedenen Settings; Zufriedenheit der Klient/innen als Werbung</p>	<p>„unabhängig, vielseitig beraten, neutralen Überblick geben, „dass wir nicht die Ängste schüren sondern eher versuchen die Ängste zu nehmen wie haben ja auch eine psychologische Beratung hier dass wir da sehr viel auffangen können, dass wir auch ein sehr umfangreiches, qualitativ hochwertiges Informationsmaterial bieten können, wo man sich einfach auch in Kürze schlau machen kann und das wir im Grunde ja...“</p>	<p>Wünscht sich mehr mediale Aufmerksamkeit für die Arbeit ihrer Beratungsstelle: Es besteht Konkurrenz zwischen den Beratungsstellen, da einige mehr Geld haben und andere weniger Geld und werden hauptsächlich getragen durch Ehrenamtliche und 1-2 Hauptamtliche bezahlte Kräfte</p>	<p>Empfehlung an die Menschen, die sonst niemanden in ihrem sozialen Kontext zum Reden haben, niemanden, der sie versteht. Konfrontation mit Sprachlosigkeit angesichts von Krebs. Selbstbetroffenheit als Alleinstellungsmerkmal Breies Spektrum an Angeboten, auch Gruppenarbeit.</p>	

Anhang: Interviewleitfaden für halbstandardisierte Interviews mit selbstbetroffenen Fachkräften in der psychosozialen Krebsberatung

Angaben zur Person

Wie alt sind Sie?

Welche Lebensform leben Sie aktuell (verheiratet, geschieden, verpartnert, ledig, mit/ohne Kinder)?

Welchen Ausbildungsweg haben Sie genommen?

Welchen Berufsweg haben Sie genommen?

Angaben zur Beratungstätigkeit

Wie lange existiert diese Beratungsstelle?

Wer ist der Träger (Kommune, freier Träger, Verein etc.)?

Wo ist ihr Standort (Kleinstadt/Großstadt etc.)?

Seit wann arbeiten Sie in der Beratungsstelle?

Wie lange arbeiten Sie hier als Selbstbetroffene/r?

Welches Aufgabenspektrum haben Sie aktuell in der Krebsberatung?

Wie hoch ist Ihr Stundenumfang?

Wie viele Personen beraten Sie durchschnittlich am Tag?

Wie viele Kollegen haben Sie in der Einrichtung?

Wie viele Personen werden in der Beratungsstelle betreut/beraten?

Welche Beratungsformen bieten Sie an (Einzel-, Gruppenberatung etc.)?

Welche anderen Unterstützungsformen bieten Sie bzw. Ihre Beratungsstelle an?

Selbstbetroffenheit als Fachkraft mit Krebs

Wie haben Sie von Ihrer Erkrankung erfahren?

Wie lange sind Sie an Krebs erkrankt?

Welche Organe sind betroffen?

Wie werden Sie aktuell behandelt?

Wie lange waren Sie wegen ihrer eigenen Erkrankung nicht berufstätig?

Wie erleben Sie Ihre eigene Erkrankung?

Welche Belastungen ergeben sich aus Ihrer Erkrankung?

Wo erleben Sie Ressourcen?

Welche Veränderungen hat die Erkrankung für Sie mitgebracht?

Welche wichtigen Erkenntnisse hat die Erkrankung für Sie erbracht?

Krankheitsverlauf und Verarbeitungsprozess

Wie stellt sich der eigene Krankheitsverlauf für Sie heute aus der Rückschau dar?

Was hat Sie besonders belastet?

Was hat Ihnen Kraft und Zuversicht gegeben?

Wer hat Sie besonders in der Krankheit unterstützt?

Inwieweit haben Sie ihr persönliches Umfeld als Ressource erlebt?

Was hat Ihnen geholfen, die eigene Erkrankung positiv zu verarbeiten und zu bewältigen?

Einstieg in die Krebsberatung als selbstbetroffene Fachkraft

Wie sind Sie auf die Idee gekommen, als selbstbetroffene Fachkraft in die Krebsberatung einzusteigen?

Welche Hoffnungen bzw. Befürchtungen haben Ihren Entscheidungsprozess beeinflusst?

Was hat Sie letztendlich dazu bewogen, die Tätigkeit aufzunehmen?

Inwieweit spielt ihr eigener Krankheitsverlauf (positive Einstellung, Besserung/Heilung, gute Blutwerte, Rückbildung von Metastasen etc.) eine Rolle bei Ihrer Entscheidung für die Tätigkeit?



Potenziale der Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte

Was schätzen Sie an Ihrer Arbeit besonders?

Worin liegt das spezifische Potenzial dieser Form der Krebsberatung?

Welche Aspekte sind anders bei Ihnen in der Krebsberatung als bei einer nichtbetroffenen Fachkraft?

Welche Rückmeldungen erhalten Sie durch Ihre Klienten/innen?

Worin liegen die Vorteile gegenüber einer herkömmlichen Krebsberatung?

Unter welchen Voraussetzungen würden Sie einem Erkrankten diese Beratungsform empfehlen?

Wie wirkt sich ihr eigenes Angebot auf Sie selbst und ihre Erkrankung aus?

Belastungen und Risiken

Worin liegt Ihrer Meinung nach die Hauptbelastung für Sie als selbstbetroffene Fachkraft in der Krebsberatung und warum?

Was sollte eine Fachkraft mit diesem Hintergrund auf keinen Fall versuchen?

Wie anstrengend erleben Sie persönlich die Beratungen anderer Patienten/Klienten?

Wo liegen Ihrer Meinung die Grenzen einer solchen Beratungsform?

Wann lehnen Sie eine Beratung ab?

Wo liegen die Nachteile gegenüber einer Beratung durch Nichtbetroffene?

Entlastungsmöglichkeiten

Wie grenzen Sie sich von der Situation des Klienten/in ab?

Wie vermeiden Sie zu starke Identifizierung mit dem Klienten/in?

Welche Ressourcen und Entlastungsmöglichkeiten stehen Ihnen beruflich zur Verfügung? (Pausen, Supervision, Teamgespräch, Fortbildung, räumliche oder zeitliche Möglichkeiten etc.)

Welche Ressourcen und Entlastungsmöglichkeiten stehen Ihnen privat zur Verfügung? (Familie, Freundeskreis, eigene Krebsberatung durch Fachkräfte, Sport, Freizeit, Zeiteinteilung etc.)

Entwicklungsbedarf der Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte

Wie sieht die Versorgungssituation mit Krebsberatungsstellen in ihrer Kommune aus?

Was sollte sich in der Versorgung von Krebspatienten auf jeden Fall ändern?

Inwiefern sollte das Angebot durch selbstbetroffene Fachkräfte erweitert werden?

Wie beurteilen Sie die Kooperation mit Medizin, Psychologie und Gesundheitsämtern etc.?

Welche Hilfen (finanziell, räumlich, personell, Öffentlichkeitsarbeit) bedürfen diese Beratungsstellen durch den Staat und Institutionen der Behandlung bei Krebs?

Womit würden Sie für Ihre Form der Beratung besonders werben?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Anhang: Interviewtranskripte

5.1 IP 1

Interview 1 vom 16.04.1014

A= Fragesteller

B= die interviewte Person

A: Ich muss ihnen zuerst mal allgemeine Fragen um Ihre Person stellen...Die erste Frage ist wie alt sind Sie?

B: Ich bin...ach Gott...

A: Ungefähr...

B: Nein, ich muss genau sagen...Entweder 56 oder 57.

A: Ok. Ähm...oder 46 geht ja auch. Welche...

B: 56. 50...

A: 56 oder 57?

B: ja, ja, mhm

A: Welche Lebensform, in welcher Lebensform leben Sie aktuell? So verheiratet, ledig, mit Kindern oder...

B: ähm...wie soll ich das sagen...ledig? Aber nein, wir waren geschieden vor vielen Jahren und ich lebe zusammen mit oder im Haushalt mit mir lebt auch mein Sohn.

A: Aber der ist schon erwachsen?

B: Er ist schon groß, genau, der ist 21.

A: Welchen Ausbildungsweg haben Sie genommen?

B: ähm... ich habe Psychologie studiert, ähm...zuerst in Warschau dann in hier an der UNI an der FO dann...ja habe ich Psychologie hier an der Uni absolviert und ich bin auch Kunsttherapeutin, habe ich nochmal studiert an der Akademie Kunstakademie Weißensee.

A: Ach schön. Gar nicht so leicht da reinzukommen, ne? Also heutzutage glaube ich ist das so... Welchen Berufsweg hatten Sie genommen?

B: Ich habe nach meinem Psychologie-Studium habe ich 15 Jahre in einer Kriseneinrichtung gearbeitet und dann eigentlich bis zu meiner Erkrankung...

A: Mit Erwachsenen oder mit Kindern?

B: In so einer Kriseneinrichtung für Erwachsene. Und dann, nach meiner Erkrankung, habe ich gewechselt in die Beratungsstelle hier.

A: Nach der Erkrankung?

B: Genau.

A: Spannend. Wie lange existiert die Beratungsstelle hier?

B: 30 Jahre.

A: 30 Jahre.

B: Mhm, die ist...wir haben letztes Jahr Jubiläum gefeiert.

A: Jubiläum?

B: Genau.

A: Wer ist der Träger?

B: der Träger ist die psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige, Selbsthilfe Krebserfahrung. So heißt die...

A: die Trägergemeinschaft?

B: die Trägergemeinschaft.

A: und zu der gehört jetzt nur die Beratungsstelle oder noch weitere?

B: eigentlich nur die Beratungsstelle und dann diverse Vereinsaktivitäten, die dann über die Beratungsarbeit hinausgehen. Aber das ist ein kleiner Träger, der diese Beratungsstelle trägt.

A: Ja. Wo ist Ihr Standort?

B: In Berlin.

A: In Berlin –genau, Großstadt. Seit wann arbeiten Sie in der Beratungsstelle? Sie haben gesagt nach der Erkrankung...

B: Genau. Ich habe gewechselt...im Mai 2009 hatte ich hier angefangen.

A: Mhm. Wow, wir haben doch schon 5 Jahre ne?

B: Genau, genau, 5 Jahre. Ist gerade 5 Jahre.

A: Nach Ihrer Erkrankung, dann waren Sie also auch selbst betroffen...welches Aufgabenspektrum haben Sie aktuell in der Krebsberatung?



Anhang

B: ich mache die Beratung und Begleitung von Betroffenen, psychosoziale Beratung und psychoonkologische Beratung und dann mache ich...leite ich die Gruppen ein und führe Kunstwerkstatt.

A: Kunstwerkstatt? Wie hoch ist Ihr Stundenumfang?

B: 20 Stunden die Woche. Es geht. Allerdings es ist nicht einzige Stelle, wo ich arbeite, ich weiß es nicht ob das relevant ist.

A: ist relevant, klar.

B: ich mache im Moment... habe ich 2 halbe Stellen. Hier habe ich eine halbe Stelle und die andere halbe Stelle mache ich im Martin Luther Krankenhaus als Psychoonkologin auf der gynäkologischen Station.

A: Sehr spannend! Martin Luther...da bekam ich meine Zweitmeinung her damals.

B: ach so...

A: Ja.

B: aber bei wem...war das?

A: Das weiß ich leider nicht mehr. Ist ja auch schon etwas her. Wie viele Personen beraten Sie durchschnittlich pro Tag? Das ist natürlich schwierig, weil sie beraten ja an 2 Stellen....

B: 2.

A: sie waren auf diese Stelle hier bezogen jedes Mal?

B: 3, 4...je nach dem. Das ist so, wir arbeiten diese 20 Stunden mache ich innerhalb von 3 Tagen. Von daher ich habe einen Tag wo ich – wieder auf hier bezogen – 3 Beratungen, an einem anderen fast 6 Beratungen – insgesamt innerhalb von diesen 20 Stunden, was ich hier mache, das ist dann unter der Woche durchschnittlich eine Gruppe und 9 bis... 8 bis 10 Beratungen.

A: Okay. Gut.

B: und das Gleiche im Krankenhaus, manchmal mehr.

A: Manchmal mehr auch?

B: ja, weil da sind einfach die Frequenzen der Kontakte ein bisschen höher.

A: und wie viele Kollegen haben Sie in der Einrichtung?

B: so direkt Beraterinnen...da sind im Moment 4 Kolleginnen, die auch so halbe Stelle, Teilzeit arbeiten hier wie ich in der Beratungsstelle und da

gibt es noch Leute als ehrenamtliche Mitarbeiter hier und wir haben immer Praktikanten oder Leute wo man auch viel Kontakt hat weil sie im Büro arbeiten und Dienste machen, Telefondienste machen und dadurch hat man mit denen auch viel zu tun.

A: Wie viele Kollegen haben Sie im Krankenhaus?

B: So...da umgekehrt – ich bin alleine, die Psychologin, die da arbeitet, ich hab zwar einen Kollegen, aber den sehe ich im Moment leider nicht, weil der nur auf Honorarbasis da ist und sonst habe ich eine ganze Menge an Kontakten mit Ärzten, mit Pflegepersonal...

A: na da arbeitet man auch zusammen...

B: Genau, genau. Aber das ist die Schiene hier, da sind viel Menschen doch dort fühle ich mich viel einsamer als hier...

A: ist auch wichtig. Welche Beratungsformen bieten Sie an? Also Einzel...

B: Einzelberatung und Gruppen, beides.

A: und andere Unterstützungsformen haben Sie schon gesagt. Also sie bieten noch Kunsttherapie an...Gruppen?

B: Das würde ich als Gruppentherapie sehen, ja.

A: So jetzt muss ich ihnen ein paar Fragen zu Ihrer eigenen Erkrankung stellen. Wie haben Sie von Ihrer Erkrankung erfahren?

B: Ich hab' den Knoten getastet und dann bin ich...nicht sofort – dann habe ich mir ein bisschen Zeit gegeben – zum Arzt gegangen und...

A: Bewusst?

B: ja, ja, Bewusst...ich war bloß besorgt und dann bin ich zum Arzt gegangen, zur Ärztin, damals hatte ich eine Gynäkologin, und sie hat mich geschickt zu einer Mammographie – dann war ich zur Mammographie und dann war es klar, dass es Krebs ist und das eigentlich schon der Radiologe hat es gesehen und hat es mir ein bisschen angedeutet...

A: War bei mir auch so...also der Radiologe hat es auch gleich gesehen und gewusst...

Wie lange sind Sie an Krebs erkrankt?

B: Ahh... wie meinen Sie das jetzt?

A: Seit wann? Seit 2009 war das oder?

B: nein, seit 2005.



Anhang

A: Ach, länger schon, 2005...

B: Genau. 2009 habe ich hier angefangen zu arbeiten.

A: Ja. 4 Jahre später also...sehr witzig. Habe ich jetzt auch so...ich bin gerade 4 Jahre nach der Erkrankung...

B: aber ich hab...ich bin dann 2007 im Juni ähm...im Januar wieder zurück zu meiner alten Arbeitsstelle. Und erst nach 2 Jahren habe ich gewechselt.

A: Ja, ok.

B: So – so lange Pause konnte ich mir nicht leisten, denn ich hatte Kinder, die waren relativ klein und ich musste arbeiten.

A: ja, das verstehe ich sehr gut. Mein Kind war 3 Jahre alt damals und ich musste weitermachen – so ohne Pause. Jetzt ist es vier Jahre her – die Diagnose und ich will nochmal in eine andere Richtung glaub ich so für mich...also...Welche Organe sind betroffen? Also Brust, und Metastasierung bis jetzt?

B: Bis jetzt...

A: wie werden Sie aktuell behandelt und werden Sie noch behandelt?

B: Nein.

A: Wie lange waren Sie in Ihrer eigenen Erkrankung nicht berufstätig haben Sie gerade schon beantwortet – es ging dann relativ schnell, aber...

B: naja, nur ein Jahr ungefähr. Ich war...im Dezember 2005 war OP und da war ich krankgeschrieben und im Januar 2007 habe ich angefangen zu arbeiten nach Hamburger Modell. Das heißt – da ist noch eine Weile, paar Wochen Krankschreibung und dann habe ich normal angefangen zu arbeiten und war dann auch richtig angestellt wieder.

A: Wie erleben Sie Ihre eigene Erkrankung?

B: so...im Rückblick? Schon als Bedrohung, eine Besonderheit, und da ich Chemo machen musste – ich glaube ich habe ... und ich habe Chemotherapie gemacht und ATU.

A: Beides...

B: genau. ATU Therapie. Ich denke es hat sich vieles verändert an meiner Belastbarkeit, aber durch die Behandlung. Ich war ziemlich fit nach der OP, ziemlich schnell...aber die Behandlungen, die ich dann danach machte, das war ein Hammer, so zu sagen. Und daher...die Erkrankung, als solche, in Erinnerung habe ich ok also einen...also...natürlich heftigen

Schlag, aber die Behandlung war nochmal viel belastender, weil die Innenwirkungen der Behandlung waren viel größer und genau...aber die Erkrankung...gut, Bedrohung. Pech...Schicksalsschlag...

A: Welche richtigen Erkenntnisse hat die Erkrankung für Sie gebracht?

B: hmmm...Eine Sache...das es...dass man nichts nach hinten verschieben darf. Und Sachen die einem wichtig sind und ja die wichtig sind, dass man versucht, sie so parallel zu leben in dem Moment, wo sie wichtig geworden sind und nicht eben „ach, das mach ich dann später, wenn ich Zeit habe“ oder...ich glaube das war sehr wichtiges Erkenntnis. Und dann ich habe viel an mich selbst gearbeitet und viele Erkenntnisse gezogen aus dem, dass ich viel Einfluss darauf habe, wie ich mich fühle, was ich denke...vorher war das...ich war so dem ganzen ausgeliefert was in meinem Kopf passierte zum Beispiel und dadurch dass ich dann sehr intensiv, auch nicht nur theoretisch sondern auch richtig angefangen habe zu praktizieren so Entspannungstechniken... Und dann bin ich dazu gekommen: ok, ich kann viel in meinem Leben beeinflussen...

A: ja, das stimmt.

B: und vorher...wusste ich das auch, als Psychologin, aber das war mehr so auf der theoretischen Schiene, zur Erkenntnis, aber ok – aber wie macht man das.

A: ja, dass ist dann schon eine andere Ressource. Meine nächste Frage wäre gewesen:

Wo erleben Sie ihre eigenen Ressourcen? Das ist ja...das hört sich für mich schon so an, oder?

B: Ja, das ist etwas, was so u sagen mit der Zeit entstanden ist und wächst, wird immer mehr, dass man eine...die Erkenntnisse, die man schon hatte, umsetzen kann und aber nur durch regelmäßige Praktizierung dazu überkommt, so zu sagen – dazu richtig zu leben. Und ich hab also für mich war sehr wichtige Veränderung – ich habe immer sehr zweispurig gelebt. Einerseits interessierte mich Psychologie und...und also Sprache und um sozusagen genau...andererseits Bilder und Kunst und ich habe autodidaktisch auch viel gelernt, auch in diesem Bereich und auch gemalt und nach meiner Erkrankung – ich glaube das war 2008, dass da war ich schon wieder zurück bei meiner Arbeit habe ich mich entschlossen, Kunsttherapie zu studieren. Und ich habe das gemacht nach meiner Erkrankung. Und mit einer Idee – egal ob ich das zu Ende bringe oder nicht, ich mach es.



Anhang

A: ist ja auch mal – hört sich für mich nach Chance an, nach Wahrnehmen der Chance?

B: Also ich habe es einerseits als Chance aber andererseits als ein bisschen Verzweiflung gesehen. Wenn, wenn nicht jetzt, wann dann und dann habe ich gedacht...

A: ach schön.

B: ...genau das ist es.

A: Ja, toll.

B: Es war sehr anstrengend, gerade nach 16:43 habe ich gespürt, was die Chemotherapie mit meinem Gehirn gemacht hat. Dass ich dann immer gelesen habe, und nochmal gelesen weil selbst bei der Kunsttherapie muss man viel lesen, wenn man es studiert. Und dann...dann diese Gedächtnisleistung war schon damals noch nicht sehr gut. Jetzt hat sich das erholt. Aber dann hat es gedauert, kurz gedauert...

A: ja. Was hat Sie besonders belastet? Nun, die Frage haben Sie mit beantwortet schon, ne.

B: naja, aber das ist genau die Nebenwirkungen, aber auch Zukunftsängste, und genauso Rückkehr der Erkrankung, ein bisschen Angst was passiert, wenn die Erkrankung wieder zurückkommt und ich hab...nach der Chemo habe ich gedacht, Nie wieder Chemo. Das war für mich sozusagen klar, wenn ich sage nie wieder Chemo und nichts anderes hilft, wie stehe ich das dann nochmal durch und das war – das war auch sehr belastend das war nicht weg in dem Moment wo ich das überstanden habe. Das war dann schon immer wieder da. Naja so Sorge um mein Sohn war das auch, denn er war 14 das heißt er war eigentlich in Pubertät und musste sich nach da draußen orientieren und durch meine Erkrankung hat er in seiner Entwicklung ein bisschen zurück Entwicklung erlebt. Das hat sich ziemlich auf ihn ausgewirkt. Der ist ein sensibler Junge, damals war er es und seine Ängstlichkeit hat sich dann nochmal vertieft und das war dann auch etwas, was mich sehr belastet hat.

A: ja, klar.

B: und letztendlich... genau. Plötzlich auch bis jetzt, denn ich habe das Gefühl, er hat sich noch nicht richtig da erholt. Er macht schon jetzt Schritte, hat angefangen, seine Pubertät nachzuholen, aber das hat auch bei ihm sehr lange gedauert. Er hatte auch seine depressive Phase gehabt, das hat sich ausgewirkt.

A: JA, das Umfeld arbeitet mit.

B: Ja, Umfeld leidet mit.

A: Natürlich, ich weiß es selber.

B: Ja, Umfeld arbeitet mit...leidet.

A: genau.

B: Auch wenn nicht jeder so zeigt, aber...

A: na doch, es hinterlässt Spuren, auch bei denen, die zum einen ja auf einen angewiesen sind oder einem sehr nahe stehen, ja...Was hat ihnen Kraft und Zuversicht gegeben?

B: das waren dann auch das Kind...die Kinder, ich habe 2 Kinder, aber meine Tochter war schon ein bisschen größer, als mein Sohn...

A: Wie alt war Ihre Tochter?

B: die war...zwischen denen ist...er war so 14 - plus 9...

A: Das heißt, sie war schon...23?

B: genau, sie hat gerade ihren Abschluss gemacht ne. Sie hat zuerst Berufsausbildung gemacht und dann studiert aber sie war schon auf ihrem weg ein bisschen, die war nicht auf mich so gebunden...

A: sie war auch schon mehr bewiesen. Mit 14 ist er gerade ins Leben gegangen...

B: Genau. Und musste die erste Schritte machen und man fällt sofort zurück. Und die war schon so weit, dass ihr...und sie hatte schon einen eigenen Freund an ihrer Seite, das hat sie auch ein bisschen stabilisiert. Aber das ging dann, denn meine Freundinnen, ich hatte da – ich bin alleinerziehend gewesen nach meiner Trennung und hatte Kreis von Freundinnen und die waren sehr wichtig. Die waren sehr unterstützend – und die Kunst. Das war dann...alle meine Bilder, und...

A: toll, dass Sie sich das so organisieren konnten. Also dass sie es sich so geholt haben...

B: ja...aber das hat auch gedauert...es hat auch gedauert, bis ich das so zu sagen...das...aber das war so mein...meine Option ne wo ich dachte...ok, diese Richtung könnte ich gehen, will ich gehen also würd ich gucken, wie ich das auf jeden Fall aktivieren kann.

A: Wer hat Sie besonders in Ihrer Krankheit unterstützt? Freundinnen?

B: Mhm.



A: Wie weit haben Sie Ihr persönliches Umfeld als Ressource erlebt?

B: Sehr weit. Ich glaube für mich war das besonders wichtig, weil ich..ich weiß nicht, ob Sie sich auseinandergesetzt haben mit Menschen, die nicht in Deutschland von Anfang an zu Hause sind. Ich bin dann...ich habe auch...im Studium...genau...und da ist man anders auch durch sein Schicksalsschlag anders verunsichert...ich habe zum Beispiel das Gefühl gehabt, dass...und gerade in Deutschland war so...man wird immer wieder konfrontiert mit Ausländerfeindlichkeit...dann hat man sofort irgendwie...auch wenn es einen nicht direkt betrifft, trotzdem ein Gefühl man ist unerwünscht und als Kranker außerdem noch unerwünschter und man verliert viel schneller die Berechtigungen – die da Sein Berechtigungen hier. Und da die Stabilität sehr wichtig ist – dass man die Chance hat, sich mit jemandem zu verbinden, man sagt ok, du gehörst dazu und egal, woher du kamst.

A: und da haben Ihre Freundinnen Ihnen den Halt gegeben, in dem Punkt?

B: Genau, deswegen war das immer sehr wichtig und nun meine Arbeit, ich glaube man hat dann immer die Perspektive, ich werde dann zurück arbeiten und ja...das waren die beiden Sachen.

A: Also Sie haben Ihre Arbeit auch als Ressource erlebt, dann in dem Punkt oder die Perspektiven?

B: die Perspektive, arbeiten zu können. Ich kann manchmal hier zu Beratung kommen Menschen die auch sozial nirgendwo angebunden sind, die haben auch keine Arbeitsstelle...dann sind die an irgendwelche Ämter angewiesen die die sehr unpersönlich behandeln.

A: und dann die Vorurteile, vor denen man auch Angst hat und die einen nicht stützen und einem zusätzlich Kraft nehmen...

B: genau. Und das betrifft auch so zu sagen ursprünglich deutsche Menschen wenn sie krank sind und an die Ämter auch angewiesen sind, die denen nie wohlgesonnen sind, das ist dann also...

A: das ist furchtbar. Was hat ihnen geholfen, Ihre Erkrankung positiv zu verarbeiten und zu bewältigen?

B: ich weiß nicht, ob ich die positiv verarbeitet habe, ich bin mir da nach wie vor. Es war eine Katastrophe in meinem Leben, zu erkranken, ich kann dieser Erkrankung eigentlich gar nichts Positives abgewinnen, das ist eine Erkrankung, die das Leben bedroht und zerstören kann und ich kriege das mit hier in der Beratungsstelle, dass sowas passiert und ich habe nur das Gefühl – ok, ich habe Glück gehabt. Und gar nichts anderes.

A: ok.

B: na das ist...von daher ich weiß es nicht ob das positive Verarbeitung ist, einfach...Glück gehabt zu haben. Meiner Meinung zur positiven Verarbeitung gehört noch was anderes...

A: eine sehr schöne Antwort. Ja, sehe ich auch so. jetzt kommen wir mal schon auf die Krebsberatung. Also was ihr Thema ist...Wie sind Sie auf die Idee gekommen, als selbst betroffene Fachkraft in die Krebsberatung einzusteigen?

B: na ich hatte das Gefühl, dass ich nach meiner Erkrankung als ich zurück kam an die alte Arbeitsstelle wo ich gearbeitet habe, dass...ich hatte das Gefühl ich habe was gewonnen, ich habe ...ich bin jetzt hier klüger, ich weiß mehr grad über Krisen und...und dass ich sozusagen...jetzt kann ich antworten, ich hab...paar Sachen waren sicher für mich so ein bisschen geklärt, ich war so ein bisschen klarer in manchen Erkenntnissen und bin da so zurück und...aber die anderen waren anderer Meinung.

Da gab es irgendwie Gerangel um wer macht was und ich hab mir nicht mehr diesen Arbeitsplatz vorgefunden, wie ich den verlassen habe. Und das ist selbstverständlich, die haben da ein Jahr ohne mich gearbeitet und haben sich da irgendwie arrangiert damit aber als ich zurückkam, hatte ich das Gefühl, ich bin an manchen Stellen eckiger geworden, passe nicht mehr, mit mir wird auch nicht ganz korrekt umgegangen und dann habe ich gedacht ne, das tue ich mir nicht an. Und dann suchte ich, dann habe ich angefangen mich...ok, ich habe versucht noch zu klären, weil ich dachte, warum soll ich gehen...

A: sie haben ja auch da lange gearbeitet...

B: ja, genau. Das waren damals...über 14 Jahre...nicht 14...13 Jahre und...dann wurde ich krank, dann habe ich noch 1 Jahr gearbeitet und dann bin ich weg. und dann habe ich angefangen zu gucken, und ich habe nicht gezielt geguckt nach Krebsberatung. Ich habe zuerst so offen geguckt, aber als ich die Anzeige gesehen habe, von der Beratungsstelle, die suchen eine Psychologin, dann habe ich gesagt, na das ist es. Das ist es. Und das was mich am meisten angezogen hat in diese Beratungsstelle, ist ein Kriterium, Aufnahmekriterium, dass man selber betroffen war...und da habe ich gesagt WOW! Das ist das, was ich suche, wo jemand anerkennt, dass das was ich jetzt durchgemacht habe, durch dieses Jahr, mit der Erkrankung, dass das wirklich als Kompetenz gesehen wird und das jemand mich sucht, das ist einfach so wie ich bin und ich muss mich nicht verstecken weil ich habe schon überlegt wenn ich mich hier bewerbe was



Anhang

mache ich mit meiner Behinderung, sage ich es, sage ich es nicht, das war schon...

A: ein Thema, ne?

B: ja, während hier der Arbeitgeber sucht nach so jemand. Also das Problem hat sich von alleine gelöst und dann habe ich mich beworben und dann hatte ich wieder Glück, diese Stelle zu bekommen. Und dann seit Mai 2009 bin ich hier.

A: haben sich denn Ihre Hoffnungen, die Sie hatten, auch bestätigt?

B: ja und nein, also ja die Hoffnung hat sich bestätigt und das sehe ich nach wie vor wirklich großen Gewinn dass ich hier arbeite und mich hat auch geleitet die Entscheidung für diese Stelle also ein Gefühl, wenn ich schon Arbeiten muss, dann will ich hier an einer Baustelle arbeiten, wo meine ganze Kompetenz, meine Energie wirklich Sinn macht. Und weil ich selber erfahren habe, wie wichtig ist so eine Art der Begleitung und Beratung, dann habe ich gedacht ja, das mache ich. Wenn ich arbeiten muss, dann mache ich etwas was für mich persönlich gut und Sinn macht. So richtig Sinn macht. Ich habe gedacht, na ich kann mich weiter mit psychisch kranken Menschen herumschlagen und die begleiten – ich will das nicht messen, das ist – aber ich habe gedacht ok, das können andere machen. Und ich mache lieber das, wo ich denke, es ist sehr wichtig. Und es gibt wenig davon.

A: ne, find ich, kenn ich auch sehr gut, also...

B: und gerade die Kombination zwischen Berufserfahrung, Fachkompetenzen und Betroffenheit finde ich eine gute Mischung und genau. Ich glaube das was mich auch hier, was mir hilft an Kompetenzen, weil die Arbeit das ist die Krisenarbeit. 13 Jahre Krisenarbeit hat mich auch geprägt. Also irgendwie hat sich vieles getroffen hier was ich gedacht habe. Das ist toll hier zu arbeiten. Und warum ich auf Ihre Frage so Jain gesagt habe, das ist natürlich ein kleines Verein und die haben hatten auch damals Probleme und so aber das hat man überall und wenn ich das sehe, die direkte Klientenarbeit ist das, was ich wirklich was ich nicht bereue dass ich das gemacht habe.

A: Super. Hatten Sie Ihre Befürchtungen auch bei der Frage, ob Sie diese Stelle annehmen oder nicht? Gab es Befürchtungen?

B: Ja, und zwar im Bezug auf wie nah kann mir das kommen, was mir entgegen kommt.

Aber dadurch, dass wir hier Supervision machen und kollegialen Austausch haben, kann man das austeilen, genauso wie an jeder anderen Arbeitsstelle, wo Psychologen arbeiten, die müssen das lernen, man muss diese Nähe und Distanz so zu sagen erfahren, erfahrbar für sich selbst machen und dann wenn man professionell arbeitet und professionell sich bewegt, dann kann man das sehr gut umsetzen, und natürlich besonders im ersten Jahr war es so, es gab immer wieder Situationen, die mir sehr nah gekommen sind aber dann habe ich gelernt, damit umzugehen

A: Hatte ihr eigener Erkrankungsverlauf also die Heilung und gute Blutwerte eine Rolle bei der Entscheidung für die Tätigkeit gespielt?

B: eigentlich nicht. Eine Sache was eine Rolle gespielt hat, war, als ich im Krankenhaus war, ich war schon sehr erschüttert in meiner psychischen, was soll ich da sagen, psychischen...in meiner Psyche. Und ich wollte unbedingt mit jemanden reden im Krankenhaus. Und dann habe ich gesagt eine Psychologin, den Psychologen...aber es ist keiner gekommen, weil – die war irgendwo da, aber sie ist nicht gekommen. Dann habe ich gedacht – naja keine Zeit oder...und das, das hat dann eine Rolle gespielt. Ich habe gedacht das ist etwas, was das kann nicht sein denn ich brauche Menschen.

A: in der Situation. Ich weiß, das find ich ganz verständlich.

B: genau. Weil später, als ich draußen war, konnte ich mir jemand finden. Aber davor, wo ich es gebraucht hätte, und für mich war das auch schrecklich. Ich habe keine gute Erfahrung mit der Begleitung gemacht, aber ich habe erfahren, wie wichtig sie ist...wenn sie nicht da ist...

A: wenn sie nicht da ist oder wenn sie schlecht da ist.

B: genau.

A: ja. Ne. Was schätzen Sie an Ihrer Arbeit besonders?

B: das spontan gab mir dieses Gefühl, meine Energie meines Lebens investiert zu haben in Begleitung von Menschen die sind da passend, dass man ihnen das anbietet. Und diese Dankbarkeit, das ist etwas was ich sehr schätze, ich habe das zum Beispiel bei meinem bei der Krisenarbeit nicht so erlebt da waren auch diese Momente aber da war auch viel, dass die Leute nicht motiviert waren, was zu verändern oder dass die eher aggressiv waren – das war eine andere Begegnung mit einer anderen Emotionen und hier erlebe ich eher tiefe Dankbarkeit, dass jemand da ist, zuhört, sich in die Lage versetzen kann und dann ein bisschen durch diese Erkrankung lotsen kann und begleiten kann. Und das ist das das ist mir das wichtigste.



A: worin liegt das spezifische Potential dieser Form der Krebsberatung durch selbstbetroffene Fachkräfte?

B: für mich ist es so, dass erstens ich hab die Möglichkeit mich anders in den gegenüber reinzusetzen und kann das so verstehen. Ich habe das Gefühl, dass dieses Verständnis viel tiefer ist und dadurch kann ich auch Fragen stellen, ich erkenne schneller, wenn jemand, die Momente wo jemand ausweicht, wo jemand noch nicht auf die Idee gekommen ist, dass da ein Problem sein kann, ich weiß, dass da ein Problem sein kann und frage nach und plötzlich öffnet sich ein Erkenntnis oder eine Tür. Das heißt man kennt den Weg und die Gefahren, weiß wo die Abgründe sind und weil man diesen Weg selber durchgegangen ist. Dann kann man anders lotsen, als wenn man selber neu ist und ist darauf angewiesen, was Klient sagt. Das heißt da drin kann ich mich besser reinsetzen und das heißt ich kann besser konfrontieren mit den Sachen und ich hab bekomme nicht die Antworten hier „ach, sie können mich nicht verstehen, sie haben das nicht erlebt“.

A: ne, das kann man echt nicht sagen.

