



Wer rastet, der rostet
**Lebenselixier
Arbeit?**

- 6 Schritt für Schritt zurück
Krank, aber nicht abgeschrieben
- 8 Soziale Misshandlung
Mobbing am Arbeitsplatz
- 13 ÄKHOM
Medizinisches Wissen ist nicht alles
- 18 Plastische Chirurgie
Brustrekonstruktion durch Eigengewebe
- 28 In der Stille der Nacht
DNA-Reparatur im Schlaf
- 41 Neue Studie
Schützen Cholesterinsenker vor Brustkrebs?
- 54 Die Bühne des Lebens
Playbacktheater für Krebsbetroffene



Die Herzkissenaktion

Titelthema

- 4 Wer rastet, der rostet
Lebenselixier Arbeit?
- 6 Schritt für Schritt zurück
Krank, aber nicht abgeschrieben!
- 8 Soziale Misshandlung
Mobbing am Arbeitsplatz
- 10 Enttäuschender Alltag
Die lieben Kollegen
- 11 Zurück am Arbeitsplatz
Wie ist es mir ergangen?

Medizin und Forschung

- 12 Seit Neuem im Fokus
Die ärztlichen Kompetenzen
- 13 ÄKHOM
Medizinisches Wissen ist nicht alles
- 16 Kostbares Heilungspotenzial
Die ärztliche Empathie
- 18 Plastische Chirurgie
Brustrekonstruktion durch Eigengewebe
- 22 Unfassbar
Der Fall Bottrop
- 24 Palbo-, Ribo- und Abemaciclib
Die CDK 4/6-Hemmer
- 26 Stabilität hält aufrecht
Forschungsnetzwerk Knochenmetastasen
- 28 In der Stille der Nacht
DNA-Reparatur im Schlaf
- 30 | 31 Kurz & Fündig
„EVA“ – ein BH erkennt Brustkrebs
Drug Repurposing
Hemmt Capsaicin das Brustkrebswachstum?

mamazone Brennpunkt

- 32 Open Science
Wissen für alle?
- 34 Das Projekt PINTU
Patienten in Tumorkonferenzen
- 36 Ist er zu schaffen?
Der Weg in ein transparentes Gesundheitswesen

Gut zu wissen

- 38 Befragung von Patientinnen mit Brustkrebs
Nebenwirkungen einer Chemo- oder Hormontherapie
Selbsthilfe mobil
Die Thüringer KrebsApp
- 39 Die Weide hat es in sich
Aspirin und Krebs
- 40 Ein Hürdenlauf
Zu Cannabis auf Rezept
- 41 Neue Studie
Schützen Cholesterinsenker vor Brustkrebs?
- 42 Risikofaktor Zahnbettentzündung
Steigert Parodontitis das Krebsrisiko?
Triclosan verbieten
Krebserregender Stoff in Zahnpasta?
- 43 Wirklich so super?
Das Superfood

Aus eigener Erfahrung

- 44 Versicherungen als letzte Instanz
Nicht gleich aufgeben!
- 46 Laufen trotz Brustkrebs
Kein Widerspruch

Für Sie gelesen

- 48 Speziell für uns
Das Frauen-Gesundheitsbuch
- 49 Wussten sie das?
So lügt man mit Statistik

mamazone Intern

- 50 Vorstandswahlen 2017
Neues von mamazone e.V.
- 51 Nachruf
Wir erinnern uns an Gudrun Eikelboom

Aus den Regionen

- 52 Woche für das Leben
„Ich bleibe im Rennen!“
- 54 Die Bühne des Lebens
Playbacktheater für Krebsbetroffene
- 56 mamazone-regional
Support vor Ort
- 58 Das Beste zum Schluss
mamazone „Busenfreund-Award“ 2017

Liebe Leserin, lieber Leser.

Was für ein Jahr! Dieses ausklingende 2017! Geprägt von Konflikten und Katastrophen – Atomdrohungen von West nach Ost und umgekehrt, Hurrikans, Waldbrände, Terroranschläge und Selbstmordattenta... man könnte trübsinnig werden, hätte es nicht auch die anderen, die angeblich kleineren – und umso wichtigeren – Ereignisse von Mitmenschlichkeit und Freude gegeben.

Mitmenschlichkeit konnte man in Bobingen, einem Städtchen mit nur 16.570 Einwohnern, südlich von Augsburg erleben. Dort trafen sich am 23. September 65 Frauen der Nähgruppe „Alpensträßler“ und nähten und füllten stundenlang 500 wunderbare Herzkissen, die mamazone an Patientinnen weitergeben darf. Diese Kissen entlasten nicht nur den Arm nach einer Brustkrebs-Operation, sie sind vor allem und ganz besonders ein Stück gelebter Anteilnahme. www.aktion-herzkissenwunsch.de

Wir danken von Herzen!

Auch die Frauenläufe in einigen Städten Deutschlands, wie der „Riem Arcaden Run“ von AVON, oder das „Race for Survival“ von der Aktion Pink Deutschland e.V. gehörten zu den hoffnungsvollen Momenten des Jahres, denn sie nehmen dem Thema Brustkrebs in der Öffentlichkeit die Schwere und geben der Erkrankung ein aktives Gesicht, das sich nicht verstecken muss.

All diese Aktionen mit Brustkrebspatientinnen, die in pinkfarbenen Shirts laufen und walken, die an Ständen und auf Podien ehrenamtlich andere Patientinnen mit Informationen unterstützen, zeigen uns, dass eine Krebserkrankung durchaus mit Lebensfreude verbunden sein kann.

Fotos: B. Weltner

Darauf zielten in diesem Jahr auch die Vorträge des mamazone Kongresses „Projekt Diplompatientin®“ ab, die sich mit den neuesten, vielversprechenden Therapien zur Behandlung der Oligo-Metastasierung (griech. oligo = wenig) befassten. Mamazone-Mitglieder können und sollten sich die Vorträge mit ihren persönlichen Zugangsdaten auf der mamazone-Homepage unbedingt anschauen.



Zu mir:

Mit diesem Editorial verabschiede ich mich als ‚Chefin vom Dienst‘ und festes Redaktionsmitglied des mamazone MAGs. Nach elf Jahren organisatorischer und redaktioneller Mitarbeit scheint mir ein „Generationenwechsel“ angebracht. Für eine Zeitschrift und eine Organisation mit dem Bemühen zu arbeiten, Brustkrebspatientinnen eine Hilfe im Umgang mit ihrer Erkrankung zu sein, war trotz aller Anstrengung auch immer eine Bereicherung. Und sie hat, so wie meine Hunde, einen großen Anteil an meinem (Über-)Leben seit 18 Jahren. Trotz damals schlechter Prognose.

Die Hunde zwangen mich bei Wind und Wetter aus dem Haus. Mindestens zweimal pro Tag. So tat ich, was man heute evidenzbasiert empfiehlt: bewegen, bewegen, bewegen. Dass Bewegung nicht nur auf die Therapienebenwirkungen einen positiven Einfluss haben kann, sondern auch das Risiko für Rezidive und Metastasen senken, gilt inzwischen als sicher. Zu 10.000 Schritten täglich wird geraten. „Körperliche Aktivität“, meint Prof. Martin Halle von der TU München, „ist so wichtig wie ein Krebsmedikament“.

Mit der Arbeit bei mamazone, die ich nach meiner Frühpensionierung 2005 zunächst als Regionalleitung München und 2006 als Redakteurin beim MAG (damals noch „Newsletter“) begann, erfüllte ich mir den Wunsch nach einer sinnvollen Tätigkeit. So konnte ich meine bei mamazone erhaltene Hilfe an andere Frauen weitergeben und sie mit Wissen und Verständnis bei ihrer Therapie unterstützen.

Unser Titelthema „Wer rastet, der rostet. Lebenselixier Arbeit?“ greift diesen Gedanken der Bedeutung von Arbeit auf und zeigt Wege, auch mit ‚Behinderung‘ ins Arbeitsleben zurückzukehren – sofern man dies möchte.

Ich danke Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, für die vielen positiven, auch mal kritischen Rückmeldungen und wünsche Ihnen gute Gesundheit, ein friedliches Weihnachten und einen positiven Blick ins neue Jahr.

Herzlich Ihre

Ulli Kappler
Ulli Kappler

Wer rastet, der rostet

Lebenselixier Arbeit?

VON GERTRUD RUST

Leben wie zuvor, oder leben wie nie zuvor? Diese kurze, aber explosive und nach einer Krebserkrankung öfter zu hörende Frage hat es in sich. Sie klingt ein bisschen danach, als ob „zuvor“ etwas verpasst worden wäre, was nun so gut wie möglich aufzuholen sei. Sie klingt ebenfalls ein bisschen danach, als ob man „vorher“ falsch gelebt und dadurch womöglich der Erkrankung Vorschub geleistet hätte. Mit anderen Worten: Das alte Leben sei umzukrempeln, ein Neustart sei fällig in der Absicht, nun „alles besser“ zu machen, verbunden mit der Hoffnung, dadurch der Erkrankung Einhalt gebieten zu können. Ein enormer Anspruch, der nicht selten an seine Grenzen stößt.

Dagegen steht die Sehnsucht, nach Abschluss des meist mühevollen Behandlungsmarathons endlich wieder in seine „heile Welt“ zurückkehren zu können, in die „Zeit davor“, als man in der Nacht noch nicht schweißgebadet aus dem Schlaf hochschreckte und noch nicht diesen Kloß im Hals verspüren musste, den die Aussicht auf einen Alltag mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung unweigerlich entstehen lässt.

Zurück zur Normalität

Wer möchte diesen Wunsch als unverstänlich abtun, jenes alles durchdringende Bedürfnis, eine freudlose Zeit hinter sich lassen zu können, die Rückkehr körperlicher Kräfte zu verspüren und wieder

Lebensfreude aufkeimen zu fühlen. Der Eindruck wiederhergestellter Leistungsfähigkeit tröstet dabei nicht nur über das zurückliegende schmerzhaft Erleben von Kraftlosigkeit und endloser Müdigkeit hinweg, sondern dient bisweilen auch als Maßstab für den Genesungsfortschritt. Je leistungsfähiger ich bin, desto gesünder werde ich wohl sein, eine Formel, die auch jenseits von Krebserkrankungen ihre Gültigkeit hat. Der Wiedereinstieg ins Berufsleben hat damit nicht nur eine Existenzsichernde Bedeutung, sondern vermittelt ebenfalls ein Gefühl von „danach“, es ist erst einmal alles überstanden, ich bin wieder dabei.

Im Arbeitsleben

Das kollegiale Klima am Arbeitsplatz, die Qualität der Arbeitsabläufe und nicht zuletzt der übliche Führungsstil entscheiden dabei wesentlich über eine erfolgreiche Wiedereingliederung mit. Sehr bald wird sich dabei zeigen, ob man den alltäglichen Belastungen wieder standhalten kann oder in eine gefährliche Überforderungssituation hineinschlittert und nach getaner Arbeit körperlich erschöpft und mental entkräftet nach Hause zurückkehrt. Eine achtsame und ehrliche Selbstbeobachtung zum Eigenschutz ist hier sinnvoll, denn ein übermäßiger Kräfteverschleiß ist einem weiterhin erfolgreichen Genesungsweg nicht förderlich.

Prof. Dr. med. Joachim Bauer, nach sei-

ner Emeritierung an der Universität Freiburg nun Gastprofessor an der Berliner International Psychoanalytic University (IPU), befasste sich in seinen Forschungsarbeiten lange Jahre mit den Zusammenhängen zwischen Arbeit und Gesundheit. „Arbeit – warum sie uns glücklich oder krank macht“, lautet eines seiner Bücher, das Krebspatienten vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz als Lektüre empfohlen sei:



Von der „Erfindung der Arbeit zur New Economy“ wird ein aufschlussreicher arbeitsgeschichtlicher Bogen geschlagen und die Bedeutung von Arbeit für den Menschen dargestellt. Arbeit führt zum Erkennen der eigenen Potentiale und kann Hochgefühle auslösen, zeigt uns aber auch unsere Grenzen auf, die besonders im Verlauf der Rekonvaleszenz nach Krebs ernst genommen werden sollten. Dass Dauerstress einen nachteiligen Einfluss auf das Immunsystem ausübt ist aus der Psychoneuroimmunologie bekannt, und die inzwischen anerkannte Bedeutung des Immunsystems für das Krebsgeschehen ist an der Etablierung des Faches Immunonkologie als vollwertige Therapiensäule ablesbar. Zusätzlich beinhaltet Arbeit immer auch eine Begegnung mit anderen Menschen, mit einem sozialen

Umfeld, das entweder ein Gefühl von Zugehörigkeit, Wertschätzung, Anerkennung und sozialer Teilhabe vermittelt, oder von Konkurrenz und sozialen Hierarchien gekennzeichnet sein kann.

Der Arbeitsalltag...

...ist meist keine erholsame Idylle. Während die Möglichkeit zu kreativer Tätigkeit und eigenverantwortlicher Gestaltung von Arbeitsabläufen in der Regel gesundheitsfördernde oder -erhaltende Wirkung entfaltet, können Prozesse, die sich verselbständigen, außer Kontrolle geraten und so enormen Druck auslösen, zerstörerisch wirken und zu Krankheitsrisiken werden. Eine Entfremdung von der Arbeit tritt ein, man findet sich in einem ferngesteuerten Hamsterrad wieder, sorgenvoll darauf bedacht, mithalten zu können, um seine Existenz zu sichern.

Besonders zugenommen haben nach Bauer in den letzten Jahren eine Verdichtung und Intensivierung der Arbeit, laufende Unterbrechungen (Fragmentierung) und das Multitasking (Überwachung mehrerer Abläufe und Erledigung mehrerer Arbeiten gleichzeitig). Geringer wurden dagegen die Spielräume zur eigenständigen Arbeitsgestaltung, zu der Art und Weise, wie man seine Arbeit erledigt. Bei über 30 Prozent der Beschäftigten ist dies der Fall und fast 40 Prozent müssen ihre Arbeitsweise an ein von außen vorgegebenes Arbeitstempo

anpassen. Die fehlende Kontrolle über Arbeitsabläufe, das Ausgeliefertsein, gilt jedoch als besonders gesundheitsrelevanter Stressfaktor. Typische Symptome starker Stressbelastung sind Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Gefühle von Ausgebranntsein (Burn-Out), und ganz besonders Krebspatientinnen sollten im Verlauf der beruflichen Reintegration darauf achten.

Immer auf dem Sprung

Neben dem klassischen Stresssystem, das bei der Bewältigung von konkreten Aufgaben aktiv wird, wurde vor wenigen Jahren ein zweites Stresssystem entdeckt. Dessen Wirkung tritt in einem überfrachteten Arbeitsumfeld mit parallel laufenden Arbeitsaufgaben ein, in dem mit unerwarteten Anforderungen zu rechnen ist, ohne deren Inhalt vorhersehen zu können. Joachim Bauer nennt dieses zweite Stresssystem Unruhe-Stresssystem, welches besonders für moderne Arbeitsplätze kennzeichnend sei. Zu viele verschiedene und unvorhersehbare Anforderungen in zu wenig Zeit erfordern eine breit gestreute diffuse Aufmerksamkeit, erzeugen einen dauerhaften Unruhezustand und behindern die Konzentration auf eine konkrete Aufgabe. Der Berliner Philosophieprofessor Byung-Chul Han vergleicht dieses „Immer-auf-dem-Sprung-sein-müssen“ mit dem Leben von Tieren in freier Wildbahn.

Gesundheitsrisiken

Kommen dann auch noch Überstunden dazu, und die wöchentliche Arbeitszeit nähert sich 50 Stunden oder sogar mehr, kann es gefährlich werden, für noch Gesunde ebenso, wie für bereits Erkrankte. Eine Arbeitsgruppe um Dr. H. Sadie Conway vom Health Science Center der Universität von Texas in Houston ermittelte ein um 42 Prozent erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bei einer wöchentlichen Arbeitszeit ab 52 Wochenstunden, das Krebsrisiko war sogar um 62 Prozent erhöht (Am J Epidemiol 2017, 186 (2): 173-183). Eine Forschergruppe um Myrthala Moreno-Smith aus der Abteilung Gynäkologische Onkologie des Anderson Cancer Center in Houston wies bereits im Jahr 2010 in einer Übersichtsarbeit (Review) auf die Bedeutung von chronischem Stress für den Krankheitsfortschritt hin (Future Oncol. 2010 December; 6(12): 1863-1881). Danach kann chronischer Stress spezifische Signalwege in Krebszellen und der Tumormikroumgebung aktivieren, die Tumorwachstum und Metastasierung anregen.

Dennoch sollten wir uns nicht entmutigen lassen, denn die Existenzsicherung beruht nun mal auf Arbeit. Es kommt jedoch darauf an, in jedem Einzelfall individuelle Möglichkeiten für Auszeiten zu finden, zum „Being away“, um innere Ruhe entstehen zu lassen, die der Regeneration dient.

Schritt für Schritt zurück

Krank, aber nicht abgeschrieben!

VON ALMUTH FISCHER

Das Thema gewinnt derzeit stark an Bedeutung für die Daseinsvorsorge einer Brustkrebspatientin. Weil die Erkrankten immer jünger werden, rückt das Berufsleben und sein Umfeld in den Mittelpunkt des Interesses. Es geht um die – wenn auch nur auf Zeit gewährte – Schwerbehinderung: GdB 50%, und die Wiedereingliederung in das Berufsleben.

Zurück ins Leben

Sehr oft höre ich den Wunsch: „Ich möchte mein altes Leben zurück“. Ein nachvollziehbarer Wunsch! Frau möchte zuerst sich selbst, aber auch allen Anderen beweisen, dass die Leistungsfähigkeit über die schwere Zeit der Erkrankung und deren Folgen erhalten bzw. sich wiedergestellt hat. Das folgende Verfahren kann ein gangbarer Weg sein.

In Deutschland ist die Grundlage zur Wiedereinstiegsregelung in den Beruf nach längerem Krankenhausaufenthalt oder Arbeitsunfähigkeit (AU) im Sozialgesetzbuch (SGB V §74 und SGB IX § 28) festgelegt.

Den Zeitpunkt zum Beginn eines solchen Verfahrens bestimmen Sie mit Hilfe der Beratung Ihres behandelnden Arztes. Früheste Anlaufstelle wäre Ihre Reha-Klinik. Weitere Möglichkeiten bieten Einrichtungen, die ebenfalls kompetente Beratung bei der Rückkehr ins Arbeitsleben bieten können:

- Krebsberatungsstellen
- Betriebs- oder Personalrat
- Schwerbehinderten-Vertretung

Hier erhalten Sie zur Rückkehr an den Arbeitsplatz die nötigen Hinweise.

Für viele Brustkrebserkrankte kommt das sogenannte Hamburger Modell infrage. Es ist für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) vorgesehen. Es gibt jedoch ähnliche Verfahrensweisen auch für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung (PKV). In den meisten Betrieben und Dienststellen wird jedoch das Hamburger Modell angewandt. Sollte an Ihrer Arbeitsstelle dieses Programm noch nicht eingeführt sein, so müssten Sie eine individuelle Regelung zwischen dem behandelnden Arzt, dem Arbeitgeber und der Krankenversicherung aushandeln.

Stufenplan für das Hamburger Modell

Was muss ich beachten? Erste Anlaufstelle für die Arbeitnehmerin (AN) ist ihr behandelnder Arzt. Mit ihm wird ein Plan ausgearbeitet, der den Genesungsfortschritten der AN entspricht.

Die Arbeitswiederaufnahme kann mit wenigen Stunden täglich beginnen und je nach Genesungszustand bis zur vollen (vorherigen) Arbeitszeit gesteigert werden.

Die Arbeitnehmerin erhält während dieser Zeit (Gültigkeit der Planes) **Lohnersatzleistungen von einem der folgenden Sozialversicherungsträger:**

- a) der Rentenversicherung (DRV)
- b) der Krankenkasse
- c) gegebenenfalls von der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Patientin und ihr behandelnder Arzt legen gemeinsam einen Punkteplan fest:

- Beginn und Ende
- Angaben zu den Stufen (Art und Dauer)
- Voraussichtliche Zeit bis zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

- Rücktrittsrechte und -gründe bei der Maßnahme
- zu vermeidende Tätigkeiten und Belastungen
- Flankierende Maßnahmen am Arbeitsplatz (z.B. Kauf eines ergonomischen Arbeitsgerätes bzw. anderer notwendigen Hilfsmittel)

Wichtig ist das Vorliegen der Zustimmung des Sozialversicherungsträgers zu Beginn der Maßnahme, um versicherungsrechtliche Schwierigkeiten zu vermeiden. Dies gilt auch bei einer eventuellen Verlängerung, auch hier muss zuvor die Einwilligung des Leistungserbringers (DRV oder GKV) eingeholt werden. Wichtig ist: Ein Arbeitgeber muss einer Regelung nicht zustimmen. Er kann ohne Begründung ablehnen, falls die Betroffene nicht als Schwerbehinderte ausgewiesen ist. Die Schwerbehinderung wird jedoch fast allen Brustkrebs-Patientinnen zumindest für fünf Jahre gewährt. Ein bestehender Arbeitsvertrag bleibt von der Wiedereingliederungsmaßnahme unberührt. Auf **Zeitverträge** hat das Procedere leider keine aufschiebende Wirkung. Während der Dauer der Maßnahme gilt die Patientin als arbeitsunfähig (AU). Daher hat sie auch keinen Urlaubsanspruch. (Für Beamtinnen gelten hier Sonderregelungen).

Die Arbeitnehmerin erhält daher während der Plandauer Lohnersatzleistungen: Krankengeld (GKV) oder Übergangsgeld (DRV). Generell gilt: Sie erhalten während dieser Zeit Kranken- bzw. Übergangsgeld maximal bis zur Höhe des vorherigen Nettoarbeitsentgeltes. Sollten aus Vertragsleistungen vom Arbeitgeber noch Gehaltsanteile gezahlt werden, so werden sie

entsprechend in **Anrechnung** gebracht. Dieses gilt insbesondere für angebotene **Abfindungen** des Arbeitgebers.

Aus dem Vorhergehenden ergibt sich, dass dem Arbeitgeber während der Laufzeit des „Hamburger Modells“ zeitweise eine kostenlose Arbeitskraft zur Verfügung steht. In manchen Fällen dürfte das die Bereitschaft, einer solchen Maßnahme zuzustimmen, fördern.

Wie alle Verträge kann auch ein Wiedereingliederungsvertrag von den Partnern gekündigt werden. Unter bestimmten Bedingungen kann auch das Scheitern erklärt werden (z.B. bei einer siebentägigen Abwesenheit). Dieses Vorgehen bei einer Wiedereingliederung in das Arbeitsleben ist bei größeren Betrieben oder in den Einrichtungen des öffentlichen Dienstes möglich.

Kleinst- und Klein-Unternehmen

Diese halten einen nicht geringen Anteil an Arbeitsplätzen des sogenannten Mittelstandes. Hier ist zum einen die arbeitsrechtliche Lage (beschränkter Kündigungsschutz, §622 BGB, sowie § 89 Abs.1 SGB IX bei Schwerbehinderung) einschränkend, zum anderen gibt es Schwierigkeiten bei den Ausführungsmöglichkeiten.

Klein- und Kleinstunternehmen können in der Praxis keinen strukturierten Wiedereinstieg in den Beruf bieten. Der AG muss diesen nach §84 Abs.2 SGB IX jedoch anbieten. Solche Fälle landen häufig vor dem

Arbeitsgericht, das jedoch auch die Existenzfähigkeit des beklagten AG im Focus behalten muss. Aber: „Was nützt mir ein positives AN-Urteil, wenn mein Arbeitsplatz auf absehbare Zeit wegfällt“.

Das U 1

Seit dem 1. Januar 2006 gibt es ein Umlageverfahren zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, das sogenannte **U1**. Es gilt für Betriebe mit bis zu 30 Arbeitnehmern (AN) und fördert den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen. U1 kann man sich wie eine Kaskoversicherung mit Selbstbeteiligung vorstellen: Der Arbeitgeber versichert sich gegen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. D.h. er zahlt einen bestimmten individuellen Beitragssatz und bekommt dann einen prämiensabhängigen Prozentsatz (jedoch nie 100%) der geleisteten Aufwendungen zurück. Von dieser Regelung sind jedoch einige Beschäftigungsarten ausgenommen: www.lohn-info.de/umlageverfahren.html.

Die GKV erstattet auf Antrag aus der Umlage zwischen 40 und 80 Prozent der Aufwendungen. Dabei richtet sich der Erstattungssatz nach dem vom AG gewählten Prämiensatz der anbietenden GKV (AAG §2 - Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für eine Entgeltfortzahlung). Diese Möglichkeit ist im **Aufwendungsausgleichsgesetz U1** geregelt. So soll verhindert werden, dass Kleinunternehmen durch die Erfüllung der

AN-Ansprüche finanziell überlastet werden.

An diesem Verfahren nehmen alle gesetzlichen Krankenkassen teil. Jede GKV führt also das Verfahren für die bei ihr versicherten Arbeitnehmerinnen durch. Unterschiedliche Möglichkeiten zur beruflichen Rehabilitation oder sozialrechtlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) werden dabei bereit gehalten. Informationen zu LTA durch die DRV: www.deutsche-rentenversicherung.de//Rehabilitation/BeruflicheRehabilitation/Rehabilitation/Rehabilitation/Rehabilitation. Sozialmedizin: Infos für Experten// Publikationen und Veranstaltungen/ BEM/ Firmenservice.

Der neu eingerichtete **Firmenservice der DRV** informiert über die Voraussetzungen zur Antragstellung und die Leistungsarten. Einige größere Unternehmen arbeiten auch individuelle Varianten bei der Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Zusammenarbeit mit den dort angesiedelten Kolleginnen aus.

Liebe Leserin, dieser Beitrag soll Ihnen Mut zum Wiedereinstieg in ein qualitativ gutes und verträgliches (Berufs)Leben nach der Erkrankung machen. Damit wäre schon viel gewonnen. Wir hoffen sehr auf ein gutes Gelingen.

Quellen:
Sandra Otto, *Brustkrebs – Hilfe im Bürokratie-Dschungel*, Springer Verlag
Deutsche-Renten-Versicherung/Bund, Berlin
Informationen der gesetzlichen Krankenkassen
Besonderer Dank an die DRV/Berlin für die detaillierte Versorgung mit relevanten Informationen.

ANZEIGE



Diagnose Brustkrebs Rehabilitationsleistungen helfen

In unseren Reha-Zentren sind Sie gut aufgehoben:

- Utersum auf Föhr
- Ückeritz - Klinik Ostseeblick
- Bad Homburg - Klinik Wingertsberg
- Bad Nauheim - Klinik Taunus
- Todtmoos - Klinik Wehrwald

Weitere Informationen zu den Reha-Zentren erhalten Sie unter: www.driv-bund.de/reha-zentren

Soziale Misshandlung

Mobbing am Arbeitsplatz

VON GERTRUD RUST

Im August 2017 veröffentlichte das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ) eine Umfrage unter 2.023 Personen mit dem Thema: Verursachen seelische Probleme und Stress Krebs? 54 Prozent aktueller und ehemaliger Krebspatienten (81), sowie 65 Prozent der Angehörigen und Freunde von Krebspatienten (820) sahen hier einen Zusammenhang. Jenseits der fehlenden wissenschaftlichen Belege für diese Annahme könnte sich hier sowohl bei den Betroffenen, als auch bei den Beobachtenden der real erlebte Eindruck spiegeln, es „entgleise etwas“, zunächst seelisch, dann auch körperlich. Da in erster Linie Krebspatienten und ihre nächsten Bezugspersonen dazu in der Lage sind, die Lebensumstände mit zu verfolgen, an deren Ende die Diagnose Krebs steht, scheint dieser Eindruck durchaus bedenkenswert.

Progression und Überleben

Nicht nur mögliche Einflüsse auf die Entstehung einer Krebserkrankung zählen für die Betroffenen, sondern vor allem die Bedingungen für das Fortschreiten (Progression) und die Überlebenszeit. In einer Übersichtsarbeit (Review) beschreiben Ph. D. Susan K. Lutgendorf (University of Iowa, USA) und Ph.D. Barbara L. Andersen (The Ohio State University, USA) mögliche Wechselwirkungen zwischen Verhalten und biologischen Vorgängen im Körper, sowie deren Einfluss auf den Krankheitsfortschritt und das Überleben bei Krebs (Am Psychol. 2015; 70(2): 186-197). Zwar

stünden die Forschungsaktivitäten derzeit noch in einer frühen Phase, und zur Erfassung der genauen Abläufe seien weitere Anstrengungen erforderlich, jedoch ergaben sich bereits deutliche Hinweise auf psychosomatische Zusammenhänge. Danach können psychologische, soziale und verhaltensgesteuerte Prozesse den Fortschritt einer Krebserkrankung fördern, beginnend beim Einfluss auf die zelluläre

„**Wer eine Arbeit mit hohen Anforderungen in einem Haifischbecken erledigen muss, befindet sich in einem Zweifrontenkrieg und wird über kurz oder lang krank**

Immunität, über die Steuerung (Modulierung) von Entzündungsprozessen, der Angiogenese (Blutgefäßbildung zur Tumerversorgung), der Zellwanderung und der Metastasenbildung. An der Spitze bedeutender Faktoren werden dabei der Mangel an sozialer Unterstützung genannt, Depression, schädlicher Stress (Distress) und eine Lebensgeschichte mit traumatischen Ereignissen.

Mobbing...

...am Arbeitsplatz zählt ohne Zweifel zu den erschreckendsten Beispielen für die Verweigerung sozialer Unterstützung,

überaus belastend bereits für Gesunde und gefährlich für Krebspatienten. Im Vergleich mit anderen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz „schlagen Beeinträchtigungen des Arbeitsklimas mit Abstand am stärksten auf die Gesundheit von Beschäftigten durch“ (J. Bauer, Arbeit – warum sie uns glücklich oder krank macht, Seite 66). Einzelne Berufsgruppen seien besonders betroffen, u.a. Büroberufe, soziale Berufe, Gesundheitsberufe, schulische Lehrkräfte und: Ältere MitarbeiterInnen haben besonders zu leiden. „Wer eine Arbeit mit hohen Anforderungen in einem Haifischbecken erledigen muss, befindet sich in einem Zweifrontenkrieg und wird über kurz oder lang krank“ (ebd., S. 180).

Für den Berliner Fachanwalt für Arbeitsrecht, Andreas Buschmann, der sich seit vielen Jahren mit diesem Thema befasst, ist Mobbing eine Methode, unliebsam gewordene Beschäftigte durch destruktive Konfliktführung unter Druck zu setzen, auszugrenzen, in die Krankheit zu drängen. Es ist gut vorstellbar, wer davon in erster Linie betroffen sein könnte: Kritische MitarbeiterInnen und Behinderte mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Brustkrebspatientinnen erhalten für die derzeit gültige Zeit der Heilungsbewährung von fünf Jahren einen Behindertenausweis, der u.a. einen erhöhten Kündigungsschutz beinhaltet. Das ist manchen Arbeitgebern ein Dorn im Auge und für Kolleginnen und Kollegen nicht selten Anlass zu Neid, der sich in Mobbingverhalten äußern kann.

Mobbing (engl. bullying) kann auf meh-

ren Ebenen geschehen: zum Beispiel von Vorgesetzten (= „Bossing“ oder downward bullying), von Kollegen und Kolleginnen auf der gleichen Hierarchieebene (= horizontal bullying) oder von solchen einer niedrigeren Rangfolge (= „Staffing“ oder upword bullying). Als Ursachen für Mobbing gelten u.a. Mängel in der Kommunikations- und Informationsstruktur, eine tatsächliche oder so empfundene ungerechte Arbeitsverteilung, Über- und Unterforderung, widersprüchliche Anforderungen, mangelnder Handlungsspielraum oder Kooperationszwänge.

Wie wird gemobbt?

