

# Faszinierende Psychoneuroimmunologie

- 4 Was haben Gefühle mit unserer Gesundheit zu tun?
- 22 Körpereigene Abwehr und Krebs
- 35 Das Hospiz - ein Zuhause in der letzten Phase des Lebens
- 47 Aufrecht gegen den Wind – Marc Naumanns Segelrebellin
- 48 Überlebenskunst eines Babys
- 53 Sozialmedaille für die Busenfreundin

## Titelthema

---

- 4 Faszinierende Psychoneuroimmunologie  
**Was haben Gefühle mit unserer Gesundheit zu tun?**
- 8 Wer beeinflusst wen?  
**Wechselwirkungen zwischen Leib und Seele**
- 13 Wenigstens reden sollte man miteinander  
**Dialogforum „Pluralismus in der Medizin“**
- 14 Wie läuft's woanders?  
**Ein Blick über den Ozean nach Amerika**

## Medizin und Forschung

---

- 16 D,L-Methadon in der Krebstherapie  
**Was sagt die Entdeckerin der erstaunlichen Wirkung?**
- 20 **Patientenberichte**
- 22 Hilfe zur Selbsthilfe  
**Körpereigene Abwehr und Krebs**
- 24 Lymphknoten entfernt – was nun?  
**Die Transplantation von Lymphgefäßen**
- 25 Mikrogefäßchirurgie  
**Lymphgefäßstransplantation in der Praxis**
- 28 Wirkt sie, oder nebenwirkt sie nur?  
**Daneben getroffen: Chemotherapieresistenzen**
- 30 Das Detect Studienkonzept  
**Zielgerichtete Therapien für Patientinnen mit einer metastasierten Erkrankung**

## mamazone Brennpunkt

---

- 32 Palliativmedizin?  
**So weit bin ich doch noch nicht!**
- 35 Das Hospiz  
**Ein Zuhause in der letzten Phase des Lebens**
- 39 Der Tod kann auch als Freund kommen  
**Gedanken über das Lebensende**
- 41 Autonomie am Lebensende?  
**Sterbebegleitung in Europa**

## Gut zu wissen

---

- 42 Zwischen Anspruch und Wirklichkeit  
**Patientenkompetenz und leitlinienorientierte Medizin – ein Plädoyer**
- 44 Gemeinschaft und Abenteuer  
**Adventurecare für Familien**
- 45 Ein Spezialist für mich  
**Hilfe bei der Arztsuche**
- 46 Papier ist geduldig  
**Vom Recht haben und Recht bekommen**

## Aus eigener Erfahrung

---

- 47 Aufrecht gegen den Wind  
**Marc Naumanns Segelrebellin**
- 48 Überlebenskunst eines Babys  
**Schwangerschaft während Chemotherapie entdeckt**
- 50 Ein schwieriges Kapitel  
**Die Arzt-Patienten-Kommunikation**

## Für Sie gelesen

---

- 52 Hoffnung macht stark  
**Zuversicht durch Mut-Mach-Bücher**

## mamazone Intern

---

- 53 Ehre, wem Ehre gebührt  
**Sozialmedaille für Busenfreundin**
- 54 Geld regiert die Welt  
**Rufmord an Selbsthilfegruppen**
- 56 Wir danken einer lieben Spenderin  
**Neuer Mitgliedsbeitrag**

## Aus den Regionen

---

- 57 Lichterfest in Dorsten  
**Gemeinsam am Ruder gegen den Krebs**
- 58 **Münchnerinnen laufen für Frauen mit Brustkrebs**  
**Dorstener Tag der Brustgesundheit am 12. März 2016**

*Liebe Leserin,  
lieber Leser.*

**D**ie Reaktion auf unsere D,L-Methadon-Beiträge im letzten mamazoneMAG übertraf alle Erwartungen. Mehr als 60 Patientinnen und Angehörige von Patientinnen riefen in den ersten Wochen nach Erscheinen des Heftes an, um sich noch genauer zu informieren oder einfach nur zu bedanken.

Am erfreulichsten aber war die Mitteilung von Patientinnen, ihr behandelnder Arzt habe darum gebeten, die Artikel lesen zu dürfen, um mit dem Palliativmediziner Dr. Hilscher und der Entdeckerin der Methadon-Wirkung auf Krebszellen, Dr. Claudia Friesen, persönlich Kontakt aufnehmen zu können. Und nicht nur das: Selbst die renommierte Zeitschrift „Mamma MIA!“ ließ einen Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Wort kommen, der sich aufgrund seiner Patientinnen-Anfragen positiv-abwartend zu dem Thema äußerte.

Aus diesem Grund haben wir für diese Ausgabe beschlossen, mit Frau Dr. Friesen direkt zu sprechen, statt nur über sie. Das Interview beginnt auf Seite 16 in der Rubrik „Medizin und Forschung“. Im Anschluss finden Sie vier kurze Berichte von PatientInnen über ihre Erfahrungen und Erfolge mit D,L-Methadon. Übrigens: Eine Anfrage der Redaktion an die Firma Novartis zur finanziellen Unterstützung der geplanten D,L-Methadon-Studien von Frau Dr. Friesen wurde leider abschlägig beschieden. Wie sagte doch Dr. Hilscher im letzten Heft: „... man kann mit Methadon kein Geld verdienen.“ Da erzähle uns noch einer, den Pharmafirmen gehe es ausschließlich ums Patientenwohl!

Unser Titelthema befasst sich diesmal aber weder mit neuesten Antikrebs-Medikamenten, noch innovativen Operationsverfahren, sondern mit dem noch jungen Forschungszweig der Psychoneuroimmunologie, dem Wechselspiel von Psyche und körperlichem Wohlbefinden. Was hat die Seele mit unserem Immunsystem zu tun – und das Immunsystem mit der Seele? Was macht uns krank, und was könnte uns gesund machen? Welchen Einfluss haben Stress und Streit, Gefühle der Kränkung und Wut auf unsere Gesundheit? Und: Kann man messen, was uns krank macht? Lesen Sie die spannenden Erkenntnisse auf den nächsten Seiten und erfreuen sich an der Aussicht, selbst eine Menge zu Ihrer Gesundheit beitragen zu können.

Ein schwieriges Thema haben wir in unserem Brennpunkt (ab Seite 32) aufgegriffen: die Palliativmedizin und das Hospiz als Zuhause in der letzten Phase des Lebens. Eine Palliativärztin klärt über grundsätzliche Strukturen auf, die Stationsleiterin eines Münchner Hospizes erzählt in einem Gespräch von ihrem Alltag und sagt: „Wir lachen sehr viel mit den Menschen – es ist keine Traueratmosphäre bei uns.“ Und dass der Tod auch als Freund kommen kann, dazu hat sich Gertrud Rust Gedanken gemacht – auch im Hinblick auf ihren eigenen Tod.



Sind Leitlinien, die die Therapie für z. B. Brustkrebs regeln, tatsächlich ein zwingendes MUSS oder nicht doch eher nur Orientierungshilfe für Patientinnen und Patienten? Mit diesem interessanten Thema beschäftigt sich Dr. med. Nicole Weis ab Seite 42. Sie plädiert für ausführliche Arzt-Patientengespräche bei der Therapie-Entscheidungsfindung und zitiert eine Studie, nach der 70 Prozent aller PatientInnen die Informationsquelle Arzt für die wichtigste halten – daneben aber immerhin 50 Prozent sich in Selbsthilfegruppen Rat und Hilfe suchen.