B: es gibt Grenzen, aber das so zu sagen die Patienten oder Klienten wissen, dass ich vieles nachvollziehen kann und dass dieses Argument nicht zieht und die lassen sich dann auch anders konfrontieren als von Menschen die das nicht erlebt haben – denn der kann gut reden und weiß nicht, was ich eigentlich jetzt hier durchmache. Und dass ist dann sehr hilfreich. Das ist etwas, wo so zu sagen tatsächlich ein Vorteil für die Gespräche darstellt. Klar, ich muss nicht so lange ackern, um Vertrauen von Patienten zu haben, es ist schneller da – nicht sofort aber es ist schneller da.

A: welche Rückmeldungen erhalten Sie von Ihren Klienten?

B: naja dass was wir hier machen sehr hilfreich ist, es gibt Extreme, sie hätten es ohne uns nicht überlebt. Was ich nicht denke. Das ist es. Irgendwie überlebt man das. Das ist Teil des Problems, dass man es irgendwie überlebt – ob mit oder ohne diese Begleitung.

Und deswegen machen sich viele Menschen kein Bild davon, wie groß Bedarf für eine gute Begleitung ist. Das wird nie in Frage gestellt, ob das tatsächlich auf das zurückzuführen ist. Da gibt es so viele Möglichkeiten, arrogante Antworten zu geben, und ignorante, wie auch immer...

A: Ignoranz, Arroganz...Wo liegen denn die Vorteile gegenüber einer „herkömmlichen“ Krebsberatung?

B: da sind wir schon ein bisschen dabei, es zu beschreiben. Das sind die Momente, wo man besser konfrontieren kann, schneller Vertrauen hat, wo man sehr niedrigschwellig auf die Patienten kommen kann weil sie kommen hier manchmal weil sie neugierig sind um zu gucken, was wir ihnen zu bieten haben.

A: und erzählen Sie diesen Kranken, und was sagen Sie dann? Warum würden sie diesen Kranken diese Beratung empfehlen oder empfiehlt sie sich überhaupt?

B: ich werde so direkt eigentlich nicht empfehlen. Da denke ich ist eine Zumutung ist zu sagen, dass unsere besser ist, als die anderen. Weil ich dachte die andere ist auch sehr gut und jeder profitiert von Begleitung, egal wer das macht, denke ich. Aber unsere hat noch andere Qualitäten, die...ich glaube jede gute ist besser als keine, wenn sie schlecht ist, ist besser keine zu haben. Gute Beratung können auch Psychologen oder Sozialarbeiter machen, die nicht selbst betroffen sind. Das geht. Aber hier gibt es noch eine andere Qualität, warum sie nicht nutzen, wenn sie da ist. Bei uns gibt es inzwischen sehr viele Menschen, die von der Erkrankung betroffen sind und die dann auch in den Bereichen arbeiten. Aber das muss schon meine individuelle Entscheidung bleiben, denn nicht jeder will oder kann in diesem Bereich arbeiten. Es muss so zusammen kommen.

A: wie wirkt sich Ihr eigenes Angebot auf Sie selbst und Ihre Erkrankung aus? Sie sind ja in dem Sinne jetzt ja nicht mehr gelten nicht mehr als krank aber sehen sie da denn den Bezug auf sich selber auch?

B: na ich bin wenn man Literatur liest oder so Sachen reinzieht oder so gängigen Meinungen sagen man darf sich mit dem Krebs nicht so viel beschäftigen. Oder man sagt man soll sich tagelang besser mit Sachen beschäftigen, die einem gut tun, also intensive Krisengespräche mit Menschen die an Krebs erkranken oder gerade akut in der Erkrankungsphase stecken sollen auch nicht so gut sein...man sollte das gar nicht so intensiv. Aber dabei denke ich was für ein Quatsch! Warum, wer setzt sowas in die Welt? Letztendlich es gibt kein Sein-Zusammenhang zwischen unserer Psyche und dem Körper weil sonst müssten alle Ärzte die erkranken, alle Psychiater verrückt werden und so weiter...so ist es nicht. Aber trotzdem beschäftigt mich immer wieder dieses Mythos und dann denke ich „ist es gut sich so viel mit der Krankheit zu beschäftigen“?, aber ich beschäftige mich nicht mit der Krankheit selbst, sondern mit dem Menschen und ver-



suche ihm zuzustehen, das ist nicht die Krankheit als solche... ich habe keinen guten Satz jetzt mehr...

A: ist auch alles beantwortet, egal...ich muss ihnen jetzt ein paar Fragen stellen so eventuell also wie sich das auch negativ auswirken kann beziehungsweise als Belastung auch ergibt...woran liegt Ihrer Meinung nach die Hauptbelastung für Sie als selbstbetroffene Fachkraft in der Krebsberatung? Und warum?

B: das was worüber ich tatsächlich immer wieder stolpere und da muss ich mich so innerlich auch korrigieren, das ist 2 Momente...das ist, wenn die Behandlung vom kurativen Moment in die palliativen geht, und die Phase so zu sagen ist es ist klar, der Patient wird nicht mehr gesund, sondern geht es eigentlich die Krankheit geht in Progress und dann wird klar, das ist die Frage der Zeit wie lange noch jemand lebt und dann wird er oder sie versterben, dann muss ich nochmal so zu sagen gucken, ok was glaube ich diese Begleitung zu meistern? Denn das kostet sicherlich etwas mehr Kraft, als wenn es klar ist, die Genesung ist in Sicht und der Patient steckt wieder im Leben.

Aber das ist für alle Beteiligten ein Thema. Und für mich vielleicht besonders, weil man da schnell eigene Ängste – da werden die Ängste getriggert...aber es ist nur ein Moment und dann kann man wieder arbeiten. Und belastend ist – es gab schon Zeiten wo parallel in paar Monaten viele Klienten versterben hintereinander. Das ist dann schwer. Ich denke es ist schwer für jeden Therapeuten oder Begleiter aber denk ich das sind auch

für mich besonders schwere Momente, weil man das Gefühl hat- man wird konfrontiert, dass diese Erkrankung tatsächlich tödlich ist.

A: Auch wenn man selber jetzt überlebt hat...es kann die Krankheit auch tödlich sein

B: genau. Und darüber wo ich noch mal genauer gucken muss das ist wenn man gute Beziehung zum Klienten hatte, muss man gucken, das was bleibt, ist diese Überlebensschuld, die man hat. Doch geht man an dieser Stelle von alleine davon aus man hat Glück gehabt zu überleben, und der Andere schafft das nicht, doch es bleibt schon so ein bisschen Schuldgefühl.

A: Schuldgefühl?

B: ja. Schuld im Sinne dass man doch nicht so mächtig ist und dass man doch nichts in der Hand hat ihn in Richtung Heilung zu begleiten weil

man denkt an diese Schuldgefühle selbst zu überleben. Man ist da auch so ein bisschen impotent – das ist wahrscheinlich eine Mischung. Impotenz, dass ein Patient den Kampf verloren hat und dann Schuld dass man selber überlebte und der andere nicht.

A: haben Sie schon gesagt, Impotenz wäre das Thema bei...ich glaube tatsächlich dass man so denkt...wo liegen Ihrer Meinung nach die Grenzen einer solchen Beratungsform? Gibt es Grenzen? Im Vergleich zu den nicht betroffenen Fachkräften?

B: ja aber ich glaube die Grenzen sind genauso dort – das ist die eigene Belastbarkeit und auch die Inanspruchnahme – wenn der Mensch sagt „nein, da will ich nicht“ – dann ist klar, wir werden nicht weiter tätig sein und deswegen ist es wichtig, sich so bedarfsorientiert wie möglich sich an den Klienten zu wenden, sonst sind die Grenzen sehr schnell erreicht. Und das ist der Unterschied, der unsere Beratungsstelle auch ausmacht, dass man die Konzepte bedarfsorientiert konzipiert. Die Angebote sind so ausgerichtet, wie die Klienten das brauchen, individualisiert, dann auch in der Frequenz sehr individualisiert, wir verändern Setting wenn das notwendig ist, wenn jemand nicht kommen kann, dann telefonier ich mit meinen Klienten. Wenn jemand sich schlecht fühlt oder zu schwach ist um hierher zu kommen aber es ist möglich am Telefon zu sprechen. Wir versuchen sofort zu checken, ob die Angehörigen dazu kommen können, wenn es Angehörige gibt, wenn man erkennt das ist eine Ressource. Das ist wichtig, sie ins Boot zu holen, entweder für die Begleitung oder als Unterstützung, wie auch immer man bietet auch Paarberatung an. Unproblematisch, niedrigschwellig, kostenlos, die können kommen und die unterschreiben hier kein Behandlungsvertrag. Sie werden zu wichtigen Themen geführt. Und – die müssen nicht kommen, nur wenn sie wollen, und das finde ich – das ist anders als bei den anderen Konzepten von Therapie. Wenn man sich Therapie anguckt.

A: Finanziell? Die Krankenkasse oder? Man kann aber jetzt nicht jedes Mal nicht kommen...

B: inzwischen ist es schon ein bisschen locker geworden, bekommen wir auch von den Therapeuten auch zurückgemeldet, auch von den Patienten... aber trotzdem...die Invaliden, einen Therapieplatz zu finden.

A: das sowieso. Habe ich damals auch versucht, bis heute habe ich keine Antwort. Vor 4 Jahren. Tatsächlich. War auch bei bestimmt 15 Therapeutinnen auf der Warteliste und ich warte noch...vielleicht kommt nochmal einer...Hätte ich jetzt weniger Glück gehabt, muss man auch mal sagen,



dann kommt es etwas spät das Angebot...aber gut... Habe ich jetzt schon gefragt: wo liegen die Nachteile gegenüber der Beratung durch nicht-Betroffene? Gibt es Nachteile?

B: naja Nachteile – ich weiß es nicht, wir werden tatsächlich manchmal als Exoten behandelt, und dadurch dass man z.B. kein Standard daraus machen kann, dass jede Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige soll Betroffene arbeiten, ich weiß es nicht, wir werden manchmal so ein bisschen in der Szene, in der Vernetzung mit anderen Einrichtungen manchmal tatsächlich wie Selbsthilfegruppe gesehen und dargestellt als professionell arbeitende Beratungsstelle. Und von daher denke ich das ist ein Nachteil, weil das zum Beispiel eine Auswirkung ist, die Berliner Krebsgesellschaft gibt jährlich einen Wegweiser für Betroffene und für Krebskranke. Und noch vor ein paar Jahren waren wir drin und jetzt sind wir rausgeflogen. Ich hab inzwischen eine Erklärung gehört, wir sind nicht professionell genug, was ich...was keiner – die müssen auch auf die Professionalität der Angebote...

A: und wo sehen Sie die Unprofessionalität? Gab es eine Äußerung?

B: das heißt naja ich glaube das ist so eine Gegenreaktion, die können uns nicht überbieten und...aber die können uns ignorieren, besonders wenn sie Einfluss haben was in Berlin jetzt an Beratung..., an Gesundheitspolitik passiert, weil die haben da einen großen Einfluss – aber sonst, Nachteile sehe ich nicht, naja...wir haben Finanzierung, so sichere Finanzierung,

A: gab es paar Spenden, eigentlich? Oder?

B: ja...eigentlich...wir sind, das ist eigentlich ein Phänomen, wir sind integriert in Gesundheitsprogramm vom Berliner Senat. Also wir sind vom Senat finanziert, aber da wir...Senat finanziert Projekte so, dass die Projekte trotzdem einen Eigenanteil bringen müssen. Und dieser Eigenanteil, das ist das, was wir über Spenden dann erwirtschaften und Zusatzangebote und so...

A: ok. Wie grenzen Sie sich von der Situation der Klienten ab?

B: einfach, na ich empfinde das immer so als eine Bewegung zu Klienten damit man denen empathischer begegnen kann und in Kontakt gehen kann und da ist keine Abgrenzung. Aber damit ich auch professionell in meiner Rolle bleiben kann und arbeiten kann, ist die Abgrenzung in dem Moment ok. Das ist sein Schicksal oder ihr Schicksal und ich bin ich und das...das...Meine Geschichte ist eine andere. So, aber so klar ist...ich muss es mir nicht mehr so klar sagen oder vor Augen führen, das ist für

mich selbstverständlich. Aber ich gehe in die Beratung nicht mit einer eingebauten Grenze ein, sondern das ist – ich öffne mich und geh in den Kontakt und dann gehe ich ein bisschen zurück, damit ich meine Arbeit machen kann obwohl das beide gehört dazu, diese Offenheit ist notwendig um Kontakt aufzunehmen.

A: welche Ressourcen und Entlastungsmöglichkeiten stehen Ihnen beruflich zur Verfügung? Also Sie haben vorhin schon glaube ich erwähnt Supervision, Pausen...

B: Pausen, Supervision, auch wir haben wöchentlich auch Teambesprechungen dann machen wir auch Fallbesprechungen im Team also kollegiale Supervision und externe.

Die kollegiale ist wöchentlich. Wenn jemand was hat, dann kann er wöchentlich einfach ein Fall darstellen und was erzählen. Sonst gibt es auch die Möglichkeit, einen Kollegen anzurufen, wir haben uns schon so außerhalb der Vereinbarung getroffen wenn jemand reden muss unbedingt.

A: Dann kann er auch...darüber sprechen?

B: genau. Das ist sehr wichtig.

A: Toll. welche Ressourcen und Entlastungsmöglichkeiten stehen Ihnen privat zur Verfügung? Was erleben Sie da als Ressource, als Entlastung?

B: ich nach meiner Krebserkrankung bin ich aus Berlin ausgezogen. Ich wollte aus...ich habe in Kreuzberg gewohnt und jetzt wohne ich in Dahlem, Zehlendorf...und meine sehr große Ressource ist die Spaziergänge, Laufen um den See, einfach Fenster aufmachen, frische Luft, ich wohne eigentlich im Wald. Das ist sehr wichtig. Ich habe schon vor meiner Erkrankung eine Art Meditation kennen gelernt, und das hat allerdings ein bisschen gelitten nach meiner Erkrankung, ich konnte das nicht machen, deswegen habe ich dann andere Sachen noch dazu geholt und so viel aus der Achtsamkeitstraining jetzt Training nach Kabat-Zinn, da ist eine ganze Reihe an Yogaübungen, ich habe ein Gesundheitsprogramm für mich entwickelt und dann insgesamt so eine Stunde täglich mache ich was.

A: und wie hieß es nochmal?

B: Achtsamkeitstraining nach Kabat-Zinn, das ist der MBSR Kurs, ich weiß nicht ob sie...

A: habe ich schon mal gehört...

B: genau. Das ist eine sehr feine Sache, gerade wenn man beruflich dann tatsächlich angespannt ist weil das kann man gut integrieren in den Alltag.



Da braucht man eine Ecke wo man sich...wo man die Übungen machen kann und man öffnet das Fenster und ein bisschen Disziplin dass man das täglich praktiziert. Und das ist zum Beispiel...das Malen. Ich male auch...als ich...ich hab 3 Jahre, beziehungsweise fast 4 meine Kunsttherapieausbildung gemacht – das war auch eine sehr große Ressource und ich hatte, als ich hier angefangen habe, war ich noch nicht fertig mit meinem Abschluss, meinem Studium, genau, dann habe ich...das war auch wichtig, dass ich dann meine Wochenenden hatte, wo ich was anderes gemacht hatte, das war dann berufsbegleitend wie ich das gemacht habe, und dann...das war toll ne...und jetzt habe ich diese...dadurch dass ich jetzt diese 2 Stellen schiebe, habe ich nicht so viel Zeit zum Malen, aber dann mache ich halt kleine Sachen und das ist dann gut.

A: wir sind auch gleich fertig...ich stell noch Fragen zum Allgemeinen so, hatte es mir so ein bisschen angestrichen...

B: Wird immer später...

A: wie sieht die Versorgungssituation mit Krebsberatungsstellen ihrer Kommune aus aus Ihrer Sicht? Kommune, da meine ich Stadt...

B: Kommune ist Stadt, ok. Ich habe neulich das durchgerechnet, und in Berlin ist es so,

es gibt diese bezirklichen Krebsberatungsstellen, die heißen allerdings so, das sind Beratungsstellen für Behinderte, HIV-positive, Schwerbehinderte Menschen, und Krebskranke. Das heißt da sitzen 1 oder 2 Sozialpädagogen oder Sozialarbeiterinnen und haben Haufen von Menschen zu begleiten und auch Krebskranke. Und von diesen Beratungsstellen gibt es 12. So wie 12 Bezirke. Und die können in sehr kleinen Umfang beraten, allerdings die sind schon wichtig für Sozialberatung, find ich toll, manche sind sehr engagiert, machen dann auch so umfangreiche Beratungen aber eigentlich die können klotzen, gehen sie dahin, da ist eine Beratungsstelle und von diesen Endanbietern, die richtig länger begleiten können, sind eigentlich 4 funktionierende Beratungen in Berlin. Das sind Gesellschaft für biologische Krebsabwehr, wir sind dabei, OnkoRat, und Berliner Krebsgesellschaft hat eine Beratungsstelle die im Moment sehr toll ausgestattet ist aber wenn man sich hier die Zahlen anguckt: 17.000 Neuerkrankungen in Berlin jährlich. Das sind Neuerkrankungen. Und man rechnet, dass in die Beratungsstelle kommen nicht nur die Leute, die neu erkrankt sind, sondern auch die, die schon...und ob die dann Initiativen bekommen...ich weiß nicht wie man das schätzen kann. Ich habe schon mal so eine Schätzung gesehen, wie viel Menschen, die Krebserkrankung haben,

noch in Berlin leben, weil viele versterben auch, aber neu in Berlin aktuell leben.

A: und welche dann mal neu hinzu kommen, dass dann mal so sieht in Summe...

B: Genau...das ist bestimmt ein Punkt...sind ziemlich viele mit dieser Erkrankung in Berlin und diese paar Beratungsstellen können überhaupt diesen Bedarf nicht auffangen und besonders dann, wenn man sagt, ok alle brauchen das sowieso nicht, vielleicht 1/3 braucht das – selbst von 17.000 1/3 das sind mehr als 5000 und wir führen ungefähr 1400 Gespräche im Jahr, aber ich kann maximal 4000...400 Leute erfassen.

A: kann man sich dann ausrechnen, ja...

B: das heißt wir brauchen Stellen, die da sind, die erfassen Bruchstück von Menschen, die Bedarf haben...und wir haben noch nicht die Angehörigen dazu gerechnet, die genauso...

A: die natürlich auch den Bedarf haben und in die Beratung kommen...

B: Genau. Die haben eigenen Bedarf und haben Bedarf in Kontext von als Spa. Von daher wir glauben das ist ein...etwas wo...ich hab schon...ich weiß es nicht...wann ist der nationale Krebsplan erstellt worden...2010?

A: 2010, ja.

B: und die sind überall an...oder bleiben an Sätzen hängen, die müssen den Bedarf ermitteln. Ich habe gedacht das ist das Ziel...ich weiß es nicht...man wartet, bis die Leute aussterben oder...ich weiß es nicht...das kann man innerhalb von...man kann so schnell diesen Bedarf ermitteln...nur wenn man...denn tatsächlich gibt es Untersuchungen die zeigen dass so richtig und dieser 1/3 was wir jetzt was ich erwähnt habe das sind die Menschen, die psychische Störungen entwickelt haben – entweder posttherapeutische Belastungsstörung, oder Depressionen oder Angststörungen – die sind Therapiebedürftig. Das heißt die müssen in die Therapie. Und tatsächlich...gerade die Menschen...diese Menschen viele von diesen Menschen erreichen solche Beratungsstellen irgendwie nicht. Und das sind nicht die, die sich selber auf den Weg machen, die landen beim Psychiater und die werden gleich mit Medikamenten vollgestopft. Und das sind unglaubliche Zahlen, wo man denkt, ok kann man nicht irgendwie sich das richtig angucken und wer soll das finanzieren und...und im Moment gibt es bundesweit ein Streit darüber, wer soll das finanzieren weil Bedarf ist nicht erkannt, das kann nicht sein, dass man diese Rech-



Anhang

nung nicht durchkriegt – man kann das locker rechnen, wie hoch ist der Bedarf.

A: ich mach es mal anders die nächsten 3 Fragen sollten Sie ganz kurz beantworten weil eigentlich haben Sie in dieser Antwort der ersten komplett alle beantwortet...muss ich mal schauen wie wir das machen...

A: ich kann die Frage jetzt nur wiederholen: Was sollte sich in der Versorgung von Patienten auf jeden Fall ändern ich finde das haben Sie auch grade eigentlich...aber dass sie besser versorgt sind, das es mehr Möglichkeiten gibt...

B: naja beziehungsweise das wäre wichtig, das ... eigentlich dass müsste zur Regelversorgung übergehen, und die Beratungsstellen die das anbieten müssen richtige finanzielle Sicherheit bekommen, dass sie die Arbeit machen können und es müsste viel enger zwischen stationärem und ambulanten Bereich so zu sagen übergeben werden weil schon in der Klinik weißt man manchmal, wer braucht das – das merke ich bei mir, aber ich stelle fest, dass viele kommen nicht an, auch wenn die Brücke gebaut ist weil irgendwie geht es, aber man weiß nicht wie lange und die Depression, so eine schleichende depressive Entwicklung wird auch nicht unbedingt in Zusammenhang mit der ursprünglichen Erkrankung gesehen und viele kommen zu spät in die Beratung und dann von daher eigentlich in dem Konzept muss sich was ändern – die Ärzte und Psychoonkologen müssten sagen – ok, das gehört zusammen – man muss auf Rezept auch psychosoziale Beratung schreiben und der Arzt müsste das empfehlen als einen weiteren Behandlungsschritt. Und von Buchenbegleitung profitiert jeder. Auch der, der manchmal nur Information sucht. Da kommt einer und dann geht er, denn es gibt sehr viele Menschen die nicht viel brauchen, die haben sehr viel eigene Ressourcen und nicht jeder muss hier zu uns kommen. Aber er muss mit Informationen versorgt werden. Und z.B. im Moment die Informationen, die im Internet sind oder in Büchern, die verwirren eher, als tatsächlich auf die Person zugeschnitten sind. Ok – also, konzeptuell muss das ganz anders aufgezogen werden.

A: in wie fern sollte das Angebot durch selbst betroffene Fachkräfte erweitert werden?

B: naja ich plädiere immer für eine so zu sagen so einen betroffenenkontrollierte Ansätze. Auch die andere Beratungsstelle oder die andere Vorgehensweise sucht nach Betroffenenperspektive. Wir haben die immer, wir können sie nicht vergessen, die ist da. Man versucht, aus diese Perspektive immer mit zu gucken. Und ich weiß es nicht, wir müssen tat-

sächlich mehr zu Experten auch werden und mehr gefragt werden oder das ist so vielleicht meine Illusion, dass man tatsächlich die Expertise, die wir haben, abfragt. Und manchmal denke ich wir werden gefragt aber anders, nicht so...direkt...wir hatten hier vor paar Monaten Besuch von den Geschäftsführern von dem Berliner... na...Krebsgesellschaft und hat gefragt wie wir so was wir machen und dann ist er wortwörtlich da raus zu sich gekommen und dann hat er festgestellt ok, er braucht...er hat ganzes Team fast ausgewechselt bei sich alle Angebote erweitert und er hat – vor 25 Jahren gab es die gleiche Situation. Unsere Beratungsstelle hat da wo die Berliner Krebsgesellschaft angefangen hat, Beratungsstelle aufzumachen, die waren auch hier, die haben sich so zu sagen das abgeguckt wie man das macht und so haben die ihre Beratungsstelle aufgebaut. Ich weiß nicht haben sie das Problem...indem...

A: eigentlich nicht, also ich freu mich ganz sehr...

B: naja und das und ich finde das ok – die dürfen das machen das ist gerade das was wichtig ist aber das müsste fair passieren...das müsste so passieren: ok, wir haben unsere Ideen da überprüft bei den Experten und jetzt machen wir das weil es hat sich bewährt. Das sind Konzepte, die sich bewährt haben. Jetzt bieten Sie auch alles kostenlos – die können sich das leisten, wir können uns manche Sachen nicht leisten, was sie machen, die haben dann Psychologen angestellt, und die haben es wirklich jetzt sehr gut gemacht.

A: naja wie soll man da Konkurrenz tragen?

B: naja aber das ist das was ich nicht verstehe weil bei diesem Bedarf muss man nicht Konkurrent sein – man konnte sagen da ist eine Beratungsstelle, gehen Sie weil es geht darum alles muss – und das ist wichtig – ortsnah an den Betroffenen sein.

A: na klar – je größer die Einschränkungen sind, umso weniger weit...

B: genau. Diese Ortsnähe ist wichtig, deswegen müssten sehr viele kleine Beratungen zerstreut in Berlin gewesen sein, und wenn man das hochrechnet, reichen diese 15, oder 16 die wir sind lange nicht aus da müssen sehr viel sein, und ich habe da kein Gedanken an Konkurrenz, ich sehe es halt nicht als gehabt – doch ich sehe, die haben angefangen, Konkurrenz zu denken, aber ich verstehe es nicht, warum – will ich eigentlich nicht verstehen

A: aber naja, man muss es ja verstehen...wie beurteilen Sie die Kooperation der Medizin und Psychologie in Gesundheitszentren?

B: kann keine Beurteilung sein, die eigentlich nicht vorhanden. Das ist wenn ich weiß es nicht, ich sehe die nicht. Das ist ok vielleicht oder Patient kann...es gibt's punktuell Ärzte, die sich interessieren, es gibt auch punktuell Psychologen oder Psychotherapeuten die sich interessieren, aber nicht in der Masse, nicht so wie das...weil letztendlich hat man gesagt, dass diese Idee, auf Rezept, dass jeder bekommen müsste als Regelversorgung, würde heißen, dass das stattfindet...das könnte vielleicht schon während der Ausbildung stattgefunden haben – das wäre eine tolle Lösung wenn man Mediziner anders unterrichtet und dass sie selbstverständlich wissen oder in Psychologie ebenso ausgebildet sind und man könnte das erweitern, dass sie auch wissen, da gibt es psychologische Kollegen, die man einbeziehen kann oder Sozialarbeiter, die man unbedingt auch einbeziehen kann, weil das ganze Leben verändert sich.

A: Welche Hilfen, finanziell, räumlich, personell, in der Öffentlichkeitsarbeit dürfen diese Beratungsstellen durch den Staat und Institutionen bekommen?

B: wie gesagt, ich glaube in Berlin, wenn ich richtig mit meinen Zahlen liege 60 Beratungsstellen müssten entstehen. So ein bisschen pro Bezirk das man genauso wie viele Arztpraxen da sind – die könnten ja auch an den Arztpraxen angesiedelt sein...

A: an einem Ort, am besten ein Gang...

B: Genau. Oder es gibt diese spezialisierten Onkologen-Praxen – die könnten einen Psychologen, einen Sozialarbeiter anstellen auf Kosten von Krankenkasse wie auch immer, keine Ahnung und da hätten wir sofort mehr. Und diese Medizin hätte sofort die Schwelle niedriger gemacht. Wenn ich hier zu Patienten im Krankenhaus komme, dann fragen sie „ich bin doch nicht verrückt, ich brauche keinen Psychologen!“ und die Ärzte lächeln. Und man hat Glück wenn mal ein Arzt sagt ok – das gehört dazu, versuchen Sie diese Hilfe auch in Anspruch zu nehmen, das ist wichtig. Und dann ist es sofort die Tür geöffnet.

A: die letzte Frage: Womit würden sie für Ihre Form der Beratung besonders werben?

B: das ist eine gute Frage. Oder ich bin keine gute Verkäuferin.

A: jetzt müssen Sie was tun!

B: ich finde das schon sehr spannend, wenn man diese Position hat, die wir hier haben, wenn die Menschen selber zu uns kommen, von daher, wir versuchen zu werben mit ganz normalem Beratungsangebot das sehr um-

fangreich ist und verschiedene Settings anbietet und wird in umfangreichen Gruppen angeboten, und dazu sagen wir diese Betroffenheit steht nicht im Vordergrund wenn ich für diese Beratung werbe sondern es ist eine Beratungsstelle, die Beratung für Betroffene und Angehörigen anbietet.

A: aber Sie würden jetzt die eigene Betroffenheit nicht in den Vordergrund stellen in der Werbung – weil ich würde das zum Beispiel...

B: na wir machen es letztendlich auch so auf unserer Homepage aber nicht so im Fokus „kommt zu uns, wir sind die besten weil wir das erlebt haben“. Ich denke nicht und weil das kann viele abschrecken, wenn man so wirbt...wie gesagt ich bin keine gute Verkäuferin, wie könnte man diese Strategie am besten verkaufen...weil das ist eigentlich die Frage.

A: ja, das ist die Frage.

B: naja ok, ich...das was ich feststelle, was wirklich...das ist die Mundpropaganda und da kommen sehr viele Klienten zu uns, die von den die hier gut beraten worden sind, empfehlen uns weiter...das heißt also bitte empfehlen könnte ich am Ende der Beratung sagen, bitte empfehlen Sie uns weiter, wenn sie hier gut beraten worden sind. Oder wenn das hilfreich war. Vielleicht das wäre meine Strategie.

A: das heißt mit der Zufriedenheit...

B: Zufriedenheit oder sein Gefühl...nicht jeder ist zufrieden, das Leben spielt eine große Rolle. Wenn das hilfreich war die Begleitung hier oder die Gespräche, dass jemand diese schwere Zeit gut oder besser meistern konnte, dann denke ich...das heißt ich würde werben mit dem so zu sagen Empfehlungen von denen, denen geholfen wurde.

Ich glaube da wäre meine Strategie...und letztendlich wie gesagt, das was dran wäre sind nicht...so zu sagen wir kriegen immer mehr Klienten – das reißt nicht ab und wir sind – wir haben auch nicht so viel Geld für die Werbung und das ist...wir machen keine Veranstaltungen riesen Veranstaltungen sowie...unsere Konkurrenz. Die haben dann auch Hochglanzbroschüren und eine Menge Geld weil sie dann auch richtig andere Spenden haben

A: Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

B: Gerne.

A: ich mach jetzt mal aus...

B: ich hoffe dass sie...



5.2 IP 2

Interview 2 vom 23.04.2014

A= Fragesteller

B= die interviewte Person

- 1 A: Ich muss ihnen erstmal allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen, so...die erste
2 Frage wäre wie alt sind Sie?
3 B: 64.
4 A: 64. In welcher Lebensform leben Sie aktuell? Verheiratet, ledig...
5 B: bin verheiratet, und lebe mit meinem Mann zusammen.
6 A: Welchen Ausbildungsweg haben Sie genommen?
7 B: über 2. Bildungsweg habe ich als Sozialarbeiterin mein Abitur nachgemacht und
8 bin dann ins Psychologiestudium gekommen
9 A: super
10 B: und hab das dann abgeschlossen.
11 A: Sehr stark.
12 B: ja.
13 A: Welchen Berufsweg hatten Sie nach dem Ende der Ausbildung genommen?
14 B: Mir fällt natürlich jetzt ein über Sozialarbeit habe ich dann mein Studium finanziert
15 und so weiter aber das spielt jetzt glaube ich nicht die Rolle, dass ich da in der
16 Sozialarbeit eine Weile gearbeitet habe in der studentischen Beratungsstelle von der
17 FU und später in der Mütterberatungsstelle und dann als das Studium, Psychologie zu
18 Ende war, habe ich mit verschiedenen Kollegen zusammen eine Praxis in Kreuzberg
19 aufgemacht. Und da habe ich dann so lange gearbeitet, bis mein Sohn geboren wurde,
20 und konnte aber dann nicht länger da arbeiten, weil man da hätte Vollzeit arbeiten
21 müssen und das wollte ich nicht und deswegen habe ich dann in einem Kindergarten
22 gearbeitet so 2.5 Jahre.
23 A: Habe ich auch mal.
24 B: das sind aber ganz normal-neurotischen Kinder, das war eine andere Phase...dann
25 habe ich meine eigene Praxis aufgemacht in Thiele und habe mir schon mal auf dem
26 Praxisschild den Platz freigelassen für jemand der vielleicht noch dazu kommt und
27 tatsächlich kam dann nach 5 Jahren die Kollegin, mit der ich immer noch zusammen
28 arbeite mit dazu und dann haben wir und hier die Räume wo wir jetzt sind, geholt.
29 A: Arbeiten Sie ausschließlich als Therapeutin jetzt in der eigenen Praxis oder beraten
30 sie auch an anderen Beratungsstellen?
31 B: Ne, ich arbeite hier.
32 A: In der Praxis?
33 B: ja in der Praxis.
34 A: Ja. Arbeiten Sie dort auch...arbeiten Sie auch mit den krebserkrankten Menschen
35 in Ihrer Tätigkeit?