Direktes Mobbing geschieht im persönlichen Kontakt. Dazu gehören wiederholte Einschüchterungsversuche, Beschimpfungen, Beleidigungen und mehrfache Demütigungen durch Bloßstellung vor anderen. Besonders Entwertungen, das

lächerlich Machen, die systematische Ausgrenzung und Ignorierung erzeugen eine massive Stressbelastung bei den Betroffenen. Indirekt wird im Internet gemobbt, bekannt unter Cyber-Mobbing, Verleumdungen stehen hier im Vordergrund. Laut der Studie „Mobbing und Cybermobbing bei Erwachsenen“ des Bündnisses Cybermobbing e.V. mit Unterstützung der ARAG SE aus dem Jahr 2014 prägt Mobbing in hohem Maß die gesamte Arbeitswelt. 72 Prozent der Vorfälle treten hier auf, und Frauen sind besonders häufig betroffen. Vorgesetzte sind laut Studie in über der Hälfte der Mobbingfälle am Arbeitsplatz als Täter oder Mittäter beteiligt. Gewerkschafter und Forscher berichten sogar von der Strategie einiger Unternehmen, durch Mobbing missliebige Beschäftigte unter Umgehung von Kündigungsschutzvorschriften und zur Vermeidung von Abfindungszahlungen zu einer Eigenkündigung zu treiben. Woran denkt man hier

spontan? An den Behindertenausweis von Brustkrebspatientinnen!

Dagegen halten

Da Mobbing Angst macht und Angst nicht nur unser Gehirn beeinflusst, sondern auch direkt auf unser Immunsystem einwirkt (Rebecca T. Emeny et al.; Neuropsychopharmacology, doi: 10.1038/npp.2017.102; 2017), ist es für Brustkrebspatientinnen besonders wichtig, sich schnell kompetenten Rat und wirksame Hilfe zu holen. Sowohl Personal- und Betriebsrat, als auch die zuständigen Gewerkschaften sollten erste Anlaufstellen sein. Zusätzlich kann eine psychologische Begleitung bei der Alltagsbewältigung Unterstützung bieten. Hilfe und Rechtstipps sind in einem gut verständlichen Ratgeber unter <https://www.anderfuhr-buschmann.de/arbeitsrecht/mobbing/> frei zugänglich. Wenn immer möglich: Standhalten und Grenzen setzen!

ANZEIGE

Wenn Scheidentrockenheit unter einer Brustkrebstherapie zusätzlich zur Belastung wird – Vagisan FeuchtCreme!



Agenturfoto. Mit Model gestellt.

Vagisan® FeuchtCreme



Eine Antiöstrogentherapie ist bei Brustkrebs neben Operation, Chemo und Bestrahlung häufig von zentraler Bedeutung. Durch die Östrogenblockade sollen Östrogen-abhängige Tumorzellen in ihrer Entwicklung gehemmt und ein Rückfall oder Fortschreiten der Erkrankung möglichst verhindert werden.

Als Nebenwirkung dieser Antihormontherapie treten jedoch häufig vorzeitig – und durch die Medikamente ausgelöst – Wechseljahresbeschwerden auf. Insbesondere vaginale Trockenheit, verbunden mit Jucken, Brennen sowie Schmerzen beim Intimverkehr, kann dann zu einer zusätzlichen körperlichen und psychischen Belastung werden.

Mit Vagisan FeuchtCreme haben speziell Brustkrebspatientinnen und generell Frauen ab der Menopause eine sehr gute Möglichkeit, dieses Problem in den Griff zu bekommen und die Beschwerden zu lindern. Vagisan FeuchtCreme spendet die benötigte Feuchtigkeit, und pflegende Lipide geben der Haut in der Scheide und im äußeren Intimbereich ihre Geschmeidigkeit zurück – für ein besseres Wohlfühlen im Intimbereich und mehr Freude an Intimität.

Vagisan FeuchtCreme gibt es rezeptfrei in jeder Apotheke, auch als Vaginalzäpfchen (Cremolum) und in der Kombipackung (Creme und Zäpfchen). Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.vagisan.de – oder fragen Sie Ihren behandelnden Arzt oder Ihren Apotheker.

Enttäuschender Alltag

Die lieben Kollegen

INTERVIEW MIT BRITTA B.



Fünf Fragen von Gertrud Rust an Britta B., Brustkrebspatientin nach Rezidivbehandlung, zu ihren Erlebnissen beim Wiedereinstieg ins Berufsleben.

mamazone: *Liebe Frau B., Mit welchen Erwartungen sind Sie an Ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt?*

Britta B.: Nach den Erfahrungen bei meiner Ersterkrankung 2006 waren meine Erwartungen diesmal sehr realistisch. Dadurch war ich vor Enttäuschungen weitgehend geschützt. Ich bin jetzt auch viel besser über meine Rechte informiert und entschlossen, meiner Gesundheit zuliebe dafür einzutreten. Es steigen aber Erinnerungen an meine erste Erkrankung hoch, als meine Chefin am Tag nach der Operation im Krankenhaus anrief, um für den nächsten Tag den Besuch von sieben Kollegen und Kolleginnen anzukündigen. Als ich ablehnte, weil ich verständlicherweise noch sehr ruhebedürftig war, machte sie mir heftige Vorwürfe, ich würde die Anderen brüskieren und mich dadurch selbst ausgrenzen.

mamazone: *Und wie wurden Sie am ersten Arbeitstag von Ihren KollegInnen empfangen?*

Britta B.: Engere Kolleginnen haben mich freudig begrüßt und mir geraten, doch langsam zu machen und gut auf mich aufzupassen. Andere grüßten flüchtiger, wieder andere gar nicht. Floskelhafte Bemerkungen nach dem Muster: „Na, bist Du wieder fit?“ versuchte ich zu ignorieren. Manchmal konnte ich es mir aber nicht

ganz verkneifen, auf so viel Oberflächlichkeit ironisch zu reagieren und antwortete: „Ja, mein Schnupfen ist endlich auskuriert“. Von meiner Ersterkrankung war mir der erste Arbeitstag in traumatischer Erinnerung geblieben. Die besagte Chefin verkündete „recht einfühlend“, Frau B. fange jetzt ja endlich wieder an zu arbeiten, schließlich sei Brustkrebs heutzutage auch keine dramatische Sache mehr. Man könne danach genauso weiter powern wie vorher. Warum ich noch weitere vier Jahre an diesem Arbeitsplatz geblieben bin, bevor ich mir einen anderen Job gesucht habe, verstehe ich heute selbst nicht mehr.

mamazone: *Wurde bei der Aufgabenplanung auf Ihre noch verringerte Belastungsfähigkeit Rücksicht genommen?*

Britta B.: Mit Unterstützung der Personalvertretung habe ich im Vorfeld Gespräche mit meinem Vorgesetzten geführt. Als jedoch nicht alle getroffenen Vereinbarungen umgesetzt wurden, habe ich nochmal nachgehakt. Das fiel mir schwer, und ich habe mich damit nicht beliebt gemacht. Aber durch das Rezidiv habe ich eines verstanden: Nur ich selbst kann für mich eintreten. Zu viele Jahre hatte ich über meine Belastungsgrenze hinaus gearbeitet und konnte nicht nein sagen. Ich hoffe, diese Erkenntnis kommt nicht zu spät.

mamazone: *Wie haben Ihre KollegInnen darauf reagiert? Gab es spitze Bemerkungen?*

Britta B.: Ich denke, dass hinter meinem Rücken geredet wird. Die Arbeitsbelastung ist hoch, und die Kollegen und Kolleginnen fürchten Mehrarbeit wegen meiner Schwerbehindertenrechte. So wurde mir das zugetragen. Und mit dem Schwerbehindertenausweis sind ja auch einige Vorteile verbunden, wie zum Beispiel ein verbesserter Kündigungsschutz und ein paar Tage mehr Urlaub.

mamazone: *Was belastet Sie mehr, die konkreten Arbeitsanforderungen oder das mitmenschliche Klima?*

Britta B.: Meine Arbeit mit Jugendlichen ist natürlich immer belastend, besonders nach einer längeren Krankheitsphase. Durch den stufenweisen Wiedereinstieg kann ich mich aber langsam wieder eingewöhnen und habe ausreichend Erholungszeit. Ich persönlich finde das mitmenschliche Klima wichtiger. Wenn ich als langjährige Mitarbeiterin in einem guten persönlichen Umfeld krank werde, kann ich sicherlich mit Verständnis rechnen. In vielen anderen Fällen hält sich die Bereitschaft zur Rücksichtnahme sich jedoch in Grenzen, und frau muss, wie ich auch, auf ihre Rechte pochen.

mamazone: *Liebe Frau B., vielen Dank für das Gespräch und alles Gute. Vor allem wünschen wir Ihnen Kollegen und Kolleginnen, die sich besser in ihre Lage versetzen können. Leider sind viele dazu nicht fähig, und oft kann man ja etwas erst dann wirklich verstehen, wenn man es selbst erlebt hat.*

Das Gespräch führte Gertrud Rust



Zurück am Arbeitsplatz

Wie ist es mir ergangen?

VON TANJA S.

Das tut mir leid für Dich, dass du so jung diese schwere Krankheit bekommen hast, meinte mein Personalchef am ersten Arbeitstag nach der Erkrankung. Kurz darauf verkündete der Justizminister meines Bundeslandes bei einem Besuch meiner Behörde, er habe sich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf die Fahnen geschrieben. Also stellte ich mit Unterstützung der Schwerbehindertenvertretung einen Antrag auf Telearbeit. Ideal für mich: 36 Jahre, krebskrank, alleinerziehend mit einem einjährigen Kind und 45 km vom Arbeitsplatz entfernt wohnend.

Mein Chef gab mir kurz vor seiner Pensionierung noch die Zusage mit dem Hinweis, sein Nachfolger würde dann die Modalitäten mit mir ausarbeiten.

Oh happy day!!!! Meine Terminprobleme schienen gelöst. Sechs Monate nach Antragstellung erlaubte ich mir deshalb, „den Neuen“ um einen schriftlichen Bescheid zu bitten.

Sie haben mir viel Arbeit gemacht...

...so bat er mich in sein Büro. Nach 18 Jahren bei der Justiz mit überdurchschnittlichen Beurteilungen hörte ich nun, ich sei nicht mehr die leistungsfähige, kompetente Frau von früher. Bei einer anderen Behörde sei eine Teilzeitstelle frei und ich solle meine Zustimmung zur Versetzung erteilen. Eingeschüchert wies ich auf Informationen zur Telearbeit hin, schien mir diese nicht sicher? Mit hochrotem Kopf donnerte er: „Die Telearbeit ist vom

Tisch!!! Das OLG wollte noch ganz anders mit Ihnen!!! Die Personalvertretungen sind zahnlose Tiger, auf deren Aussagen ist kein Verlass!“ Schockiert erklärte ich, ohne den Ablehnungsbeschluss zu kennen, würde ich jetzt keine Entscheidung für eine Versetzung treffen.

Die Schwerbehindertenvertretung war offensichtlich nicht zahnlos, denn zwei Tage später gab es Druck von ganz oben! Die Vertretung des Landesjustizministers war entsetzt über diese Vorgehensweise. Im Beschluss meines Personalchefs war fast jede Verwaltungsvorschrift missachtet worden.

Nicht mit mir

Mit dieser Person wollte ich nicht mehr zusammenarbeiten, und man einigte sich auf eine Abordnung an ein Amtsgericht mit flexiblen Arbeitszeiten in Wohnsitznähe. Eine nette ehemalige Kollegin war dort vor einiger Zeit Personalchefin geworden. Ihre Begrüßung lautete: „Das hier ist ein Neustart, wir fangen bei null an und sind wieder „per Sie“. Den Direktor des Gerichts kannte ich auch von früher, netterweise entzog er mir nicht das „Du“. Wir würden das schon alles hinbekommen. Die Freude über die herzliche Begrüßung verflog jedoch schnell, denn die neue Kollegin, die mich einarbeiten sollte, sah und hasste mich: „Wie hast Du es denn hierher geschafft? Wir sind überbesetzt und haben keine Arbeit für Dich“.

Ich übernahm den Protokolldienst, abends open end, oft bis 19 Uhr oder spä-

ter. Diese Alpträumkollegin ließ mich bei jeder Gelegenheit auflaufen. Ich musste mit einem mir völlig unbekanntem Computerprogramm protokollieren, im Benutzerhandbuch, einem dicken Katalog, könne ich ja nachschlagen.

Die Personalchefin informierte ich über mein Problem mit der Kinderbetreuung. Alle 14 Tage könne ich wegen der Kindergartenöffnungszeiten am Mittwoch erst 15 Minuten später kommen, aber ich würde die Zeit natürlich nacharbeiten. Die Reaktion war: „Das geht nicht, ich muss alle gleich behandeln!“ So funktioniert also Inklusion bei Gericht! Sollte sich der Verdacht auf einen Tumor am Rippenbogen bestätigen, wollte ich da nicht mehr hin. Auch mein Psychoonkologe war entsetzt, denn mein Psychopharmakakonsum war höher als nach der Krebsdiagnose. Ich solle mir das doch nicht mehr antun, Therapienebenwirkungen, schlaflose Nächte, Mobbing, das alles sei nicht gut für meinen Genesungsverlauf.

Trotzdem wollte ich wieder arbeiten, einige nette Kollegen hatten mich ja ganz lieb aufgenommen.

Nach der OP am Rippenbogen noch krankgeschrieben, bekam ich bereits meine Regelbeurteilung. Gleiche Punktzahl wie vor drei Jahren, nach so kurzer Zeit könne man meine Leistungen noch nicht beurteilen. Ich war psychisch am Ende, konnte kaum noch richtig schlafen und bekam wieder Angstzustände.

Keine 40 Jahre alt wurde ich in den Ruhestand versetzt und erhielt eine hübsche Urkunde vom Justizminister, der mir Dankbarkeit und Anerkennung aussprach.

Seit Neuem im Fokus

Die ärztlichen Kompetenzen

VON ULLI KAPPLER

In den letzten beiden Ausgaben des mamazone Magazins (mamazoneMAG Dezember 2016 und Juni 2017) kamen Patientinnen zu Wort, die über ihre Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten während ihrer Brustkrebserkrankung berichteten. Auch wenn wir (ausgewogen) je zwei unzufriedene und zwei zufriedene Berichte veröffentlichten, konnte dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine große Mehrheit der Brustkrebspatientinnen sich eher enttäuscht und oft frustriert über die gemachten Erfahrungen äußerte.

Erwarten KrebspatientInnen aufgrund ihrer potenziell lebensbedrohenden Erkrankung vielleicht eine sensiblere ärztliche Zuwendung als andere Kranke? Auch wenn dies nicht auszuschließen und vor allem angesichts des Krebschocks verständlich wäre, häuften sich zuletzt Berichte von überlasteten Klinikärzten – und als mögliche Folge Brustkrebspatientinnen, die darunter leiden. Personalmangel, bürokratischer Aufwand und Wochenarbeitszeiten von bis zu 60 Stunden waren laut Marburger Bund (Berufsverband angestellter und beamteter Ärztinnen und Ärzte) die Hauptbelastungsgründe. Dass Patientinnen und Patienten am Ende der ‚Kette‘ die zunehmend ökonomisch ausgerichtete (Spar-) Gesundheitspolitik in Krankenhäusern und auch Arztpraxen deutlich spüren, kann nicht Sinn und Zweck dieser Maßnahmen sein. (www.swr.de/swraktuell/krankenhausaerzte-sind-laut-studie-ue-berlastet/-/id=396/did=19852626/nid=396/1fosmf4/index.html)

Die medizinische Behandlung einer Brustkrebserkrankung erfolgt in der Regel in zertifizierten Brustzentren nach den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie, die von Fachverbänden auf der Grundlage klinischer Studien erstellt wird. Therapieempfehlungen liegen also offiziell vor. Ob eine Patientin den Empfehlungen zustimmt oder sie ganz oder teilweise ablehnt, entscheidet ausschließlich sie.

Hier beginnt die Krux

Wie soll eine frisch erkrankte Patientin eine Sache entscheiden, von der sie überhaupt keine Ahnung hat? Von der sie zwar schon Schreckliches gelesen oder gehört und vor der sie infolgedessen Angst hat, aber weder kennt sie Alternativen, noch versteht sie die ganze Tragweite.

Was jetzt Not täte, wäre ein ausführliches, aufklärendes, einfühlsames Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin. Ein Gespräch, in dem nicht alle fünf Minuten jemand zur Tür herein kommt und „mal eine kurze Frage“ hat, oder das Telefon klingelt und die Nervosität spürbar ist, mit der ein Rückruf in spätestens zehn Minuten versprochen wird. Ein empathisches Gespräch, in dem der Arzt die Patientin anschaut, ihr zuhört, sie ermuntert Fragen zu stellen und in verständlicher Sprache erklärt, was aus seiner Sicht jetzt zu tun ist

- anstatt in Untersuchungsergebnissen zu blättern oder auf den Monitor zu starren. Denn wenn auch die Diagnose ein Schock ist, wollen sich viele der Patientinnen aktiv am Therapie- und damit Heilungsprozess beteiligen. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung kann dabei nicht nur die Therapietreue erhöhen, sondern auch die Genesung beschleunigen.

Liegt es wirklich nur an der Zeit, dass Patientinnen so oft unzufrieden mit den Arzt-Patienten-Gesprächen sind? Oder sind Empathie und die Fähigkeit, auf einen Menschen einzugehen, eine Frage der Persönlichkeitsstruktur, die man entweder hat oder nicht hat? Kann man Empathie eventuell erlernen? Oder müssen sich Ärzte vielleicht sogar vor zu viel Mitgefühl schützen? Und eine ganz andere Frage stellt sich, die die Medizinstudierenden und die Lehrpläne betrifft: Sollten nicht, neben der Vermittlung komplexen Wissens, in Zukunft kommunikative und psychologische Fähigkeiten eine noch prominentere Rolle einnehmen?

Mit diesen und anderen Fragen beschäftigt sich das Interview auf den nächsten Seiten, das mamazone mit Frau Prof. Dr. med. Sigrid Harendza führte. Prof. Harendza ist Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, wo sie als Leiterin ein ungewöhnliches Verbundforschungsprojekt zur Prüfung ärztlicher Kompetenzen koordiniert.



ÄKHOM

Medizinisches Wissen ist nicht alles

INTERVIEW MIT FRAU PROF. DR. MED. SIGRID HARENDZA

mamazone: Im Juli 2017 wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein Projekt mit 70 Medizinstudierenden unter dem Kürzel ÄKHOM durchgeführt. Können Sie beschreiben, was sich dahinter verbirgt?

Prof. Harendza: ÄKHOM steht für „Ärztliche Kompetenzen: Hamburg-Oldenburg-München“ und ist ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, dem BMBF, gefördertes Verbundprojekt, an dem außer meiner Arbeitsgruppe in Hamburg die Arbeitsgruppe von Professor Pascal Berberat von der TU München beteiligt ist, sowie die Arbeitsgruppe von Frau Professor Martina Kadmon, bis vor kurzem Professorin an der Uni Oldenburg und jetzige Gründungsdekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg. Neben einem simulierten ersten Arbeitstag im Krankenhaus müssen Medizinstudierende des zehnten Semesters dieser drei Fakultäten eine Multiple Choice Klausur mit 100 Fragen schreiben und an einem zweiten Tag an Teilen des Auswahltests für Pilotenanwärter am Deutschen Luft- und Raumfahrtzentrum in Hamburg teilnehmen, in denen es um Teamkommunikation geht.

mamazone: Was war der Auslöser für dieses Projekt und was ist das Ziel?

Prof. Harendza: Auslöser für dieses Projekt war ein Pilotprojekt aus dem Jahr 2011 mit Namen UHTRUST, in dem wir zusammen mit Kollegen der niederländischen Uni Utrecht unter anderem herausfanden, dass Studierende, die ab dem ersten Semester Patientenkontakt haben wie in Utrecht, viel besser in der Kommunikation und im Patientenmanagement sind als Studierende aus Hamburg,



Prof. Dr. med. Sigrid Harendza Bild: Claudia Ketels

die damals noch ein Studium hatten, das Vorklinik und Klinik durch das Physikum trennte. Es ging also um Kompetenzen, die als wesentlich für Ärztinnen und Ärzte angesehen werden, die frisch von der Uni in ihre Assistenzarztweiterbildung an einem Krankenhaus starten. Aus den zehn wichtigsten Kompetenzen für ärztliche Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger haben wir eine Art realitätsnaher Prüfung entwickelt: 1. eine Sprechstunde mit SchauspielpatientInnen, die Symptome einer Krankheit simuliert haben, 2. eine Bearbeitungszeit, während der die Teilnehmenden Blutabnahmen anfordern konnten und in Interaktion mit echten Pflegekräften und Arztkollegen traten und 3. ein Übergabegespräch an einen echten Assistenzarzt. Die Sprechstunden und das Übergabegespräch wurden auf Video dokumentiert.

Da es sich damals sowohl um niederländische als auch deutsche Studierende handelte, ist das Ziel des ÄKHOM Projektes, diesmal nur Studierende aus Deutschland

zu untersuchen, aber von drei Unis mit unterschiedlichen Curricula, also unterschiedlichen Lehrplänen, und außerdem in zwei Durchgängen. 2017 Studierende im 10. Semester und 2018 im 12. Semester. Damit könnten wir dann sehen, ob die Studierenden sich zwischen den Unis unterscheiden und ob sie im Praktischen Jahr, also ihrem letzten Studienjahr, in dem sie komplett im Krankenhaus mitarbeiten, noch besondere Fortschritte in Kommunikation und Patientenmanagement machen, unabhängig davon, wo sie studiert haben. Mit Hilfe der Pilotenprüfung beim DLR, bzw. Teilen davon, wollen wir unser Prüfungsformat validieren. Das ist ein wesentlicher Teil des Projektauftrags für die Fördergelder vom BMBF. Kompetenzbasierte Prüfungen zu etablieren, die auch wirklich messen, was sie messen sollen, ist ja nicht ganz so einfach.

mamazone: Heißt das, dass Sie und Ihre Kollegen und Kolleginnen Defizite in der Ausbildung von Medizinstudierenden sehen? Und wenn ja, was könnte/müsste verbessert werden?

Prof. Harendza: Ob es Defizite in der Ausbildung gibt oder ob man mit einem der drei Curricula besser lernt als mit anderen oder ob es bestimmte Persönlichkeitsmerkmale gibt, die mit bestimmten Kompetenzen korrelieren, müssen unsere Auswertungen zeigen. Was gegebenenfalls verbessert werden könnte in der Ausbildung, kann ich noch nicht genau sagen. Es wird ja schon vielerorts sehr guter Unterricht mit Kommunikationsübungen und dem Erlernen praktischer Fertigkeiten gemacht. Wir wissen jedoch aus dem Betrachten der Anamnesefilme aus dem

UHTRUST Projekt, dass die Teilnehmenden in der Aufregung, sie könnten etwas medizinisch Wichtiges übersehen und dadurch dem Patienten Schaden zufügen, so manche Kommunikationsregel, die sie nach dem Kommunikationskurs eigentlich gut beherrschen, im „Eifer des Gefechts“ vergessen. Dies erweckt den Anschein, als nähme die Empathie während des Studiums sogar ab. Vielleicht müsste man also den Studierenden in einem geschützten Rahmen einfach nur mehr Möglichkeiten bieten, verschiedene Kompetenzen gleichzeitig zu erproben, also z.B. empathisch zu sein und gleichzeitig eine qualitativ gute Anamnese zu erheben. Dafür ist es aber Voraussetzung, dass sich Lehrende wirklich um die Studierenden kümmern und an ihren Lernfortschritten interessiert sind. Das ist in dem kleinteiligen und verschulden Unterricht, den das Medizinstudium in Deutschland heute bietet, nur wenig möglich. Hinzu kommt der Zeitdruck für viele Ärzte im Krankenhaus, der vielen das Interesse an den Studierenden verleidet.

mamazone: Warum ist das Empathie-Thema denn plötzlich so wichtig?

Prof. Harendza: Das Thema der Empathie ist nur scheinbar „plötzlich“ so wichtig. Hierzu gibt es im angloamerikanischen Ausland schon seit vielen Jahrzehnten Forschungsarbeiten. Allerdings ist es schon richtig, dass – vermutlich geprägt durch das strenge paternalistische Arztbild in westlichen Ländern – Empathie in Deutschland nicht so sehr im Fokus der Aufmerksamkeit stand. Dazu wissen die Medizinhistoriker bestimmt noch mehr zu sagen als ich. Man weiß inzwischen, dass

Empathie für manche Aspekte hilfreich sein kann. Auf alle Fälle ist es für Ärztinnen und Ärzte wichtig, sich auf ihre Patientinnen und Patienten einzustellen, sowohl sprachlich als auch emotional, weil dann die Erreichbarkeit der anderen Person besser ist.

Leider ist das nicht immer so einfach, weil auch von Seiten der Erkrankten den Ärztinnen und Ärzten nicht immer Empathie entgegengebracht wird. Von schlimmen Anfeindungen bis hin zu körperlicher Gewalt begegnet einem alles, vor allem in der Notaufnahme. Einem meiner Kollegen wurden beispielsweise von einem alkoholisierten Mann zwei Zähne ausgeschlagen, als er sich über den bewusstlos Wirrenden beugte – dass man mit sowas auch rechnen muss, lernt man nicht im Studium. Und da hat die Empathie dann auch ihre Grenzen.

mamazone: Das dürfte aber hoffentlich die Ausnahme sein. Wir kennen eher die andere Seite: Ärzte oder Ärztinnen, die zwischendurch telefonieren, die mal eben eine Lebenserwartung von einigen Monaten in den Raum stellen Ist empathisches Verhalten in Ihrem Projekt eigentlich klar definiert? Und die wichtigere Frage: Wie haben Sie es gemessen oder geprüft?

Prof. Harendza: Wir haben empathisches Verhalten mit dem CARE-Fragebogen gemessen, das bedeutet Consultation and Relational Empathy. Das sind Fragen an die Patientinnen und Patienten wie: Hat sich der Arzt/die Ärztin so verhalten, dass Sie sich in seiner/ihrer Nähe wohlfühlen konnten? Oder: Hat der Arzt/die Ärztin Ihnen wirklich zugehört? Oder: Hat der Arzt/die Ärztin Ihre Sorgen wirklich verstanden? Interessant ist dabei, dass die Bewertungen auch durch die Schauspielpatientinnen und -patienten unterschiedlich sind, also Student A wird z.B. von Schauspielpatientin X als empathisch erlebt, aber von Schauspielpatient Y als weniger empathisch. In unseren simulierten Interaktionen ist es also „wie im richtigen Leben“; da „kann“ auch nicht jeder mit je-

dem gleich gut und so werden eben auch Ärzte oder angehende Ärztinnen unterschiedlich wahrgenommen. Das ist auch der Grund, warum manchmal Patientinnen mit Empfehlungen ihrer Freundinnen von Ärzten gar nicht klarkommen. Jede erlebt den Arzt eben auf ihre Weise.

mamazone: Mal angenommen, Sie stellen bei der Auswertung der Videofilme fest, dass rund die Hälfte der Medizinstudierenden im 10. Semester den Kriterien für empathisches Verhalten nicht entspricht: Was wäre der nächste Schritt?

Prof. Harendza: Ich hoffe, dass das so nicht sein wird, aber wenn es so wäre, dann würden wir vermutlich eine qualitative Studie anschließen, um herauszufinden, warum das so ist, also Studierende interviewen oder zu Fokusgruppengesprächen einladen. Man könnte auch die Studierenden ihre Gespräche selber mit denselben Kriterien bewerten lassen, die die Schauspielpatienten zur Bewertung hatten, und schauen, wie sie sich selbst einschätzen und dann besprechen, ob es Diskrepanzen gibt. Wir könnten auch untersuchen, ob die Bewertungen im ÄKHOM-Projekt mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen oder anderen Aspekten korrelieren. Auf alle Fälle müsste man zunächst versuchen, noch mehr Details herauszufinden, woran die geringe Empathie liegen könnte, bevor man kurzfristige Schlüsse zieht und irgendwas im Lehrplan ändert. Das sollte schon wissenschaftlich fundiert sein und nicht einfach blinder Aktionismus.

mamazone: Die Frage ist: Kann man Empathie erlernen? Gibt es Techniken, die in jeder Universität vermittelt werden könnten?

Prof. Harendza: Ich bin leider keine Kommunikationswissenschaftlerin, daher kann ich die Frage nicht wirklich fundiert beantworten. Vermutlich kann man Empathie nur bedingt lernen, sondern es hat sicherlich auch etwas mit der Persönlichkeit zu tun. Aber ein paar Strategien, wie man z.B. jemandem aufmerksam zuhören kann,

gibt es schon. Allerdings darf man als Arzt auch nicht zu empathisch sein, denn wenn man das Leid seiner Patientinnen immer auch wirklich mitleidend-empathisch erleben würde, könnte man den Beruf nicht mehr ausüben. Es ist also etwas Anderes, ob ich eine Freundin tröste, die weint, oder ob ich empathisch mit einer Patientin bin, die weint.

mamazone: Wenn die Fähigkeit, empathisch zu reagieren, mit der eigenen Sozialisation zu tun hat, sollte man dann nicht einen Empathietest neben dem Notenschnitt zur Studienplatzvergabe in Betracht ziehen?

Prof. Harendza: Ja, eine interessante Frage. Vielleicht keinen Empathietest, aber vielleicht einen Persönlichkeitstest oder einen Test, der unterschiedliche psychosoziale Fähigkeiten misst. Man braucht nämlich im Studium durchaus verschiedene Persönlichkeiten, da das Medizinstudium ja dazu befähigen soll, jede Art von medizinischer Fachrichtung zur Weiterbildung nach Abschluss des Studiums einschlagen zu können. Und ein Psychiater braucht nun mal andere Eigenschaften als ein Neurochirurg oder ein Anästhesist.

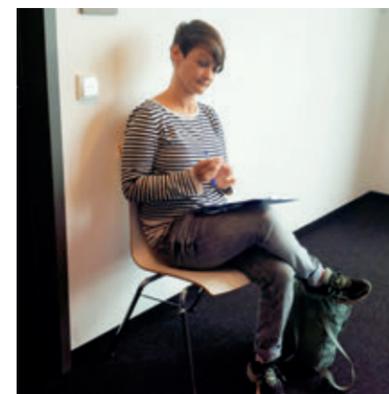
mamazone: Neben der empathischen Kommunikationskompetenz fehlt uns Patientinnen häufig auch die laienverständliche Sprache bei der Mitteilung der Befunde und Therapien. *mamazone* hat schon 2011 den Gründern von „washabich.de“ einen „Ehren-Busenfreund“ verliehen, die kostenlos Patienten- und Patientinnenbefunde übersetzen. Wird in Ihrem Projekt auch diese wichtige Kompetenz geprüft?

Prof. Harendza: Ja, wir schauen uns die Anamnesefilme auch daraufhin an, ob patientenverständliche Sprache verwendet wurde und in welchem Ausmaß. Frau Dr. Anja Bittner, eine der Mitgründerinnen von Washabich?, hat in meiner Arbeitsgruppe ihr Promotionsprojekt durchgeführt, das auch mit simulierten Gesprächen, aber über Skype, zu tun hatte und genau diesen Aspekt untersucht hat.

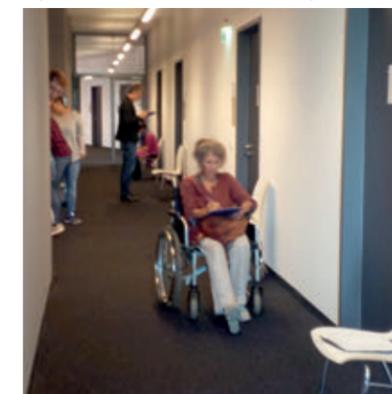


Studentische Mitarbeiterinnen beim Sortieren der Unterlagen

Bilder: Prof. Sigrid Harendza



Schauspielpatientin Elena Meißner beim Ausfüllen des CARE-Bogens zur ärztlichen Gesprächsführung



„Rollstuhlpatientin“ Ulrike Johansson auf dem „Krankenhausflur“

mamazone: Eine Frage zum Schluss: Gab es für die Entscheidung der medizinischen Fakultäten aus Hamburg, Oldenburg und München einen besonderen Grund, oder wurden diese Städte über ein Los- oder Bewerbungsverfahren ausgewählt?

