



# **Endometriose Einflüsse und Handlungsoptionen**



ENDOMETRIOSE-VEREINIGUNG  
DEUTSCHLAND E.V.

# Impressum

---



ENDOMETRIOSE-VEREINIGUNG  
DEUTSCHLAND E.V.

1 9 9 6 - 2 0 1 6

Herausgeberin: Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.  
Bernhard-Göring-Straße 152 · 04277 Leipzig  
[www.endometriose-vereinigung.de](http://www.endometriose-vereinigung.de)  
[www.facebook.com/Endometriose-Vereinigung-Deutschland-eV-433872230058061/](https://www.facebook.com/Endometriose-Vereinigung-Deutschland-eV-433872230058061/)

Stand der Informationen: Juni 2016  
Layout/Satz: Stephan OKOLO Fromme  
Druck: THOMASDRUCK, Leipzig  
Auflage: 825 Stück

Urheberrecht: Der Nachdruck, die Vervielfältigung oder die elektronische Verwendung dieser Broschüre oder von Teilen daraus ist nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeberin gestattet.

Haftungsausschluss: Diese Broschüre bietet Informationen und Selbsthilfefinweise. Die Inhalte wurden sorgfältig recherchiert und erarbeitet. Dennoch haftet die Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. nicht für die Angaben in dieser Broschüre. Sie ersetzt auch nicht eine medizinische Diagnosestellung und eine fachärztliche oder therapeutische Behandlung.

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

# Inhalt

---

Sabine Steiner, Petra Brandes: Vorwort	4
Kerstin Knauth: Endometriose – Einflüsse und Handlungsoptionen	5
Harald Krentel: Endometriose – die schwierige Erkrankung	11
Mathias Kaden: Betriebliches Eingliederungsmanagement BEM – Trotz Endometriose Schritt für Schritt zurück ins Arbeitsleben	14
Martina Liel: Alltag mit Endometriose	18
Daniela S.: Mein Weg zu und mit naturidentischen Hormonen	23
Melanie Schmitz: Ganzheitliche Therapie bei Endometriose – Endometriose aus Sicht der klinischen Psycho-Neuro-Immunologie	26
Götz Liefert: Welche Faktoren beeinflussen die Motivation der Mitglieder einer Selbsthilfegruppe? Oder: wie aktiviere und motiviere ich eine Gruppe?	31
Matthias Korell: Auswirkungen der Endometriose auf die Partnerschaft – Erfahrungen mit Männergruppen	36
Katharina Hamann: Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. – 20 Jahre Selbsthilfe, Beratung, Lobbyarbeit	38

## Vorwort

---

10 bis 15% aller Frauen zwischen Pubertät und Wechseljahren entwickeln eine Endometriose. Selbst konservative Schätzungen sprechen von 30.000 Neuerkrankungen jährlich. Damit ist Endometriose die zweithäufigste gynäkologische Erkrankung.

Trotz der hohen Verbreitung und der gravierenden Auswirkungen wird die Erkrankung gesellschaftlich wenig wahrgenommen. Viele haben vor ihrer Diagnose nicht von der Krankheit gehört. Die Endometriose-Vereinigung Deutschland setzt sich seit 20 Jahren für eine Verbesserung dieses Zustandes ein, u. a. durch Beratung von Betroffenen und durch Aufklärung über die Krankheit.

Dazu soll auch diese Broschüre beitragen, deren Beiträge basieren auf der 20. Jahrestagung, die am 4. und 5. März 2016 in Horn-Bad Meinberg stattfand. Die Referent/innen befassten sich mit dem Thema *Endometriose: Einflüsse und Handlungsoptionen*. In Vorträgen und Workshops suchten wir gemeinsam nach Antworten auf Fragen wie: Welche inneren und äußeren Wirkfaktoren können die Entstehung und den Verlauf der Endometriose beeinflussen? Was sind Lösungsansätze aus der Medizin? Was sind meine Handlungsoptionen? Wie kann ich mir selbst helfen?

Die folgenden Artikel beschäftigen sich mit diesen und weiteren Fragen. Die ersten zwei Beiträge sind aus ärztlicher Sicht geschrieben. Sie befassen sich mit den gängigen Behandlungswegen und beschreiben beispielhaft den Therapieverlauf. Worauf es bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Therapie oder Reha ankommt und wie sie funktionieren kann, zeigt danach der Beitrag von Mathias Kaden. Sehr persönlich und einführend beschreibt Martina Liel ihren Alltag mit Endometriose, dem sie trotz vieler Unwägbarkeiten hoffend und lösungsorientiert begegnet. Daniela Schlünzen berichtet über ihre positiven Erfahrungen mit naturidentischen Hormonen, die ihr eine Alternative zu synthetischen Hormonen bieten. Hormone hält Melanie Schmitz als Ernährungs- und Gesundheitscoach neben Bewegung und Ernährung ebenfalls für eine wichtige Einflussgröße, die den Verlauf der Endometriose beeinflussen könnten. Die beiden letzten Artikel befassen sich mit der Frage, wie Selbsthilfegruppen motiviert und konstruktiv geleitet werden können und mit den Auswirkungen von Endometriose auf Partnerschaften.

Wir hoffen, Ihnen mit dieser Broschüre interessante Anregungen und Informationen zu Endometriose und möglichen Handlungsoptionen geben zu können. Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Unterstützung bei der Durchführung der Tagung und der Erstellung dieser Broschüre. An dieser Stelle möchten wir Sie auch herzlich einladen, an unserer nächsten Jahrestagung teilzunehmen, sie findet jährlich Anfang März statt.



Sabine Steiner  
Vorstandsvorsitzende



Petra Brandes  
Schatzmeisterin

# Endometriose – Einflüsse und Handlungsoptionen

Endometriose ist eine gutartige, chronische Erkrankung und betrifft ca. 8 bis 15 % aller Frauen, die sich im gebärfähigen Alter befinden. Leider vergeht oft ein langer Leidensweg (im Durchschnitt bis sieben Jahre) bis die Diagnose gestellt wird. Oftmals haben die Frauen das Gefühl nicht ernst genommen zu werden mit ihren Beschwerden. Obwohl Endometriose schon seit vielen Jahren bekannt ist, sind die Ursachen bis heute noch nicht eindeutig geklärt. Als sehr wahrscheinlich wird die „Transplantationstheorie“ diskutiert. Dabei wird vermutet, dass die Regelblutung nicht nur über die Scheide nach außen fließt, sondern auch über die Eileiter in den Bauchraum gelangt (sogenannte retrograde Menstruation). Dadurch können sich dann lebensfähige Gebärmutter Schleimhautnester an anderen Stellen des Körpers einnisten. Eine weitere Annahme ist die Metaplasie-Theorie. Dabei entstehen Endometriosezellen aus embryonalen Bauchhöhlenzellen. Dieses Gewebe ist bereits beim Ungeborenen angelegt. Für die Endometriose, die in der Gebärmutterwand entsteht (sogenannte Adenomyosis uteri) wird das TIAR-Konzept als wahrscheinlich angesehen. TIAR (Tissue injury and repair) bedeutet, dass durch eine Überbeweglichkeit der Gebärmutter kleine Schleimhauteinrisse entstehen, die durch eine vermehrte Östrogenausschüttung wieder repariert werden. Weitere Theorien basieren auf der immunologischen bzw. entzündlichen Genese, aber auch auf der Vererbungsbasis (8-fach höheres Risiko der genetischen Weitergabe), hormonellen Veränderungen sowie Fehlfunktionen des vegetativen Nervensystems.

Die häufigsten Lokalisationen des Auftretens von Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutterhöhle sind die Endometriosis genitalis interna (Adenomyosis uteri) in der Gebärmutterwand, die Endometriosis genitalis externa (z. B. in den Eierstöcken, Eileitern, Scheide, Schamlippen), aber auch außerhalb der Genitalorgane (Endometriosis extragenitalis). Hier tritt sie gehäuft im Bereich der Harnblase, Darm, Leber, Lunge, aber auch im Bauchfellbereich auf.

## Welche Symptome treten bei Endometriose auf?

Chronisch wiederkehrende Unterbauchbeschwerden stellen zusammen mit starken Schmerzen vor und während der Periodenblutung (Dysmenorrhoe) und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie) die klassischen Symptome der Endometriose dar. Es kann zu Blutungsstörungen und zu abnormen Blutungen aus anderen Körperöffnungen als der Scheide kommen. Auch Harnblasen- und Darmbeschwerden (wie Schmerzen beim Wasserlassen oder beim Stuhlgang, Übelkeit, Erbrechen) können eine Rolle spielen. Die Krankheit kann zur Unfruchtbarkeit führen und damit zur ungewollten Kinderlosigkeit (Sterilität). Die Ausweitung der Endometrioseherde korreliert nicht mit der Schmerzsymptomatik und kann so dazu führen, dass man einen kleinen Herd hat und unter ausgeprägten Beschwerden leidet. Auch treten aktive und inaktive Endometrioseherde gleichzeitig im Körper auf.

## Wie sieht die Diagnose-Stellung aus?

Es gibt leider noch keine relevante Screening-Methode. Entscheidend ist deshalb der Erstkontakt zum Gynäkologen. Dort sollte ein ausführliches Gespräch geführt werden, das heißt mit Erfassen der 1. Regel, des Zykluskalenders, Erfassen der Schmerzangaben (evtl. auch schon unter Vorliegen eines Schmerzkaltenders). Es bedarf einer Erhebung der sexuellen Beschwerden, um dann eine weitere Diagnostik einzuleiten. Natürlich ist zunächst immer eine gynäkologische Untersuchung (auch mit

Austastung über den Darm), verbunden mit einer Ultraschalluntersuchung über die Scheide (Vaginalsonographie) vorzunehmen. Die Ultraschalluntersuchung hat ihre Grenzen in der Diagnostik, kann aber sehr gut Endometriosezysten im Bereich der Eierstöcke darstellen. Die Magnetresonanztomographie hat ihre größte Bedeutung bei der tief infiltrierenden Endometriose (oft im Douglas-Raum, dem tiefsten Punkt hinter der Gebärmutter). Aber auch diese weiterführende Diagnostik kann unter Umständen nicht in der Lage sein, alle Endometrioseherde darzustellen. Blut- und Urinuntersuchungen laufen in Forschungsprojekten, auch wird Menstruationsblut untersucht. Es ist in nächster Zeit nicht absehbar, dass man durch Blut- und Urinuntersuchungen einen Marker finden wird, der als Vorsorgeuntersuchung angewendet werden kann. Deshalb bleibt in der Erstdiagnostik bei Verdacht auf Endometriose die Bauchspiegelung (Laparoskopie) mit gleichzeitiger feingeweblicher Sicherung die beste Methode. Zusätzlich können vorab noch andere Untersuchungen erforderlich sein, wie z. B. Blasen- und Darmspiegelung. Durch die Laparoskopie mit feingeweblicher Sicherung durch den Pathologen erfolgt dann letztlich die Stadieneinteilung. Derzeit werden hauptsächlich drei Stadieneinteilungen benutzt. Einmal rASRM (Revised American Society of Reproductive Medicine). Diese berücksichtigt die Größe, die Infiltration und die Verwachsungen. Als weiteres wird noch die EEC-Stadieneinteilung benutzt. Dies ist eine endoskopische Endometrioseklassifikation. Dabei beurteilt der Operateur die Endometriose im Rahmen der Bauchspiegelung durch eine Blickdiagnose. Bei der tief infiltrierenden Endometriose wird die ENZIAN-Klassifikation angewendet. Diese Einteilung hat sich besonders auch bei der Endometriose hinter der Gebärmutter ausgezeichnet und berücksichtigt dabei die Ausdehnung der Erkrankung bezogen auf die Fläche und die Tiefe. Alle drei Stadieneinteilungen basieren auf vier Stufen und können nicht die Schwangerschaftschancen einschätzen.

## Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Es gibt chirurgische und medikamentöse Therapieansätze. Zuerst müssen durch eine Bauchspiegelung oder, wenn nicht anders möglich, durch eine offene Bauchoperation die Endometrioseherde entfernt werden und histologisch gesichert werden. Ärzt/innen sollten, wenn möglich, insbesondere bei bestehendem Kinderwunsch, organerhaltend operieren und auch intraoperativ die Durchgängigkeit der Eileiter prüfen. Es sollten so wenig wie nötig operative Eingriffe vorgenommen werden. Meines Erachtens ist es jedoch wichtig, dass Endometrioseherde im Eierstock entfernt werden, da ein leicht erhöhtes Risiko besteht im weiteren Verlauf an Eierstockkrebs zu erkranken (ansonsten besteht kein erhöhtes Risiko bei der Endometriose an Krebs zu erkranken). Eine weitere Indikation zum sofortigen operativen Eingriff besteht bei einem Nierenaufstau (kein Abfluss des Urins aus der Niere über den Harnleiter in die Harnblase und Harnröhre) bedingt durch Endometriose, da dies eine lebensbedrohliche Situation darstellen kann. Ansonsten versucht man durch konservative Therapien (insbesondere bei vorhandenem Kinderwunsch) die Endometriose zu behandeln.

Die medikamentöse Therapie bezieht sich auf eine optimale Hormontherapie. Da die Endometrioseerkrankung östrogenabhängig wächst, werden östrogenfreie Hormone (Gelbkörperhormone) bzw. Kombinationspräparate mit niedrigem Östrogenanteil eingesetzt. Sie werden im Langzyklus, also ohne Pausen, durchweg eingenommen. Visanne® ist das einzige Medikament, das für 15 Monate zur Endometriosetherapie zugelassen ist und von den Krankenkassen übernommen wird. Patientinnen sollten darauf hingewiesen werden, dass bei der Einnahme des Präparates in den ersten drei Monaten Nebenwirkungen auftreten können (Zwischenblutungen, Kopfschmerzen, Schlafstö-

rungen, erhöhtes Thromboserisiko, Zystenbildung an den Eierstöcken). Es ist sehr wichtig das Rauchen einzustellen, um dadurch nicht das Thromboserisiko zu erhöhen. Ist die Gebärmutter vorhanden, steht auch eine gelbkörperfreiegebende Spirale zur Verfügung. Diese Spirale kann über fünf Jahre eingesetzt bleiben und wird verwendet, wenn kein Kinderwunsch besteht. Sie ist besonders wirkungsvoll, wenn die Endometriose in der Gebärmutterwand (Adenomyosis uteri) sitzt. Wenn kein Kinderwunsch besteht, kann auch das Gelbkörperhormon als Drei-Monats-Spritze verabreicht werden. Die gleiche Wirkung haben gelbkörperbetonte Kombinationshormonpillen, die täglich ohne Pause eingenommen werden, sodass es zum Ausbleiben der Regel kommt. Zum anderen gibt es Spritzen bzw. auch Nasensprays (aus meiner Sicht nicht so gut wirksam) in Form von GnRH-Analoga, die die Hirnanhangsdrüse blockieren. Sie verhindern die Bildung der Eierstockhormone, insbesondere der Östrogene. Patientinnen werden dadurch künstlich ins Klimakterium, also in die Wechseljahre, gesetzt. Typische Nebenwirkungen sind u. a. Schwitzen, Schlafstörungen, Unruhe, Libidoverlust. Diese Symptome können durch die Zugabe von kleinen Östrogenhormonmengen (Add-back-Therapie) gelindert werden, die die Endometrioseherde nicht wachsen lassen. Diese Therapie sollte aufgrund der starken Nebenwirkungen nur maximal sechs Monate andauern und ist für Jugendliche unter 16 Jahren nicht geeignet, da noch kein abgeschlossenes Knochenwachstum vorliegt.