- 36 B: Ich arbeite auch mit krebserkrankten Menschen allerdings achte ich immer darauf,
37 dass ich also höchstens 3 Patienten mit der Krebserkrankung parallel behandle also ich
38 mach es nicht zu meiner Hauptaufgabe.
- 39 A: Ok, wo ist Ihr Standort? Ich weiß es natürlich schon, also in Berlin, in der
40 Großstadt...
- 41 B: ja.
- 42 A: Wie lange arbeiten Sie in Ihrer Tätigkeit als selbstbetroffene Fachkraft?
- 43 B: Seit 12 Jahren.
- 44 A: Seit 12 Jahren... wie hoch ist Ihr Stundenumfang?
- 45 B: in der Woche jetzt nur auf Krebspatienten bezogen oder allgemein?
- 46 A: Allgemein...
- 47 B: also ungefähr 16 bis 18 Stunden am Patienten. Und dann kommt natürlich noch
48 Bürokratie dazu
- 49 A: Wie viele Krebserkrankte Personen beraten Sie derzeit oder im Schnitt – haben Sie
50 ja schon gesagt...
- 51 B: derzeit sind es 3.
- 52 A: 3. Und wie hoch ist da das Stundenvolumen in etwa?
- 53 B: na dass ist dann wöchentlich 3...
- 54 A: wöchentlich 3 Stunden?
- 55 B: 3 Stunden.
- 56 A: welche Therapieformen bieten Sie an?
- 57 B: Also ich bin für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ausgebildet und habe
58 aber noch eine Gestalttherapie im Hintergrund, ja und die Gesprächstherapie
59 Ausbildung also kann ich mir so ein bisschen auswählen wobei natürlich offiziell ganz
60 klar tiefenpsychologisch fundierte Therapie nur hier gemacht wird.
- 61 A: So jetzt würde ich Ihnen gerne ein paar Fragen stellen zu Ihrer eigenen
62 Erkrankung... Wie haben Sie persönlich von Ihrer Erkrankung erfahren?
- 63 B: von meiner Gynäkologin, ich war mal auf eine Brust gefallen, Fahrradunfall, und
64 dann sollte ich mal eine Mammographie machen und dann sagte sie Mensch, dann
65 mach doch noch von der anderen Brust gleich mal mit dann haben wir so einen
66 Vergleich und ja...dann war irgendwie 2, 3 Jahre später die andere Seite dann
67 betroffen. Und dann hat sie gesagt machen wir mal eine Untersuchung und ja,...ich
68 habe das aber nicht ernst genommen. Ich habe dann halbes Jahr vergehen lassen, und
69 es sollte eine Biopsie gemacht werden und das habe ich alles nicht gemacht.
- 70 A: Für sich...okay...bewusst entschieden?
- 71 B: ne, einfach nicht...nicht verstanden, da ist was, ja...aber das habe ich jetzt nicht so
72 ernst genommen. Und dann hat meine Gynäkologin, da bin ich dann einmal im Jahr da
73 gewesen, die sagte und jetzt lass es nochmal untersuchen und dann stellte sich heraus,
74 dass der abgegrenzte Bereich sich verzweigt hatte und das zeigte sich dann auch so,
75 dass eine Lymphdrüse betroffen war, und ja – ich dann schnell handeln musste. Oder
76 dachte, schnell handeln zu müssen.
- 77 A: wie haben Sie da gehandelt?
- 78 B: ich habe mir ein Termin in der Klinik geholt, dann hatte mir aber ein Arzt mit dem



Anhang

- 79 wir auch befreundet sind, gesagt, ach du hast da nix. Und der hat mit mir so ein paar,
80 ach wie nennt man das – Übungen gemacht, so Magnetresonanz aber ich war, glaub
81 ich, völlig überfordert damit, auf jeden Fall habe ich den Termin dann erstmal abge-
82 sagt von der Klinik und dann aber später mir einen neuen geholt. Und dann ist es auf
83 den Weg gegangen. Und zwar in Havelhöhe ...
- 84 A: da habe ich entbunden.
- 85 B: ach ja..sehr schön da...
- 86 A: wunderschön! Auch die Atmosphäre und...
- 87 B: das tat mir auch gut geholfen, dass man da gleich so in der Natur ist. Bin echt viel
88 unterwegs gewesen dann...
- 89 A: wie lange waren Sie dann wegen der Erkrankung nicht berufstätig? Haben Sie sich
90 eine Auszeit genommen?
- 91 B: ja, ich war 72 Wochen nicht berufstätig und bin dann mit dem Hamburger Modell
92 so zu sagen wieder eingestiegen. Das heißt ich war sehr erschöpft, ich hatte da eine
93 Chemotherapie und Bestrahlung und bin dann mit dem Fahrrad hier zur Praxis gefah-
94 ren und war dann erstmal ziemlich kaputt und habe dann meine erste Stunde gegeben
95 da habe ich eine Stunde Pause gebraucht hab mich dann hier langgelegt und dann habe
96 ich noch eine Stunde gemacht. Und dann bin ich mit dem Fahrrad rausgefahren, habe
97 2 Stunden geschlafen und so habe ich dann langsam aufgestockt und so mein Ziel war,
98 dass ich dann langsam auf 16 Stunden in der Woche komme also da bin ich dann auch
99 systematisch auch hingekommen.
- 100 A: und da waren Sie bereits auch so selbstständig?
- 101 B: ja...
- 102 A: Das ist natürlich klar vom Vorteil in dem Fall, ne?
- 103 B: mhm.
- 104 A: wie haben Sie denn die eigene Erkrankung erlebt? Oder wie erleben Sie auch heute
105 noch ihre eigene Erkrankung?
- 106 B: also erstmal natürlich als absoluten Schock ab er dann auch als Möglichkeit mein
107 Leben zu verändern, und Dinge anders zu machen, ich habe mich eigentlich auch im-
108 mer ziemlich viel verausgabt, und ziemlich hohe Ansprüche so an mich gehabt, und
109 ich war in einem Heilhaus in der Niederstraße und da ging es um Auarbeit und da
110 war so dass ich nichts geben konnte und ich habe mich bis dato immer definiert als je-
111 mand, der gern gibt, da musste ich oder da konnte ich nur nehmen – das war eine ganz
112 tiefgreifende Erfahrung. Das war ja...bin da freigestellt worden, die haben gesagt,
113 du musst da nichts geben. Also das war gut – das war eine richtig klare Sache, die sich
114 dann in mir, in meinem Geist irgendwie stark gemacht hat, dass ich nicht nur dazu da
115 bin, anderen zu helfen, andere zu unterstützen, sondern auch um was zu bekommen.
- 116 A: und inwiefern hat das eine Veränderung bei Ihnen provoziert?
- 117 B: dass ich mehr bedürfnisorientierter angefangen habe zu leben, um das was mir gut
118 tut zu tun.
- 119 A: und das ging? So einfach?
- 120 B: Schritt für Schritt bin ich da abgekommen, über Bewegung, Tanzen und Aquafit-
121 ness, Yoga, solche Dinge, dass ich was daher auch bekomme, also so Glückshormone,

- 122 die da ausgeschüttet werden, nicht, bei der Bewegung, als auch dieses Gefühl im le-
123 bendigen Körper zu stecken...
- 124 A: welche Belastungen haben sich aus Ihrer Krankheit ergeben?
- 125 B: also ich hatte eine klare Fatigue, ich war sehr, sehr viel müde und Konzentrations-
126 probleme und eine Schwerbehinderung mit 60 % noch heute und musste eigentlich
127 also meine Arbeit halbieren. Also ich habe früher so 32 Stunden mit Patienten gearbei-
128 tet und das weiß ich nicht, wie ich das gemacht habe, so dass weiß ich heute wirklich
129 nicht mehr und das sind so Belastungen...dann war natürlich bei der Erkran-
130 kung...mein Sohn war kurz vorm Abitur und das war auch alles sehr schwierig für ihn
131 aber ich habe eigentlich so immer mich für mich eingesetzt also hab 3 Kuren gemacht
132 und hab mich da selbst unterstützt damit, ja. Und das allerschönste war eigentlich, das
133 war kurz vor meiner 1. Kur, eine Fahrradtour von Passau nach Wien also ich meine
134 trotz Fatigue und allem bin ich da frei hin Fahrrad gefahren und habe mich gefreut,
135 dass ich lebe, dass ich lebendig sein kann und das wird mir immer gut im Gedächtnis
136 bleiben.
- 137 A: darf ich zu Ihrer Fatigue fragen, wann wurde sie diagnostiziert und wie hat sie sich
138 aus Ihrer Sicht entwickelt?
- 139 B: In Zusammenhang mit der Chemotherapie. Und anschließend habe ich die Anti-
140 Hormontherapie bekommen und jetzt nehme ich dieses pflanzliche Hormon, ich
141 komme jetzt nicht mehr auf den Namen...der heißt Remifidin. Das ist näm-
142 lich...meine onkologische Ärztin hat mir das empfohlen.
- 143 A: hm...gibt es wichtige Erkenntnisse, die Ihnen die Erkrankung gebracht hat? Wo sie
144 sagen so...ja, neue wichtige Erkenntnisse, die sie gefunden haben?
- 145 B: ich kann etwas bewirken, wenn ich mich auf das einlasse – was man wie auch im-
146 mer nennen will, also ich bete jeden Abend, und gehe durch meinen ganzen Körper
147 und bete um Gesundheit und Heilung. Und das...das mache ich bestimmt jetzt schon
148 10 Jahre lang.
- 149 A: Schön. Wie stellt sich denn Ihr eigener Krankheitsverlauf rückwirkend, also in der
150 Rückschau aus? Haben Sie da einen Blick zurück auf diese Zeit, auf den eigenen Ver-
151 lauf der Erkrankung?
- 152 B: also...ich kann mal sagen, im Bezug auf z. B. die Chemotherapie da ist wirklich
153 das gewesen, dass ich sagen wir mal diese höhere Kraft damals angerufen hatte, oft
154 bin ich mit der Fähre gefahren nach Spandau und von da aus dann nach Havelhöhe,
155 und auf der Fähre so hab e ich irgendwie wirklich um Hilfe gebeten weil ich dachte
156 ich verkrafte das alles nicht verkrafte. Und...muss ich die Frage nochmal hören...
- 157 A: Wie sich Ihr Rückblick auf den Krankheitsverlauf darstellt. Wie Sie den sehen wür-
158 den...
- 159 B: also der hat sich...also ist alles irgendwie gut geworden...also der Krankheitsver-
160 lauf also – wie soll ich sagen – ich hab, ich hab gemerkt ich kann etwas in Gang brin-
161 gen so zum Beispiel bei der Chemotherapie habe ich mir vorgestellt meine Glatze, tan-
162 zen und Tanzen mit den Krebszellen und machen sie dann so schwach, dass die dabei
163 zu Grunde gehen.
- 164 A: ja finde ich eine ganz schlimme Vorstellung...



165 B: also es ist eine...ich habe mich damals viel mit Simondon und den Möglichkeiten
166 von Visualisierung beschäftigt und dann gluggerte das so alles in einem Abfluss ab
167 und das – sagen wir mal obwohl das ja nun das reinste Gift ist das aber auch so umzu-
168 deuten, das ist das, was mich jetzt unterstützt und ich hatte keine Probleme so zu sagen
169 mit der Behandlung. Also außer dass ich halt dann erschöpft war aber es gab noch
170 viele, die vielleicht auch andere Probleme hatten...dann auch bei der Bestrahlung...da
171 habe ich mir es auch als positive Kraft die da wirkt vorgestellt und da gab es keine
172 Verbrennung, nix. Und ist alles gut gelaufen. Ich habe dann gemerkt – je positiver ich
173 das so selbst einschätze, wahrnehme und mich unterstütze da wird dann – ja komm ich
174 dann irgendwie weiter und die – es hat sich auch noch gezeigt, das ich dann so, weiß
175 ich nicht, wenn wir zum Beispiel Besuch bekommen haben und es war mir zu viel, da
176 konnte ich mich einfach abwenden und – das konnte ich vorher eben nicht. Und dann
177 einfach sagst du – ich gehe jetzt einfach mal in Garten und leg mich auf die Liege, ist
178 mir jetzt zu viel also so Abgrenzung fing an richtig zu wirken.

179 A: Gibt es Menschen, Personen oder persönliches Umfeld, was Sie als Ressource er
180 lebt haben in der Zeit?

181 B: Mein Mann ganz stark. Ganz wunderbar. Also als ich zu Kuren war hat er mich
182 dann Wochenenden besucht und er hat mich immer – er ist mit mir durchgegangen als
183 ich bei einem Heiler war, der aus Polen stammte und Scharlatan war, was ich zu den
184 Zeiten nicht wusste, ich hatte den Termin von einer Mitpatientin aus der Klinik be-
185 kommen, die ist Schauspielerin und kannte da ganz viele Schauspieler, die an Krebs
186 erkrankt sind und die hatten sich den so rangezogen und gemeint das er eben ein Hei-
187 ler ist und da hat mich mein Mann auch unterstützt dass das ein Fehler war, dahin zu
188 gehen und dass es besser ist, wir gucken nach eigenen Ressourcen, anstatt sich da in
189 Fresse zu beißen oder...das war furchtbar. Das war...mir wurden da Metastasen dia-
190 gnostiziert, und alles Mögliche...

191 A: schön...aber naja, das ist ja...

192 B: Aber er hat immer an meiner Seite gestanden. Immer., also da habe ich mich immer
193 verlassen können.

194 A: Gab es noch jemanden außer ihren Mann den Sie als eine besonders positive Kraft
195 erlebt haben?

196 B: ich hab so eine Therapie gemacht in der Zeit und die Therapeutin habe ich auf eine
197 besondere Art und Weise gewonnen so zu sagen, die wohnt am Ende eines Weges an
198 der Hafel lang von mir zu Hause zu Fuß zu erreichen ist die Frau von einem Psycho-
199 logen, mit dem ich mal – als er noch kein Psychologe und ich auch noch keine Psy-
200 chologin war irgendwie in der Kindererholung zusammen gearbeitet habe. Und mir
201 fiel dann ein Mensch, ich könnte doch Therapie bei seiner Frau machen. Ich habe
202 dann angerufen und es stellte sich dann heraus, dass sie Ihre Schwester gerade am
203 Krebs erkrankt war. Und sie nicht wusste, ob sie mich nehmen kann und dann haben
204 wir uns beide Bedenkzeit gegeben, dann hab ich mich gegen sie entschieden und sie
205 hat aber Supervision in Anspruch genommen und hat sich für mich entschieden und
206 habe ich gedacht na gut, wenn sie das so für sich sieht...dann kann ich da auch hin
207 gehen. Also weil meine Schwester damals als ich in meiner ersten Praxis da in der

- 208 Gemeinschaftspraxis gearbeitet habe da hatte meine Schwester Krebs und sie ist sehr
209 früh gestorben, mit 29 und...
- 210 A: Ihre eigene Schwester?
- 211 B: meine eigene Schwester und deswegen hab ich so gedacht – damals hätte ich keine
212 Krebspatientin behandeln können, auch nicht als ich hier wieder angefangen
213 habe...das vielleicht war auch wichtig.
- 214 A: das wollte ich auch gerade fragen, dann es ist für mich sehr spannend. Wie und
215 wann sind Sie auf die Idee gekommen, als selbstbetroffene Therapeutin Patienten mit
216 Krebs zu therapieren? War es eine bewusste Entscheidung zu der Zeit?
- 217 B: also...erstmal war es eine ganz andere Richtung also ich hatte vor meiner Krebser-
218 krankung eine Warteliste gehabt von einem Jahr für verschiedene Patienten, also die
219 ich so zu sagen letzte war bei mir, später als sie sich angemeldet haben. Dann kriegte
220 ich die Krebserkrankung und musste sie nochmal vertagen. Und die musste noch ein
221 Jahr warten.
- 222 A: also 1 Jahr nach der eigenen Erkrankung war es ihnen noch zu früh? Und dann
223 haben Sie quasi...
- 224 B: ja, ich hätte damit nicht professionell umgehen können, das wäre mir nicht
225 möglich gewesen das...
- 226 A: man ist ganz wertfrei...dieser Entscheidungsprozess ist wichtig...
- 227 B: JA...und dann rief...die hatte ja noch gar kein Krebs aber dann rief sie mich an,
228 freudestrahlend, ich hab Brustkrebs...das hört sich jetzt komisch an. Aber sie hatte
229 praktisch das, was ihre Therapeutin auch hatte und da habe ich gesagt dass ich es
230 nicht haben würde und hab dann gut für sie gesorgt dass sie wo anders unter
231 kommt...so und da ist mir bewusst geworden...also ich glaube bei mir hat das so 5
232 Jahre gedauert, und auch immer nur am Anfang nur eine und dann mal war es dann
233 so, dass ich dann innerhalb der Therapie sowas dann herausstellt, aber das ist dann
234 auch anders und ja...jetzt entscheide ich das so ungefähr immer 3
- 235 A: Seit wann entscheiden Sie das so für sich?
- 236 B: Also ich entscheide es nachdem ich so die ersten Erfahrungen mit einer Krebspati-
237 entin gemacht habe – da kann ich irgendwie unterstützen oder die kommen ganz gut
238 zu Recht damit. Also zum Beispiel da so eine Geschichte dass so eine Krebsbe-
239 troffene dann sagte, dass wenn sie die Kinder nicht hätte, dass wäre dann sowieso
240 dann ganz egal, da habe ich ihr dann wirklich ganz authentisch gesagt, dass es mich
241 wirklich schockt. Und das war dann am Ende der Therapie der wichtigste Satz aus
242 dem Ganzen, dass der angekommen war bei ihr.
- 243 A: Kommen wir zurück, sie haben gesagt, sie haben für sich unbewusst schon ent-
244 schieden ob sie mit krebskranken Patienten/Patientinnen arbeiten wollen oder nicht.
245 Welche Hoffnungen und Befürchtungen haben diesen Entscheidungsprozess beein-
246 flusst? Haben Sie Hoffnungen dann oder Befürchtungen, die für diese Entscheidung
247 auch wichtig waren?
- 248 B: JA, also Hoffnung insofern, verbunden, also ich wollte keine Spezialistin mit
249 Krebstherapie sein, das wusste ich das möchte ich nicht. Ich möchte offen sein für
250 auch andere aber...Hoffnungen und? Befürchtungen?



- 251 A: Befürchtungen, ja...
- 252 B: Befürchtung, dass es mich vielleicht zu sehr belastet, wenn ich zum Beispiel die
- 253 Hälfte meiner Patienten, 10 oder 8 oder so hätte – da schwingt was mit, wo ich ein
- 254 fach vorsichtig war, weil ich mich nicht überfordern möchte, dass ich vielleicht nicht
- 255 die Kraft dazu hätte – das weiß ich nicht, aber etwas in mir sagt mir, da hörst du
- 256 auf... ja...
- 257 A: gab es da eine Hoffnung, die sie verbunden haben damit oder einen positiven Blick
- 258 auf die Zusammenarbeit als sie dann die Entscheidung getroffen haben, ich arbeite
- 259 auch mit Krebskranken zusammen?
- 260 B: ja also das was ich vorhin glaube ich am Anfang gesagt habe, dass man auf einer
- 261 Ebene miteinander kommuniziert weil der andere ja auch betroffen ist, dass das Türen
- 262 öffnet. Und dass ich da Zugang bekomme. Und erlebe, dass mein gegenüber sich
- 263 dann auch vielleicht eher verstanden fühlt oder jemanden gegenüber hat. Der verläss-
- 264 lich ist und auch dass ich ein Beispiel dafür bin, das zu überwinden auch diese Krank-
- 265 heit – also jedenfalls die meisten – eigentlich habe ich es allen auch erzählt, dass ich
- 266 auch betroffen bin...
- 267 A: ok, da erzählen Sie immer?
- 268 B: mhm
- 269 A: Welche Rückmeldungen erhalten Sie von Ihren Klientinnen?
- 270 B: ich habe jetzt eine neue Krebspatientin die gefragt hat – also sie hatte Brustkrebs
- 271 vor 7 Jahren und dann kam sie hierher und nach der 3. Therapeutischen Sitzung hat
- 272 sie eine neue Krebsdiagnose gehabt. Und dann hat sie mich gefragt ob ich das dann
- 273 trotzdem machen würde, nicht..und dann habe ich ihr gesagt, also alle Fragen zum
- 274 Leben und Tot können wir hier besprechen. Und so da habe ich gemerkt, ja, da
- 275 möchte ich die auch begleiten und dabei sein. Nochmal zur Frage...
- 276 A: Die Frage haben sie schon beantwortet. Ich muss mal so gucken, welche Fragen ha-
- 277 ben Sie schon beantwortet, nicht dass wir hier noch ein stures... Soll ja ein Gespräch
- 278 bleiben...jetzt überlege ich mal...doch das finde ich schon mal wichtig jetzt den
- 279 Punkt... Wenn ich sie jetzt frage danach, wie sie das Angebot, was Sie hier machen,
- 280 als selbstbetroffene Fachkraft auch an Krebs erkrankte Patientinnen zu therapieren –
- 281 wie wirkt sich das auf Sie aus, dieses Angebot zu machen und auszuführen?
- 282 B: also grade jetzt zum Beispiel in diesem aktuellen Fall weil das ist eigentlich eine
- 283 Besonderheit, die ist mir in den Jahren jetzt noch nie passiert – also da hatte ich dann
- 284 immer Patienten, die schon mit Krebs kamen und das war jetzt was Neues...ich hab
- 285 schon wieder die Frage nicht mehr im Kopf...
- 286 A: Wie sich ihr eigenes Angebot...
- 287 B: ach so, ja...
- 288 A: ...auf Sie selbst und Ihre Erkrankung auswirkt...
- 289 B: Ja...also da jetzt für mich eine neue Situation kommt – ich hab auch immer so das
- 290 Gefühl gehabt, ich werde auch vom Schicksal ein bisschen geschont. In der Bearbei-
- 291 tung und wie es den Frauen denn ging und jetzt war das zum ersten Mal dass das so
- 292 mit einem Hammerschlag und ich hab dann mal festgestellt, ich geh zurück zu meinen
- 293 eigenen Erfahrungen mit Krebserkrankung anfangs, stärker als bei den anderen vorher

- 294 setz ich mich nochmal auseinander mehr mit dem inneren Heiler und was da für mich
295 wichtig war. Und war auch ziemlich aufgeregt aber habe nochmal meine alte Platte
296 rausgeholt vom Gesundheitstraining und da nochmal alles so ein bisschen nachge-
297 schaut.
- 298 A: Das war quasi beispielgebend da was sie selber machten...
- 299 B: ja, ja – also ohne den Anspruch zu haben, dass die das jetzt genauso machen muss,
300 das ist schon klar, aber einfach nochmal um für mich die Sachen zum klingen zu brin-
301 gen, die wichtig sind.
- 302 A: Haben Sie auch Rückmeldungen von Ihren Patientinnen bekommen? Also bezüg-
303 lich der eigenen Betroffenheit?
- 304 B: also eher so dass es sie in ihrer Offenheit unterstützt, dass sie offener sein können
305 dass sie sich eher verstanden fühlen und das bodenlose – dieser bodenlose Schock
306 irgendwie anders erfahren würde wenn man ihn teilen kann, also.
- 307 A: so jetzt gehen wir mal direkt zu den Belastungen. Woran liegt Ihrer Meinung nach
308 die Hauptbelastung für Sie als selbstbetroffene Fachkraft in der Therapie?
309 Und warum?
- 310 B: Ich...ich bin keine Heilerin, ich kann auch kein Heilversprechen machen, ich kann
311 begleiten, und das ist manchmal glaub ich nicht so leicht auszuhalten, zu sehen, dass
312 mein gegenüber dann vielleicht anfängt zu Rauchen, zum Beispiel. Das...sowas ist
313 eine Belastung – da möchte ich sie so erreichen, dass sie den eigenen Weg finden,
314 was ich unterstützen kann
- 315 A: Wie anstrengend erleben Sie persönlich die Beratungen der Patientinnen, ich denke
316 Sie haben jetzt verschiedene gehabt jetzt in den Jahren...gab's was wo sie gesagt ha-
317 ben das ist jetzt mehr belastend, anstrengend gerade für Sie auch als Betroffene?
- 318 B: ich habe die Frage jetzt nicht mitbekommen ... sagen Sie nochmal...
- 319 A: Wie anstrengend erleben Sie persönlich die Beratungen der Patientinnen, vor dem
320 Hintergrund Ihrer Betroffenheit?
- 321 B: Also ich bin eigentlich wenn ich jetzt so zurück gucke erstaunt, dass mich eigent-
322 lich mehr mit denen verbindet, als es mich anstrengt. Obwohl ich da immer so ein Ge-
323 fühl hab, ich muss trotzdem aufpassen, dass ich nicht zu viele habe...aber wenn ich
324 mich dann entschieden habe, dann finde ich es gar nicht so anstrengend...also ich hab
325 eine Patientin, die ist sowohl psychotisch, als auch Krebsbetroffen und trotzdem, sie
326 sagte neulich, sie denkt immer wenn sie da im Wartezimmer sitzt, dass ich dann
327 schon genervt bin, obwohl sie das bei mir noch nie gesehen hat. Und dann habe ich zu
328 ihr gesagt: ne, und ich freu mich auch sie zu sehen und wir kennen uns doch schon so
329 lange – also ich kenne die auch aus einer alten Phase noch, wo sie noch in der Grup-
330 pentherapie hier war – in der Musiktherapiegruppe und ja – die hat halt nochmal zu
331 rückgefunden hierher und daran merk ich es fällt mir überhaupt nicht schwer, das so
332 aufzunehmen und also ich glaube so manche Begleitung ist eigentlich ganz gut und
333 Belastung ist dann gar nicht so...ich hab glaub ich nur die Vorstellung, wenn ich jetzt
334 den ganzen Tag über diese Arbeit machen würde, dann würde das vielleicht dazu füh-
335 ren können aber es sind mehr so Vorurteile – weiß ich nicht. Jedenfalls in der Praxis
336 dann ist es gut.



Anhang

- 337 A: ok, das ist dann doch ja schon eine Aussage. Wie grenzen Sie sich von der
338 Situation Ihrer Patientinnen ab?
- 339 B: naja gut, ich meine ich hab mich viel mit anderen Dingen beschäftigt, an die Patien-
340 ten im Traum nicht denken, sich damit zu beschäftigen...also ich bin einfach schon
341 einen ganz langen Weg gegangen und ich lass mich dann auch nicht in dem Sinne
342 aufsaugen, sondern halt Abstand und kann trotzdem nah sein also das ist finde ich
343 was Besonderes.
- 344 A: sehen Sie eine Problematik in einer zu starken Identifizierung, eventuell?
- 345 B: ne. Kann ich nicht sagen, ich glaube weil ich eben auch andere Patienten habe.
346 Also ich denke das ist für mich dann eine gute Mischung.
- 347 A: Stehen Ihnen jetzt hier im Rahmen Ihrer Praxis auch Entlastungsmöglichkeiten zur
348 Verfügung, Ressourcen? Also bezüglich Besprechung mit den Kollegen oder
349 ...Teamgespräche?
- 350 B: JA komischerweise mit den Krebspatienten – wir haben ja hier so ein Team was
351 sich immer intervisionsmäßig trifft aber das ist gar nicht Thema...
- 352 A: das finde ich jetzt tatsächlich ganz ganz wichtig noch so ein bisschen so Umfeld
353 und Kommune – da würde ich Ihnen gerne ein paar Fragen stellen. Wie sehen Sie die
354 Versorgung mit Therapieplätzen für Krebskranke in Berlin? Glauben Sie da sind aus-
355 reichend vorhanden oder haben Sie einen Überblick über die Kapazität, oder...?
- 356 B: also ich glaube dass das unterbelichtet ist, weil als ich damals für die Patientin ei-
357 nen Platz gesucht habe, das war...das war nicht so einfach und ich hab auch hin und
358 wieder das Problem, dass ich dann auch Anfragen ablehnen muss...also ich bin ja da
359 in dieser Gruppe von den Therapeutinnen, die auch von Krebs betroffen sind, ich
360 werde da auch öfter den Menschen empfohlen, aber ich kann die dann nicht neh-
361 men...also ich selber kann schon mal sagen dass ich schon ziemlich viele ablehnen
362 muss – ich hab die Erfahrung gemacht, dass ich mal im Tumorzentrum mal angedockt
363 war, da mit meinem Namen stand für Therapie und dass sie mir Jemanden schicken
364 können, aber dann sollte man das irgendwie in ein paar Tagen irgendwie so in Gang
365 bringt dass man dann gesprächsbereit ist und auch das konnte ich nicht. Die haben na-
366 türlich gesucht und da habe ich natürlich auch mitgekriegt, dass es nicht genug Plätze
367 gibt. Also Tumorzentrum war immer auf der Suche nach Therapieplätzen für die
368 Patienten.
- 369 A: Was sollte sich denn in der Versorgung von Krebspatienten auf jeden Fall ändern?
- 370 B: also
- 371 A: sie können auch gerne ihre eigene Geschichte damit verbinden...vielleicht ist
372 Ihnen noch etwas aufgefallen, was sich ändern sollte? Oder bei der Rückmeldung von
373 Ihren Patienten?
- 374 B: also die...die Begleitung die sozusagen sollte eigentlich in der Klinik anfangen
375 und..
- 376 A: tut sie das aus Ihrer Sicht? Fängt die Begleitung in der Klinik an?
- 377 B: die psychologische Begleitung in der Klinik...ist so zu sagen eher rudimentär,
378 also...vielleicht hat sich was geändert, also damals war es jedenfalls... gut, ich hatte
379 einen Psychologen da angesprochen und aber mir ist es natürlich alles viel zu wenig,

- 380 was da passiert. Es gibt natürlich auch Menschen, die sagen ich brauch das alles
381 nicht...aber dass man denen, die Bereitschaft haben an Psychologie, etwas an die
382 Seite stellt, wo sie nicht erst diesen Antrag stellen sollten, sondern einfach den Zu
383 gang haben, also niederschwellig solche Gespräche dann haben können.
- 384 A: Wie beurteilen Sie denn die Kooperation von der Medizin, Psychologie, Gesund-
385 heitsämtern? Sehen Sie da Bedarf dass sich auch dort strukturell etwas ändern sollte?
386 Gibt es eine gute Kooperation, Zusammenarbeit?
- 387 B: also wir haben hier verschiedene Ärzte also da kann man gerne jemand hinschicken
388 aber grundsätzlich so großartig ist die Zusammenarbeit hier nicht...gut, manches
389 hat sich über die Jahre halt entwickelt und jetzt weiß ich nicht wie das jetzt allgemein
390 ist – ich weiß nur aus eigener Erfahrung, dass ich bei einem Onkologen war, denn ich
391 dann verlassen hatte, weil er mir was erklärt hat und ich es nicht verstanden hatte,
392 dass ich Metastase hier in Achselhöhle hatte und dann „wozu erzähl ich das hier“ und
393 so richtig furchtbar und dann bin ich da weggegangen und das war gut so...
- 394 A: mhm
- 395 B: Das ist aber oft so, dass Patienten sich dann auch schlecht behandeln lassen – das
396 ist ganz schlimm – dabei sollten solche Gespräche einem auch helfen ja... die nieder-
397 schwellig angebunden werden – diese 20 Einheiten einfach, dass die, das jeder An-
398 spruch darauf hätte.
- 399 A: würde dann vielleicht auch die Kooperation zwischen Medizinern, Psychologen
400 und der Patientin, dem Patient – wär das eine denkbare Möglichkeit? Vielleicht
401 Gesprächsqualität, die Arbeit qualitativ wertvoller zu machen?
- 402 B: ja ich meine ja die haben ja in ihrer Ausbildung solche psychologische Dinge ein-
403 fach nicht mitbekommen. Aber die sind teilweise wirklich richtig gewaltig.
- 404 A: Wir sind schon am Ende vom Interview, ich danke Ihnen ganz ganz vielmals für
405 Ihre Mitarbeit.
- 406 B: Gerne.
- 407 A: ganz, ganz lieb. Danke.



5.3 IP 3

Interview 3 vom 28.04.2014

A= Fragesteller

B= die interviewte Person

- 1 A: So...ich muss erstmal ein paar allgemeine Fragen stellen.
2 B: Gerne.
3 A: Wie alt bist du?
4 B: 45.
5 A: Das hätte ich nie gedacht.
6 B: In welche Richtung?
7 A: Ein bisschen älter, klar... In welcher Lebensform lebst du aktuell?
8 B: ich bin verheiratet und habe 2 Kinder.
9 A: welchen Ausbildungsweg bist du gegangen?
10 B: Ja...also ich hab Ernährungswissenschaften studiert...habe aber später noch, nach
11 meiner ersten Tätigkeit, habe ich nochmal eine Ausbildung zur Heilpraktikerin ge-
12 macht also ich bin jetzt beides eben – Diplomökotrophologin und Heilpraktikerin.
13 A: okay. Welchen Berufsweg hast du genommen?
14 B: ich hab nach dem Studium...habe ich einige Jahre in der pharmazeutischen Indus-
15 trie gearbeitet, habe dort zuerst im Außendienst gearbeitet und habe dann Schulungen
16 mitorganisiert – also auf der Ebene...dann bin durch meine Kinder eigentlich dann
17 weg, durch die Erziehungsurlaube und seitdem arbeite ich selbstständig. Habe dann als
18 Ernährungsberaterin quasi gearbeitet, hab dann aber durch meine Heilpraktikerin-Aus-
19 bildung, also das war dann der Entschluss, ja, nochmal mich eben zu verändern. Ich
20 hab – jetzt komm ich ein bisschen – ich muss da vielleicht noch ein bisschen anset-
21 zen...zwischendurch mal war ich nochmal an der Uni, hab studiert, weil ich eigentlich
22 ins Lehramt wollte, also das war so ein bisschen durch die Kinder eine Umstrukturie-
23 rungsphase, wo ich einfach gesucht hab. Weil ich gemerkt habe, in die Industrie will
24 ich eigentlich nicht mehr: A vom zeitlichen nicht mehr aber auch von der Thematik
25 her also es war mehr so ein rationaler Gedanke, dass ich dorthin gekommen bin, biss-
26 chen Protest auch gegen meine Eltern, weil mein Vater hat immer gesagt „Ernährungs-
27 wissenschaften studieren? Studiere was Anständiges, wo du auch Geld verdienen
28 kannst!“ und ich hab ihm quasi dadurch bewiesen, dass man auch mit dem Studium
29 Geld verdienen kann, weil Pharmaindustrie hat eigentlich einen ganz guten
30 Ruf...und...aber ich war nie da glücklich und deswegen bin ich eigentlich heute noch
31 meinen Kindern dankbar, dass sie mir zu einem schnellen Absprung nach all den Jah-
32 ren geholfen haben. Und ja...war dann eben auf der Suche, bin wie gesagt nochmal
33 zur Uni gegangen, wollte meinen Staatsexamen machen, bin davon aber dann abge-
34 kommen – warum würde jetzt auch den Rahmen sprengen...

- 35 A: ist jetzt auch egal
- 36 B: ...und hab dann eben die Heilpraktiker-Ausbildung gemacht und hab aber dadurch
37 jetzt so viel – hab einen sehr breitgestreuten Berufsweg – also ich unterrichte trotz
38 dem, ich unterrichte in Heilpraktiker-Schule, das mach ich aber nur sporadisch – also
39 das ist mehr Blockunterricht, einmal im Jahr, verteilt auf mehrere Wochen, mmm dann
40 bin ich eben noch selbstständig tätig als Ernährungsberaterin ich mach aber auch mit-
41 lerweile...hmmm...wie soll ich das sagen, nein ich hab einfach durch die Heilprakti-
42 ker-Tätigkeit viele Ausbildungen Richtung Psychotherapie gemacht so dass ich eben
43 auch psychologische Begleitung anbiete. Und in dem Zuge mit Maltherapie etc. da bin
44 ich ein bisschen breiter gestreut und ja seit November letzten Jahres bin ich eben hier
45 in leitender Position in der Beratungsstelle hier – ich hab die Beratungsstelle mitunter-
46 stützt als ehrenamtliche Kraft schon seit 2012 und jetzt bin ich hier und ja – hab eben
47 mehrere Standbeine – sowohl die Selbstständigkeit, als auch hier eine 20 Stunden
48 Stelle und in der Selbstständigkeit eben den Rest.
- 49 A: ok, bist ja auch...bist ja auch gut ausgelastet
- 50 B: Wobei ich das Selbstständige auch relativ frei bestimmen kann, was ein Vorteil ist...
- 51 A: Wie lange existiert denn die Beratungsstelle der biologischen Krebsabwehr?
- 52 B: Ja...da erwischst du mich...also...seit 30 Jahren gibt es die – aber da bin ich aber
53 jetzt überfragt, ob es seit Anfang an die Berliner Beratungsstelle gibt – also frag mor-
54 gen Irmhild mal, weil die weiß das ganz genau. Also...es geht in die Richtung – ist auf
55 jeden Fall weit über 10 Jahre so 20...keine Ahnung...
- 56 A: ähm...wer ist der Träger?
- 57 B: Der Träger ist die Gesellschaft für biologische Krebsabwehr, genau. Die Hauptge-
58 schäftsstelle ist in Heidelberg und es gibt insgesamt eben 7 Beratungsstellen bundes-
59 weit halt.
- 60 A: ich weiß das. Wo ist der Standort, ist der grad die Stelle, in Berlin, in der Groß
61 stadt?
- 62 B: Von unserer Beratungsstelle, ja, genau, hier ist er in Berlin.
- 63 A: Du hast grad schon gesagt, du arbeitest seit November in der Beratungsstelle, ne?
- 64 B: Seit November in leitender Position – habe ich die Leitung, bin ich die Leiterin der
65 Beratungsstelle, vorher habe ich 1-Mal pro Woche hier gearbeitet. Wie lange arbeitest
66 du hier als selbst Betroffene?
- 67 B: von Anfang an.
- 68 A: von Anfang an...bist du betroffen...
- 69 B: ja...
- 70 A: was ist dein Aufgabenspektrum? Aktuell in der Krebsberatung?
- 71 B: na ich mach sowohl die Beratung selber...also ich berate Betroffene im Gründe the-
72 matisch zu biologischen Krebstherapien also wir haben hier ein großes Informations-
73 angebot und wir machen schwerpunktmäßig a telefonische Beratung und aber auch
74 persönliche Beratung wo sich einfach Betroffene über Komplementärmedizin – also
75 biologische Krebstherapien informieren können – das geht sehr viel auch in den psy-
76 chologischen Bereich rein aufgrund meiner Ausbildung jetzt als Ernährungswissen-



Anhang

77 schaftlerin mach ich auch die Ernährungsberatung – allerdings nicht umfassend son-
78 dern gebe im Grunde Ansätze und Einblicke da rein und verweise sie dann auf weitere
79 Ernährungsberater, die dann auch über die Kasse abrechnen können und das weiter
80 führen können...