Eine junge Frau bot uns vor einigen Wochen ihre unglaubliche Geschichte an: Schwangerschaft während Chemotherapie entdeckt. 29 Wochen hat das Baby im Bauch der an Brustkrebs erkrankten Mutter gesund überlebt. Wir fanden die ‚Überlebenskunst eines Babys‘ großartig. In unserer Rubrik „Aus eigener Erfahrung“ können Sie auf Seite 48 diese Geschichte lesen.

Apropos ‚lesen‘: Kennen Sie das Buch „Alles ist möglich, auch das Unmögliche“? Gertrud Rust empfiehlt Ihnen auf Seite 52 gleich zwei Mut-mach-Bücher.

Ich wünsche Ihnen eine angeregte Lektüre.

Herzlich,  
Ihre

Ulli Kappler

Ulli Kappler

Faszinierende Psychoneuroimmunologie

# Was haben Gefühle mit unserer Gesundheit zu tun?

VON ULLI KAPPLER

Seit einiger Zeit gewinnt ein noch junges interdisziplinäres Forschungsgebiet zunehmend an Bedeutung, das sich mit dem komplexen Wechselspiel unserer Körpersysteme und der Psyche befasst: die **Psychoneuroimmunologie (PNI)**.

Die Psyche, so die Erkenntnis, nimmt Einfluss auf das Nervensystem und beide wiederum wirken sowohl auf das Hormon-

Körper. Engel ging davon aus, dass Biologisches, Psychisches und Soziales nicht voneinander getrennt betrachtet werden dürfen, sondern Teile eines miteinander interagierenden Systems bilden, die folglich gemeinsam an der Entstehung einer Krankheit mitwirken (bio-psycho-soziales Krankheitsmodell).

Bei der Beantwortung der Frage, warum ein Mensch zum Beispiel Übergewicht,

Die große Frage für die Psychoneuroimmunologie ist dabei vor allem die Frage nach dem Stellenwert der Psyche im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit. Warum und wie wirken sich psychologische (und psychotherapeutische) Prozesse auf unsere körperlichen Funktionen aus? Warum und wie drücken psychische Belastungen nicht nur auf die Seele, sondern auch auf den Magen oder den Darm?

*Geh du voran, sagt die Seele zum Körper, auf mich hört er nicht – vielleicht hört er auf dich! Na gut, sagt der Körper, dann werde ich krank, dann hat er Zeit für dich!*

*Ulrich Schaffer, Fotograf und Schriftsteller \*1942*

system als auch auf unser Immunsystem. Diese Wirkzusammenhänge sind aber keine Einbahnstraße, sondern alle Systeme befinden sich permanent in wechselseitigem Austausch. Obwohl diese fachübergreifende Wissenschaft genau jene Aspekte erforscht, die die Ursache mancher Krankheit besser erklären und eine unterstützende Rolle bei der Heilung spielen könnte, führt sie in der evidenzbasierten Medizin noch ein Schattendasein.

## Das bio-psycho-soziale Modell

Im Mittelpunkt der PNI steht der ganze Mensch mit allen Organen, Geweben, Zellen und seiner Psyche, folgt also dem bio-psycho-sozialen Modell. Dies von dem amerikanischen Psychiater George Libman Engel (1914 - 1999) Ende der 70er Jahre entwickelte Modell gilt als das bedeutendste Erklärungsmodell für die Beziehung zwischen Geist/Seele und

Diabetes oder Krebs hat, bezieht dieses Modell die drei Faktoren gleichberechtigt mit ein. Gesundheit bedeutet daher nicht unbedingt die Abwesenheit von Bakterien, Viren oder psychischen Störungen, sondern die Fähigkeit des „Systems Mensch“ diese Störfaktoren wirksam zu kontrollieren. So wird Krankheit im Gegenzug auch definiert als fehlende Kompetenz des Systems Mensch, aufgetretene Störungen selbstregulierend zu beseitigen [1].

Warum und wie reagiert unser Immunsystem auf Gedanken und Gefühle – positive wie negative?

## Alles ist mit allem verwoben

Die Vorstellung, dass alles mit allem vernetzt ist, ist nicht neu. Für einen Buddhisten und auch für einen Quantentheoretiker ist es selbstverständlich, dass alles wechselseitig voneinander abhängt – und nichts statisch, sondern alles immer im Fluss ist.

Schon 1878 vermutete der französische Chemiker und Mikrobiologe Louis Pasteur einen Zusammenhang zwischen Stress und Infektionsanfälligkeit bei Hühnern [2]. Knapp 90 Jahre später wurde dies durch den amerikanischen Virologen A.F. Rasmussen und einen japanischen Stipendiaten der amerikanischen „National Academy of Sciences“, Dr. Shueh-Sen Chang, an der Universität von Kalifornien



in Los Angeles im Mäuseversuch bestätigt. Mäuse wurden mit Viren infiziert, die Krebsgeschwülste erzeugen konnten. Bei der Gruppe von Tieren, die einem unangenehmen Dauergeräusch und schmerzhaften Stromschlägen bei der Futtersuche ausgesetzt war, entstanden wesentlich häufiger Tumore, als in der Gruppe, die ruhig in ihrem Käfig leben konnte. [3]

### Der Gründervater

Der Namensgeber und offizielle Gründervater der modernen Psychoneuroimmunologie ist aber der ehemalige Professor für Medizinische Psychologie Robert Ader, der 1975 zusammen mit seinem Kollegen Nicholas Cohen (beide University of Rochester, USA) ein Experiment mit Ratten durchführte, das den Weg für weiterführende Experimente ebnete. Sie konditionierten die Tiere zunächst auf eine süße Saccharin-Lösung (konditionierter Stimulus). Im nächsten Schritt verabreichten sie ein Übelkeit auslösendes, immunsuppressives Zytostatikum (Cyclophosphamid) zusammen mit der Zuckerlösung (unkonditionierter Stimulus), wodurch mehrere Tiere starben. Als sie das Experiment später mit Saccharin-Lösung ohne Zytostatikum wiederholten, stellten sie fest, dass einige Ratten starben, obwohl es sich lediglich um die Zuckerlösung gehandelt hatte. Ihr Immunsystem hatte gelernt, die Wirkung des Cyclophosphamids mit einer völlig harmlosen Süße zu verknüpfen und körperlich entsprechend negativ zu reagieren [4, S.5+216].

Zu Robert Aders Tod am 20. 12. 2011 sagte Eric Caine, M.D. Vorsitzender der Abteilung für Psychiatrie an der University of Rochester Medical Center: "His work has extraordinary implications, not only for understanding immunological

responses to stress and disease, but also for appreciating the potentially powerful positive effects of what so many call the 'placebo effect.' " (*Seine Arbeit hat nicht nur enorme Auswirkungen auf das Verstehen der Immunantwort auf Stress und Krankheit, sondern auch auf die Anerkennung der potenziell mächtigen positiven Effekte, die man allgemein ‚Placebo-Effekt‘ nennt.*) [5]

### Das Sauce-Béarnaise-Syndrom

Martin Seligman, US-amerikanischer Psychologe, prägte für eine erlernte Geschmacksaversion den Begriff des ‚Sauce-Béarnaise-Syndroms‘.