In Studien befinden sich weitere Präparategruppen, so z. B. COX-2-Hemmer, die die Entzündungen hemmen, da vermutet wird, dass die Endometriose auf entzündlicher Basis entsteht. Des Weiteren sind Aromatasehemmer bereits in Erprobung. Dabei wird die Entstehung des Hormons Östrogen im Körper gehemmt. Dies ist jedoch nur für Patientinnen in der Postmenopause geeignet, da bei hormonaktiven Frauen dieses Präparat Zysten an den Eierstöcken hervorrufen würde. Weitere Studien laufen mit GnRH-Antagonisten, Progesteronrezeptormodulatoren (Ulipristatacetat) und Östrogenrezeptor-Beta-Agonisten. Ulipristatacetat wird bereits in der Behandlung von Myomen in der Gebärmutter genutzt. Außerdem sollte eine optimale Schmerztherapie erfolgen (die auch mit der Hormontherapie kombiniert werden kann). Dabei werden vorrangig nichtsteroidale Antirheumatika aber auch Metamizol eingesetzt. Es kann auch notwendig sein, dass stärkere Schmerztherapeutika in der Stufe nach WHO 2 oder WHO 3 (morphinhaltige Präparate) gegeben werden müssen. Außerdem können bei neuropathischen Schmerzen auch Antikonvulsiva (krampflösende Medikamente) eingesetzt werden.

## **Der Weg zur Anschlussheilbehandlung (AHB) und Rehabilitation**

Nach ausgedehnten Operationen haben die betroffenen Frauen die Möglichkeit vom Krankenhaus aus eine AHB innerhalb von vierzehn Tagen in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik anzutreten. Diese wird vom Sozialdienst der operierenden Klinik beantragt. Da es sich bei der Endometriose um ein chronisches Krankheitsbild handelt, ist es auch möglich, über den Rentenversicherungsträger oder die gesetzlichen und privaten Krankenkassen zu einem späteren Zeitpunkt eine Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen. Dazu wendet sich die betroffene Frau an ihren behandelnden Gynäkologen. Die Endometriose ist ein komplexes Krankheitsbild und bedarf einer ganzheitlichen medizinischen Betreuung. Dazu steht den Frauen in den zertifizierten Rehabilitationskliniken (bisher vier Kliniken: Bad Schmiedeberg, Bad Schwartau, Ratzeburg, Schlangenbad) ein multiprofessionelles Team mit Fachärzt/innen, Pflegekräften, Physiotherapeut/innen, Masseur/innen, medizinischen Bademeister/inn, Psycholog/innen, Sozialarbeiter/inn, Ergotherapeut/innen sowie Diätassistent/innen zur Verfügung.

Die Patientinnen werden in Kleingruppen betreut und ihnen steht ein speziell ausgearbeitetes Endometriose-Therapieprogramm zur Verfügung. Das Angebot der Röpertsbergklinik umfasst dabei alternative Therapieansätze wie Klangschalenthherapie nach Peter Hess sowie Craniosacraltherapie. So trägt beispielsweise die Klangschalenthherapie mit dazu bei, die Entspannungsfähigkeit zu erhöhen, aber auch den Schmerz zu reduzieren, Ängste abzubauen und die Körperwahrnehmung zu verbessern. Es besteht weiterhin die Möglichkeit der weizenreduzierten Kost als unterstützende Maßnahme. Dabei soll eine körperliche und seelische Stabilisierung erreicht werden, Schmerzbewältigung vermittelt werden und wichtige Krankheitsinformationen vorgetragen werden. Es erfolgen Hilfen bei der Krankheitsbewältigung und vertrauensvolle Beratungen zu Fragen der Partnerschaft, Sexualität sowie ungewollte Kinderlosigkeit. Die Frauen sollen auch wieder in den Beruf, aber auch in ihr soziales Umfeld integriert werden. Durch Austausch mit anderen Betroffenen können die Frauen den Umgang mit ihrer Erkrankung zum Positiven verändern.

Die Röpertsbergklinik Ratzeburg ermöglicht es betroffenen Müttern ihre Kinder mitzubringen, wenn sie nicht älter als zwölf Jahre sind. Dank einer Kinderbetreuung, Spielmöglichkeiten sowie speziellen Unterbringungszimmern bietet die Klinik ein Mutter-Kind-freundliches Umfeld. Die Kosten für einen gemeinsamen Aufenthalt werden von der DRV übernommen.

In diesen Kliniken ist eine ständige fachärztliche gynäkologische Betreuung mit verschiedenen Untersuchungsmöglichkeiten gegeben, worauf Wert zu legen ist. Die Röpertsbergklinik Ratzeburg bietet außerdem eine ständige Präsenz von Urolog/innen und Chirurg/innen. Dies kann erforderlich sein, wenn auch eine Behandlung der Endometriose im Harntrakt sowie im Darmbereich erfolgen musste. So kann in der Röpertsbergklinik auch die Videozystoskopie und Urodynamik erfolgen, welche zur Verlaufskontrolle nach großen urologischen Operationen notwendig sein kann.

Eine ständige Anpassung der Schmerztherapie bei regelmäßigem Führen des Schmerztagebuches ist möglich. Eine individuelle Sexualberatung kann auf Wunsch auch gemeinsam mit dem Partner durchgeführt werden. Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung werden ausführlich besprochen. Regelmäßig gehaltene Vorträge vermitteln Informationen über die Endometrioseerkrankung, über Umgang mit chronischem Schmerz, Kinderwunschbehandlung und Sexualität.

## **Was kann therapieergänzend und unterstützend wirksam sein?**

Sport und physiotherapeutische Maßnahmen:

Durch körperliches Training werden Schmerzen weniger intensiv empfunden und können besser verarbeitet werden. Gearbeitet wird in Endometriose-Kleingruppen, sowohl in der Sporthalle als auch im Bewegungsbad. Dabei kommen Atemübungen zum Einsatz, die die Angst abbauen und Rückenschulung, die eine Schonhaltung verhindern. Zusätzlich wird Beckenbodentraining angeboten. Bei unterschiedlichen Übungen im Fitnessraum mit statischem und dynamischem Muskeltraining, aber auch mit Walken, Intervalltraining, Jogging kann die Fitness, angepasst an die Körpersituation, verbessert werden. Sie werden lernen, wie auch zu Hause sportliche Aktivitäten eigenständig in den Alltag eingebaut werden können und erfahren, dass angepasstes körperliches Training wieder Spaß macht.

Zu weiteren Maßnahmen zählen u. a. medizinische Teil- und Vollbäder. Mit ihren unterschiedlichen Badezusätzen wirken sie krampflösend und können so auch Narbenbeschwerden abbauen. Un-

terschiedliche Massageformen, wie Bindegewebs- und Fußreflexzonenmassage, aber auch Wärme, Ultraschall und Elektrotherapie tragen dazu bei, Verwachsungsbeschwerden, Verstopfung und Schmerzzustände abzubauen.

#### Psychologische Unterstützung:

Oftmals haben die Frauen bereits eine jahrelange Diagnostik und Therapie hinter sich. Sie müssen sich unter anderem mit ungewollter Kinderlosigkeit, Wechseljahresbeschwerden, sexuellen Problemen, Schmerzen, Angst und eventuell Organverlust auseinandersetzen. Deshalb helfen psychologische Einzelgespräche sowie Paargespräche, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Sehr gut wird die psychologische Betreuung in Kleingruppen angenommen, da dabei ein intensiver Erfahrungsaustausch zwischen den Frauen stattfinden kann. Themen sind dabei chronischer Schmerz und Psyche, unerfüllter Kinderwunsch, eigene Bedürfnisse und soziales Umfeld, Selbstfürsorge im Alltag, Partnerschaft und Sexualität und die Suche nach individuellen Strategien der Krankheitsbewältigung. Dadurch wird es ermöglicht, die Lebensqualität zu steigern. Gemeinsam mit anderen Maßnahmen, wie Kunst- und Gestaltungstherapie sowie Tanztherapie, soll ihnen geholfen werden, wieder Freude am Leben zu gewinnen. Durch Erlernen von Entspannungsverfahren, wie Autogenes Training, Muskelentspannung nach Jacobsen, Yoga, Qi Gong, Tai Chi, können Sie in der AHB/Rehabilitation Erfahrungen sammeln, ein geeignetes Entspannungsverfahren für Ihren Alltag zu finden.

#### Diätetik:

Die Ernährung spielt eine wesentliche Rolle in der Endometriose-therapie. Sie sollten gerade nach erst erfolgter Operation blähende Speisen meiden und sich nach den DGE-Richtlinien (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) ernähren, dabei Fette und Milchprodukte in geringerem Maße zu sich nehmen, Obst und Gemüse dafür umso mehr. Kaffee und Alkohol ist zu reduzieren. Langfristig ist eine weizenreduzierte Kost zu empfehlen. Auch hier können Sie in den spezialisierten Rehabilitationskliniken durch individuelle Ernährungsberatungen, Lehrküche mit Selbstzubereitung von gesunder Kost und Zusammenstellung der Ernährung am Buffet unter Anleitung der Diätassistent/innen wichtige Erfahrungen sammeln, um diese in den Alltag einzubauen. Im Allgemeinen sollten wenig Nahrungsergänzungsmittel dem Essen beigefügt werden. Es hat sich aber gezeigt, dass Nahrungsergänzungsmittel, die aus der Schale der Rotweintrabe gewonnen werden, die Durchblutung der Endometrioseherde hemmen, die Mikrogefäßdichte in den Endometrioseherden abbauen und damit zur Reduzierung von Endometrioseläsionen beitragen (Studien müssen das noch endgültig beweisen). Dieses Mittel findet sich z. B. im Rotwein, in Weintrauben, Himbeeren und Pflaumen, aber jeweils nur in zu geringen Mengen enthalten.

#### Ordnungstherapie:

Für den Alltag, für die Familie, aber auch für den Beruf ist eine gewisse Ordnungstherapie wichtig. Dabei ist darauf zu achten, dass der Stresspegel heruntergefahren wird (man kann nicht auf drei Hochzeiten gleichzeitig tanzen), ausreichend Schlaf zur Verfügung steht und schädliche Noxen, z. B. Nikotin vollständig, Alkohol, Kaffee in Übermaßen gemieden werden sollten.

## Soziale Sicherung:

Auch wenn Sie unter einer chronischen Erkrankung leiden, ist es von Bedeutung, so lange wie möglich den Arbeitsplatz zu erhalten. Hier stehen Ihnen beratend Ergotherapeut/innen und Sozialarbeiter/innen in den zertifizierten Rehabilitationskliniken zur Seite. Schwere körperliche Arbeiten sind zu meiden. Sie erhalten eine Arbeitsplatzberatung. Bei ausgedehnten Operationen, häufigen Schmerzen kann keine langandauernde Zwangshaltung im Unterbauchbereich eingenommen werden. Diesbezüglich erfolgen Beratungen zum Sattelstuhl, Stehstuhl, aber auch höhenverstellbaren Schreibtisch. Es können Arbeitsplatzproben erfolgen. Diese Leistungen zur Teilhabeverbesserung werden dann durch die Deutsche Rentenversicherung übernommen. Unter Umständen muss auch eine Umschulung eingeleitet werden. Außerdem erhalten Sie Informationen zum Schwerbehindertenrecht und erfahren Hilfe bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises.

Der/die Sozialarbeiter/in informiert Sie über Endometriose-Selbsthilfegruppen. Erste Anlaufstelle ist die Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. in Leipzig. Sie agiert bundesweit, vermittelt Informationen zur Selbsthilfe, z. B. ob eine Selbsthilfegruppe in Wohnortnähe besteht, und gibt Orientierung für Patientinnen, indem sie Endometriosezentren zertifiziert. Somit ist gewährleistet, dass Sie sich auch langfristig mit Betroffenen austauschen und jederzeit Rat einholen können.

Wichtig ist es auch, dass Sie konservative Behandlungen in der Endometriosetherapie zulassen, darüber Aufklärung erhalten und vielleicht auch kennenlernen. Darüber bekommen Sie Informationen in den zertifizierten Reha-Kliniken. Jede Betroffene muss selbst herausfinden, von welcher Therapie sie besonders profitiert. Zu nennen sind Akupunktur zur Schmerzlinderung, Craniosacraltherapie, Phytotherapie (mit Pflanzen heilen), Osteopathie (Förderung der Selbstheilungskräfte mit Händen) Homöopathie, Neuraltherapie, Traditionelle Chinesische Medizin, Klangschalen-therapie etc. Durch all diese Erfahrungen, die Sie während einer Anschlussheilbehandlung als auch Rehabilitationsmaßnahme machen, haben Sie die Möglichkeit verschiedene Behandlungsformen zu nutzen. Sie fühlen am eigenen Körper, wovon Sie profitieren, was Sie in den Alltag einbauen können.

Mit Hilfe Ihres Gynäkologen bzw. Ihrer Gynäkologin, mit der zertifizierten operierenden Klinik, mit der zertifizierten Reha-Klinik und den Selbsthilfegruppen (federführend Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.) ist es Ihnen möglich, langfristig mit der Erkrankung umzugehen und sie zu akzeptieren. Sie erhalten dadurch eine bessere Lebensqualität, um in der Familie, im Alltag, in Ihren sozialen Aktivitäten und Ihrem Beruf wieder Freude zu haben.

Nutzen sie diese Möglichkeiten, Sie helfen sich und Ihrem Umfeld.

Dr. Kerstin Knauth, Gynäkologin und Oberärztin der Röpertsbergklinik Ratzeburg, Fachklinik für Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

---

[www.roepersbergklinik.de](http://www.roepersbergklinik.de)

# Endometriose – die schwierige Erkrankung

Die schwierige Erkrankung Endometriose. Schwierig zu verstehen, schwierig zu diagnostizieren und schwierig zu therapieren. Eine Erkrankung, die sowohl die Patientinnen, aber auch die behandelnden Ärzt/innen vor große Herausforderungen stellt. Für die Patientinnen ist Endometriose eine schwierige Erkrankung, weil es zumeist mehrere Jahre dauert, bis die Diagnose Endometriose gestellt wird, und somit den Symptomen ein Name gegeben werden kann. Die Erkrankung aber bleibt auch dann noch schwierig, weil nunmal niemand erklären kann, warum Endometriose entsteht, und demzufolge keine kausale Therapie bekannt ist. Die Erkrankung ist schwierig, weil im Rahmen der Behandlung häufig mehrere Operationen erfolgen und hormonelle Therapien einen großen Einfluss auf den Gesamtorganismus der betroffenen Patientin haben können. Die Endometriose ist schwierig, weil sie Symptome verursacht, die je nach Ausprägung in Kombination mit den operativen und medikamentösen Therapien einen Einfluss auf vielfältige Lebensbereiche der Frauen haben können. Für den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin ist die Endometriose eine Krankheit, die schwierig zu diagnostizieren ist. Sie bleibt im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung und der transvaginalen Ultraschalluntersuchung oft unsichtbar. Sie ist eine schwierige Erkrankung, weil wir sie nicht einfach heilen können, sondern weil sie häufig eine Art chronischen Verlauf nimmt und die therapeutischen Ansätze begrenzt sind. Die Endometriose ist schwierig, weil wir uns mit dem Leiden der betroffenen Patientinnen ehrlich auseinandersetzen müssen und dies hohe Anforderungen an unsere medizinischen, aber auch psychosomatischen und psychosozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten stellt. Die Endometriose ist aber auch schwierig, weil sie, obwohl gutartig, äußerst hohe Anforderungen an den/die Operateur/in stellt und bei ausgeprägten Befunden zu den schwierigsten operativen Eingriffen unseres Faches gehört.

In der aktuellen Leitlinie der AWMF wird die Endometriose als für Patientinnen und Ärzt/innen gleichermaßen verwirrende Erkrankung bezeichnet. Unsere Aufgabe sollte es nun sein, diese Verwirrung Schritt für Schritt aufzuheben und den genannten Schwierigkeiten entgegenzutreten. Hierfür müssen erstens die bestehenden klinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie von allen Behandlern berücksichtigt und umgesetzt werden. Und zweitens Studien initiiert werden, die weitere Entwicklungen in der Behandlung der Endometriose ermöglichen.