81 A: und das hier...die Beratung an sich selber hier besteht unentgeltlich – das wenn
82 man hierher kommt...

83 B: ja also es ist aber schwer zu sagen ob es unentgeltlich ist, weil wir erheben keine
84 Gebühren, wir arbeiten aber unsere Organisation trägt sich wirklich nur aus Mitglie-
85 derbeiträgen und Spendenbeiträgen das heißt wir haben im Gegensatz zu anderen
86 Krebsberatungsstellen kriegen wir keine finanzielle Unterstützung vom Senat oder an
87 deren Bereich das heißt wir sind auch wirklich auf Spenden angewiesen und das kom-
88 munizieren wir natürlich auch – also wir zwingen niemanden Geld zu geben, aber wir
89 bitten natürlich immer um Spende und sind um jedes weitere Mitglied sehr dankbar

90 A: bezüglich auch der Beratung: wie viele Personen berätst du durchschnittlich am
91 Tag oder in der Woche damit es einfacher ist?

92 B: Also das ist jetzt schwer zu differenzieren ob ich persönlich oder auch mit meinen
93 Kolleginnen weil du fragtest vorhin – mein Aufgabenspektrum ist hier nicht nur die
94 Beratung selber sondern ich bin jetzt, seitdem ich die Leiterin bin auch für die ganze
95 Organisation mit zuständig das heißt ich mache auch so unliebsame Dinge wie die Sta-
96 tistik aber eben auch kümmere mich auch um das Ganze drumherum, organisiere Fort-
97 bildungen, mache einmal im Monat eine Veranstaltung hier eine Vortragsveranstal-
98 tung wo es auch darum geht, ja Betroffene, Angehörige und Therapeuten zu informie-
99 ren bezüglich unterschiedlichsten Themen und ich hab die Organisation eben zu gu-
100 cken, wen kann man da mit reinnehmen – und die Planung, das nimmt jetzt auch einen
101 großen Zeitraum bei mir ein, so dass ich jetzt gar nicht genau...also das wär jetzt nicht
102 repräsentativ, wenn ich sage ich berate im Schnitt so 10 Leute pro Tag oder manchmal
103 sind das auch weniger, aber da kriegen natürlich auch meine Kolleginnen was ab, ja...

104 A: kannst du trotzdem ein bisschen einschätzen, was der Beratungsanteil an deiner Ar-
105 beit ist?

106 B: hmmm...es ist phasenweise – ich muss da ein bisschen zurückrudern jetzt weil wir
107 sind jetzt auch gerade in der Umzugssituation – das heißt wir sind auch jetzt in der
108 Kongressplanung, wir haben ja am 10. Mai das Patienten-Arzt-Forum und auch da bin
109 ich in die Planung sehr involviert, das heißt im Moment würde ich fast den Schwer-
110 punkt mehr in die Planung setzen, wenn aber wieder normaler Alltag ist, wird sich das
111 wieder ändern, dann werde ich wieder mehr Beratung machen...also im Moment würd
112 ich sagen es ist halbe halbe, aber ich denke der Schwerpunkt wird dann wieder sein die
113 Beratung selber...

114 A: ok. So jetzt muss ich dir ein paar Fragen zu dir selber stellen, wie hast du denn von
115 deiner Erkrankung erfahren?

116 B: ich hab es selbst ertastet – ich hatte Brustkrebs und das war eher – man konnte es
117 selbst tasten...

118 A: ja, war bei mir auch so...komischerweise bei fast allen...oder bei vielen...

- 119 B: ja...ja, ich fand es eher normal und stelle mit Erstaunen fest, dass es doch ein Groß
120 teil der Betroffenen gibt, die es nicht selber ertasten die es erst durch Mammographie
121 oder durch ihre Frauenärzte bekommen, wo ich, was für mich eher das Überraschende
122 war.
- 123 A: ja..wie lange bist du denn an Krebs erkrankt? Seit wann?
- 124 B: hmmm..ich stocke deshalb, weil entdeckt habe ich es 2009...
- 125 A: selber getastet...
- 126 B: selber getastet, ich habe mich aber..ich bin aber erst 2010 hab ich mich in ärztliche
127 Behandlung gegeben also am Ende die Diagnostik, die schulmedizinische Diagnostik
128 war dann letztendlich erst 2010...und ich hab es im Grunde ein Jahr beobachtet und
129 bin es eben auf meine Art angegangen und 2010 war das dann unübersehbar schlechter
130 geworden das heißt das ist rapide gewachsen und dann ja...wusste ich, dass ich jetzt
131 den anderen Weg gehen werde...
- 132 A: Welche Organe sind betroffen, Brust, hast du gesagt...aber jetzt nichts weiter?
- 133 B: Brust...rechts...nein
- 134 A: wie wirst du denn aktuell behandelt?
- 135 B: also ist es jetzt, ja schon Gott sei Dank, einige Zeit her und das...im Moment habe
136 ich so zu sagen keine Behandlung von außen, ich mache eben die Routineuntersuchun-
137 gen mit also die Diagnostik, aber ich hab meine Behandlung eigentlich soweit
138 eben...also es ist schwierig weil ich kann eben nicht sagen, dass ich sie abgeschlossen
139 habe – es ist...ich denke es ist ein Prozess, der wahrscheinlich Lebensthema sein wird
140 aber es ist letztendlich schon so ich hab am Anfang meiner Erkrankung war ich natür-
141 lich in ärztlicher Behandlung, war auch natürlich engmaschiger betreut, hab mehr –
142 weiß nicht, soll ich auf die Behandlungsart eingehen?
- 143 A: wenn du möchtest...
- 144 B: also ich hab am Anfang – ja vielleicht muss man dann doch ein bisschen ausholen –
145 weiß jetzt nicht was du erwartest, also ich hab ja den schulmedizinischen Weg inso-
146 fern angenommen, dass ich mich hab operieren lassen, aber ich habe dann die weiteren
147 Empfehlungen, ja...abgelehnt. Muss ich so hart sagen, ja...also mir wurde eine Che-
148 motherapie angeraten – die habe ich nicht gemacht und mir wurde ein Bestrahlungs-
149 therapie angeraten und die habe ich auch abgelehnt. Was hab ich stattdessen gemacht –
150 ich hab Immunstatus erheben lassen, mein Immunsystem war sehr schlecht damals
151 und ich hab mich einer Infusionstherapie unterzogen – hab also substituiert was fehlte,
152 habe 1 Jahr dann auch Psychotherapie gemacht habe meine Ernährung auch komplett
153 umgestellt, das war in erster Linie das auch für mich das Naheliegendste aufgrund
154 meiner beruflichen oder meiner Ausbildung war das so das Erste und ich hab sie auch
155 die erste Zeit ganz radikal umgestellt also das war schon – also...ja, ich hab also ich
156 hab eine ketogene Diät gemacht, hab auf Kohlenhydrate fast gänzlich verzichtet – also
157 das waren maximal 40g pro Tag, was wirklich wenig ist – ich habe aber die Radikali-
158 tät gebraucht, weil damals habe ich gemerkt, grade wenn man Therapien ablehnt,
159 braucht man natürlich ein Ersatz, man kann nicht nur sagen, man macht etwas nicht,
160 ohne...



Anhang

- 161 A: na auch für das eigene Empfinden-Gefühl, weil man will ja bewusst sein, etwas zu
162 tun, man muss einfach auch aktiv sein...
- 163 B: genau, ich glaube, das Schlimmste ist nichts zu tun. Und ich habe mich natürlich
164 dann sehr sehr eingehend mit dem Thema beschäftigt, was ich ja schon das Jahr bis
165 zur Diagnostik gemacht habe, was bedeutet für mich Krankheit, und das Thema stand
166 ganz aus und für mich war ganz klar, dass für mich eben Krankheit nicht irgendwie
167 nur etwas bedeutet, dass ich zufällig etwas bekommen hab, was man wegmachen muss
168 – so mag ich es diesmal nicht schön formuliert sagen, aber sondern für mich stecken
169 dort schon Aufgaben hinter und das hab ich eben von Anfang an gesehen, deswegen
170 hab ich mich am Anfang eben so gestreut, das überhaupt in die Richtung anzugehen
171 aber Tatsache war eben nach dem Jahr war es eben unübersehbar groß und da wusste
172 ich auch, jetzt muss was passieren und ich habe 3 OPs abgesagt, weil ich mir wirklich
173 nicht ganz klar war, mach ich das... im nachhinein habe ich aber diese Zeit auch abso-
174 lut gebraucht und es war für mich die wichtigste Zeit überhaupt. Ich hab mich mit mir
175 auseinandergesetzt, ich hab mich mit dem Thema auseinandergesetzt, ich hab mich mit
176 der Krankheit auseinandergesetzt, ich bin auf Themen gekommen, die für mich auch
177 dahinter stehen, ein Thema z.B. war auch das Thema Vertrauen – mir fehlte absolut
178 Vertrauen und das war auch dieser Prozess, dann auch jemanden zu finden, dem ich
179 mich... wo ist man hilfloser, als bei einer OP, ja, da ist man ja völlig ausgeknockt
180 und... aber diese Entscheidung dann bewusst zu treffen und zu sagen, von... bei mir
181 war es letztendlich dann eine Operateurin, also eine Frau von der ich mich hab operie-
182 ren lassen und da fühlte sich nachher stimmig an – also ich hatte wie gesagt 3 OP-Ter-
183 mine in einem anderen Krankenhäusern, mit anderen Ärzten und wo es sich jedes Mal
184 nicht stimmig anfühlte und wo ich jetzt dankbar bin, dass ich dann auch den Mut ge-
185 sagt hatte „nein, es ist noch nicht...“ Es war damals eben sehr schwierig, weil ich
186 nämlich überhaupt nicht so richtig wusste, wo geht es hin, aber es hat sich – also das
187 ist auch ein ganz, ganz wichtiger Aspekt, den ich auch finde, der so heilsam ist, dass
188 man sich die Zeit für allen nimmt, die man braucht. Und auch wenn die Umgebung
189 fassungslos da steht und es überhaupt nicht begreifen kann, dass man da aber auch für
190 sich sagt „Stopp, ne, ich geh den weg erst, wenn es für mich stimmig ist“
- 191 A: ja, ne wenn du bereit bist oder so...
- 192 B: Genau... und das ist bei dem Einen sofort der Fall und bei mir hat's eben lange ge-
193 dauert, aber ich hab es gebraucht und ich glaube hätt ich mich sofort operieren lassen
194 und das wär quasi so gegen meine Gefühle gewesen, da hätte sich nicht gut angefühlt
195 und ich denke auch das wär anders verlaufen dann...
- 196 A: ja...
- 197 B: ganz bestimmt, ja...
- 198 A: wie erlebst du denn deine eigene Erkrankung?
- 199 B: wie ich die erlebe... also ich... vielleicht das prägnanteste letztendlich als ich dann
200 die Diagnose auf Papier hatte, oder auch wirklich sichtbar hatte, sprich nach der Mam-
201 mographie, ne, nach der Stanzbiopsie, als also alles klar war, dann war mein erster Ge-
202 danke, war „Scheiße, jetzt muss ich was tun!“ aber das war gar nicht bezogen auf



- 203 „jetzt muss ich mich der Medizin unterwerfen“, sondern ich hatte gleich meine The-
204 men im Kopf, die, dass ich die radikaler angehen muss...und so...also das war so
205 mein erster Gedanke, und ich wusste, dass ich da...dass da ein Umdenkungsprozess
206 eben eigentlich schon lange stattgefunden hat, der jetzt ins Handeln kommen muss.
207 Also für mich war dann die letztendliche Diagnose für mich so ein Appell, jetzt muss
208 ich handeln und es war wirklich dieses „Scheiße, jetzt ist es so...“ und ich wusste...
209 A: ja es ist eine Entscheidung...
210 B: ja...ich wusste es schon seit längerem, aber jetzt werde ich dazu gezwungen, es
211 wird anstrengend, das war eher dieses...also ich wusste dass es anstrengend wird und
212 im Nachhinein muss ich sagen, für mich war die Krebserkrankung auf ganz wenige
213 Worte gefasst, ich hab meine Harmoniesucht damit zerschlagen und das war sehr, sehr
214 heilsam – also ich war vorher ein sehr harmonieliebender Mensch – was ich immer
215 noch bin – aber ich hab dadurch im Grunde gelernt...jetzt klingelt bei mir das Telefon,
216 ich ignorier es einfach...für mich einzustehen aber auch die Harmonie nicht über alles
217 zu setzen.
218 A: ja?
219 B: JA, sondern...
220 A: gut, nicht wahr? Dem Krebs kann man vielleicht auch dafür danken...
221 B: nicht vielleicht, ganz sicher sogar...also ich denke das ist ein ganz ganz wichtiger
222 Part. Können wir kurz Pause machen?
223 A: ja...
224 B: weil ich geh jetzt doch mal ran, weil es kann...
225 A: so...wir waren stehen geblieben da war...genau wie du deine eigene Erkrankung
226 erlebt hast...was mich auch interessiert, ist, wo hast du die Belastungen gesehen durch
227 die Erkrankung? Gab es Belastungen durch die Erkrankung für dich?
228 B: ja natürlich! Es gab natürlich auf den verschiedensten Ebenen gab's die Belastun-
229 gen also – einmal war natürlich die Erkrankung selber, die Bedrohung die dahinter
230 stak – also ich hab da auch wirklich dann – die Diagnose war bei mir so, dass es ein
231 sehr aggressiver Krebs war, der sehr schnell wachsend war, was ich dann ja auch sel-
232 ber gespürt hab, also ich konnte wirklich merken, wie es von Woche zu Woche größer
233 wurde...wo einfach auch die Prognose gar nicht soooo glücklich jetzt – also ich hab
234 mich dann, also wie gesagt ich hab in der Vergangenheit in der pharmazeutischen In-
235 dustrie gearbeitet...was mich – ja auch im nachhinein, zu sehr viel Wachsamkeit auch
236 – also ich kenn sowohl das Positive wie auch Negative dieser Branche, sag ich mal
237 und mir war klar, dass die Studienlage, was Chemotherapie angeht zum Beispiel – die
238 ist einfach nicht gut, ja und...
239 A: das habe ich selber auch herausgefunden...
240 B: ok, und dann war es im Grunde eben die Hauptbelastung, dass ich einen so wirklich
241 seltenen Tumor hatte, dass es da erstmal gar keine Studien so gab – ja also das...und
242 was mir natürlich Angst bereitet hat – und da wurde natürlich – also die Krankheit ist
243 natürlich eine absolut lebensbedrohliche – ja, das war eine Bedrohung des Lebens und
244 was ich mir dann selber auf psychologischen Ebene war es eine Bedrohung, dass ich



245 gedacht habe – ok das eine ist das Körperliche, was ich nicht mehr in der Hand hatte,
246 ich hab ja ein Jahr – ok ich will nicht sagen, dass ich mich 1 Jahr damit beschäftigt
247 habe aber ich habe das Jahr eigentlich schon – ich bin sehr sehr viele Themen eben für
248 mich angegangen jetzt auch auf psychologischer Ebene also das Jahr war echt um...ja,
249 wichtig für meine weitere Entwicklung und ich glaube das war auch ganz wichtig,
250 dass ich dann gerüstet war, die Entscheidung zu treffen die ich letztendlich dann auch
251 getroffen habe. So und das 2. Wahnsinnig belastende war für mich ja meine familiäre
252 Situation...ja...mein...ja fang ich bei meinem Mann an der wirklich ganz – wir haben
253 uns in der pharmazeutischen Industrie damals kennen gelernt,...

254 A: ist es noch der aktuelle Mann?

255 B: ja, ja ja...absolut...so und es hat auch die ganze aber auch die ganze Situa-
256 tion...also es gab Phasen ja wo er hat meine Entscheidungen nicht mittragen können
257 und er hat sie auch nicht verstehen können, weil ich ihn einfach...er ist da sehr rational
258 angegangen – er hat mich aber dadurch auch zur Rationalität gezwungen, jetzt im
259 nachhinein bin ich ihm sogar dafür dankbar, nur damals hat's mich zerrissen weil es
260 war letztendlich so, dass ich vom Gefühl her – mein Bauchgefühl hat gesagt nein, ich
261 mach die Therapie nicht, und mein Mann sagte zu mir „das kannst du nicht machen“
262 und meine ganze Familie eigentlich auch, ja also...ich stand ziemlich isoliert da – ich
263 stand da eigentlich absolut alleine da...ich hab dann ja auch nach Ärzten gesucht, die
264 meinen Weg unterstützen, und habe definitiv gar keinen gefunden weil einfach
265 die...der pathologischer Befund war einfach so schlecht, ne...also schulmedizinisch
266 gab es einfach nur die klare Richtung, es so zu machen...

267 A: gut, wer hat dich in deinem Entscheidungsprozess und Krankheitsverlauf unter-
268 stützt? Hattest du so das Gefühl, dass du da in deinem persönlichen Umfeld...

269 B: ist eine gute Frage...also ich hatte schon – also vorher schon war wirklich das Al-
270 leinsein – ich hatte zwar schon Freunde, die mich da gestützt haben, aber die Freunde,
271 das war ganz spannend zu beobachten, also...die alten sind gerade zu dem Zeitpunkt,
272 haben Berlin verlassen, sind weggezogen und die anderen es war im Sommer, also ei-
273 ner der mich sehr da unterstützt hat, dem ich da auch wahnsinnig viel verdanke, dem
274 ich dankbar bin, der ist aber dann mit seiner Familie in Urlaub gefahren, als ich also
275 letztendlich so kurz vor der OP stand ich wirklich ganz alleine da weil auch noch die
276 Dritte, die mich also die es so verstehen konnte, eine ganz alte Freundin von mir, die
277 ist auch in der Zeit umgezogen, die wohnte sowieso nicht in Berlin, aber hatte da mit
278 ihrem Umzug zu tun also hatte auch keine Zeit also wo ich wirklich gedacht habe, alle
279 die wirklich mich verstehen können waren erstmal weg und andere, die mich nicht
280 verstehen konnten, zogen sich auch zurück, und ich glaube dass darin das Heilsame für
281 mich auch lag, dass ich auf mich selbst gestellt war und ich hab dann auch wirklich
282 den Notnagel gezogen, also vielleicht noch zu meiner Familie...also meine Tochter
283 war...das war auch hart, wie alt war die damals...sie 12, ne...

284 A: deine Tochter war 12?

285 B: ja,

286 A: dein Sohn, der war noch jünger, ne?

287 B: genau, der war 10...meine Tochter konnte es überhaupt nicht begreifen, weil sie
288 hatte eine Freundin, deren Mutter hatte auch Brustkrebs und meine Tochter hat das im
289 Grunde bei ihrer Freundin miterlebt – wie die Mutter keine Haare mehr hatte, wie die
290 Mutter dann auch die Therapien gemacht hat und die Mutter, bei der ist es jetzt auch
291 schon 6 Jahre her gewesen, und der ging es gut...das heißt für meine Tochter war völ-
292 lig klar, die Therapien gehören dazu – sie war gesund und die stand wirklich vor mir
293 und konnte es auch nicht begreifen und da...mein Sohn der war auf einer ganz anderen
294 Ebene, der war einfach noch kleiner, er hatte einfach Ängste und ich hab dann für
295 mich die notwendige Entscheidung getroffen, was glaub ich das allerwichtigste war,
296 ich hab dann die Notbremse gezogen und hab gesagt ich geh jetzt, ich muss raus aus
297 dem Ganzen weil ich merkte ich konnte nicht mehr atmen, ich hab gleichzeitig, also
298 das war so eine ganz turbulente Zeit, ich hab die ganze Zeit...ich war bei verschiede-
299 nen Heilern, ich hab ne Ausbildung gemacht so parallel, eine Ausbildung Richtung
300 russische Heilweisen, also es lief alles so parallel, wo ich aber dann auch Menschen
301 getroffen habe, die mich da auch irgendwie vielleicht unterstützt haben, weil was die
302 verschiedenen Heilern so, was da ne Gemeinsamkeit war, das sie alle immer über-
303 rascht waren, dass sie alle immer so geguckt haben und das alle irgendwie immer nicht
304 so dunkel gesehen haben aber trotzdem hat mir da keiner irgendwie eine Unterstützung
305 gegeben, was anders zu machen – das steht mir je eigentlich zu...na gut, lange Rede
306 kurzer Sinn...ich hab dann die Notbremse gezogen und hab dann gesagt ich muss min-
307 destens 1 Woche raus, habe mich ins märkische Land bewegt, in das schöne, nette
308 Städtchen Buko, hab mich dort eingemietet und bin jeden Tag wandern gegangen –
309 von morgens bis abends...ich hab wirklich morgens gefrühstückt, bin dann losgezogen
310 und habe dann...bin Abends erst wieder zurückgekommen – manchmal wusste ich
311 einfach gar nicht wohin und da hab ich immer gemerkt ich hab dort – ja – mein Ver-
312 trauen in mich gefunden, in das Ganze, ich hab so viele Zeichen, wie auf dieser Wan-
313 derung...ich hab auf einmal meine Wege gesehen also das war...das kann man jetzt
314 schwer mit Worten beschreiben, ...

315 A: echt gut, dass du ganz viel in die Natur wanderst...ich kann das...es geht auch al-
316 les...

317 B: ich hab Antworten gekriegt. Die ich sonst nicht hatte...ich hab damals viel medi-
318 tiert, geschrieben...also ich hab wirklich diese Woche das war das heilsame und das
319 war glaub ich das wichtigste was ich machen konnte, und das war einfach ein Zeichen,
320 das vorher alle wegbrachen, durch den Zufall, die so mich vielleicht noch unterstützt
321 haben und ich glaube das war auch das dass ich alleine da zu meinen Entscheidungen
322 kam.

323 A: gab's trotzdem was was dr Kraft und Zuversicht gegeben hat in diesem Prozess,
324 dieser Zeit?

325 B: ja, das war dann vielleicht, was auch spannend war nach der Wanderung hab ich ei-
326 nen guten Freund getroffen, der da im Urlaub war, eben der mir noch eine Adresse von
327 einer Ärztin gab, er wollte mich auch so ein bisschen zu dieser OP bringen, und was
328 ich da spannend fand, ich hatte ein Erlebnis auf der Wanderung, da war ich grad an so



329 einem Kornfeld...und da waren so ganz viele Kornblumen, das war ja Sommer, da
330 waren Mohnblumen, blaue Kornblumen und diese Ehren...das war Weizen glaub ich
331 ja...also es war eine ganz schöne Erfahrung, da hatte ich wirklich Bilder irgendwie ge-
332 kriegt, also ich will jetzt nicht ins Detail gehen können aber das war so ein Schlüssel-
333 erlebnis für mich und da als ich dann die Adresse von der Frau bekommen hatte von
334 ihm also er sagte mir einfach so als Freund nochmal guck mal, die soll eine gute Ope-
335 rateurin sein und da waren 2 verschieden Sachen, also ganz interessant war, dass er
336 sagte noch die arbeitet in der Charite und Charite war für mich so negativ besetzt weil
337 ich da negative Erfahrung mit meinem Sohn hatte – das ist eine ganz andere Baustelle,
338 aber...der war damals eben auch krank...also das war für mich so beklemmendes Ge-
339 fühl und dann hab ich aber trotzdem gedacht, Mensch, nun guck ich mir die Frau an
340 und hatte im Internet...wollte ich recherchieren, wo ich mich da hinwende und hab ge-
341 sehen die ist gar nicht mehr in der Charite und sie war in der nächstliegenden Klinik
342 von meinem Wohnort. Dort war sie seit `nem halben Jahr oder so... und das hab ich
343 dann im Grunde...dort habe ich einen Termin gemacht, und was ich jetzt sagen wollte
344 ist...als ich dort im Wartezimmer saß, guckte ich auf die Rezeption da so und da stand
345 ein großer Kornblumenstrauß – genau mit den gleichen Blumen, die ich damals gese-
346 hen hab. Und das war für mich so ein Zeichen,...ja also seitdem habe ich einfach ge-
347 merkt, dass wir auch so unterstützt werden...also es gibt Hilfe, wir müssen nur die
348 Achtsamkeit haben und auf diese Zeichen folgen...das fühlte sich dann gut an und
349 dann ging auch alles ganz schnell, ich bin 2 Tage später von dieser Frau operiert wor-
350 den und es war alles es war stimmig, es war mein Weg.

351 A: ja...und wie hat dann dein Umfeld reagiert?

352 B: noch sehr...also mein Mann war...das war...er hat sich ja auch nie...er hat es res-
353 pektiert... nein wobei er war erleichtert, so gesagt, er war natürlich total erleichtert –
354 es war...deswegen stock ich jetzt auch so, ich hatte da ein bisschen Angst aber ich
355 wusste die OP ist das erste, dann kamen ja auch 2 weitere Entscheidungen – Chemo
356 therapie Strahltherapie, deswegen hatte ich im Grunde dann nur 1 Hürde und mein
357 Mann war wahnsinnig erleichtert und das war eine tolle Phase dann die dann kurz lei-
358 der nur kurz war, denn dann kamen ja die nächsten Entscheidungen, wo dann der
359 Kampf eigentlich auch weiter geht, aber es war...es war toll, also es war auch soweit,
360 dass ich nach der OP so erleichtert war, dass ich ja – von der damaligen Psychoonko-
361 login, man hat ja da mit der Psychoonkologin, das werde ich auch nie vergessen, ich
362 musste da so strahlend gesessen haben, dass die mich erstmal dran erinnert hat, ich
363 glaub sie musste noch üben...sie hat mich tatsächlich gefragt, ob mir bewusst ist, dass
364 ja der Weg noch vor mir liegt ,dass die Krankheit ja jetzt noch nicht bekämpft ist, weil
365 ich ja jetzt so strahlend da sitze aber da habe ich ihr erstmal sagen müssen, dass ich
366 sooo eine Riesenhürde genommen hab, dass es mir schon zusteht, jetzt erleichtert zu
367 sein und was jetzt noch kommt, das kommt noch, aber eben jetzt war ich erleichtert
368 und froh, also ja...

369 A: Wie bist du denn auf die Idee gekommen, als selbst betroffene Fachkraft in die
370 Krebsberatung einzusteigen?

371 B: Das war Zufall. Das war nach meiner Kur, es waren 2 Jahre vergangen, ich hatte
372 meine...ich hab 2 Rehamaßnahmen gemacht und nach der 2, Kur war das so...ich
373 muss das jetzt mal ein bisschen sortieren, weil das ist schon so lange her...na wie ich
374 drauf gekommen bin, ist A – ich bin drauf angesprochen worden von Irmhild, von der
375 damaligen...ob ich sie ehrenamtlich unterstützen möchte...

376 A: und die kanntest du über...

377 B: ich kannte sie und das kommt jetzt damals nach der Kur hatte ich Kontakt aufge-
378 nommen hier zu der Gesellschaft für biologische Krebsabwehr und komischerweise
379 bin ich auf die vorher in meiner ganzen Entscheidung nicht vorgetroffen, obwohl ich
380 so viel recherchiert habe – ganz interessant ne – weil eigentlich findet man sie...ich
381 hab sie interessanterweise doch ich hab sie dann gefunden und ich hatte eine Anfrage
382 gestellt das habe ich letztens noch nämlich die Unterlagen, die mir dann von Heidel-
383 berg zugeschickt wurden, hier in Berlin die hab ich gar nicht gesehen aber ich hab mir
384 dann Infos von Heidelberg gegeben die sind – Posteingang war mein OP-Termin, des
385 wegen hatte ich das gar nicht mehr angeguckt, das war ganz spannend. Naja, aber auf
386 jeden Fall hatte ich dann nach der Kur hatte ich dann...ich war da in diesem E-Mail-
387 Verteiler drin und hatte nach der Kur die Info, das hier Plätze bei dem Gesundheitstrai-
388 ning, was die GFBK hier anbietet, dass da noch ein Platz frei wär und dann hab ich
389 spontan zugesagt. Und so bin ich zu GFBK gekommen und so hab ich Irmhild kennen
390 gelernt und das war 1 Jahr oder 2 Jahre nach meiner Erkrankung hat Irmhild mich
391 nochmal angerufen, da haben sie erstmal nach jemandem gesucht, der am Kongress
392 von der DAMIT für ein Interview bereit wäre und sie hat mich dann – also so sind wir
393 wieder in Kontakt gekommen, und dann hat sie mich kurze Zeit später gefragt, ob ich
394 hier arbeiten würde und ob ich sie auf ehrenamtlichen Basis gerne unterstützen
395 möchte.

396 A: Gab es irgendwelche Befürchtungen, die du damit verbunden hast?

397 B: Gar nicht. Ich war sehr sehr dankbar, weil ich einfach da, ich muss dazu sagen ich
398 war vorher vor meiner Erkrankung also voll selbstständig tätig und als Selbstständiger
399 in so eine Krankheit zu rutschen ist schon heftig, weil man da so gar nicht diese Absi-
400 cherung und was man dann hat als...man kann sich nicht einfach krank schreiben also
401 das ist alles ein bisschen komplizierter und deswegen dümpelte so meine Selbststän-
402 digkeit weiter, ich habe da natürlich meine Räume gekündigt, also ich hab da schon
403 einen Radikalschnitt gemacht und dann auch eine Chance gehabt von einer Ärztin,
404 dass ich dort auch Ernährungstherapie bei ihr in den Räumen mitmachen kann, das
405 war ein großes Geschenk, aber trotzdem, war ich nicht voll ausgelastet und ich hab bei
406 der Ärztin war das schon so, dass ich – die hatten onkologische Schwerpunkte, ich bin
407 da schon mit den Krebspatienten...ja deine Frage war ich bin jetzt...

408 A: ne, ne, das ist schon genau das, was ich wissen wollte...

409 B: ja ja, also man muss dazu sagen, die GFBK war gar nicht die erste Stelle, wo ich als
410 Therapeutin jetzt mit Krebspatienten zu tun hatte, also das war vorher, das war durch
411 die Arztpraxis. Und da muss ich sagen, das war eine ganz spannende Geschichte, weil
412 das fing sehr schnell nach meiner Erkrankung an, da war ich noch gar nicht über diese



413 ganzen Hürden hinweg, da hab ich dann Ernährungsberatung gemacht, habe angefan-
414 gen, aber dass ich dort Vorträge gegeben hab und ich wird nie meinen ersten Vortrag
415 vergessen dort, es ging um ketogen-Diät bei Krebstherapie, also voll mein Thema, und
416 ich stand vor den Leuten das war dort in der Arztpraxis...und mitten im Vortrag hab
417 ich einfach gedacht – Scheiße, die Fragen die da kamen, eigentlich...die frischest-Be-
418 troffene bin ich selber.

419 A: war das vor oder nach deiner OP?

420 B: Nachher. Das war...es sind schon paar Monate vergangen, aber es war auch das
421 Thema Chemotherapie ja, nein, war vorbei, aber so es war grade so...meine Entschei-
422 dungen waren alle gefallen, aber die waren alle sehr frisch. Und da merkte ich das
423 erste Mal auch, dass ich ganz schon überfordert war – das war für mich sehr klassisch,
424 weil ich hab mich selbst durch mein Leben schon mit Themen überfordert und da hab
425 ich dann wirklich gemerkt, hoppla, Stopp! und ich hab dann zwar nicht aufgehört da
426 mit, aber ich bin es dann ruhiger angegangen. Und habe dann auch weitere...mein
427 nächster Vortrag in der Praxis ging dann nicht um Krebs und Ernährung, sondern um
428 Übergewicht das war im Grunde, ich hab da schon ein bisschen die Luft rausgenom-
429 men, weil ich einfach gemerkt habe „ne“, ich merkte dass es mein Thema war, tat mir
430 auch gut, mich damit auseinanderzusetzen, aber ich hatte mich eigentlich...aus meiner
431 eigenen Betroffenheit raus war ich einfach so Profi, was das Thema Krebs und Ernäh-
432 rung anging, dass ich glaube dass ich – guck mal, ich mach jetzt noch in dem Bereich
433 Vorträge, also ich denke dass da mir meine Betroffenheit einen riesen Vorsprung ge-
434 geben hat gegenüber anderen Referenten jetzt...

435 A: wie lange warst du beruflich ausgestiegen? Hast du dir da Auszeit genommen?

436 B: Im Grunde nicht, ich habe meine Praxis vorher gekündigt, und hatte im Grunde 2
437 Monate, wo ich nichts gemacht habe. Und dann kam das Angebot mit der Arztpraxis,
438 wobei ich sagen muss, da war ich dann einmal die Woche, also länger nicht, also das
439 war dann schon noch...

440 A: kompliziert...

441 B: Absolut, aber das war für mich auch sehr sehr dankbar, weil sonst hätt ich das nicht
442 gehabt wär ich in ein Loch gefallen, ne...eigene Räume aufzugeben das war auch ein
443 Schritt und eine bewusste Entscheidung. Meine damalige Partnerin, die ist, zeitgleich
444 mit meiner Diagnose ist sie von Berlin weggegangen das heißt sie hatte was, was bru-
445 talst schwierig war in dieser Situation, was mir aber auch den Schritt dann erleichtert
446 hat, zu sagen ok, ich weiß noch nicht, wie es bei mir weiter geht, jetzt jemand neues
447 dazu zu suchen, weil...alleine hätte ich die Miete ja nicht tragen können, das wär ja
448 nicht gegangen und das hat mir damals zu dem Schritt...ja den Schritt erleichtert um
449 zu sagen Stopp, Räume weg, Neuanfang auf allen Ebenen also Krebs ist für mich ein
450 fach eine Zäsur im Leben deswegen auch alles auf Null und alles neu ordnen, ich denk
451 das war auch mit der heilendste Schritt.

452 A: Gab es denn irgendwie einen relevanten Faktor, bezogen auf deinen Krankheits-
453 verlauf, dass er positiv verläuft also dass du gesagt hast ich nehm jetzt die Tätigkeit in
454 der biologischen Krebsabwehr auf?

455 B: naja ich hab letztendlich, was ganz interessant war, mein Verhältnis zu der biologi-
456 schen Krebsabwehr war so, mein Weg, meine Sachen hab ich sehr autodidaktisch fin-
457 den müssen. Also ich hab mir wahnsinnig viel selbst eingelesen, das war auch der
458 Hauptkonfliktpunkt mit meinem Mann, der immer gesagt hat, kennst du jemanden, der
459 dein Weg gegangen ist, wo es gut gegangen ist, du kannst ja nicht von Büchern so
460 quasi deine Theorie nehmen, und das war dann letztendlich so ich kannte damals nie-
461 manden und im nachhinein denke ich die Entscheidung musste ich auch alleine treffen
462 das gehörte zu meinem Weg, aber dann war so, die Themen waren quasi durch und ich
463 hatte damals in der Kur, ich war in dem Schloss in Bonn, da habe ich zum ersten Mal
464 bin ich auf Leute und Ärzte getroffen, die mein Weg nicht so absurd fanden. Das war
465 da absolut, das waren so Vorträge, ich habe die nur so aufgesogen, ging um die The-
466 men Sagetogenese und alles, was mich auf einmal bestätigte, alles, was ich so hart er-
467 arbeitet hab...da wurde...