Prof. Harendza: Der Grund für die Auswahl dieser drei Städte war, dass wir in Hamburg inzwischen einen Modellstudiengang mit frühem Patientenkontakt haben, und ich daher Kooperationspartner gesucht habe, an deren Hochschulen andere Lehrpläne existieren. Die TU München nimmt Studierende erst nach dem Physikum in den klinischen Studienabschnitt auf, hat also einen klassischen Medizinstudiengang mit dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach dem vierten Semester, während die Universität

Oldenburg ein Curriculum hat, das an den Studiengang der Uni Groningen angelehnt ist, der also sehr ähnlich ist wie der damalige Studiengang der Uni Utrecht im UHTRUST Projekt. Wir sind sehr gespannt, ob es Unterschiede zwischen den Studierenden der verschiedenen Standorte geben wird. Allerdings dauert es noch ein bisschen mit der Auswertung.

mamazone: Ich würde mich freuen, wenn Sie sich dann noch mal melden. Die Hoffnung bleibt auf jeden Fall, dass eine zukünftige Ärzte- und Ärztinnengeneration den Wert sensibler Gespräche nutzt. Jetzt aber zunächst ganz herzlichen Dank, Frau Professor Harendza, für das informative Gespräch.

Das Gespräch führte Ulli Kappler



► Die SchauspielpatientInnen im „Wartezimmer“: v.l.n.r. Thomas Klees, Christian Bruhn, Ulrike Johansson, Elena Meißner, Claudia Wiedemer

Kostbares Heilungspotenzial

Die ärztliche Empathie

VON GERTRUD RUST

Grundlegend für ein vertrauensvolles Miteinander im zwischenmenschlichen Bereich ist zweifellos empathisches Verhalten. Dazu zählen nicht nur die prinzipiell vorhandene Fähigkeit, sondern auch die persönliche Bereitschaft, Empfindungen, Gedanken, Gefühle, Motive und Persönlichkeitsmerkmale einer anderen Person zu erkennen und zu verstehen. Auf das Erkennen und Verstehen sollten angemessene Reaktionen erfolgen. Als Basis für die Fähigkeit zu Empathie gilt die Selbstwahrnehmung, denn je ehrlicher ich meine eigenen Gefühle wahrnehme, desto besser kann ich auch die Gefühle anderer deuten. Fast könnte man die Volksweisheit anführen: „Was Du nicht willst, was man Dir tu, das füg' auch keinem anderen zu!“

Patientenwertschätzung

Für Prof. Dr. Werner Heppt vom Städtischen Klinikum in Karlsruhe ist Empathie eine innere Haltung, und zu einer empathischen Arzt-Patienten-Begegnung sei die Fähigkeit zur Wertschätzung erforderlich. Störungen des Arzt-Patienten-Gesprächs wie Telefongespräche nebenbei oder Unterbrechungen durch Mitarbeiter mit „wichtigen Fragen“ ließen auf Probleme mit der Patientenwertschätzung schließen. Die Bereitschaft zu einem Gespräch auf Augenhöhe sei dann kaum zu erwarten. Ärzte sollten laut Heppt zum Perspektivenwechsel fähig sein und sich die Patientenbrille aufsetzen, um Sichtweisen, Ängste, Befürchtungen und Hoffnungen

des Gegenübers am eigenen Leib erspüren und nachvollziehen zu können. Es sei zu akzeptieren, dass Erkrankte in einer gänzlich anderen Vorstellungswelt lebten.

Die Empathiefähigkeit von Ärztinnen und Ärzten ist bereits Gegenstand der Forschung, und die heilsame Wirkung eines empathischen ärztlichen Verhaltens auf den Genesungsverlauf ist durch kontrollierte randomisierte Studien belegt (Howick et al. BMC Medical Education (2017) 17:136). Dr. Jeremy Howick von der Universität Oxford und seine Mitarbeiter berichten von Patienten mit weniger Schmerzen, Angst und einer verbesserten Therapie-treue, wenn sie sich in einer einfühlsamen Arzt-Patientenbeziehung geborgen fühlen konnten. Anhand der Auswertung von 64 Studien aus 15 Ländern wurde untersucht, welche Faktoren Ärztinnen und Ärzte als empathische Behandler kennzeichnen. Bemerkenswert ist dabei, dass nicht die Behandler einem Persönlichkeitstest auf Empathie unterzogen wurden, sondern die Betroffenen anhand eines Fragebogens ihre erlebten Erfahrungen beurteilten. Die Antwortmöglichkeiten reichten in fünf Stufen von „wenig/kaum bis exzellent“ oder „kann ich nicht bestätigen“. Empathie sollte so direkt im Kontext der therapeutischen Beziehung erfasst werden.

Im verwendeten CARE-Measure (www.caremeasure.org/CAREEng.pdf) sind alle einschlägig bekannten Voraussetzungen für eine empathische Arzt-Patienten-Beziehung in Form von zehn Fragen aufgeführt. Beginnend mit einer freundlichen und zugewandten Vorstellung mit Erwäh-

nung der beruflichen Position, über die Gesprächsführung (Zeit für die Schilderung der Beschwerden in eigenen Worten ohne Unterbrechungen), das aufmerksame Zuhören ohne Schielen auf den Computer, Interesse an der individuellen Lebenssituation ohne Behandlung als „Nummer“, Nachfragen, Zugewandtheit, geduldige Fragenbeantwortung, eine ehrliche, aber nicht negative Problembesprechung, Anregungen statt Belehrungen und am Ende eine gemeinsame Therapieentscheidung ohne Missachtung der Patientensicht.

Das Problem scheint international, denn der Fragebogen wurde in 15 Ländern eingesetzt. Australische Ärzte lagen an der Spitze, am schlechtesten waren Mediziner aus Hongkong, Deutschland lag auf einer mittleren Position.

Braucht das Land „neue“ Ärzte?

Studieren vielleicht zu viele ungeeignete Personen Medizin? Das Bundesverfassungsgericht verhandelte im Oktober die Frage, ob die Vergabe von Medizinstudienplätzen über die bislang geltenden Regeln grundgesetzkonform ist. Der Numerus Clausus als zentrales Auswahlkriterium wurde dabei von Vertretern der Ärzteschaft in Frage gestellt, die Abiturnote solle nicht länger maßgeblich darüber entscheiden, wer für einen Medizinstudienplatz in Frage kommt, denn ein Einser-Abitur sage nichts über die Qualität von zukünftigen Ärzten voraus, so Dr. Theodor Windhorst, Ärztekammerpräsident Westfalen-Lippe. Allenfalls über

die Bereitschaft und Motivation, sich für ein angestrebtes Ziel anzustrengen, darf hier angemerkt werden. Rudolf Henke, Ärztekammerpräsident Nordrhein, legte den Finger in die gleiche Wunde: Im Auswahlverfahren seien Motivation, berufliche Erfahrung, persönliche Eignung und soziales Engagement zu berücksichtigen. Auch Bundesgesundheitsminister Gröhe forderte die Berücksichtigung sozialer Fähigkeiten ein. Bei Bewerbern solle nun auch darauf geachtet werden, ob sie sich u.a. im Rettungsdienst oder in der Alten- und Krankenpflege engagieren. Gut ausgebildete junge Ärzte mit Teamgeist, Begeisterung für den Beruf und der Fähigkeit zum Patientengespräch auf Augenhöhe würden gebraucht, so Gröhe. Mit einem Masterplan Medizinstudium 2020 (<https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html>) sollen maßgebliche Weichen gestellt werden. Mehr Praxisbezug im Studium und die Betonung kommunikativer und sozialer Fähigkeiten sind zur Stärkung der Arzt-Patientenbeziehung angestrebt, denn diese seien für den Behandlungserfolg besonders wichtig, so Bundesbildungsministerin Johanna Wanka. Auch ein sicherer Umgang mit wissenschaftli-

chen Konzepten und Methoden solle zur Gewährleistung einer Versorgung nach dem neuesten Stand der medizinischen Forschung bereits im Studium systematisch vermittelt werden.

In die Zange genommen

Das Ziel der „neuen Ausbildung“ ist also eine Stärkung der wahren ärztlichen Kunst, die jedoch flugs nach Berufseintritt Gefahr läuft, sich in einem aufreibenden Alltag wieder zu verschleifen. Die Burn-Out-Raten sollen nach einer aktuellen Studie im medizinischen Berufsstand bereits epidemische Ausmaße angenommen haben (Le-maire, J.B. & Wallace, J.E. Burnout among doctors. BMJ 2017;358:j3360). Die Ärzteschaft fordert daher mehr Zeit für das Patientengespräch, aber „viele Ärzte können ihre Patienten aus wirtschaftlichen Gründen oft nicht so behandeln, wie diese es bräuchten und wie die Ärzte es wollten“, sagt der Vorsitzende der Frei-

en Ärzteschaft (FÄ), Wieland Dietrich aus Essen, denn Beratungsleistungen würden viel zu gering honoriert. Als Verantwortliche gelten die Politik und die Krankenkassen, die der ärztlichen Beratung nicht die notwendige Wertschätzung entgegenbringen. Prof. Dr. Giovanni Maio, Medizinethiker aus Freiburg, geht noch einen Schritt weiter und spricht vom „Geschäftsmodell Gesundheit - Wie der Markt die Heilkunst abschafft“:

Die ärztliche Zuwendung gilt dabei in einer gewinnorientierten Medizin nicht mehr als grundlegender Behandlungsbaustein, sondern hat den gut abrechen- und nachweisbaren „apparativen Maßnahmen“ zu

weichen, möglichst im Zeittakt. Die Bevorzugung des Machens, Aktionismus, die Überversorgung mit Technik und Rezepten sei vor allem ein Strickfehler im System, so Maio. An oberster Stelle stünden Menge, Schnelligkeit, Effizienz, und es drängt sich die naheliegende Frage auf, wer unter diesen Umständen noch empathisch handeln kann.



ANZEIGE

www.biokrebs.de

Die GfBK ist als gemeinnützig anerkannt. Unsere Informations- und Beratungsangebote stehen kostenfrei zur Verfügung.

Spendenkonto:
Volksbank Kurpfalz Heidelberg
IBAN DE46 6729
0100 0065 1477 18
BIC GENODE61HD3

menschlich, ganzheitlich, unabhängig



Biologische Krebsabwehr e.V. Ganzheitliche Beratung bei Krebs

Die GfBK unterstützt Sie durch:

- umfangreiches Informationsmaterial
- ärztliche Beratung bei Fragen zu komplementären Krebstherapien
- Informationsveranstaltungen, Vorträge, Kurse, Seminare, Kongresse, Newsletter

Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V., Zentrale Beratungsstelle Heidelberg, Voßstraße 3, 69115 Heidelberg • Info-Telefon: 06221 138020 • information@biokrebs.de
www.biokrebs.de

Fordern Sie unser Informationsmaterial an (bitte ankreuzen):

Brustkrebs – ganzheitlich und individuell behandeln (Broschüre) Ganzheitliche Beratung bei Krebs (Faltpapier)

Abender: Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Plastische Chirurgie

Brustrekonstruktion durch Eigengewebe

VON PROF. DR. MILOMIR NINKOVIC, DR. ARIAN REZAI, PD DR. NICLAS BROER

Die plastisch-rekonstruktive Mammachirurgie, mit dem Fokus auf der Wiederherstellung einer natürlichen und ästhetischen Brust, ist heutzutage von großer Bedeutung.

Es ist bekannt, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper eng mit dem psychischen Wohlbefinden korreliert. Die weibliche Brust spielt dabei eine äußerst wichtige Rolle für das Gefühl des „Frauseins“, sodass eine Amputation folglich einen massiven Eingriff, sowohl in die körperliche, als auch die seelische Integrität der Frau darstellen kann. Die Diagnose Brustkrebs war neben der Belastung an einer potenziell tödlichen Erkrankung zu leiden oft auch mit dem Verlust der weiblichen Identifikation und Attraktivität verbunden, da diese Diagnose lange Zeit stets die komplette Entfernung der Brust bedeutete. Der Wiederaufbau der Brust spielt für viele Brustkrebspatientinnen eine große Rolle bei der Zurückgewinnung der Lebensqualität. Studien haben gezeigt, dass eine Rekonstruktion das Auftreten von Depressionen reduziert, das allgemeine Wohlbefinden verbessert, sowie positive Effekte auf die Bereiche Partnerschaft und Sexualität besitzt.

In der noch aktuellen S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Senologie wird daher empfohlen:

Operativ-5	Brustrekonstruktion
Empfehlungsgrad	Jede Patientin, bei der eine Mastektomie durchgeführt werden soll, soll über die Möglichkeit einer sofortigen oder späteren Brustrekonstruktion bzw. den Verzicht auf rekonstruktive Maßnahmen aufgeklärt werden; dabei sollte ein Kontakt zu Betroffenen bzw. Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen angeboten werden.
Level of Evidence	(Lantis, S et al. 2010; NICE 2009; Potter, S et al. 2011)
2b	

Ziel der Brustrekonstruktion

Das chirurgische Grundprinzip einer Brustrekonstruktion besteht darin, alle Gewebestrukturen, die bei der zuvor durchgeführten Tumorchirurgie entfernt werden mussten zu ersetzen, um die gewünschte Brustform, Größe und Symmetrie zu erreichen. Die Rekonstruktion sollte dabei unabhängig von der Art der Tumorentfernung geplant werden (Mastektomie, brusterhaltende Therapie, hautsparende Mastektomie usw.)

Therapiekonzept

Das optimale Therapiekonzept bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen Onkologen, Gynäkologen und Plastischen Chirurgen, um einerseits die onkologische Sicherheit und andererseits ein bestmögliches ästhetisches Ergebnis zu gewährleisten. Der Zeitpunkt für die operative Rekonstruktion hat dabei einen entscheidenden Einfluss sowohl auf das ästhetische Ergebnis als auch auf das psychische Wohlbefinden der Patientin und sollte von einer geplanten Bestrahlung abhängig gemacht werden.

Eine optimale onkologische Therapie steht dabei immer an erster Stelle, um die Gesundheit der Patientinnen sicherzustellen. Erst nach Abschluss der Krebsbehandlung (außer einer antihormonellen Therapie), sollte der Fokus auf die ästhetische Brustrekonstruktion gerichtet werden. Eine Brustrekonstruktion kann sowohl sofort, d.h. gleichzeitig mit der Tumorentfernung, oder später durchgeführt werden.

Fremdmaterial oder Eigengewebe?

Wurde der günstigste Zeitpunkt zur Rekonstruktion ermittelt (vor oder nach ggf.

notwendiger Chemo- oder Strahlentherapie), müssen zunächst die rekonstruktiven Anforderungen der Brust definiert (Haut- und Volumendefizit - Brustform und Brustgröße) und die Wünsche der Patientin angesprochen werden.

Grundsätzlich stehen zwei Varianten zum rekonstruktiven Brustaufbau zur Verfügung: Eine Brustrekonstruktion kann sowohl mit synthetischen Materialien wie Implantaten erfolgen, die als Volumenersatz bei noch vorhandenem Hautmantel dienen, als auch mit Eigengewebe, das sowohl ein Volumen- als auch ein Hautdefizit ausgleichen kann. Eine Kombination beider Verfahren ist in Einzelfällen ebenfalls denkbar.

Zusätzliche Faktoren wie Alter, Körperbau, kosmetische Ziele, Risiken, Folgebehandlungen, Indikationen und Kontraindikationen sollen in die Therapieentscheidung mit einbezogen werden. Ziel dieses individuellen Konzeptes ist eine natürliche Brustform, die in Größe, Form, Farbe, Konsistenz und Symmetrie der Gegenseite entspricht und die Wünsche der Patientin erfüllt.

Sollte dies nicht möglich, oder die Patientin mit der Form der anderen Brust ohnehin unzufrieden sein, kann mit der Patientin die Möglichkeit einer anschließenden Angleichungsoperation besprochen werden.

Viele Patientinnen lehnen die Verwendung von Fremdmaterialien aufgrund der hohen Komplikationsrate besonders nach einer Bestrahlung und der oftmals unnatürlichen Konsistenz bereits im Vorfeld ab.

Woher wird das Eigengewebe gewonnen?

Zur Gewinnung des Eigengewebes eignen sich mehrere Stellen des Körpers wie z. B. der Unterbauch, die Gesäßregion oder der Oberschenkel, ohne dabei größere Funktionseinschränkungen in Kauf nehmen zu müssen. Je nach Körperbau, Patientenwunsch, Volumen-anforderung und eventuellen Einschränkungen auf-



Prof. Dr. Milomir Ninkovic



Dr. Arian Rezaei



PD Dr. Niclas Broer

Bilder: Jeanette Isfahanian

grund von Voroperationen kann in einem persönlichen Gespräch die optimale Entnahmestelle für den Wiederaufbau ermittelt werden. Während in den Anfängen der Brustrekonstruktion mittels Eigengewebe hauptsächlich so genannte gestielte regionale Lappenplastiken, wie der TRAM-Lappen (Transverser Rektus Abdominis Muskel Lappen) vom Unterbauch oder der Latissimus-dorsi-Lappen vom Rücken zum Einsatz kamen, stellt heutzutage der freie mikrochirurgische Gewebetransfer den Goldstandard in der Plastischen Chirurgie dar.

Brustrekonstruktion durch Eigengewebe vom Unterbauch

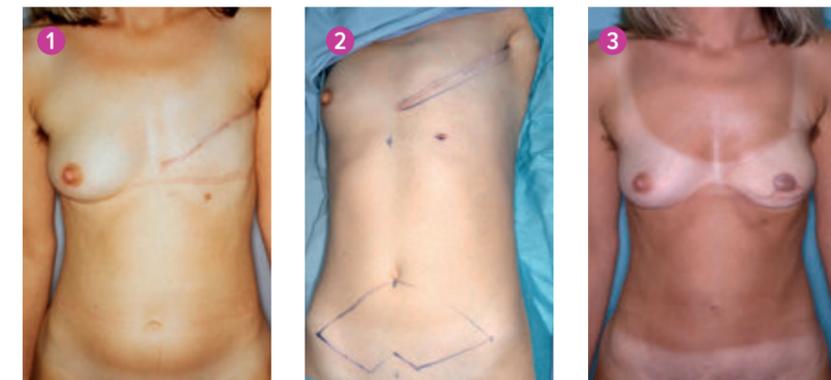
Beim gefäßgestielten TRAM-Lappen wird das Unterbauchfettgewebe mit einem Bauchmuskel, der die Gefäße enthält, von der Bauchwand präpariert und durch einen Tunnel zur gewünschten Brustseite verlagert. Der Vorteil dabei ist die sichere Blutversorgung des Gewebes, da die Gefäße im Muskel in-

takt gelassen werden. Nachteilig ist die Entfernung eines Bauchmuskels, was zu einer Bauchwandschwäche oder Bauchhernie führen kann.

Um diese Komplikation zu vermeiden, kommen in der Plastischen Chirurgie mikrochirurgische Fernlappenplastiken wie der so genannte DIEP-Lappen (deep inferior epigastric artery perforator Lappen) oder der SIEA-Lappen (superficial inferior epigastric artery Lappen) vom Unterbauch, die nach ihren versorgenden Gefäßen benannt sind, standardmäßig zum Einsatz. Beim SIEA-Lappen erfolgt die Blutversorgung für oberflächliche Blutgefäße im Fettgewebe, sodass die Bauchdecke hierbei nicht eröffnet werden muss.

Die Idee zur Brustrekonstruktion durch Bauchgewebe kam dabei von einer Patientin aus Schweden - und Prof. Hans Holmstrom aus Malmö setzte dies als Erster 1979 um.

Da es sich bei diesen Verfahren um technisch schwierige und länger andauernde Eingriffe handelt, dürfen Patientinnen keine wesentlichen Einschränkungen der



1. präoperativ, 2. intraoperative Planung, 3. 12 Jahre nach Brustrekonstruktion mittels DIEP Lappen. (Operateur Prof. Ninkovic)
Bilder: Prof. Ninkovic

Herz-Kreislauf- oder Lungenfunktion aufweisen. Dies wird bereits im Vorfeld interdisziplinär untersucht. Durch eine Lokalisation der versorgenden Gefäße im Bereich des Unterbauchs mit Hilfe eines Gefäßdopplers oder eine Darstellung mittels CT vor der Operation verschafft sich der Operateur einen Überblick über deren Anzahl und Größe. So kann während des Eingriffs gezielt nach diesen Blutgefäßen gesucht und die Operationszeit dadurch erheblich verkürzt werden.

Die Durchblutung dieses Gewebes erfolgt durch 1 - 2 mm große Blutgefäße, die den Lappen ihre Namen verleihen. Mit Hilfe eines leistungsstarken Mikroskops werden diese kleinen Gefäße freigelegt und zusammen mit dem Unterbauchfettgewebe komplett von der Bauchwand gelöst. Anschließend erfolgt der Transfer zur Brust und die Verbindung an die dort vorhandenen Gefäße mittels hauchdünner Fäden. Dies erfordert eine hohe mikrochirurgische Expertise, die im Rahmen der Facharztausbildung in der Plastischen Chirurgie erlernt wird.

Um eine sichere Durchblutung des gesamten Gewebes vom Unterbauchbereich zu gewährleisten, wird während der Operation, mit Hilfe eines fluoreszierenden Farbstoffs (Indocyaningrün) und einer speziellen Kamera die Blutversorgung des Gewebes sichtbar gemacht (ICG-Messung). Sollten Areale verminderter Durchblutung erkennbar sein, können diese noch während der Operation entfernt werden, um



Laser-induzierte Fluoreszenz Messung mit Indocyaningrün ermöglicht eine genauere Wahl der Lappengröße und bietet eine zusätzliche Sicherheit während der Operation.

nach der Operation das Risiko von Wundheilungsstörungen deutlich zu verringern. Die ICG Messungen wurden erstmals in der Klinik für Plastische Chirurgie im Klinikum München Bogenhausen eingeführt und hat sich als Methode der Wahl weltweit etabliert.

Funktionseinschränkungen aufgrund des fehlenden Muskels entstehen nicht

Der am Bauch entstandene Defekt wird anschließend wie bei einer ästhetischen Bauchstraffung durch eine Bauchdeckenplastik verschlossen. Je nach Unterwäschenpräferenz der Patientin kann bei der OP-Planung die Höhe der Narbe so gewählt werden, dass diese gut verdeckt werden kann. Selbst bei schlanken Patientinnen ist fast immer ausreichend Gewebe für eine einseitige Brustrekonstruktion vorhanden. Eine beidseitige Brustrekonstruktion mit der DIEP- oder SIEA-Methode ist je nach Verfassung der Patientin in ein oder zwei Sitzungen ebenfalls möglich.

Brustrekonstruktion durch Eigengewebe der Gesäß- oder Oberschenkelregion

Sollte das Unterbauchfettgewebe z.B. aufgrund von Voroperationen nicht für eine Brustrekonstruktion zur Verfügung stehen, bietet sich die Gesäß- oder Oberschenkelregion als eine mögliche Alternative an, die immer mehr an Popularität gewinnt.

Die Gesäßregion bietet selbst bei schlanken Patientinnen meist genug Haut- und Fettgewebe für eine Brustrekonstruktion. Die zwei am häufigsten durchgeführten Methoden sind der SGAP- und IGAP-Lappen, die ebenfalls nach ihrer Blutversorgung durch die superioren bzw. inferioren glutealen arteriellen Perforatoren benannt sind. Analog zum DIEP-Lappen werden Gewebe und versorgende Gefäße präpariert und als Einheit zur Brust

transferiert. Die Narbe der Entnahmestelle kann ebenfalls leicht durch geeignete Unterwäsche verdeckt werden. Da das Fettgewebe der Gesäßregion jedoch von festerer Konsistenz ist als Fettgewebe vom Unterbauch, kann eine optimale Formung der Brust erschwert sein und bedarf eventuell einer Fettabsaugung, um die Brustkonsistenz zu verbessern. Sollte durch den Eingriff eine einseitige Konturdeformität entstehen, kann diese im Verlauf durch Eigenfettinjektionen oder Fettabsaugung ausgeglichen werden.



1. präoperativ, 2. Planung der Entnahmestelle, 3. 16 Jahre nach Brustrekonstruktion mittels SGAP Lappen (Operateur Prof. Ninkovic)

Bilder: Prof. Ninkovic

Für die Rekonstruktion kleinerer Brüste eignet sich ebenfalls Eigengewebe der Oberschenkelregion. Im Gegensatz zu den anderen zuvor genannten Methoden, wird beim TMG-Lappen (Transverser muskulokutaner Gracilis Lappen) zusätzlich zum Haut und Fettgewebe ein Muskel mittransplantiert, der dem Transplantat genug Volumen verleiht, um eine ausreichende Form und Größe der Brust zu

erreichen. Funktionseinschränkungen aufgrund des fehlenden Muskels entstehen nicht, da dessen Funktion durch benachbarte Muskeln gut kompensiert werden kann. Die entstehende Narbe befindet sich nahezu unsichtbar an der Oberschenkelinnenseite, was von den Patientinnen als sehr positiv empfunden wird.

Bei Patientinnen mit hohem Krebsrisiko (positive Familienanamnese, positives BRCA 1/2 Gen usw.) kann eine hautsparende Mastektomie und eine Brustrekonstruktion mittels mikrochirurgischer Lappen kombiniert werden.

Betreuung nach der Operation

Regelmäßige Kontrollen des transplantierten Gewebes in den ersten drei bis vier Tagen nach der Operation mit Hilfe eines Dopplergerätes überwachen die adäquate Durchblutung des Lappens.

Bereits am ersten Tag nach der Operation werden die Patientinnen durch das Pflegepersonal und Physiotherapeuten

Trotz des technisch komplexen Eingriffes, treten Komplikationen vergleichsweise selten auf

mobilisiert, um eine rasche Genesung zu fördern. Drainagen werden meist nach drei bis fünf Tagen entfernt und nach ungefähr sieben bis zehn Tagen können die Patientinnen nach Hause entlassen werden.

Durch unsere über 30 Jahre lange Erfahrung mit mikrochirurgischen Operationen und Brustrekonstruktionen, einem standardisierten Behandlungskonzept, ausgezeichneter Infrastruktur und engmaschiger postoperativer Nachbehandlung kann trotz des technisch aufwendigen Eingriffes (durchschnittliche Dauer ca. 4 Stunden) ein Höchstmaß an Sicherheit für die Patientinnen gewährleistet werden. Im Rahmen der Nachsorge werden in regel-



1. präoperativ, 2. 15 Jahre nach Brustrekonstruktion mit der TMG Methode, 3. Narbe der Entnahmestelle. (Operateur Prof. Ninkovic) Bilder: Prof. Ninkovic

mäßigen Verlaufskontrollen das Ergebnis und weitere Wünsche der Patientin besprochen.

Sollte aufgrund einer kompletten Abnahme der Brust die Brustwarze und der Warzenhof nicht mehr vorhanden sein, können diese in einer kleinen ambulanten Operation wieder rekonstruiert bzw. tätowiert werden. Auch die Symmetrie im Vergleich zur anderen Brust kann z.B. durch chirurgische Angleichung der Gegenseite oder durch Eigenfettinjektionen angepasst werden - sofern dies gewünscht wird.

Komplikationen und Risiken

Trotz des technisch komplexen Eingriffes, treten Komplikationen vergleichsweise selten auf. Wichtig ist bereits vor der Operation, mögliche Risikofaktoren der Patientin wie Diabetes, Übergewicht oder Nikotinkonsum zu identifizieren um geeignete Maßnahmen zur Prävention von Komplikationen durchzuführen.

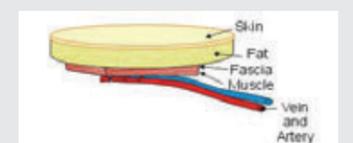
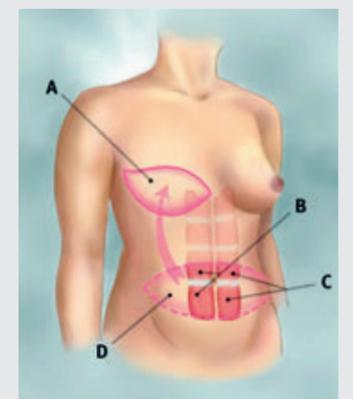
In ein bis zwei Prozent der Fälle kommt es während des stationären Verlaufs zu einer Unterversorgung des transplantierten Gewebes aufgrund eines Zu- oder Abflussproblems innerhalb der neu verbundenen Gefäße, welches durch die zuvor genannten Risikofaktoren begünstigt wird. Durch regelmäßige Kontrollen der Durchblutung kann diese jedoch meist frühzeitig erkannt und ein Verlust des Gewebes durch die Entfernung des Blutgerinnsels im OP verhindert werden. Die weiteren Risiken unterscheiden sich ansonsten nicht von den allgemeinen Operationsrisiken wie

z.B.: Blutung, Infektion, Wundheilungsstörungen, Hämatome usw. und werden vorher ausführlich besprochen.

Fazit: Die Möglichkeiten zur Rekonstruktion der weiblichen Brust haben sich in den letzten 30 Jahren enorm weiterentwickelt und zeigen und in fast allen Fällen sehr gute Ergebnisse mit hoher Patientenzufriedenheit. Entscheidend für den Erfolg sind ein individuelles Behandlungskonzept, ein chirurgisch erfahrenes Team und umfassende Nachbehandlungsmöglichkeiten.

Referenzen in der Redaktion.

TRAM LAPPEN mit Muskeln als Gefäßträger



(The free abdominoplasty flap and its use in breast reconstruction. An experimental study and clinical case report. Scand J Plast Reconstr Surg. 1979;13(3):423-27

Unfassbar

Der Fall Bottrop

VON APOTHEKER DR. FRANZ STADLER

Bild: Syda Productions, Fotolia

Bottrop wurde berühmt - ungewollt und unverdient. Bottrop wird auf nicht absehbare Zeit mit dem krassesten Einzelfall von kriminellem Verhalten eines Apothekers unserer Zeit in Verbindung gebracht werden. Tausende Krebspatienten sind betroffen und noch viel mehr verunsichert. Was kann getan werden, um ein derartiges Verhalten künftig auszuschließen? Das frage ich mich als Apotheker, der selbst Zytostatika herstellt.

Die Fakten

Laut Staatsanwaltschaft Essen soll der Bottroper Apotheker Peter S. aus der Alten Apotheke Bottrop von 2012 - 2017 bundesweit falsch dosierte Zytostatikainfusionen an 37 Arztpraxen mit rund 3.700 betroffenen Patienten geliefert haben. Fälle aus dem Zeitraum vor 2012 sind strafrechtlich verjährt und wurden gar nicht erst untersucht, sodass die Dunkelziffer noch viel höher liegen dürfte. Besonders betroffen sind Patienten in Nordrhein-Westfalen, aber auch in mehreren anderen Bundesländern. Aufgeflogen ist die ganze Angelegenheit durch zwei Mitarbeiter der Apotheke, die sich an die Polizei wandten und Beweise, wie einen völlig wirk-

stofffreien, ausgelieferten und von der Praxis zurückgegebenen Infusionsbeutel vorlegten. Auch lagen die eingekauften Wirkstoffmengen zum Teil deutlich unter den abgerechneten: bei einzelnen Medikamenten wurde nur ein Fünftel der abgerechneten Menge eingekauft. Wer konkret von Falschdosierungen betroffen war ist schwer festzustellen, deshalb konnte die Staatsanwaltschaft bisher nur den Abrechnungsbetrug zur Strafanzeige bringen. Peter S. wurde wegen gepanschter Krebsmedikamente in 60.000 Fällen angeklagt. Der entstandene Schaden beläuft sich laut Krankenkassen auf 56 Millionen Euro.

Nur ein Skandal?

Das mutmaßliche Verhalten des Apothekers ist kriminell. Punkt.

Warum aber haben viele Mitarbeiter der Alten Apotheke, die im Lauf der Jahre von den kriminellen Praktiken ihres Chefs vermutlich Kenntnis erlangt haben, so lange geschwiegen?

Warum ist den belieferten Ärzten trotz beobachtbarer Therapieversager, dem Fehlen von Nebenwirkungen und anderen leicht erkennbaren Indizien jahrelang nie etwas aufgefallen?

Wie wird eigentlich das Qualitätsmanagement, insbesondere die Qualitätskontrolle, in den betroffenen Praxen gelebt?