## Die Erstdiagnose

Die diagnostische Laparoskopie mit Biopsie und feingeweblicher Aufarbeitung ist nach wie vor die einzige Möglichkeit der sicheren Diagnosestellung und einer exakten Stadieneinteilung der Endometriose. Die Laparoskopie ist eine sichere und etablierte Methode mit einer sehr geringen Komplikationsrate. Bei Vorliegen einer Endometriose kann die diagnostische Operation zu einem therapeutischen Eingriff erweitert werden und eine Sanierung der Erkrankung erfolgen. Der Zeitpunkt der Laparoskopie muss letztlich von der Symptomatik und dem damit verbundenen Leidensdruck abhängig gemacht werden. Bei entsprechendem Verdacht sollte nicht unnötig lange auf das Durchführen einer Laparoskopie gewartet werden. Zahlreiche andere, teils auch aufwendige und mit Komplikationen verbundene Untersuchungen verschiedenster Fachrichtungen können so in vielen Fällen vermieden werden. Die Hemmschwelle zur Laparoskopie liegt in vielen Fällen eindeutig zu hoch. Voraussetzung ist allerdings, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Endometriose als Differentialdiagnose berücksichtigen. Die Operation selbst, soll-

te auch beim Ersteingriff im zertifizierten Zentrum erfolgen. Somit ist die sichere Abklärung gewährleistet und eine Stadieneinteilung garantiert. Für den zukünftigen Verlauf der Behandlung der Erkrankung ist dies bereits von entscheidender Bedeutung. Endometriose zu erkennen ist nicht immer einfach. Gerade bei sehr jungen Patientinnen kann ohne hinreichende Erfahrung ein falsch-negativer Befund erhoben, d. h. eine Endometriose übersehen werden. Dies ist von größter Bedeutung, gerade weil es keinen Zusammenhang zwischen Herdgröße und Schmerzintensität gibt. Das frühzeitige Erkennen und entsprechende operative Destruieren und Entfernen des betroffenen Gewebes kann so in zahlreichen Fällen schwere Verläufe mit tiefer Infiltration und Organbeteiligung verhindern.

## Tief-infiltrierende Endometriose

Die Endometriose kann in die Tiefe von Geweben eindringen und diese infiltrieren. Dies kann neben entsprechenden Schmerzen auch zu Funktionseinschränkungen der betroffenen Organe führen und einen weiteren negativen Einfluss auf die Fruchtbarkeit haben. Eine komplexe tief-infiltrierende Endometriose entsteht nicht in kurzer Zeit, sodass möglicherweise zahlreiche dieser komplexen Fälle durch entsprechende frühzeitige Diagnostik vermieden werden könnten. Allerdings muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass es auch die symptomfreie Patientin mit ausgedehnter Endometriose gibt. Die operative Entfernung der tief-infiltrierenden Endometrioseherde ist der wesentliche Behandlungsstandard. Verbunden mit dem Wunsch nach Organerhalt stellt dies sehr hohe Anforderungen an die Operateur/innen, weshalb eine Spezialisierung unbedingte Voraussetzung ist und entsprechende Eingriffe außerhalb von zertifizierten Zentren vermieden werden sollten. Ziel einer solchen Operation muss nicht immer die Entfernung aller Herde sein, sondern die Entfernung aller Herde unter Berücksichtigung des Organerhaltes und des Kinderwunsches der Patientin. Die Entscheidung über den Grad der Radikalität muss intraoperativ vom Operateur getroffen werden. Voraussetzung hierfür ist ein ausführliches präoperatives Aufklärungsgespräch und die genaue Kenntnis des Operateurs bzw. der Operateurin über die Symptome, die Lokalisation von Schmerzen, Erwartungen und Vorstellungen der Patientin. Eine ideale Operation im Sinne der Qualität gibt es hierbei nicht, aber eine Patientin mit Kinderwunsch, die postoperativ schwanger wird, oder eine Patientin mit starken Regelschmerzen, Schmerzen beim Verkehr oder Stuhlgang, die postoperativ symptomfrei ist, wird mit dem Ergebnis zufrieden sein.

## Rezidivprophylaxe

Endometriose kommt in sehr vielen Fällen auch nach fachgerecht durchgeführter Operation zurück. Operativ entfernen kann man nur die sichtbaren Läsionen, jedoch nicht die zu kleinen für das menschliche Auge unsichtbaren Herde. Unter dem Einfluss von Östrogen können diese sich in vielen Fällen wieder entwickeln und erneut zu Beschwerden führen. Die in der aktuellen Leitlinie empfohlene Prophylaxe mit Gelbkörperhormonen kann die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens senken und so das Ergebnis der Operation im Sinne der Symptomlinderung oder Symptomfreiheit konservieren. Dienogest ist hierbei Hormon der Wahl. Die möglichen Nebenwirkungen müssen allerdings erläutert werden und zwingen unter Umständen zum Wechsel auf ein anderes Präparat. Andere geringer dosierte Gelbkörperhormone haben häufig geringere Nebenwirkungen, könnten jedoch unterdosiert sein und so keine ausreichende Prophylaxe darstellen. Eine weitere Möglichkeit besteht in der gering dosierten Hinzunahme von Östrogen in Kombination mit Gelbkörperhormonen, wie zum Beispiel Dienogest. Letztlich muss eine individualisierte Therapie erfolgen. Voraussetzung ist die ausführliche Beratung, regelmä-

ßige Nachuntersuchungen und die Klarheit darüber, dass die Möglichkeiten der langjährigen therapeutischen Maßnahmen, auch unter Berücksichtigung von GnRH-Analoga und komplementärmedizinischen Ansätzen wie Osteopathie, Akupunktur, Ernährungsweise und antientzündlicher Medikation begrenzt sind und ein Kompromiss zwischen Symptomatik, Kinderwunsch und eventueller Nebenwirkung gefunden werden sollte. Eine Alternative oder Ergänzung stellt in zahlreichen Fällen die Therapie mit einer Spirale dar, die geringe Mengen von Gelbkörperhormon lokal abgibt. Diese wirkt besonders gut bei der sogenannten Adenomyose, der Endometriose der Gebärmuttermuskulatur.

## Adenomyose

Die Adenomyose ist eine besonders „schwierige“ Form der Endometriose. Sie führt zu Regelschmerzen und Blutungsstörungen und kann einen ungünstigen Einfluss auf die Fruchtbarkeit haben. Die Diagnosesicherung mittels Biopsie ist unzuverlässig. So bleibt die transvaginale Ultraschalluntersuchung als einfache, aber noch nicht ausreichend untersuchte Methode der Diagnosesicherung der Erkrankung. In Zweifelsfällen kann auch eine Magnetresonanztomographie ergänzend durchgeführt werden. In fast 50 % der Fälle mit tief-infiltrierender Endometriose liegt auch eine Adenomyose vor. Dies bedeutet, dass die Gebärmutter selbst Teil des Problems ist. Auch bei kompletter Sanierung der Endometriose bleiben so häufig Symptome bestehen, da die Adenomyose in den meisten Fällen operativ nicht therapiert werden kann. In einigen Fällen liegt eine sogenannte fokale Adenomyose vor, deren Entfernung dann auch die Symptome beseitigt. Bei der diffusen Adenomyose jedoch kann eine wirksame Therapie mit einer hormon-abgebenden Spirale erzielt werden. Der Blick für die Adenomyose muss daher für die Untersucher geschärft werden und die parallele Behandlung dieser Form der Erkrankung auch bei Patientinnen mit Kinderwunsch muss Teil des Gesamtkonzeptes werden. In mehr als 20 Zentren der SEF findet aktuell eine Studie statt, die die Möglichkeiten der Diagnostik bei Adenomyose genauer beleuchtet.

## Aussicht

Obwohl noch viele Fragen offen sind und weiterhin ein großer Bedarf an Forschung und Entwicklung, aber auch nur an einfacher Aufklärung besteht, ist die Diagnostik und Therapie der Endometriose in Bewegung. Keinesfalls gibt es einen Grund den Kopf in den Sand zu stecken. Ganz im Gegenteil, mit dem System der Zertifizierung von Zentren ist es der Stiftung Endometrioseforschung gelungen ein Netzwerk von Experten zu etablieren, die sich der Erkrankung angenommen haben. Die Entwicklung in der minimal-invasiven gynäkologischen Chirurgie in Kombination mit der Zentrenbildung hat bereits zu einer erheblichen Verbesserung der Qualität in Diagnostik und Therapie geführt. Das Networking der einzelnen Zentren mit den umgebenden Praxen muss weiter ausgebaut werden, um so auch weiter ein profundes Bewusstsein für die Erkrankung, deren Symptome und die komplexen Anforderungen an Diagnostik und Therapie zu schaffen. Ärzt/innen und Patientinnen müssen im Dialog bleiben. Wir müssen akzeptieren, dass unsere Möglichkeiten begrenzt sind und weiterhin Einiges im Dunkeln liegt. Der ehrliche Umgang mit diesen Tatsachen schafft Vertrauen. Und genau dies ist, was wir für einen erfolgreichen gemeinsamen Weg brauchen.

Dr. Harald Krentel ist Gynäkologe und Chefarzt in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, St. Anna Hospital, Herne (zertifiziertes klinisch-wissenschaftliches Endometriosezentrum)

[www.annahospital.de](http://www.annahospital.de)

# Betriebliches Eingliederungsmanagement BEM

## Trotz Endometriose Schritt für Schritt zurück ins Arbeitsleben

Manchmal läuft es nicht gut im Alltags- oder Arbeitsleben. Vor allem dann nicht, wenn eine Krankheit eine Arbeitnehmerin oder einen Arbeitnehmer immer wieder kurzfristig oder auch längere Zeit arbeitsunfähig macht. Gerade chronische Erkrankungen wie die Endometriose haben nicht nur gravierende Folgen für das Leben der Betroffenen, sie führen häufig auch zu Einschnitten und Unterbrechungen in der Erwerbsbiografie. Wenn eine Erkrankung innerhalb eines Jahres zu mehr als sechs Wochen Fehlzeiten führt, stellen sich einige Fragen, z. B.: Wie soll ich meinen Job weiter ausüben? Wie kann ich mir helfen, an den Arbeitsplatz zurückzukehren? Wird mir der Arbeitsplatz womöglich gekündigt? Insbesondere die Sorge um eine krankheitsbedingte Kündigung ist nicht unbegründet, denn Arbeitgeber/innen können dies tun und sie machen – leider – viel zu häufig von diesem Recht Gebrauch. Doch Erkrankte, insbesondere auch Frauen mit Endometriose, haben ein Recht auf Teilhabe am Berufsleben.

Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber vor 15 Jahren ein so genanntes Betriebliches Eingliederungsmanagement, abgekürzt BEM, im Gesetz verankert. Um dieses BEM geht es in diesem Artikel, der auf dem Vortrag des Autors bei der Jahrestagung 2016 der Endometriose-Vereinigung Deutschland aufbaut.

### BEM ... wo ist das geregelt?

Fast unscheinbar kommt das Betriebliche Eingliederungsmanagement daher, eingebettet in das Schwerbehindertenrecht, obwohl es sich überhaupt nicht nur an schwerbehinderte Menschen richtet, sondern an alle Arbeitgeber/innen: egal ob Großkonzern, mittelständisches Unternehmen, kleiner Handwerksbetrieb, Kirche, öffentlicher Dienst o. ä. Alle Arbeitgeber/innen sind angesprochen und verpflichtet, ein BEM anzubieten. Das gilt sogar dann, wenn der Betrieb so klein ist, dass er nicht dem Kündigungsschutzgesetz unterliegt. BEM gilt damit für alle in einem Arbeitsverhältnis stehenden Menschen, also für Vollzeitbeschäftigte ebenso wie für Teilzeitbeschäftigte, für Menschen mit Schwerbehinderung genauso wie ohne, für Aushilfskräfte, Auszubildende usw.

### BEM ... was ist das und worum geht es?

Was bedeutet Betriebliches Eingliederungsmanagement? BEM soll dabei helfen, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. In der betrieblichen Praxis heißt das, dass Arbeitgeber/innen (oder deren Vertreter/innen) zusammen mit der Beschäftigten und, sofern vorhanden, mit den betrieblichen Interessenvertretungen Betriebs-/Personalrat und Schwerbehindertenvertretung nach Möglichkeiten sucht, wie der bisherige Arbeitsplatz angepasst werden kann oder ob ggf. eine Beschäftigung auf einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im Betrieb erfolgen kann. In jedem Fall ist das oberste Ziel der Erhalt des Arbeitsplatzes. Dazu sind alle denkbaren Personen und Stellen einzubeziehen, also die Betriebsärzt/innen, die Krankenkasse, der Rentenversicherungsträger für Rehabilitationsmaßnahmen, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, das Integrationsamt, die behandelnden Ärzt/innen und weitere Personen, die zum Erfolg eines BEM beitragen können. Das ist sehr wichtig zu wissen. Weil der Gesetzestext dies so konkret nicht aussagt, hat das Bundesarbeitsgericht

(BAG, Urteil vom 10.12.2009) entschieden, dass jedes BEM den gesetzlichen Anforderungen entspricht, wenn es erstens die zu beteiligenden Stellen, Ämter und Personen einbezieht. Und wenn zweitens keine vernünftigerweise in Betracht zu ziehenden Anpassungs- und Änderungsmöglichkeiten ausgeschlossen werden und drittens die von den Teilnehmer/innen eingebrachten Vorschläge sachlich erörtert werden. Das ist von entscheidender Bedeutung, denn allzu oft hört man Sätze wie „Das geht nicht!“ oder „Wenn das jeder wollte ...“ oder „Das können wir nicht machen!“. Das alles zählt im Grunde nicht. Das Problem ist nur, dass sich ohne Interessenvertretung wie Betriebs- oder Personalrat viele Maßnahmen nicht so einfach durchsetzen lassen, wenn die Arbeitgeberin nicht möchte. Wer kann dann helfen? Seit 2015 besteht die Vorschrift, dass die gesetzliche Krankenkasse betroffene Erkrankte beraten muss, damit die Sicherung der Beschäftigung und des Arbeitsplatzes gelingt. Frauen mit Endometriose, die im BEM-Verfahren mit ihren Vorschlägen nicht weiterkommen, sollten sich also an ihre Krankenkasse wenden und auf § 44 SGB V hinweisen.

### **BEM ... wie läuft so was ab?**

Das Gesetz regelt nicht, wie ein BEM durchgeführt wird. In der betrieblichen Praxis hat sich jedoch folgender Ablauf bewährt:

1. Die Arbeitgeberin stellt fest, dass bei der Arbeitnehmerin sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres erreicht sind (es ist dabei vollkommen egal, ob sich die sechs Wochen am Stück oder durch einzelne Zeiträume ergeben und aufgrund welcher Diagnosen die Beschäftigte erkrankt ist);
2. Einladung durch die Arbeitgeberin oder ein BEM-Team (z. B. bestehend aus Arbeitgeber/in und Betriebs-/Personalrat und Schwerbehindertenvertretung) zu einem Erstgespräch, in dem ausführlich über die Möglichkeiten eines BEM informiert werden muss. Erst wenn die Beschäftigte schriftlich ihre Zustimmung gegeben hat, kann das BEM beginnen. Dann wird gemeinsam die Arbeitsplatzsituation analysiert und überlegt, mit welchen Maßnahmen der Beschäftigten geholfen werden kann. Achtung: Dabei braucht selbstverständlich nicht die Diagnose genannt werden, es geht einzig und allein um die Einschränkungen, die sich aus der Erkrankung ergeben.
3. Diese Maßnahmen werden einvernehmlich (!) vereinbart und dokumentiert.
4. Die Maßnahmen werden umgesetzt.
5. Es finden regelmäßig gemeinsame Folgegespräche statt, um zu sehen, ob die Maßnahmen erfolgreich waren. Sind sie das nicht, müssen weitere Maßnahmen ergriffen werden. Ein BEM darf nach Ansicht des Autors erst beendet werden, wenn keine Maßnahmen mehr vorgeschlagen werden oder nur noch solche, die offensichtlich nicht zielführend sind.