468 A: du bist nicht die erste, die einzige...die diesen Weg gegangen ist...

469 B: Genau. Aber ich habe jetzt da erst gesehen, und da kam ich quasi von der Kur, da
470 hatte ich das Gesundheitstraining und traf auf Irmhild, die ja auch einen anderen Weg
471 gegangen ist, und ja, ich hab dann das Gefühl gehabt, Mensch, endlich treff ich auf
472 gleichgesinnte.

473 A: Also zufällig war das auch ganz gut, letztendlich, ne auch vielleicht...

474 B: Absolut.

475 A: was schätzt du denn an deiner Arbeit besonders?

476 B: also die Beratungstätigkeit was ich hier am meisten schätze oder was mich am
477 meisten auch erfüllt, dass ich im Grunde mit Menschen die betroffen sind das mitge-
478 hen kann, dass mir gefehlt hat, weil das gehörte eben zu meinem Weg so dass ich viel
479 gesucht habe und dass ich jetzt eigentlich merke, die Stelle gab es eigentlich schon, ich
480 hätte sie auch besucht, wenn ich die gesehen hätte und das hätte...vielleicht war das
481 für mich nicht...das gehörte dann nicht zu meinem Weg aber ich merke, wie dankbar
482 es ist, anderen da Hilfestellung zu geben. Und das ist erfüllend, ja...das muss ich wirk-
483 lich sagen. JA das schätze ich am meisten, dass man Menschen in ihrem eigenen Weg
484 unterstützen kann, also da nicht Vorgaben machen, das und das ist zu tun, sondern sie
485 dahingehend zu stärken, auf ihre eigene Stimme zu hören, ihrer Intuition zu folgen und
486 einfach sie fachlich zu unterstützen, dass sie sich dementsprechend schlau machen
487 können, wie sind die Fakten, das war für mich auch damals sehr sehr wichtig, und weil
488 ich einfach denke, man muss erstmal alles wissen, was es dazu zu wissen gibt. Und
489 aufgrund der Basis kann man dann für sich selbst die Entscheidung treffen. Und da
490 sind wir hier in der Krebsberatung ein Seelichter, als ein Puzzlestein, der für jeder-
491 manns Puzzle.

492 A: sind da spezifische Aspekte, die in dieser Beratung anders sind, als in der her-
493 kömmlichen Beratung? Oder?

494 B: du meinst herkömmliche, wo keine Betroffenen...

495 A: ja...wobei ich das konkretisieren muss...hier gibt es bestimmt auch Tagungen...ihr
496 seid ja nicht explizit nur selbstbetroffene Fachkräfte...ich hab das auch erlebt bei dir,



- 497 so jetzt nicht...da wäre mir doch wichtig was ich so in der Beratungssituation durch
498 selbstbetroffene Fachkräfte im Unterschied zu der herkömmlichen Beratung?
- 499 B: also ich glaube die Vorteile sind, wenn man so eine Krankheit durchlebt hat und
500 dadurch dass man das macht hat man sie auch positiv durchlebt da ist man gewachsen,
501 enorm gewachsen ich glaube man geht dadurch auch vielleicht mit ein bisschen weni-
502 ger Angst an die Krankheit ran...das ist etwas, was mich auch persönlich so betroffen
503 macht, wenn ich Aussagen über Dritte, also über Beratende höre von Ärzten, wie sie
504 damit umgehen, da spüre ich ganz offene Angst hinter von den Ärzten...ich denke
505 wenn jemand die Krankheit noch nicht selber durchlaufen hat was bei meisten Ärzten
506 ja nicht der Fall ist, ich glaube mache sehen da auch nur das negative daran und Ärzte
507 haben sowieso eine sehr schwierige Position, weil wer zu ihnen wieder kommt, da
508 läuft es meistens dann nicht so gut, Menschen die gesund sind, gehen seltener dann zu
509 den Ärzten so dass die Ärzte leider in der leidlichen Position sind, das sie auch oft den
510 negativen Weg intensiver mitbekommen als positive Wege. Und ich denke die Res-
511 source ist darin, dass jemand die Krankheit positiv durchlebt hat, dass er ein Hoff-
512 nungsträger ist für den Berater dann. Das ist das, was mir damals auch gefehlt hat, wie
513 gesagt, dass ich jemandem gegenüber sitze der sein Weg gegangen ist und wo es ein
514 fach gut gelaufen ist. Und was wir hier in der Beratung machen, wir geben ja nicht
515 einzelne Wege vor, sondern wir versuchen den Menschen darin zu stärken, seinen ei-
516 genen Weg zu finden und das sind...für die meisten ist es ja...ich habe sehr viel mein
517 Weg beschrieben dass ich auch Schulmedizin abgelehnt habe – ich hätte es ja nie für
518 möglich gehalten, dass ich hier so viele Menschen unterstütze, auch in dem schulmedi-
519 zinischen Weg und ich bin mittlerweile, absolut, ja wir verteufeln den Weg nicht, ich
520 auch nicht, heute sehe ich das so viel entspannter weil ich denke, ein Mensch hält auch
521 so viel aus was ich damals nicht für möglich gehalten hätte also ich denke, meine da-
522 malige Einstellung, so viel Gift hätte mich doch umgebracht. Mittlerweile denk ich
523 mir, man kann sich geistig so stärken, dass es sich positiv auswirkt. Man kann es Rich-
524 tung Heilung nutzen. Und deswegen....
- 525 A: jetzt kommen wir ein bisschen von dem eigentlichen ab..mir passiert es leider sel-
526 ber auch ein bisschen, weil ich es auch ganz ganz spannend finde, sie Disposition zwi-
527 schen der schulischen und komplementären Medizin...mehr geht es mir um den
528 Schwerpunkt was deine Arbeit hier betrifft und um die Ressourcen – ist Schwerpunkt
529 auch diese Selbstbetroffenheit?
- 530 B: ich kann jetzt nicht sagen, ich hab zu wenig Kontakt jetzt zu den Menschen, die
531 nicht betroffen sind und beraten. So dass ich mir...
- 532 A: also dann dein subjektiver Eindruck...
- 533 B: mein subjektiver Eindruck ist eben a die Angst, dass ich denke, dass die bei Nicht
534 betroffenen größer sein kann, auf der anderen Seite denk ich aber zum Beispiel wir ha-
535 ben ja auch unsere Ärztin die hier arbeitet ist selber nicht betroffen, wo ich aber denke,
536 ihre Arbeit ist dadurch nicht schlechter. Und ich denke, es muss nicht immer die
537 Krebskrankheit sein, sie hat ganz viele Schicksalsschläge in ihrem Leben hinter sich,
538 sie ist durch viele Prozesse durchgegangen und ich denke es ist manchmal auch nicht



539 es muss nicht die Krankheit selber sein, sondern es ist glaube ich eine große Ressource
540 für jeden Therapeuten einfach, sich mit sich selber beschäftigt zu haben und einfach
541 viele Prozesse durchlebt zu haben. Man hat dadurch natürlich eine Lebenserfahrung
542 gewonnen, man hat dadurch auch ein Vertrauen in sich selber gewonnen so dass man
543 dadurch auch das weitergeben kann.

544 A: ok, siehst du trotzdem Vorteile? Ich weiß nicht, habe ich dir Frage genauso grade
545 schon gestellt? Vorteile für die Klientinnen, wenn sie so die selbstbetroffene Fachkraft
546 sehen?

547 B: Wie gesagt ich sehe es als einen großen Vorteil dass im Grunde da jemand ist, der
548 es positiv durchlebt hat. Ich finde es ist ein Hoffnungsschimmer. Und ich finde es auch
549 hilfreich für Betroffene, auch andere Betroffene, nicht nur Therapeuten, kennen zu ler-
550 nen, wo es gut gegangen ist, das macht Hoffnung. Krebs ist einfach so eine Krankheit,
551 die so mit dem Tod eng verbunden ist, und jeder der diese Krankheit bekommt, setzt
552 sich zwangsläufig mit dem Thema Tod auseinander und das bereitet wahnsinnige
553 Angst, das ist die existenziellste Angst die man hat überhaupt wo man auf einmal
554 denkt ok, jetzt kann das Leben von heute auf morgen zu Ende sein. Jegliche Sicher-
555 heit, die man vermeintlich vorher hatte, ist auf einmal weg. und dieses Thema Sicher-
556 heit ist auch so, wo ich denke es tut gut, da in diesem ganzen Negativen was mit dieser
557 Krankheit verbunden ist, einfach positives zu sehen und ich empfinde es als positiv,
558 wenn ich Menschen begegne, die eine Krebserkrankung gut durchlaufen sind. Und ich
559 denke das ist ein Vorteil, das ist eine Ressource, ja.

560 A: hast du diesbezüglich die Rückmeldungen durch Klientinnen?

561 B: JA, man kriegt doch schon häufig... ich hab am Anfang die Beratung doch schon so
562 gestaltet, dass es eine Entwicklung jetzt über die Zeit am Anfang habe ich nie von
563 meiner eigenen Betroffenheit geredet. Also jemand der zu mir kam, hat es gar nicht
564 gewusst. Es war jedoch trotzdem eine stille Ressource, weil ich denke ich kann anders
565 fragen ich hab auch mehr Mut als betroffene zu fragen, also andere Fragen zu stellen
566 die mir glaube ich als nicht-Betroffenen nicht so zustehen. Die aber für denjenigen
567 ganz richtungsweisend sein können. Und ich bin mittlerweile auch so, dass ich offener
568 dann mit Klienten umgehe und ihnen auch von mir erzähle und dann merke ich dass
569 sehr viel Erleichterung und positive Rückmeldungen kommt und deswegen merke ich,
570 ja es hat auch eine Verbundenheit. Also ich denke dass ich es am Anfang nicht ge-
571 macht habe, war einfach ein Thema von mir was ich erst mit der Zeit abbauen konnte,
572 wann darf ich eigentlich mich als geheilt sehen. Weil schulmedizinisch bei mir ist es
573 noch keine... also es sind jetzt ich sag immer also von dem Stadium wo ich es gefühlt
574 habe sind es jetzt 5 Jahre, aber schulmedizinisch ist man ja nach 10 Jahren erst geheilt
575 und das hat lange gebraucht, dass ich jetzt sagen kann, ne ich bin auf einem absolut
576 guten Weg und selbst wenn jemand 12 Jahre... also im Grunde es ist ja auch ein Le-
577 bensthema und dieser Punkt, das man den nicht mehr haben muss, das hat eben bei mir
578 lange gebraucht, dass ich sag ok, ab jetzt darf ich darüber reden... es hat aber ein biss-
579 chen gebraucht und ich finde es macht die Beratung angenehmer und ich glaube fruch-
580 tender.



581 A: wie anstrengend erlebst du also ganz persönlich die Beratungen von anderen Klienten mit Krebs?
582

583 B: Das ist ganz unterschiedlich. Weil es ist ja nicht jeder gleich. Und das ist auch...ich
584 mein ich komm ja auch aus dem therapeutischen Bereich vorher ohne Thema Krebs –
585 auch das habe ich Beratungen positiv und leicht und andere schwierig erlebt und diese
586 Facetten erlebe ich jetzt hier genauso. Das würde ich nicht mit dem Thema Krebs in
587 Zusammenhang bringen. Worauf du vielleicht hinaus willst und was ich manchmal
588 merke, ist, das hat nichts mit Anstrengung zu tun, aber wo ich wenn ich zum Beispiel
589 Betroffene erlebe, wo eine Parallelität zu mir sichtbar ist zum Beispiel die im Grunde
590 schon länger mit dem Thema sind und die rezidive haben, nach 5 Jahren, nach 6 Jahren...dann merke ich dass ich für mich absolut kurz in mich gehen muss um zu sagen
591 ok, es hat nichts mit mir zu tun. Also weil da zuckt, das sind so kleine Stiche wo bei
592 mir natürlich aufflammt, uh...also das zeigt mir deutlich, wie wenig ich im sicheren
593 Bereich bin und das bin ich nicht. Es ist aber niemand. Das ist auch das Heilsame ich
594 finde, was ich auch anderen mitgeben will, jemand der jetzt nicht mit einer Krankheit
595 diagnostiziert ist, das heißt ja nicht, dass er gesund ist und länger leben wird als ich.
596 Also das ist ja Schicksal es ist ja eben nicht so greifbar und die Sicherheit die wir meinen zu haben, die haben wir ja alle nicht...

599 A: Siehst du da auch Grenzen deiner Beratungsform also selbstbetroffenen Beratungen?
600

601 B: Ich weiß nicht bisher bin ich n ich an keine Grenze gekommen ich hab fachliche
602 Grenzen und da verweis ich weiter auf unsere Ärztin oder verweis ich weiter nach
603 Heidelberg also ich kann natürlich nicht alle fachlichen Fragen beantworten aber dass
604 ich jetzt von der – ich denke die Frage zielt eher auf von meinen psychischen Grenzen
605 – die habe ich bisher so noch nicht erlebt. Zum Glück. Und ich könnte mir vorstellen...wie gesagt, zu manchen hat man ja einen engeren Bezug, als zu anderen, aber
606 dadurch dass ich schon länger beratend tätig bin, kenn ich das dort auch. Und da finde
607 ich hat es mit dem Thema Krebs nicht unbedingt was zu tun. Sondern das ist – ja – beratungsspezifisch.
608
609

610 A: noch ganz allgemein: wie grenzt du dich dann von der Situation der Klientinnen ab, beispielsweise wenn es da ein Termin gibt, wo du denkst ja, kommt mir ein bisschen
611 nahe, geht mir ein bisschen tief, hast du da eine Taktik?
612

613 B: naja ich hab natürlich durch meinen...ich nehm mich dann kurz zurück. Ich muss
614 mich dann kurz ausklingen innerlich, das sind nur Sekunden aber wo ich mich wirklich ganz kläre und sag, ok, das bin jetzt nicht ich. Das sind wirklich dann die...das ist
615 wirklich wie so ein...ja...kurzes Abgrenzen...ich mach mir dann manchmal auch
616 so...ich find ja auch anthroposophische Medizin ganz spannend z.B. in der Eurythmie,
617 die zu der Anthroposophie gehört, da gibt es ja auch so ein paar Bewegungen, die eine
618 ist das O, ja das steht für meinen eigenen Raum das stell ich mir in dem Moment auch
619 immer vor und das E steht für Abgrenzung...und diese beiden Symbole, die helfen mir
620 da, mich da absolut abzugrenzen. Und dann bin ich wirklich auch wieder auf Distanz,
621 dann also das sind wirklich nur so Sekunden, wo ich merke, ups, da berührt mich was,
622

- 623 aber ich kann mich dann durch solche Mechanismen, die ich mir da im Grunde auch
624 selber angeeignet hab, oder erlesen, erlernt hab, ...
- 625 A: selbst gut abgrenzen...
- 626 B: genau, genau.
- 627 A: gibt's denn jetzt auch in der Arbeitswelt Ressourcen, Entlastungsmöglichkeiten,
628 Teamgespräche, Supervision?
- 629 B: ja, ja. Also wir haben...
- 630 A: nehmt ihr die Hilfe auch in Anspruch?
- 631 B: ja, also mal mehr, mal weniger, das ist zumindest, also wir sind schon so ein Team,
632 wo da dann auch immer das offene Gespräch dann da ist und das weiß ich sehr zu
633 schätzen. Wir haben manchmal einmal nur im Monat die Teamsitzung, das ist jetzt
634 nicht so viel aber wir müssen uns manchmal schon, gerade jetzt in der Umzugsphase,
635 also ein bisschen da auch schon disziplinieren, dass nicht nur das Organisatorische
636 Raum einnimmt, aber wir finden schon immer Zeit und ein offenes Ohr und das ist
637 schon wichtig. Sehr wichtig.
- 638 A: und im privaten Raum, hast du da jetzt ein paar Entlastungsmöglichkeiten von der
639 Arbeit?
- 640 B: also das hat mich...ich denke das ist auch der Vorteil wenn man so eine Krankheit
641 durchlebt hat, dass man da auch einen achtsameren Umgang mit sich selber hat also
642 ich nehm mich da schon, ich nehm mir meine Auszeiten, was ich vorher nicht gemacht
643 habe, ich nehm sie mir auch ganz bewusst und für mich hat dann auch alles eine Rela-
644 tivität ja da greife ich mittlerweile auf einen sehr großen Ressourcenschatz zu den ich
645 mir erst durch meine eigene Erkrankung...
- 646 A: Dir aufgebaut hast?
- 647 B: mir aufgebaut habe, ja. Das ist auch der Grund, warum ich das, glaube ich mit einer
648 Dankbarkeit mittlerweile sehe.
- 649 A: und was erlebst du da als besondere Ressource?
- 650 B: dass ich mir so Techniken, also Techniken erlernen konnte mir einen zum Beispiel
651 einen inneren Raum zu schaffen wo ich Rückzug hab im Grunde ich hab das Malen
652 erst durch meine Krankheit entdeckt und das Malen ist für mich die größte Ressource,
653 wenn ich etwas im Leben habe was ich nicht lösen kann, male ich ein Bild und dann
654 sehe ich die Lösung – nicht die Lösung so, das wär zu einfach, um Gottes Willen, nein
655 aber ich sehe Wege und es relativiert sich also ich hab 1 vielleicht konkretes Beispiel
656 wenn ich manche so Tiefpunkte hab und hatte, ja letztens noch ein Bild wo ganz viel
657 Schwarz auftauchte das Schwarz konnte ich aber auflösen, indem das das war, was mir
658 am Anfang richtig Angst gemacht hat aber ich wähl die Farben immer Blind aber ich
659 lass mich da auch immer auf Farben ein die ich mir blind wähle und das Schwarz hatte
660 letztens im Bild eine sehr große Bedeutung was mir wirklich ein bisschen Angst berei-
661 tet hat, aber ich konnte es dann, was ich darin gesehen hab, war so fröhlich, ich konnte
662 es durch den Malprozess auflösen. Ja, das ist eine große Ressource.
- 663 A: toll. Ich weiß nicht, vielleicht bist du damit auch so ein bisschen, musst du mir ein
664 fach sagen was du da eventuell... ich würde jetzt gerne ein paar Fragen stellen allge-



665 mein was so Krebsberatung betrifft...wie siehst du eigentlich die Versorgungssituation
666 bei den Krebsberatungsstellen?

667 B: also meinst du jetzt Berlinweit? Sagen wir so...Situation...es kann natürlich immer
668 für Betroffene mehr sein aber ich denke es hat zugenommen, der Bedarf. Es ist gar
669 nicht so die individuelle Beratung, sondern was ich denke was auch hilfreich ist, was
670 zugenommen hat, es werden so viele Vorträge zum Thema Krebs gemacht, individu-
671 elle Leitungswege, Möglichkeiten, Angebote...dass die Menschen denk ich, grad in
672 Berlin, viel Auswahl haben. Also ich glaube in Berlin gibt es ganz viele Möglichkeiten
673 da sind wir in einer wirklich sehr guten Situation. Andere...also jetzt im Gegensatz so
674 zu Brandenburg auf dem Land, wo alles weit ist, wo nichts ist oder auch in kleineren
675 Städten also ich denke Berlin ist da schon eine Großstadt wo sich sehr sehr viel tut und
676 wo einfach man auch als Betroffener viele Möglichkeiten hat, ja.

677 A: Gibt es was wo du sagen würdest das sollte sich in der Versorgung von Krebspati-
678 enten ändern?

679 B: ja. Also was ich denke, das es wichtig ist, was wir ja versuchen umzusetzen ist,
680 dass Menschen, Betroffene, dass ihnen mehr Handlungsspielraum gelassen wird. Und
681 da denk ich geht oftmals ärztliche Beratung sehr in die Richtung „es gibt nur die und
682 die und die Wege“ und dass da individuelle Facetten nicht ernst genommen werden es
683 wird sehr viel schnell als esoterischer Unfug abgestempelt wo ich einfach nur denke,
684 da könnte noch mehr, also da würde ich mir viel mehr wünschen, weil das kriegen
685 weil das sehen wir auch bei den Menschen, die hier sind, die sind da so verunsichert,
686 die sind da einfach so konfrontiert, also dass ihnen da auch der Druck genommen
687 wird. Sowohl der zeitliche Druck, wie der Druck, dass sie sich nur auf eine Therapie
688 form einlassen müssen. Was sich auch unbedingt ändern sollte, was ich, ich denke das
689 geht jetzt in die gesundheitspolitische Ebene, dass einfach auch die Kosten von zum
690 Beispiel biologischen Therapien aber auch anderen Wegen einfach mehr übernommen
691 werden...die Krankenkassen sind da nur auf die klassischen Methoden fixiert, und al-
692 les andere muss aus der eigenen Tasche gezahlt werden. Und das ist natürlich für mich
693 eine sehr traurige Situation. Weil viele ja gar nicht die Entscheidungsfreiheit haben.

694 A: und inwiefern sollte das Angebot von selbstbetroffenen Fachkräften oder durch
695 selbstbetroffene Fachkräfte erweitert werden?

696 B: also ich denke jeder der es gerne machen möchte, also jeder der auch die Krankheit
697 auch als positiven Weg sehen kann, ist heilsam für jeden Betroffenen. Also dass muss
698 gar nicht jetzt in therapeutischer Form sein, sondern aus eigener Betroffenheit erlebe
699 ich immer wieder das ist anders, heilsam ist für Menschen, betroffene zu sehen, wo es
700 gut läuft. Es ist ein Hoffnungsschimmer, das ist so wie ein Leuchtturm in der Dunkel-
701 heit. Und am Anfang hat man einfach ganz viel Dunkelheit. Denn die Diagnose ist
702 düster, die ist schwarz. Nun mal so...und da einfach so einen Hoffnungsschimmer zu
703 sehen finde ich einfach ganz ganz wichtig – ich finde es ist eine tolle Ressource dass
704 man sich dann mehr in die se Richtung bewegen würde, ja.

705 A: und welche Hilfen kriegen die Beratungsstellen durch Staat, Institutionen? Also ist
706 da noch Bedarf, etwas für die Beratungsstellen zu tun?

- 707 B: naja, ich sag mal so..finanzielle Unterstützung wär natürlich immer wünschenswert.
708 Weil das sehen wir auch selber, wie sehr man darauf angewiesen wird...also ich ziehe
709 den Hut vor der GFBK dass sie das so mit Spendengeldern und Mitgliederschaft so
710 viele Jahre schon schaffen und das eigentlich ja ganz gut läuft aber natürlich wär es
711 einfacher, wenn man da finanziell auch ein Rückhalt hätte. Auf der anderen Seite ist es
712 auch...man ist, wenn man finanziell unabhängig ist, auch thematisch unabhängig.
713 Also wenn man so manche sieht, die Beratungsstellen, die von der Industrie oder von
714 der Forschung quasi unterstützt werden, ich glaube, dass da die Freiheit einfach nicht
715 so groß ist.
- 716 A: siehst du einen anderen Bedarf, räumlich also mehr durch eine Öffentlichkeitsar-
717 beit?
- 718 B: ich verstehe jetzt nicht was du da meinst, ob das jetzt so der Bedarf allgemein...
- 719 A: Auf die Beratungsstelle bezogen...
- 720 B: jetzt auf unsere?
- 721 A: ja zum Beispiel.
- 722 B: ja und was meinst du?
- 723 A: Ist da noch ein Bedarf? Also braucht ihr noch etwas braucht ihr sind die Räumlich-
724 keiten ausreichend...
- 725 B: naja, wie verändern das grade, ich sag mal so, da wir grade umziehen-begriffen
726 sind, wir kriegen etwas größere Räume wir haben da dann auch ein bisschen mehr ja
727 Spielraum, ich was ich mir da wünsche sind auch mehr Angebote, dass man Kurse,
728 Seminare mehr anbietet, dass man es dadurch mehr belebt und natürlich könnten wir
729 noch mehr Unterstützung gebrauchen was ich z.B. schade finde und das liegt an unse-
730 ren finanziellen Situation, wir arbeiten viele hier auf ehrenamtlichen Basis und ich
731 finde Ehrenamt ist so eine zweischneidige Stelle, auf der einen Seite toll, dass sich eh
732 renamtliche Kräfte finden, und auf der anderen Seite ist es Schade, dass solche kompe-
733 tente Arbeit eigentlich nicht richtig finanziell vergoldet wird, also irgendwie...also
734 dass es nicht finanziert werden kann. Und deswegen würde ich mir wünschen natür-
735 lich, ich würde mir mehr Mitglieder wünschen, ich würde mir mehr Spenden wün-
736 schen, ich würde mir wünschen, dass auch finanzkräftige, ja dass einfach andere Men-
737 schen spenden und nicht nur die selbst betroffenen sondern dass es auch von Organisa-
738 tionen mitunterstützt wird und dass da einfach sowas mehr getragen wird dass wir
739 auch mehr Möglichkeiten haben.
- 740 A: womit würdest du für deine Form der Beratung besonders werben?
- 741 B: Für meine Form der Beratung? Ist ne komische Frage. Meinst du jetzt meine per-
742 sönliche oder von der GFBK?
- 743 A: von der GFBK.
- 744 B: also herausstechend ist und wofür ich da werbe ist im Grunde, dass wir unabhängig
745 beraten, dass wir vielseitig beraten, dass wir einfach versuchen, neutralen Überblick zu
746 geben, dass wir nicht die Ängste schüren sondern eher versuchen die Ängste zu neh-
747 men wie haben ja auch eine psychologische Beratung hier dass wir da sehr viel auffan-
748 gen können, dass wir auch ein sehr umfangreiches, qualitativ hochwertiges Informa-



Anhang

- 749 tionsmaterial bieten können, wo man sich einfach auch in Kürze schlau machen kann
750 und das wir im Grunde ja...
- 751 A: na, kannst du doch werben! Ich hätte eine Interviewfrage noch, aber die hast du
752 schon beantwortet...perfekt!
- 753 B: mir fällt noch ganz viel ein. Also wie gesagt, was mich da auch antreibt, dass ich
754 finde dass DFBK viel anbietet, was mir damals gefehlt hat. Und das versuche ich auch
755 zu forcieren dass ich gucke, welche Angebote können wir noch weiter mit reinneh-
756 men, was für Referenten können wir noch zu welchen Themen einladen dass wir da
757 einfach einen großen Fundus haben und ich freu mich einfach über jeden der da ein-
758 fach uns auch ehrenamtlich mit unterstützt oder das einfach wirklich noch mehr belebt
759 und...ja...
- 760 A: Super! Du hast alle meine Fragen ganz ganz toll beantwortet. Ganz lieben Dank für
761 deine Mitarbeit.
- 762 B: sehr gerne.

5.4 IP 4

Interview 4 vom 29.04.2014

A= Fragesteller

B= die interviewte Person

- 1 A: Ich würde jetzt gern erstmal allgemeine Angaben zu Ihrer Person stellen. Und zwar
2 erstmal die Frage: Wie alt sind Sie?
3 B: Ich bin 65.
4 A: 65. In welcher Lebensform leben Sie?
5 B: ... bald 66, bin verheiratet und leb mit meinem Mann zusammen.
6 A: OK
7 B: ich bin zu zweit
8 A: welchen Ausbildungsweg haben Sie genommen?
9 B: also ich bin Diplompsychologin und habe früher als Beschäftigungstherapeutin
10 gearbeitet, also Ergotherapeutin und hab danach studiert, Psychologie studiert
11 A: welchen Berufsweg haben Sie bei der Ausbildung genommen?
12 B: Jetzt nur für das Studium oder vorher schon?
13 A: beides ruhig, beides.
14 B: Gut also ich hab nach der Ausbildung zur Ergotherapeutin hab ich 2 Jahre in der
15 Psychiatrie gearbeitet. Dann hat mir das gereicht mit dem vielen Basteln und dann hab
16 ich angefangen mit dem Psychologiestudium. Nach dem Psychologiestudium bin ich
17 erst in die Sucharbeit gegangen und hab sehr lange in der Sucharbeit gearbeitet – zu
18 lang. Und hatte auch so das Gefühl, ich sollte eigentlich da aufhören.
19 A: Das geht auch an die Substanz, kann ich mir vorstellen.
20 B: Hatte aber ne gute Stelle, gute Kollegen, war selbständig, hab Familientherapie ge-
21 macht, gute Bezahlung letztlich und war auch schon ein bisschen älter – also Ende 40,
22 Anfang 50. Dort ist auch schwierig was Neues zu finden. Und dann wurde ich krank.
23 Und dann hat es sich aus der Krankheit ergeben, dass ich gekündigt hab.
24 A: OK. Wichtig wär doch noch – wie sind Sie dann dazu gekommen – oder seit wann
25 arbeiten Sie hier in der Beratungsstelle?
26 B: Seit 2004. Ich hab praktisch 2001 die andere Stelle gekündigt, wurde dann operiert,
27 war irgendwie arbeitslos ne zeit lang, erst ein Jahr fast Krank geschrieben, eine zeit
28 lang arbeitslos und dann hab ich diese Stelle gefunden.
29 A: Seit 2004?
30 B: seit 2004 ja. Und das war auch so ein Zufall letztlich ich kannte die Frau Christl,
31 die Ärztin hier, hab mich von der auch mal beraten lassen also wir waren auch zusam-
32 men in der Ausbildung und dann war ich einmal bei ihr und sie sagte sie hört auf, sie
33 macht diese Arbeitsstelle nicht mehr die Leitung hier und dann hab ich gesagt – ach,
34 deine Stelle hätt ich gern.
35 A: als Leitung?



Anhang

36 B: ja – und dann war sie ganz erschrocken, weil sie schon wer anders gefragt hätte und
37 meinte ich kann mich ja trotzdem bewerben und dann hat die andere Frau von selber
38 ihre Bewerbung zurückgezogen und dann haben sie mich genommen dafür. Irgendwie
39 hat sich's günstig ergeben.

40 A: ok, wie lange existiert denn diese Beratungsstelle?

41 B: die existiert seit 87 etwa. Also nicht hier, also immer an den anderen Orten...also
42 sie war zuerst in einer Wohnung, die ersten die die Beratungsstelle aufgemacht haben
43 haben es in ihrer eigenen Wohnung gemacht und da hat es sich dann langsam
44 entwickelt und verändert.

45 A: aber immer in Berlin?

46 B: immer in Berlin.

47 A: wer ist der Träger?

48 B: die Gesellschaft für biologische Krebsabwehr – ein gemeinnütziger Verein und die
49 das hier schon über 30 Jahre, 32 Jahre lang schon arbeiten, und die für mich dieses er-
50 staunliche Wunder vollbringt, täglich sich mit Spendengeldern und Spendengeldern,
51 Mitgliedsbeiträgen auch zu halten und diese Arbeit zu finanzieren. Das ist für mich
52 schon eine große Leistung.

53 A: ok, ihr Standort ist in Berlin? Also in der Großstadt?

54 B: ja.

55 A: jetzt muss ich noch mal kurz...also Sie arbeiten haben sie gesagt also seit 2004 in
56 der Beratungsstelle. Wie lange arbeiten Sie als Selbstbetroffene an dieser
57 Beratungsstelle?

58 B: ja auch seit 2004.

59 A: welches Aufgabenspektrum haben Sie aktuell in der Krebsberatung?

60 B: aktuell arbeite ich hier nur 8 Stunden, also Minijob so zu sagen, meine Aufga-
61 ben...Zu meinen Aufgaben gehört Gruppensitzung zu machen, Beratung am Telefon
62 und psychoonkologische Beratung. Also auch persönliche Gespräche. Das sprengt
63 schon 8 Stunden.

64 A: und wie viele Kollegen haben Sie in der Einrichtung?

65 B: kurz zu zählen, 4.

66 A: 4? Also nochmal gesagt zu den Beratungsformen, sie bieten also Gruppenberatung
67 an, Einzelberatung auch oder auch am Telefon?

68 B: Einzelberatung, Telefon, und nicht Gruppenberatung, sondern so
69 Gesundheitstraining für Gruppen.

70 A: ok, wie gestaltet sich dieses Gesundheitstraining?

71 B: das geht über 10 Sitzungen, es ist ein fester Kurs, der erste bis letzte Stunde geht,
72 also über 10 Sitzungen, ich nehme so 8-9 Teilnehmerinnen auf, meistens sind es
73 Frauen, selten Männer und es ist ein strukturiertes Programm wo wir einfach ganz
74 viele Themen, die einfach mit der Krebsheilung zusammen hängen, bearbeiten... z. B.
75 solche Themen, wie einen sicheren Ort, Zufluchtsort finden, oder wo bekomme ich
76 Energie, wo verlier ich sie. Und Ziel ist, dass die Teilnehmerinnen lernen zu visuali-
77 sieren, sich zu entspannen, und das hoch erwartete Ziel ist eigentlich, dass sie lernen,

- 78 gut für sich zu sorgen.
- 79 A: ganz wichtig...
- 80 B: das müssen Frauen immer noch lernen...
- 81 A: das müssen viele Menschen lernen, ja, glaub ich...das ist ja auch nichts, was man
- 82 durch's eigene Haus oder so gelernt hat...
- 83 B: ja...
- 84 A: wie viele Personen beraten Sie durchschnittlich am Tag oder zusammen in einer
- 85 Woche oder...?
- 86 B: ja ich bin ja nur – also heute habe ich vielleicht 6 beraten, ein persön...also bin ei-
- 87 gentlich nur 3 Stunden hier, manchmal sind das 4 Stunden oder 5, heute habe ich einen
- 88 Mann persönlich beraten, das dauert eine Stunde und am Telefon hab ich vielleicht
- 89 noch so 4, 5 beraten.
- 90 A: ok, jetzt würd ich ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrer Erkrankung stellen, falls
- 91 Ihnen...wie haben Sie persönlich von Ihrer Erkrankung erfahren?
- 92 B: Durch eine Mammographie-Untersuchung, ich hatte einfach sehr unruhige Brüste,
- 93 die sich einfach immer leicht ein bisschen knotig waren, meine Frauenärztin hat mich
- 94 in größeren Abständen zur Mammographie geschickt und dann haben sie in der Mam-
- 95 mographie 2, 3 mini mini Stellen entdeckt, und haben natürlich gesagt ich soll eine
- 96 Biopsie machen oder operieren...
- 97 A: wie lange sind Sie an Krebs erkrankt?
- 98 B: die erste Diagnose war 1994, ja 1994.
- 99 A: welche Organe sind betroffen, also sie haben gesagt die Brust?
- 100 B: Die Brust, ja...
- 101 A: werden Sie aktuell noch behandelt?
- 102 B: nein.
- 103 A: wie lange waren Sie wegen Ihrer Erkrankung nicht berufstätig?
- 104 B: fast 2 Jahre...also mindestens...2 Jahre fast...war toll.
- 105 A: ja? Können Sie gerne was davon erzählen, wenn Sie möchten.
- 106 B: ja, also ich war immer berufstätig, auch wenn die Kinder klein waren, ich hab nach
- 107 `nem Jahr sofort wieder gearbeitet, zwar reduziert, aber ich hab in dieser Zeit richtig
- 108 Mutter gespielt, ich hab gesagt ich spiele jetzt Mutter für euch, hab gekocht – die Kin-
- 109 der waren ja schon groß, als ich krank war, aber die Kinder kamen aus der Schule, ich
- 110 hab das Essen gekocht, das war so unwirklich, weil ich das sonst so vorher nicht
- 111 gemacht hab, die haben vorher im Hort gegessen und wir haben abends zusammen
- 112 gegessen, aber es war irgendwie wie so eine Auszeit, war einfach schön.
- 113 A: ja? Toll! Wie erleben Sie Ihre eigene Erkrankung?
- 114 B: jetzt zurückwirkend fällt schon so ein großer Schleier drüber...dass es also viel
- 115 harmloser aussieht, so rückwirkend, einmal denk ich, das es eine große Chance war,
- 116 mit dieser Drogenarbeit aufzuhören, also das war einfach sehr wichtig für mich, ich
- 117 denke dass ich sehr viel gelernt habe dadurch, also dass da neue, gute Entwicklungss-
- 118 chritte für mich waren, und ich denke, ich bin unheimlich gut durchgekommen. Aber
- 119 wenn ich das erzähle, sagt mein Mann, du vergisst, dass du damals ganz viel Angst



120 hattest so in den ersten 2 Jahren. Und das hab ich einfach vergessen, dass es doch auch
121 eine Belastung war. Aber ich bin auch später durch die Behandlung, auch die Amputa-
122 tion, das ging alles ziemlich gut, weil ich...ich hab so lange gewartet, ich wusste es
123 schon so lange und war deshalb auch gut darauf vorbereitet und von daher...und ich
124 denke im nachhinein ich hab ganz viel Glück gehabt, ich sehe ja dass ich so lange –
125 ich hab 9 Jahre mich nicht operieren lassen, und das würde ich keinem anderen Men-
126 schen empfehlen, und ich wär wirklich auch Angst, wenn mich jetzt Patienten fragen
127 und sagen sie wollen doch noch warten, oder...dann mach ich mir mehr Sorgen um
128 die Leute als ich mir damals um mich gemacht hab, offensichtlich...und ich denke –
129 ich würd mich heute wahrscheinlich schneller operieren lassen. Aber ein Grund war
130 ganz sicher, dass sie gleich diese 3 Stellen entdeckt haben, dass sie gleich von Anfang
131 an gesagt haben, sie würden amputieren, und ich mich ja insgesamt gesund fühlte, es
132 war einfach kein Grund, also es war mir einfach zu viel und schnell diese Amputation,
133 ne...ich war 46 und später als ich dann amputiert wurde war ich dann 55, das war ein
134 fach eine andere Zeit und ich war drauf vorbereitet und der Knoten war groß gewor-
135 den, ich konnte ihn sehen und fühlen, dann war für mich einfach die Notwendigkeit
136 einfach eine ganz andere.