Nachdem er sich, bedingt durch eine Magen-Darm-Grippe, nach dem Genuss einer Sauce Béarnaise übergeben musste, hegte er sein Leben lang einen Widerwillen gegen diese Sauce.

Mit einem ähnlichen Symptom sind viele Brustkrebs-Krebspatientinnen konfrontiert, die bei der Infusion des rot-orangen Chemotherapeutikums Epirubicin unter Übelkeit litten. Monate, oft Jahre später wird ihnen allein beim Anblick einer roten Flüssigkeit immer noch schlecht. Dies bezieht sich manchmal sogar auf bestimmte Gerüche, die in der onkologischen Praxis herrschten – und selbst auf eine Farbe, wenn sie mit der Farbe des Raumes identisch ist, in dem die Chemotherapie stattfand.

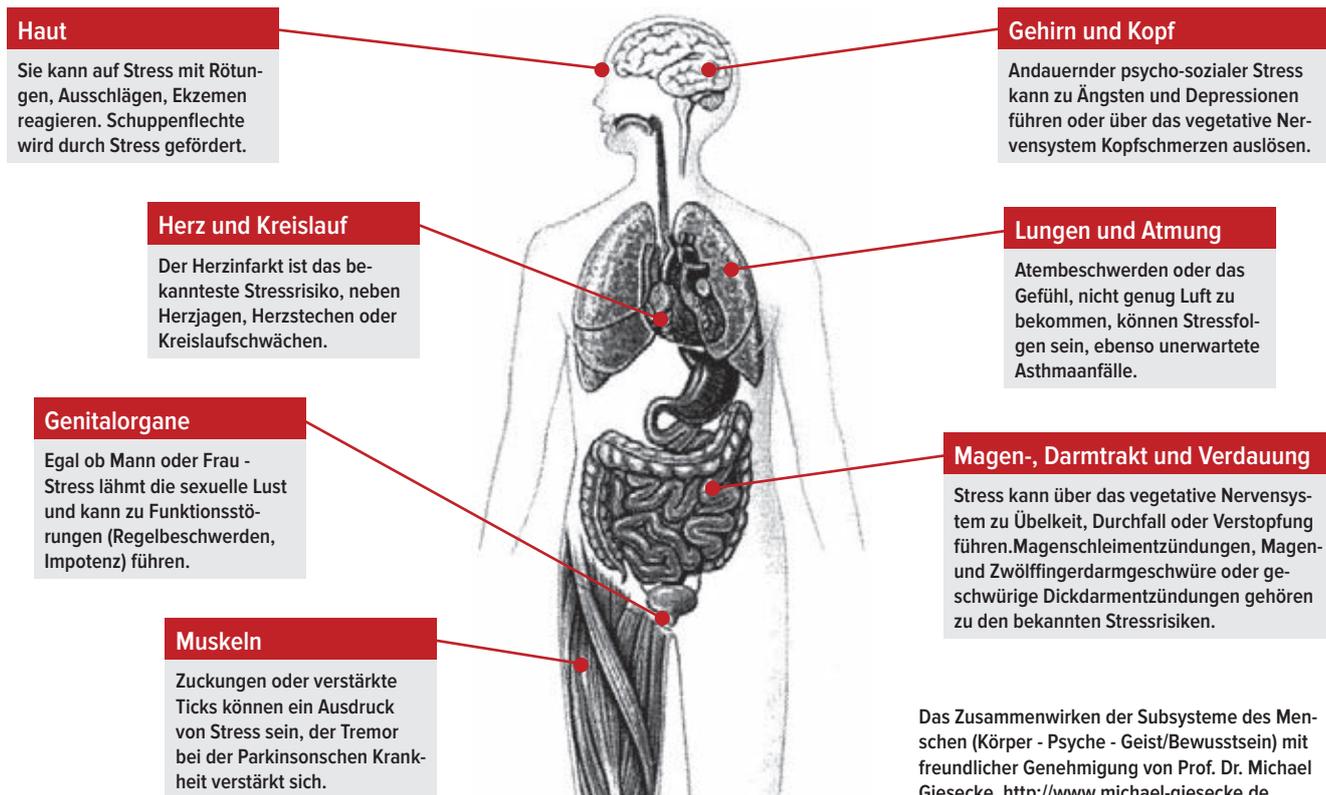
### Das Problem mit der Erwartungshaltung

Aber nicht nur eine erlebte negative Erfahrung, sondern auch eine pessimistische Erwartungshaltung kann starke körperliche Symptome hervorrufen wie eine finnische

Studie zeigte, die auf dem 9. Kongress der Europäischen Schmerzförderung EFIC „Pain in Europe IX“ vom 2. bis 5. September 2015 in Wien vorgestellt wurde. Bei Brustkrebs-Patientinnen, die aufgrund großer seelischer Belastung bereits vor der Operation mit Schmerzen nach ihrer Operation rechneten, traten diese auch tatsächlich ein. Die Studienautorin Reeta Sipilä sagte: „Unsere Arbeit zeigt, wie wichtig es ist, die seelische Verfassung der Patientinnen zu berücksichtigen, um ihnen anhaltend starke Schmerzen nach der Operation zu ersparen“. [6]

An diesem inzwischen als Nocebo-Effekt (nocebo = ich werde schaden) bekannten Phänomen wird weltweit geforscht. Die in den Gedanken entstandene Schmerz-Erwartungshaltung, ausgelöst durch die psychische Belastung der Diagnose Brustkrebs und die bevorstehende Operation, ist laut Fabrizio Benedetti, italienischer Neurophysiologe, hirn-physiologisch insofern messbar, als dass negative Gedanken die Ausschüttung des Glücks-Hormons Dopamin dämpfen. Ein Botenstoff, der die Schmerzerwartung begleitet, ist das im Darm gebildete Cholecystokin (CCK), das dabei vermehrt freigesetzt wird. [7] Darüber hinaus ist dieses Peptidhormon, welches als Neurotransmitter auch im





Gehirn eine wichtige Rolle spielt, an der Entstehung von Angst und Panik sowie bei Angststörungen beteiligt. [8]

### Überlebensprognose: drei Wochen

Wenn Gedanken und Gefühle in Form negativer Erwartungshaltung oder negativer Erinnerung diesen starken Einfluss auf unsere körperliche Befindlichkeit haben, erstaunt es umso mehr, dass die Psychoneuroimmunologie nicht längst zu dem Forschungsgebiet schlechthin erklärt wurde. An Ärzten, die ihren PatientInnen nach wie vor bei lebensbedrohlicher Erkrankung eine Überlebensprognose von zwei bis drei Wochen mitteilen (*siehe Patientinnenbericht in diesem Heft*), scheinen diese Forschungsergebnisse offenbar abzuprallen.

Dr. Werner Bartens, Arzt und Medizinredakteur der Süddeutschen Zeitung, zitiert im SZ-Magazin vom April 2013 den Frankfurter Chirurgen Bernd Hontschik, den er als einen der seltenen Mediziner beschreibt, der das duale Weltbild von Ursache und Wirkung anzweifelt und dafür eintritt, die Psychosomatik in jede ärztli-

che Fachrichtung zu integrieren: „Je nachdem, welche Bedeutung der Patient der Therapie oder dem Wort des Arztes beimisst, kann eine ärztliche Handlung entscheidend sein oder aber auch wunderbar wirken. Lebewesen funktionieren nicht wie Maschinen (...) Ärztliche Kunst besteht darin, die Bedeutungserteilung durch den Patienten zu kennen und zu nutzen – alles andere kann auch ein Handwerker.“ [9]

Die Anerkennung einer Wechselwirkung zwischen Erwartungshaltung, die sich in den Gedanken und im Gefühl entwickelt und deren Einfluss auf das Immun-, Nerven- oder Hormonsystem, dürfte grundsätzlich kein Akzeptanzproblem mehr sein. Wie genau diese Interaktionen funktionieren, ist zwar noch nicht hinreichend geklärt, aber dass sie existieren, steht zweifelsfrei fest.