Warum wurden die möglicherweise betroffenen Patienten nicht direkt von den Behörden unterrichtet? Sie sollten über die Arztpraxen, selbst indirekt Betroffene, informiert werden, was aber nicht immer geschah.

Warum verlief die Informations- und Aufklärungspolitik so schleppend? Selbst die Liste betroffener Wirkstoffe wurde nur sehr zögerlich veröffentlicht (zuerst fünf, dann doch 49). Ohne das Engagement von Journalisten des Recherchenetzwerks CORREKTIV mit einem Informationsbüro vor Ort wüsste man wohl noch viel weniger. Uninformierte Betroffene können nicht reagieren - weder medizinisch noch juristisch. Sie wurden um ihre Therapie betrogen. Will man sie auch noch um die Möglichkeit von Schadensersatzforderungen bringen? Werden die Kassen nach der gerichtlichen Schadensregelung dann auch Ihre Patienten entschädigen?

Warum haben die Aufsichtsbehörden derart versagt? Wieso wurde bei den Kontrollen nie etwas gefunden? Ob angekündigt oder nicht dürfte bei echten Kontrollen keine Rolle spielen. Denn man kann

nicht alle, zum Teil automatisch laufende Aufzeichnungen rückwirkend fälschen. Es wurde wohl eher nur sehr oberflächlich hingeschaut.

Wieso schöpfte das Finanzamt nie Verdacht? In Bayern finden z.B. bei den meisten Zytostatika herstellenden Apotheken alle drei bis fünf Jahre Betriebsprüfungen statt, die einen exorbitanten Gewinn zeigen müssten.

Was wollen die betroffenen Patienten?

Verunsicherung und Verärgerung sind groß. Bottroper Krebselbsthilfegruppen veröffentlichten deshalb am 18.07.2017 in der WAZ sieben Forderungen und reichten sie als Petition im Bundestag ein. Die Forderungen wurden zuvor u.a. mit verschiedenen Politikern und Vertretern des Gesundheitsministeriums NRW besprochen und erarbeitet.

Der Wunsch nach mehr und unangekündigten Kontrollen steht dabei im Vordergrund (1-3). Adressaten sind die jeweiligen Amtsapotheker, das Finanzamt und eine ungenannte Untersuchungsbehörde für Rückläufer, also nicht verabreichte, aber schon hergestellte Infusionslösungen. Meiner Meinung nach verfügen jedoch sowohl die Amtsapotheker/Pharmazieräte, als auch das Finanzamt bereits jetzt über alle Kontrollmöglichkeiten und könnten diese auch nutzen. Neue Gesetze und/oder Erlasse wirken nicht, wenn Auffälligkeiten nicht ernst genommen und ohne Ansehen der Person stärker als bisher verfolgt werden. Rückläufer eignen sich nicht zur Erhöhung der Sicherheit, da wohnortnahe und ad-hoc herstellende Apotheken keine nennenswerten Rückläufer haben. Bei überregionalen Herstellern stellt sich grundsätzlich die Frage des Umgangs mit Rückläufern, die beim Transport über weite Strecken großem mechanischem Stress mit nachfolgenden Wirkverlusten ausgesetzt werden und dabei zusätzlich oft die gesetzlichen Haltbarkeitsfristen überschreiten. Diese Rückläufer könnten zwar untersucht werden, wobei im Vor-



Dr. Franz Stadler

Bild: Privat

feld jedoch u.a. die Kostenfrage zu klären wäre. Wichtiger wäre allerdings eine Überprüfung der grundsätzlichen Frage, was im regulären Betrieb mit diesen Rückläufern passiert.

Deshalb (keine Rückläufer, kurze Wege, keine Probleme mit den garantierten Haltbarkeiten) ist die vierte Forderung der Selbsthilfegruppen nach mehr wohnortnahen Schwerpunkt Apotheken vorbehaltlos zu unterstützen. Sie dient der Patientensicherheit.

Die weiteren Forderungen, wie ein besserer Schutz für Hinweisgeber (5), die Dokumentationspflicht für Wirkstoffe (6) und die Bekanntgabe der Herstellungszeiten an die Behörden (7) sind entweder Sache des Gesetzgebers (5), bereits erfüllt (6) oder unrealistisch (7).

An den Forderungen fällt auf, dass sie zwar die Sicherheit in einigen Punkten erhöhen, das grundsätzliche Problem aber nicht angehen. Eine populistische Herangehensweise hilft hier nicht, denn was nützen bei krimineller Energie mehr Kontrollen, die letztlich immer lückenhaft bleiben müssen? Was nützen Schwerpunkt Apotheken, die doch immer von Menschen geführt werden? Die Versuchung, krimineller Habgier zu erliegen, ist doch bei den meisten Menschen abhängig von der Höhe des erzielbaren finanziellen Vorteils. Peter S., ohnehin wohlhabend, ist das beste Beispiel dafür.

Deshalb hier mein Vorschlag eines neuen Abrechnungsmodells als pragmatische Lösung (DAZ Nr.23 vom 08.06.2017, S. 24ff. und DAZ Nr.32 vom 10.08.2017, S.22ff.):

Das Kommissionsmodell

Beim Kommissionsmodell kaufen die herstellenden Apotheken die verwendeten Wirkstoffe nicht mehr auf eigene Rechnung selbst ein und weiter. Sie hätten stattdessen Kommissionsware auf Lager, die erst nach einer Frist bezahlt oder zurückgeschickt werden müsste. Verarbeitete oder regelkonform verworfene Wirkstoffmengen wären an die Kassen und Hersteller zu melden. Diese hätten die Kontrolle über die gelieferten und abgerechneten Mengen und könnten direkt miteinander die verbrauchten Wirkstoffmengen abrechnen. Die Apotheken erhielten von den Kassen nur noch eine Handlungspauschale/Arbeitspreis für erbrachte Leistungen wie Lagerung, Verwaltung und Zubereitung der Wirkstoffe. In diesem System bestünde kein Anreiz mehr, sehr teure Wirkstoffe nicht zu verwenden, weil sie ja nicht mehr gewinnbringend abgerechnet werden könnten. Andernfalls besteht die Versuchung weiter, unter dem ständig wachsenden finanziellen Druck der Krankenkassen sich auf Kosten ahnungsloser Patienten zu bedienen. Allerdings würde die Einführung eines derartigen Abrechnungssystems einige Umstellungen erfordern, die jedoch bei entsprechendem Willen zu bewältigen wären.

Aktueller Stand

Auch beim Zukunftsmodell „Kommission“ kann der Autor betroffenen Patienten oder deren Angehörigen nur raten, sich selbst um ihre Belange zu kümmern. So hart das klingen mag: Fragen Sie Ihren Arzt, woher er seine Infusionen bezieht, gehen Sie zur herstellenden Apotheke, sprechen Sie mit der Apothekerin oder dem Apotheker. Bohren Sie nach! Vertrauen ist wichtig für den Behandlungserfolg und unseren Berufsstand!

Palbo-, Ribo- und Abemaciclib

Die CDK 4/6 - Hemmer

VON TRUDE ULLRICH



Die Forderung nach aussagekräftigen Studien vor dem Einsatz neuer Medikamente in der Praxis ist uns Brustkrebspatientinnen zur Genüge bekannt. Dem ist auch zuzustimmen. Liegen diese dann vor, heißt das nicht unbedingt, dass wir uns nun auf ein neues wirksames Medikament einstellen können. Gemäkelt wird nicht nur an der Studienqualität als solcher, sondern auch an der Studienlänge. Und man staunt, wie die Expertenmeinungen über den Zusatznutzen einer neuen Substanz trotz des Blicks auf die gleichen Zahlen meilenweit auseinanderklaffen können. Von euphorischer Hoffnung bis zu befürchtendem Schaden ist alles geboten. Wie objektiv und nützlich sind Studien denn nun? Wird ein gangbarer Weg gewiesen, oder sind die Ergebnisse je nach persönlicher „Weltsicht“ interpretierbar? Worin Betroffene einen Zusatznutzen sehen würden, interessiert wenig bis gar nicht, aber daran sind wir gewöhnt.

Palbociclib & Co....

... sind ein Paradebeispiel für wissenschaftliche Auseinandersetzungen zwischen Herstellern, Anwendern und den Nutzenbewertern im G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss). Der Diskurs dauert, und wir warten.

CDK 4/6 - Hemmer gelten in der Therapie von Patientinnen mit einer lokal fortgeschrittenen oder metastasierten HR+/HER-Brustkrebskrankung international zwar als Durchbruch, in Deutschland scheinen sie erstaunlicherweise weniger gut zu wirken, denn der erste in Europa im November 2016 zugelassene CDK 4/6-Hemmer Palbociclib (Ibrance, Pfizer) wurde durch den G-BA nicht mit dem Prädikat „Zusatznutzen gegenüber herkömmlicher Therapie“ geadelt. Zwar wird eine Verlängerung der Zeit bis zum Krankheitsfortschritt zugestanden (PFS = progressive free survival), dies scheint für die Nutzenbewerter aber von minderer Bedeutung, denn zur Verlängerung der Gesamtüberlebenszeit (OS = overall survival) liegen noch keine Daten vor. Auch das wird noch dauern. Also warten wir weiter und geraten dabei ins Grübeln.

Eine Frage der Ethik

Gesetzt den Fall, es ergäbe sich **keine** Verlängerung der Gesamtüberlebenszeit, dann wären die Patientinnen im Prüfarm der Studie nach den Kriterien des G-BA einige Jahre mit einer Substanz ohne Zusatznutzen behandelt worden, hätten jedoch die Nebenwirkungen zu erdulden gehabt. Wie lange ist das verantwortbar? Gesetzt den Fall, es ergäbe sich sehr wohl eine verlängerte Überlebenszeit, dann

hätte man den Patientinnen außerhalb der Studie einige Jahre ein Präparat vorenthalten, das sich lebensverlängernd auswirkt. Warten, bis der Tod eintritt, um den Zusatznutzen eines neuen Medikaments bewerten zu können, ist für Betroffene kein Studienendpunkt erster Wahl - sondern im Gegenteil eine Zumutung. Und es tritt ein paradoxer Effekt ein, den die Zusatznutzenrichter nicht ansprechen: Je lebensverlängernder ein Präparat wirkt, desto länger müssten die Patientinnen außerhalb der Studie warten, bis sie es auch erhalten könnten. Ist das ethisch vertretbar? Und gerade dann, wenn wir insgesamt nicht länger leben, bedeutet wenigstens eine Verlängerung der Zeitspanne bis zum Krankheitsfortschritt und damit auch der Aufschub einer Chemotherapie einen ganz erheblichen subjektiven Zusatznutzen und einen Gewinn an Lebensqualität.

Wie wirken CDK 4/6-Hemmer?

Zusätzlich zu Palbociclib wurden im August 2017 in Europa Ribociclib (Kisqali, Novartis) und im September 2017 in den USA Abemaciclib (Verzenio, Eli Lilly) zugelassen. Alle drei Substanzen sind Kinasehemmer, sie hemmen also Kinasen, spezielle Enzyme, die an allen grundlegenden Lebensprozessen einer Zelle wie Wachstum, Differenzierung und Selbsterstörung beteiligt sind.

Sie spielen eine Schlüsselrolle bei der Weiterleitung von Wachstumssignalen, sind bei vielen Krebserkrankungen überaktiv, regen unkontrolliertes Zellwachstum an und tragen zu einer verbesserten Versorgung von Tumoren mit Blutgefäßen (Angiogenese) bei. In hormonabhängigen Brustkrebszellen sind besonders die cyclin-abhängigen (cyclin-dependant) Kinasen 4 + 6 aktiv. Cycline sind weitere Eiweiße zur Steuerung der Zellteilungsfunktion. Gehemmt werden die cyclin-abhängigen Kinasen 4 und 6, daher der Name CDK 4/6-Hemmer.

Der Einsatz erfolgt in Kombination mit einem Aromatasehemmer (Anastrozol, Letrozol, Exemestan), bei Abemaciclib auch mit Fulvestrant, wodurch eine endokrine Resistenz (Unempfindlichkeit gegenüber einer Antihormontherapie) durchbrochen werden soll. Als nicht zu vernachlässigende Nebenwirkungen werden Neutropenien (Verminderung weißer Blutkörperchen), Durchfallerkrankungen und Herzmuskschädigungen (Kardiotoxizität) genannt, die jedoch laut Herstellern in der Regel kontrollierbar seien.

So oder so

Während die Hersteller die Verlängerung der Zeit bis zum Krankheitsfortschritt betonen, konzentrieren sich die Kritiker auf die Nebenwirkungen. Man ist sich mal wieder uneinig, was nun mehr Bedeutung haben soll. Nicht zum ersten Mal gewinnt man dabei den Eindruck, dass die verschiedenen Sichtweisen preisabhängig sind. Die eine Seite möchte gut verdienen, die andere Seite aber nicht so viel bezahlen - und überdies ginge es ja „nur“ darum, dass der Tumor eine Zeit lang nicht wächst. Interessant ist dabei die Tatsache, dass Deutschland in Europa und zum Teil darüber hinaus Preisreferenzland ist, also eine „Preisleitlinie“ vorgibt. Wird der Preis in Deutschland zu stark gedrückt, sinken auch die Erlöse anderswo. Ist bei den Verkäufern allerdings die Preisschmerzgrenze erreicht, können sie das Präparat auch wieder vom Markt nehmen.

Derzeit wartet Ribociclib in Kombination mit Letrozol auf sein Zusatznutzenurteil. Das Prüfverfahren hat im September begonnen, für den 12. Dezember 2017 ist die Veröffentlichung der Nutzenbewertung geplant, anschließend beginnt das schriftliche Stellungnahmeverfahren mit einer Abgabefrist bis zum 5. 1. 2018. Die Beschlussfassung soll im März 2018 erfolgen.

Die Praxis

Die Ribociclib-Letrozol-Kombi beeindruckt nach Prof. Wolfgang Janni, Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm, durch eine gut verträgliche, aber dennoch schnelle und anhaltende Tumorschrumpfung. Die Wahrscheinlichkeit eines Krankheitsfortschritts (relatives Progressionsrisiko) sei in der Gruppe Ribociclib/Letrozol um 44 Prozent geringer als in der Gruppe mit einer Letrozol-Einzeltherapie. Auch Patientinnen mit Metastasen im Bauchraum (viszerale Metastasen) konnten profitieren und reagierten mit einer deutlichen Verminderung der Tumormasse, ohne Verschlechterung der Lebensqualität, ergänzt Prof. Peter Fasching von der Universitätsklinik Erlangen. Nebenwirkungen seien laut Dr. Norbert Marschner, niedergelassener Onkologe und Arzt für Qualitätsmedizin in Freiburg, durch Dosisanpassungen gut zu handhaben.

Für PD Dr. Christian Kurbacher, Mitglied im Vorstand des Berufsverbands Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen (BNGO), stellt die Entwicklung von CDK 4/6-Hemmern eine der bedeutendsten Weiterentwicklungen der medikamentösen Brustkrebstherapie der vergangenen zehn Jahre dar. Die Entscheidungsfindung des G-BA zur Nutzenbewertung neuer Medikamente in der gynäkologischen Onkologie sei deshalb kaum noch nachvollziehbar, auch zielten stereotype Fragen nach dem Gesamtüberleben z.B. in der palliativen Situation treffsicher ins Leere. Studienevidenz gegen Praxisrelevanz!

Wer metastasierte Patientinnen kennt, kann aus nächster Nähe miterleben, was zählt: das Befinden im Hier und Jetzt!

Für meine Weiblichkeit

Die natürliche Option bei Vaginaltrockenheit

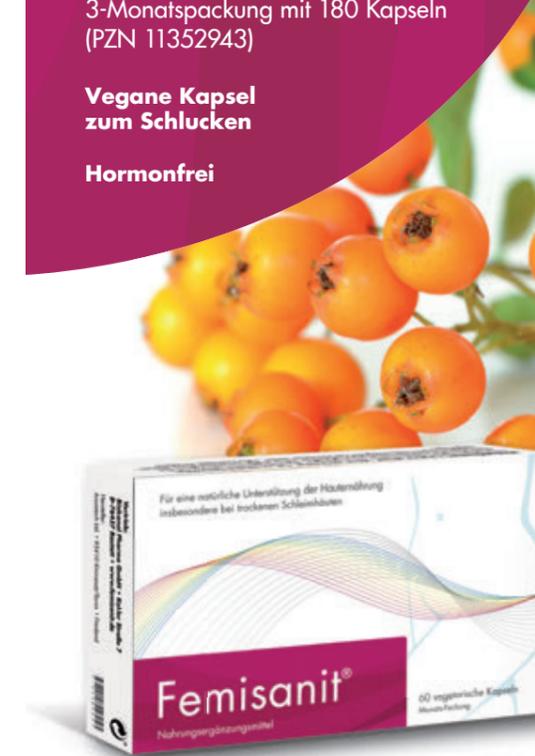
Femisanit® unterstützt auf natürliche Weise die Regeneration der Scheiden-Schleimhaut und bringt sie dauerhaft wieder ins Gleichgewicht.

Der natürliche Sanddorn-Wirkstoffextrakt SBA24® hat sich in Skandinavien seit über 15 Jahren erfolgreich bewährt.

Femisanit® ist rezeptfrei in der Apotheke oder unter www.femisanit.de erhältlich: Monatspackung mit 60 Kapseln (PZN 9530604) 3-Monatspackung mit 180 Kapseln (PZN 11352943)

Vegane Kapsel zum Schlucken

Hormonfrei



Gerne schicken wir Ihnen eine ausführliche Informationsbroschüre zu unter Telefon 07222 / 786 79-0 oder per E-Mail unter info@femisanit.de

Nutzen Sie den **Online-Shop-Gutschein von 10 Euro** auf Ihre Erstbestellung von 2 Packungen Femisanit® 60er beziehungsweise 1 Packung Femisanit® 180er auf:

www.femisanit.de



Biokanol Pharma GmbH
Kehler Straße 7 · 76437 Rastatt

Stabilität hält aufrecht

Forschungsnetzwerk Knochenmetastasen

VON GERTRUD RUST

Das Knochengerüst oder Skelett stabilisiert den Körper, hält ihn aufrecht, behütet innere Organe und ist damit ein Bollwerk gegen äußere Verletzungsgefahren. Die Schädelhöhle schützt das Gehirn, der Wirbelkanal das Rückenmark, innerhalb des Brustkorbs liegen Herz und Lunge und das kleine Becken bildet einen Schutzschild um die Harn- und Geschlechtsorgane. Bei einer Krebserkrankung können sich Tumorzellen in Knochen absiedeln, und es bilden sich Knochenmetastasen, auch ossäre Metastasen genannt (lat. „os“ = Knochen). Treten bei einer Brustkrebserkrankung Metastasen auf, sind in drei Vierteln der Fälle zuerst die Knochen betroffen.

Symptome

Knochenmetastasen werden meist spät entdeckt, häufig erst dann, wenn sich bereits Symptome wie anhaltende, bohrende oder drückende Knochenschmerzen bemerkbar machen, die sich auch in Ruhephasen nicht bessern. In vielen Fällen treten die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule, besonders in den Lendenwirbeln auf - ein Hinweis auf eine mögliche Knochenmetastasierung. Ähnlich häufig betroffen sind Rippen, Brustbein und Schädel, seltener Oberarm- und Unterschenkelknochen, sehr selten Hand- und Fußknochen und fast nie die Gelenke. Knochenbrüche ohne äußeren Anlass können durch Knochenmetastasen verursacht sein, die

den Knochenabbau verstärkt stimulieren (osteolytische Metastasen). Hierdurch gelangt vermehrt Kalzium ins Blut - und ein schließlich überhöhter Kalziumspiegel kann zu Herzrhythmusstörungen führen. „Dank“ der symptomorientierten Nachsorge werden Knochenmetastasen meist im Mehrfach- und eher selten im Einfachstadium diagnostiziert.

Diagnose

Die Skelettszintigraphie gilt zur Entdeckung von Knochenmetastasen immer

noch als Goldstandard. Ein radioaktiver Tracer reichert sich dabei in kritischen Bereichen an und zeigt sich im Szintigramm als schwarzer Punkt (Hot Spot). Die Empfindlichkeit (Sensitivität) gilt als hoch, im Durchschnitt können mit dieser Methode Knochenmetastasen sechs Monate vor ihrer Erkennung im Röntgenbild nachgewiesen werden. Die Spezifität (handelt es sich tatsächlich um eine Knochenmetastase?) liegt allerdings deutlich niedriger, denn auch in Bereichen mit erhöhtem Knochenumsatz und bei Knochenreparaturvorgängen kommt es zu einer Anreicherung des Tracers. Die Unterscheidung in „echt“ und „falsch positiv“ erfordert damit eine erhebliche ärztliche Erfahrung. Die weitere Abklärung ist mittels Computertomografie (CT) mit einer besseren Bildqualität in höherer Auflösung oder mit der Magnetresonanztomographie (MRT, Kernspin) möglich.

Beim diesjährigen Treffen der American Society of Clinical Oncology (ASCO) im Frühjahr wurden Kriterien für den sinnvollen Einsatz einer Knochenszintigrafie vorgestellt. Danach sei eine Knochenmetastasierung von Tumoren im Frühstadium unwahrscheinlich und eine Szintigrafie deshalb nicht gerechtfertigt, es sei denn, Symptome würden eine Metastasierung nahelegen. Bei Lymphknotenbefall, bei jeder Art von knochenbezogenen Symptomen, sowie bei Patientinnen und Patienten, die sich einer auf die Knochen gerichteten Radionuklidtherapie unterzögen, sei der Einsatz jedoch angemessen. Auch Brustkrebpatientin-

nen mit einer krankheitsbedingten Fraktur, bei der Notwendigkeit einer Therapieanpassung und unter Krankheitsfortschritt sollten ein Knochenszintigramm erhalten.

Spurensuche

Warum bevorzugen Krebszellen eigentlich besonders Knochen als Metastasierungsort? Dieser Frage widmet sich in den kommenden drei Jahren ein überregionales Netzwerk aus Tumor- und Knochenforschern. Das Schwerpunktprojekt μ BONE mit dem Ziel, die Entstehung von Knochenmetastasen besser zu verstehen, wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) mit sechs Millionen Euro gefördert.

Beteiligt sind Forscher aus Hamburg, Lübeck, Erlangen und Würzburg, die Koordination liegt bei Prof. Dr. Lorenz Hofbauer, Knochenspezialist und Leiter des UniversitätsCentrums für Gesundes Altern am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden. Die Schlüsselmechanismen, warum Krebszellen Knochen besiedeln und wie Krebs- und Knochenzellen miteinander kommunizieren, stehen im Zentrum des Interesses.

„Es ist allzu oft Realität, dass wir Patientinnen und Patienten in unserer Sprechstunde sehen, die ihre Tumorerkrankung bereits vor Jahren beziehungsweise Jahrzehnten erfolgreich besiegt haben. Dann kommt es plötzlich, die Krankheit ist schon fast vergessen, zu Knochenmetastasen, der Tumor hat also gestreut und den Knochen angegriffen“, schildert Lorenz Hofbauer aus Dresden die Umstände. „Die Diagnose kommt oft nach zehn bis fünfzehn Jahren - ein Schock“. Knochenmetastasen sind eine Spätkomplikation vieler Tumorerkrankungen. Man nimmt derzeit an, dass sich bereits zu Beginn der Erkrankung einzelne zirkulierende Tumorzellen (circulating tumor cells = CTCs) im Knochenmark ansiedeln, viele Jahre in einem Schlafzustand verharren (Schläferzellen = dormant cells) und plötzlich doch wieder zu wachsen beginnen.

Überlebenskünstler

Die zentrale Herausforderung für die Forscher besteht im Verständnis der Mechanismen, warum sich diese Zellen jahrelang verstecken können, bis sie einen Teilungsimpuls erhalten. „Wir gehen davon aus, dass hormonelle Veränderungen, ein Vitamin-D-Mangel oder genetische Ursachen dafür verantwortlich sein könnten“, so Hofbauer. Eine Informationskaskade werde in Gang gesetzt, die derzeit bereits untersucht würde. Weitere zu beantwortende Fragen sind, warum gerade Brustkrebs- und Prostatakrebszellen (beide überwiegend hormonaktive Krebsarten) vor allem in die Knochen metastasieren und wieso sich diese Zellen auch vom Immunsystem unbemerkt verbergen können. Wie gelingt ihnen das Überleben unter Sauerstoffmangel, und wie finden sie zielstrebig eines der besten Verstecke vor einer Chemotherapie überhaupt, die Knochen? Und ganz besonders, welcher Wecker holt sie aus ihrem „Winterschlaf“? Spannende Fragen mit weitreichender Wirkung, falls die richtigen Antworten gefunden werden können. Man kann dem Forscherteam dafür nur besten Erfolg wünschen.

Risikofaktoren

Eine chinesische Forschergruppe um Chen WZ et. al benannte klinische Charakteristika und Risikofaktoren für die Entwicklung von Knochenmetastasen bei Brustkrebspatientinnen (Sci Rep. 2017;7(1):11325). Die höchste Vorhersagegenauigkeit erlaube danach die Kombination aus Lymphknotenbefall in den Achselhöhlen, den Tumormarkern Ca 15-3 und Ca 12-5, der alkalischen Phosphatase (AP oder ALP), einem Blutwert, der Hinweise auf Knochenerkrankungen geben kann und einem niedrigen Hämoglobinwert (roter Blutfarbstoff) zum Zeitpunkt der Diagnose. Bleibt die Patientinnenfrage, was bei bekanntem Risiko unternommen werden kann, um das Auftreten hinaus zu schieben oder gar zu verhindern.

WISSEN
SCHAFFT
VERTRAUEN



Aus dem Inhalt:

- Was ist Krebs?
- Operation und Strahlentherapie
- Medikamentöse Therapien
- Misteltherapie
- Praktische Anwendung und Wirkung
- Wirtsbäume von Misteln

Patienteninformation zur Misteltherapie

In deutscher, englischer, spanischer und türkischer Sprache.

Kostenlos
anfordern!

WIR FORSCHEN

TIM Studie
Zum oberflächlichen
Harnblasenkarzinom.

ABNOBA GmbH

Hohenzollernstr. 16 · 75177 Pforzheim | Germany
Therapieinformationen Freecall 0 800 22 66 222
www.abnoba.de

In der Stille der Nacht

DNA-Reparatur im Schlaf

VON ELISABETH BRÜNSTLER

Bild: Focus Pocus LTD, Fotolia

Etwa ein Drittel unseres Lebens ver-schlafen wir. Ist das etwa vergeudete Zeit, die man besser für produktive Tätigkeiten nutzen könnte? Der Volksmund meint dazu: Früh schlafen gehen und früh aufstehen schließt vielen Krankheiten die Türe zu. Für Benjamin Franklin, einer der Gründerväter der Vereinigten Staaten von Amerika, macht regelmäßiger Schlaf nicht nur gesund, sondern auch noch reich und klug. Und der deutsche Philosoph Arthur Schopenhauer hatte bereits im 18. Jahrhundert den Eindruck: Der Schlaf ist für den ganzen Menschen, was das Aufziehen für die Uhr. Menschen mit übermäßiger Leistungsmotivation schlafen häufig wenig und machen die Nacht zum Tag, dies könnte sich allerdings in Form einer höheren Krankheitsanfälligkeit rächen.

Natürlicher Rhythmus

Ob wir nun wollen oder nicht, wachen und schlafen unterliegen einem natürlichen inneren Rhythmus, einer inneren Uhr, ähnlich wie Ebbe und Flut oder die vier Jahreszeiten. Schlaf ist ein Lebenselixier, ohne genügend Schlaf kommen wir nicht aus, und Schlafentzug kann wie eine Folter wirken. Während wir schlafen läuft das Immunsystem auf Hochtouren und produziert vermehrt immunaktive Stoffe. Im Schlaf reguliert sich der Stoffwechsel, und über den Tag angesammelte Stoffwechselprodukte werden abgebaut. Auch das Hormonsystem ist in der Nacht besonders aktiv, durch die erhöhte Ausschüttung von

Wachstumshormonen regeneriert sich zum Beispiel geschädigtes Gewebe in der Nacht schneller, als am Tag. Nicht zuletzt braucht die Seele Schlaf. In der Nacht kommt die Psyche zur Ruhe, Stresspegel sinken, und Menschen mit häufigen Schlafstörungen leiden eher an Depressionen, als ausgeglichen Schlafende.

Nachtarbeit

Gene zur Steuerung der inneren Uhr (zirkadiane Rhythmik), könnten möglicherweise sogar als Tumorsuppressoren wirken, berichtete eine Forschergruppe um PhD Thales Y. Papagiannakopoulos von der New York University School of Medicine in Cell Metabolism (2016;24(2):324-331). Der zirkadiane Rhythmus steuert verschiedene biologische Prozesse, so auch zwei besondere Kennzeichen von Krebs (Hallmarks of Cancer), nämlich die Zellteilung und den Stoffwechsel. Eine Störung der inneren Uhr, wie zum Beispiel durch Schichtarbeit, sei mit einem erhöhten Krebsrisiko und einer schlechteren Prognose verbunden. Vermutet wird, dass die Aufrechterhaltung des natürlichen Gleichgewichts zwischen Tag und Nacht dabei eine tumorsuppressive Wirkung entfaltet. Untersucht wurde das Verhalten von Lungenkrebs am Mausmodell. Bei Mäusen mit einer zusätzlichen Lichtexposition von acht Stunden waren das Tumorwachstum und der Krankheitsfortschritt im Vergleich zu Mäusen, die in einem Zwölf-Stunden-Rhythmus von Hell und Dunkel lebten, wesentlich beschleunigt.

Einer weiteren Mäusegruppe fehlten zwei bestimmte Steuergene der zirkadianen Rhythmik. In der Folge entstand eine Anhäufung des Eiweißes Myc, das in vielen Krebszellen vorkommt und Vorgänge beim Zellzyklus, beim natürlichen Zelltod und der Zellumwandlung steuert. Ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus verursache möglicherweise eine Fehlfunktion von Genen mit Einfluss auf das Zellwachstum und die Aufrechterhaltung der zirkadianen Rhythmik, so die Studienautoren.

Brustkrebs und Schlaf

Eine Studie der Women's Health Initiative (WHI; 1994 - 2013) stellte bei Brustkrebspatientinnen eine Beziehung zwischen Schlafdauer und -qualität mit der Aggressivität von Brusttumoren her (Soucise, A. et al., Sleep quality, duration and breast cancer aggressiveness, Breast Cancer Res Treat. 2017 Jul; 164(1):169-178.). Eine weitere Studie aus dem Jahr 2017 von James P. et al. in Environmental Health Perspectives (<https://doi.org/10.1289/EHP935>) lieferte Daten von knapp 110.000 Krankenschwestern und belegte ein erhöhtes Brustkrebsrisiko an Wohnorten mit dauerhafter Nachtbeleuchtung, allerdings nur bei aktuellen und ehemaligen Raucherinnen und Frauen vor den Wechseljahren. Auch Nachtarbeit trug zur Steigerung des Brustkrebsrisikos bei, besonders im Hinblick auf östrogenrezeptor-positive Tumortypen. Die Ergebnisse bestätigen die Einstufung eines gestörten

Tag-Nacht-Rhythmus als „wahrscheinlich krebserregend“ durch die International Agency for Research on Cancer bereits vor zehn Jahren.