### **BEM ... wer unterstützt mich und wie?**

Die zwingend vorgeschriebenen Beteiligten sind im Gesetz benannt: Die Arbeitgeberin, die Beschäftigte selbst und (wenn vorhanden) die Interessenvertretung im Betrieb. Darüber hinaus können folgende Personen und Stellen einbezogen werden: die Betriebsärzt/innen, der Rentenversicherungsträger, die Agentur für Arbeit, der Unfallversicherungsträger, Gemeinsame Servicestellen, das Integrationsamt und die Integrationsfachdienste, behandelnde Ärzt/innen, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen (z. B. die Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.) u. a.

Die Maßnahmen, wie einer Beschäftigten geholfen werden kann an den Arbeitsplatz zurückzukehren und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen, sind vielseitig. Denkbar ist der „Klassiker“, nämlich die stufenweise Wiedereingliederung nach dem so genannten Hamburger Modell.

Ein BEM bietet aber noch viel mehr, z. B. die Anregung zu einer Rehabilitationsmaßnahme durch den Rentenversicherungsträger, die ggf. befristete Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit, die Neuverteilung der Arbeitszeiten, die Umgestaltung des Arbeitsplatzes, technische Hilfsmittel, die Änderung der Arbeitsorganisation (z. B. Wegfall bestimmter Aufgaben, Regelungen zur Pausengestaltung), eine interne Qualifizierung, aber auch eine Umsetzung oder Versetzung sind denkbar. Zur Erinnerung: Keine vernünftigerweise in Betracht zu ziehende Anpassungs- und Änderungsmöglichkeit darf ausgeschlossen werden, sagt das Bundesarbeitsgericht. Und: Jeder Vorschlag muss sachlich erörtert werden.

### **BEM ... was, wenn eine/r nicht will?**

Wir haben erfahren, dass Arbeitgeber/innen ein BEM anbieten müssen. Was aber ist, wenn die Beschäftigte das BEM ablehnt? Dann gibt es keine direkten arbeitsrechtlichen Auswirkungen. Die Teilnahme am BEM ist freiwillig und kann auf Wunsch jederzeit beendet werden. Wer ein BEM-Angebot aber von vornherein ablehnt, kann sich im Falle einer krankheitsbedingten Kündigung vor dem Arbeitsgericht nicht darauf berufen, dass kein BEM durchgeführt wurde. Wer ein BEM ablehnt, nimmt sich die Möglichkeit, gemeinsam mit dem BEM-Team an Lösungen zu arbeiten.

Was ist, wenn die Arbeitgeber/innen kein BEM anbieten, obwohl sie es müssten? Leider besteht nach heutiger Rechtslage noch keine Möglichkeit, ein BEM „einzuklagen“. Der/die Arbeitgeber/in tut aber gut daran, es anzubieten. Denn macht er/sie dies nicht und kündigt er/sie krankheitsbedingt, kann dies vor Gericht als unverhältnismäßig eingestuft werden und zur Unwirksamkeit der Kündigung führen: Der/die Arbeitgeber/in muss darlegen und nachweisen, dass er/sie alles unternommen hat, um eine Weiterbeschäftigung zu ermöglichen.

### **BEM ... oder doch Krankenrückkehrgespräch?**

Manche Beschäftigte mussten vielleicht schon mal an einem dieser unangenehmen Gespräche teilnehmen, zu denen die Vorgesetzte oder der Chef „einlädt“ und in denen dann die Konsequenzen krankheitsbedingten Fehlens „besprochen“ werden, die so genannten Krankenrückkehrgespräche. Gegen solche Gespräche kann sich niemand wehren und sie haben einen fieseren Charakter: In Krankenrückkehrgesprächen geht es um Kontrolle von Krankheit und Disziplinierung der Beschäftigten. BEM hingegen, so hat der Artikel aufgezeigt, hat ein ganz anderes Ziel: die Überwindung bestehender Arbeitsunfähigkeit, die Vorbeugung erneuter Arbeitsunfähigkeit und vor allem der Erhalt des Arbeitsplatzes bei gleichzeitiger Stabilisierung der Gesundheit der Beschäftigten.

## Fazit

Der Artikel beschreibt, worum es beim BEM geht. Die Ziele sind klar definiert: BEM soll das Beschäftigungsverhältnis stabilisieren und sichern und dafür sorgen, dass es der an Endometriose erkrankten Frau am Arbeitsplatz „gut geht“ oder zumindest besser. Deshalb soll Arbeitsunfähigkeit überwunden und durch entsprechende Maßnahmen, Hilfen, Unterstützungen, Änderungen und Anpassungen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden. BEM zeichnet sich aus durch Freiwilligkeit und Gemeinsamkeit! Es geht schließlich beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement immer um betriebliche Maßnahmen, nicht um medizinische Behandlungsmethoden.

### § 84 Abs. 2 SGB IX

Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement).

Matthias Kaden  
Personalrat und Ansprechpartner für das BEM

---

Der Autor ist für Fragen und Rückmeldungen dankbar und per E-Mail über die Endometriose-Vereinigung erreichbar.

# Alltag mit Endometriose

---

Das Thema Alltag mit Endometriose scheint banal, ist jedoch höchst komplex. Denn Endometriose betrifft nun mal ALLE Lebensbereiche. Es ist so, als würde man sagen: Schreib mal kurz über das Leben an sich! Ich wage den Versuch trotzdem.

## Das Sensibelchen aus der Eifel

Ich bin in der Eifel aufgewachsen. Als ich jung war, gab es für uns Mädchen dort eine Art festgelegte biografische Reihenfolge, die irgendwie jede von uns durchschritt: Kommunion – Tanzkurs – Pille. Die Pille war wie Zahnspange, die hat man ab einem gewissen Alter einfach gekriegt. Und so fand ich mich mit 15 beim Frauenarzt, und meine Mutter stellte mich mit den Worten vor: „Dat Kind is mir zu dünn und et hat schlechte Haut!“ So habe ich eine Pille mit absolutem Östrogen-Overkill verschrieben bekommen. Und die Probleme begannen.

Etwas später suchte ich den Frauenarzt wieder auf. Ich erzählte ihm: „Seitdem ich die Pille nehme, ist mir vor der Periode kotzübel und an drei Tagen habe ich heftigste Schmerzen. Irgendwas stimmt da nicht!“ Der Frauenarzt reagierte so, wie leider heute noch zu viele Gynäkolog/innen reagieren: „Jede Frau hat so ihre Probleme bei der Periode. Das ist ganz normal. Und die Pille, die verbessert Menstruationsbeschwerden normalerweise.“ So ging ich dann mit dem Gefühl nach Hause, einfach nur ein besonderes Sensibelchen zu sein. Über die Jahre verschliss ich zahlreiche Gynäkologen/innen, man verschrieb mir immer wieder neue Pillen, es änderte sich nichts. Schmerztabletten wirkten nicht. Nie kam einer auf die Idee, dass es Endometriose sein könnte.

## Nicht vermittelbar

Mit Ende 20 machte ich meinen Abschluss an der Uni. Eine Woche nach der Zeugnisübergabe landete ich im Krankenhaus: In einer 6-stündigen OP wurden mir 4 Kilo Gewebe entfernt: 30 cm Enddarm, ein Eileiter, Teile der Eierstöcke, diverse Endometriosezysten am Bauchfell, ein Harnleiter musste freigelegt werden und obendrauf war da noch ein dickes Myom.

So bin ich von der Uni direkt in die Krankheit geglitten. Eine Sozialarbeiterin meinte mal zu mir: „Herzlichen Glückwunsch – Sie haben die Versorgungslücke in Deutschland gefunden.“ Ich habe vier Jahre gebraucht, um wieder richtig auf die Beine zu kommen, um einen Tag bis zum Abend zu überstehen, ohne mit Herzrasen und totaler Unterzuckerung zusammenzubrechen. Eine Toilette in der Nähe war auch wünschenswert. Da war es schwierig, eine Karriere zu starten.

Ein paar Jahre später, die Endometriose war mittlerweile wieder zurückgekehrt, war ich mal wieder auf dem Arbeitsamt: „Wie viele Stunden können Sie mit dieser Erkrankung denn arbeiten?“ Ich antwortete wahrheitsgemäß: „Es gibt Tage, da kann ich ganz normal arbeiten. Aber dann gibt es wieder Phasen, da geht gar nichts mehr. Wann die Phasen auftreten und wie lange die dann dauern, das kann ich nicht sagen.“ Mittlerweile waren meine Beschwerden ganz unabhängig von der Periode. Der Arbeitsvermittler sagte mir: „Jo, im Grunde sind sie nicht vermittelbar. Am besten machen Sie sich selbständig. Dann können sie die Arbeit um ihre Symptome herum organisieren. Fördermittel und Maßnahmen stehen Ihnen ja eh nicht zu.“ Mittlerweile arbeite ich als freie Texterin und verdiene mir so ein kleines Zubrot.

## Von heiter bis tragisch

Im Krankenhaus gab man mir damals ein Gestagenpräparat mit, also eine Pille. Man sagte mir, die solle ich nur 6 Monate lang nehmen und aufpassen, die mache Depressionen. Und so passierte es bei mir dann auch. Eine Frauenärztin sagte zu der Thematik: „Dann müssen Sie halt so versuchen, positiv auf diese Welt zu blicken!“ Es kamen aber immer mehr Nebenwirkungen hinzu: Schwindel, Sehstörungen, teilweise hatte ich kein Körpergefühl mehr und es bildete sich eine fette Insulinresistenz aus.

Einstimmig meinten die Ärzt/innen, ich solle die Pille weiter nehmen, sonst käme die Endometriose wieder.

In meinem Studium der Literaturwissenschaft habe ich die Definition von Tragik gelernt: Egal, für welchen Weg man sich entscheidet, man entscheidet sich für seinen Untergang. Genau so ist es für mich mit Endometriose.

Ich entschied mich dafür, die Pille nach 6 Jahren abzusetzen. 5 Jahre blieb ich mit Progesteronsalbe stabil. Dann kamen die Wechseljahre. Die Hormone wurden neu gewürfelt. Am Anfang der Wechseljahre blüht eine Endometriose oft nochmal auf. So auch bei mir.

## Tauschbasar im Körper

Der Endometriose-Alltag besteht zum Großteil aus Geduldproben im Wartezimmer. Man muss viele verschiedene Ärzte aufsuchen. Langsam kommt auch die Forschung dahinter, dass es sich um eine systemische Krankheit handeln könnte, die den ganzen Körper betrifft. Ich glaube, uns Betroffene überrascht das wenig. Ich zumindest wache jeden Morgen mit dem Gedanken auf: „Mal schauen, was heute dran ist.“ Denn ist es nicht der Endometriose-Schmerz, habe ich Kopfschmerzen. Ist es nicht der Kopfschmerz, bin ich kurzatmig. Bin ich nicht kurzatmig, kommt die Neurodermitis wieder verstärkt raus usw. Es fühlt sich an wie ein Tauschhandel im Körper. Manchmal denke ich, da ist ein Fehler im System und Endometriose ist nur ein Teil von diesem Systemfehler, wenn auch der grausamste.

## Ist Endometriose denn ein Verbrechen?

Bei allen Ärzten, die man so aufsucht, ist doch das wichtigste Verhältnis das zu unserem Frauenarzt/zu unserer Frauenärztin. Es gibt darunter viele nette, empathische, engagierte. Nach meiner Erfahrung kommt es mit Endometriose aber auch immer noch zu, sagen wir mal, problematischen Begegnungen. Immer wieder berichten mir auch andere Betroffene von „genervten“ Frauenärzt/innen und teilweise verletzenden Kommentaren. Ich glaube, das liegt zum Teil in der Natur der Erkrankung. Denn, seien wir mal ehrlich, alle Beteiligten sind bei derzeitigem Forschungsstand ratlos und überfordert.

Hinzu kommt bei manchen Gynäkolog/innen tatsächlich fehlendes Wissen über die Endometriose und nicht zuletzt ein Bild der Frau in der Gesellschaft, das trotz emanzipatorischer Erfolge noch „Luft nach oben“ hat und man häufig als Frau nicht ernst genommen wird. Wir sind teure Patientinnen, vor denen man sich die Blöße geben muss, letztendlich auch nicht weiterzuwissen bzw. diese Blöße überspielen möchte. Das alles in Kombination führt zu einer gewissen Spannung, die sich oft in folgendem Satz entlädt, den wohl jede Endometriose-Patientin kennt:

„Das kann ja gar nicht sein!“

Uns wird oft nicht geglaubt. Unsere Symptome werden noch viel zu oft auf die Psyche geschoben und einer Art Hysterie zugeschrieben. Wenn ich mit meiner Endometriose zum Frauenarzt oder zur Frauenärztin gehe, begleiten mich meist schlechtes Gewissen und Rechtfertigungshaltung. Dabei habe ich doch nichts verbochen. Ich bin einfach nur krank.

## Jetzt ist aber mal gut!

Endometriose macht verdammt einsam. Es ist so, als wolle das Umfeld einem keine Krankheit zugehen. „Du bist ja jetzt operiert! Jetzt ist es irgendwann auch mal gut!“ – „Menstruationsprobleme habe ich auch. Da muss man sich halt mal zusammenreißen!“

Ich habe mich oft gefragt, warum mir mit diesem Thema so eine latente Aggressivität entgegen schlägt, eine Art Ungeduld. Ich glaube, es ist, weil die Symptome der Endometriose inkonsistent sind, und wir als Trägerinnen dieser Symptome damit auch. (Inkonsistent: etwas hat nicht lange Bestand und ist logisch widersprüchlich).

Ein Beispiel aus meinem Alltag: An einem Tag habe ich einem Lieferanten geholfen, unseren neuen Backofen in die erste Etage zu tragen. Ich habe es bezwungen, das schwere Biest, alles war in Ordnung. Am nächsten Tag habe ich einen leeren Kasten Wasser zum Auto getragen und war den Rest des Tages ausgeschaltet vor Schmerzen. Ich kann auch nicht sagen, warum die Endometriose an einem Tag solche Probleme bereitet, an anderen wieder nicht.

Jedenfalls trägt man dieses Verhalten mit auf den Arbeitsplatz, und erkläre das mal deinen Kollegen! „Ach, gestern konnte sie es noch! Schon komisch ... So krank kann sie gar nicht sein ...“ Wir werden zu dankbaren Mobbingopfern. Oft lese ich von Betroffenen, die wiederholt ihren Arbeitsplatz verlieren, weil sie oft krankgeschrieben sind. Endometriose führt so oft zu Verlust- und Existenzängsten.

## Der Glöckner vom Baumarkt

Dass das inkonsistente Verhalten auch in der Partnerschaft zu Spannungen führt, ist klar. Ein Beispiel aus meinem Alltag: Ich bin mit meinem Mann zum Baumarkt gefahren. An dem Tag war ich richtig gut drauf, ein richtiges Sonnenscheinchen geradezu. Plötzlich „zündeten“ die Herde, meine Energie sackte vom Kopf in den Unterleib und verwandelte sich in Schmerz. Mir wurde übel, ich konnte nicht mehr gerade gehen und fing an zu hinken, weil es mir immer auf den Ischias schlägt – in Sekunden von Esmeralda zu Quasimodo sozusagen. Ich wollte nur noch nach Hause. Was sagt mein Mann: „Warum hast du das nicht vorher gesagt? Dann wäre ich alleine gefahren!“ – Ich hatte es vorher schlicht und einfach nicht gewusst. Und schon beginnt das Gedankenkarussell: „Habe ich was Falsches gegessen? Was mit Weizen? Bin ich innerlich irgendwie gestresst? Habe ich etwas schief angesehen ...?“ Man erkennt häufig keine Muster.

## Nur die Liebe quält

Ich habe das Glück, dass mein Mann keinen Kinderwunsch hatte. Mein eigener Wunsch, Mutter zu werden, war Gott sei Dank nicht stark ausgeprägt. Trotzdem gab es Phasen, in denen ich unter der Kinderlosigkeit gelitten habe. Denn die Entscheidung wurde mir auf radikale Weise entrissen. Ich möchte nicht in der Haut einer Frau stecken, die schon immer Mutter werden wollte und es wegen der Endometriose nicht kann. Diese Frauen SIND Mütter – Mütter ohne Kinder. Das muss man psychisch erst mal verkraften.