### Stress und Gesundheit

Bluthochdruck, Schlafstörungen, Herzrhythmusstörungen, Burnout ... „Stress-Symptome“ diagnostiziert der Arzt, wenn keine organischen Ursachen zu finden sind und verschreibt Blutdrucksenker,

Beta-Blocker oder Psychopharmaka. Auch die Psychoneuroimmunologie erforscht den Zusammenhang zwischen Stress und körperlichen Erkrankungen, konzentriert sich dabei aber auf die mit psychischem Stress einhergehenden Funktionsveränderungen im limbischen System und die psychologische Behandlung. [4,S.70]

Als „Vater der Stressforschung“ gilt der österreichisch-kanadische Mediziner Hans Selye (1907 – 1982), der Stress als unspezifische Antwort des Körpers auf jegliche Anforderung definierte. Er unterschied zwischen dem positiven Eustress und dem negativen Distress (englisch: distress). Ob Stress als Eu- oder Distress empfunden wird, hängt in vielen Fällen von der Persönlichkeitsstruktur des einzelnen Menschen ab. Mit 250 km/h über die Autobahn zu jagen, kann für den einen ein berauschender Kick sein, für den anderen, der auf dem Beifahrersitz sitzt, eine mit Herzklopfen und Anspannung verbundene Angst.

Kommt es durch mitmenschliche Konflikte, Arbeitsüberforderung oder Angst zu Distress, setzt eine Kaskade von Abwehrreaktionen ein. Wird dieser negative

Stress zum Dauer- oder chronischen Stress, reagiert der Körper mit unterschiedlichsten Symptomen. Wie das Schaubild zeigt, kann jeder Zellverbund unseres Organismus betroffen sein. Ganzheitlich orientierte Ärzte verordnen infolgedessen nicht nur ein Medikament gegen Migräne, sondern versuchen, mit dem Patienten gemeinsam einer tiefer liegenden Ursache auf den Grund zu gehen.

Die steigende Stressbelastung am Arbeitsplatz hat im Übrigen weltweit eine Zunahme von Allergien bewirkt. Außerdem weiß man inzwischen, dass gestresste Mütter durch zu viel Cortisol-Ausschüttung ihren Fötus belasten und sein Immunsystem gefährden. Das gleiche gilt für traumatische Erfahrungen in der Kindheit, die später bei Erwachsenen unter anderem zu rheumatischen Erkrankungen führen können.

Nachdem eine Reihe von Studien den negativen Einfluss belastender psycholo-

gischer Faktoren auf unser körperliches und seelisches Wohlbefinden gezeigt hat, stellt sich zum Schluss die Frage, ob es in gleichem Maße immunaktivitätssteigernde Faktoren gibt.

Die norwegische Forscherin Lise Solberg Nes und die amerikanische Professorin für Psychologie Suzanne C. Segerstrom beschreiben in einem Beitrag in „Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie“ verschiedene Positivfaktoren, die für das Abwehrsystem relevant sind: Dazu zählen unter anderem der Optimismus, der Attributionsstil, d.h. die Art und Weise, wie die Ursache von Ereignissen erklärt wird, der Selbstwert, die Selbstwirksamkeit, d.h. der Glaube an die eigenen Fähigkeiten, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, sowie positive Gefühle wie Begeisterung und Glück und – ganz wichtig – soziale Beziehungen.

Diese Positivfaktoren, die nicht von Natur aus in jedem verankert sind, lassen

sich, so die Autorinnen, durch psychotherapeutische Interventionen stärken, die sich dann wiederum auf die Immunaktivität auswirken. [4, Seite 168]

Wie und mit welchen Ergebnissen die heutige Psychoneuroimmunologie-Forschung den Einfluss belastender oder beflügelnder Gedanken, Handlungen und sozialer Komponenten auf die seelische Verfassung messen kann und wie sich dies aufgrund komplexer Zell-Interaktionen auf unser Immunsystem und damit auf Gesundheit und Krankheit auswirkt, lesen Sie im anschließenden Interview mit Professor Dr. Dr. Christian Schubert, einem PNI-Forscher mit „Leib und Seele“.

#### WEITERE INFORMATIONEN

Quellen können bei der Redaktion angefordert werden: kappler@mamazone.de

ANZEIGE



## FORTSCHRITT FÜR DIE BRUSTREKONSTRUKTION

Human-Haut Transplantate zum Einsatz in der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie.

Das Deutsche Institut für Zell- und Gewebeersatz (DIZG) ist ein gemeinnütziger Hersteller von Gewebeersatz. Im Vordergrund stehen Forschung und Entwicklung verbunden mit dem Ziel, Patienten eine verbesserte Perspektive auf Heilung und Verbesserung der Lebensqualität zu bieten. Grundlage der Verwendung eines DIZG-Transplantats muss stets die Beurteilung des Operateurs sein, dass die Verwendung humaner Gewebetransplantate aus medizinischen Gründen geboten ist.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin über die Möglichkeiten des Einsatzes eines DIZG-Gewebetransplantats zur Unterstützung der Brustrekonstruktion.

Wer beeinflusst wen?

# Wechselwirkungen zwischen Leib und Seele

ULLI KAPPLER SPRACH MIT UNIV. PROF. DR. DR. CHRISTIAN SCHUBERT

**P**rofessor Schubert ist Arzt, Psychologe und Psychotherapeut. Er leitet das Labor für Psychoneuroimmunologie an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie in Innsbruck.

**mamazone:** Herr Professor Schubert, Sie haben 2012 auf dem mamazone Kongress „Projekt Diplompatientin“ einen spannenden Vortrag über die Psychoneuroimmunologie gehalten, bei dem Sie erzählten, dass Sie seit knapp 20 Jahren begeisterter Forscher sind und gemeinsam mit Kollegen die Wechselwirkungen zwischen der Psyche und dem Immunsystem analysieren. Gibt es inzwischen neue Daten, neue Erkenntnisse in der PNI-Forschung?

**Prof. Schubert:** Nun, wir untersuchen weiterhin die psychosomatische Komplexität und finden hierbei erstaunliche Ergebnisse.

**mamazone:** Können Sie das genauer erklären?

**Prof. Schubert:** Wir wollen zeigen, wie die Psyche mit dem Körper, dem altgriechischen ‚soma‘ verflochten und vernetzt ist und wie vielschichtig die Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele mit ihren Auswirkungen auf unsere Gesundheit sind. Lange ging man ja davon aus – und bis heute wird in der Biomedizin so diagnostiziert und behandelt – dass die verschiedenen Systeme unseres Organismus, zum Beispiel das Nerven-, Hormon- und Immunsystem unabhängig voneinander arbeiten und man infolgedessen auch nur den geschädigten Teil des Systems untersuchen und therapieren muss.