Melatonin und DNA

Das in der Zirbeldrüse gebildete „Schlafhormon“ Melatonin steuert die zirkadiane Rhythmik. Licht hemmt die Herstellung, Dunkelheit hebt diese Hemmung auf. Melatonin ist an der DNA-Reparatur beteiligt, ein Mangel infolge vermehrter Lichtexposition behindert jedoch die Ausbesserung von Schäden am Erbgut (DNA) und erhöht so das Krebsrisiko. Erbgutschäden können u.a. eine geordnete Zellteilung und die Eiweißherstellung beeinflussen, sodass die normalen Zellfunktionen gestört werden. Dr. Parveen Bhatti und sein Forschungsteam vom Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle (USA) liefert in einer aktuellen Studie Belege dafür, dass

der menschliche Körper DNA-Schäden in der Nacht besser reparieren kann als tagsüber. Menschen, die häufig nachts arbeiten, scheiden weniger einer bestimmten Substanz aus, die mit der DNA reagiert und dort Mutationen (Veränderung am Erbgut) verursachen kann (8-OH-dG = 8-Hydroxydesoxyguanosin). Diese Substanz bildet sich aus dem DNA-Bestandteil Guanotin durch Oxidation (chemische Reaktion mit Sauerstoff). Normalerweise entfernen Reparaturenzyme das schädliche 8-OH-dG und ersetzen es durch das unoxidierte Guanotin. Ist die Ausscheidung der oxidierten Form über den Urin hoch genug, geht man von einer intakten DNA-Reparatur aus. An dieser Reparatur scheint auch Melatonin beteiligt zu sein, denn geringe Ausscheidungsmengen von 8-OH-dG korrelieren (gehen einher) mit niedrigen Melatoninspiegeln. Bei Nachtarbeiterinnen mit erniedrigten Melatoninwerten war die „Müllabfuhr“ von 8-OH-dG im Vergleich zu

Nachtschläferinnen um etwa 80 Prozent erniedrigt. Die Forscher um Bhatti vermuten in der verringerten Ausscheidung des schädlichen 8-OH-dG bei nachts arbeitenden Frauen deshalb eine Mitursache für die erhöhte Anfälligkeit für Brustkrebs. Damit könnte Schlaf auch der Krebsabwehr dienen. Von Melatoninpillen wird derzeit jedoch noch abgeraten, Bhatti und Kollegen planen zum tieferen Verständnis eine weitere Studie.

Und der Nobelpreis 2017...

...für Medizin ging im Oktober an drei amerikanische Wissenschaftler für ihre Forschungen zur Funktion und Kontrolle der inneren Uhr. Der moderne Lebensstil störe deren Rhythmus, so die Forscher, und eine chronische „Uhrverstellung“ stehe unter dem Verdacht verschiedene Erkrankungen zu begünstigen, darunter auch Krebs.

ANZEIGE

Die Vaginalschleimhaut mit EvaLife Creme schützen!



EvaLife Creme 30 ml - AVP 25,99 EUR

Schützen Sie Ihre Vaginalschleimhaut bei Nebenwirkungen der Chemo-, Strahlen- und Antihormontherapie mit EvaLife Creme. Der dreifache Effekt der EvaLife Creme:

entzündungshemmend

schmerzlindernd

juckreizlindernd

EvaLife Creme kann dazu beitragen das überreizte Gewebe zu beruhigen und wieder ins natürliche Gleichgewicht zu bringen. EvaLife ist speziell auf die Bedürfnisse der überempfindlichen Vaginalschleimhaut während einer Krebstherapie entwickelt worden. Die Creme ist **hormon- und kortisonfrei** und in Ihrer Apotheke erhältlich.

Mehr Informationen unter: www.againlife.de/evalife

Vertrieb: Bendalis GmbH • Kellenring 17 • 82041 Oberhaching • www.bendalis.com

18-jähriger Student ausgezeichnet

„EVA“ – ein BH erkennt Brustkrebs

VON ULLI KAPPLER

Schon wieder gibt es eine sensationelle Erfindung zur Unterstützung der Früherkennung von Brustkrebs: Julián Ríos Cantú, ein 18-jähriger Student und Firmengründer aus Mexiko, gewann in Frankfurt den „Global Student Entrepreneur Award 2017“, der mit einem Preisgeld von 20.000 US-Dollar honoriert wurde. Die internationale Entrepreneurs' Organization (EO) zeichnet seit 2006 Leistungen studentischer Unternehmer aus, die Studium und aktives Unternehmertum miteinander vereinen. Cantú ist Student des „Monterrey Institute of Technology“ und zugleich Chief Executive Officer des von ihm gegründeten Unternehmens „Higia Technologies“ (<http://higia.tech/>).

Die Brustkrebserkrankung seiner Mutter, die sich aufgrund des aggressiven Tumorstadiums beide Brüste amputieren lassen musste, war der Anlass, sich mit

der Entwicklung eines BHs zu befassen, der Frauen helfen soll, Brustkrebs frühzeitig zu entdecken.

Wie funktioniert der intelligente BH?

Rund 200 im BH verarbeitete Biosensoren sammeln Daten an der Brustoberfläche, die auf Anomalitäten hinweisen. Dazu zählen zum Beispiel erhöhte Temperaturen, Gewebeelastizitäts- oder Gewichts- und Größenveränderung. Diese Werte werden über Bluetooth an eine spezielle App auf das eigene Smartphone oder Tablet weitergeleitet, dort zusammengefasst und ausgewertet. Sollten sie als ‚verdächtig‘ eingestuft werden, empfiehlt die App einen Arztbesuch.



Für diese Datensammlung ist es erforderlich, den BH einmal pro Woche 60 Minuten lang zu tragen, währenddessen normale Aktivitäten möglich sind. Nur größere körperliche Anstrengungen und starkes Sonnenlicht sollten vermieden werden. Die Firma hofft, „EVA“ in zwei Jahren in Serie produzieren zu können.

Ob sich die Erwartungen des 18-Jährigen an eine sichere Methode persönlicher Früherkennung erfüllen, muss sich in größer angelegten Studien noch zeigen.

Eine ähnliche Erfindung brachte die Firma Cyrcadia Health bereits auf den Markt, die in verschiedenen US-Kliniken erfolgreich getestet wurde und Ende 2017 zur Früherkennung in Asien eingesetzt werden soll. (<http://cyrcadiahealth.com/>)

Aus alt mach neu

Drug Repurposing

VON GERTRUD RUST

Ein großer Name für die Suche nach neuen Einsatzgebieten für altbekannte Medikamente, auch Wirkstoff-Recycling genannt. Was eine Pille X sonst noch alles so kann, beruht oft auf Zufallsentdeckungen. Ein brisantes Beispiel ist der gegen Angina pectoris entwickelte Wirkstoff Sildenafil, der recycelt als Viagra zu Ehren kam. Methadon, bekannt als stark schmerzstillendes Opioid, erhitzt aktuell die Gemüter, soll es doch auch zur Wirkverstärkung von Chemotherapien taugen und womöglich sogar mit krebshemmenden Eigenschaften punkten.

Wirkstoff-Recycling spart Kosten, und infolge steigender Medikamentenpreise sieht der Onkologe Prof. Dr. Lars

Zender aus Tübingen das Wirkstoff-Recycling als zwingende Konsequenz des medizinischen Fortschritts. Auch wisse man seit langem um in alten Medikamenten und Wirkstoffen verborgene Potenziale jenseits des ursprünglich vorgesehenen Zwecks. Die Gewinnaussichten beim Drug Repurposing (to repurpose = einen neuen Zweck finden) halten sich jedoch in Grenzen, weshalb die Pharmariesen laut Zender nicht in Begeisterungstürme ausbrechen. Darüber hinaus gäbe es Wirkstoffmoleküle von Interesse für die individualisierte Krebstherapie, die es erst gar nicht bis zur Zulassung geschafft hätten.

Das Auffinden geeigneter Substanzen sei allerdings eine gewaltige Herausforderung - denkbar wären zwei Wege: Einmal die Durchforstung von Substanzbib-

liotheken mit zugelassenen und ehemals zugelassenen Substanzen, die bei einer bestimmten Tumorart vielversprechend seien. Zum anderen die Suche nach Angriffspunkten im Tumorgenom, für die zugelassene oder ehemals zugelassene Hemmstoffe verfügbar sind. Zwei Kandidaten warten derzeit auf die Zuweisung einer neuen Aufgabe. Beim Wurmmittel Mebendazol konnte eine Wirkung auf das Gallenwegskarzinom beobachtet werden, und bestimmte Entzündungshemmer (p38-alpha-Inhibitoren) erhöhen die Wirksamkeit von Sorafenib beim Leberzellkarzinom. Weiterhin im Rennen sind ASS (Blutverdünnung, Entzündungshemmung), das Antidiabetikum Metformin und Statine (a.S. 41) zur Blutfettsenkung, alle drei bereits im Zusammenhang mit Brustkrebs diskutiert.

Scharfe Chilis gegen Krebs

Hemmt Capsaicin das Brustkrebswachstum?

VON ULLI KAPPLER

Capsaicin ist ein Geschmacksstoff, der verschiedene Paprikasorten wie z. B. Chili und Peperoni scharf macht und uns bei reichlichem Verzehr im Mund brennt. Er reizt die Enden von Nervenfasern im Mund und dockt an speziellen Rezeptoren an, die daraufhin ein Schmerz- und Hitzesignal ans Gehirn weiterleiten. Ein Glas Wasser bringt keine Linderung, denn Capsaicin ist nur in Fett oder Alkohol löslich. Ein Stück Käse oder ein Schluck Alkohol helfen jedoch. Wer sich nach einer scharfen Mahlzeit glücklicher als vorher fühlt, muss sich nicht wundern, denn zum Ertragen des brennenden Schmerzes schüttet der Körper Endorphine (sog. Glückshormone) aus. Der Effekt ist als „Pepper-High-Effect“ bekannt.

Nun fanden der Duftforscher Prof. Dr. Dr. habil. Hanns Hatt und Dr. Lea Weber von der Ruhr-Universität Bochum mit ihrem Team nach Experimenten an kultivierten triple-negativen Brustkrebszellen heraus, dass Capsaicin noch ein ganz anderes, hoch interessantes Potenzial besitzt: Das Schärfemolekül konnte das Wachstum dieser besonders aggressiven Brustkrebsform hemmen oder verlangsamen. Ihre Erkenntnisse stellten sie in der Zeitschrift „Breast Cancer – Targets and Therapy“ gemeinsam mit Kollegen der Augusta-Kliniken Bochum, des Herz-Jesu-Krankenhauses Dernbach sowie dem Kölner Zentrum für Genomik vor. Den Zellkulturen wurde über mehrere Stunden oder Tage Capsaicin oder Helional zugesetzt (eine chemische Verbindung mit dem Duft einer frischen

Meeresbrise), nachdem auf den Krebszellen eine Reihe von Riechrezeptoren gefunden wurden. TRPV1, der sonst im fünften Hirnnerv vorkommt, war besonders häufig vertreten, und dieser Rezeptor wird sowohl vom scharfen Capsaicin als auch von Helional aktiviert.

Nach einigen Tagen waren die Tumorzellen zum Teil ganz abgestorben, andere hatten sich langsamer vermehrt. Die überlebenden konnten sich nicht mehr so schnell bewegen wie zuvor, was die Metastasenbildung bremst.

Quellen:

Lea V Weber, Klaudia Al-Refae, Gerhard Wölk, Gabriele Bonatz, Janine Altmüller, Christian Becker, Günter Gisselmann, Hanns Hatt; „Expression and functionality of TRPV1 in breast cancer cells“; Breast Cancer - Targets and Therapy; 2016 <https://www.dovepress.com/expression-and-functionality-of-trpv1-in-breast-cancer-cells-peer-reviewed-article-BCTT>

ANZEIGE

So inspirierend wie das Leben

Erleben Sie mit mediven® Flachstrick-Produkten eine optimale Ödemtherapie in modischer Vielfalt.



medi. ich föhl mich besser.

Entdecken Sie die modische Seite der World of Compression. www.medi.biz/style

Open Science

Wissen für alle?

Bild: likoper, Fotolia

VON GERTRUD RUST

Nicht alle, aber doch immer mehr Patientinnen und Patienten entwickeln im Verlauf einer schwerwiegenden Erkrankung das Bedürfnis, sich Kenntnisse über das Wesen und die Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit zu erwerben, die fortan zu einem ständigen Begleiter in ihrem Leben werden wird. Patienteninformationstage gehören inzwischen in vielen Kliniken zum guten Ton und finden vermehrt Zuström. Auch mehrtägige Patientenkongresse haben sich etabliert und treffen auf reges Interesse. Das Patientenbedürfnis nach Information war u.a. Thema des Hauptstadtkongresses „Medizin und Gesundheit“ im Juni 2017 in Berlin. Ärzte und Pflegenden nannten dabei als zentralen Problembereich: Es fehle an Zeit für Patientengespräche, man könne nicht ausführlich erklären, welche Krankheit vorliege, was sie bewirke und welche Therapiemöglichkeiten bestünden.

Fehlt wirklich immer nur die Zeit, oder ist die Aufrechterhaltung des Ungleichgewichts an Wissen zwischen der Fachwelt und den Betroffenen nicht auch ganz bequem? Immerhin sind Unwissende leichter zu beeinflussen als Informierte und vor allem: Es werden keine lästigen und zeitraubenden Fragen gestellt.

Therapiealternativen

Falls man solche überhaupt kennt und konkret nachfragen kann, stößt man bisweilen auf Umstände, wie sie weiland

bereits Goethe beschrieb: „Die Fragen der Wissenschaft sind sehr häufig Fragen der Existenz. Eine einzige Entdeckung kann einen Mann berühmt machen und sein bürgerliches Glück begründen. Deshalb herrscht auch in den Wissenschaften eine große Strenge und dieses Festhalten und diese Eifersucht auf die Anschauung eines Anderen“. Und weiter: „Kommt einer, der etwas Neues bringt, das mit unserem Glauben [...] in Widerspruch steht [...], so regt man alle Leidenschaften gegen ihn auf und sucht ihn auf alle Weise zu unterdrücken. Man tut, als höre man nicht, als verstände man nicht, man spricht darüber mit Geringschätzung. So kann eine neue Wahrheit lange warten, bis sie sich Bahn macht“ (aus: „Zu Tisch bei Goethe - Gespräche mit Johann Peter Eckermann“).

Dem wissenschaftlichen Getümmel steht damit die Patientenwelt der Betroffenen gegenüber, die auf der Suche nach objektiven und ihrer persönlichen Situation angemessenen Informationen sind. Was tun?

Den goldenen Weg...

...gibt es nicht. Ein Medizinstudium lässt sich nicht nachholen, wohl aber besteht die Möglichkeit, sich weitreichende Informationen über ein Einzelthema einzuholen, wie z.B. Brustkrebs. Dass dies gelingen kann, zeigen Ärztinnen und Ärzte, die ihrem Respekt vor dem Informationsstand von Betroffenen Ausdruck verleihen, so

geschehen in einem online-Arzt-Patienten-Forum. Vorausgehen muss auf Patientenseite die Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung und zur persönlichen Entscheidungsfindung auf der Basis transparenter und verständlicher medizinischer Informationen.

Hier liegt allerdings noch vieles im Argen. Wissenschaftliche Informationen sind nur teilweise frei zugänglich und vielleicht haben Sie auch schon erlebt, dass man nach einigem Suchen endlich eine interessante Studie gefunden hat, sie aber nicht lesen darf, denn: „Dieser Artikel ist nur für Fachpersonal zugänglich“, oder: „Wenn Sie diesen Artikel lesen möchten, müssen Sie 45 Euro bezahlen.“ Bei mehreren leistungswerten Artikeln käme da schnell ein hübsches Sümmchen zusammen. Auch wird man auf sogenannte „Premium-Inhalte“ hingewiesen, die natürlich nicht an die Betroffenen adressiert sind. Fairerweise sei jedoch erwähnt, dass immer öfter auch „Freier Zugang“ (Open Access) gewährt wird, wenn auch zum Teil nur innerhalb eines bestimmten Zeitfensters.

Gelingt es, die Zugangsschwelle zu überwinden, trifft man auf recht unterschiedliche Darstellungsarten von Studienergebnissen. Die Präsentation ist teilweise in einem Ausmaß intransparent, dass sogar die Fachwelt die medizinische Evidenz (Bedeutsamkeit) für oder gegen eine medizinische Maßnahme nicht durchgängig erfasst, so Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Direktor am Max Planck Institut für Bildungsforschung

sowie des Harding-Zentrums für Risikokompetenz in Berlin.

Die Risikointerpretation

Als Paradebeispiel nennt er die Darstellung von Risiken oder Risikominderungen als relativ oder absolut. Eine relative Risikominderung wird in Prozent ausgedrückt, eine absolute Risikominderung in Zahlen. Sie kennen vielleicht die Aussage: „Eine Chemotherapie senkt Ihr Rückfallrisiko um 50 Prozent.“ Hört sich hervorragend an, dann unterzieht man sich doch der Prozedur. In absoluten Zahlen ausgedrückt könnte es aber heißen: Von 100 Brustkrebspatientinnen erleiden ohne Chemotherapie acht Frauen einen Rückfall. 92 dagegen ohnehin nicht. Mit Chemotherapie kommt es dagegen statt bei acht nur bei vier Frauen zu einem Rückfall. Die Risikominderung liegt demnach bei 50 Prozent.

Die medizinische Evidenz soll nun die Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine Chemotherapie liefern. Richtet man sich nach der relativen Risikominderung von 50 Prozent, wird man sich vermutlich eher zu einer Chemotherapie bereit erklären, als wenn man die absoluten Zahlen (vier von hundert Frauen) heranzieht. Je

nach Art der Risikodarstellung ist Patientenverhalten damit lenkbar.

Man sollte also grundsätzlich nach den absoluten Zahlen fragen, bevor man eine weitreichende Entscheidung trifft. Der persönlichen Risikobereitschaft jeder einzelnen Patientin obliegt dann die endgültige Therapiewahl. Intransparente Informationen erlauben dabei keine informierte Zustimmung (informed consent) zu einer vorgeschlagenen Therapie.

Patientenbeteiligung

Dr. Axel Mühlbacher, Professor für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement an der Hochschule Neubrandenburg, fordert eine stärkere Patientenbeteiligung an medizinischen oder regulatorischen Entscheidungen. Die Patientenperspektive bliebe bei der Bewertung von Entscheidungskriterien weitgehend unberücksichtigt, und von einer systematischen Berücksichtigung wissenschaftlicher Studien zu Patientenpräferenzen sei man in Deutschland noch weit entfernt.

Thema einer Diskussion war hier die Bewertung des Zusatznutzens neuer Medikamente. Transparente Patienteninformation würde hier zunächst eine verständ-

liche Erklärung des Begriffs Zusatznutzen bedeuten. Was versteht man darunter? Wie wird ein zusätzlicher Nutzen ermittelt oder auch nicht? Man trifft hier meist auf englischsprachige Kürzel wie DFS = disease free survival = krankheitsfreies Überleben, PFS = progressive free survival = Zeit bis zum Krankheitsfortschritt, OS = overall survival = Gesamtüberlebenszeit oder die mittlere Überlebenszeit, die mit besonderer Vorsicht zu genießen ist, denn sie ist ein Mittelwert, der nichts über die individuelle Überlebenszeit aussagt. Bei Betroffenen löst sie jedoch häufig Ängste aus.

Wie kommen die Ergebnisse zur Zusatznutzenbewertung durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) zustande? Welche Kriterien fließen in die Entscheidung ein? Wird eine Auswahl aus mehreren möglichen Kriterien getroffen? Wenn ja, welche werden einbezogen, welche nicht und warum? Gibt es einen Unterschied zwischen dem Zusatznutzen des G-BA und dem realen Patientennutzen? Wie käme ein solcher Unterschied zustande?

Fragen über Fragen. Bleiben wir ohne neutrale, nicht interessengeleitete und verständliche Antworten, ist uns eine sinnvolle Entscheidung für oder gegen eine Therapie nicht möglich.

ANZEIGE

Mapisal® 



Die medizinisch wirksame Salbe gegen das Hand-Fuß-Syndrom.

Damit Ihrer Therapie nichts im Wege steht:

- Innovativer Wirkmechanismus
- Effektive Behandlung
- Verhindert Therapieabbrüche
- Einfache, angenehme Anwendung

Vom
Onkologie-
Spezialisten
medac

Das Projekt PINTU

Patienten in Tumorkonferenzen

Bild: Africa Studio, Fotolia

VON ELISABETH BRÜNSTLER

Fast ist man versucht zu sagen, „dass wir das noch erleben!“ Vor nicht allzu langer Zeit war eine Einladung an Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an Tumorkonferenzen, auch Tumorboard genannt, nahezu undenkbar. Tumorkonferenzen galten bei ihrer Einführung als Inbegriff des medizinischen Behandlungsfortschritts, denn die gemeinsame Beratschlagung von Beteiligten aus verschiedenen Fachbereichen zur Wahl des optimalen Therapiewegs vermittelte Vertrauen in die Nachhaltigkeit des erarbeiteten Therapievorschlags. Eine Fachkonferenz über mich als Patientin? Gleich kam man sich viel wichtiger und ernst genomener vor. Gespannt wurde das Ergebnis erwartet und häufig widerspruchlos hingenommen, denn dahinter stand ja die geballte Kompetenz der Tumorkonferenz.

Dass es auch Patientinnenbedürfnisse gab und gibt, die man in einer Tumorkonferenz berücksichtigen könnte, mithin den Einbezug der Betroffenen von Anfang an in Überlegungen, die sie betreffen, daran wagte man als medizinisch laienhafte Brustkrebspatientin lange Zeit nicht einmal zu denken. Sogar ein Brustaufbau nach Amputation wurde oft nahezu aufgedrängt, denn die Fachwelt verstand angeblich viel besser, wie man sich als Frau ohne Brust fühlt, als die Patientin selbst. Eine glatte Fläche mit einer Epithese im

BH? Das wird zweifellos zu weiblichen Identitätsproblemen führen, keine Frage.

Das Projekt PINTU

Im Tumorboard besprechen ÄrztInnen unterschiedlicher Fachrichtungen die Diagnose, diskutieren die weitere Behandlung und entwickeln Therapieempfehlungen. Soll künftig auch Brustkrebspatientinnen die Teilnahme an diesen Konferenzen zur Einbringung ihrer Bedürfnisse und Standpunkte ermöglicht werden? Die Frage wird kontrovers diskutiert und in einem gemeinsamen Projekt der Universitätskliniken Bonn und Köln und des Centrums für integrierte Onkologie Köln Bonn unter Beteiligung von insgesamt sechs nordrhein-westfälischen Brustzentren untersucht (Laufzeit bis 2020). Die wissenschaftliche Leitung liegt bei Dipl.-Psychologin Prof. Dr. Nicole Ernstmann (Nicole.Ernstmann@ukbonn.de) von der Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Bonn und Juniorprofessorin Dr. rer. medic. Lena Ansmann (lena.ansmann@uk-koeln.de) vom Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und

Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Die Deutsche Krebshilfe fördert das Projekt mit dem vollständigen Namen „Patient involvement in multidisciplinary tumor conferences“ drei Jahre lang mit 247.000 Euro. Hier schluckt die Patientin und erinnert sich an höherwertige Förderprojekte. Die Patientinnenbeteiligung an sie betreffenden Entscheidungsprozessen scheint wohl noch nicht sehr stark im Kurs gestiegen.

Pro und Kontra

Befürworter erhoffen sich eine stärkere Ausrichtung von Therapieempfehlungen an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patientinnen. Das hört sich zunächst gut an. Allerdings dürfte einer neu diagnostizierten Brustkrebspatientin, die zunächst vor allem mit der Verarbeitung der erschreckenden Nachricht an sich beschäftigt ist und der noch nicht ausreichend Zeit zur Information zu Verfügung stand, eine Teilnahme ‚auf Augenhöhe‘ in einem Spezialistenkreis schier unmöglich sein. Insbesondere stellt sich die Frage, woher die Zeit für eine ausführliche Patientinneninformation in Tumorkonferenzen kommen soll. Und Patientinnenbedürfnisse müssen zunächst erfasst werden, bevor sie in Therapieempfehlungen einfließen können. Auch kann nicht ausgeschlossen

werden, dass Patientinnen in einer konzertierten Tumorboard-Aktion auf den jeweils fachlich bevorzugten Weg geleitet werden. Dennoch, das Angebot zur Teilnahme sollte jeder Patientin freigestellt sein.

Bedenken bestehen vor allem bezüglich einer emotionalen Zusatzbelastung bei unverständlichen Fachbegriffen, bei Überlegungen zur Notwendigkeit einer Chemotherapie bei einem schnell wachsenden Tumor, zur Aufrechterhaltung der Fruchtbarkeit bei jüngeren Frauen, zu möglichen Fragen der Vererbbarkeit, oder steht gar eine Mastektomie im Raum? Nimmt eine Patientin unvorbereitet an der Gesprächsrunde teil und wird dabei mit Inhalten konfrontiert, mit denen sie in ihrem strapazierten Zustand nicht auch noch gerechnet hat, könnte das den letzten Rest an innerem Gleichgewicht gefährden. Wie viel Ehrlichkeit ist den am Tumorboard Beteiligten in Anwesenheit der Patientin möglich?

Das Studiendesign

Die Studienlage zu Organisation, Machbarkeit, sowie Risiken und Nutzen der Teilnahme von Patientinnen mit Brustkrebs an Tumorkonferenzen ist jedoch spärlich, und „bislang gibt es keine gesicherten Erkenntnisse“, so Prof. Nicole Ernstmann. Aufklärung soll nun die Aufzeichnung von insgesamt 18 Tumorkonferenzen bringen, je neun mit und neun ohne Patientinnenbeteiligung. Die Videoaufzeichnungen werden anschließend analysiert - ein anspruchsvolles Unterfangen, mit dem man sich auf neue Pfade begibt. Zusätzlich werden mindestens 90 Brustkrebs Erkrankte unmittelbar vor und direkt nach der Tumorkonferenz befragt. Mittels standardisierter Fragebögen sollen die emotionale Belastung erfasst und Informationen zur individuellen Gesundheitskompetenz gewonnen werden. Ebenfalls finden Diskussionsrunden mit den teilnehmenden ÄrztInnen, PflegerInnen, SozialarbeiterInnen und PsychoonkologInnen zu den gemachten Erfahrungen und zur Umsetzung der angestrebten Ziele statt.

Im Zentrum steht die Beantwortung der Fragen:

- Wie unterscheiden sich multidisziplinäre Tumorkonferenzen (MTK) mit und ohne Patientinnenteilnahme hinsichtlich Organisation, Interaktion und Patientinnenorientierung?
- Wie erleben Patientinnen die Teilnahme und welche unmittelbaren kognitiven (Kognition = Fähigkeit zum Erkenntnisgewinn) und emotionalen Auswirkungen hat die Teilnahme für die Patientinnen?
- Wie bewerten die an der MTK teilnehmenden Versorger die Teilnahme von Patientinnen hinsichtlich der Machbarkeit und Qualität der Entscheidungsfindung?

Fallen die Ergebnisse positiv aus, wäre dies ein Meilenstein auf dem Weg zur partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), zu der im Juli in Lyon (Frankreich) sogar ein internationaler Kongress stattfand.

Brustwiederaufbau

mit Qualitätsimplantaten aus Deutschland



© Phipps, Konstanin Gasmann, 2007

Eine gesunde und schöne Brust gehört bei vielen Frauen zur positiven Eigenwahrnehmung. Ein gutes Lebensgefühl ist eine wichtige Stütze bei der Bewältigung einer Krankheit. Die Rekonstruktion der Brust kann daher, z. B. im Rahmen einer Brustkrebstherapie, Bestandteil des Behandlungskonzeptes sein. Die möglichen Optionen haben wir auf

www.brustrekonstruktion.info

zusammengestellt, einer speziellen Website mit allgemeinen Informationen zum Thema Brustrekonstruktion. Dort können sich betroffene Frauen einen ersten Überblick verschaffen und sich die Info-Broschüre **Wieder ganz ich** herunterladen (auch erhältlich über unsere Firmen-Website www.polytechhealth.de).



Auf www.polytechhealth.de zeigen wir, was es für uns bei POLYTECH Health & Aesthetics, dem einzigen deutschen Hersteller von Brustimplantaten, bedeutet, Produkte mit dem Prädikat **Qualität aus Deutschland** anzufertigen.

POLYTECH
health & aesthetics

POLYTECH Health & Aesthetics GmbH
Altheimer Str. 32 | 64807 Dieburg
☎ 06071 98 63 0 | 📠 06071 98 63 30
eMail: info@polytechhealth.com



Ist er zu schaffen?

Der Weg in ein transparentes Gesundheitswesen

VON TRUDE ULLRICH

Seit einiger Zeit hört man häufig von „Transparenz“. Transparenz bedeutet Durchschaubarkeit. Das Bedürfnis scheint ausgeprägt: nach der Durchsichtigkeit von Vorgängen, nach dem Blick hinter die Kulissen, danach, ob Aussagen objektiv oder interessengeleitet sind. Transparenz ist die Basis von Glaubwürdigkeit, Intransparenz dagegen macht misstrauisch und fördert ablehnendes Verhalten. Spürt man die Vorteile von Transparenz und die Nachteile von Intransparenz am eigenen Leib (wir erleben das als Brustkrebspatientinnen im Medizinbetrieb mal so, mal anders), wird klar, warum das Verstehen dessen, was mit mir und um mich herum geschieht, so wichtig ist. Therapieabbrüche und mangelnde Patientencompliance (Therapietreue) werden zwar allgemein beklagt, aber was der Grund dafür sein könnte, scheint niemanden so richtig zu interessieren. Häufig wird die wissenschaftliche Unvernunft uneinsichtiger PatientInnen genannt, die mangels medizinischer Fachkenntnisse die Tragweite ihrer Entscheidungen nicht erfassen. Das könnte zu kurz gegriffen sein, denn das Heer derjenigen, die nicht nur schulmedizinische Therapien abbre-

chen, sondern komplementäre, oft auch alternative Wege bevorzugen, wächst unübersehbar.

Das fehlt in der Medizin

In der Politik bedeutet Transparenz frei zugängliche Informationen, Rechenschaft über Abläufe, Sachverhalte, Vorhaben und Entscheidungsprozesse. Als erstrebenswert gilt eine offene Kommunikation zwischen den Akteuren des politischen Systems und den Bürgern mit einer vermehrten Partizipation (Teilhabe) an sie betreffenden Abläufen. Der Vergleich zur partizipativen Entscheidungsfindung (informed consent) zwischen Behandlern und Betroffenen in der Medizin drängt sich hier förmlich auf. Während jedoch im öffentlichen Bereich 2006 in Deutschland das Gesetz zur Informationsfreiheit in Kraft trat (<https://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/FAQ/faq-informationsfreiheitsgesetz.html>), das jeder Person einen voraussetzungslosen Rechtsanspruch auf Zugang zu amtlichen Informationen von Bundesbehörden einräumt, müht man sich als PatientIn im Medizinalltag nach wie vor

mit der Beschaffung seriöser und zuverlässiger Informationen ab. Transparenz gilt in der Politik als grundlegend für eine freie Willensbildung und eine fundierte Wahlentscheidung der Bürger. Für individuelle Therapieentscheidungen bei einer Krebserkrankung ist dies genauso bedeutsam. Auch ermögliche Transparenz den Bürgern die Wahrnehmung von Problemen, die Äußerung von Beschwerden und die Vorlage von Verbesserungsvorschlägen. Der Repräsentant könne dadurch drängende Probleme effizienter wahrnehmen und bearbeiten. Durch Offenheit bei politischen Vorgängen und in der Kommunikation werde das Vertrauen der Bürger in die Regierung gestärkt, wird argumentiert. Bei der Übertragung dieser Einsicht ins ärztliche Sprechzimmer ist man schnell wieder bei der Patientencompliance.

Hilfe von außen

„Medizin transparent“ (<https://www.medicin-transparent.at>) heißt eine nicht-kommerzielle Webseite von Cochrane Österreich (www.austria.cochrane.org) mit Sitz an der Donau-Universität Krems, einer der

führenden Institutionen für Weiterbildung und lebensbegleitendes Lernen in Europa (<https://www.donau-uni.ac.at/>). Zentrales Ziel ist die Schaffung neuer interdisziplinärer Querverbindungen und die Kombination von Wissenschaftlichkeit mit Praxisorientierung. Die Webseite läuft unter dem Motto: „Wissen was stimmt, unabhängige Gesundheitsinformationen“. Überprüft werden medizinische Behauptungen aus Werbung, Print- und Online-Medien sowie gängige Gesundheitsmythen auf ihre wissenschaftliche Haltbarkeit. Die Veröffentlichung in laienverständlicher Sprache ist dabei selbstverständlich. Patienten und interessierten Lesern soll dadurch das

„Es gibt eine Art Analphabetismus im Umgang mit Wahrscheinlichkeiten und Risiken

Treffen von Gesundheitsentscheidungen auf der Basis objektiver Informationen ermöglicht werden.