137 A: find ich ganz nachvollziehbar...hing jetzt die Empfehlung für die Amputation
138 damals mit der Zeit zusammen? Also dass es früher anders gesehen wurde denn heute
139 versucht man immer brusterhaltend zu operieren?

140 B: ja, aber es gab nicht brusterhaltend, weil es 3 verschiedene Stellen gab, die
141 auseinander lagen – es machte dann ja auch keinen Sinn so eine Ruine zurück zu
142 lassen...also ich denk schon nochmal...also ich hab Glück gehabt, hab mich auch ein
143 Stück geschützt gefühlt so vom eigenen Erlebnis, wo ich eben zur Biopsie gehen
144 wollte oder sollte unter Druck und dann die Vorsehung so zu sagen dafür sorgte, dass
145 es nicht stattfinden konnte, ich denk aber ich hab auch Glück gehabt. So. Fühl mich
146 auch irgendwie unterstützt...

147 A: welche Belastungen haben sich für Sie aus Ihrer Erkrankung ergeben oder ergeben
148 sich noch?

149 B: Körperlich ziemlich wenig, weil ich hab ja weder Antihormontherapie gemacht,
150 noch hab ich Strahltherapie gemacht oder Chemo also hab ich körperlich so keine
151 Nachwirkungen, psychisch ist es doch stärker, als ich gedacht hab, also ich hab ge-
152 dacht ich hab die, weil ich mich so lange hab vorbereiten können auf die Amputation,
153 weil das alles doch so klar war, hab ich gedacht gut, das ist auch erledigt und das hab
154 ich unterschätzt. Ich hab also nach der Operation als ich zur Reha fuhr einmal noch
155 ganz viel Wut gekriegt, auch Wut auf mich, also Wut darauf, dass ich die Brust verlo-
156 ren hab, Wut darauf, dass ich nicht noch 1000 andere Sachen gemacht hab, um die
157 Brust zu erhalten, hab wirklich alles probiert, und die Wut konnte ich aber dann über-
158 malen und dann war sie weg...und ich merk aber schon, also ich war schon in der
159 Lage relativ bald nackt baden zu gehen, oder auch mal in die Sauna zu gehen, aber
160 merk völlig ungestört ist mein Verhältnis da nicht, also ich hab mir lang was vorge-
161 macht, hab gedacht aha, hab ich gut verarbeitet, aber ich merke, dass ich immer noch

162 davon träume, von dem Brustverlust, auch positiv träume, ich träume auch solche Sa-
163 chen, es war ein toller Traum, ich laufe nackt ins Wasser, laufe wieder raus, laufe im-
164 mer so rein und raus ins Wasser, in so ein Meer und kann auch ganz unbekümmert da
165 mit umgehen. Es war ein sehr schöner Traum, während ich in der Realität dann mein
166 Handtuch vorgelegt hab und mich dann überlege, damit man die Brust nicht sieht, und
167 ich denke schon, dass es mich auch in der Sexualität auch ein bisschen eingeschränkt
168 hat, so mein natürlicher Umgang mit Nacktheit oder also ich fand es nicht dramatisch
169 und kann damit leben, dadurch dass ich älter bin und – weiß nicht ob sie das, sie
170 schreiben ja wahrscheinlich alles, und es hat mich auch dazu gebracht, sogar treu zu
171 sein – hatte vor 5, 6 Jahren ein Treffen mit einem Mann, mit dem ich seit 20 Jahren
172 flirte, bei dem mein Herz immer wild geklopft hat mit dem aber ich nie was hatte, weil
173 er mir zu gefährlich war und es lief auf kleine Zärtlichkeiten hinaus und ich hab dann
174 ganz stark gestockt und dann war es ok und ich denke hätte ich die Brust gehabt, die
175 zweite, hätte ich mich vielleicht drauf eingelassen – und wahrscheinlich ist es besser,
176 dass ich es nicht gemacht hab.

177 A: wenn Sie das so für sich beurteilen, ist es vielleicht doch wichtig...

178 B: naja das hat halt so Auswirkungen, die man sich vielleicht – natürlich hab ich ein
179 Anspruch an mich, als Psychologin, dass ich das alles verarbeitet hab, und trotzdem ist
180 das Verlustgefühl da.

181 A: ja, aber wenn man dann arbeitet dann sucht man sich...

182 B: ja, gut aber ich leb damit und ich will kein Aufbau machen – also ich find es schön
183 als Idee, man kann immer den Aufbau machen, man kann auch mit 70 oder 80 einen
184 Aufbau machen aber das beruhigt so, zu wissen, dass man es machen könnte, aber ich
185 will einfach nicht noch zusätzliche Narben haben und ich will nicht so ein Fremdkör-
186 per da dran haben und irgendwie ist mir mein Körper so doch lieber...

187 A: also ich kann es nachvollziehen, mir würd' s genauso gehen, also dieses
188 Fremdkörpergefühl ist eigentlich was ganz schlimmes...

189 B: aber ich bewundere Leute, ich hab so ein Buch gelesen, das heißt „ich tanze mit
190 meiner Lust, tanze mit meiner Angst, tanze mit meiner Lust“ – so eine Frau die Tango
191 getanzt hat, auch davor getanzt hat und die diagonale Kleider hatte, die diese Seite
192 freigelassen haben, dann hat sie auf diese Seite Blumen gemalt, ganz tolle, auch ganz
193 tolle Ornamente hat sie gemalt, und sie hat erst mit einem Bolero-Jäckchen getanzt mit
194 ihrem Partner und wenn die Stimmung soweit war, hat sie das Jäckchen ausgezogen
195 und hat so nackt getanzt. Und das fand ich total toll, aber das bin ich nicht gut.

196 A: Sie haben es grad schon angedeutet...ich glaube Sie sehen auch Ressourcen, die
197 Sie aus Ihrer Erkrankung erlebt haben...Können Sie die Mal auch beschreiben?

198 B: Die Gewinne, oder?

199 A: ja, die Gewinne, mhm...

200 B: ja, dass ich mehr über mich nachgedacht hab, dass ich mehr angefangen hab zu gu-
201 cken, was mir gut tut, wobei das auch ein langer Prozess ist, das muss ich auch immer
202 noch lernen, mich mehr abzugrenzen, wobei das ist auch widersprüchlich, manchmal
203 hab ich auch Rückfälle, dass ich auch immer wider neu lerne – ja dass ich diese Ausei-



Anhang

- 204 andersetzung mit Erkrankung aber auch mit Heilung wichtig fand, dass ich meine
205 spirituelle Seite mehr entwickelt hab, mit der Zeit. Also da hab ich gewonnen.
- 206 A: gibt es prägnante Veränderungen, die die Erkrankung für Sie ergeben hat?
- 207 B: na den Berufswechsel, und das war's, ja...den Berufswechsel.
- 208 A: ok, welche richtigen Erkenntnisse können Sie konkretisieren also welche Erkennt-
209 nisse, die für Sie mit Ihrer Krankheit im Zusammenhang stehen?
- 210 B: ja schon, also einmal dass gut, die Erkrankungen immer zum Leben dazu gehören,
211 wie andere Krisen, und dass sie einfach notwendig sind, und man sie auch nicht abkür-
212 zen kann und dass einem nicht erspart bleibt als Mensch durch solche Krisen zu gehen
213 einfach, ja... und das ist aber eben möglich ist, aus solchen Krisen wieder gestärkt
214 heraus zu kommen und Neues für sich gewonnen zu haben. Und, weiß nicht, ob es
215 jetzt passt, aber naja ich hab eine ganz spezielle Beziehung zu Krebs – ich sag immer
216 ich verdanke mein Leben an die Krebserkrankung. Die Mutter meiner Geschwister ist
217 gestorben an Krebs, ich hab 5 ältere Geschwister, und diese Frau ist an Krebs
218 gestorben und dadurch...
- 219 A: Mutter Ihrer Geschwister? Nicht Ihre Mutter?
- 220 B: nicht meine Mutter, nein. Die ist an Krebs gestorben, und darauf hat mein Vater mit
221 seinen Kindern eine andere Frau geheiratet, meine Mutter. Und wenn nicht diese erste
222 Frau an Krebs gestorben wär, wär ich nicht geboren, also. Ich hab auch früher schon,
223 bevor ich erkrankt bin, war auch oft an ihrem Grab und hab mich so zu sagen auch be-
224 dankt bei ihr, dass sie mir Platz gemacht hat oder meiner Mutter Platz gemacht hat –
225 insofern, ich hab immer diese Beziehung zu der Krankheit Krebs gehabt.
- 226 A: ja, und im Zusammenhang vielleicht vom Schicksal, Krankheit...
- 227 B: und ich hab auch immer Angst gehabt, dass ich Krebs kriegen könnte, das hatte ich
228 schon, ja...
- 229 A: Wie stellt sich der eigene Krankheitsverlauf für Sie heute, aus der Rückschau dar?
- 230 B: dass ich eben am Anfang ganz viel Angst hatte, auch die Angst einfach zu sterben,
231 und mich hat es eben immer davon abgehalten, halt die normalen medizinischen Maß-
232 nahmen zu machen, weil da stand immer dieser Maßnahme hätt man 5 Jahre länger
233 Überlebenszeit und ich wollte nicht 5 Jahre länger haben, ich wollte alt werden, ich
234 wollte lange leben. Also am Anfang war halt viel Angst da, dann hab ich auch wild
235 rumgesucht, was ich alles machen kann, so im psychischen Bereich, hab ganz viel
236 Kurse gemacht, visualisieren und Ähnliches, NLP gemacht, Hypnotherapie, das hab
237 ich zwar alles auch aus beruflichen Gründen gemacht, aber in erster Linie auch um
238 mich zu heilen. Dann gab es ne Veränderung nachdem ich bei einem Heiler gewesen
239 war – nach 2 Jahren, nein, 1,5 Jahr etwa, gab es ne Veränderung, da war ich bei `nem
240 Heiler und der Heiler meinte es wäre kein Krebs, hat mir aber auch sonst ganz viel –
241 also er hat mir total gute Sachen über mein leben gesagt – hatte alles Hand und Fuß –
242 ganz überraschende Dinge auch und ich hab mich dann entschlossen, ihm zu glauben,
243 hab aber schon im Kopf gehabt, naja es ist ein Mensch, er kann sich irren, es muss
244 nicht stimmen, aber ich entschließ mich jetzt mal ich glaube ihm einfach. Und dann
245 war dadurch für 2, 3 Jahre die Angst halt ziemlich reduziert. Ich bin aber immer auch

246 zur Ärztin gegangen und hab durch Ultraschall prüfen lassen, was sich verändert. Ich
247 hab schon immer was gemacht, ich hab nicht immer „ich mach nichts“...ich hab das
248 schon immer begleiten lassen von der Ärztin und dann hab ich langsam gesehen, es
249 wächst. Aber vielleicht hatte er insofern Recht, es war nicht so ein aggressiver Krebs,
250 es war ein langsam wachsender. So, das hat er wahrgenommen, ja. Und dann kam die
251 Phase, wo er sehr viel größer wurde, wo ich einfach wieder mehr...ja dann hab ich
252 mich wieder mehr in diese diagnostischen Mühlen begeben, hab wieder Krankenhäu-
253 ser aufgesucht, hab mit Chirurgen geredet, die alle wieder von Amputation sprachen,
254 und vorher von der Abnahme, was ich nicht wollte, ich wollte keine Biopsie machen,
255 und irgendwie habe ich es aber dann nochmal geschafft. Nach Jahr 2000, da war ich
256 kurz davor, mich operieren zu lassen, dann hab ich von ner Klinik in der Schweiz ge-
257 hört, von der homöopathischen Klinik und bin dahin gegangen, hab da noch sehr viel
258 Hoffnung reingesetzt, und die waren auch total gut, also ich bin immer noch da in Be-
259 handlung, zumindest hat er unheimlich gut auf mich gewirkt, hat mich gut erreichen
260 können, und allein schon verbal, denk ich, kann er mich stark beeinflussen und stär-
261 ken. War da 14 Tage in dieser homöopathischen Klinik und hab dann nochmal ver-
262 sucht, hier mit der Homöopathie zu gucken, was ich verändern kann, der Tumor hat
263 auch reagiert darauf, ist kleiner geworden, aber nicht langfristig. Er hat dann ge-
264 schwankt, er ist dann...da war ich krankgeschrieben als ich in der Klinik war, wollte
265 dann wieder arbeiten und immer wenn ich wieder arbeiten wollte war deutlich zu mer-
266 ken, der Tumor wächst wieder. Und dann hab ich gekündigt Ende des Jahres. War
267 dann krankgeschrieben und die Krankenkasse wusste nicht, haben mich zum Arzt be-
268 stellt oder so, und die wussten auch nicht, was die mit mir machen sollen, konnten halt
269 nichts sehen zur Operation, haben mich dann zur Reha geschickt, was auch sehr ulkig
270 war, eine Reha und ich war noch gar nicht operiert, aber die haben mich da einfach in
271 Ruhe gelassen relativ, und dann, da der Tumor langsam gewachsen ist, also 2003 war
272 dann klar für mich, ich muss mich operieren lassen, er war soweit, er beulte schon die
273 Haut aus, also man konnte schon sehen, wie er vorstarrt, auch unter dem T-Shirt
274 konnte man ihn auch richtig so schon erkennen.

275 A: das heißt sehr sichtbar...

276 B: ...er war einfach groß und das war rot und blau und das war wirklich, ich fand es
277 damals nicht schlimm, meine Ärztin hat sich da die Hände über Kopf geschlagen und
278 sagte „wie sieht das denn aus?!“ und ich fand das beleidigend, kränkend, wer da mein
279 Körper so...und wenn ich jetzt die Fotos seh, mein Mann hat dann die Fotos gemacht,
280 bevor ich amputiert wurde, denk ich wirklich das sah echt schrecklich aus, aber ich
281 konnte mir das schön gucken, ...

282 A: naja, aber es ist für sie ja jeden Tag, sie sehen ja jeden Tag Ihren Körper und wenn
283 es sich langsam entwickelt, nimmt man es ganz anders wahr, als jemand, der natürlich
284 einmal von außen darauf guckt...

285 B: und dann wurde die Haut eben so dünn, das war rot und blau, die Haut war dann so
286 dünn über dem Tumor, die hatte so kleine feine Risse, dass ich dachte, wenn ich jetzt
287 nichts mache, bricht der Tumor durch und das wusste ich von anderen, dass man dann



- 288 3 Mal am Tag verbinden muss und dass riecht, übel riecht und ich dachte das ist keine
289 Lebensqualität mehr, wenn ich dann ständig in Behandlung bin und mich verbinden
290 lassen muss...dann hab ich mich zur Operation entschlossen, und hab vorher noch ne
291 Reise gemacht, mein Mann und ich sind noch Schilaulen gefahren – also die letzte
292 Reise mit der Brust und dann bin ich ins Krankenhaus gegangen...
- 293 A: und wie war's für Ihren Mann? War er froh?
- 294 B: ja, ich glaub er war beruhigt, und er hat mich auch ganz gut trösten können, er ist ja
295 auch nicht so...eigentlich war trösten nicht seine Stärke, aber er hat einfach ein paar
296 schöne Sätze gesagt, die...er sagte die schöne Brust ist keine Frage der Quantität, und
297 sowas war einfach...mit solchen Sätzen...hab ich mich dann hoch gearbeitet...
- 298 A: was hat Sie denn ganz besonders belastet in dieser Zeit?
- 299 B: ja danach, also nach der Brustoperation – erstens war das alles entzündet und dann
300 hatte ich da noch so ein komisches Zeug was da noch abgeleitet werden musste aber
301 im Grunde es hat mich belastet, die Brust nicht mehr zu haben, und ich glaube die
302 größte Last war, dass ich mir nicht genug getrauert habe danach, ich hab mir zwar eine
303 Psychotherapeutin gesucht, und hatte auch gute Gespräche aber ich bin si ein Mensch,
304 der Schmerzen nicht so wahrnimmt eher also ich war früher auch eher auch noch un-
305 sensibler mir gegenüber und auch so jemand, der auch so von sich erwartet, alles in
306 Ordnung, wir können weiter machen..und ich hatte das Gefühl, ich hätte getrauert,
307 aber das war nicht genug und das hab ich irgendwie so...also der Verlust der Brust hat
308 mir irgendwie zu schaffen gemacht. Ich weiß dass ich direkt nach dem Krankenhaus
309 zu ner Freundin gegangen bin, als ich entlassen wurde, und die Freundin lief dann im
310 mer nackt in ihrem Garten durch, und das hat mich gestört, dann hat sie auch noch zu
311 meinem Mann gesagt, er sollte sich doch ausziehen, da der ja so viel an hatte und mein
312 Mann hatte auch aus Solidarität sein T-Shirt an und sein Hemd an und sowas hat mich
313 halt – das hat mich halt tief gekränkt – weil ich halt gedacht habe, wie hat sie das
314 Recht, dürfen die anderen einfach weiter nackt rumlaufen und so, meinetwegen,
315 aber...also ich denk, das war...das war schwieriger, als ich gedacht hab, also ich hab
316 da ein Tick entwickelt, so gesagt ein Brusttick, also im Krankenhaus schon hing ein
317 Bild, ein bekannter französischer Maler, mit so halb weit ausgeschnittenen Frauen
318 heißt Frauen mit weit ausgeschnittenen Kleidern und ich hab mir das Bild abgehängt,
319 in meinem Zimmer,..und ich hab es auch toleriert, aber nicht richtig verstanden, wa-
320 rum und ich hab dann später selbst gesagt, also ich bin jetzt brustfixiert und hab nur
321 auf die Brust geguckt, wie schön die ist...
- 322 A: also das kenn ich auch...
- 323 B: ...also war getröstet, dass Frauen meines Alters auch viele Falten im Ausschnitt ha-
324 ben, dass einfach auch nicht alles perfekt...und fing dann an im Sommer den Männern
325 auf die Brust zu gucken, die ja auch...und dachte solche Brust hätt ich gerne, hätt ich
326 so ne Brust! Aber...also das hat zum Glück dann nach 1 oder 2 Jahren dann
327 nachgelassen.
- 328 A: Was hat denn Ihnen Kraft und Zuversicht gegeben in der Zeit?
- 329 B: hmmm. Ich hab ziemlich...ne...also ich bin im Mai operiert worden und im Sep-

330 tember hab ich mich beworben um diesen Job hier, und das war glaub ich ganz wich-
331 tig für mich so Neuanfang zu machen, und ich hatte ach noch vorher schon, das ge-
332 hört noch zur Krankheitsgeschichte im Grunde, hatte ich Frauen, andere Frauen ken-
333 nengelernt, die auch so lange gewartet haben, die auch andere Sachen gemacht haben,
334 und das hat mich gestärkt. Also andere Geschichten von Frauen zu hören, die anders
335 damit umgegangen sind, das hat mir gut getan. Und dann hatte ich schon 93...nicht
336 93, falsch, 2003 bin ich operiert worden – 2003 hatte ich dann schon die Idee, dass
337 ich solche Frauen interviewen will, die andere Geschichten haben, also die anderen,
338 die Ihre Krankheit übergangen sind und daraus ein Buch machen will. Das hat mir
339 auch Kraft gegeben, und dann hab ich im Herbst 2003 die Zusage gekriegt für diese
340 Stelle und dann hab ich gedacht muss ich ganz schnell mit Interviews anfangen da ich
341 ein bisschen Zeit hab und dann war ich einfach voll mit dem Thema Krebsheilung be-
342 schäftigt. Und hab auch – ich denke das war auch sehr therapeutisch für mich, dass ich
343 diese 8 Frauen befragt hab, weil ich war ja auch grade erst operiert worden und hab
344 dann gehört, wie die das alle gut überstanden haben, was sie gemacht haben und das
345 war einfach so interessant, und einige hatten auch schlechte Prognosen, und haben es
346 trotzdem überlebt und das hat mir einfach Mut gegeben.

347 A: und das waren die Frauen, wo die Krebsgeschichte jetzt schon ein bisschen zurück
348 lag?

349 B: Genau, und ich hab in der Zeit auch mit Qi Gong angefangen, ach ne das war schon
350 vorher, 2001 hab ich mit Qi Gong angefangen, und war da in `ner Gruppe, Viola hieß
351 die Frau, auch eine mit der schlechten Prognose, die uns, die als Qi Gong Lehrerin uns
352 das beigebracht hat in der großen Gruppe und das war einfach sehr ermutigend, wie
353 die alle mit der Krankheit umgehen und auch in der Gruppe zu sehen, wie einige ster-
354 ben. 2003 starb Viola, die Lehrerin, und 2 wichtige Männer aus der Gruppe starben
355 um sich auch damit auseinanderzusetzen und auch zu sehen, dass es dazu gehört, und
356 dass es auch geht, dass man damit irgendwie umgehen kann, dass die alle ziemlich gut
357 gestorben sind, also ich hab sie auch noch – 2 davon hab ich gesehen, wie sie tot wa-
358 ren und kurz vorher noch, und ja...so sich auch damit zu beschäftigen, war auch gut
359 und wichtig für mich und das war auch in dieser Gruppe ein geschützter Rahmen,
360 irgendwie das zu tun.

361 A: Gibt es jemanden, also eine Person, die sie besonders in Ihrer Krankheit unterstützt
362 hat? Oder mehrere?

363 B: also einmal mein Mann, so gut er konnte, dann eine Atem...nein die hat mich nicht
364 unterstützt, aber ihr Beispiel war gut, Atemtherapeutin, bei der war ich irgendwie
365 ziemlich bald nach der Diagnose, also der ersten Diagnose, vielleicht so 1996, und die
366 hatte ganz lange irgendwie welche Brustentzündungen und hatte nichts gemacht, und
367 lebte aber gut damit, also das Beispiel hat mich sehr unterstützt. Die hat sich dann
368 später nach mir operieren lassen. Das hat mir geholfen, sonst hat ich nicht so
369 einzelne...naja und die Qi Gong Gruppe, das war auf jeden Fall wichtig.

370 A: was hat denn sonst noch geholfen, die eigene Erkrankung positiv zu verarbeiten,
371 also sie haben jetzt glaub ich malen angesprochen, ne?



Anhang

- 372 B: ja, ja und Psychotherapie hat mir geholfen, da bin ich 2000 oder 2001 hingegangen,
373 ich bin nicht nur hingegangen, ich hab gesagt das war meine Supervision, ich hab ge
374 sagt ich hätt gerne 2 Stunden bei dir um eine Entscheidung zu Treffen, OP ja oder nein
375 und dann bin ich irgendwie glaub ich 3 Jahre bin ich dahin gegangen, und das war ein
376 fach auch nochmal gut, einfach den Raum für sich zu haben, um dann sich auch wie
377 der auszubreiten. Das war gut. Zu Haus war alles ganz normal, das hat mich auch un
378 terstützt, dass das normale Leben einfach so weiterging. die Kinder waren relativ we
379 nig, naja dadurch dass ich das immer so lange Zeit ging dass sich da alles so normali
380 siert und runtergespielt hat, haben die Kinder nicht so wahnsinnige Ängste gehabt.
381 Also muss sie jetzt nochmal fragen, ich hab sie früher schon gefragt, da haben sie eher
382 gesagt nicht so, aber...
- 383 A: ich glaub das ist in der Rückschau auch nochmal interessant, wahrscheinlich...
- 384 B: ja.
- 385 A: wie sind Sie denn auf die Idee gekommen, als selbstbetroffene Fachkraft in die
386 Krebsberatung einzusteigen?
- 387 B: einmal 2000 etwa war ich in der Krebsberatung bei der Berliner Krebsberatung,
388 da wo die Dana arbeitet, und da hab ich mich beraten lassen bei Gerda Wendisch
389 noch und die hat mich gefragt, ob ich nicht, die suchten grad jemand, ob ich
390 nicht als Psychologin auch Interesse hätte, da zu arbeiten. Da hab ich aber selber sogar
391 eine Bewerbung hingeschickt und selber gesehen, dass irgendwie ne falsche Zeit war,
392 ich bin auch selber mittendrin, meine Behandlung und ich glaub das geht von mir aus
393 nicht, ich glaub die würden mich auch nicht nehmen zu solch einem Zeitpunkt, habe
394 aber meine Bewerbung hingeschickt. Und die haben dann auch jemand anders
395 genommen, war auch ok...
- 396 A: wann war das nochmal?
- 397 B: das war 2000 oder so.
- 398 A: ok, also vor der Operation...
- 399 B: ja, und das wär nicht gut gewesen, da wär ich noch zu betroffen gewesen mit dem
400 Ganzen, das wär nicht gegangen und die hätten mich auch nicht genommen unter den
401 Bedingungen. Aber dann hab ich angefangen, darüber nachzudenken, und ich wollte
402 sowieso gerne aufhören mit der anderen Arbeit, und hab auch in der Zeit wo ich krank
403 war, also wo ich noch in der Auseinandersetzung war mit dem Krebs, hab ich auch
404 schon öfter so mal Leute am Telefon beraten wenn andere mich was gefragt hatten –
405 ich wusste ja inzwischen schon ganz viel, ich hatte Adressen von Heilern, von Ärzten,
406 wusste von allen möglichen Therapien Bescheid also hab auch so im Bekanntenkreis
407 Leute auch schon informiert, über die Gruppe des Qi Gong und hab gemerkt das
408 interessiert mich sehr und...deshalb dahingekommen.
- 409 A: Welche Hoffnungen und Befürchtungen haben diesen Entscheidungsprozess
410 begleitet? Also gab's irgendwie da Hoffnungen oder Befürchtungen?
- 411 B: ne, ne dass es mir zu nah werden könnte, hab ich gar nicht so befürchtet.
- 412 A: und Hoffnungen?
- 413 B: sicherlich...also vielleicht auch unbewusst, nicht bewusst, dass ich mich indem ich

414 mich mit den anderen Patienten auseinandersetze, mich auch mit meiner Erkrankung
415 auseinandersetze. Das war die Hoffnung, dass ich auch nochmal besser das ganze
416 Krebsgefühl damit verarbeite, wenn ich mit anderen rede.

417 A: wie wirkt sich denn Ihre Beratungstätigkeit auf sie selbst und Ihre Beratung aus?

418 B: es gab so Zeiten, wo ich gehäuft Rückfälle am Telefon oder im persönlichen Ge-
419 spräch hatte, und auch Frauen mit Rückfällen, wo das 10, 20 Jahre zurück lag, wenn
420 das so ganz gehäuft kam, hab ich dann schon den Schreck gekriegt und dachte,
421 oh...bin ich nicht immer so sicher, kann immer passieren, aber im Allgemeinen kann
422 ich das gut...ich kann gut so eine Grenze ziehen, gut sagen, das bin ich, hier bin ich
423 und da bist du und das ist jetzt deine Erkrankung und es tut mir sehr leid, dass du ein
424 Rückfall hast, ich guck ob ich dich unterstützen kann, aber das hat nichts mit mir zu
425 tun, das hat nichts – also das geht relativ gut, eigentlich.

426 A: wie schaffen Sie das?

427 B: ich weiß es nicht, ich kann ganz gut unheimlich intensiv bei den Leuten sein, auch
428 sehr positive Gefühle entwickeln, so die ich mag, also es gibt – ich weiß jetzt gar
429 keine Ausnahme, gibt ganz selten Jemand, wo ich denke oh ne, geh doch lieber zu je-
430 mand anders, ich möchte jetzt nicht mit dir arbeiten...

431 A: ah das gibt es auch?

432 B: ich überleg grade...langfristig eigentlich nicht...in der Gruppe gibt es das mal, wo
433 ich denke, oh Gott, diese Frau ist aber anstrengend, und wenn ich sie dann näher ken-
434 nengelernt hab, nach 3, 4 Sitzungen, dann denk ich boah, hat die ein Potenzial, und
435 was die in die Gruppe einbringt oder was die schon erlebt hat und bewältigt hat, also
436 dass ich dann Achtung krieg. Das erleb ich wirklich in der Gruppe. Es ist wirklich so,
437 wenn ich die Leute dann bisschen näher kennenlerne, was ja eben schnell geht, dass
438 ich eigentlich dann immer Sachen finde, die ich gut finde. Und, aber die Frage war
439 irgendwie anders...

440 A: wie grenzen Sie sich ab?

441 B: und ich bin sehr ja ich schätze die Leute sehr, mag sie sehr und kann das relativ gut
442 vergessen, wenn ich zu Hause sitze, es ist irgendwie weg. Und natürlich für mich gibt
443 es Fälle, die mir näher gehen, also einmal wenn die Frauen sehr jung sind, geht's mir
444 näher, oder es geht mir näher, wenn sie Kinder haben, und es schwierig aussieht oder
445 auch neulich war ne Frau die so geweint hat, weil ihr 9-jähriger ebenso Angst hatte um
446 sie...aber erstmal denk ich die Frau hat auch ne Chance, sie kann es eigentlich noch
447 etliche oder viele Jahre schaffen so gesundheitlich wie es ihr geht, sie hat `ne tolle
448 Beziehung zu dem Kind, das Kind ist total toll, wie er das ausdrückt, und sie holt sich
449 auch noch Hilfe auch für das Kind, und ich denke, was sie an innige Beziehung auch
450 haben, ist es auch positiv – ich wünsche der einfach, dass es ihr gut geht und dass sie
451 es lange schafft, aber es zieht mich jetzt nicht so völlig runter. Ich weiß nicht, ob das
452 roh ist oder ein Selbstschutz, aber irgendwie..

453 A: also darum geht es mir ja, die Frage ist ja auch wie bauen Sie diesen Selbstschutz
454 auf und...das ist natürlich immer ganz interessant, wie schafft man es in der Situation
455 in der Beratung



Anhang

456 B: und ich hab weniger Angst vorm Sterben..ich mein das natürlich kann man leicht
457 sagen, und wenn es so weit ist, weiß ich nicht, werd ich vielleicht genauso viel Angst
458 haben, wie jeder andere, das weiß ich, man sagt es leichter, weil man sich dafür noch
459 zu gesund fühlt, aber ich hab glaub ich weniger Angst, weil ich einmal positiveres
460 Bild davon hab, das sowohl der Sterbeprozess gut laufen kann – also ich stell mir Hos-
461 piz vor, dass es auch schön ist für mich, dass ich genug Schmerzmittel krieg, also vor
462 den Sachen hab ich keine Angst und da haben mir ganz sicher die Patienten geholfen,
463 weil ich hatte viele erlebt, mit denen ich noch telefoniert hatte, die im Hospiz waren,
464 oder wo die Angehörigen hinterher erzählt haben, wie sie gestorben sind, da kenn ich
465 einfach unheimlich viele positive Geschichten, ich sammel so Geschichten, für mich
466 und für die Patienten, denen ich die dann erzähle, so dass ich da weniger Angst hab.

467 A: schreiben Sie immer noch Ihr Buch?

468 B: ja, und das find ich einfach total gut und das wünsch ich mir eben auch für die Pati-
469 enten, ja, da Thema im Gesundheitswesen ist auch einmal Thema das Thema sterben,
470 wo die vorher Angst haben, oft und sich vorher auch einlassen, darüber zu reden, und
471 das find ich...

472 A: naja, 2 Seiten der Materie, einmal gut und einmal das Sterben auch...

473 B: ja, und beides auch und das ist natürlich die schwierige Grätsche – beides zur glei-
474 chen Zeit, also sich mit Sterben auseinanderzusetzen und gleichzeitig gucken dass das
475 Leben so schön ist und so gut dass man gerne noch lebt. Aber...ja...ach so und was
476 ich nochmal sagen will zu dem mit dem Abgrenzen...ich finde es total gut, in so ei-
477 nem Beruf nicht voll zu arbeiten. Z.B. die Berliner Krebsberatung hat ihre Stunden
478 auch mit 20 Stunden Stelle, und das find ich einen guten Schutz für die Mitarbeiterin-
479 nen auch und wir hier arbeiten im Wesentlichen mit Ehrenamtlichen auch also die nur
480 Minijobs machen, und nur die Leitung, Frau Flöttmann und vorher ich, hatten eine 20
481 Stunden Stelle. Und ich denk das ist schon was völlig anderes, ob man 40 Stunden
482 hier arbeitet oder ob man 20 Stunden hier arbeitet, wo auch noch ein Teil Verwaltung
483 und Technik oder Organisation ist, und dadurch ist man auch geschützt. Also ich
484 möchte jetzt nicht 8 Stunden am Tag nur ausschließlich mit Krebspatienten arbeiten,
485 ich glaub das würd mich überfordern. Und ich weiß von Kolleginnen im Krankenhaus,
486 die sind aber...ja nur 1 Selbstbetroffen, ja, die Angela ist selbst betroffen, aber die an-
487 deren sind nicht selbst betroffen, aber ich weiß auch, wie anstrengend sie das teilweise
488 erleben.

489 A: also wo ich jetzt ganz gerne hin möchte, ist so Umgebung und so – also Sie müssen
490 jetzt nicht alle Fragen beantworten so dränglich, aber wir schauen mal...einfach auch
491 mal so aus vielleicht subjektiven Einschätzung, wie glauben denn...wie sieht denn aus
492 Ihrer Sicht die Versorgungssituation mit Krebsberatungsstellen in Ihrer Kommune
493 aus?