**mamazone:** Wie gehen Sie konkret vor, um Ergebnisse zur psychosomatischen Komplexität zu bekommen?

**Prof. Schubert:** Wir haben in den letzten 20 Jahren ein Studien-Design entwickelt, das wir die ‚integrative Einzelfallstudie‘



Univ. Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M.Sc. Christian Schubert.

nennen. Wir bitten unsere Patientinnen, das sind bis dato Patientinnen aus dem Autoimmun-Bereich und auch Brustkrebs-Patientinnen, mindestens 25 Tage lang in 12-Stunden-Abständen, von 8 Uhr in der Früh bis 20 Uhr am Abend und von 20 Uhr am Abend bis 8 in der Früh, ihren gesamten Harn zu sammeln. Dann liegen 25 Mal zwei 12-Stunden-Zeiteinheiten vor, also insgesamt 50 Messungen. Die brauchen wir, um eine gute Datengrundlage für die statistischen Berechnungen zu haben. Parallel zu dieser Sammlung der Harnen bitten wir die Patientinnen um 8 Uhr in der Früh und um 20 Uhr am Abend Fragebögen zu ihrer Alltagsrealität zu beantworten. Einschließlich der Ereignisse, die in den vergangenen 12 Stunden stattgefunden haben.

Einmal pro Woche bringen die Patientinnen dann ihren Harn zum Tiefgefrieren in die Klinik und geben ihre beantworteten Fragebögen ab. In einem Interview werden sie zur vergangenen Woche befragt, was passiert ist und wie belastend das war, ob das vorhersehbar und kontrollierbar war, welche Emotionen es angesprochen hat und welche Menschen bei

diesen Ereignissen beteiligt waren. Das können positive und negative Ereignisse sein. Psychotherapeuten treffen sich dann für etwa zwei Tage, um herauszufinden, wie emotional bedeutsam und be- oder entlastend die Ereignisse für die Patientinnen waren. Anschließend kodieren wir die 12-Stunden-Einheiten mit Einsen und Nullen, woraufhin binäre Stressreihen und positive Ereignis-Reihen resultieren. Die setzen wir dann mit den psychischen, immunologischen und endokrinologischen Variablen in Beziehung und suchen nach Zusammenhängen zwischen den emotional bedeutsamen Ereignissen und den Ergebnissen der Harnuntersuchungen.

**mamazone:** Was ist das Besondere daran?

**Prof. Schubert:** Mit dieser Form des Designs können wir Zeitverzögerungen zwischen dem Auftreten von stressigen Ereignissen und immunologischen Reaktionen herausfinden, die bis dato in der Psychoneuroimmunologie nicht vorhanden waren. Wir können Reaktionsmuster und Wechselwirkungen zwischen psychischen Faktoren und Immunsystem und umgekehrt zwischen Immunsystem und Psyche aufzeigen. Das sind alles Dinge, die man in der normalen Gruppenforschung der Biomedizin nicht machen kann. Ich halte den in der klinisch-biomedizinischen Forschung üblichen Gruppenvergleich, zum Beispiel das Prä-Post-Design (vorher – nachher-Vergleich), für einen falschen Ansatz zur Untersuchung von menschlichem Leben.

**mamazone:** Welche Werte können Sie im Harn messen?

**Schubert:** Da messen wir zum Beispiel Neopterin, einen Immunparameter der zellulären Immunität, ein Pteridin-Derivat, das von Makrophagen nach Aktivierung durch natürliche Killerzellen freigesetzt wird. Es ist ein immunologisches

Stoffwechselprodukt, das in ganz enger Verbindung mit Stressoren steht. Aber wir können auch Cortisol messen, Interleukin-6 und andere Stoffe.

**mamazone:** *Ist das im Harn eine genauere Messung als im Blut?*

**Prof. Schubert:** Sagen wir mal so: Wir stressen unsere Patienten nicht, wenn sie uns den Harn geben, das ist schon mal ein großer Vorteil. Wir sind sozusagen online dabei, wenn Biochemie passiert, müssen unsere Patienten aber nicht stören, wenn sie uns den Einblick in ihre biochemische Welt geben. Wenn man ihnen Blut abnimmt ist das jedes Mal ein großer Stressor.

**mamazone:** *Können Sie denn aufgrund dieser Einzelfallstudien schon sagen: Ja, wir stellen fest, dass sich unter einem bestimmten Stress der und der immunologische Wert in diese oder jene Richtung verändert?*

**Prof. Schubert:** Absolut. Wir können eindeutig zeigen, dass Stress eine signifikante Beeinflussung des Immunsystems nach sich zieht. Die Entzündungsaktivität, die bei Brustkrebs ein Hinweis für das Fortschreiten der Erkrankung sein kann, steigt bei Stressoren, die einem persönlich bedeutsam sind. Bei positiven Ereignissen sinkt die Entzündungsaktivität dagegen nach einer bestimmten Zeit wieder ab. Diese Zeitverzögerung kann nach dem Auftreten von emotional bedeutsamen Ereignissen über 100 Stunden betragen. Das ist bisher in der Literatur noch nicht dokumentiert.

**mamazone:** *Was bedeuten diese Erkenntnisse für den medizinischen Alltag?*

**Prof. Schubert:** Tja, für den medizinischen Alltag bedeuten diese Erkenntnisse erst mal nichts, weil die Literatur meist nur auf Gruppenforschungsergebnisse aus ist und Einzelfallergebnisse gleich als nicht verallgemeinerbar und damit nicht aussagekräftig abgetan werden. Wir sind hier in einem Pionierland und versuchen ein Design zu etablieren, um validere und verlässlichere

Ergebnisse zum Zusammenhang von Stress und Immunsystem bei Krebs zu erzielen.

**mamazone:** *In Amerika haben diese Zusammenhänge aber in die Krebstherapie bereits Eingang gefunden.*

**Prof. Schubert:** Da haben Sie Recht. Ich habe jetzt nur von unseren Ergebnissen aus Innsbruck gesprochen. Was die Psychoneuroimmunologie im Allgemeinen angeht, existiert in Amerika längst die sogenannte ‚integrative medicine‘. Hier werden ganzheitliche Behandlungsweisen bereits in die Standardbehandlung bei Krebspatienten eingeschlossen. Wir sprechen hier von ‚healing touch‘ zum Beispiel und von Meditation und Psychotherapie. Da sind die Amerikaner weiter, das ist richtig.

**mamazone:** *Können Sie erklären, wie der Zusammenhang zwischen Stress und Immunsystem funktioniert?*

**Prof. Schubert:** Wir haben zwei Hauptstressachsen in unserem Organismus. Stress verarbeiten wir zunächst mal über unser Zentralnervensystem im limbischen System: Hippocampus, Amygdala und präfrontaler Cortex. Diese erste Stressreizverarbeitung wird dann an den Hypothalamus weitergegeben, um in unsere Körper-Peripherie zu gelangen. Wenn Menschen akut gestresst werden, dann feuert zuerst der Sympathikus sehr schnell und der Körper antwortet mit einer Flucht- oder Kampfreaktion – „fight or flight“. Der aktivierte Sympathikus beeinflusst über sympathische Nervenfasern einerseits und über das Nebennierenmark durch die Freisetzung von Adrenalin und Noradrenalin andererseits das Immunsystem und zwar im Sinne eines Entzündungsanstiegs. Bei Stress reagiert man also zuerst mit einem Anstieg der Entzündung. Diese Entzündung ist aber gefährlich und muss wieder herunter reguliert werden, sonst würde sie im Organismus ... ja, unter anderem eben auch zu Krebs führen.