Die Seite konzentriert sich dabei auf Anfragen von Lesern, die zur Beantwortung einem wissenschaftlichen Redaktionsteam vorgelegt werden. Der Service ist kostenlos, die Finanzierung erfolgt durch Förderungen der österreichischen Bundesgesundheitsagentur und des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds NÖGUS. Die Antworten basieren auf Recherchen in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken wie PubMed, der Cochrane Library oder Embase. „Medizin transparent“ befolgt zudem den HONcode-Standard für transparente Gesundheitsinformationen im Internet. Der Anstoß kam von dem Projekt „Behind the Headlines“ (Hinter den Schlagzeilen) des britischen National Health Service.

Die Risikokompetenz...

...hat sich das Harding Zentrum in Berlin

(<https://www.harding-center.mpg.de/de/harding-zentrum/ueber-uns>) auf seine Fahnen geschrieben. Ein Team um den Psychologen Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Direktor am Max-Planck-Institut (MPI) für Bildungsforschung, geht in zahlreichen Studien der Frage nach, wie Menschen Entscheidungen unter unsicheren Umständen treffen. Dazu gehören auch wir als Brustkrebspatientinnen. Studienergebnisse, Experimente und Umfragen in der Bevölkerung sollen dabei helfen, Risiken kompetent und richtig zu beurteilen. Könnten wir das, würden uns Mediziner

sprüche wie: „Sie spielen mit Ihrem Leben, wenn Sie nicht die Therapie X durchführen“, oder: „Ihre Rückfallgefahr sinkt um 50 Prozent“ (s. dazu Artikel „Open Science“ S. 32,33) und manchmal sogar: „Ihre Überlebensprognose beträgt noch ein halbes Jahr“, nicht mehr so leicht aus der Fassung bringen. In Faktenboxen (<https://www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen>) werden auf der Webseite wissenschaftlich abgesicherte Informationen zur Verfügung gestellt. „Es gibt eine Art Analphabetismus im Umgang mit Wahrscheinlichkeiten und Risiken“, so Gerd Gigerenzer, aber nicht nur bei uns als PatientInnen, sondern auch die Fachwelt ist bisweilen überfordert.

Die klinische Studie

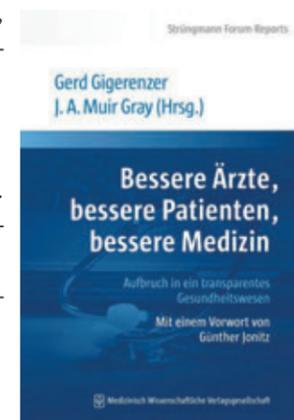
Meisterwerk der Manipulation, titelt ein Artikel von Dr. rer. nat. Erich Lederer in DocCheck (<http://news.doccheck.com/de/newsletter/4165/27210/>) vom Juli 2017. Zur Verbesserung des Studienverständnisses sollte es für Interessierte Fortbildungsangebote geben, denn mit Studienergebnissen kann man viele PatientInnen leider immer noch mundtot machen. Allerdings haben vermutlich auch ÄrztInnen an Zungenbrechern wie „...die zu gering

gepowerte mehrarmige randomisierte Doppelblindstudie im Cross-Over Design...“ keine helle Freude oder können diese gar verständlich ihren PatientInnen erklären. Wir sollten jedoch dazu in der Lage sein, „sensationelle Outcomes“ tatsächlich als außergewöhnlich beurteilen zu können, oder sie durch Abschminken auf ihr Normalmaß zurückzuführen. Erich Lederer gibt dazu eine verständliche Einführung inklusive eines Links zu weiteren interessanten Fundstellen zur „Studienlektüre“.

Wer sich einen fundierten Überblick über die Fallstricke in unserem

Gesundheitssystem verschaffen möchte, dem sei das Buch von Gerd Gigerenzer und J.A. Muir (Hrsg.) empfohlen: *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin*.

2011 erstmalig erschienen, hat es keinerlei Aktualität eingebüßt. Scharfzüngig und mit unbestechlichem Blick werden hier Fakten aus der medizinischen Alltagswelt vorgetragen, die uns normalerweise verborgen bleiben. Wie entsteht Wissen im Gesundheitswesen? Wie wird es vermittelt? Wie wird es verstanden und umgesetzt? Antworten auf diese Fragen liefern 44 internationale Autoren in pointierter Form. Das Problem mangelnder medizinischer Transparenz scheint auf der ganzen Welt verbreitet. „Ist der Patient das Problem“?, lautet das erste Kapitel. Nein, man darf sich getröstet fühlen, die Autoren sehen die Ursachen für mangelnde Gesundheitskompetenz auch in der Forschung, in der Politik der Mittelvergabe und im Umgang mit Fördergeldern. Die mangelnde Statistikkompetenz von Ärzten und Journalisten wird aufgezeigt - wir sind also nicht allein. Auf den Absatz: „Warum medizinische Information oft nicht genutzt wird und was man dagegen tun kann“, reagiert man spontan mit: Zunächst muss sie mal verstanden werden!



Befragung von Patientinnen mit Brustkrebs zu Nebenwirkungen einer Chemo- oder Hormontherapie

Liebe Brustkrebspatientinnen.

Im Rahmen einer Dissertation von Herrn Georgios Tsaousidis, Assistenzarzt in der Landesfrauenklinik Wuppertal, bieten wir Ihnen die Teilnahme an einer Erhebung zu Nebenwirkungen unter Chemo- und Hormontherapie an. Erfasst und ausgewertet werden das Leben mit und nach Brustkrebs, Beschwerden im Verlauf von Therapie und Nachsorge und wie Sie Ihre Lebensqualität beurteilen.

Die wissenschaftliche Betreuung liegt bei Herrn Prof. Dr. med. Werner Mendling, dem Leiter des Deutschen Zentrums für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Der Fragebogen kann online oder in Papierform ausgefüllt werden, die Datenerhebung erfolgt anonym, d.h. es werden keinerlei personenbezogene Daten erfasst.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Herrn Prof. Dr. Werner Mendling oder Herrn Georgios Tsaousidis unter den Telefonnummern: 0202/896-1425 oder 0176/43459138.

Bitte beachten Sie in Kürze die näheren Informationen auf der mamazone-Homepage www.mamazone.de.

Wir bitten Sie, sich ein wenig Zeit für dieses wichtige Thema zu nehmen und bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme.

Prof. Dr. Werner Mendling
Georgios Tsaousidis

Almuth Fischer
Dipl.-Psych. Gertrud Rust
für mamazone e.V.

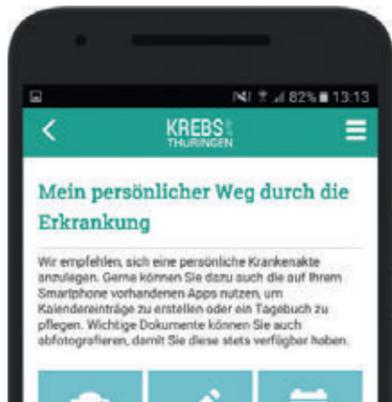
Selbsthilfe mobil

Die Thüringer KrebsApp

Eine App von Patienten für Patienten und deren Angehörige, diese Idee stand hinter der Entwicklung der Thüringer KrebsApp, die sich inzwischen seit einem Jahr bewährt. Angepasst an die alltäglichen Bedürfnisse und Probleme von Krebspatienten, neutral, werbe- und kostenfrei, ausschließlich im Interesse der Betroffenen und Ratsuchenden, möchte sie Wegweiser sein und die Patientenkompetenz stärken. Das Angebot sei eine wichtige Hilfe für die mehr als 15.000 Menschen, die in Thüringen jährlich neu an Krebs erkranken, so die Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Heike Werner von der Linken. Das Ministerium unterstützte die Software-Entwicklung mit über 4.000 Euro.

Die Initiative ging von der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. in Thüringen aus, die auf der Grundlage ihrer praktischen Beratungstätigkeit umfangreiche Erfahrungen

zur praxisnahen Gestaltung der App einbringen konnte. Neben Adressen und Ansprechpartnern für verschiedene Belange sind auch weiterführende Links zu überregionalen Beratungsstellen enthalten. Patientenrechte und sozialrechtliche Aspekte werden genannt, zusätzlich gibt es eine Liste mit Tipps zur Vorbereitung auf ein Arztgespräch oder zum Führen eines Patiententagebuchs und vieles mehr. Eine genaue Beschreibung findet man unter: <https://www.labseven.de/app/krebsapp/app.php>.




Deutsches Zentrum für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe Landesfrauenklinik
Helios Universitätsklinikum Wuppertal,
Heusnerstrasse 40, 42283 Wuppertal



mamazone
Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.
Max-Hempel-Strasse 3, 86153 Augsburg
www.mamazone.de

Wir wünschen der Thüringer KrebsApp viel Erfolg und gratulieren der Frauenselbsthilfe Thüringen zu dieser hilfreichen Idee.
mamazone – Frauen Forschung gegen Brustkrebs e.V.

KREBS THÜRINGEN

Diagnose: Krebs - Was nun?!

Die APP ist ein Helfer und Begleiter für an Krebs erkrankte Menschen und deren Familien in Thüringen. Wir möchten den Patienten wichtige Informationen für den Umgang mit der Erkrankung zur Verfügung stellen.

Ein Wegweiser für Krebspatienten/innen und Angehörige in Thüringen

- Spezialisten finden >
- Beratung und Hilfe >
- Tipps >
- Mein persönlicher Weg durch die Erkrankung >

Freistaat Thüringen | Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie



Die Weide hat es in sich Aspirin und Krebs

VON TRUDE ULLRICH

Die Weide galt bereits im Altertum als Baum mit Heilkräften, und Extrakte aus Rinde und Blättern wurden schon im klassischen Griechenland als Heilmittel eingesetzt. Acetylsalicylsäure, kurz ASS, eine verträglichere Form der natürlich vorkommenden Salicylsäure, steht seit 1977 auf der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der WHO. Bekannt als schmerzstillendes, entzündungshemmendes, fiebersenkendes und gerinnungshemmendes Medikament, wird ganz im Sinn des „Drug Repurposing“ (vgl. S. 31), in letzter Zeit erneut ein Einfluss von ASS auf die Entstehung und den Verlauf von Krebserkrankungen diskutiert.

ASS und Brustkrebs

Forscher um Eric Verdin am Gladstone Institute of Virology and Immunology in San Francisco stellten fest, dass ASS die Aktivität zweier bestimmter Eiweiße mit Wirkung auf die Genablesung unterdrückt. Diese beiden Eiweiße schalten Gene mit entzündungsfördernder Wirkung an (epigenetische Schalter), ihre Hemmung durch ASS verminderte die Entzündungsreaktion und bremste das Zellwachstum (Elife. 2016 May 31; 5. pii: e11156. doi: 10.7554/eLife.11156.). Das Team von Clarke et al. vom kalifornischen Cancer Prevention Institute (Fremont) erhob in der „California Teacher Study“ Daten von 57.000 Frauen. 1.457 erkrankten an Brustkrebs, davon zwei Drittel an HR-positiven/HER-negativen Tumoren. 23 Prozent aller Frauen nahmen mindestens dreimal pro Woche eine Niedrig-Dosis-ASS ein (81mg/Tag) und senkten damit ihr Erkrankungsrisiko um ein Fünftel. Der Effekt war jedoch auf hormonpositive/HER-negative Tumore beschränkt. Als mögliche Erklärung wird die Aromatase hemmende Wirkung von ASS angenommen, zusätzlich könnten entzündungshemmende Effekte zur Brustkrebsprävention beitragen (Clarke et al. Breast Cancer Research (2017) 19: 52).

ASS und Darmkrebs

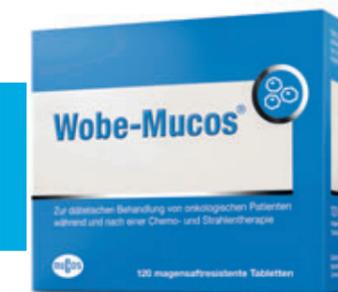
Niedrig dosiertes ASS scheint auch das Darmkrebsrisiko zu senken. In einer kontrollierten Studie von Luis Garcia Rodriguez vom Spanischen Zentrum für pharmakoepidemiologische Forschung in Madrid sank das Darmkrebsrisiko unter einer Niedrig-Dosis-ASS-Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe um 34 Prozent (Garcia Rodriguez et al. BMC Cancer (2017)17:637).

Dennoch wird derzeit von einer „ASS-Prophylaxe“ noch abgeraten, denn die Blutverdünnung berge auch eine Blutungsgefahr z.B. im Magen. Spannend sind die Ergebnisse jedoch allemal.

Hochdosierte, natürliche Enzyme unterstützen und stabilisieren das Immunsystem, stärken so Lebenskraft und Wohlbefinden

Systemische Enzyme in der integrativen Onkologie

- ▶ Während und nach einer Krebserkrankung einsetzbar
- ▶ Kombinierbar mit anderen komplementärmedizinischen Verfahren
- ▶ Seit Jahrzehnten bewährt und durch Studien belegt
- ▶ Unterstützen den Körper und senken die Ausprägung von Nebenwirkungen einer notwendigen Primärtherapie (z.B. Chemo- oder Strahlentherapie)



Medizinische Information der MUCOS Pharma:
Tel.: 089 / 63 83 72 400
Wir beraten Sie gerne!

www.wobe-mucos.de

Jetzt Informationsmaterial anfordern
Für mehr Informationen zum Einsatz von systemischen Enzymen mit Wobe-Mucos® schreiben Sie einfach eine E-Mail an medinfo@mucos.de oder schicken Sie uns eine Postkarte:

MUCOS PHARMA GMBH & CO. KG

Ottobrunner Straße 41
82008 Unterhaching

Absender:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Ein Hürdenlauf

Zu Cannabis auf Rezept

VON GERTRUD RUST

Als eine der ältesten Kulturpflanzen wurde die Hanfpflanze einst in Asien angebaut. Die Hanffasern dienten der Herstellung von Alltagsgegenständen, ihre Extrakte als Heil- und Genussmittel. Wegen seiner rauscherzeugenden Wirkung wurde Cannabis nach der fast weltweiten Ratifizierung des Einheitsabkommens über die Betäubungsmittel 1961 in fast allen Staaten der Welt verboten. Mit der Entdeckung eines natürlichen Endocannabinoid-Systems, an dessen Rezeptoren sich Cannabinoide anlagern und besondere Wirkungen entfalten, gelang der Hanfpflanze jedoch eine medizinische Karriere: Sie stieg von der Rauschmitteldroge zum Medizinalhanf auf.

Der Cannabinoidrezeptor 1 (CB1) findet sich vor allem in Gehirnregionen, die das Gedächtnis, die Bewegung und das Schmerzempfinden steuern, während CB2 besonders in Zellen des Immunsystems zu finden ist und in der Regulation der Immunantwort und bei Entzündungen eine Rolle spielt. Zum Endocannabinoidsystem gehören vom Körper selbst gebildete Cannabinoide (Endocannabinoide), denen eine bedeutsame Funktion bei der Signalübertragung und anderen physiologischen Prozessen zugeschrieben wird. In Studien mit cannabinoidhaltigen Arzneimitteln zeigte sich vor allem eine Wirkung auf spastische Schmerzen bei Multipler Sklerose, bei neuropathischen und Tumorschmerzen, bei der gefürchteten Übelkeit und dem Erbrechen unter Chemotherapie. Auch schlaffördernde und angstlösende Wirkungen wurden beschrieben.



Dies in randomisierten klinischen Studien mit Patienten, bei denen konventionelle Therapien keine ausreichende Wirkung mehr gezeigt hatten (Henze, Schmerzmedizin 2017; 33(3), 34-37).

Cannabis gegen Krebs?

In Zellkulturen und bei Mäusen zeigten Cannabinoide eine krebshemmende Wirkung bei verschiedenen Tumorarten. Bei Mäusen mit Brustkrebs verlangsamte sich die Ausbreitung von Metastasen, Tiere mit eingepflanzten Gliomzellen vertrugen eine Bestrahlung besser, und auch das

„Cannabis ist kein Wundermittel, sondern eine Möglichkeit.“

Wachstum von Leukämiezellen wurde gebremst. Aussagekräftige Studien am Menschen stehen jedoch noch aus. Dr. med. Franjo Grotenhermen, Vorsitzender einer internationalen Arbeitsgemeinschaft für Cannabis als Medizin, kritisiert deshalb den Kanadier Rick Simpson mit seinen Wunderheilungsgeschichten als fahrlässig. Cannabis sei kein Wundermittel, sondern eine Möglichkeit.

Aufsehen erregte eine Untersuchung des deutschen Pharmakologen Prof. Dr. Burkhard Hinz von der Universitätsmedizin Rostock, der im Laborversuch Krebszellen mit Hilfe von Cannabinoiden „zum Platzen“ brachte. Cannabinoide hätten zwar im Labor einige

Angriffspunkte bei der Entwicklung und Ausbreitung von Tumoren, zum Verständnis der genauen Wirkmechanismen bei Krebs am Menschen fehlten jedoch noch die klinischen Studien, so Hinz.

Das Cannabis Rezept

Am 19. Januar 2017 beschloss der Bundestag einstimmig für Krebs- oder Schmerzpatienten die Freigabe von Cannabis auf Rezept, am 9. März trat das Gesetz in Kraft. Kann ärztlicherseits eine positive Wirkung auf den Krankheitsverlauf erwartet werden, ist nun ein kassenpflichtiges Rezept möglich. Zur Verlaufskontrolle sind Daten von Cannabispatienten anonymisiert dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu übermitteln, denn der Einsatz von Cannabis als Medizin ist nach wie vor umstritten. Positive individuelle Anwendungserfahrungen stehen der angezweifelte wissenschaftlichen Evidenz gegenüber, woraus sich auch schon die Hauptkritiker herleiten, die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Schwerstkranken Patienten erhalten nun zwar ein Rezept, jedoch lehnen die Kassen häufig unter Infragestellung der „Schwere der Erkrankung“ die Kostenübernahme ab. Schmerzen und Übelkeit gelten als subjektive Empfindungen, und der Nachweis im Einzelfall kann Probleme bereiten. Begründet wird die restriktive Haltung mit der Verantwortung für die Beiträge der Versicherten. Ganz nebenbei wird damit auch die wissenschaftliche Begleiterhebung als Voraussetzung für die Kostenübernahme boykottiert. Eigentlich ganz einfach: Medikament verhindern wollen heißt Evidenz (Wirksamkeitsbelege) anzweifeln und die Herstellung von Evidenz unterlaufen!



Neue Studie

Schützen Cholesterinsenker vor Brustkrebs?

VON ULLI KAPPLER

Am 29. August 2017 veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. folgende interessante Pressemitteilung:

„Frauen mit hohen Cholesterinwerten, die mit blutfettsenkenden Medikamenten vom Typ der Statine behandelt werden, haben ein geringeres Brustkrebsrisiko. Das zeigen Daten aus einer groß angelegten Longitudinalstudie, die auf dem Europäischen Kardiologiekongress in Barcelona präsentiert wurden.“

Eine 14 Jahre lang durchgeführte Studie mit insgesamt mehr als einer Million Personen zeigt, dass Frauen, die beim Einschluss in die Studie hohe Blutfettwerte aufwiesen, deutlich niedrigere Brustkrebsraten und eine niedrigere Sterblichkeit haben. Der Schlüssel dürfte darin liegen, dass sie mit blutfettsenkenden Medikamenten vom Typ der Statine behandelt wurden. Das legt eine neue Studie nahe, die auf dem Europäischen Kardiologiekongress (ESC) in Barcelona präsentiert wurde, berichtet die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK).

„Das ist die bisher schlüssigste und unmittelbarste Evidenz zu den interessanten Zusammenhängen zwischen Blutfettwerten und Brustkrebs (...);“ so Studien-Coautor Dr. Rahul Potluri von der Aston Medical School der Aston University in Birmingham. „Wir werteten nun Teilergebnisse der groß angelegten ACALM-Bevölkerungsstudie aus (...). Der protektive Effekt, den wir beobachten konnten, dürfte mit der Statin-Behandlung zu tun haben.“

Analysiert wurden die Daten von Frauen ab 40 Jahren, die eine Gruppe mit normalen und die anderen mit ungünstigen Blutfettwerten. Dann wurde die Brustkrebsrate und -sterblichkeit in beiden Gruppen verglichen.

Von den insgesamt 1,2 Millionen Patienten der ACALM-Studie hatten 16.043 Frauen ab 40 Jahren zum Einschlusszeitpunkt hohe Cholesterinwerte, diese wurden mit altersstandardisierten Frauen mit Normalcholesterin zu Studienbeginn verglichen. Die Frauen mit hohen Cholesterinwerten zu Beginn des Beobachtungszeitraums hatten ein 45 Prozent geringeres Risiko, einen Brustkrebs zu entwickeln, als die Frauen mit normalen Blutfettspiegeln. Nach entsprechender statistischer Berücksichtigung von Faktoren, die die Sterblichkeit beeinflussen können, (...) zeigte sich außerdem, dass Frauen, die zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Studie hohe Blutfettwerte gehabt hatten und im Beobachtungszeitraum einen Brustkrebs entwickelten, eine um 40 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit hatten, daran zu sterben, als die Frauen mit normalen Blutfettwerten und Brustkrebs. (...) Dr. Paul Carter, Hauptautor der Studie: „Vor dem Hintergrund früherer Untersuchungen, unter anderem von Tierversuchen, die eine Reduktion des Brustkrebsrisikos unter Statinen zeigten, liefern unsere neuen Daten einen starken Hinweis für einen Brustkrebs-protectiven Effekt von Statinen. Dieser soll jetzt in einer klinischen Studie weiter untersucht werden.“ [1] [2]

mamazone meint:

Die Studienergebnisse klingen vielversprechend, vor allem, weil bisherige Daten einen Zusammenhang zwischen erhöhtem Cholesterinwert und Brustkrebs nahelegten. Wenn nun Statine nicht nur den Cholesterinspiegel senken, sondern aus noch unbekanntem Grund sogar das Brustkrebsrisiko und die Mortalität signifikant reduzieren, fehlt m.E. eine Erfassung von Nebenwirkungen, die eine langjährige Statin-Einnahme mit sich bringen kann. Darüber berichteten 2010 englische Forscher, die erhöhte Risiken wie Leberfunktionsstörungen, Nierenversagen, Myopathien etc. nach Art, Dosis und Dauer der Statin-Anwendung aufschlüsselten. Diese erhöhten Risiken normalisierten sich jedoch nach Beendigung der Behandlung [3].

Ungeklärt ist auch die Frage, ob Frauen mit einer Brustkrebserkrankung und normalen Cholesterinwerten ebenfalls von einer Statin-Einnahme profitieren würden. Eine klinische Studie, wie von den Autoren ins Auge gefasst, ist daher wünschenswert.

Quellen:

- [1]: <https://dggk.org/pressemitteilungen/2017-esc-kongress/2017-esc-aktuelle-pm/2017-esc-tag3/neue-studie-weniger-brustkrebs-mit-blutfettsenkenden-medikamenten/>
 [2]: ESC 2017 Abstract 3106 Carter et al. Patients with a diagnosis of hyperlipidaemia have a reduced risk of developing breast cancer and lower mortality rates: a large retrospective longitudinal cohort study from the UK ACALM registry. European Heart Journal (2017) 38 (Supplement) 710
 [3]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20488911> (Unintended effects of statins in men and women in England and Wales: population based cohort study using the QRResearch database).

Risikofaktor Zahnbettentzündung

Steigert Parodontitis das Krebsrisiko?

VON ULLI KAPPLER

Nur wenige Studien wiesen in der Vergangenheit auf einen möglichen Zusammenhang zwischen einer Zahnbettentzündung (Parodontitis) und Krebs hin. Keine dieser Studien hat sich jedoch auf postmenopausale Frauen konzentriert, schreiben die Forscher einer neuen Studie in ihrer Kurzfassung (Abstract). www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28765338

Dr. N. N. Nwizu von der School of Dentistry in Houston, Texas, und ihr Team von der State University of New York, Buffalo, werteten in einer prospektiven Kohortenstudie (Beobachtungsstudie) Daten von 65.869 Frauen zwischen 54 und 86 Jahren aus, die an der Women's Health Initiative Observati-

onal Study teilgenommen hatten. Informationen zu Parodontitis der Teilnehmerinnen wurden per Selbstbeurteilungsfragebögen zwischen 1999 und 2003 erhoben. Die Nachbeobachtungszeit betrug maximal 13 Jahre. Über einen durchschnittlichen Beobachtungs-Zeitraum von 8,32 Jahren erkrankten 7.149 Frauen an Krebs, die durch Patientenakten bestätigt wurden. Dabei handelte es sich um Speiseröhren-, Gallenblasen-, Lungen-, Haut- und Brustkrebs.

Da das grundsätzliche Krebsrisiko bei Frauen mit Parodontitis im Gegensatz zu Frauen ohne die Erkrankung um 14 Prozent erhöht war, sehen die Forscher einen signifikanten Zusammenhang zwischen



Parodontitis und Tumorerkrankung bei postmenopausalen Frauen.

Welche Mechanismen diesem Zusammenhang zugrunde liegen, ist bisher nicht gut erforscht. Es müssen Studien folgen, die den Zusammenhang für einzelne Organe erhärten und den biologischen Mechanismus erklären. Eine Kohortenstudie ist nicht in der Lage aufzudecken, wie es zu einer Krebsentstehung kommt.

Eine regelmäßige Vorsorge beim Zahnarzt ist aber sicher auch ohne diese Studien sinnvoll.

Literatur:

Periodontal Disease and Incident Cancer Risk among Postmenopausal Women: Results from the Women's Health Initiative Observational Cohort

Triclosan verbieten

Krebserregender Stoff in Zahnpasta?

VON ULLI KAPPLER

Am 20. Juni 2017 veröffentlichte Environmental Health Perspectives einen Aufruf von 206 Wissenschaftlern, Ärzten und medizinischen Fachpersonen aus 29 Ländern mit dem Ziel, Triclosan, Triclocarban und deren Nebenprodukte weltweit bis auf medizinische Spezialanwendungen zu verbieten. Unterstützt werden sie dabei von neun Gesundheitsorganisationen aus vier europäischen Ländern: AefU, ÄGU, ARTAC, ASEF, DAAB, ÖAB, mus, SERA und WECF. (<https://ehp.niehs.nih.gov/ehp1788/>)

Triclosan dient als Bakterienhemmer nicht nur der Desinfektion und Schädlingsbekämpfung, sondern als Konservierungsstoff auch in Kosmetikartikeln, wie Hautcremes, Zahnpasta, Deos und Seifen – sowie zur antimikrobiellen Textilbeschichtung bei Schuhen und Sportbekleidung. Dabei steht

Triclosan schon lange wegen möglicher Gesundheitsschäden in der Kritik.

Östrogenaktivität in Brustkrebszellen

Die Unterzeichner des Aufrufs stufen Triclosan und Triclocarban als endokrine Disruptoren ein, hormonaktive Substanzen, die in das natürliche Hormonsystem eingreifen, wie das Bundes-Umweltamt auf seiner Website bestätigt. Triclosan zeigte bei Brustkrebszellen *in vitro* eine östrogene und androgene Aktivität in ökologisch relevanten Konzentrationen (Gee et al., 2008). Außerdem könne Triclosan möglicherweise Spermien schädigen, Leber und Muskeln angreifen und Resistenzen gegen Antibiotika begünstigen. Die Chemikalie konnte ebenfalls im Nabelschnurblut und in Muttermilch nachgewiesen werden. Nicht zuletzt belastet sie die Gewässer.

Deshalb übergaben die schweizer „Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz - AefU“ und Aktive von „Pingwin Planet“ der Bundeskanzlei des Bundesrates bereits 2014

eine Petition mit 3.143 Unterschriften für ein Triclosan-Verbot.

Zurück zur Zahnpasta

Da die Mundschleimhaut Stoffe besonders schnell resorbiert, und Zahnpasta von jedem Menschen mindestens zweimal täglich zum Zähneputzen benutzt wird, sollten darin potenziell schädigende, eventuell sogar krebserregende Stoffe verboten werden.

Triclosan darf jedoch laut Verbraucherzentrale in Zahnpasta, Mundwasser, Körperseife, Duschgel, nicht sprühbaren Deos, Gesichtspuder, Schminke und in Mitteln zur Reinigung, von Finger- und Fußnägeln vor der Anwendung künstlicher Nagelsysteme weiterhin verwendet werden. In Fußcremes oder Körperlotionen, die eine großflächige Anwendung erfordern und auf der Haut verbleiben, ist Triclosan mittlerweile verboten. www.verbraucherzentrale.de.

Ein genauer Blick auf die Inhaltsstoffe lohnt sich also.

Wirklich so super?

Das Superfood



VON ELISABETH BRÜNSTLER

Bunte Beeren, Samen, Sprossen, strotzend vor wertvollen Inhaltsstoffen, auch ein besonderes Öl darf es sein. Alles angeblich in bester Qualität, ohne Schadstoffe und wenn möglich aus fernen Ländern. Zur Rechtfertigung des hohen Preises muss auch Exklusivität geboten werden.

Die Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr in Heidelberg weist in einer Pressemitteilung vom Oktober 2017 auf interessante heimische Alternativen hin, die den Exoten problemlos das Wasser reichen (www.biokrebs.de/presseinformationen/presseinformationen/1961-schutz-vor-krebs-durch-superfoods).

Vor der Haustür

Unser preiswerter Leinsamen hat zwar keinen werbetreibenden Namen, dafür enthält er mehr Omega-3-Fettsäuren als die lateinamerikanischen Chiasamen. Die enthaltenen Lignane entfalten als Pflanzenhormone (Phytoöstrogene) nach Prof. Jenny Chang -Claude vom DKFZ Heidelberg eine Schutzwirkung, und zwei Esslöffel frisch geschroteter Leinsamen täglich könnten das Sterberisiko bei Brustkrebspatientinnen nach den Wech-

seljahren erheblich senken.

Die Wunderbeere Goji aus China wächst bei uns als Wolfsbeere oder Gemeiner Bocksdorn. Die frostresistenten Sträucher können sogar im eigenen Garten angebaut werden und sind bei Biogärtnern auch nicht pestizidbelastet. Das flüssige Gold aus Marokko namens Arganöl wird mit einer besonderen Zusammensetzung seiner Fettsäuren beworben. Eine Analyse im Max Rubner Institut in Karlsruhe ergab jedoch nur mittelmäßige Werte, Walnuss-, Lein- und Rapsöl erzielten bessere Ergebnisse als das teure Arganöl. Exklusiv ist wohl nur der Preis. Auch eine weitere Wunderbeere aus China, die Acaibeere, hat eine Zwillingsschwester in Europa. Die Aroniafrucht, eine kleine Apfelbeere aus Sachsen, weist von allen Beeren den höchsten Anthocyan-Gehalt auf. Anthocyane wirken entzündungshemmend und können durch ihre antioxidative Wirkung die Zellschädigung hemmen. Echtes Superfood muss also nicht importiert werden, biologisch angebaut wächst es im Garten, und frisch verarbeitet ist es wirklich super.

Gesundes Gemüse...

...sollte nicht so heißen. „Leichter Genuss

Zucchini“, „salzreduzierter Mais“ oder „Kürbis-Wedges ohne Zucker“ bleiben in der Mensa stehen. Anders sieht es bei „in reichlich Butter geröstetem Mais“ aus, auch „in Knoblauch und Ingwer gewendete Kürbis-Wedges“ und „karamellierte Zucchinihappchen“ kommen gut an.

Etlche Wochen wurden in einer Mensa einer kalifornischen Universität Gemüsegereichte mit einer dieser vier Bezeichnungen angeboten. Die anregenden kulinarischen Namen ließen den Anteil der Gemüseesser um 25 Prozent steigen, und die verzehrten Portionen waren um 23 bis 33 Prozent größer (Turnwald BP et al.: JAMA Intern Med. 2017;177(8):1216-1218.) Auf die gesundheitlichen Vorzüge von Lebensmitteln hinzuweisen kann also auch kontraproduktiv sein. Das mag am als erzieherisch empfundenen Appell liegen, aber auch am immer noch weit verbreiteten Vorurteil, Gesundes könne nicht schmecken. Nur jeder vierte Mann und vier von zehn Frauen essen in Deutschland täglich Gemüse, die Deutschen liegen damit im EU-Vergleich auf den hinteren Rängen. Es muss also vor allem schmecken, dann werden aus verdrehten Karotten Dynamit-Rüben, so der Studententel von Bradley P. Turnwald.