Ich möchte mich nicht beschweren. Die Endometriose fordert uns heraus, aber mein Mann und ich führen unterm Strich eine harmonische Beziehung. Ich habe einen tollen Partner. Viele sind auf der Suche. Daten mit Endometriose muss die Hölle sein. Eine Endo-Bekannte von mir erzählte letzstens: „Ich habe es ihm beim 8. Date gesagt. Ich habe nie wieder von ihm gehört!“

Auch Sexualität mit Endometriose ist so ein Thema. Es gibt viele Endometriose-Betroffene, die während oder nach dem Sex ganz schlimme Schmerzen haben. Und Sexualität gehört nun mal zum Mensch-Sein dazu. Es ist ein Teil Lebensqualität. Meist trifft einen die Endometriose auch noch in einem Alter, in dem man, sagen wir mal, gesteigerte Aktivität in diesem Bereich aufnehmen möchte. Ich will nicht wissen, wie viele junge Mädchen und Frauen den Sex mit Schmerzen einfach nur über sich ergehen lassen – aus Angst, vor Abweisung. Es ist ein unermesslicher Leidensdruck, der eine unserer Urängste nährt: Nicht geliebt zu werden!

## Verhinderte Jahresplanung

Aber auch platonische Freundschaften zerbrechen. Es ist mir selbst passiert. Ich kann nicht mehr mithalten und nicht mehr „auf jeder Party mittanzen“. Das wird einem schon mal verübelt. Verabredungen sind eh so eine Sache: Man greift zum Terminkalender – nicht um zu schauen, ob man schon was vorhat, sondern um abzuchecken, ob man dann seine Periode hat. Welcher Zyklustag ist dann? Tag 2! Das geht gar nicht! Tag 4 wäre ja noch ok, aber Tag 2 ... Alles wird minutiös um die Periode herum geplant. Und wehe, die Menstruation verschiebt sich nur um einen Tag! Das hat eine Kettenreaktion zur Folge, da ist direkt die ganze Jahresplanung im Eimer!

Alltag mit Endometriose ist schwierig und kompliziert, und man selbst wird es auch, ganz unfreiwillig. An ganz schlimmen Tagen will man einfach nur überleben. Banalste Kleinigkeiten werden zur Herausforderung. Der Gang zur Toilette wird geplant wie ein sechswöchiger Urlaub: „Wie gehe ich vor, was mache ich zuerst ...?“ Hat man es dann überstanden und die rettende Couch wieder erreicht, möchte man nur noch da liegen und atmen. Und dann kommt der Partner und macht eigentlich was Nettes, aber in dem Moment so Falsches: Er möchte einen aufmuntern! Damit bringt er einen dazu, mehr tun zu müssen als zu atmen. Man muss sich durch den Schmerz hindurch zu einer Reaktion zusammenreißen. Manchmal macht die Endometriose auch den Partner/die Partnerin ganz schön einsam.

## Endometriose als Vollzeitbeschäftigung

Neben den schulmedizinischen Wegen versucht man viele alternative Pfade, soweit es finanziell möglich ist. Man probiert alles, was man hört, liest oder sieht. Endometriose wird zum Fulltime-Job. Bei XY hat TCM geholfen, bei XYZ Yoga, Entgiftung und Fischölkapseln. Warum wirkt es bei mir nicht? Die Frau hat doch geschrieben, bei ihr ist seitdem Schluss mit Endometriose. Ich mache doch genau dasselbe!

Es ist manchmal zum Verzweifeln. Man stellt alles um, seine Ernährung, seine Gewohnheiten, man erfindet sich völlig neu. Die Erfolgserlebnisse sind genauso individuell wie die Verläufe der Erkrankung. Es gibt keine Maßnahme, die garantiert bei allen gleichermaßen funktioniert. Wenn es dann nicht klappt, kommen noch mehr Selbstzweifel auf. Heilsversprechen in Büchern und auf Websites sollte man daher nur mit Vorsicht genießen!

Die Selbstzweifel möchte man im schlimmsten Fall wieder ausgleichen. Wenn ich mal einen Tag habe, an dem es mir gut geht, dann nehme ich mir nicht die Zeit für mich. Ich gehe nicht zum Wellness. Nein, ich versuche aufzuholen, was ich die letzten Tage und Wochen versäumt habe und versuche aufzuarbeiten, was liegen geblieben ist. Schaut her, ich möchte ja Leistung erbringen! Ich möchte doch funktionieren! Und das führt dann ganz schnell wieder in die Erschöpfung. Chronische Erschöpfung ist bei Endometriose sowieso nicht zu unterschätzen. Man wacht auf und fühlt sich, als hätte man keine Minute geschlafen. Die Endometriose lässt einen, obwohl man jung ist, ganz schnell alt werden.

## Hoffnung auf Verständnis

Es gibt viele Krankheiten und Schicksalsschläge, bei denen man sich auf eine neue Situation einstellen muss. Der Punkt bei Endometriose ist: Man kann sich nie auf diese Krankheit einstellen. Sie hat immer neue Überraschungen für einen parat. Die Psyche muss sich ständig neu sortieren: An einem Tag fühlt man sich nahe an gesund und man denkt, man könne wieder große Lebenspläne machen. Am nächsten Tag ist man halb tot und versteht die Welt nicht mehr. Man muss jeden Tag neu Anlauf nehmen. Nicht selten fängt man da wieder bei Null oder sogar drunter an. Das ist sehr ermüdend! Endometriose ist tagtäglich ein harter Kampf mit einer Erkrankung, die keinem Muster folgt. In diesem Kampf brauchen wir dringend Verbündete und nicht noch mehr Widerstände, die uns das Leben schwerer machen, als es ohnehin schon ist.

Trotz aller Widerstände blicke ich doch mit Hoffnung in die Zukunft. Denn ich glaube fest daran, dass wir mit Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit zu immer mehr Verständnis für die Betroffenen beitragen können. Und dieses Verständnis ist die Basis dafür, in den verschiedenen Lebensbereichen nach Lösungsansätzen zu suchen und uns den Alltag zu erleichtern. Mein persönlicher Wunsch: Einer 15-Jährigen mit Endometriose, die sich ihrem Arzt oder ihrer Ärztin anvertraut, soll nie wieder gesagt werden, sie solle sich nicht so anstellen!

Martina Liel ist freie Journalistin mit eigenem Endometriose-Blog.

[www.endobay.de](http://www.endobay.de)

## Mein Weg zu und mit naturidentischen Hormonen

Wer wie ich synthetische Hormone wie z. B. die Anti-Baby-Pille nicht gut verträgt, fragt sich dann, wie die Verhütung alternativ gehen soll. Ich habe damals zum „Verhütungscomputer“ gegriffen und es einfach aus einem anderen Blickwinkel betrachtet: nicht die Tage für eine mögliche Schwangerschaft, sondern eben zur Vermeidung dieser im Auge behalten.

Als ich aber 2004 mit der Diagnose Endometriose konfrontiert wurde, war eine Alternative zu den synthetischen Hormonen für mich nicht greifbar. Zumal ich bis zur Diagnose noch nichts von Endometriose gehört hatte. Also nahm ich die verschiedenen Empfehlungen und damit auch die Verordnung der Pille, der künstlichen Wechseljahre und später auch zu der Hormonspirale erst einmal an und hoffte so, der Erkrankung Herr zu werden. Aber nicht nur die ständigen Schmerzen der Endo schafften mich, sondern auch – und zunehmend stärker – die Nebenwirkungen der synthetischen Hormone – egal ob Pille oder Hormonspirale.

Im Herbst 2010 (nach mehreren Operationen und zwei Jahren Hormonspirale) hatte ich das dringende Bedürfnis etwas zu verändern: Wenn mich die Endo schon zu 50 % im Alltag einschränkt, dann schränken mich die Nebenwirkung der Hormonspirale um weitere 30 % ein, so dass ich mich nur noch zu 20 % gesund oder heil oder normal fühlte.

Also habe ich wie eine Detektivin nach Alternativen zu den synthetischen Hormonen gesucht. Ich habe mir drei Bücher gekauft und mich in das Thema naturidentische Hormone eingeleesen. Die Bücher waren sehr unterschiedlich: mal wissenschaftlich, mal klinisch und eins war von zwei Ärztinnen „aus der Praxis“ geschrieben. Ich habe sie alle innerhalb von zehn Tagen durchgelesen – wie einen Krimi – der im eigenen Körper aufgeklärt werden muss.

Viele Dinge bzw. Grundlagen kannte und wusste ich bislang nicht, aber ich war fasziniert und hoffte, dass die Verwendung von naturidentischen Hormonen für mich eine Lösung sein könnte. Aber dazu musste ich mir erst einmal einen Hormonspezialisten suchen, der die Verschreibungen vornehmen, die Verwendung und die Wirkung mit mir überwachen und anpassen würde. Auch musste ich mir die Hormonspirale ziehen lassen. Das habe ich mir übrigens selbst zu Weihnachten geschenkt – endlich wieder frei von den synthetischen Hormonen.

Ja klar, mir haben eigentlich alle Ärzt/innen davon abgeraten. Und mir war auch klar, dass ich die Abweichung von der bisherigen Standard-Behandlung und den Empfehlungen der Endo-Spezialisten selbst verantworten und tragen muss. Die Hinweise, dass die Endo dann noch stärker werden könnte, dass das „nach hinten losgehen kann“, habe ich sehr wohl gehört. Aber es ist mein Körper und ich trage für ihn die Verantwortung – im guten wie im schlechten Fall; egal, ob ich den Empfehlungen der Ärzt/innen oder eines Hormonspezialisten bzw. meinen Bedürfnissen folge. Ich muss mit den Konsequenzen leben und diese tragen – immer.

Nachdem die Hormonspirale „raus“ war, habe ich eine Woche später (am 19. Zyklustag) einen Speichelhormontest gemacht und die Werte der Hormone messen lassen, die mein Körper selbst produziert und die die Endometriose beeinflussen. Das ist hauptsächlich – wie vermutlich alle Endo-Frauen wissen – das Östradiol (synthetisch Östrogen) und das Progesteron (synthetisch Gestagen etc.). Um gesund zu sein und zu bleiben stellt der Körper – je nach Zyklusphase – mal das Östradiol

und mal das Progesteron in einer gewissen Menge selbst her und stellt es im Körper zur Verfügung. Zwischen beiden Hormonen muss ein gewisses Gleichgewicht bzw. Verhältnis herrschen, damit der Körper und die Organe gesund bleiben.

Der Körper braucht – je nach Alter und Situation wie z. B. Kinderwunsch oder Schwangerschaft – beide Hormone zu verschiedenen Zeiten in unterschiedlicher Konzentration. Während der ersten Zyklushälfte stellt der Körper das Östradiol bereit. Dadurch reift die Eizelle, der Körper lagert Fett und Wasser ein, das er braucht, wenn ein Kind entsteht und versorgt werden will. Mit dem Eisprung wird die Östradiolproduktion zurückgefahren und ganz viel Progesteron ausgeschüttet. Das braucht der Körper, um überflüssiges Fett und Wasser wieder abzubauen, falls keine befruchtete Eizelle vorhanden ist. Das Progesteron wird aber auch dringend gebraucht, um ggf. eine befruchtete und eingenistete Eizelle in der Gebärmutter festzuhalten und zu schützen.

Durch Krankheiten, Medikamente, Umwelteinflüsse und auch unsere Ernährung kann der Körper und damit die körpereigene Hormonproduktion ziemlich aus dem Takt geraten. Durch das Entfernen der Gebärmutter und/oder der Eierstöcke natürlich erst recht, aber hier habe ich keine Erfahrung, denn ich habe bislang alle Organe behalten können.

Mein erster Speichelhormontest zeigte, dass mein Körper sowohl das Östradiol als auch das Progesteron nicht so produziert und freisetzt, dass er sich wohl fühlt und gesund sein kann. Also habe ich, nach Abstimmung mit dem Hormonspezialisten, über einige Monate in der ersten Zyklushälfte sogar Östradiol in naturidentischer Form mittels einer Creme zugeführt. Diese Creme wurde extra für meine individuelle körperliche Situation angerührt. Zusätzlich habe ich ab dem fünften Zyklustag Progesteron in Form eines naturidentischen Gels zugeführt.

Wenn ich ehrlich bin, habe ich schon Angst gehabt, dass die Endo-Krämpfe noch weiter zunehmen, dass die Endo-Zysten und die Myome wiederkommen und das Ganze eine Schnapsidee war. Es wurde kaum über die Verwendung von naturidentischen Hormonen und mögliche Erfolge oder zumindest Linderung berichtet. Viele Fragen gibt es dazu im Internet, aber tatsächliche Erfahrungsberichte die seriös klangen und auch langfristig waren, habe ich damals nicht gefunden.

Mein Ergebnis nach drei Monaten: Die Endo-Krämpfe wurden merklich weniger und der Schmerzmittel-Konsum sank deutlich, meine Depressionen waren weg, meine Einschlaf- und Durchschlafprobleme wurden weniger und ich konnte wieder am Leben teilnehmen. Meine Fehltag im Büro gingen zurück und ich fühlte mich viel besser. Nach einem halben Jahr mit dieser Therapie habe ich bis heute (also seit insgesamt fünf Jahren) nur noch an drei bis vier zusammenhängenden Tagen bzw. Nächten Endokrämpfe. Ich kann diese Tage ziemlich gut vorhersagen, weil sie mehr oder weniger um den Eisprung herum sind. Ich nehme vielleicht noch ein bis zwei Schmerztabletten im Zyklus – eher weniger. Ich habe zwar immer mal wieder kleine Myome, die bleiben aber mit einer erhöhten Dosierung von Progesteron klein und manche verschwinden auch wieder. Ich habe seither keine Endo-Zysten mehr entwickelt und habe dies alle sechs Monate beim Gynäkologen kontrollieren lassen. Ebenso mache ich alle drei bis sechs Monate einen Speichelhormontest, um zu überprüfen, wie viel mein Körper selbst produziert und wieviel ich zuführen muss.

Ich habe meinen Weg zur Behandlung der Endometriose gefunden und mit ihr meinen Frieden machen können. Ich lebe heute gut mit mir, im Einklang mit meinem Körper, und bin zufrieden und froh, dass ich damals aufgebrochen bin und den Mut aufgebracht habe, etwas zu verändern.

Durch mehrere Bücher und auch durch die Gespräche mit dem Hormonspezialisten habe ich mein Wissen erworben. In den Büchern schlage ich weiterhin gerne nach, denn die Wechseljahre klopfen deutlich an die Tür. Ich lese und lerne immer nach den Prinzipien: „Verschiedene Wege führen nach Rom. Keiner ist perfekt und jeder Körper ein Individuum. In der Mitte verschiedener Wege/Bücher liegt die Wahrheit für mich und meinen Körper. Mein Körper sagt mir, was mir gut tut und auch was mir nicht gut tut. Ich sollte darauf hören.“

Folgende Bücher bilden die Grundlage meines Wissens und hier finden sich auch die Erklärungen zu den verschiedenen Hormonen, wie sie wirken, was naturidentische Hormone sind und was der Unterschied zu synthetischen Hormonen ist.

- „Natürliches Progesteron – ein bemerkenswertes Hormon“ – John R. Lee
- „Natürliches Progesteron – der alternative Weg bei PMS und Hormonproblemen“ – Anna Rushton und Shirley A. Bond
- „Wenn Körper und Gefühle Achterbahn spielen“ – Elisabeth Buchner
- „Die Hormonrevolution“ – Michael E. Platt und Jochen Armbruster
- „Hormone natürlich regulieren“ – Günther H. Heepen

Zum Ende meines Erfahrungsberichts ist mir noch ein Punkt wichtig: Endo-Frauen, die synthetische Hormone gut vertragen und denen es damit gut geht, sollten dabei bleiben und nichts verändern. Ganz nach dem Motto: never touch a running system.

Daniela S.

---

Die Autorin arbeitet ehrenamtlich für die Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.