Diese Runterregulation findet über eine zweite große Stressachse statt: die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-

rinden-Achse, durch die durch die Freisetzung von Cortisol die zelluläre Immunaktivität wieder eingedämmt wird. Also eine Gegenregulation zum Schutz des Organismus, damit die Entzündung, die stressbedingt erhöht ist, nicht langfristig schädigend sein kann.

**mamazone:** *Gibt es psychische Belastungsfaktoren, die sich ganz besonders negativ auf das Immunsystem auswirken?*

**Prof. Schubert:** Wenn Sie nicht mehr die Möglichkeit haben, mit den Anforderungen Ihrer Umwelt umzugehen, also überfordert sind, dann reden wir von Stress. Man hat ein bestimmtes Instrumentarium von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Verfügung, um mit den Alltagsanforderungen fertig zu werden. Wenn diese zu viel werden – und das kann ganz unterschiedliche Bereiche betreffen, zum Beispiel Arbeitsdruck, bei dem Sie merken, Ihre Möglichkeiten sind an der Grenze, das schaffen Sie nicht, – dann kommen Sie in eine Stresssituation, die wir nicht mehr als günstig ansehen. Dasselbe betrifft persönliche Beziehungen, in denen Sie immer wieder Kränkung oder Verärgerung spüren, oder es immer wieder zu gleichen Streitsituationen kommt. Wenn dies über Wochen oder Monate geht, sprechen wir von chronischem Stress. Langwährende psychische Belastungen durch Konflikte in persönlich bedeutsamen Beziehungen halte ich für den Gesundheitskiller No. 1.

**mamazone:** *Führt das automatisch zu einer Erkrankung oder gibt es Persönlichkeitsstrukturen, die das besser aushalten als andere?*

**Prof. Schubert:** Das führt nicht automatisch zur Erkrankung. Es gibt in der Tat auch sogenannte Positivfaktoren, die Stressoren und Überforderungssituationen abpuffern. Sie haben entweder eine Gegenwirkung wie eine Art Verdünnung, wie Filter, die dazwischen geschaltet werden. Oder Menschen sind grundlegend positiv unterwegs, bei denen entfalten diese Positivfaktoren per se eine protekti-

ve Wirkung und verbessern die Immunität. Selbstwert ist hier ein wesentlicher Faktor.

**mamazone:** Welche Zellen des Immunsystems sind unter Stress beeinträchtigt?

**Prof. Schubert:** Bei Stress sind zum Beispiel die Natürlichen Killerzellen ein ganz sensibler Immunzelltypus, sowohl was die Aktivität der Zellen, als auch deren Anzahl im Blut betrifft. Dann sind natürlich Fresszellen, die Makrophagen beeinträchtigt, die in der Körperperipherie lauern und dort für die ersten Entzündungsvorgänge zuständig sind. Auch T-Helferzellen, die wir aus dem HIV-Spektrum kennen, können in Mitleidenschaft gezogen sein – und eine Reihe weiterer Zellen des Immunsystems.

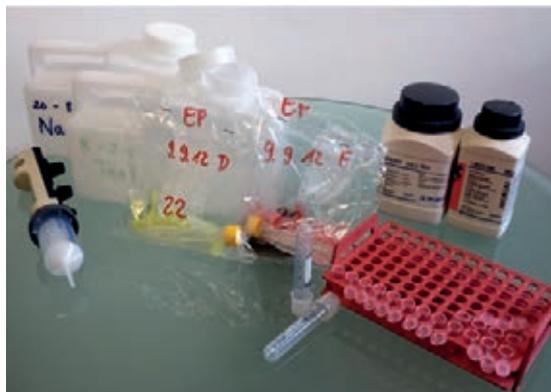
**mamazone:** Wenn ich Ihnen ein Blutbild eines Menschen zeigen würde, bei dem verschiedene Abwehrzellen reduziert sind, könnten Sie sagen, dass in einiger Zeit mit Sicherheit eine Erkrankung auf ihn wartet?

**Prof. Schubert:** Das Blutbild allein wäre mir zu wenig. Denn ein Blutbild ist letztlich eine Endstrecke einer bio-psycho-sozialen Entwicklung, die positiv wie negativ sein kann. Ich würde mich auf jeden Fall mit dieser Person zusammensetzen und schauen, wo sich hier Belastungen zeigen.

Es steckt immer eine Person mit einer ganz reichhaltigen, komplexen Geschichte und möglicherweise einer Belastungssituation dahinter, die genauestens angeguckt und vor dem Hintergrund der Biografie beurteilt und entsprechend beraten gehört. Dann gehe ich davon aus, dass die Person ihr Immunsystem längerfristig und nachhaltig auf Vordermann bringen und damit auch Krankheit vermeiden kann.

**mamazone:** In einem Interview sagten Sie, das eigene Erleben und Verhalten sei erwiesenermaßen eng mit der Hormonsituation und der Abwehrlage verbunden.

**Prof. Schubert:** Ja, davon gehe ich aus. Nicht von Trennung von Körper und Seele, sondern davon, dass wir eins sind und dass in jedem Moment unserer Existenz



Equipment zur Harnanalyse.

Bild: Privat

wir sowohl psychisch als auch immunologisch sind.

**mamazone:** Wenn Psyche und Immunsystem untrennbar miteinander verbunden sind, worauf soll ich dann bei mir selbst Wert legen?

**Prof. Schubert:** Ich würde – wie schon gesagt – positive Beziehungen an die allererste Stelle setzen. Und unbedingt die Frage: Sind meine Beziehungen zu meinen wesentlichen Angehörigen und Bezugspersonen, die mir emotional wichtig sind, gesund und haben sie eine gute Qualität? Bin ich kompromissbereit, oder gibt es da irgendwelche böartigen Muster, die in Beziehungen, bei denen man ständig negative Emotionen hat, immer wieder auftauchen? Zum Beispiel Kränkung, Trauer, Ärger, Wut. Also ich würde meinen gesamten persönlichen Beziehungsbereich danach screenen. Und wenn mir etwas auffällt, dann würde ich beginnen, mich mit diesen Problemen auseinanderzusetzen.

**mamazone:** Es gibt Situationen, da ist der oder die andere nicht bereit, mit mir eine Lösung zu suchen...

**Prof. Schubert:** Das muss er oder sie ja nicht. Ich gehe überhaupt nicht davon aus, dass sich die anderen ändern, ich gehe immer nur davon aus, dass ich mich selber ändere, dass ich anderen gegenüber eine Autonomisierung schaffe, dass ich mich bei einem schädlichen Einfluss sozusagen abkoppeln kann. Also nicht destruktiv die Beziehung abrechnen, son-

dern sich aus der Schusslinie nehmen. Und dass ich meinen Anteil am Beziehungsproblem in den Griff bekomme, möglicherweise auch mit professioneller Hilfe. Genauso, wie ich mit einer Grippe zum Arzt gehe, kann ich auch einen Profi, zu dem ich Vertrauen habe, zu Hilfe nehmen, mit dem diese Dinge bereden und

so Psychohygiene betreiben. Wir können nicht nur körperlich infiziert sein, sondern auch psychisch. Und die psychische Infektion kann genauso bereinigt werden wie die körperliche.

**mamazone:** Ist es Ihrer Ansicht nach möglich über meine Gedanken mein Immunsystem zu verändern? Wenn ich also optimistisch denke, verändert sich dann auch mein Gefühl und damit mein Immunsystem?