494 B: ja ich denke, es könnte noch mehr Angebote geben, wie ich angefangen hab, gab
495 es, also fand ich, fast genügend Angebote, es gibt hier 3 Beratungsstellen, mit uns gibt
496 es 3 Beratungsstellen, aber es gibt ja auch die bezirklichen Beratungsstellen. Jeder Be-
497 zirk hat da eine Beratungsstelle und wie ich angefangen hab, da bin ich zu solchen

498 Gremien gegangen, wo die Bezirksämter auch vertreten waren, und fand, dass un-
499 heimlich gute Kollegen da gearbeitet haben und dass man auch die Leute hinschicken
500 kann zu den bezirklichen Beratungsstellen grade für die meisten sozialarbeiterischen
501 Sachen und so. Achso, Entschuldigung, ich hab nur 3 aufgezählt, auch OnkoRat, Onko-
502 Rat ist die 4. Krebsberatungsstelle, die gibt's ja auch noch, kann ich Ihnen vielleicht
503 auch einen Flyer geben, aber die ist wichtig, die ist auch schön. Entschuldigung an
504 Onkorat, dass ich sie vergessen hab. Das sind also 4 Beratungsstellen gibt es, OnkoRat
505 berät auch gut zu den sozialberaterischen Sachen, da schicken wir ganz oft auch Leute
506 hin. Und diese Bezirksämter sind ausgetrocknet worden – die Bezirksämter hatten frü-
507 her Leute, die sich nur um Krebspatienten gekümmert haben und müssen sich jetzt um
508 alle Behinderten kümmern, mit sehr viel weniger Personal und machen dementsprechend
509 keine gute Arbeit mehr. Also könnte nichts dazu sagen aber können sie einfach
510 nicht mehr. Und es gibt ein paar Bezirksämter, wie zum Beispiel Spandau, die da noch
511 kämpfen, so Krebspatienten so gut zu betreuen, das auch noch machen, und die sind
512 einfach total toll, aber sowas müsste es in jedem Bezirk geben. Und das find ich ein
513 Nachteil, da fehlt ganz viel. Dann wo es fehlt, sind psychotherapeutische Angebote, da
514 gibt es nur da Tumorzentrum, wo wir auch Mitglied sind, die haben eine lange Thera-
515 peutenliste, aber wenn man da anruft, haben die Therapeuten doch nicht sofort Zeit
516 und ich hab hier immer wieder Patienten, die vergebens nach Psychotherapeuten
517 suchen, da finden sie welche...

518 A: also dazu möchte ich was sagen, ich hab vor 4 Jahren mit einer mal telefoniert, sie
519 hat mir Adressen gegeben, ich hab immer auch selber welche gesucht, ich hab bis
520 heute angerufen und habe mich bei 50 Therapeutinnen beworben und inzwischen ist es
521 mir auch wieder...aber das ist..kann ich bestätigen, ja...

522 B: wobei ich denke, dass Sie zu denjenigen gehören, die einen finden, weil Sie ja jetzt
523 gewandeter sind, weil es gibt auch die hilflosen Patienten, die da...

524 A: ja, natürlich...

525 B: und weil Sie auch jemand sind, der gerne genommen wird. Also das kommt auch
526 noch sicher dazu – die Psychotherapeuten können es sich ja auch aussuchen und neh-
527 men natürlich lieber auch Leute, die ihnen angenehm sind und mit denen sie leichter
528 arbeiten können. Und das find ich natürlich einen ganz großen Nachteil, da müsste es
529 mehr geben, da wär eine Idee zum Beispiel – das gab es glaub ich in Bayern mal, dass
530 Psychotherapeuten, die keine Kassenzulassung haben, 10 Stunden auf Kassenkosten
531 mit den Patienten arbeiten können. Das würde ja schon völlig reichen, da zum Beispiel
532 eine Approbation, aber keine Kassenzulassung und es würd einfach schon reichen, 5-
533 10 Stunden mit jemand zu arbeiten und dann geht's dem schon besser, das hat schon
534 Auswirkungen auf die Krankheitsverarbeitung. Also da mangelt es, dann mangelt es
535 total an Gruppenangeboten, also meine Gruppen sind immer ausgebucht, ich muss
536 kaum werben, weil es bieten ganz viele Leute Gruppen an aber die Gruppen kommen
537 nicht zu Stande. Wo sie dann mit 2, 3 Leuten nicht arbeiten wollen oder warum auch
538 immer. Es gibt also real zu wenig Gruppenangebote. Also das find ich sehr bemän-
539 gelnd. Und auch Mängel an psychosozialer Beratung, also auch viele Rechtsfragen o



540 der wichtig mit der Krankenkasse und na gut da gibt es die..wie heißt die...Patienten-
541 beratung, diese unabhängige Patientenberatung kann man dann auch in Anspruch
542 nehmen aber das wissen die Leute ja auch nicht, wenn die bei uns anrufen, wir denen 5
543 Adressen geben wo sie hingehen können, kriegen sie eben keine Hilfe, und viele
544 Krebspatienten sind ja auch sehr bescheiden, und denken sie müssen alleine durch
545 kommen oder trauen sich nicht, und das ist schon...ich find da gibt's großen Mangel.
546 Und leider gibt es auch – leider sind auch nicht alle Psychotherapeuten gut, was ich
547 früher immer gedacht hab, ich hab früher immer Ärzte kritisiert weil viele Ärzte
548 schlecht sind, also...aber leider sind bei den Psychotherapeuten auch viele, die nicht
549 mit der Erkrankung umgehen können oder nicht mit Krebs umgehen können oder die
550 Leute unter Druck setzen und das ist im Grunde genommen zu der Frage auch wie ich
551 mich schütze bei der Arbeit, die Methoden, mit denen ich arbeite, schützen mich. Ich
552 arbeite, ich hab eine Ausbildung in der Hypnotherapie, und mache mit den Leuten
553 manchmal sogar im 1. Gespräch, also ich frag dann wenn wir 40 Minuten über alles
554 geredet haben, ich ihm alles gegeben hab so an Infos, dann frag ich, ob sie sich noch
555 auf eine kleine Trance einlassen wollen. Und dann mach ich mit ihnen eine Trance,
556 ich hab halt da schon gehört, dass es eben gut tut und dass sie sich wohl fühlen, mach
557 da also so positive Erlebnisse aus ihrem Leben, und bau die dann in dieser – also ich
558 mach dann diese Entspannungsübungen, die Leute gehen in Trance und erzähl ihnen
559 dann irgendwas...schöne Natursachen und bau dann diese Sachen ein, die sie mir vor
560 her erzählt haben. Und das ist ziemlich einfach – also ich kann gut Geschichten erzäh-
561 len und ich muss mich auch nicht anstrengen. Ich entspann mich selber und erzähl `
562 ihnen einfach irgendwas über ihr Leben, was ich grad gehört hab so, z.B. neulich ne
563 Frau, der ihr Bruder ist vor 20 Jahren operiert worden also an Krebs und alle dachten
564 er stirbt und er lebt immer noch. Das fand ich eine tolle Ressource, und ihr sowas zu
565 erzählen, das ist...ähnlich kann sie, ist genetisch ähnlich ausgestattet wie ihr Bruder,
566 ist da auch stark und widerstandsfähig, und – das weiß sie ja selber schon, also wenn
567 ich der das in Trance erzähle, geht das auch nochmal tief rein, und die Leute gehen
568 total entspannt hier raus, und es geht ihnen einfach schon Mal besser. Und das find ich,
569 so ein ressourcenorientiertes Arbeiten mit Hypnotherapie oder mit anderen ressourcen-
570 orientierten Methoden, erleichtert mir die Arbeit so, wenn ich geh nicht mit dem wie
571 nenden Mensch raus sondern ich bin selber in guter Verfassung danach, die Person ist
572 in ner guten Verfassung und das macht die Arbeit einfacher. Nachteil ist, manche
573 kommen auch 2, 3 Mal, aber Nachteil ist, wenn ich dann zu viel mache...denn das was
574 ich mit ihnen mache, das finden sie sonst draußen nicht in der Psychotherapie und ich
575 empfehle ihnen eben auch Therapeuten, die mit Hypnotherapie arbeiten, aber es gibt
576 nicht so viele. Und da wünsch ich mir einfach, dass es viel mehr gibt, die mit solchen
577 einfachen Methoden arbeiten und dann sehen, was brennt. Es ist so leicht. Also find
578 ich.

579 A: was sollte sich denn in dem Zusammenhang in der Versorgung von Krebspatienten
580 ändern?

581 B: ja...erstmal denk ich schon mal die gesellschaftliche Haltung müsste sich ändern,

582 aber das kann man natürlich nicht anordnen, sondern das kann man nur indem man
583 viel drüber redet, Bücher drüber schreibt, positiver auch in Talkshows darüber redet,
584 dass Krebs irgendwie auch eine normale Krankheit ist und genau wie Herzgeschichten
585 oder Kreislaufsachen redet auch einfach jeder. Das Krebs immer noch so mit Makel
586 behaftet ist, und den Leuten auch die Schuld zugeschoben wird, besser man erlebt viel
587 und hat kein Krebs gekriegt...also da müsste sich in der Haltung was ändern. Und so
588 lange aber auch solche große Krebsgesellschaften solche Sachen auch noch sagen,
589 wird es eben lange dauern, bis sich das ändert und da müssen wir...und da kann man
590 nur hoffen und Patienten unterstützen, dass sie sich wehren dagegen, und sie stärken.
591 Und...wo ich was positives sehe, ist dass es sehr viel mehr komplementäre Angebote
592 gibt, wie zum Beispiel Charite, dass die einfach viel anbieten, und dass es da auch
593 noch neue Ansätze gibt, dass Schulmediziner langsam begreifen, dass Akupunktur
594 hilft, dass Homöopathie helfen kann also dass sie einfach ihr Spektrum erweitern. Und
595 weil die Patienten es auch anfordern zum Glück und deshalb sind die Angebote...nicht
596 unbedingt wegen dem eigenen Blickpunkt, sondern weil die Patienten das
597 fordern...das find ich einen großen Vorteil.

598 A: ich würd ganz gerne zurück zu dem Punkt, dass oft gerne auch in der Öffentlichkeit
599 oder von Ärzten oder in verschiedenen Zusammenhängen den Patienten selber die
600 Verantwortung im Sinne von Schuld also dass so zu sagen sie bzw. ihre Lebensumstände
601 selber zu ihrer Krebserkrankung beigetragen haben. Warum glauben sie, ist dieses
602 ...oder wie ist dieses Phänomen entstanden? Warum ist das da, wofür ist es gut?

603 B: na einmal ist es gut dafür, wenn ich dem anderen die Schuld gebe, dann bin ich da
604 von Stückchen distanzierter. Wenn ich also kein Krebs hab und sie haben Krebs steht
605 bei mir Ängstlichkeit ich könnt es auch kriegen. Und wenn ich aber Gründe finde,
606 warum sie den Krebs bekommen haben, also sie haben ihn bekommen, weil sie sich zu
607 sehr gestresst haben, weil sie ungesund gegessen haben, z.B. und ich das alles nicht
608 tue, dann kann ich mich sicher fühlen, also das ist so eine Projektion der Ängste auf
609 den anderen, dem anderen Schuld zuzuweisen. Das findet leider viel auch im esoteri-
610 schen Bereich statt auch bei anderen Krankheiten, also man muss einfach sehr sehr
611 aufpassen bei dieser Zuordnung von Krankheit und Persönlichkeit das ist alles sehr
612 schwierig und...hab ich früher auch getan, und das hat dann voll auf mich
613 zurückgeschlagen, wie ich krank wurde.

614 A: also darf ich auch was erzählen, also bei mir war das auch...ich hab ja vorseitig
615 vegetarisch gegessen, mich ernährt, biologisch, hab immer sehr drauf geachtet, Yoga
616 gemacht, Sport gemacht, nicht geraucht, nicht getrunken, hab mir kein Druck gemacht
617 beruflich, war aber ganz gut ausgelastet, und hab den Krebs bekommen. Was mich
618 aber wirklich wütend macht, dass egal wo ich lese, also auch diese Zuschreibungen
619 dann...

620 B: um zu sagen, also der, ach ich komm jetzt nicht auf den Namen, der Mann von der
621 deutschen Krebshilfe, der Geschäftsführer der auch Interviews gibt dazu, der hat
622 gesagt, 60 % aller Krebserkrankungen hätten verhindert werden können durch den
623 Lebensstil. Ich hab ihm geschrieben, ich hab ihn besucht...ich hab es verstanden was er



624 schrieb, aber einfach so eine Frechheit, und dann denk ich ist einfach eine große
625 gesellschaftliche Lüge dahinter, nämlich, das was die Leute krank macht, ist Stress. Und
626 wenn man das aber als Ursache anführen würde, dann müsste man ja auch nachdenken
627 über andere Arbeitsbedingungen und es müsste gesellschaftlich was geändert werden
628 und es gibt jetzt in USA an bestimmten großen Universitäten, wo viel geforscht wird,
629 da geht man schon davon aus, dass 90 bis 95 % aller Krankheiten mit durch Stress
630 verursacht werden. Da kann man nur hoffen, dass sich dieser Gedanke irgendwie durch
631 setzt, denn Stress können sie nicht individuell verhindern, weil der ist ja an der Schule
632 bei den Kindern schon da...

633 A: natürlich. Und der wird auch wieder stärker gerade...

634 B: und die anderen Umweltsachen, die schlechte Luft, z.B. die wir einatmen oder
635 Trinkwasser wenn im Trinkwasser so viel Hormone enthalten sind, hat das natürlich
636 auch Auswirkungen. Auf Prostatakrebs zum Beispiel. Aber das wird ja eben Kosten
637 verursachen da müsste man gesellschaftlich ganz viel machen, und das wird
638 vermieden dadurch, wenn individuell die Schuld zugewiesen wird

639 A: um den Menschen dann die Schuld selber zu geben, ne?

640 B: JA, nach dem Motto manche Leute werden nicht krank durch Aspekte, wenn die
641 dann immer... das heißt, wenn einer dann krank ist, ist er dann selbst schuld! Weil das
642 einfach....

643 A: schön!

644 B: aber wenn sich das Bild von Krebs als allgemeine Krankheit also mehr ins Norma-
645 lisieren geht, ich mein das ist aber auch wichtig immer wieder festzustellen, dass man
646 das heute überleben kann also grade Brustkrebs. Es gibt einfach so viele Frauen, die
647 das hatten, die das einfach überlebt haben, und dass es dann vielleicht nicht so
648 schrecklich ist. Das denk ich immer bei meiner Tochter auch, wenn die also sie hat
649 nicht so viel Angst davor, aber sie fände es ganz schlimm, wenn sie das kriegt. Und
650 dann denk ich hat sie zumindest gesehen an mir, ich hab es überlebt und ich hab es
651 längere Zeit überlebt und dass das vielleicht ermutigt. Weil verhindern kann man es ja
652 nicht...

653 A: wie beurteilen Sie denn die Kooperation von Medizin, Psychologie und
654 Gesundheitsämtern? Ein bisschen haben Sie schon erzählt...

655 B: ja, schwierig. Ich denke es wird besser mit der Kommunikation zwischen der Medi-
656 zin und der Psychologie, also daher in diesen Organzentren, die zumindest in der Lage
657 sind, Therapeuten zu haben, zwar wenig, auch zu wenig, die sie haben aber zumindest
658 sind die Psychotherapeuten dann als Team irgendwie angegliedert teilweise also das
659 hat sich zumindest verbessert, dass der Psychologie auch etwas mehr Raum gegeben
660 wird dass ihnen auch etwas mehr zugetraut wird in der Behandlung aber trotzdem find
661 ich wird es überhaupt nicht ausgeschöpft. Wenn die Psychologie oder die Psychoon-
662 kologie, können auch Sozialarbeiter sein, haben einfach einen viel viel größeren Ein-
663 fluss auf die Patienten, auch die Schwester, die breast nurse, hat einen viel größeren
664 Einfluss auf Patienten als gesehen wird, und der könnte einfach viel mehr genutzt wer-
665 den. Und ich find da tut die Medizin sich einfach selber nicht gut, weil sie diese

666 ganzen Kräfte, die da sind, nicht nutzt. Das ist auch das Thema bei diesem Kongress wo
667 es wirklich darum geht, wie kann man die Selbstheilungskraft der Patienten stärken,
668 denn letztlich bringen nur die es, ja... und die Bezirksämter, ja, das ist einfach so ein
669 Jammer, dass das einfach so gescharrt wird und deshalb schlechter ist. Aber auch die
670 Zusammenarbeit zwischen den... im Krebsbereich selber, zwischen den einzelnen
671 Organisationen ist ja teilweise schwierig, ne... Wir arbeiten gut mit OnkoRat, mit der
672 Cranachstraße und wir – wir drei arbeiten gut zusammen und auch die Bezirksämter die
673 noch da sind aber die Berliner Krebsgesellschaft grenzt sich einfach ab und diskriminiert
674 uns. Das ist einfach ein Jammer – es wäre nicht nötig. Und wir 3 arbeiten gut
675 zusammen, wir kriegen von denen manchmal Leute überwiesen und wir wenn die gute
676 Kurse haben, schicken wir auch Leute dahin.

677 A: welche Hilfen, finanziell oder räumlich, personell oder in der Öffentlichkeitsarbeit
678 bedürfen diese Beratungsstellen durch den Staat oder Institutionen?

679 B: Ja es wär schon... schwierig zu sagen, ich wünsch mir dass die Cranachstraße, die
680 andere Beratungsstelle noch besser unterstützt wird, das würd ich mir wünschen bei
681 uns ist es ja so dass wir im Grunde so ein Konzept haben, dass wir auch von staat-
682 lichen Stellen unabhängig sind deshalb weiß ich. Aber ich würd mir wünschen, dass wir
683 natürlich noch mehr Spendengelder kriegen und dass wir auch diese Spendentöpfe
684 bekommen, die die deutsche Krebshilfe kriegt, die sind einfach sehr sehr groß –
685 die haben Millionen einfach zur Verfügung, wir haben 1/10 davon oder weniger...
686 und da würd ich mir auch durchaus wünschen, dass wir mehr bekommen, aber es ist
687 natürlich auch ganz schön in so einer Einrichtung zu arbeiten, die unabhängig ist von
688 öffentlichen Geldern.

689 A: das hat Vor- und Nachteile, ne?

690 B: hat Vor- und Nachteile und ich werd dem Verein auch nochmal vorschlagen, ob sie
691 nicht wenigstens ein paar wie Lottogelder oder solche Sachen – es macht immer
692 Mühe, die Anträge zu stellen, aber ob sie nicht da gucken wollen, was zu kriegen., und
693 ich denke wir könnten viel viel mehr auf anderen Bereichen noch Beratungsstellen
694 aufbauen, in NRW gibt es keine, in Sachsen gibt es keine... also einfach was für die
695 Leute, die was anderes suchen, was über die Medizin schon hinausgeht, das würd ich
696 mir schon sehr wünschen.

697 A: meine abschließende Frage: womit würden Sie für ihre Form der Beratung
698 besonders werben? Für die GfBK?

699 B: na wir würden und wünschen, dass die mehr in Zeitungen auch was über uns
700 schreiben können und uns bekannter machen können, das wär gut, in Heidelberg
701 gelingt das manchmal, die haben einen ganz guten Draht zur Presse, wir hier eher
702 weniger, ja das fänd ich gut, und dass wir eben noch öfter solche Veranstaltungen machen
703 können wie jetzt in URANIA, aber das ist dann auch immer so eine Geldsache weil da
704 werden auch viele Leute auf uns aufmerksam und da merkt man dann schon, dass wir
705 so aufs Geld gucken müssen, weil alle anderen die Veranstaltungen machen, ich war
706 heute auf einer Brustkrebsveranstaltung, die wurde von mehreren Krankenhäusern
707 gemacht und das ist halt für die eine reine Werbeveranstaltung da müssen die Leute



708 natürlich kein Eintritt zahlen, und die kriegen noch ein Buffet hingestellt, während bei
709 uns kriegen die weder Buffet, noch haben sie freien Eintritt, sie müssen was zahlen,
710 weil wir uns das nicht leisten können, dass würd ich mir natürlich schon anders wün-
711 schen, dass wir da auch Geld dafür hätten, das wär schon gut. Vielleicht noch ein Satz,
712 den hab ich vergessen, nochmal vorher zu unseren Geldern, wie wir und finanzieren,
713 wir finanzieren uns natürlich, und das ist die Kehrseite der Gesellschaft, wir finanzia-
714 ren uns auch durch die ehrenamtliche Arbeit der Mitarbeiter – dass die Mitarbeiter im
715 Grunde erstmal nicht viel bezahlt kriegen – auch 20 Stunden Stellen kriegen nicht viel
716 bezahlt, entsprechend dem Einsatz den die bringen, und die anderen die mit Minijob
717 arbeiten ist natürlich auch lachhaft, gut ich hab eine Rente und das ist wunderbar, aber
718 das entspricht nicht dem, was sonst Leute für so eine Arbeit kriegen würden und das
719 wär natürlich auch schön, wenn mehr gemacht würde...anderseits gehört es fast schon
720 zum Konzept, das in der GFBK viele Leute eingestellt werden, die eine Rente haben
721 auch wegen der Erkrankung haben sie eine Rente und bringen eben zusätzlich ihre
722 ganze Erfahrung rein. Und da appelliere ich darauf dass das Engagement unheimlich
723 hoch ist und das ist es auch und das macht dann auch Spaß an der Arbeit, dass...ich
724 fühl mich nicht ausgebeutet und ausgenutzt, ich mach das hier alles freiwillig. Und
725 dadurch ist es auch ein Stück die eigene – man hat es selber bestimmt – ist einfach
726 noch eine andere Motivation dahinter und trotzdem fänd ich es gut, wenn die Kolle-
727 ginnen einfach mehr Geld kriegen würden. Aber gut, das ist das Konstrukt. Und On
728 OnkoRat ist insofern auch nochmal interessant für sie, OnkoRat ist eine andere
729 Beratungsstelle, die wurde eine Zeit lang von einem Pharmaunternehmen finanziert, hat den
730 Kollegen am Anfang Schwierigkeiten gemacht, weil in den Gremien alle gesagt
731 haben „wer seid ihr denn hier?“ „Was vertretet ihr denn hier?“ bis dann klar wurde,
732 diese Pharmafirma die die finanziert hat, hängt sich nicht richtig rein, die finanziert
733 ihnen 2 Räume und 3 halbe Stellen, und sie können inhaltlich machen, was sie wollen.
734 Aber das ist jetzt ausgelaufen, und jetzt haben sie einen Verein gegründet, wo
735 Ärzte drin sind, auch niedergelassene Onkologen, die Geld geben dafür, und die finan-
736 zieren dadurch auch wieder Plätze, zwei halbe Stellen – ich glaub 40 Stunden die Woche
737 insgesamt, es ist nicht viel – aber immerhin wird es finanziert von anderen, und ich
738 finde dann auch das Konzept beachtlich, und die Psychologen, die da arbeiten erhalten
739 einen richtigen Stundensatz, das ist auch ungewöhnlich. Die Ärzte können das steuerlich
740 abschreiben; aber das ist schon...`ne eigene Initiative. Ich bin immer dafür, dass die
741 öffentliche Hand viel zahlt

742 A: natürlich, ist ja auch ein gesellschaftliches Problem.

743 B: ich war früher immer zu Betriebsräten da wo ich gearbeitet hab und wenn die
744 Kollegen wüssten, unter welchen Bedingungen ich jetzt arbeite, aber ich war
745 noch nie so zufrieden, wie hier. Das sind aber immer halt die beiden Seiten,
746 ne...so...darf man alles auch nicht so dramatisch sehen...

747 A: möchten sie noch etwas sagen?

748 B: ja, dass ich es spannend finde – so ein Gespräch, wenn jemand gute Fragen stellt
749 und interessiert zuhört, dass ich dann doch immer viel persönlicher reingehe, also ich

- 750 hab mir nicht vorgenommen, wie ich reingehe aber dass es dann doch plötzlich sehr
751 persönlich wird ... ich hatte eher gedacht das ist so ein bisschen allgemeiner, ja wie
752 schnell das auch geht, ne...aber das ist ja auch ok, das wollten sie ja auch.
753 A: Absolut. Können wir auch noch mal in Ruhe besprechen...
754 B: ja...
755 A: weil es ist jetzt so dass wir am Ende des Interviews sind und ich alle meine Fragen
756 gestellt habe und Danke natürlich, für ihre Mitarbeit. Ich würd dann jetzt mal den
757 Apparat ausmachen...



5.5 IP 5

Interview 5 vom 06.05.2014

A= Fragesteller

B= die interviewte Person

1 A: So...ich würde ganz gerne einsteigen mit allgemeinen Angaben zur Person. Die
2 brauch ich empirisch einfach auch. Und zwar wie alt sind Sie?

3 B: 48.

4 A: In welcher Lebensform leben Sie aktuell?

5 B: bin verheiratet und leb mit meinem Mann und unserem jüngsten Sohn noch zu
6 Hause. Also noch, der ist 17 und meine beiden ältesten Söhne sind schon ausgezogen.

7 A: Welchen Ausbildungsweg haben Sie genommen?

8 B: ich hab Abitur gemacht, und hab dann in der DDR Bibliothekswissenschaft
9 studiert, das ist mir dann nach der Wende nicht anerkannt worden, und dann hab ich
10 irgendwie gedacht – was machst du, zu dem Zeitpunkt war ich alleinerziehend mit 2
11 Kindern und hab gedacht hmm, ich hätt gerne Psychologie studiert hab es mir aber
12 damals nicht getraut – ich dachte ich muss doch arbeiten und so und hab dann
13 Sozialarbeit damals noch studiert. Und das ging ganz gut berufsbegleitend.

14 A: Ja? Welchen Berufsweg haben Sie genommen?

15 B: ich hab nach dem Studium gearbeitet 5 Jahre im Flüchtlingsbereich, also habe
16 Flüchtlingsheim geleitet, dann, weil dieser Projekt aber zu Ende war, war ich in den
17 Altenpflegebereich gewechselt – habe dann 10 Jahre lang im Altenpflegebereich so
18 wohl im sozialen Dienst als auch als stellvertretende Heimleiterin gearbeitet und bin
19 jetzt seit 4 Jahren hier.

20 A: in der Beratung...Krebsberatungsstelle?

21 B: in der Krebsberatungsstelle, mhm.

22 A: da würd ich auch direkt ein paar Fragen zur Beratungsstelle stellen. Und zwar –
23 wie lange existiert diese Beratungsstelle?

24 B: Die Beratungsstelle ist 1983 gegründet worden, also wir haben letztes Jahr unser
25 30-jähriges Jubiläum gefeiert.

26 A: Wer ist der Träger?

27 B: das ist ein Verein, der nennt sich psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke
28 und Angehörige Selbsthilfe Krebs e.V., also ein langer Name und dieser Verein ist der
29 Träger der Beratungsstelle.

30 A: der Standort Berlin?

31 B: genau.

32 A: Also Großstadt?

33 B: ja...

34 A: Seit wann arbeiten Sie denn persönlich in der Beratungsstelle?

- 35 B: ich bin jetzt seit 4 Jahren hier.
- 36 A: Seit 4 Jahren...darf ich die Frage denn mal stellen? Wie lange arbeiten Sie hier als
37 Selbstbetroffene – obwohl die Antwort ist ja eigentlich schon klar, irgendwie...also?
- 38 B: Also das Anstellungskriterium hier ist eigene Betroffenheit, aber die muss mindes-
39 tens 2 Jahre zurück liegen. Also ich habe 2006 meine Krebserkrankung gehabt und
40 hab 2010 hier angefangen. Also schon mit der eigenen Betroffenheit.
- 41 A: Welches Aufgabenspektrum haben Sie aktuell in der Krebsberatung?
- 42 B: ich mach hier Betroffenenberatung, Paar- und Familienberatung, leite eine Gruppe
43 von betroffenen Frauen an und ansonsten ist es bei uns hier so – wir sind 4 Mitarbeite-
44 rinnen alle mit einer ½ Stelle und wir haben keine Bürokraft, keine Geschäftsführung
45 in dem Sinne – wir haben einen ehrenamtlichen Vorstand und alle Aufgaben, die eben
46 neben dem Beratungsgeschäft da so da sind, also um die Beratungsstelle aufrecht zu
47 erhalten – vom Klopapier, über Prämienarbeit und E-Mails beantworten etc. also all
48 das machen wir ja auch mit.
- 49 A: Wie hoch ist Ihr Stundenumfang?
- 50 B: 19,25 Stunden.
- 51 A: eine witzige Geschichte, ne?
- 52 B: ja...
- 53 A: wie viele Personen beraten Sie durchschnittlich am Tag? Können sie das so ein-
54 grenzen oder ist das wahrscheinlich auch verschieden?
- 55 B: das ist sehr unterschiedlich, weil wir arbeiten nur an 3 Tagen in der Woche und ha-
56 ben hier ein sehr – also wir können uns unseren Arbeitstag hier selber einteilen – es
57 gibt so par Fixzeiten, wie Telefondienst machen, es gibt so Sitzungstermine und
58 manchmal berate ich 5 – also gestern hatte ich 5 Beratungen, und hinterher noch
59 Selbsthilfegruppe, das ist aber eigentlich zu viel – also ich versuche nicht mehr als 4
60 am Tag zu nehmen – so im Schnitt 3. Unser Träger gibt uns vor, wir dürfen nicht mehr
61 als 8 Beratungen in der Woche machen aber das ist so reine Fürsorge des
62 Arbeitgebers, der sagt innerhalb dieser 19,25 Stunden maximal 8 Beratungen, in der
63 Regel erreichen wir die trotzdem, weil die Anfrage so groß ist.
- 64 A: Ja, also Sie gehen dann drüber hinaus, oder?
- 65 B: das schaffen wir zeitlich meistens nicht, aber 8 sind es schon immer...weil früher
66 durften wir nur 6 machen, jetzt haben wir unsere Arbeitszeit ein bisschen umstrukturiert,
67 Telefondienst reduziert – so dass wir 8 machen. Aber mehr ist auch wirklich
68 psychisch nicht zu verkraften.
- 69 A: ich würd jetzt gerne ein paar Fragen zu Ihnen persönlich auch stellen – zu Ihrer Er-
70 krankung. Wie haben Sie von Ihrer Erkrankung erfahren?
- 71 B: Hm...eigentlich war es ein Zufallsbefund, das heißt ich habe immer eine sehr
72 starke Regelblutung gehabt und dann gab es eben verstärkte Untersuchungen und
73 dadurch hat man diesen Tumor, also Gebärmutterhalskrebs hatte ich, dann nochmal
74 genauer lokalisiert, nachdem der Abstrich eben auch nicht so gut war. Und dann habe
75 ich die Diagnose eben durch die Frauenärztin bekommen.
- 76 A: welche Organe sind betroffen, also jetzt Gebärmutterhals, noch was Weiteres oder?