# Ganzheitliche Therapie bei Endometriose

## Endometriose aus Sicht der klinischen Psycho-Neuro-Immunologie

Die klinische Psycho-Neuro-Immunologie ist die Wissenschaft, die sich mit dem Zusammenspiel der einzelnen Steuerungszentren wie dem Nervensystem, Hormonsystem und Immunsystem im menschlichen Körper befasst. Sie versteht sich als regenerative Medizin, die ernährungsphysiologische, bewegungswissenschaftliche, psychologische und weitere biomedizinische Interventionen im Sinne einer individuellen Therapie miteinander verbindet. Sie betrachtet Körper und Seele als eine Einheit. Gehirn, Psyche und Immunsystem sind eng miteinander verknüpft, sprechen eine gemeinsame Sprache und verfolgen dasselbe Ziel: den Schutz des Organismus, der laufend den unterschiedlichsten Gefahren und Stressoren ausgesetzt ist.

### Einflussfaktoren auf die Endometriose

Es gibt viele Faktoren, die auf das „System Mensch“ und somit auf die Endometriose Einfluss nehmen. Als eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen ist die Endometriose als komplexe Erkrankung mit hormonellen, immunologischen und auch psychischen Anteilen zu sehen.

Während sich die Schulmedizin auf die aktuellen Symptome und Beschwerden konzentriert, wird in der Psycho-Neuro-Immunologie nach der Ursache gesucht. Oder besser noch nach der Ursache der Ursache. Es reicht hier nicht aus, nur nachzufragen, wann die Endometriose-Beschwerden angefangen haben. In der klinischen Psycho-Neuro-Immunologie will man wissen, was davor war. Und zwar von Anfang an.

Eine gezielte Anamnese, um sich ein genaues Bild zu machen, ist unverzichtbar. Gerade bei Endometriose-Patientinnen reicht oftmals ein Gespräch für eine genaue Anamnese nicht aus, da meist mehrere Baustellen vorliegen. Alle Faktoren müssen mit einbezogen werden, so dass man am Ende aus allen Puzzleteilen ein Gesamtbild hat. Jeder Körper hat seine eigene Geschichte und seine individuellen Bedürfnisse. Erst wenn wir verstanden haben, wie unser Körper funktioniert, wissen wir, was wir verändern müssen.

Bei der Endometriose befinden sich also Zellen von Endometrium-ähnlichem Gewebe außerhalb der Gebärmutter und verursachen dort Verwachsungen und Beschwerden, breiten sich aus und können Organe und Organfunktionen zerstören.

Man fragt sich, warum die Zellen in den Bauchraum wandern. Diese retrograde Menstruation ist an sich ein ganz natürlicher Vorgang, der bei allen Frauen vorkommt, aber nicht bei allen reagieren diese „fehlplatzierten“ Zellen genauso auf die hormonelle Veränderung während des weiblichen Zyklus. Wie die Gebärmutter-schleimhaut selbst werden sie also regelmäßig auf und wieder abgebaut.

Wenn wir also nach der Ursache suchen, müssen wir verstehen, wie der Körper funktioniert. Bei einer solch komplexen Erkrankung kann es nicht die „eine“ Ursache geben. Aus psycho-neuro-immunologischer Sicht fragt man:

- Welche Rolle spielt hier das Immunsystem?
- Welche Rolle spielt unser Darm?
- Welche Rolle spielt unsere Leber?
- Welche Rolle spielt unsere Psyche?
- Welche Rolle spielen Entzündungen?
- Welche Rolle spielt Stress?
- Und was hat die Ernährung damit zu tun?

Eigentlich ist der menschliche Körper ein perfektes und ausgeklügeltes System, das es immer wieder schafft, sich zu regenerieren. Äußere Einflüsse wie Bewegungsmangel, schlechte Ernährung oder Umweltgifte sind Faktoren, die Krankheiten fördern und ihren Verlauf beeinflussen können.

## Welche Rolle spielt Stress?

Aus meiner Sicht spielt Stress eine große Rolle bei der Entstehung von Krankheiten, so auch bei der Endometriose. Sicherlich hat man als Endometriose-Patientin Stress. Die Krankheit und die damit einhergehenden Folgen verursachen Stress. Was war aber zuerst da? Die Endometriose oder der Stress? Henne oder Ei?

Stress kann physische oder psychische Gründe haben. Zu viel Arbeit, Unzufriedenheit im Job, im Freundeskreis oder Partnerschaft, unerfüllte Wünsche und Bedürfnisse, Existenzängste, aber auch falsche Ernährung und mangelnde Bewegung können sich als Stressoren auf unsere Gesundheit negativ auswirken.

## Stress und hormonelles Gleichgewicht

Unser Körper ist nur für akute Stressreaktionen gemacht und nicht auf dauerhafte Belastungsfaktoren ausgerichtet. Stress ist mit Abstand die wichtigste Ursache für die Störung des hormonellen Gleichgewichts. Langanhaltender Stress führt zu einer erhöhten Freisetzung von Cortisol, was Folgen haben kann wie:

- Insulinresistenz
- Verlust von Nervenzellen (Neuronen)
- Unterdrückung des Immunsystems
- Ungleichgewicht zwischen Östrogen und Progesteron

Unser Körper verfügt über gewisse Stressverarbeitungswege. Haben wir einen physischen oder psychischen Stressreiz, wird unmittelbar unser Sympathikus aktiviert. Durch ihn werden hauptsächlich Körperfunktionen aktiviert, die den Körper in erhöhte Leistungsbereitschaft versetzen, somit ermöglicht er die schnellstmögliche Anpassung an Gefahren, um den Organismus auf Flucht oder Kampf vorzubereiten. Wird unser Sympathikus aktiv, steigern sich z. B. unsere Atem- und Herzfrequenz, unsere Muskelspannung erhöht sich, der Blutzuckerspiegel steigt und die Verdauungstätigkeit verringert sich. Katecholamine, also Stresshormone und Botenstoffe wie Adrenalin und Noradrenalin werden freigesetzt.

Hält der Stressreiz an, wird eine weitere Stressachse im Körper, die sogenannte HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse) aktiv. Um den Stressreiz abzuwehren, holen sich die ausgeschütteten Botenstoffe die Zellen des Immunsystems zu Hilfe, welche lokal Entzündungen auslösen. Stress steuert demnach auf direktem Wege wesentliche Immunfunktionen. Damit die Aktivität des Immunsystems nicht unentwegt gesteigert wird, hält die HPA-Achse die Entzündungsaktivität durch eine sogenannte negative Feedback-Schleife im Gleichgewicht. Um es besser verständlich zu machen könnte man sagen, dass die Stresshormone „die Türen“, schließen, indem sie die Immunzellen wieder zu ihren Ausgangspunkten zurückrufen und die akute Stressreaktion beenden. Dieser Mechanismus ist sehr effektiv und lebensnotwendig, solange er zeitlich begrenzt und auf einen spezifischen Stressor bezogen ist.

Starker oder langanhaltender Stress kann eine überschießende Rückregulation hervorrufen und so das Immunsystem unterdrücken. Eine längerfristige Aufrechterhaltung des Alarmzustandes wirkt sich aus psycho-neuro-immunologischer Sicht schädigend auf den Körper aus und steigert das Risiko für Allergien, Infekte und die Entstehung anderer Erkrankungen.

## Zum Zusammenhang von Ernährung, Bewegung und Gesundheit

Kaum ein Thema wird in der heutigen Zeit kontroverser diskutiert als die Ernährung. Sie ist ein wichtiger Baustein in der ganzheitlichen Therapie einer Endometriose, jedoch wird man beinahe täglich mit oft widersprüchlichen Ratschlägen zur Ernährung konfrontiert.

Viele Ernährungs-Tipps sind widersprüchlich, wenn man die Inhaltsstoffe der Lebensmittel und deren Wirkungsweisen einmal genauer betrachtet. Empfohlen werden meist Vollkornprodukte, Milchprodukte, Hülsenfrüchte und Sojaprodukte. Die meisten Frauen die von Endometriose betroffen sind, leiden in der Regel zusätzlich unter Verdauungsproblemen.

Die Endometriose geht häufig mit einer Östrogendominanz einher. Hierbei liegt ein hormonelles Ungleichgewicht vor, welches meist durch einen Östrogenüberschuss, einen Progesteronmangel oder eine Progesteronresistenz geprägt ist. Eine Östrogendominanz ist eine häufige Ursache vieler gynäkologischer Erkrankungen wie z. B. Endometriose, PMS, Myome im Gebärmutterbereich oder Zysten.

Neben einem Östrogenüberfluss, welcher psycho-neuro-immunologisch betrachtet bedingt ist durch Umwelteinflüsse, falsche Ernährung und Bewegungsmangel, wird bei vielen Betroffenen in den Eierstöcken zu wenig Progesteron gebildet. Progesteron, als Gegenspieler des Östrogens, spielt für den Zyklus und die Fruchtbarkeit eine wichtige Rolle im weiblichen Körper. Sind Östrogen und Progesteron nicht im Gleichgewicht, kommt es zu einer Vielzahl von Beschwerden und multifunktionaler, gynäkologischer Erkrankungen. Die falsche Ernährung, zu viele Kohlenhydrate, die falschen Fette, Pestizide, Fungizide, Herbizide, Genussmittel wie Alkohol, Nikotin und Koffein, Umweltgifte und Xeno-Östrogene fördern die Entstehung einer Östrogendominanz und führen zusätzlich eine immunologische Dysregulation herbei. Umweltschadstoffe wie Schwermetalle, Nikotin und Alkohol können synergistisch wirken, indem sie infektionsbedingte Immundefizite zusätzlich fördern und verstärken. Xeno-Östrogene stören sowohl die Funktion der Eierstöcke, der Hirnanhangsdrüse, aber auch die Funktion der Schilddrüse und Nebenniere.

Die Auswahl und die Qualität der Lebensmittel sind demnach entscheidend, um eine Verbesserung der Krankheitssymptome zu erzielen. Eine gesunde Ernährung mit frischen, natürlichen und unverarbeiteten Lebensmitteln in Form von frischem Gemüse und Obst, Fisch, Geflügel und Eier (möglichst aus ökologischer Haltung), Nüssen und gesunden Ölen wie Olivenöl, Kokosöl, Avocadoöl oder Leinöl fördert einen positiven Gesundheitszustand.

## Bewegung als Therapie

Auch zu wenig Bewegung kann zur Entstehung einer Östrogendominanz beitragen. Wer sich nicht täglich ausreichend bewegt, provoziert hohe Insulinspiegel, die auf Dauer zu einer Insulinresistenz führen. Die Zellen reagieren nur noch sehr schwach auf das Insulin, und somit bleibt der Blutzuckerspiegel erhöht. Das wiederum signalisiert der Bauchspeicheldrüse, immer mehr Insulin auszuschütten, um den Blutzuckerspiegel zu senken. Östrogen und Insulin stehen miteinander in einer Wechselwirkung, daher führt ein Bewegungsmangel zwangsläufig zu mehr Körperfett und somit zu verstärkter Östradiol- und Östrogen-Bildung, denn im Fettgewebe, das eine häufige Folge der Insulinresistenz ist, wird nämlich unter anderem Östrogen gebildet. Insulin regt die Eierstöcke an, vorwiegend männliche Hormone zu produzieren, was zusammen mit einem hohem Insulin- und Blutzuckerspiegel zu Gewichtszunahme am Bauch, vor allem an den inneren Organen, führt. Dieses viszerale Bauchfett ist höchst stoffwechselaktiv und produziert eine Reihe von Entzündungsstoffen wie Zytokine und Adipokine, setzt vermehrt Östrogene frei und stimuliert die Aktivität des Enzyms Aromatase.

Zu viel Östrogen wiederum behindert Insulin in seiner Blutzucker-regulierenden Wirkung und fördert hierdurch starke Schwankungen des Blutzuckerspiegels und begünstigt daher die Entstehung einer Insulinresistenz bis hin zum Diabetes mellitus. Nicht nur übergewichtige Menschen sind vom viszeralen Bauchfett betroffen, denn auch schlanke Menschen ohne sichtbaren Bauchansatz können sehr viel viszerales Bauchfett in sich tragen.

Je mehr Muskelmasse man hat, desto höher ist auch der Grundumsatz. Ausdauersport sorgt für mehr Mitochondrien, die Energiekraftwerke unserer Zellen. Je mehr dieser Minikraftwerke vorhanden sind, desto mehr und schneller verbrennen sie Energie. Muskeln haben demnach Einfluss darauf, wie viel man essen kann, ohne zuzunehmen, und Ausdauertraining fördert die konstante Verbrennung von Fett, auch im Ruhezustand.

Bewegung und Ernährung müssen immer im Einklang sein, denn nur durch gesunde Ernährung allein kann man seinen Stoffwechsel nicht anregen. Wer also regelmäßig Ausdauersport macht, trainiert seinen Fettstoffwechsel. Der Körper schaltet dann schneller auf die Fettverbrennung um. Ein gut trainierter Mensch kann demnach viel besser seine Fettreserven anzapfen als ein untrainierter Mensch. Das hat zum Vorteil, dass der Körper das Fett auch dann nutzt, wenn man sich mal einen Tag gar nicht bewegt. Regelmäßige Bewegung reguliert den Hormonhaushalt und das Immunsystem. Gerade wer häufig müde ist, kann durch Ausdauersport erzielen, dass durch die gesteigerte Mitochondrien-Anzahl mehr Energie zur Verfügung steht und man sich fitter und vitaler fühlt.

## Zusammenfassung

Wir können zwar durch äußere Reize auf den Körper Einfluss nehmen, aber aus psycho-neuro-immunologischer Sicht geht es um eine ganzheitliche Balance zwischen Ernährung, Geist und Lebensstil.

Bei Endometriose empfehle ich einen Lebensstil, der Folgendes berücksichtigt:

- eine diätische, der Krankheit und den Beschwerden angepasste Ernährung
- ausreichend Bewegung
- Kontrolle/Ausgleich des Hormonhaushalts
- Kontrolle/Ausgleich des Vitamin- und Mineralstoffhaushalts
- intensiver Darmaufbau
- Aufbau des Immunsystems
- Reduzierung von Umweltgiften
- gezielter Stressabbau/Entspannungstherapie
- Ausgleich des Säure-Basen-Haushalts
- Wiederherstellung des Biorhythmus

Leber, Darm, Hormon- und Immunsystem können so entlastet und wieder ins Gleichgewicht gebracht werden, um den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden zu verbessern.

Jeder Körper hat seine eigene Geschichte und seine eigenen Bedürfnisse, von daher kann es nicht die „eine“ Therapie, oder die „eine“ Pille geben, die einen wieder gesund macht. Eine Therapie muss immer ganzheitlich und individuell sein.

Melanie Schmitz arbeitet als Ernährungs- und Gesundheitscoach und Trainerin für medizinische Fitness im Bereich der Psycho-Neuro-Immunologie.

---

[www.koerperkompetenz.de](http://www.koerperkompetenz.de)

# Welche Faktoren beeinflussen die Motivation der Mitglieder einer Selbsthilfegruppe? Oder: wie aktiviere und motiviere ich eine Gruppe?

---

Selbsthilfegruppen leben vom Engagement und der Aktivität ihrer Mitglieder und entfalten dadurch ihr volles Potenzial. In vielen Gruppen sind jedoch die Verantwortlichkeiten und Aktivposten ungleich verteilt: Gruppensprecher/innen, Gruppenleiter/innen oder andere aktive Mitglieder engagieren sich im Übermaß, während die Mehrheit der Gruppe eher passiv bleibt und wenig für die aktive Gestaltung des Gruppenlebens beiträgt. Diejenigen, die viel Verantwortung in der Gruppe übernehmen, stehen dabei manchmal in der Gefahr, sich mit ihrem Engagement zu überfordern und alles zu übernehmen, was gemacht werden muss – weil die anderen aus verschiedenen Gründen nicht dazu in der Lage bzw. nicht dazu zu gewinnen sind.