ANZEIGE



Selen - gegen Radikale im Körper!

Selen schützt die Zellen vor entstehenden oxidativen Schäden durch Radikale (aggressive Teilchen), die beim normalen Zellstoffwechsel entstehen.

Gelingt es nicht, den Selenbedarf zu decken, empfiehlt es sich, die Ernährung mit Selen aus der Apotheke, wie **Cefasel 200 nutri®**, zu ergänzen.

Für Immunsystem, Zellschutz, Schilddrüse, Spermabildung sowie Haare und Nägel.

...mein Selen für jeden Tag!



Nr. 1*
in Apotheken

*Insight Health GmbH & Co.KG, APO-Channel-Monitor 03/17, 12 Monatswert Packungseinheiten OTC-Selenpräparate. Selen unterstützt die normale Funktion des Immunsystems und der Schilddrüse und ist wichtig zum Schutz der Zellen vor oxidativen Schäden, zur Erhaltung normaler Haare und Nägel und zur normalen Spermabildung. Nahrungsergänzungsmittel sind kein Ersatz für eine ausgewogene, abwechslungsreiche Ernährung und eine gesunde Lebensweise. Tägliche Verzehrsmenge (1x1 Tabl.) nicht überschreiten. Erfahren Sie mehr auf www.cefasel-nutri.de

Versicherungen als letzte Instanz

Nicht gleich aufgeben!

VON PETRA G. AUS BERLIN
(NAME DER REDAKTION BEKANNT)



Bild: .shock, Fotolia

Entscheiden etwa Versicherungen über Leben, Zukunft, Körper und Seele eines Menschen?

Ich bin 64 Jahre alt, pensionierte Vollblutlehrerin und Lerntherapeutin, habe zwei Töchter allein erzogen und meine gebrechlichen Eltern bis heute gepflegt und versorgt. Immer stand ich mit beiden Beinen selbstverantwortlich im Leben und traf weitreichende Entscheidungen eigenständig.

Nun wurde bei mir vor einem Jahr Brustkrebs entdeckt. Er war von meinem behandelnden Gynäkologen lange nicht erkannt worden, obwohl ich regelmäßig, zuletzt sogar in einem Abstand unter einem Jahr zur Mammographie ging und bereits lange Zeit über einen erheblichen Tastbefund geklagt hatte. MRT und Biopsie ergaben einen zuverlässigen Befund. Die tatsächliche Ausbreitung des Tumors wurde erst nach einer Teiloperation mit Gewebeanalyse erkannt. Zusätzlich waren die Lymphknoten befallen.

Für mich bedeutete das: Totalamputation der rechten Brust, ein dreiviertel Jahr lang Chemotherapie, sechs Wochen täglich Bestrahlung und die nächsten zehn Jahre Einnahme von Aromatasehemmern. Die Neben- und Nachwirkungen in der

Folge brauche ich hier nicht zu erwähnen. Aber ich erinnere mich, wie unglücklich ich war, als ich schwächer und anfälliger wurde, als die Haare nach der Chemotherapie nach und nach ausfielen und ich sichtbar krank und elend aussah. Trotz der Bemühungen, durch Kopftuch,

„ Der tägliche Kampf mit dem Prothesen-BH, weil man ohne einfach kaputt aussieht

Schminke und modische Accessoires mir selbst und Anderen vorzugaukeln, dass ich stark und entschlossen den Kampf gegen den Krebs angetreten habe. Auch erinnere ich mich an die Angst und die Zweifel, ob denn auch alle Therapien wirklich helfen.

Mit einer Brust zu leben, während die andere fehlt, das fühlte sich nur noch halb an. Der tägliche Kampf mit dem Prothesen-BH, weil man ohne einfach kaputt aussieht – nicht nur für die Anderen, auch für mich selbst. Am Strand das Bemühen, möglichst unauffällig in den Epithesenbadeanzug zu schlüpfen oder die Frage, ob ein Saunabesuch für sich selbst und

die Anderen eine Zumutung ist. Man fühlt sich nicht richtig als Frau. Eher wie eine Mogelpackung. Auch die andere Brust verliert an Wert, zumal, wenn sie groß und üppig ist.

Zunächst war ich aber froh, dass die wesentlichen Etappen der Therapie hinter mir lagen und stolz auf mich, alle ärztlichen Anweisungen aufs Genaueste befolgt zu haben. Der erste Nachsorgetermin mit Mammographie der erhaltenen Brust und Ultraschall der operierten Seite stand an. So steht es in den Nachsorgeleitlinien. Ich grübelte, was die Mammographie der linken Brust wohl ergeben sollte, hatte ich doch bereits schmerzvoll erfahren, dass diese Prozedur mich bei der rechten Brust lediglich in einer trügerischen Sicherheit gewiegt hatte. Trotzdem ließ ich mich vertrauensvoll auf die angeordneten Untersuchungen ein.

Die behandelnde Radiologin stellte denn auch prompt fest, die Mammographie der linken Brust habe für sie kein klares Ergebnis geliefert, man müsse per MRT nachkontrollieren. Mit meiner Meinung, es handele sich doch wohl um eine Risikobruster, rannte ich bei ihr offene Türen ein. Sie prophezeite mir ein

dauerhaftes Risiko eines sich unerkannt ausbreitenden Brustkrebses, falls diese Brust nicht ebenfalls entfernt werde. Auch das MRT liefere keine zuverlässigen Ergebnisse, auch dann blieben beständig Angst und Zweifel. Sie riet mir zu einer kompletten Entfernung auch dieser Brust, und ich war von der Richtigkeit dieser Lösung absolut überzeugt.

So wandte ich mich nun an meine neue behandelnde gynäkologische Onkologin – und wurde sofort ausgebremst. Zwar nahm sie nach einem Jahr Behandlung (!!!) das Brustkrebsrisiko auf der Gegenseite äußerst ernst (warum eigentlich erst jetzt?), hielt eine Totalamputation jedoch für abwegig. Man könne doch abwarten, ob man überhaupt operieren müsse und dann vielleicht auch brusterhaltend. Eine Biopsie würde Erkenntnisse liefern. Außerdem wisse sie aus Erfahrung, wie schlecht sich Frauen nach beidseitiger Amputation fühlten. Eine solche OP sei ein großer Eingriff, und man müsse erst einmal darüber nachdenken, welche Maßnahmen für mich die richtigen seien. Das behandelnde Ärzteteam würde also darüber befinden, was für mich das Beste sei, nicht etwa ich.

Ich fragte mich schockiert, in welcher Zeit wir denn wohl immer noch leben. Ob gestandene Frauen sich heute noch Fremdentscheidungen über ihren Körper, ihre Seele, ihre Gesundheit und ihre Zukunft gefallen lassen müssen. Wie unmündige Teenager, die sich gerade in den Kopf gesetzt haben, sich umgehend ein Tattoo stechen zu lassen! Wie anmaßend, mir nicht die Urteilsfähigkeit zuzutrauen, welche Form der Brustangleichung ich mir wünsche, die mir per Gesetz übrigens zusteht! Und welche Anmaßung, davon auszugehen, ich könne die medizinischen Folgen eines zu spät erkannten Tumors oder die einer Nachoperation nicht einschätzen. Welche Missachtung meines Denkvermögens!

Ist das etwa die gleiche alte Tradition, in der Ärzte

ebenfalls darüber entscheiden, ob eine Frau abtreiben oder sich sterilisieren lassen darf? Bringen manche Operationen mehr lukrativen Gewinn als andere? Sollte bei mir als Versuchskaninchen beobachtet werden, wie sich meine Krebsart nun auf der anderen Seite mit der Zeit verhalten würde? Quälende Fragen, und plötzlich war da kein Vertrauen mehr, kein Glaube mehr daran, dass es den Ärzten ehrlich darum ging, mir zu helfen, mich zu heilen, für mich das Bestmögliche zu tun.

Zum Glück waren meine Entrüstung und mein Widerspruchsgeist größer als meine anfängliche Verzagtheit. Wo immer möglich sprach ich über mein Problem und erfuhr so, dass ich nicht als Einzige gegen solche Widerstände ankämpfen musste. Auch, dass es Ärzte gab, die meinen Wunsch durchaus nachvollziehbar fanden und einige sogar bei ähnlicher Indikation eine Mastektomie vorgenommen hatten.

Bei meiner Radiologin ließ ich mir schriftlich bescheinigen, was sie mir zuvor mündlich erklärt hatte. Die Onkolo-

„ Würde meine Versicherung in jedem Falle eine Brustangleichung bezahlen?

gischwester meiner behandelnden Ärztin bat ich um vermittelnde Worte, und ich wandte mich auch an meine onkologische Psychologin. Überall erntete ich Verständnis und Hilfsbereitschaft. Auch meine behandelnde Ärztin zeigte nun Verständnis für meine Lage, aber: Problematisch sei, dass die Versicherungen meinen Fall nicht als medizinische Not-

wendigkeit anerkennen und somit auch nicht zahlen würden. Auf dieser Basis wäre dann auch die Chirurgin nicht bereit zu handeln.

Nun blieb mir zu erkunden, was als medizinische Notwendigkeit gilt und was eigentlich alles unter einer Brustangleichung zu verstehen sei. Würde meine Versicherung in jedem Falle eine Brustangleichung bezahlen? Ich rief an und die Sachbearbeiterin erklärte mir, dass sie für eine Bewilligung der geplanten Operation eine ärztliche Begründung und einen Kostenvoranschlag benötige. Welchen Inhalt die Begründung haben müsse, wollte sie mir nicht sagen. Auf meine Nachfrage, dass doch jeder Frau nach einer Brustkrebs-OP eine Angleichung gesetzlich zustünde, erfuhr ich, dass dies bei gesetzlich Versicherten so sein könne, dies aber nicht auf privat Versicherte zuträfe.

Nun sprach ich bei meiner Klinik vor, in Händen eine die OP befürwortende Stellungnahme meiner behandelnden onkologischen Psychologin. Die Breast Care Nurse, die mir anfangs zuhörte, machte mir Mut. Meine Beweggründe leuchteten ihr schnell ein. Nicht beirren lassen war auch ihre Devise. Ihre vorbereitende Information an die für mich zuständige Ärztin ebnete mir den Weg, nicht noch einmal alles herunter beten zu müssen. Allerdings musste ich eine umfassende Aufklärung über sämtliche Nebenwirkungen und Risiken über mich ergehen lassen. Aber nun weiß ich: Meine Chancen stehen nicht schlecht. Letztendlich aber bleibt abzuwarten, ob nun auch die Versicherung meine Beweggründe anerkennt und zur Kostenübernahme bereit ist. Fortsetzung folgt ganz bestimmt.

Und da ist sie schon: Die Beihilfestelle lehnte meinen Antrag ab, denn es handele sich um eine prophylaktische Maßnahme. Ja dann, wieder etwas gelernt. Für prophylaktische Maßnahmen scheinen Kassen nicht zuständig...



Bild: M. Schuppich, Fotolia

Laufen trotz Brustkrebs

Kein Widerspruch

VON DR. SANDRA OTTO

Jeder benötigt ein Laster oder auch mehr. Mein Laster ist das Laufen, inklusive Intervalltraining, Ausgleichsgymnastik, Kraftsport, Schwimmen, Radfahren, Ernährung, Wettkämpfen und allen sonstigen Verrücktheiten. Sogar Joggen bei unter minus zehn Grad im Eiswind und über 30 Grad im Schatten.

Gesund gelebt

Ich rauchte nicht, trank keinen Alkohol, ernährte mich überwiegend vegetarisch, wog 48 Kilogramm bei einer Größe von 162 cm. Kurzum, nach meinem Empfinden machte ich alles richtig. Deshalb stürzte ich am 1. November 2010 um 07:30 Uhr völlig aufgelöst in die Praxis meiner Gynäkologin, nachdem ich einen Knoten in meiner linken Brust ertastet hatte. Sie beruhigte mich nach einem ausführlichen Anamnesegespräch, Abtasten und Ultraschall mit der Diagnose Zyste. Unendlich erleichtert verließ ich die Frauenarztpraxis. Knapp ein Jahr und fünf Arztbesuche später stand am 29. September 2011 die korrekte Diagnose Brustkrebs im Raum. In meinem sportlich erfolgreichsten Jahr mit persönlichen Bestzeiten über die Halbmarathondistanz und 30 Kilometer sowie einigen Podestplätzen sollte ich sterben?

Neben Angst und Wut, Heulen und Lachen verstörte mich nach der Krebsdiagnose die

völlig unerwartete Langeweile und erlebte Sinnlosigkeit meines Daseins. Wofür lohnte es sich noch, aufzustehen, zu kämpfen, zu verzichten, zu leben? Bis ich mir diese zermürbenden Fragen beantworten konnte, benötigte ich erst einmal einen Überlebensplan, der mich von Tag zu Tag trug. Im Laufen fand ich meine Konstante.

Trotz einer Tumorgöße von sieben cm Durchmesser hatte der Krebs noch nicht gestreut. Erkenntnis für mich: Wenn ich den Krebs so lange mit meinem bisherigen Lebensstil in Schach halten konnte und mich dabei wohl gefühlt hatte, halte ich an meiner Routine fest. Die Erinnerung an einen gelesenen Artikel blitzte auf: für fünfzehn bis zwanzig Kilometer täglicher Bewegung ist der Mensch von der Evolution geschaffen. Dies entsprach ungefähr zwei Stunden Joggen im 6er Schnitt (ein Kilometer in sechs Minuten bzw. zehn Kilometer pro Stunde). Damit stand mein Tagespensum fest: mindestens zwei Stunden Bewegung pro Tag an der frischen Luft!

Laufmedizin

Anfangs reagierten meine Ärzte irritiert und verunsichert auf meinen Wunsch zum Laufen unter der Akutbehandlung. Konkrete Empfehlungen außer dem Vertrauen auf das eigene Bauchgefühl konnten sie mir nicht geben. So begab ich

mich auf eigene Spurensuche und recherchierte gut hundert einschlägige Studien zum Thema Sport und Krebs.

Selbstverständlich forderten Chemotherapie, Operation und Bestrahlung ihren Tribut. Schaffte ich unmittelbar vor der Diagnose noch einen Halbmarathon problemlos in einer Stunde und fünfzig Minuten, benötigte ich nun für 14 Kilometer unter der ersten Chemotherapie fast die gleiche Zeit. Ich wechselte das langsame Joggen mit Wanderungen zu meinen Arztterminen, Blutkontrollen und Physiotherapien ab.

Meine täglichen Heulattacken wurden weniger, nachts wachte ich nur noch ein- bis zweimal auf. Ich sah mit neuer Frisur gesund aus und zog die erste Chemotherapie ohne Unterbrechung durch. Nicht einmal eine Erkältung fing ich mir ein. Zwei Monate nach der letzten Chemotherapiegabe, zwischen Operation und Bestrahlung, lief ich bereits wieder meinen ersten Halbmarathon im Wettkampf. Im Ziel erwarteten mich mein Mann und meine beste Freundin.

Achtsam werden

Meine Kräfte kehrten zurück, und ich nahm meine Arbeit unter der Bestrahlung wieder auf. Die quälende Angst vor einem Rezidiv blieb. Alles, wirklich alles wollte ich präventiv unternehmen. Nach und nach füllten neben dem Job und regulären Arztterminen Yoga, Pilates, Akupunktur, Qi-gong, Gesprächstherapien, Coaching, Ernährungsberatung, Krankengymnastik und Heilpraktiker meinen Tagesablauf. Geradezu erdrückend. Dazu lief ich viermal pro Woche, ging zweimal pro Woche Radfahren und zu Fitnesskursen. Ende 2012 zog ich die Reißleine und sortierte aus. Mitten in diesem Umwälzungsprozess ertastete ich im Februar 2013 etwas unter der Dusche.

Meiner Stanzbiopsie in der Uniklinik Leipzig sah ich mit einem Morgenlauf entgegen. Beim langsamen Läuferchen registrierte ich, wie sehr ich die Morgenluft unachtsam eingeatmet, die Naturgeräu-



sche in den letzten Monaten meiner Verbissenheit geopfert hatte. Mir fehlte der Bezug zu meinem Körper und zu meiner Seele. Das Rezidiv warf mich völlig um. Bockig wollte ich aufgeben. Meine beste Freundin wusch mir ordentlich den Kopf: Hatte ich den Krebs doch schon einmal bezwungen, dann sollte ich jetzt umso besser wissen, was mir guttut. Ich war Sportlerin, Marathonläuferin, Kämpferin.

Ich besann mich auf die Zeit meiner Ersterkrankung: langsame Naturläufe und Spaziergänge und nahm sie wieder auf. Zunehmend änderte sich meine Wahrnehmung für meine Umgebung. Ich atmete bewusster, registrierte kleinste Veränderungen in der Natur, wie den Bärlauchgeruch im Auwald, spürte die wärmenden Sonnenstrahlen auf meinen Wangen, registrierte bauliche Veränderungen, wie eine neue Fassadenfarbe. Operation und sechs Monate Chemotherapie zog ich ohne Unterbrechung durch und nahm währenddessen sogar an kleinen Wettkämpfen über zehn oder fünfzehn Kilometer teil. Mein Mantra: Mit jedem Laufschrift töte ich eine Krebszelle. Während des Laufens verabschiedete ich mich von meinem Kinderwunsch, meiner linken Brust und meiner beruflichen Führungsposition.

Gleichzeitig gab mir das Laufen in Kombination mit Kräftigungsübungen und Pilates das Selbstvertrauen in meinen Körper zurück und stärkte mich mental. Heute

rufe ich mir in herausfordernden Alltagssituationen wie dienstlichen Meetings mein taggliches Morgenläuferchen in Erinnerung, den Taugeruch der Wiesen, die ersten Vogelstimmen, das Knirschen der Steine unter meinen Laufschuhen. Das Laufen lehrte mich, die Bedürfnisse meines Körpers und meiner Seele wahrzunehmen und für mich zu sorgen.

Ich bin mental und körperlich widerstandsfähiger und werde ruhiger. Ich lief in ein modifiziertes Leben. Zwar bin ich noch immer ich, probiere und verwerfe, jedoch begriff ich durch das Rezidiv meine Endlichkeit. Je schneller ich durch das Leben hetze, desto mehr verpasse ich. Trotzdem hat mein Tag nur vierundzwanzig Stunden.

Heute fließt in meine Entscheidungen neben objektiven Überlegungen auch mein Bauchgefühl ein. Ich lasse mich nicht mehr bedrängen. Ich konzentriere mich auf mein Ziel, arbeite effizient und nehme mir bewusst Pausen. Vermeintliche Katastrophen prallen immer mehr an mir ab. Privat handele ich nach dem Motto: Weniger, dafür aber richtig zu erleben, empfinde ich als ein Mehr für mich.

Unabhängig davon, wo ich im Therapieverlauf gerade stehe, spüre ich durch das Laufen eine unbändige Lebendigkeit und ein Kribbeln in mir. Für diese Bestätigung benötige ich keinen Wettkampf, keine Zuschauer, keinen Applaus und keine App. Ich bleibe so lange wie möglich unabhängig und zehre in schwierigen Lebensphasen von dieser Gewissheit. Ich bleibe dran.

Mein Laufweg ist wissenschaftlich fundiert mit Achim Achilles in dem E-Book: „Laufen mit, trotz, gegen Brustkrebs“ zusammengefasst. Das Buch wird in eine Druckversion übergeleitet. Ein Euro aus dem Verkaufserlös geht an das Haus Leben Leipzig e.V. (www.hausleben.org). Jährlich über 2.500 Betroffene, Angehörige und Interessierte bleiben trotz Krebs mitten im Leben dank Haus Leben.

KONTAKT

E-Mail: sandra.otto77@yahoo.de

Speziell für uns

Das Frauen-Gesundheitsbuch

VON GERTRUD RUST

Gendermedizin, auch geschlechtsspezifische Medizin, ist Teil der personalisierten Medizin und beachtet im Medizinischen die besonderen Unterschiede von Mann und Frau. Sie beinhaltet die geschlechtsspezifische Erforschung und Behandlung von Krankheiten unter Berücksichtigung der unterschiedlichen genetischen und biologischen Bedingungen bei Frauen und Männern. Vor diesem Hintergrund übt „Das Frauen-Gesundheitsbuch“ von Prof. Dr. Ingrid Gerhard eine besondere Anziehungskraft aus, und auch der Untertitel „Wo Naturheilverfahren wirken, wann Schulmedizin nötig ist“ trifft zentrale Patientinnenbedürfnisse, denn die sanfte Medizin der Naturheilkunde ist heiß begehrt.

Drei Jahrzehnte lang lehrte die Autorin an der Universitätsfrauenklinik in Heidelberg, war in der Forschung tätig und betreute Frauen. Bereits 1993 ist ihr mit Unterstützung der Carl und Veronica Carstens Stiftung der Aufbau einer Ambulanz für Naturheilkunde und Umweltmedizin gelungen, die jährlich von nahezu 3.000 Patientinnen zur Beratung und mit dem Bedürfnis nach einer ganzheitlichen Behandlung aufgesucht wurde. Ihre reichhaltigen Erfahrungen mit schulmedizinischen und komplementären Heilmethoden sollen mit dem „Frauen-Gesundheitsbuch“ an alle Frauen weiter gegeben werden.

Neutrale Medizin?

Die gibt es wohl nicht, denn gleich zu Beginn erhalten wir im ersten Kapitel den Hinweis, dass das jeweilige Geschlecht von Arzt/Ärztin und des Patienten/der Patientin durchaus einen Unterschied ausmacht. Wussten Sie eigentlich, dass zu Beginn des 19. Jahrhunderts Frausein an sich als Krankheit galt? Der Mann war das Modell für „den gesunden Menschen“



- schwer zu fassen. Das ist lange her, dennoch sieht Gerhard auch heute noch Verhaltensunterschiede, zum Beispiel in der Arzt-Patienten-Kommunikation. „Während Frauen sich ausführlich mitteilen möchten,

„**Während Frauen sich ausführlich mitteilen möchten, bringt ,er‘ kein Wort heraus**“.

bringt ,er‘ kein Wort heraus“. Patientinnenalltag, wir kennen das. Selbstinformation und die Übernahme von Eigenverantwortung wird deshalb empfohlen, auch wenn eine Zweitmeinung sinnvoll ist, wird unmissverständlich angesprochen. Und „stimmen zwei Ärztemeinungen nicht überein, hadern Sie nicht, wem Sie glauben und vertrauen sollen, sondern holen Sie sich ruhig noch eine dritte Einschätzung ein“.

Methoden zur Gesunderhaltung...

...sind auch nach Erkrankung nützlich. In-

grid Gerhard weist u.a. auf den Wert von Körperübungen und Meditation, Sport und Stressabbau, sowie gesunden Schlaf zur Regeneration des Organismus hin (vgl. Seite 28-29). Ernährung und „Organpflege“ werden gewürdigt, und das Kapitel „Umweltmedizin“ enthält wertvolle Hinweise über positive und negative Umwelteinflüsse.

Nach der Erkrankung

In den „Methoden zum Gesund-werden“ erfährt man von naturheilkundlicher Diagnostik und Therapie, gefolgt vom schulmedizinischen Bereich mit der rundum verständlichen Beschreibung von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Die beiden Formen stehen sich bei Gerhard nicht gegenüber, sondern nebeneinander, sehr wohlthuend, denn so entsteht das Gefühl, man sei nicht nur auf „eine Sache“ angewiesen.

Bei den „Frauen-typischen Erkrankungen“ wird auch die Brust mit den jeweils typischen Symptomen beim Vorliegen einer bestimmten Erkrankung beschrieben. Sehr ansprechend dabei die kleinen Kästchen: „Das rät die Ärztin“ und „Gut zu wissen“. Auch Brustkrebs wird genannt, u.a. mit interessanten Zahlen zum Mammographie-Screening und Hinweisen zu sanften Begleittherapien.

Wissbegierige finden im Anhang eine attraktive Literaturliste zum Weiterlesen – und wer Ingrid Gerhard näher kennen lernen möchte, sollte einen Blick auf die Homepage www.netzwerk-frauengesundheit.com werfen.

DAS FRAUEN-GESUNDHEITSBUCH

Prof. Dr. med. Ingrid Gerhard
TRIAS Verlag 2014
ISBN 978-3-8304-8197-3

Wussten sie das?

So lügt man mit Statistik

VON GERTRUD RUST

Zahlen lügen nicht, das wird uns bereits in der Schule beigebracht. Will man etwas objektiv, mess- und nachvollziehbar ausdrücken, hat das in Zahlen zu geschehen. Zur bildlichen Veranschaulichung der Ergebnisse werden sie in ein Koordinatensystem eingetragen. Sehen wir hier dann tatsächlich die Wahrheit, nichts als die Wahrheit?

Gelenkige Zahlen

Walter Krämer, Professor für Wirtschafts- und Sozialstatistik an der TU Dortmund, belehrt uns in humorvoller und leicht verständlicher Sprache eines Besseren und spricht damit eine Vielzahl Interessierter an. Der vorliegende Band „So lügt man mit Statistik“ ist vollständig überarbeitet und erweitert, basiert aber auf einer Ersterscheinung im Jahr 1991, die zu einem Klassiker mit Dutzenden von Auflagen und Übersetzungen in mehrere Fremdsprachen wurde. „Die ehrliche Präsentation von Fakten ist keine Sache des Könnens, sondern des Wollens“, spricht Krämer unverblümt aus und man denkt sich: Aha,

Zahlen scheinen also durch den Willen beeinflussbar.

Gleich zu Beginn „Die Illusion der Präzision“: Zahlen sind nie so genau, wie es den Anschein hat, täuschen aber mit Stellen hinter dem Komma eine Exaktheit vor, die unseren Glauben an die Ergebnisse fördert. „Vorsicht, Kurve!“, geht es

„**Die ehrliche Präsentation von Fakten ist keine Sache des Könnens, sondern des Wollens**“

weiter, und wir erfahren, wie man durch die „Anpassung“ von Skalenmaßstäben im Koordinatensystem aus einem Nichtereignis einen sensationellen Effekt zaubert. „Chirurgische Eingriffe“ heißt das bei Walter Krämer. Oft geht es auch um Vergleiche und um Unterschiede. Ob diese groß oder klein erscheinen (sollen), hängt vom jeweiligen Vergleichsobjekt ab. Die Wahl-

möglichkeiten sind zahlreich.

Und erst die Mittelwerte. Hier wird aus einer Vielzahl verschiedener Werte ein sogenannter Mittelwert gebildet, der die tatsächliche Variation ad absurdum führt. Ein Mittelwert ohne Maß für die Abweichung ist nur die Hälfte wert, so Krämer, und bei nackten Mittelwerten sei immer Vorsicht angezeigt. Bei der nächsten Präsentation einer „mittleren Überlebenszeit“ sollten wir das nicht vergessen. Dass Prozentwerte besonders beliebt sind, wenn man Effekte vergrößern möchte, haben wir schon gehört, ebenso wissen wir, dass Studien auf Stichproben beruhen (müssen). Wie „Die vorsortierte Stichprobe“ jedoch zu verzerrten Eindrücken führt, lernen wir bei Walter Krämer. Häufig verwechselt werden Korrelation (gleichzeitiges Auftreten von Ereignissen) und Kausalität (ein Ereignis verursacht das andere), anschauliche Beispiele zeigen uns den Unterschied auf.

Statistik für alle

In einem weiteren kleinen Band werden „Die 101 wichtigsten Begriffe anschaulich erklärt“, dem kann man zustimmen. Hier erfährt man auch von Chartjunk, zu deutsch „Grafikmüll“. Nach der Lektüre sind wir zwar keine Statistikerinnen geworden, aber wir wissen besser, worauf zu achten ist.

SO LÜGT MAN MIT STATISTIK

Walter Krämer
campus 2015
ISBN 978-3-593-50459-9

STATISTIK FÜR ALLE

Walter Krämer
Springer Spektrum 2015
ISBN 978-3-662-45030-7



Vorstandswahlen 2017 am 14. 10. 2017

Neues von mamazone e.V.

WEITER AN DECK



Almuth Fischer



Dipl.-Psych. Gertrud Rust



Sieglinde Schärtl

MIT SCHWUNG NEU ZUGESTIEGEN



Eugenia Krone



Elke Piepenbrink-Uhlherr



Brigitte Welter

Mamazone-Mitglied Pia Hetzel aus München konnte ihr Amt aus persönlichen Gründen überraschend leider nicht antreten.

Eine ausführlichere Vorstellung des neuen Vorstandsteams finden sie in Kürze auf der mamazone-Homepage.

NEUE REGIONALGRUPPE BAD OEYNHAUSEN - OWL



Manuela Grandt

Seit September 2017 ein neuer Knotenpunkt im mamazone-Regionalnetz: Herzlich willkommen, Manuela Grandt!



Sonja Kasper

Seit Juli 2017 verstärkt Sonja Kasper die mamazone-Basis im Augsburger Büro, wir freuen uns und begrüßen sie herzlich im mamazone-Team.

NEUE FRAUEN-POWER IM MAMAZONE-BÜRO



Wir erinnern uns an Gudrun Eikelboom

Liebe Gudrun.

War es ein Zufall, dass die sommerlich grüne Wiese mit den starken Bäumen neben Deinem Bild in Facebook stand? War es ein Zufall, dass der Flyer Deiner Selbsthilfegruppe für Frauen mit Brustkrebs in Gütersloh ganz in grün gehalten war? Einen Froschkönig mit einer goldenen Kugel hattest Du auf die erste Seite gesetzt, umgeben von grünen Pflanzen, darunter: „Lust auf Leben! Selbsthilfe für Frauen mit Brustkrebs“.

Der Frosch symbolisiert in der Traumdeutung die Verwandlung, er kann sich in seinen verschiedenen Lebensphasen sehr gut seiner Umgebung anpassen. Die Farbe Grün ist das Symbol der Hoffnung auf Leben und Überleben, und Grün ist auch häufig in den Nationalflaggen von Wüstenstaaten zu finden, wer rechtzeitig eine grüne Oase erreicht, ist einer endlosen Wüste entkommen.

Das alles konntest Du

Das Buch, in dem Du Deinen Weg nach der Diagnose Brustkrebs beschreiben wolltest, beginnt mit der Zeile: „Krebs ist nicht schön, aber seit ich ihn habe, hat sich meine Lebensfreude unglaublich gesteigert. Mein Leben ist interessanter und bunter geworden“. Diese Fähigkeit zur Anpassung an einen neuen Lebensabschnitt, unerwartet und mit unsicherem Ausgang, macht sprachlos. Die Krankheit annehmen und positiv nutzen stand in Deinem Flyer, mit der Krankheit besser leben wolltest

Du, das „mit“ und das „besser“ waren fett markiert. Es war Dir ernst mit diesem Anspruch, den Du auch anderen Brustkrebspatientinnen nahebringen wolltest. Völlig außergewöhnlich war die Gründung einer Brustkrebsselfhilfegruppe bereits im Verlauf der neoadjuvanten Chemotherapie, der Du Dich vor der Operation unterziehen musstest, und ein halbes Jahr nach Deiner Diagnose, noch im Verlauf der Chemotherapie, nahmst Du bereits Kontakt mit mamazone e.V. auf. Du wolltest eine Organisation im Rücken haben, von der Du Unterstützung und kompetente Informationen für Deine Arbeit vor Ort bekommst. Wir können uns nur geehrt fühlen, dass Du dafür mamazone e.V. ausgewählt hast. Zu einem Kennenlern-Gespräch trafst du Dich mit Almuth Fischer aus Hannover, die Dich als eine sehr lebendige Frau mit einer fröhlichen Art beschrieb.

Diese Lebensfreude...