**Prof. Schubert:** Ja, das ist grundsätzlich möglich. Wir nennen das, 'Cyber Physiology'. In diesem Bereich der Medizin geht es darum, mit eigenen Gedanken, aber auch Suggestionen durch andere die Körperaktivität zu verändern. Darunter fallen die Hypnose und auch andere Verfahren der psychologischen Intervention, zum Beispiel das emotionale Aus-Sich-Herausgehen: Dabei entleert man sich förmlich – man ist wie ein Container für aufgestaute Belastungen, z.B. Traumatisierungen, Misshandlungen, Missbrauch, die in einem enthalten sein können und wirken und wirken und wirken - psycho-physiologisch. Um das zu bereinigen, diesen Container zu entleeren, hat man unterschiedliche Möglichkeiten.

Man kann beispielsweise die Dinge aufschreiben und sie so aus sich herauslassen. Ich warne aber davor, das alles wie einen psychologischen Selbstbedienungsladen zu sehen. Denn einfach nur zu sagen, ich wende jetzt dieses oder jenes Verfahren an, dann wird das schon, ist mir ein bisschen zu wenig. Man sollte sich auch, zum Beispiel in einer Psychothera-

pie, ernsthaft mit der Frage auseinanderzusetzen, warum man überhaupt in die Situation einer Erkrankung, psychisch oder körperlich, gekommen ist. Sich also den eigenen, meist unbewussten Konflikten in der Biografie stellen.

**mamazone:** Sind Meditation und Visualisierung oder Suggestion plus Psychotherapie hilfreich, wenn es mir wichtig ist, selbst etwas zu tun? Zu Beginn unserer Erkrankung tun wir ja vorwiegend das, was uns gesagt wird.

**Prof. Schubert:** Absolut. Wenn ich die Ergebnisse unserer Studien betrachte, ist es von fundamentaler Bedeutung, sich über den Tellerrand zu beugen und wirklich eine bio-psycho-soziale Behandlung durchzuführen.

**mamazone:** Finden durch Meditation oder Visualisierung im Gehirn Veränderungen statt, die man mit einer Bildgebung zeigen kann?

**Prof. Schubert:** Wir führen bei uns keine bildgebenden Verfahren durch. Wir überprüfen das Immunsystem und können es mit dem von uns entwickelten Design ganz genau beobachten. Wir können zeigen, dass eine Veränderung im Alltag ins Positive auch entsprechende positive Effekte im Immunsystem hat. Kleinsteffekte sind da bereits messbar.

**mamazone:** Gibt es besonders anfällige Organe, wenn die Seele nicht in Balance ist?

**Prof. Schubert:** Keine Erkrankung aus dem psychoneuroimmunologischen Spektrum darf ausgeschlossen werden. Alles, was mit Entzündungen zu tun hat, ist den psychoneuroimmunologischen Erkrankungen nahe. Ich würde keine besondere Gewichtung vornehmen. Langfristig gesehen sind aber sicher die Herz-Kreislauf-Erkrankungen wesentlich und ebenso die Autoimmunerkrankungen. Dazu gehören die rheumatoide Arthritis, der systemische Lupus Erythematoses, den wir selber beforschen, und die multiple Sklerose sowie die ganzen Reizdarm-Erkrankungen – und natürlich bestimmte

Hauterkrankungen. Ich würde es mal so sagen: Jeder bildet bio-psycho-sozial gesehen seine ihm typische Erkrankung vor seinem ihm typischen biografischen Hintergrund aus.

**mamazone:** Zu wissen, dass ich durch meine Gedanken und Gefühle Einfluss auf mein Immunsystem und damit auf meine Erkrankung nehmen kann, empfinde ich als sehr erleichternd. Trotzdem garantiert mir kein noch so gutes Selbstwertgefühl oder keine noch so gute Klärung von Beziehungsproblemen in der Psychotherapie lebenslange Gesundheit.

**Prof. Schubert:** Das ist richtig. Aber es hat doch einen hohen Schutzfaktor. Und man sollte nicht die mit einer gesunden psychischen Verfassung ebenfalls einhergehenden anderen Aspekte einer bio-psycho-sozialen Gesundheit vergessen: Gesunde Ernährung, regelmäßige körperliche Bewegung und Spiritualität...

**mamazone:** Warum haben es die Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie hier in Deutschland so schwer?

**Prof. Schubert:** Es liegt an der Ideologie, denn das biomedizinische Wissenschaftsparadigma hat das Maschinenmodell vom Menschen zum Leitmodell und geht von einem Reduktionismus (die isolierte Betrachtung von einzelnen Elementen gibt Aufschluss über das Ganze, d. Red.) und Dualismus aus, was in diesem Fall die getrennte Betrachtung von Körper und Seele bedeutet.

**mamazone:** Es gibt allerdings zunehmend Ärzte, die den Einfluss der Psyche nicht, wie noch vor 15, 20 Jahren, einfach vom Tisch wischen.

**Prof. Schubert:** Stimmt. Da hat sich etwas getan. Übrigens auch unter dem Druck der Patienten, das darf man nicht vergessen. Patienten gehen ja scharenweise zu Komplementär- und Alternativmedizinern. Die Unzufriedenheit und das Wissen unter den Patienten sind so groß geworden, dass die Schulmedizin gar nicht mehr anders kann, als sich jetzt zu bewegen.

# Jetzt Equinovo®: Nur 1x 2 täglich

Kleine,  
besonders gut  
schluckbare  
Tabletten



**Equinovo®**  
50 Tabletten (PZN 8820547)  
150 Tabletten (PZN 8820553)



**Equizym® MCA**  
100 Tabletten (PZN 6640019)  
300 Tabletten (PZN 7118928)

**mamazone:** *Die Patienten fordern es immer mehr ein und lassen sich auch zunehmend weniger einschüchtern. Und die Zahl der Ärzte wächst, die mit ihren Patienten zusammen ‚arbeiten‘.*

**Prof. Schubert:** Das stimmt. Ich halte aber die biomedizinische Forschung für das noch größere Problem. Durch den besagten Dualismus, den wir besonders in der Forschung finden, wird in den wenigsten Fällen die Seele in die Fragestellungen mit einbezogen. Und durch den reduktionistischen Irrglauben, dass Biochemie Psyche macht – und nicht umgekehrt. Der Mensch wird wie eine Maschine behandelt, als ob er sich nicht bewegt, als ob alles statisch wäre, als ob er keine Seele hätte. So können wir nicht forschen, so werden falsche Ergebnisse produziert.

Bei Autopsien hat man festgestellt, dass viele junge Frauen, die im Alter von 35, 40 an anderen Ursachen gestorben sind, bereits von Krebs befallen waren. Es waren Mikroherde, schlummernde Krebszellen, die keine Probleme gemacht haben. Krebs ist etwas Allgegenwärtiges. Man kann ihn verteufeln und versuchen, ihn mit aller Kraft auszumerzen, – aber aus meiner Sicht wird wahnsinnig schnell geschossen, unglaublich viel dramatisiert und übermäßig reagiert.