Im Folgenden möchte ich verschiedene Wirkfaktoren beschreiben, die Einfluss auf Motivation der Mitglieder einer Selbsthilfegruppe haben, und Möglichkeiten aufzeigen, wie diese Wirkfaktoren zu Motivationsförderern werden können.

## Leitung und Leitungstile in Selbsthilfegruppen

Ein ganz entscheidender Wirkfaktor für unser Thema ist die Frage, wie und in welcher Form Leitung in einer Selbsthilfegruppe ausgeübt wird.

Die Frage nach einer Leitung in einer Selbsthilfegruppe ist etwas, was in der Selbsthilfe über Jahrzehnte nie ein Thema war. Selbsthilfegruppen galten seit ihrer massenhaften Entstehung in den 70er- und 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts als demokratische Gruppierungen, die in ihrer Arbeit ohne Leitung funktionieren. Es genügte eine Verständigung über ein paar gemeinsame Ziele, Regeln und Konzepte sowie das Grundverständnis darüber, dass Inhalt und Verlauf der Gruppe von allen gleichermaßen bestimmt werden. Die notwendige Rollenübernahme einzelner Verantwortungsbereiche wie Schlüsselnehmer, Kontaktperson oder Moderator war auf solche Teilbereiche begrenzt und wechselte im Idealfall immer wieder.

Heute sieht die Realität in vielen Selbsthilfegruppen anders aus. In vielen Gruppen gibt es Leiterinnen und Leiter, deren Arbeit für die Gemeinschaft eine ganz wesentliche Bedeutung bekommen hat. Trotzdem bedeutet „Leitung“ in der Selbsthilfegruppe nie das Gleiche: In den Fortbildungsseminaren „Selbsthilfegruppen leiten“ zeigt sich immer wieder, dass Leitung in vielen Gruppen mittlerweile ein wichtiger Bestandteil der Arbeit geworden ist, aber auf unterschiedlichste Weise ausgeübt wird:

- Es gibt Leiter/innen in Selbsthilfegruppen, die nahezu alle möglichen Funktionen ausfüllen und im Wesentlichen auch über alle relevanten Inhalte, Konzepte und Verlaufsformen bestimmen. In solchen Gruppen besteht die Gefahr, dass die Mitglieder sich eher als passive Konsumenten verstehen, deren aktive Mitarbeit auch nicht wirklich gefragt ist.
- Ein ganz anderes Leitungsmodell besteht darin, sich als Moderator/in einer Gruppe zu verstehen, die alle wesentlichen Fragen zu Form und Inhalt immer wieder in der Gruppe besprechen lässt.
- Unabhängig von dem eigenen Leitungsverständnis zeigt sich immer wieder, dass Leiter/innen in Selbsthilfegruppen unterschiedlich viele Funktionen übernehmen: während manche nahezu alles

übernehmen wollen oder müssen, was es an Aufgaben gibt, haben andere viele solcher Verantwortlichkeiten an andere aus der Gruppe delegiert.

- Was passiert, wenn in der Gruppe scheinbar niemand Verantwortung für Aufgaben und Funktionen und damit auch für Leitung übernimmt? Auch diese „Modelle“ gibt es in der Selbsthilfe – hier sind die Kontaktstellen manchmal gefordert, den Prozess in solchen Gruppen zu moderieren, ohne selbst die Verantwortung für die Gruppe zu übernehmen.

Was Leitung in der Selbsthilfegruppe bedeutet, zieht also die unterschiedlichsten Antworten nach sich. Deshalb ist es zunächst wichtig, sich diese unterschiedlichen Formen von gelebter Leitung in Selbsthilfegruppen näher anzugucken und zu sehen, welche Auswirkungen sie auf die jeweilige Selbsthilfegruppe hat.

Mein Anliegen ist es dabei, einen Leitungsstil in Selbsthilfegruppen zu fördern, der dazu beiträgt, dass sich alle Beteiligten in der ihnen möglichen Form aktiver am Gruppengeschehen beteiligen können.

Der entscheidende Faktor dafür liegt in der Haltung derjenigen begründet, die sich für den Ablauf von Gruppentreffen verantwortlich fühlen: also der/die Gruppensprecher/in, Gruppenleiter/in, der aktiven Mitglieder oder im besten Fall der gesamten Gruppe. Damit die Gruppe aktiver werden kann, braucht es eine Form von Moderation der Gruppe (die personell auch wechseln kann), die die Kommunikation zwischen allen Beteiligten in Gang hält. Diese sollte sich – gerade wenn man auch noch der „Leiter“ oder die Leiterin der Gruppe ist – in Entscheidungsfragen (wie z. B. „Was besprechen wir heute in der Gruppe?“) eher zurückhalten. Folgende Haltungen und Techniken können eine Moderation in der Selbsthilfe ausmachen, die in der Gruppe mehr Aktivität fördert:

- Die Moderation gibt keine vorschnellen Antworten auf das, was zu klären ist oder im Raum steht, sondern gibt dies als Frage an die Gruppe weiter.
- Sie achtet auf die Regeln und festgelegten Sitzungsabläufe und erinnert im Zweifelsfall an ihre Einhaltung.
- Sie fasst bei Bedarf wichtige Aussagen der Gruppenmitglieder zusammen, um die Orientierung in der Gruppe („Wo stehen wir gerade?“) zu fördern.
- Die Moderation kann auch wahrgenommene Störungen und Spannungen in der Gruppe ansprechen, ohne sie jedoch gleich zu bewerten (also z. B. „Ich habe das Gefühl, im Moment liegt hier eine große Spannung im Raum. Was ist hier los?“).

Bei allen Themen, die die Gruppe beschäftigt, ist es wichtig, dass die Kommunikation innerhalb der Gruppe gefördert wird. Der Moderator sollte also immer darauf achten – ganz gleich, um was es sich gerade handelt –, dass er nicht zum Kommunikationsmittelpunkt der Gruppe wird, sondern dafür sorgt, dass viele bzw. alle miteinander ins Gespräch kommen.

## Orientierung an den Ressourcen der Beteiligten

Entscheidend für die Entwicklung der Motivation in der Gruppe ist die Orientierung an den Ressourcen der Beteiligten. Dies fängt bei Leitungen oder besonders Verantwortlichen an: Üben sie die Rollen, Aufgaben und Funktionen aus, weil sie ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten entsprechen und ihnen Freude und Spaß bereiten? Oder sind viele der Tätigkeiten mit Überforderung und reiner Pflichterfüllung verbunden, die diesen so Aktiven nicht gut tun?

Eine Analyse und Reflektion der Tätigkeitsfelder der besonders Aktiven in der Selbsthilfe kann sehr hilfreich sein, um Überforderungen vorzubeugen bzw. abzubauen. Gleichzeitig geht es darum, sich auf das zu konzentrieren, was man selbst gut kann, was einem selbst und anderen Kraft gibt und noch dazu Spaß und Freude macht. Folgende Fragen können hierbei hilfreich sein:

- Welche Aufgaben und Funktionen übernehme ich in der Gruppe?
- Welche davon mache gern, welche machen mir Schwierigkeiten, welche möchte ich am liebsten abgeben?

Der Grundgedanke der Orientierung an den eigenen Ressourcen sollte auch auf die weniger aktiven Mitglieder in der Selbsthilfegruppe übertragen werden, wenn es in einem Gruppenprozess darum geht, wie passive Mitglieder zu mehr Aktivität gewonnen werden können. Von Leitungen aus Selbsthilfegruppen höre ich immer wieder, dass sie Verantwortung leichter abgeben können, wenn es ihnen gelingt, die „Talente“ der Gruppenmitglieder wach zu rufen. Sie fragen also in einem ersten Schritt nicht danach, „wer übernimmt die Gruppenkasse oder die Moderation des Gruppenabends?“, sondern machen zum Beispiel eine Talentumfrage um herauszufinden, welche individuellen Fähigkeiten eigentlich in der Gruppe verborgen liegen. Die Ergebnisse nutzen sie dann gezielt dazu, die einzelnen mit ihren benannten Fähigkeiten daraufhin anzusprechen, wie diese auch in die Gruppe einfließen können.

Den Weg der Ressourcenorientierung zu gehen wird nur dann schwierig, wenn sich herausstellt, dass in der Gruppe nur noch wenig davon vorhanden ist. Davon berichten vor allem Aktive von Gruppen mit Krankheitsbildern, in denen die Kräfte von Gruppenmitgliedern nach und nach nachlassen, wie etwa bei Multipler Sklerose und manchen anderen chronischen Erkrankungen. Die Arbeit in der Selbsthilfegruppe auf viele Schultern zu verteilen ist hier oft kaum möglich. Nichtsdestotrotz sind auch in solchen Gruppen immer wieder Überlegungen notwendig, wer in welcher Form an der Gestaltung des Gruppenlebens beteiligt werden kann – die Gefahr ist sonst groß, dass die wenigen Aktiven sich überfordern oder nach und nach die Verantwortung für alles, was in der Gruppe anfällt, übernehmen – ohne jede Abstimmung mit den übrigen Gruppenmitgliedern.

## Weitere Wirkfaktoren

Neben den bisher genannten Faktoren Leitung und Ressourcenorientierung wirken weitere Aspekte, die neben der Arbeitsfähigkeit der Gruppe auch auf die Motivation der Mitglieder Einfluss haben und deshalb hier wenigstens kurz benannt werden sollten.

## Die Gruppe und ihre Zusammensetzung

In Gruppen treffen sehr unterschiedliche Menschen mit unterschiedlichen Lebenserfahrungen zusammen und prägen damit auch die Gruppenarbeit. Was die Frage der Motivierung bzw. Aktivierung der Mitglieder betrifft, erscheint es mir sinnvoll, wenn die Beteiligten bereits in der Anfangsphase und später bei jeder Neuaufnahme den Grundgedanken jeder gut funktionierenden Selbsthilfegruppe verdeutlichen: Es geht in der Selbsthilfe um Geben und Nehmen und um das aktive Einbringen aller Beteiligten nach ihren jeweiligen Möglichkeiten. Viele Interessenten von Selbsthilfegruppen kommen heutzutage häufig mit der Erwartung in die Gruppe, schnell etwas zu bekommen, um mit ihrem jeweiligen Anliegen fertig zu werden. So verständlich diese Erwartung ist, so notwendig ist es

von Seiten der Gruppe, deutlich zu machen, dass Selbsthilfe nur auf dem Grundsatz der gegenseitigen Hilfe funktioniert.

Eine Selbsthilfegruppe darf sich deshalb m. E. davor schützen, von zu vielen Konsumenten besucht zu werden. Manchmal kann es dabei hilfreich sein, neben der Selbsthilfegruppe auch eine Selbsthilfeberatung zu installieren (wie sie manche Selbsthilfeorganisationen schon installiert haben), auf die Selbsthilfeeinsteiger hingewiesen werden, die eigentlich keine Gruppe suchen, sondern nur eine kurzfristige Beratung wollen.

## Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen für die Arbeit in der Selbsthilfegruppe haben oft eine viel größere Bedeutung, als man denken würde. Ein schöner Raum und Ort für die Treffen kann viel bewirken und sich auch motivationsverstärkend auf die Gruppe auswirken.

Zu den Rahmenbedingungen gehören u. a.

- die Dauer und Häufigkeit der Gruppentreffen
- der Ort der Treffen
- der Raum und seine Ausgestaltung
- das Setting, d. h. die Anordnung von Tischen und Stühlen

Die Rahmenbedingungen bei Bedarf zum Thema zu machen, um Klarheit darüber herzustellen, ob der „Rahmen“ für alle noch passt, kann manchmal sehr hilfreich sein.

## Ziele

Die Festlegung von Zielen ist ein wesentlicher Teil der Gruppenarbeit. Welche Ziele habe ich als Leiter/in, welche werden gemeinsam erarbeitet und auf welche kann ich mich mit allen Beteiligten verständigen?

Wie steht es um die Ziele in laufenden Gruppen? Welche Bedeutung haben sie in der Arbeit, kommt es zu Veränderungen in den Zielsetzungen?

Die Verständigung über gemeinsame Ziele hat Einfluss auf die Motivation der Beteiligten – wenn es darüber keinen Austausch und keine Verständigung gibt, besteht die Gefahr, dass die Beteiligten nicht wissen, wieso sie eigentlich noch in die Selbsthilfegruppe kommen sollen.

Lohnende Ziele, die immer wieder in Selbsthilfegruppen genannt werden, lauten wie folgt:

- Gemeinsamer Austausch von Erfahrungen, um sich im Umgang mit der Krankheit oder den Problemen zu stärken
- Gegenseitig Motivation aufbauen für Verhaltensänderungen
- Eigene Unsicherheiten und Ängste überwinden, neue Lebensfreude und Selbstbewusstsein entwickeln

## Abläufe und Regeln

Eine Verständigung über die Abläufe eines Gruppenabends und die Festlegung von Regeln für die Gruppenarbeit unterstützen die Arbeitsfähigkeit der Gruppe und beeinflussen auch die Motivation der Beteiligten.

Klarheit über den Ablauf der Sitzung (z. B. „wir starten mit einem Blitzlicht, sammeln dann die Themen, die heute besprochen werden, bearbeiten zwei oder drei davon und machen dann noch eine Abschlussrunde“) gibt Orientierung und Sicherheit.

Selbsthilfegruppen vereinbaren darüber hinaus meist einige zentrale Regeln für die gemeinsame Arbeit in der Gruppe, die oft schriftlich festgehalten werden. Sie sollen helfen, die Arbeitsfähigkeit der Gruppe zu erhöhen. Über die Anzahl und die Bedeutung der Regeln für die Gruppe gibt es viele unterschiedliche Haltungen in der Selbsthilfe, deshalb macht es Sinn, sich über bestehende Regeln und deren Auslegung von Zeit zu Zeit immer wieder neu zu verständigen. Zu den bekanntesten Regeln in der Selbsthilfe gehören folgende:

- **Eine Vereinbarung über Vertraulichkeit:** Was in der Gruppe erzählt und besprochen wird, bleibt in der Gruppe und wird nicht nach außen getragen.
- **Jede/r spricht für sich und nicht für andere:** Ich spreche in der „Ich“-Form über meine Haltung zum Thema und vermeide die unpersönliche Form des „man“, die die Gefahr der Verallgemeinerung enthält.
- **Keine Ratschläge geben:** Die Teilnehmer/innen sprechen von sich und ihren eigenen Erfahrungen und vermeiden es, anderen Betroffenen zu sagen, was sie in einer bestimmten Problemlage tun sollen.
- **Störungen haben Vorrang:** wenn ein Mitglied der Gruppe eine Störung empfindet (z. B. weil er/sie nicht mehr zuhören kann), sollte er/sie dies offen aussprechen. Die folgende Aussprache in der Gruppe trägt dazu bei, über die Störung zeitnah sprechen zu können (mit dem Ziel, sie aus der Welt zu schaffen).
- **Vereinbarung über Verbindlichkeit:** Die Mitglieder verständigen sich darüber, wie verbindlich die Teilnahme an der Gruppe ist und in welcher Form Absagen geschehen sollen.

Götz Liefert arbeitet als Coach und bietet Supervision, Mediation sowie Fortbildungen an.

Weiterführende Literatur über Methoden zur Arbeit in der Selbsthilfe finden Sie unter:  
<http://www.goetzliefert.de/index.php/veroeffentlichungen>

## Auswirkungen der Endometriose auf die Partnerschaft – Erfahrungen mit Männergruppen

Die Endometriose ist eine sehr häufige und durch das allgemein hohe Rückfallrisiko leider auch eine „sehr anhängliche“ Erkrankung nicht selten mit erheblichen physischen und psychischen Einschränkungen für die betroffenen Frauen. Dies bleibt nicht ohne Folgen für den Partner und die Partnerschaft.