...wolltest Du Dir auch von Deinem Krebs nicht nehmen lassen, wie Du in Deinen Erinnerungen geschrieben hast. Und Deine ganz besondere Sicht der Dinge ließen Dich beim Verlust Deines langen Haars wohl auch Worte finden wie: „Mit Glatze sehe ich gar nicht so schlecht aus. Später denke ich oft,

wie hübsch die Gesichter vieler Frauen erscheinen, wenn kein Haar stört“. Brauorös bringst Du Deine Chemotherapie hinter Dich und fährst zwischen zwei Infusionen sogar in Urlaub, denn: „Auch unter Therapie sollte man versuchen, sich das Leben so schön wie möglich zu machen“. Echt Gudrun. Im Verlauf eines Kosmetikseminars für Brustkrebspatientinnen fiel Dir auf, wie wohltuend Gespräche mit Gleichbetroffenen wirken. Und da es keine Selbsthilfegruppe gab, hast Du sie eben selbst gegründet und bis kurz vor Deinem Lebensende geleitet. Mamazone brachtest Du in Verbindung mit „Wissen ist Macht“, und es ist tröstlich, dass wir Dir mit Informationen zur Seite stehen konnten.

Vier Jahre später musste Dir in einem Cyberknife-Zentrum eine Gehirnmastase entfernt werden. Auch dort hattest Du auf Deine Umgebung eine überaus angenehme Ausstrahlung und hast die Menschen um Dich in positivem Sinn mitgerissen. Leider war es Dir nicht vergönnt, die Krankheit dauerhaft in Schach zu halten, im Juli 2017 bist Du in das Reich der Seelen übergetreten.

Liebe Gudrun, Du bleibst unvergessen.

Gertrud Rust für Deine Gefährtinnen bei mamazone e.V





Woche für das Leben
„Ich bleibe im Rennen!“

VON EUGENIA KRONE, MAMAZONE-DORTMUND

Im September 2017 lud das Krebszentrum des Klinikums Westfalen in Dortmund zur „Woche des Lebens“ ein. Den Abschluss bildete die „2. Phönixrunde“, eine Runde um den Phönixsee, ganz egal in welchem Tempo.

Frühstart

07:00 Uhr - Samstag. Der Wecker summt. Der erste Blick durchs Fenster mit der nüchternen Feststellung, dass die Wetteransage recht hatte, und der Tag kündigt sich ziemlich nass und grau an. Ausgerechnet heute!

09:00 Uhr - Der Pavillon, das Banner und die Infomaterialien liegen bereits gut verstaut im Auto. Es geht los an den Phönixsee! Der Regen hat etwas nachgelassen, die fast leeren Straßen sehen nun etwas verschlafen und frisch gewaschen aus. Bei solch einem Anblick sieht der Tag nun gar nicht mehr so düster aus.

10:00 Uhr - Gut angekommen. Wir sind auf der Kulturinsel am Phönixsee. Der Regen hat aufgehört. Die schöne Umgebung um den Phönixsee sieht wahrhaftig bei jedem Wetter einladend aus. Das Symbol des Phönix ist für diese Aktion wie geschaffen. Die meisten Pavillons mit den



Lachend und bewegt im Regen

Bilder: Ekaterina Kolesnikova

Infoständen sind bereits aufgebaut und wirken aufmunternd farbenfroh vor der grauen Kulisse. Es sind mehrere Selbsthilfegruppen für verschiedene Krebsarten vertreten. Man kennt sich und winkt sich gegenseitig fröhlich zu. Es gibt kein schlechtes Wetter, nur falsche Kleidung!

10:30 Uhr - Upps, zum Glück ist der Pavillonaufbau geschafft, denn es regnet plötzlich in Strömen. So ein Wetter! Der Lauf soll gleich starten. Es sammelt sich eine Gruppe Laufmutiger in schönen roten T-Shirts mit dem Aufdruck „Ich bleibe im Rennen!“ Angeführt von einem leitenden Arzt und unserer guten Freundin, Breast

Care Nurse Karin Meininghaus, geht es los um den See. Der Lauf ist besonders anziehend, weil es dabei nicht um die Schnelligkeit oder die sportliche Leistung geht, sondern darum, eine Runde um den Phönixsee ganz nach eigenen Vorlieben gehend, walkend oder laufend zurück zu legen.

11:30 Uhr - Die ersten Läuferinnen sind angekommen. Die Stimmung ist sehr gut. Das Wetter heitert sich auf und spielt endlich mit. Ich starte meine Umfrage. Die Vornamen der Läuferinnen sind auf den Lauf-T-Shirts vorne zu sehen, so dass man ohne Umschweife ins Gespräch kommt. Mich

interessieren die Beweggründe. Daher stelle ich immer wieder dieselbe Frage:

Warum sind Sie heute und bei diesem Wetter da?

Marianne: Ja, das Leben ist eben kein Wunschkonzert und das Wetter sowieso nicht. Was soll ich zuhause? Ich habe mich für den Lauf angemeldet und bin mit meiner Freundin hier. Ist doch schön hier, nicht?

Inge: Wie du weißt, bin ich außer bei mamazone auch Mitglied bei den „Lebensläufen“ e. V. Wir haben im Verein zwei Reha-Sportgruppen für Krebspatientinnen, wo wir wöchentlich Gymnastik treiben und anschließend 30 Minuten walken. In den Gruppen herrscht fröhliche Stimmung, es sind viele Freundschaften entstanden, und oft finden wir uns zu gemeinsamen Unternehmungen zusammen. Wenn es darum geht „Flagge gegen den Krebs“ zu zeigen, sind wir immer dabei! Viele von uns sind heute hier. Wir sind auch schon in Köln beim Race for the Cure gelaufen, auch Bochum fällt mir dazu noch ein.

K: Ja gut..., ich bin immer mal bei der Offenen-Tür-Gruppe im Klinikum dabei. Andere wollten auch kommen, dann dachte ich mir: Warum nicht? Ich bin doch nicht alleine da. Die Laufwege sind hier auch schön. Man läuft und hat seinen Frieden...

Anne: Ich wohne hier in der Nähe. Ich laufe hier jeden Tag. Nein, ich bin nicht betroffen, aber ich finde die Idee gut. Daher habe ich mir spontan das rote T-Shirt ohne Namen gegönnt und bin mitgelaufen.

14.00 Uhr: Zum Ausklang werden weiße und rote Luftballons verteilt. Alle stellen sich im Kreis auf und mit dem Ausruf:



Die Mamazonen. Gisela Heidemann, Eugenia Krone und Inge Majoyeogbe

„Mit den besten Wünschen!“ steigen viele Luftballons auf. Es ist so rührend, dass es unter die Haut geht.

Was sagt die Breast Care Nurse?

Ich frage die Breast Care Nurse Frau Karin Meininghaus, wie man auf die Idee gekommen ist, den Brustgesundheitstag in Form eines Laufs um den Phönixsee zu organisieren.

Karin Meininghaus: Die Idee ist bereits vor Jahren beim Vorbereiten der Tombolapreise für das Brustseminar 2014 entstanden. Ich wollte eine Verbindung zwischen dem „ICH-FÜHLE-MICH-WIE-AUS-DER ASCHE“ und dem Phönixlauf schaffen. Und wo kann man das am schönsten gestalten, wenn nicht hier? Eine grüne Veranstaltung am Phönixsee. Das hat für mich gepasst! Ich bin dankbar, dass unsere Öffentlichkeitsarbeit und Marketing Abteilung diese Veranstaltung für das gesamte Krebszentrum und dessen Betroffene, Angehörige und Freunde mit allen Selbsthilfegruppen, natürlich auch mit mamazone als wertvollem Begleiter, mit mir gemeinsam organisiert haben. Nach diesem Phönixlauf 2017 war es mir eine Riesenfreude, zu erleben, wie mein Gedanke für einen Charitylauf bei allen Beteiligten so ein großes Interesse gefunden hat. Nach dem positiven Feedback wurde mir versichert, dass der Lauf zukünftig als feste Veranstaltung einmal im Jahr stattfindet. Das macht mich glücklich.

Mein Eindruck

Unter den Läuferinnen waren trotz des bescheidenen Wetters **aktive** Betroffene, die sich auch anderswo engagieren oder sich gerne dazugesellen. In einer Gruppe fühlt man sich nicht mehr von der „gesunden“ Gesellschaft verstoßen, und die Berührungängste mit dem Thema Brustkrebs verschwinden. Man muss endlich mal einsehen, dass wir **alle** über einen **zerbrechlichen** Körper verfügen. Wie wir damit umgehen, liegt in unserer Hand.

Antihormon- oder Chemo-/Strahlentherapien begleiten

Verträglichkeit verbessern

Immun- und Zellschutz wirksam erhöhen



Kleine, besonders gut schluckbare Tabletten

Equinovo® 50 Tabletten (PZN 8820547) 150 Tabletten (PZN 8820553)	Einmalgabe: 1x2 Tabletten täglich
Equizym® MCA 100 Tabletten (PZN 6640019) 300 Tabletten (PZN 7118928)	Mehrfachgabe über den Tag verteilt: 4x1 oder 2x2 Tabletten

Equizym® MCA / Equinovo® – Immun- und Zellschutz für eine gesunde Schleimhaut- und Stoffwechselfunktion. Equizym® MCA / Equinovo® ist eine Spezialkombination mit Selen, Biotin, pflanzlichen Enzymen und Linsenlektin. Das Produkt ist nicht zur Behandlung, Heilung und Vorbeugung von Krankheiten bestimmt, es dient allein dem Ausgleich eines erhöhten Bedarfs an Spurenelementen und Mikronährstoffen und soll damit die Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens unterstützen.

Vertrieb: Kyberg Pharma Vertriebs-GmbH, Keltnering 8, 82041 Oberhaching

Die Bühne des Lebens

Playbacktheater für Krebsbetroffene

VON PROF. DR. WOLFGANG WENDLANDT

Seit sieben Jahren gibt es nun uns Tumoristen, ein Theaterensemble der ganz besonderen Art: Jede/r von uns hat Erfahrungen mit Krebs (www.tumoristen.de). Wir sind zehn Frauen und vier Männer zwischen 32 und 80 Jahren und haben uns dem Playbacktheater verschrieben. Regelmäßig proben wir im BühnenRausch, einem Szenetheater im Berliner Stadtteil Prenzlauer Berg.

Was ist Playback-Theater?

Bei unseren Aufführungen werden die ZuschauerInnen angeregt, eigene Erlebnisse und Erfahrungen zu erzählen, die wir dann – eingerahmt und begleitet von improvisierter Musik – auf die Bühne bringen. Das Bühnengeschehen entsteht aus dem Moment heraus, es gibt keine auswendig gelernten Texte und keine Regieanweisungen. Alles entwickelt sich spontan aus der kreativen Wechselbeziehung der Akteure. Das intuitive Erleben und die kreative Bezugnahme der SpielerInnen untereinander sind gefragt. So entstehen Skulpturen, Szenen und Lieder. Die inneren Bilder aus den Geschichten der Erzähler werden zu bewegten Bühnenhandlungen, die die Farben des Lebens widerspiegeln, den Ernst und das Leid ebenso, wie den Witz und die Lebensfreude.

Beim Playbacktheater denken sich die Akteure also keine Szenen aus, wie dies bei anderen Improvisationsformen der Fall ist, sondern sie wandeln verbale Geschichten aus dem Publikum mit verschiedenen Improvisationstechniken in ein ästhetisches Bühnengeschehen um. Die wesentlichen Aspekte des Erzählten und die allgemeine menschliche Essenz des

Mitgeteilten werden so zurückgespielt (play back). Bei dieser Art von Theater entsteht eine intensive Wechselwirkung zwischen ZuschauerInnen und SpielerInnen, die von großer Wertschätzung und Toleranz gekennzeichnet ist. Dabei ermöglicht Playbacktheater nicht nur das Durchspielen und die Neubewertung persönlicher Erfahrungen der Vergangenheit, sondern es regt die Betrachter dazu an, aus der Gegenwärtigkeit des Bühnenspiels hoffnungsvolle Wege hinein in die Zukunft aufzuspüren.

Durch unsere regelmäßigen Trainings und Fortbildungen, die wir als Gruppe für die Weiterentwicklung unserer Bühnenfähigkeiten nutzen, ist es uns gelungen, einfühlsam mit Krisen und belastenden Problemlagen der Zuschauer umgehen zu können und selbst Themen wie Tod und Sterben zu spielbaren Bühnenergebnissen werden zu lassen. Das steht nicht im Widerspruch zu der anderen Seite der

Medaille: der Leichtigkeit und dem Humor, der kindlichen Freude und der Ausgelassenheit, die sich in unserem Spiel zeigen. Wir lieben den Humor, die Hinwendung zu Lebensfreude und Übermut. Deswegen haben wir uns „Die Tumoristen“ genannt. Und deswegen gelingt es uns bei unseren Auftritten, das Publikum mit Ausgelassenheit und Lachen anzustecken. Nach unseren Auftritten stellen wir uns der Diskussion mit den Gästen: Fragen zum Playbacktheater werden beantwortet, Nutzen und Effekt der Improvisation auf die Lebensqualität werden erläutert und persönliche Einschätzungen und Rückmeldungen ausgetauscht. Diese höchst interaktive Begegnungsform macht neugierig, schafft Nähe und geht oft unter die Haut.

Für wen spielen wir?

Natürlich spielen wir für Menschen, die in verschiedener Weise mit dem Thema



Bild: Privat



Krebs befasst sind: Laien und Fachleute aus den unterschiedlichsten Lebensbereichen und Berufskontexten ebenso wie StudentInnen der Gesundheits- und Sozialberufe. Unsere Auftrittsveranstaltungen sind Kongresse und Tagungen, Feiern in onkologischen Kliniken, Selbsthilfegruppen- und Patiententage. Als Playbackensemble spielen wir aber auch für Jede/r Frau und Jedermann, die einen unserer öffentlichen Auftritte im BühnenRausch besuchen.

Warum spielen wir Playbacktheater?

In der Regel erschüttert eine Krebsdiagnose auf traumatische Weise die Identität der Betroffenen und löst zahlreiche existenzielle Probleme aus. Der Rückzug aus der Öffentlichkeit ist vorprogrammiert. In dieser Situation fördert das Improvisieren die Lebensgeister, denn es verlangt den Mut, sich zu öffnen und sich zu zeigen. Auf der Bühne entwickeln sich Sicherheit und Vertrauen in die eigenen körperlichen und psychischen Kräfte. Dem Verlust an Vitalität wird entgegengewirkt, und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wird gefördert.

Mit Hilfe unserer Gruppenarbeit und unseres Theaterspiels sorgen wir also zum einen dafür, dass es uns selber bei der Bewältigung unserer Krebserkrankung langfristig gut geht. Zum anderen wollen wir mit unseren öffentlichen Veranstaltungen auch anderen Krebsbetroffenen Mut machen, ein aktives Leben mit gesellschaftlicher Teilhabe zu führen. Wir begreifen unsere Selbsthilfe-Theatergruppe als ein Projekt zur Enttabuisierung der Krankheit Krebs und zeigen, dass Improvisationstheater als eine wichtige Bewältigungsmethode zur Stärkung der Lebensqualität von Krebsbetroffenen begriffen werden kann. Das scheint bei den Onkologen und auch bei den Psychoonkologen noch nicht ausreichend ins Bewusstsein gelangt zu sein. In den Fachpublikationen und auf Kongressen fehlt leider immer noch der Blick auf die Theaterpädagogik, einer in



Bilder: Faran Navid

Deutschland schon seit Jahrzehnten existenten Wissenschaftsdisziplin.

Wertvolle Tumoristen

Als SHG, die durch die AOK Nordost gefördert wird, engagieren wir uns zusätzlich im Rahmen unserer selbstorganisierten Projektarbeit in unterschiedlichen sozialen Aufgabefeldern:

- Wir haben den Aufbau eines zweiten Improvisationsensembles krebsbetroffener Frauen in Tübingen unterstützt und bereits zwei Theatertreffen mit dieser Gruppe in Berlin realisieren können.
- Für Interessenten haben wir eine Mitspielbühne eingerichtet: den SpielplatzTheater. Bei diesen Treffen können Jedefrau und Jedermann nach Herzenslust das Bühnenspiel erproben. Auch Schüchterne verlieren hier ihre Scheu.
- Für Krebsbetroffene, Angehörige und Fachleute organisieren wir Workshops zum Playback- und Improvisationsspiel. Interessenten können sich zu einem Schnuppertag oder Wochenendkurs anmelden.
- Im Januar 2015 haben die Tumoristen, zusammen mit dem Playbacktheater Berlin, eine Spiel-Initiative für geflüchtete Menschen initiiert (<http://www.willkommensbuendnis-steglitz-zehlendorf.de/home/theaterprojekt/>). Seitdem konnten in Kooperation mit unterschiedlichen Trägern Workshops, sowie fortlaufende Trainingsgruppen – auch mit minderjährigen unbegleiteten Jugendlichen – durchgeführt und eine Reihe von Auftritten für Geflüchtete und Helfer veranstaltet werden.

● Unsere Auftrittstätigkeit und unsere anderen öffentlichen Veranstaltungen haben eine Vielzahl an positiven Presereaktionen ausgelöst.

Sie sind herzlich eingeladen!

Kommen Sie zu unseren Auftritten in und außerhalb Berlins. Genießen Sie den Zauber der Improvisation! Termine siehe Website, Anfragen bitte an: info@tumoristen.de.

Sie können uns auch buchen: Auf Wunsch spielen und diskutieren wir mit Ihnen in Ihrer Einrichtung.

Eingeladen sind ebenfalls neue Mitglieder mit Vorerfahrungen im Playbackspiel.

IN NAMEN DES ENSEMBLES

Prof. Dr. Wolfgang Wendlandt

Psychologischer Psychotherapeut,
Leiter der Tumoristen
www.wolfgangwendlandt.de

E-Mail: kontakt@wolfgangwendlandt.de



mamazone-Dorsten

Gemeinsam gegen Brustkrebs!

Ulla Westermann - Infopoint

Kontakt:

E-Mail: westermann@mamazone.de
Telefon: 02362/72832

Viele Frauen, die mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert werden, sind auf der Suche nach Informationen und Gedankenaustausch. Als Betroffene habe ich das selbst erlebt und erfahren können, wie gut es tut, wenn man verstanden wird, wenn jemand zuhört, wenn jemand da ist und einen an der Hand nimmt.



mamazone Bad Oeynhausen - OWL

Heute ist mein bester Tag

Manuela Grandt

Kontakt:

E-Mail: grandt@mamazone.de
badoeynhausen-owl@mamazone.de
Telefon: 0175/8794974

Gruppentreffen: vorläufig jeden ersten Samstag im Monat um 10.00 Uhr
Treffpunkt Haupteingang Reha-Klinik Bad Oeynhausen, Oexen 27, 32549 Bad Oeynhausen Gütersloh

Bei der Erstdiagnose stehen Frauen oft allein und kennen keine Anlaufstellen. So erging es auch mir, und ich fasste deshalb den Entschluss, an Brustkrebs erkrankten Frauen beizustehen. Persönlich ist es mir wichtig, eine mündige Patientin zu sein.



mamazone-Dortmund

*Wir klären auf!
Wir machen Mut!*

Eugenia Krone

Kontakt:

E-Mail: dortmund@mamazone.de,
Telefon: 02305/9023635

Gruppentreffen und Patientinnen Cafe: St. Johannes Hospital, Johannesstr. 9, 44137 Dortmund
Offene-Tür-Gruppe: Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Am Knappschaftskrankenhaus 1, 44309 Dortmund
Termine unter: www.mamazone.de - Regionalgruppen - Dortmund



mamazone-Bodensee

Trost spenden! Aufbauen! Weiterhelfen!

Gertrud Rust, Dipl.-Psych.

Kontakt:

E-Mail: rust@mamazone.de, Telefon: 07731/48886

Gruppentreffen: Jeden letzten Freitag im Monat um 15 Uhr im Onko-Plus-Raum des Hegau-Bodensee-Klinikums, Virchowstraße 10, 78224 Singen/Htwl.

Bei den Gruppentreffen steht die Unterstützung in der individuellen Situation im Vordergrund, begleitet von Informationen zu neuen Entwicklungen in der Brustkrebstherapie. Gemeinsam schaffen wir es.



mamazone-Hannover

Mitgefühl mit unseren Freunden haben wir nicht, indem wir klagen, sondern uns um sie kümmern

Almut Fischer - Infopoint

Kontakt:

E-Mail: fischer@mamazone.de,
Telefon: 05132/7593, Post: Almut Fischer, Erlengrund 5a, 31275 Lehrte

Für Hannover und seine Region stehe ich seit einigen Jahren für Fragen von betroffenen Frauen als Ansprechpartnerin zur Verfügung, die – wie ich auch seinerzeit – unversehens die Diagnose Brustkrebs erhielten. Wenn Sie Rat und Hilfe suchen, rufen Sie mich an oder schreiben Sie mir, ich helfe Ihnen gerne, auch in Fragen des Arbeits- oder des Sozialrechtes.



mamazone-Ostholstein

Wissen ist Sonne, die das Dunkel erhellt und die Seele wärmt

Cornelia Stüwe - Infopoint

Kontakt:

E-Mail: ostholstein@mamazone.de, Telefon: 0821/5213144,
Fax: 0821/5213143

Cornelia Stüwe, langjährige Berliner mamazone, gründete nach ihrem Umzug nach Grömitz mamazones nördlichsten Stützpunkt.

Termine: per Mail oder unter www.facebook.com/mamazone.ev



mamazone-Berlin

Wissen macht Mut! Fachvorträge, Unterstützung und Austausch unter Betroffenen.

Kontakt: E-Mail: berlin@mamazone.de

Gruppentreffen jeden ersten Dienstag im Monat um 17.30 Uhr in der Praxisklinik für Krebsheilkunde, Markt 2 - 3, 13597 Berlin-Spandau



mamazone-Oberpfalz

Das Leben feiern!

Sieglinde Schärtl

Kontakt:

E-Mail: schuertl@mamazone.de, oberpfalz@mamazone.de, Telefon: 0151/70190365

Für die Region Oberpfalz stehe ich als Ansprechpartnerin für alle Betroffenen zur Verfügung. Seit 2006, als ich meine Diagnose erhielt, weiß ich, wie wichtig es ist, sich mit Betroffenen auszutauschen. Gerne nehme ich mir für Sie Zeit. Wir sind alle aufeinander angewiesen. Wir wollen schließlich leben, denn wir haben nur das eine Leben. Und mit Vertrauen auf den Herrgott, der uns leitet und führt, ist auch Unmögliches zu schaffen.



mamazone-Augsburg

Wenn Du schnell gehen willst, geh` alleine, wenn Du weit gehen willst, geh` mit anderen.

Brigitte Welter

Kontakt:

E-Mail: welter@mamazone.de
Telefon: 08232/78812

Gruppentreffen: Jeden letzten Dienstag im Monat um 18 Uhr im Zentralklinikum Augsburg, Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg. Auch Einzelberatung ist möglich, bitte Terminabsprache unter 08232/78812.



mamazone-München

Nähere Informationen:
www.mamazone.de/mamazone/regionalgruppen/muenchen/

Kontakt:

Ulli Kappler:
E-Mail: kappler@mamazone.de
Brigitte Welter:
E-Mail: welter@mamazone.de
Telefon: 08232/78812

Die mamazone Regionalgruppe München trifft sich jeden dritten Dienstag im Monat (außer August und Dezember) von 18 bis 20 Uhr in der „Elternschule des Klinikums Ill. Orden“, Menzinger Straße 48, 80638 München. Patientinnen und Angehörige sind herzlich willkommen.



mamazone Süd-West

Darmstadt | Heidelberg | Mannheim

Zuhören! Mut machen! Informieren!

Nähere Informationen:

<http://www.mamazone.de/mamazone/regionalgruppen/sued-west/>

Kontakt:

E-Mail: sued-west@mamazone.de,
Telefon: 0172/3731140

Wir möchten den Patientinnen und Interessierten Hilfestellung geben, sie informieren und ihnen Möglichkeiten zum (Erfahrungs)-Austausch geben. Unsere Treffen finden im Wechsel in Mannheim bzw. Heidelberg statt. Sie werden rechtzeitig bekannt gegeben. Es besteht auch die Möglichkeit zur telefonischen Einzelberatung (0172/3731140).



Dr. Petra Stieber, Dr. Ralph Wirtz, Prof. Bettina Borisch

DAS BESTE ZUM SCHLUSS

Dr. rer. nat. Ralph Markus Wirtz

„Busenfreund“ 2017

VON ULLI KAPPLER

Diejenigen unter unseren Leserinnen und Lesern, die schon einmal an dem jährlichen mamazone Kongress „Projekt Diplomantin“ im Oktober teilgenommen haben, werden nicht nur wissen, dass dort ein Wissenschaftler/eine Wissenschaftlerin für besonderes Engagement im Kampf gegen Brustkrebs mit dem mamazone „Busenfreund-Award“ ausgezeichnet wird, sondern sie werden auch Dr. Ralph Wirtz kennen, der am Ende eines jeden Kongresstages als „Sandmännchen“ die wichtigsten Erkenntnisse der Vorträge zusammenfasst.

Als zukünftiger Biologe beschäftigte sich unser „Busenfreund“ schon in seiner Diplomarbeit mit der Interaktion von Hormonen und Zellstoffwechsel und damit auch mit der Bedeutung von Hormonen bei der Tumorentwicklung. Selbst am Max-Dellbrück-Zentrum in Berlin-Buch, wo er fünf Jahre arbeitete, ging es um Krebs. Für seine Dissertation erforschte er hier die Wege der Signalübermittlung, die Signaltransduktion, bei aggressiven kindlichen Tumoren, da es immer sein Ziel war, im Kampf gegen Krebs neue diagnostische Methoden zu entwickeln und sie zur Routineanwendung bei der Therapieplanung zu bringen.

So verwundert es nicht, dass ihn sein beruflicher Weg auch zu Bayer HealthCare als Leiter von Projekten im Bereich der diagnostischen Krebsforschung in Begleitung klinischer Studien führte. Der nächste Schritt

führte ihn zu Siemens Healthcare Diagnostics, wo er unter anderem tumorbiologische Mechanismen untersuchte, die für das Ansprechen oder die Resistenz bestimmter Therapien verantwortlich sind.

Warum ist ein junger Biologie-Student so wild entschlossen, die Signatur eines Tumors zu ergründen, um dadurch eine personalisierte Therapie zu ermöglichen, anstelle des lange Jahre geltenden „Gießkannen-Prinzips“?

Eine Antwort gab Ralph Wirtz bei seinem Vortrag in Augsburg:

Seine Großmutter erkrankte 1948 im Alter von 47 Jahren an Brustkrebs, an dessen Folgen sie fünf Jahre später starb. Bis heute hätte er gerne ihren in Paraffin eingebetteten Tumor, um dessen Gensignatur zu ergründen. Das erscheint ihm zwar selbst als sehr unwahrscheinlich, aber „ich gebe nicht auf“, sagte er.

Seit 2010 leitet er inzwischen die Molekularpathologie am Sankt Elisabeth Krankenhaus in Köln Hohenlind, wo er die Abteilung für die Routinediagnostik von Brust- und Darmtumoren aufbaute. Immer geht es ihm also um die molekulare, individuelle Diagnostik für den individuellen Tumor der individuellen Patientin und damit die individuelle Therapie.

Dass er bei so viel Forschergeist und Engagement für Brustkrebs zu den Gründungsmitgliedern der Patientenorientierten NachSorge – Stiftung im Jahr 2007 gehörte,



Auch die Mutter von Dr. Wirtz freut sich Bilder: Kaya

versteht sich von selbst, seit 2017 steht er auch dem Kuratorium der Stiftung vor.

In ihrer Laudatio für ihren Nachsorge-Weggefährten und Kollegen fasste Dr. Petra Stieber es so zusammen: „Es ist viel mehr als Dein Forschergeist was Dich auszeichnet, nämlich Dein Wunsch, die Ergebnisse der Forschung in die Praxis umzusetzen, sozusagen an den Mann oder aufgrund Deiner Forschungsschwerpunkte von Brust- und Eierstockkrebs an die Frau zu bringen.“ Und fügte hinzu: „In Summe stehst Du als Biologe den Patienten sehr nahe, näher als so mancher Arzt! Mit dem Busenfreund 2017, lieber Ralph, möchten wir Dir unseren ganz besonderen Dank und unsere hohe Anerkennung aussprechen.“

Damit sprach sie den vielen Brustkrebspatientinnen im Auditorium aus dem Herzen, – die der Bitte des neuen Busenfreundes gerne nachkamen, auf die gewohnte Vortrags-Zusammenfassung des „Sandmännchens“ an diesem besonderen Abend verzichten zu dürfen.



Nächste Generation im Anmarsch?

IMPRESSUM

Herausgeber:

mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.
Max-Hempel-Straße 3 | 86153 Augsburg
Telefon: 0821/2684191-0 | Telefax: 0821/2684191-1

V.i.S.d.P. (alphabetisch): Almuth Fischer, Dipl.-Psych. Gertrud Rust, Sieglinde Schärfl

Redaktion: Ulli Kappler, Gertrud Rust

Chefin vom Dienst: Ulli Kappler, E-Mail: kappler@mamazone.de

Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe (nach Reihenfolge der Artikel): Gertrud Rust, Almuth Fischer, Tanja S., Ulli Kappler, Prof. Dr. Milomir Ninkovic, Dr. Arian Rezai, PD Dr. Niclas Broer, Dr. Franz Stadler, Trude Ullrich, Elisabeth Brünstler, Petra G., Dr. Sandra Otto, Eugenia Krone, Prof. Dr. Wolfgang Wendlandt

Anzeigen: Gertrud Rust, E-Mail: rust@mamazone.de

Interviewpartner in dieser Ausgabe: Britta B., Prof. Dr. Sigrid Harendza

Gestaltung & Layout: Markus Läbe, info@medien-designer.info

Auflage: 20.000 Exemplare

Druck: flyerheaven GmbH & Co. KG, Oldenburg

Bildredaktion: Markus Läbe, Gertrud Rust, Ulli Kappler

Haftung: Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion vom Herausgeber nicht übernommen werden. Kein Teil dieser Publikation darf ohne ausdrückliche Genehmigung des Herausgebers in irgendeiner Form verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Haftung übernommen.

Bildnachweise:

Titelseite: Sergey Nivens, Fotolia, Photographee.eu, Fotolia | Seite 6: deagreez, Fotolia | Seite 8: Antonioguillet, Fotolia | Seite 10: Fiedels, Fotolia; bunditinay, Fotolia | Seite 11: zinkevych, Fotolia | Seite 12: lulu, Fotolia | Seite 16: WavebreakMediaMicro, Fotolia | Seite 18: lyosha_nazarenko, Fotolia | Seite 24: Sondem, Fotolia | Seite 26: Stastique, Fotolia | Seite 30: PhotoSG, Fotolia | Seite 31: Markus Läbe | Seite 36: Monkey Business, Fotolia | Seite 39: Kalle Kolodziej, Fotolia | Seite 40: boltenkoff, Fotolia | Seite 41: normankrauss, Fotolia | Seite 42: Magorzata, Fotolia; Gresei, Fotolia | Seite 43: nata777_7, Fotolia; dima_pics, Fotolia; Igor Normann, Fotolia

ANZEIGE

„Machen Sie die Früherkennung von Brustkrebs zu Ihrer Herzenssache“

mamazone e.V. will Brustkrebsbetroffene, ihre Familien, gesunde Frauen, Vertreter aus der klinischen Medizin und der Gesundheitspolitik, aus Industrie und Forschung an einen Tisch bringen, um gemeinsam dem Thema Brustkrebs eine laute Stimme zu geben.

PIA HETZEL
mamazone-Mitglied

mamazone



Foto: Foto Rammler, Fulda

Spendenkonto:

mamazone e.V. • Stadtparkasse Augsburg • IBAN: DE84720500000000076760 • BIC: AUGSDE77XXX

DIE STIMME FÜR FRAUEN MIT BRUSTKREBS



mamazone

mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.
Max-Hempel-Straße 3 | 86153 Augsburg
Telefon: 0821/2684191-0
Spendenkonto: Stadtparkasse Augsburg
IBAN: DE84 7205 0000 0000 076760
BIC: AUGSDE77XXX

www.mamazone.de