Anhang

- 77 B: Die Gebärmutter...
- 78 A: und die Gebärmutter selber auch noch?
- 79 B: ja.
- 80 A: ok. Werden Sie aktuell noch behandelt?
- 81 B; nein.
- 82 A: wie lange ist denn jetzt die Erkrankung her bzw. die Diagnose?
- 83 B: 8 Jahre.
- 84 A: 8 Jahre? Wie lange waren Sie wegen Ihrer Erkrankung nicht berufstätig?
- 85 B: 8 Wochen. Es war relativ kurz, weil ich das Glück hatte auch ohne Chemotherapie
- 86 und Bestrahlung wegzukommen.
- 87 A: ah super!
- 88 B: das war so die Operation und dann die 8 Wochen waren Genesungszeit.
- 89 A: wie erleben Sie Ihre eigene Erkrankung bzw. wie haben Sie sie in der
- 90 Vergangenheit erlebt?
- 91 B: also zu dem Zeitpunkt wo ich die Diagnose bekam war ich 32, hatte 3 Kinder wo
- 92 von...das stimmt nicht, ich erzähl jetzt was Falsches, ich war gar nicht 32, ich war 41
- 93 und ich hatte 3 Kinder und 1 war 9 und die anderen schon ein bisschen älter aber leb
- 94 ten alle noch bei uns zu Hause und das war so dieser Punkt natürlich ja – Krebs, gleich
- 95 Tod, wie lange hab ich noch und ich will meine Kinder aufwachsen und groß werden
- 96 sehen und das war damals, ja, wie ich auch hier immer wieder von den Klienten erlebe
- 97 der absolute Schlag ins Kontor und hab mich dann einerseits natürlich mit der ganzen
- 98 Behandlung und so auseinandergesetzt und auch schon gemerkt, dass für mich die
- 99 Prognose ganz gut ist also der Tumor war eingekapselt und dadurch dass die
- 100 Gebärmutter rausgenommen wurde war das damit quasi auch eine ganz gute Prognose.
- 101 Da war nichts rausgewachsen und so und das habe ich dann schon für mich ganz gut als
- 102 positives Zeichen sehen können ich hab aber dann auch noch eine Psychotherapie
- 103 noch begleitend gemacht.
- 104 A: du hast gesagt keine Chemotherapie aber ich finde Gebärmutter rausnehmen ist
- 105 natürlich auch erstmal ein großer Schritt...also...
- 106 B: genau. Es war insofern in Ordnung, weil unsere Kinderplanung abgeschlossen
- 107 war und ich glaub es wär was anderes gewesen, nochmal Kinder haben zu wollen
- 108 und so, ja...und auch in dem Zusammenhang gab es ein Krankheitsgewinn zu er
- 109 zählen ein bisschen komisch...ich hatte immer eine Regelblutung, die ganz stark war 8
- 110 Tage und immer ein Zyklus von 21 Tagen und ich musste jeden Monat Eisen spritzen
- 111 weil ich so viel Eisen verloren gegangen ist. Also ich war auch permanent müde und
- 112 dadurch dass das dann vorbei war, sag ich mal kam es bei mir auch zum richtigen
- 113 Zeitpunkt. Ich hab dann auch nicht sehr getrauert darüber...
- 114 A: ja weil du keine Kinder mehr haben wolltest...
- 115 B: genau, sonst wär das was ganz anderes.
- 116 A: Wo haben Sie denn die größten Belastungen erlebt?
- 117 B: Die körperliche Belastung war bei mir sehr stark das hat unheimlich lange gedauert
- 118 bis der Körper sich umgearbeitet hat. Man denkt da wird nur die Gebärmutter rausge-

- 119 nommen aber ich hatte das Gefühl der ganze Körper hat irgendwie damit zu tun
120 irgendwie diese Lücke zu füllen und ich war permanent müde also ich hab auch wirk-
121 lich 7 Wochen lang geschlafen und dachte nein, ich kann nach 8 Wochen nicht wieder
122 arbeiten gehen dann ging's aber so aufwärts...und die psychische Belastung war auch
123 schon sehr stark, weil mein Mann, der war damals eher so „um Gottes Willen, ich will
124 mich nicht damit auseinandersetzen, dass du sterben könntest!“ von daher gab es keine
125 gute Kommunikation... Was ich damals gemacht hab, was ich heute mit meinem jetzi-
126 gen professionellen Hintergrund nie machen würde – ich hab nicht mit meinen
127 Kindern geredet und dieses ja vor den Kindern immer zu sagen „ja mir geht's nicht so
128 gut“ und ich war damals schon Rückenpatientin, also ich hab seit meinem 14. Lebens-
129 jahr sehr starke Beschwerden mit meinem Rücken und bin ewig da schon in Behand-
130 lung als Schmerzpatient hab es eher na der Rücken tut weh und so und das denk ich
131 war auch für mich so eine große Belastung, diese nicht-Kommunikation.
- 132 A: natürlich. Wobei auch verständlich, denk ich...so eine Entscheidung zu treffen, es ist
133 ja eine Situation in der man die Belastung erfährt, ja nicht einfach, ne?
- 134 B: nee, und trotzdem weiß ich heute, dass es natürlich da als unerlässlich ist... und
135 meine Kinder, die jetzt erwachsen sind und mit denen ich mich jetzt schon öfter dar
136 über unterhalten hab, die sagen schon „wir wussten damals immer, dass irgendwas ist,
137 und dass du uns dies nicht sagen willst und das war nicht gut für uns“.
- 138 A: haben Sie auch Ressourcen erlebt, wo Sie sagen, das war irgendwie Ressource, auf
139 irgend'ne Art und Weise? Muss nicht sein, nein ...
- 140 B: also das ist tatsächlich, dass ich diese Gebärmutter losgeworden bin – hatte einfach
141 eine gute Auswirkung – das ist...ob damit die Krankheit als Ressource ist, und was ich
142 gelernt hab oder lernen musste während der Erkrankung, ist andere um Hilfe zu bitten.
143 Und das war was, was für mich gut ist. Bis dahin war ich immer diejenige, die alles
144 alleine geschafft hat und gemacht hat und da ging's nicht mehr. Ich brauchte eine
145 Haushaltshilfe, musste jemand fremden in mein Haushalt lassen, ich musste lernen,
146 dem zu sagen „machen Sie bitte die Ecke und kochen Sie bitte mal da und das“ und
147 so...das war was, was mir nicht leicht gefallen ist und was ich aber da dadurch lernen
148 konnte.
- 149 A: Würden Sie sagen dass die Krankheit für Sie auch Veränderungen gebracht hat?
- 150 B: also...ich glaube eher langfristig, nicht sofort, also vielleicht sofort, indem es mir
151 leichter gefallen ist, auch mal andere um Hilfe zu bitten, aber langfristig schon noch
152 mehr auf mich selber zu gucken...weil die Therapie – also die Psychotherapie war ja
153 nicht nach 8 Wochen beendet, sondern die fing dann erst an und ich glaube in dieser
154 Psychotherapie, die ja dann auch $\frac{3}{4}$ Jahr lang auch ging, da ist es mir gelungen, immer
155 mit dem Blick auf die Erkrankung zurück und eben auch Veränderungen herbeizufüh-
156 ren – dieses „ich muss nicht immer alles perfekt machen, 95 % reichen auch“... ich
157 hab eher immer 120 % getan und 100 % waren nicht genug und das hab ich gelernt,
158 ich hab auch gelernt auch wenn es immer noch schwer ist aber auch mal Sachen liegen
159 lasen und so – vorher hab ich immer versucht, gegen diese Berge, die da vor mir
160 waren, die immer alle abzuarbeiten so schnell wie möglich und das gelingt mir



Anhang

- 161 mittler...oder gelang mir dann immer besser um zu sagen na jetzt ist gut, nimm dir auch
162 mal Zeit für dich – also zu gucken was ist wichtig für mich, das habe ich gelernt. Aber
163 eher langfristig...
- 164 A: im längeren Zeitraum...wer hat Ihnen damals in der Zeit Kraft und Zuversicht
165 gegeben? In der Verarbeitung des Krankheitsverlaufes?
- 166 B: also so die Kraft und Zuversicht die ist mir nicht bewusst von den Kindern gegeben
167 worden, aber das war schon für mich eine Kraftquelle, ja und zu sehen, wie da...die
168 brauchen mich noch und mein Mann ist stark depressiv und auch so ein Gefühl – ich
169 will noch weiter für die da sein, weil der Papa es vielleicht auch nicht immer gut kann,
170 also das war schon `ne große Quelle. Ich hab sehr enge Freundinnen, und auch 2 sehr
171 enge Freunde, die mir damals auch unheimlich, auch als Gesprächspartner zur Seite
172 gestanden haben... wir haben damals schon in unserem Haus mit Garten gewohnt,
173 also auch in diesem Garten zu sitzen und diese Vögel zu hören – also sowas, da hab
174 ich viel Kraft rausgezogen und ich mein diese Psychotherapeutin war für mich auch
175 gut.
- 176 A: wie lange haben Sie die gemacht?
- 177 B: also über die 25 Sitzungen, das ging ungefähr ein $\frac{3}{4}$ Jahr.
- 178 A: was hat Ihnen noch geholfen, die eigene Erkrankung positiv zu verarbeiten und zu
179 bewältigen?
- 180 B: immer wieder dieser Krankheitsgewinn, die Gebärmutter ist raus, die Sauerei ist
181 vorbei und man kann es sich gar nicht vorstellen, aber das war so unglaublich erleich-
182 ternd. Also weil ich auch wieder Kraft hatte, dieser ewiger Eisenmangel über Jahre –
183 das war immer so...immer am Rande der Erschöpfung und – das war vorbei und das
184 hat mir schon viel Kraft gegeben.
- 185 A: da kam ja quasi Lebensqualität zurück...
- 186 B: genau. Und ich musste nicht mehr verhüten..oder wir mussten nicht mehr...
- 187 A: naja das ist ja auch nicht zu unterschätzen – ist man freier unterwegs...ok. Wie sind
188 Sie denn auf die Idee gekommen, als selbstbetroffene Fachkraft in die Krebsberatung
189 einzusteigen?
- 190 B: sagen wir mal, die Idee ist zu mir gekommen, ich war 10 Jahre lang im Altenpfle-
191 gebereich und es gab so ein Punkt wo ich dachte „ ich glaub, jetzt ist mal gut, das hast
192 du lange gemacht und die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben hab ich da
193 dankenswerterweise lernen dürfen...also ich bin ja auch Berlinerin und in Berlin ist
194 ja...begegnet man dem Tod nicht unbedingt so selbst wenn jemand verstirbt, sieht
195 man keinen Toten und das war das, was ich im Altenpflegebereich...womit ich mich
196 viel auseinandergesetzt hab, hab eben viele Menschen auch begleitet bis zum Tod und
197 dann gab es eine Stellenanzeige „wir suchen eine Sozialarbeiterin“ und ich wollte
198 eigentlich schon immer irgendwie in die Familienberatung, ich hab meine Diplomarbeit
199 darüber geschrieben über Familienberatung und hatte aber noch keine familientherapeuti-
200 sche Zusatzausbildung und hatte zwischendurch eine Mediationsausbildung gemacht,
201 auch als Mediatorin selbstständig schon gearbeitet und dann gab es diese Stellenan-
202 zeige und dann ist es meine. So. also Selbstbetroffenheit – bin ich und Beratung ist

- 203 genau das, was ich wollte. Also sie ist eher zu mir gekommen, als dass ich sie gesucht
204 hätte.
- 205 A: sie ist zu Ihnen gekommen, haben Sie dann trotzdem... ja... hatten Sie Hoffnungen
206 oder Befürchtungen gehabt, verbunden mit der Aussicht auf diese Tätigkeit?
- 207 A: also Hoffnungen natürlich, dass es das ist, was ich mit vorstelle, nämlich hier einen
208 beraterischen Kontext zu haben, Setting zu haben, indem ich andere begleiten kann
209 auf ihrem Lebensweg, der in dem Moment durch Krankheit geprägt ist und das hat
210 sich sehr erfüllt. Also es war... mein Traum war immer ein Psychologe zu sein, und
211 das konnte ich nicht... und irgendwann habe ich mir auch abgeschminkt, nochmal Psy-
212 chologie zu studieren und so und dann dachte ich so – das ist was, was nicht so... ich
213 bin nicht Psychologe, ne, aber ich bin so zu sagen nahe dran an diesem Arbeitsfeld,
214 was ich mir vorgestellt hatte. Also ich arbeite natürlich hier nicht therapeutisch, weil
215 wir keine therapeutische Arbeit machen, aber wir bieten hier Beratungen mit therapeu-
216 tischen Elementen an und diese Hoffnung war da und die Hoffnung hat sich auch er-
217 füllt. Und Befürchtungen – ich glaub Befürchtungen bezogen sich auch auf die Struktur
218 – ich war bis dahin immer in sehr großen Unternehmen – also auch dieser Alten
219 pflegebereich war also großer diakonischer Träger und so – gearbeitet und dieses
220 Wagnis auf so Beratungsstelle, kleiner Verein, also auch auf Unsicherheit – wir kriegen
221 ...haben hier nur Projektgelder halt für bestimmten Zeitraum und wir wissen nicht,
222 was dann ist, kriegen wir wieder eine Verlängerung...
- 223 A: fünf Jahre, oder?
- 224 B: jetzt 5 Jahre, wie der nächste sich gestaltet, wissen wir noch nicht. Also wie das
225 dann weiter geht, wie ist die Struktur mit so einem ehrenamtlichen Vorstand und so,
226 also das waren schon Befürchtungen, wie wird es gehen.
- 227 A: und... wie haben die sich bestätigt? Haben sie sich bestätigt? Oder?
- 228 B: hmm... na meine Befürchtung war eher was kommt da, was ist da, ich wusste ja
229 noch nicht genau, wie das ist aber das ist die Unsicherheit, was ist nach der nächsten
230 Verhandlungen im integrierten Gesundheitsprogramm, die Unsicherheit bleibt vor al-
231 lem sehr in Bezug auf diese Struktur, denn wie gesagt, es ist ein Träger, ist ein Verein,
232 der Verein hat nominell ich glaub nur 25 Mitglieder, von den 25 Mitgliedern sind wir
233 4 Mitarbeiterinnen, und unsere 4 und eine kooptierte 5. Vorstandsfrau also 9 Men-
234 schen sind schon alleine die Beratungsstelle, und die Vorstandsfrauen sind alle über
235 70, und es gibt niemand, der da nachdrängt, also 1. Vorsitzende möchte schon seit 2
236 Jahren ihren Job aufgeben und es wird niemand gefunden. Und es ist schon die Frage,
237 was passiert dann, wenn die wegbrechen. Kein Vorstand, kein Verein, und dann keine
238 Beratungsstelle. Und in dieser Unsicherheit leben und agieren wir und versuchen
239 immer was Neues auszuprobieren und das ist nicht so einfach.
- 240 A: ok, also Sie hatten eher strukturelle Hoffnungen und Befürchtungen als jetzt
241 bezogen auf die Tätigkeit selber?
- 242 B: Genau, mhm. Also Hoffnungen hatte ich eher auf die Tätigkeit, Befürchtungen eher
243 auf diese struktureller Ebene.
- 244 A: ok. Hatte Ihr eigener Krankheitsverlauf irgendwie auch eine Rolle gespielt bei der



Anhang

245 Aufnahme der Tätigkeit, also dass sie in dem Zeitpunkt schon positiv erlebt haben oder
246 der positive Verarbeitung hatten?

247 B: also es war...

248 A: ...sich gesünder gefühlt hatten?

249 B: Genau, ich hab mich beworben im Dezember 2009 da war meine Diagnose fast 4
250 Jahre her. Also ich hatte schon immer wieder erlebt, was es heißt Nachsorge und wird
251 alles gut und so – also ich fühlte mich auch zu dem Zeitpunkt so gut, dass ich das Ge-
252 fühl hatte, ich hab es überlebt. Also ich lebe nach wie vor mit dem Gedanken nicht ich
253 hatte Krebs, sondern es begleitet mich, ich bin krebserfahren, also das ist nix was ich
254 sage ist vorbei, es ist auch deswegen nicht vorbei, weil ich vor 4 Jahren durch den Zu-
255 fallsbefund einen gutartigen Hirntumor diagnostiziert bekommen habe, der...an einer
256 Stelle, die nicht operabel ist, der brav und ruhig ist und vielleicht schon immer da war,
257 das weiß man ja immer nicht – wir haben ja auch da Agreement, dass der nicht wach-
258 sen wird, wenn er wachsen würde, wär doof, man kann es eben nicht operieren, also
259 insofern begleitet mich das auch...das ist eher auch im Sinne von – also das hat hier
260 Einfluss auf die Arbeit, das ich glaube mit Klienten, die so „watch and wait“ Status
261 haben, ganz gut arbeiten kann. So, das merk ich, das prägt mich im Moment viel mehr,
262 als meine Krebserkrankung, die schon länger her ist, wo ich sagen muss, ich hab einen
263 absolut leichten Verlauf der Behandlung gehabt, also dieses...dass Klienten hier sitzen
264 und sagen, sie verstehen ja wovon ich rede, dazu sage ich nichts...aber ich verstehe
265 nicht, was Chemotherapie ist, ich verstehe nicht, was Bestrahlung ist – ich verstehe
266 was eine Operation ist und dass es mir 8 Wochen danach nicht gut geht und ich ver-
267 stehe, was so eine Diagnose bedeutet. Aber ich verstehe viel mehr, was „Watch and
268 Wait“ bedeutet – das habe ich jetzt auch ziemlich oft, Klienten, die so sind, die damit
269 ganz schwer umgehen können

270 A: es ist auch nicht einfach. Auch spannend..wie gesagt, sie haben es zeitlich
271 begrenzt...was schätzen Sie an Ihrer Arbeit besonders?

272 B: meine Arbeit...ich liebe es, Menschen zu begleiten und zu merken, da passiert Ver-
273 änderung. Ich finde es toll, dass wir hier an der Beratungsstelle arbeiten, wo Menschen
274 freiwillig herkommen, die was verändern wollen. Also es ist ja ein ganz anderes Setting,
275 als würde ich als Psychoonkologin im Krankenhaus arbeiten...ich hab so neulich
276 da ein Praktikum gemacht und da hab ich es schon gemerkt, also das war toll da an der
277 Palliativstation, das war toll da zu arbeiten, aber ich hab gemerkt was das für eine
278 andere Perspektive ist, das ich vor so einer Patiententür stehe und klopfen muss und
279 mich verkaufen muss und hier mach ich die Tür auf und die Leute, die kommen, die
280 wollen was verändern.

281 A: wollen ja auch...mhm.

282 B: ...und es ist einfach toll, wenn man merkt, dass sie...dass Menschen eben hier sa-
283 gen, ich versuch das eben aus, ich probier es und vom absoluten Schock der Diagnose
284 bis dann irgendwann ins Leben hinein und das ist eben auch das Tolle hier – wir dür-
285 fen so lange beraten, wie derjenige es braucht – das heißt ich hab Klienten, die ich seit
286 3 Jahren begleite, ich hab Klienten, die ich dann begleite, bis sie sterben, und darüber

287 hinaus dann auch vielleicht die Angehörigen, also das ist wirklich Luxusarbeitsstelle,
288 muss man da mal sagen, ja, dass das möglich ist. Ich hab so viel Zeit, wie ich will, so
289 lange kann ich beraten, also natürlich muss ich auch meine Strukturen einhalten, aber
290 jede Beratung dauert bei uns 50 Minuten und ein paar Beratungen dauern 1,5 Stunden,
291 wir können im Setting arbeiten, wenn wir Paarberatungen, wie jetzt grad vorhin haben,
292 mit einer Kollegin zusammen, also die Grundlagen, die uns hier geschaffen sind durch
293 unseren Träger, die sind sehr optimal. Und das ist einfach ein tolles Arbeiten, ich mag
294 es total gerne.

295 A: Hört sich toll an, auf jeden Fall. Sehen Sie denn ein spezifisches Potential in der
296 Form der Beratung durch Selbstbetroffene gegenüber nicht-Betroffene? Fachkräfte...?

297 B: also was ich dazu immer sage, es macht uns nicht zu besseren Beratern, aber es
298 macht den Klienten den Weg leichter. Also es ist ein viel niedrigschwelligeres Ange-
299 bot – dieses was ich vorhin schon gesagt habe, die wissen ja, wovon ich rede, es ist so
300 hilfreich – absolut für Klienten also die sprudeln auf und sagen also zu Hause kann ich
301 ja mit niemandem reden, weil alle sagen da „also jetzt muss das ja gut sein“ aber sie
302 wissen auch, es ist nicht gut und das hilft unheimlich. Also das ist für mich das Poten-
303 tial, allerdings immer auf Selbstbetroffenheit und Professionalität, also diese Kombi
304 nation.

305 A: ok, also na...genau, find ich auch so wahnsinnig spannend. Erhalten Sie diesbezüg-
306 lich explizit von den Klientinnen Rückmeldungen, also haben sie grad schon ange-
307 schnitten, aber so explizit? Also, dass ihnen das den Weg leichter gemacht haben oder
308 besondere Ressource für sie dargestellt hat?

309 B: doch schon...also es ist auch nie, dass ich in der ersten Beratung sag, also ich hatte
310 Gebärmutterhalskrebs und außerdem habe ich auch noch diesen Hirntumor, das gar
311 nicht, aber es gibt natürlich besondere Beratungssituationen, in denen ich das auch
312 dann anspreche. Und da kommt es ganz oft, dass die sagen, oh dass Sie das auch so
313 erlebt haben und dass Sie es bis jetzt auch überlebt haben oder so, das ist total hilf-
314 reich. Oder es ist ganz oft schon dieses sie wissen ja wovon ich rede und das ist total
315 erleichternd für die Klienten, und da merk ich aber auch so eine Dankbarkeit dass eben
316 das Gespräch dadurch einfach wird und ansonsten krieg ich ganz oft nach den Bera-
317 tungen „das hat mir gut getan und das war gut, dass ich hierher gekommen bin“ und
318 so...

319 A: wie würden Sie das...oder gibt es Erkrankten, die sagen, die würden es besonders
320 empfehlen, diese Form der Beratung?

321 B: ja, vor alledem die, die auch wirklich, und das sind auch immer viele, die in ihrem
322 eigenen sozialen Kontext niemanden haben, der sie versteht. Viele erleben ja Rückzug
323 von Freunden, viele erleben Sprachlosigkeit von Partnern...und da würde ich schon
324 sagen, für die ist das gut...

325 A: Wie wirkt sich denn Ihr Angebot auf sie selbst und Ihre Erkrankung aus?

326 B: Auf mich selbst? Und meine Erkrankung? Mhm...versuchen Sie die Frage bitte
327 mal anders zu stellen...

328 A: ok, naja im Moment ist die Sorge mit dem Gebärmutterkrebs ja auch weg, im



Anhang

- 329 Moment haben sie die Sorge noch mit der Beobachtung des Tumors, wie ist es...was
330 haben Sie gesagt, „sit and wait“ oder...
- 331 B: watch and wait...ja, das ist der Fachbegriff...
- 332 A: ...haben Sie das Gefühl, dass das auch auf Ihre Beratungstätigkeit in den bestimmten
333 Fällen Einfluss hat, Ihre Situation im Moment? Dass es da...
- 334 B: ne, ich glaub, das trenn ich schon...
- 335 A: Das trennen Sie?
- 336 B: ja...
- 337 A: na ich will auch so ein bisschen in die Richtung, erleben Sie das eventuell als Be-
338 lastung? Die Beratungssituation? Gibt es auch belastende Beratungssituationen? Ich
339 meine vielleicht abhängig von der eigenen Situation oder vielleicht auch unabhängig
340 von der eigenen Situation?
- 341 B: also es gibt natürlich belastende Beratungssituationen, aber die haben nix mit mei-
342 ner Situation zu tun. Also die gibt es natürlich, die haben nicht unmittelbar mit meiner
343 Krebsituation zu tun. Natürlich gibt es auch, in Paarberatungen, wo ich dann das Ge-
344 fühl hab, ach, da könnt ich jetzt doch mit meinem Mann sitzen, also solche Dinge, ja,
345 dass... wir finden uns ja auch vielleicht immer ein Stück in anderen Situationen wie
346 der. Oder wo ich aufpassen muss, ist ja mit Übertragungen, oder was ich total anstren-
347 gend finde, sind psychisch erkrankte Menschen zu beraten, also dies ist sowas wo ich
348 merke, puh, da ist aber wahnsinnig anstrengend, ne, di Beratungssituationen, ja...aber
349 das hat nichts mit meiner eigenen Erkrankung zu tun, sondern grundsätzlich mit dem,
350 dass auch Menschen in belastenden Situationen auch auf mich schwierig oder
351 anstrengend wirken können.
- 352 A: Sehen Sie denn Nachteile einer Beratung selbstbetroffener Fachkräfte gegenüber
353 eine Beratung durch nicht Selbstbetroffene?
- 354 B: nö. Also sag mal doch. Es gibt sicherlich den Nachteil, wenn diejenige es nicht
355 schafft, auch zwischen meiner Erkrankung und der des gegenüber...aber ich geh jetzt
356 mal, deswegen hab ich vorhin gesagt, Professionalität, ich geh davon aus, dass wenn
357 Fachkräfte beraten, dass die Professionalität so groß ist, ich hab es deswegen betont,
358 weil natürlich... wir haben auch diesen Selbsthilfeansatz und ich find Selbsthilfe auch
359 sehr wertvoll. Aber im Kontext z.B. von moderierten Gruppen, was wir hier eben
360 machen. Nicht, dass sich Betroffene ganz alleine nur treffen, weil da kommt es dann oft
361 so „kenn ich auch“ und ob man da dann so ernst genommen wird... ist schwierig.
- 362 A: was sind Ihre Techniken um sich abzugrenzen? Oder zu starke Identifizierung zu
363 vermeiden?
- 364 B: also es gibt schon dieses hier rausgehen und puhhhh oder irgendwie dann so und
365 dann wenn es schwierig war direkt mit dem Kollegen nochmal zu reden – es gibt die
366 ses Wissen, selbst wenn es jetzt schwer war und ich nicht irgendwie sofort weiß was
367 los war, ich kann's mit der Supervision nehmen, wie haben hier Intervision, auch die
368 Fallbesprechung mit den Kolleginnen, wenn es ganz schwer wird, können wir jeman-
369 den anrufen – also das ist eigentlich ganz gut geregelt, also... und es ist selten, dass ich
370 hier rausgehe und was mitnehme. Und selten heißt, weil es mir schon irgendwie nah

- 371 geht, wenn jetzt eine junge Frau an Krebs erkrankt, 2 kleine Kinder da sind und es ist
372 klar, es geht zum Ende eben also das hab ich jetzt auch mehrfach gehabt und dann die
373 ses Ringen des Paares zu gucken, der Mann will nicht, dass sie geht und die Frau ist
374 schon viel weiter und weiß, dass sie gehen muss und sie will aber noch viel für die
375 Kinder regeln und das ist schon was, wo ich immer denke, „Scheiß, das ist ungerecht!“
376 na...so...
- 377 A: na klar. Sie haben jetzt beruflich Entlastungsmöglichkeiten angesprochen,
378 Teamsprache, Supervision, gibt es denn privat für Sie auch Ressourcen,
379 Entlastungsmöglichkeiten?
- 380 B: ja, ja ja ...also ich hab einen sehr guten Freundeskreis, ich sing in `nem Chor seit 25
381 Jahren mit, und das ist ganz wichtig für mich...ich mach noch...bin sehr stark ehren
382 amtlich engagiert, an der Schule meines Sohnes, also der ist an der Waldorfschule,
383 und das ist ja eher so selbstverwaltend, durch Eltern und hab da so ein Kreis aufgebaut
384 von Mediatoren, die Konflikte bearbeiten und da ist viel – also mit der Schule mach
385 ich viel, ich hab meinen Garten, ich bau derzeit grad ein Haus...
- 386 A: kann man schwer als Ressource, Privatentlastungssituation empfinden...
- 387 B: ja ist es natürlich nicht, aber da sag ich immer, es ist klar, Jammern auf dem hohen
388 Niveau, weil es ist natürlich schon ein Luxus, wenn man sowas tun kann...so und in
389 sofern, und es ist toll, seit letzter Woche steht das Haus und wenn man so durch die
390 Räume geht und denkt man ohhh das haben wir uns alles selber ausgedacht, und jetzt
391 dürfen wir das machen, ist schon toll. Ich hab eine süße Enkeltochter, es ist toll, also
392 nette Söhne, hab auch ein gutes Verhältnis zu denen – der große lebt in Berlin, der
393 eine in Österreich und der eine in Westdeutschland. Nette Schwiegertöchter und so –
394 es ist wirklich schön. Also insofern Arbeit ist die eine Hälfte und da gibt es aber ganz
395 ganz viel mehr. Und der Luxus hier ist, ich arbeite an 3 Tagen in der Woche und dann
396 4 Tage noch für was anderes – wunderbar!
- 397 A: ja das hört sich doch gut an, schön! Haben Sie doch gut für sich gesorgt! Ich würde
398 jetzt noch ein paar Fragen stellen zum Thema rum um die Krebsberatung, insofern wie
399 sie das so einschätzen können – und zwar wie sieht aus Ihrer Sicht die
400 Versorgungssituation mit den Krebsberatungsstellen jetzt in ihrer Residenz, in Berlin, aus?
401 Ausreichend? Nicht?
- 402 B: Genau...also das ist immer eine Frage der Perspektive, ne... wir haben hier in Ber-
403 lin den Luxus, dass es in jedem Bezirksamt nominell eine Beratungsstelle gibt, die
404 nicht das schaffen, was sie schaffen müssen, aber immerhin gibt es das und wir haben
405 hier die DfBK, die Berliner Krebsgesellschaft, OnkoRat und es gibt uns. Könnte man
406 sagen wunderbar, das hat keine andere Kommune in Deutschland...
- 407 A: kann ich kurz nachfragen, diese Krebsberatungsstelle-Bezirkscenter sind glaub ich
408 immer jetzt für alle irgendwie, oder?
- 409 B: also unterschiedlich. Also in Spandau sind nur für die Krebsbetroffenen, und in an-
410 deren Bezirken sind sie für Behinderte, für alte Menschen, AIDS-Kranke, für alles.
411 Also die waren vor 10 Jahren tatsächlich noch reine Krebsberatungsstellen, also wir
412 konnten Gruppen anbieten und und und – also ich meine die Perspektive ist natürlich



413 die andere, die Stadt guckt auf uns und sagt „was meckert ihr!“ was wir hier merken
414 ist, wir haben wir konnten vor 4 Jahren noch Termine in der nächsten Woche anbieten
415 und wir haben jetzt Termine in 4-6 Wochen und von daher würd ich sagen, ist die
416 Versorgungssituation nicht ausreichend. Kann vielleicht sein wir haben jetzt mehr
417 Werbung gemacht und mehrere werden auf uns aufmerksam, aber das glaube ich
418 nicht, ich glaube schon, dass tatsächlich der – also man sagt 1/3 der Krebsbetroffenen
419 braucht Therapie – also für 1/3 der Krebsbetroffenen reicht Beratung und Begleitung,
420 1/3 kommt so wunderbar durch die Krebserkrankung, die brauchen gar nichts, jetzt ist
421 die Zahl der Krebsfälle nicht unheimlich hochgeschneit, sondern relativ konstant
422 geblieben. Auf alle Fälle merken wir, wir haben mehr Nachfrage, wir können die nicht
423 so befriedigen, wie wir die wollen, weil ich find es eigentlich unmöglich, auf ein Ter
424 min eigentlich 6 Wochen warten zu müssen.

425 A: ja vor allem wenn sie manche auch in der Situation, es ist ja...oh Gott...

426 B: ja. Weil die rufen ja nicht alle an weil sie sagen „ja ich hab jetzt die Diagnose und
427 ich hab überlegt dass ich vielleicht ein bisschen Beratung brauchen könnte“ – sondern
428 sie rufen ja dann erst an, wenn sie sagen „ich kann nicht mehr!“

429 A: was sollte sich denn in der Versorgung von Krebspatienten auf jeden Fall ändern?

430 B: es muss institutionalisiert sein und es muss klar sein, dass man verlässliche Finan
431 zierungen kriegt, also der Wunsch vieler ambulanten Krebsberatungsstellen ist eine
432 sicherstellende finanzielle Grundlage ob sich Krankenkassen oder Rentenversiche
433 rungsdreher oder wer auch immer das trägt – aber dass es so zu sagen aufgenommen
434 wird im Gesundheitsbereich, denn klar ist, wenn man dort Menschen unterstützt, dann
435 hat es langfristig auch ökonomische Folgen. Nämlich dass die Menschen vielleicht
436 besser aufgenommen werden, dass es ihnen besser geht, dass sie stabiler sind – das ist
437 ja leider was, was nicht messbar ist und weil es nicht messbar ist, wird es eben nicht
438 finanziert.

439 A: inwiefern sollte da Angebot durch selbstbetroffene Fachkräfte erweitert werden?

440 Mhm, können Sie ruhig so aktiv, aus Ihrer Sicht erzählen.

441 B: also ich sag mal, ich fänd es schön für Krebsbetroffene wenn es das mehr gäbe,
442 würd aber grundsätzlich sagen, wenn es auch ohne das Kriterium trotzdem mehr Bera
443 tungsstellen gäbe, wäre das auch in Ordnung. Und was ich erlebe ist – es finden sich
444 dann auch neue Beratungsstellen, also jetzt wie GFBK – da ist ja nicht Kriterium, dass
445 man selbst betroffen ist bei der Einstellung und trotzdem, die Menschen die da arbei
446 ten, sind auch Krebserfahren also irgendwie sucht man sich ja vielleicht auch das
447 Thema, wenn man irgendwo arbeiten möchte.

448 A: ja weil dann ist auch...für sich persönlich auch eine Ressource...Wie beurteilen Sie
449 denn die Kooperation der Medizin, Psychologie und Gesundheitsämtern? Gibt es da
450 eine Kooperation? Vernetzung?

451 B: also wir haben Kooperationsverträge mit 4 verschiedenen Einrichtungen – und die
452 funktioniert immer nur, wenn es Menschen gibt, die das tragen, wir hatten sehr inten
453 sive Kooperation mit dem Martin Luther Krankenhaus GH, bis die dortige
454 Sozialarbeiterin weg ging, also solche Kooperation hängt immer an Menschen,...

- 455 A: an Personen...
- 456 B: genau. Wir sind ganz gut vernetzt, weil es gibt ein Arbeitsfeld psychosoziale Onko-
457 logie, da sind die Sozialarbeiter von Berlin, die im Bereich Krebsversorgung arbeiten
458 also aus Krankenhäusern, aus Bezirksämtern, aus Beratungsstellen – können dort hin
459 kommen und da ich Sprecherin dieses Arbeitskreises bin und den organisiere, haben
460 wir dann hier auch eine zentrale Funktion also da sind wir ganz gut bekannt und auch
461 da läuft es natürlich, wenn meine Kollegin aus dem getrauten Krankenhaus irgendwie
462 jemanden hat, die sagen „gehen Sie mal dahin, die kenne ich“ – das funktioniert dann
463 immer gut. Und wir haben, also wir sind noch in der Projektgruppe psychosozialen
464 ...also wir haben also Gremien, in denen wir sind und da funktioniert Vernetzungs-
465 arbeit aber es kostet Zeit, es kostet Kraft, es kostet Energie die abgeht von unserer Be-
466 ratungsarbeit, aber wenn die Menschen da sind, die das wollen, dann funktioniert es
467 sehr gut. Ansonsten ist die Stadt so groß, dass du hier 3 Straßen weiter in die nächste
468 onkologische Arztpraxis gehen könntest und es sein kann, die sagen, dass sie noch nie
469 was von uns gehört haben. Ist so...
- 470 A: ja ist Berlin halt, die Großstadt, ne...
- 471 B: ja ja
- 472 A: Welche Hilfen, finanziell, räumlich, personell oder Öffentlichkeitsarbeit bedürfen
473 denn die Beratungsstellen durch die Stadt?
- 474 B: na im Grunde wär es gut, wenn die Finanzen so geregelt sind, dass wir nicht mehr
475 um Spenden bitten müssten – also jetzt werden unsere Personalkosten übernommen,
476 was gut ist, aber wir müssen eben alle anderen Kosten, wie Miete und Sachkosten und
477 alles was eben über Personal hinaus geht, müssen wir durch die Spenden akquirieren.
478 Und Spendenakquise bei Betroffenen ist verdammt schwer, weil wir Betroffene sind
479 weniger als vorher, was manchmal trotzdem noch viel sein kann, aber gefühlt immer
480 weniger und da ist kein Geld, was so mal kommt oder fließt ne...
- 481 A: die haben ja vielleicht oft keins da, oder?
- 482 B: ja, es ist ganz oft nichts da...
- 483 A: weil sie halt viel Geld investiert haben, es werden viele Behandlungen, die nicht
484 finanziert werden und auch zum Teil schulmedizinisch sind, voll habe selber bezahlt,
485 wo ich auch denke, puh, da ist auch mein Angespertes geschmolzen, teilweise,
486 genau....
- 487 B: genau, das kann ich bestätigen und das wäre schön, wenn man so zu sagen Be-
488 troffenen und den Angehörigen hier nicht sitzen müssen mit dem schlechten Gewissen
489 „spend ich jetzt, kann ich was geben und wenn ich was gebe, ist es genug?“ also ich
490 würd gerne diesen Druck den Betroffenen und Angehörigen nehmen können – und das
491 wär was, wenn unsere Arbeit so zu sagen finanziert werden würde...gänzlich...
- 492 A: tja...Traum. So. die allerletzte Frage. Womit würden Sie für ihre Form der
493 Beratung besonders werben?
- 494 B: hm...wir werben damit, und das find ich auch zu Recht, mit der Selbstbetroffenheit,
495 weil das ist auch so ein Alleinstellungsmerkmal hier für uns und Werbung läuft
496 immer über so ein Alleinstellungsmerkmal und wir werben auch damit, dass wir Zeit



Anhang

- 497 haben und zwar nicht nur Zeit eben 15 Minuten, sondern Zeit haben im Sinne von „sie
498 können so lange hierher kommen, bis Sie und wir auch meinen, dass Sie es brauchen“.
499 Und wir werben mit unserem Angebot, was sehr vielfältig ist. Wir haben viele
500 Gruppen, ...
- 501 A: können Sie das nochmal kurz beschreiben, da hab ich vorher nicht nachgefragt...
- 502 B: also wir machen Einzelberatungen, Familienberatungen, wir haben wir bieten eine
503 Gruppe „Kreatives Schreiben für Betroffene“, wir haben eine Männergruppe für
504 Betroffene, also das ist auch Berlinweit einzigartig, oder ich glaub sogar deutschlandweit
505 und ich eben auch der Therapeut, der diese Männergruppe anleitet, auch selbst betrof-
506 fen gewesen, wir bieten tibetisches Yoga für Männer an, wir haben eine Paargruppe,
507 die auch eben von einem Betroffenen und einer Angehörigen so zu sagen Familien-
508 therapeuten angeleitet werden, Achtsamkeitstraining wird bei uns gemacht, wir haben
509 eine Kunsttherapiewerkstatt, die meine Kollegin macht und wir machen eine Kunst
510 therapiegruppe für Angehörige, es gibt ein Trauerchor, es gibt ein Singen für alle, also
511 Betroffene und Angehörige, wir haben eine Filmgruppe für junge Trauernde, also da
512 haben wir damals festgestellt, dass sie sich schwer in die Gesprächsgruppe oder in ei-
513 ner Trauergruppe wiederfinden, aber wenn wir jetzt über das Medium Film oder wenn
514 jemand einen film zeigt, was eben mit Thema Krebs hat und sie sich darüber treffen,
515 dann findet auch ein guter Austausch statt. Also so oft Töchter und Söhne von den El-
516 tern, die dann mit 40, 50 gestorben sind, und wir haben eine Atemgruppe, sowohl für
517 Betroffene als auch für die Angehörigen... war das jetzt alles? Ach ja und wir haben
518 unsere angeleiteten Gruppen für Frauen und ein Gesprächskreis für Angehörige und
519 eine Trauergruppe auch für Eltern.
- 520 A: Hört sich so alles nach einem runden Konzept an.
- 521 B: und wir staunen, wie man das mit 4 Mitarbeiterinnen schafft das alles so zu
522 organisieren.
- 523 A: glaub ich, ja...Wunderbar. Gut. Ich glaube es wär dann genug. Ich danke Ihnen für
524 Ihre Mitarbeit, ...
- 525 B: gerne.
- 526 A: haben Sie mir sehr geholfen...
- 527 B: und wünsch Ihnen viel Glück...beim guten Abschluss.
- 528 A: ja...ich mach das Gerät jetzt aus...