Wir haben in der Reha-Klinik Bad Schmiedeberg über 200 von Endometriose betroffene Frauen und etwa 70 ihrer Partner befragt. Hierbei zeigte sich eine ähnlich ausgeprägte Belastungssituation bei den Partnern im Vergleich zu den selbst von der Erkrankung Betroffenen (siehe Abb.1). Ebenso wird auch von beiden die Partnerschaft als erheblich durch die Endometriose belastet empfunden (siehe Abb. 2). Die von den Männern am häufigsten angegebenen Probleme sind die immer wiederkehrenden Schmerzen bei den Frauen, die häufig notwendigen Operationen und die Auswirkung der Schmerzen insbesondere beim Geschlechtsverkehr. Hierdurch wird das tägliche und „nächtliche“ Zusammenleben bzw. die gemeinsame Sexualität so stark beeinträchtigt, dass etwa 70 % der befragten Frauen und etwa 60 % der Männer eine Verschlechterung der Beziehung durch die Endometriose angeben.

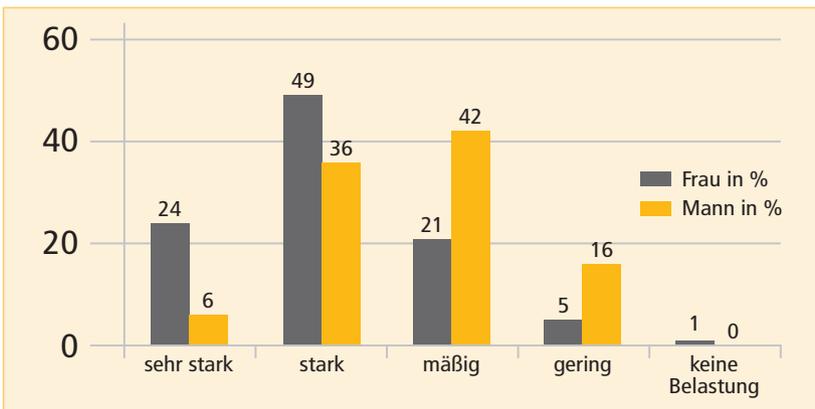


Abb. 1: Wie stark empfinden Frauen bzw. Männer die Belastungen durch Endometriose?

Seit drei Jahren gibt es daher in der Reha-Klinik Bad Schmiedeberg und im Johanna-Etienne-Krankenhaus Neuss ein Gesprächsangebot für Partner von Frauen mit Endometriose. Dabei werden einerseits Informationen zur Erkrankung Endometriose vermittelt, da gerade das hohe Rückfallrisiko ohne genauere Kenntnisse nur sehr schwer zu verstehen ist.

Andererseits können auch die Probleme im Alltag ganz konkret angesprochen und Lösungsstrategien entwickelt werden. Wie z. B. soll man Urlaub und Freizeitaktivitäten planen, wenn man nie weiß, wann die Schmerzen wiederkommen? Durch Wissen über die Krankheit können aber auch Handlungsmöglichkeiten klar werden: Wenn „Mann“ weiß, dass sich Endometrioseherde z. B. häufig im Douglas-Raum befinden und daher automatisch beim Verkehr Schmerzen auslösen, kann er darauf Rücksicht nehmen und ist eher bereit, die gemeinsame Sexualität entsprechend zu modifizieren.

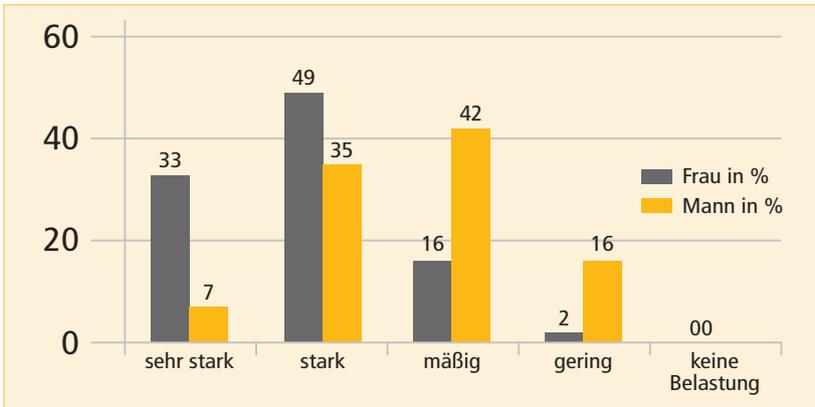


Abb. 2: Empfundene Belastung der Partnerschaft durch die Endometriose aus Sicht der Frau bzw. des Mannes

Die direkten Rückmeldungen der Männer nach den Gesprächsrunden sind durchweg positiv. Auch dass dabei keine Frauen anwesend sind, wird eher als günstig empfunden. Derzeit werden Fragebögen verteilt, um die längerfristigen Auswirkungen der gewonnenen Erkenntnisse auf die Partnerschaft zu bestimmen.

Insgesamt erscheint es sehr sinnvoll, auch den Partner von Frauen mit Endometriose ernst zu nehmen und mit speziellen Informationen zu versorgen. Dies könnte beiden bei der Krankheitsbewältigung helfen und hoffentlich die negativen Auswirkungen auf die Partnerschaft vermindern.

Unklar bleibt noch, inwieweit ein ähnliches Angebot auch für Partnerinnen von Frauen mit Endometriose funktionieren könnte. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ergeben sich auch in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften relevante Belastungen durch die Endometriose. Hierfür wäre aber ein spezielles Angebot erforderlich, welches noch etabliert werden sollte.

Prof. Matthias Korell ist Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Johanna-Etienne-Krankenhauses Neuss und Leiter des Brustzentrums Rhein-Kreis Neuss.

Informationen zu den nächsten Terminen für Partner von Frauen mit Endometriose in Bad Schmindeberg: 034925/63521 bzw. in Neuss: 02131/5295-5002

# Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.

## 20 Jahre Selbsthilfe, Beratung, Lobbyarbeit

---

Die Endometriose-Vereinigung Deutschland wurde 1996 als Selbsthilfeorganisation von und für Betroffene gegründet. Inzwischen haben sich rund 1400 Mitglieder unter dem Dach des gemeinnützigen Vereins organisiert. Über 20 Selbsthilfegruppen aus dem gesamten Bundesgebiet werden von der Endometriose-Vereinigung betreut.

Selbsthilfe bereitet den Weg, sich aktiv mit der Erkrankung und deren physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen auseinander zu setzen. Dies erfordert Mut und kann, wie die Erkrankung selbst, auch sehr anstrengend sein. Beim Finden des eigenen Wegs können die Erfahrungen von verschiedenen Frauen helfen.

Die Kernaufgaben der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. sind Beratung, Aufklärung über Endometriose und Stärkung der Position der Betroffenen.

### Beratung

Die Endometriose-Vereinigung Deutschland betreibt die einzige bundesweite Endometriose-Beratungsstelle, sie ist das Herzstück des Vereins. Alle Informationen zum Thema Endometriose und zur Selbsthilfearbeit laufen hier zusammen.

An erster Stelle steht die einfühlsame Beratung von Frauen mit Endometriose. „Das Gespräch hat mir gezeigt, dass ich nicht alleine bin.“ Diese Aussage hören wir in der Beratung sehr häufig. In einer krisenhaften Situation ist es besonders wichtig, empathische Zuhörer/innen zu finden, um Ängste und Fragen loszuwerden. Die Möglichkeit in Ruhe, ohne Zeitdruck ein Gespräch zu führen, ist für viele der wichtigste Grund die unabhängige Beratung der Endometriose-Vereinigung zu kontaktieren. Zusätzlich zu den intensiven Telefonberatungen werden Einzelberatungen via E-Mail über unser Onlineportal [www.regelschmerzen-info.de](http://www.regelschmerzen-info.de) durchgeführt. Die Beratung übernehmen erfahrene und geschulte Beraterinnen und Betroffene, die Mehrzahl unserer Beraterinnen arbeitet ehrenamtlich. Jede kann einen Beratungstermin vereinbaren, unabhängig davon, ob sie Mitglied in unserem Verein ist oder nicht. Die Nachfrage nach Beratungen und Informationen zur Endometriose ist sehr hoch und steigt beständig. In der Beratungsstelle wurden im vergangenen Jahr ca. 5.000 Anfragen bearbeitet.

### Aufklärung über Endometriose

Neben der individuellen, psychosozialen Beratung werden medizinische und gesundheitspolitische Informationen zu Endometriose allen Interessierten zur Verfügung gestellt.

Unsere Homepage [www.endometriose-vereinigung.de](http://www.endometriose-vereinigung.de) ist das wichtigste Zugangstor zu unserem Informations- und Beratungsangebot. Dort finden Interessierte grundlegende Informationen zur Endometriose. Selbstverständlich sind wir auch bei Facebook aktiv, hier verbreiten wir aktuelle Nachrichten rund um das Thema Endometriose.

Mitglieder können sich zusätzlich in einem geschlossenen Bereich auf unserer Homepage informieren, zum Beispiel über die Alltagsbewältigung mit Endometriose, Erfahrungen mit Ärzt/innen, der Ernährungsumstellung oder alternativen Schmerztherapien.

## **Stärkung der Position der Betroffenen**

Die Endometriose-Vereinigung vertritt die Position ihrer Mitglieder und aller betroffenen Frauen gegenüber der Öffentlichkeit, Ärzt/innen und Institutionen des Gesundheitswesens. Dies geschieht vielschichtig, beispielsweise durch direkte Kontakte und den Aufbau eines breiten Netzwerks. Aber auch durch umfassende Öffentlichkeitsarbeit und Informationsmaterialien, die sich z. B. mit dem Verhältnis Arzt/Ärztin und Patientin auseinandersetzen.

Gemeinsam mit der Stiftung Endometriose-Forschung (SEF) und der europäischen Endometriose-Liga (EEL) zertifiziert die Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. Kliniken und Praxen als „Endometriosezentrum“. Engagierte Betroffene unseres Vereins begutachten die Einrichtungen und sprechen mit Ärzt/innen und Patientinnen vor Ort. Ohne die Zustimmung der Endometriose-Vereinigung werden Kliniken oder Praxen nicht zertifiziert. Seit dem Beginn der Kooperation 2005 wurden schon über 100 Praxen und Kliniken zertifiziert.

Darüber hinaus beteiligt sich die Selbsthilfe-Organisation an der Erarbeitung der wissenschaftlichen Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Endometriose“, um die Erfahrungen der betroffenen Frauen in der medizinischen Behandlung nachhaltig zu verankern.

## **Gemeinsam stärker**

Auf dem Weg, Verantwortung für die eigene Endometriose-Erkrankung zu übernehmen, begleitet die Endometriose-Vereinigung Deutschland mit ihren Angeboten. In unseren Broschüren, dem Newsletter für Mitglieder oder in einem persönlichen Beratungsgespräch erhalten Betroffene Tipps, wie die Endometriose in den Alltag integriert werden kann. Mitglieder können ihre Erfahrungen mit Ärzt/innen und Kliniken, aber auch mit komplementären Behandlungsmöglichkeiten an andere Mitglieder weitergeben.

Selbst der verständnisvollste Partner, die beste Freundin – oder auch der/die aufmerksamste Gynäkolog/in – kann nicht wirklich nachempfinden, wie sich die Diagnose Endometriose auf alle Bereiche des Lebens auswirkt. Hört der Schmerz niemals auf? Werde ich Kinder bekommen können? Kann mir mein Arbeitgeber kündigen? Gibt es sanfte Methoden gegen die Schmerzen? Niemand kann auf alle Fragen eine Antwort haben; auch nicht die Beraterinnen der Endometriose-Vereinigung Deutschland. Aber wir können das Wissen und die Erfahrung von 20 Jahren Selbsthilfe und Umgang mit Endometriose zur Unterstützung anbieten.

Da die Endometriose-Vereinigung anders als viele Selbsthilfeorganisationen keine Spenden der Pharmaindustrie annimmt, werden alle Kosten ausschließlich über Mitgliedsbeiträge, öffentliche Fördermittel und Spenden finanziert. Das Selbsthilfeprinzip wird konsequent gelebt, ausschließlich Betroffene besitzen aktives wie passives Wahlrecht.

Wenn auch Sie von der Endometriose-Vereinigung Deutschland vertreten werden wollen und unsere Arbeit unterstützen möchten, werden Sie Mitglied. Ihre Vorteile auf einen Blick:

- langfristige und juristische Beratung, z. B. Begleitung vor und nach der OP und Hilfe bei der Beantragung einer Reha-Maßnahme
- Newsletter mit aktuellen Informationen aus Wissenschaft und Selbsthilfe
- Zugang zum Mitgliederbereich auf unserer Homepage (u. a. Erfahrungsberichte, Fachbeiträge, kommentierte Literaturliste und das Newsletterarchiv)
- ermäßigter Teilnahmebeitrag für unsere Jahrestagung

Doch natürlich haben Sie nicht nur individuelle Vorteile, wenn Sie Mitglied in der Endometriose-Vereinigung sind. Mit Ihrer Mitgliedschaft unterstützen Sie unsere Arbeit für alle Betroffenen und werden Teil einer Gemeinschaft, die mehr gesellschaftliche und medizinische Aufmerksamkeit für Endometriose fordert.

Katharina Hamann leitet die Geschäftsstelle der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.

Die Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. gibt eigene Informationsmaterialien heraus, die in der Geschäftsstelle bestellt werden können. Eine kleine Auswahl:

- Broschüre „Schmerz lass nach – Möglichkeiten mit Endometrioseschmerzen umzugehen“
- Broschüre „Stress durch Endometriose – Endometriose durch Stress?“
- Endometriose-Schmerzkalender mit Tipps zu unterstützenden Heilansätzen
- Faltblätter zur richtigen Arztwahl, zu Gesprächen mit Ärzt/innen
- Faltblatt als Comic, speziell für Mädchen
- Plakate für Praxen und Selbsthilfegruppen
- Informationskarten zur Online-Beratung und zum Tag der Endometriose



ENDOMETRIOSE-VEREINIGUNG  
DEUTSCHLAND E.V.

## Antrag auf Mitgliedschaft\*

Den Antrag bitte senden an: Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.,  
Bernhard-Göring-Straße 152, 04277 Leipzig

als ordentliches Mitglied  
(Ich bin an Endometriose erkrankt.)

als außerordentliches Mitglied

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße, Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Bundesland: .....

E-Mail-Adresse: .....

\*\*Telefon-Nr.: ..... \*\*Fax-Nr.: .....

\*\*Beruf/Tätigkeit .....

\*\*Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

.....

Ich bin am Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen interessiert und damit einverstanden, dass meine Daten ausschließlich und nur zu diesem Zwecke an Vereinsmitglieder weitergegeben werden.

Ich bin Ehe-/Partner(in)/Angehörige(r) von  
Name, Vorname/Mitgliedsnr.: .....

Der Beitrag für ordentliche/außerordentliche Mitglieder beträgt mindestens 60 € pro Kalenderjahr, nach Ermessen mehr. Bei Mitgliedschaft eines weiteren Familienangehörigen, Ehe- oder Lebenspartners beträgt der Mindestbeitrag für dieses weitere Mitglied mindestens 30 € pro Kalenderjahr, nach Ermessen mehr.

Ich zahle einen Mitgliedsbeitrag von ..... €/Kalenderjahr durch:

Lastschriftverfahren

IBAN

Name Kontoinhaber

(falls abweichend von AntragstellerIn): .....

Ich ermächtige die Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V., den jeweils gültigen Jahresbeitrag von meinem Konto bis zum 31. Januar jeden Jahres mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Überweisung

auf das Konto der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. bis zum 31. Januar jeden Jahres.  
Bank für Sozialwirtschaft IBAN: DE29 8602 0500 0003 5588 00

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift(en) AntragstellerIn/KontoinhaberIn

\*Hinweis: Ihre personenbezogenen Daten werden entsprechend des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert.

\*\*Angaben sind freiwillig

---

# Selbsthilfe Beratung Information Endometriose Unterstützung Netz Netzwerk Information

Die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. wird 20! Sie wollen uns etwas spenden? IBAN: DE02860205000003558801 [www.endometriose-vereinigung.de](http://www.endometriose-vereinigung.de)

---



**20** Wir feiern!  
Jahre Selbsthilfe!

[www.endometriose-vereinigung.de](http://www.endometriose-vereinigung.de)