**mamazone:** *Hat das Immunsystem auch einen Einfluss auf die Psyche?*

**Prof. Schubert:** Richtig und ganz wichtig. Menschen, die eine Entzündungserkrankung haben, zum Beispiel Krebs, oder die gerade unter Chemotherapie sind und unter einer schweren Beeinträchtigung ihres Organismus leiden, entwickeln ein Erleben und Verhalten, das krankheitstypisch ist, sozusagen entzündungstypisch. Wir nennen das ‚sickness behavior‘. Ist das Entzündungssystem zum Beispiel in der Auseinandersetzung mit Krebszellen aktiviert, fühlen sich Menschen sehr schlapp und matt, essen wenig und sind erschöpft, möchten mit anderen Menschen keinen Kontakt haben, fühlen sich also elend und krank. Auslöser ist das Immunsystem.

Im positiven Sinne schützt es uns, denn wenn wir eine Infektion durchmachen, ist es wichtig, dass wir uns zurückziehen, dass wir uns nicht in energieaufreibende Prozesse begeben, Sport treiben oder mit Menschen unterwegs sind. Sondern dass wir unsere Energie für die Erregabwehr kanalisieren und aufsparen. Es wäre sowieso wünschenswert, mehr den natürlichen Prozessen und Biorhythmen unseres Körpers nachzuspüren und das Immunsystem durch unser Verhalten zu unterstützen.

In so einem Zustand bin ich entsprechend fertig und entwickle im Prinzip eine organische Depression. Probleme, die ich mir damit im Psychosozialen schaffe, könnten rückwirkend wieder einen Effekt aufs Immunsystem haben. Bin ich schlecht drauf und werde von einem verständnislosen Umfeld nicht entlastet, dann stresst mich das besonders und es kommt zu rückwirkenden Immunverschlechterungen.

**mamazone:** *Welche Forschungsfragen stehen in der PNI im Moment im Vordergrund?*

**Prof. Schubert:** Zu den Forschungsfragen: Wir sind zum Beispiel sehr daran interessiert, inwieweit Psychotherapie eine Funktionsstörung des Stresssystems beseitigen kann. Kann also Psychotherapie eine Veränderung bei jemandem bewirken, der eine stressbedingte immunologische Veränderung hat? Oder: Kann Psychotherapie überhaupt in Bezug auf Gesundheit und Krankheit körperlich wirksam werden? Damit verbunden ist auch die Frage nach der Psychoneuroimmunologie des Lebenslaufs.

**mamazone:** *Was bedeutet das?*

**Prof. Schubert:** Wir wissen, dass sich Psychoneuroimmunologie über das gesamte Leben zieht. Kinder, die früh bereits geschädigt und psychosozial traumatisiert wurden, erleben eine Veränderung des Immunsystems und bewegen sich sozusagen in Richtung schwerer Erkrankung und frühem Tod. Das ist in der Literatur bereits ganz klar belegt. Und das ist natürlich ein

Aufruf an eine klinisch orientierte Psychoneuroimmunologie, sehr früh wirksam zu werden und auch Kindern schon früh Interventionen angedeihen zu lassen, so dass über die psychosoziale Veränderung die Immunologie wieder besser und gesünder wird. Vom 16. bis 18. September 2016 haben wir übrigens zu diesem Thema in Innsbruck eine Tagung mit dem Titel „Psychoneuroimmunologie im Lauf des Lebens: Aufbruch zu einer neuen Medizin“. Dazu sind Sie und Ihre Leserinnen und Leser herzlich eingeladen.

Informationen gibt es bereits unter [www.psychoneuroimmunologie-tagung.at](http://www.psychoneuroimmunologie-tagung.at).

**mamazone:** *Was ist angesichts Ihrer Forschungsergebnisse Ihr größter Wunsch?*

**Prof. Schubert:** Mein größter Wunsch ist die Änderung der Forschungsmethodik. Ich rede von einem Paradigmenwechsel. Ich denke, wir brauchen uns keine Forschungsthemen mehr zu überlegen. Wir müssen uns dagegen die Frage stellen, ob das, was wir mit Menschen machen, wenn wir sie beforschen, der richtige Weg ist. Sind unsere Forschungsdesigns realitätstauglich, liefern sie also valide Daten, oder zwingen wir Leben in korsettähnliche Zustände der Methodik?

**mamazone:** *Bringt Ihnen das nicht viel Gegenwind von Seiten der Kollegen?*

**Prof. Schubert:** Nein. Das ist aber kein gutes Zeichen. Das heißt, man ist noch sehr am Anfang. Der Gegenwind kommt dann, wenn man wirklich weh tut. Zunehmend Gehör finde ich aber in psychosomatischen und psychoneuroimmunologischen Kreisen und bei Menschen im komplementär-alternativ-medizinischen Sektor. Der große Anteil der traditionellen Biomedizin hat noch nicht angeklöpft. Und ich denke wirklich, ein Paradigmenwechsel muss schmerzen. Ich würde mir Gegenwind wünschen, denn dann würden wir wirklich in Richtung einer Veränderung gehen.

**mamazone:** *Herr Professor Schubert, vielen Dank für das Gespräch.*

Wenigstens reden sollte man miteinander

# Dialogforum „Pluralismus in der Medizin“

VON GERTRUD RUST

Seit dem Jahr 2000 gibt es das Dialogforum „Pluralismus in der Medizin“ ([www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de](http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de)), Mitbegründer war der inzwischen verstorbene Präsident der Bundesärztekammer und des deutschen Ärztetags, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Ein symbolisches Gründungsjahr, spiegelt es doch den Aufbruch in ein neues Jahrtausend wider. Seit 15 Jahren bemüht sich somit eine illustre besetzte Expertengruppe um Pluralismus in der Medizin, eine Sisyphosarbeit.

Ziel ist die Förderung der Zusammenarbeit von Vertretern unterschiedlicher Paradigmen (Lehrmeinungen) und Therapierichtungen in der Medizin. In einem patientenzentrierten Ansatz sollen besonders die Konstitution (körperlich-psychologische Eigenart eines Menschen), die Lebensgeschichte und psychosoziale Situation, sowie die Präferenzen (Bevorzugung eines bestimmten Vorgehens) eines Patienten berücksichtigt werden. Eine Kooperation verschiedener

Disziplinen, in welcher konventionelle und komplementärmedizinische Verfahren sich wechselseitig fördern und ergänzen, soll die optimale Patientenversorgung gewährleisten.

Eine nachhaltig wirksame, sich an Patientenbedürfnissen orientierende Medizin, wird als sinnvoll und notwendig erachtet. Wissenschaftliche Evidenz und professionelle Erfahrung eingeschlossen.

Auf die Verwirklichung dieser hehren Ziele in der medizinischen Alltagsrealität wartet man als Patient auch 15 Jahre nach Gründung des Dialogforums oft vergeblich.

Obwohl die Hochleistungsmedizin Leben auch bei potentiell tödlichen Erkrankungen verlängern und die Lebensqualität bei chronischen Krankheiten verbessern konnte, haben sich die Patientenbedürfnisse nach komplementären Heilverfahren und deren Inanspruchnahme dennoch nicht verändert, sondern verharren nach wie vor auf hohem Niveau.

Das Bestreben, die von Vorurteilen und gegenseitigem Unverständnis geprägten

Beziehungen zwischen Vertretern der evidenzbasierten und der Komplementärmedizin in fruchtbare Bahnen zu lenken, war somit überfällig.

Als Aufgaben der Ärzteschaft gelten eine unvoreingenommene Auseinandersetzung nicht nur mit komplementären, sondern auch die kritische Betrachtung des Nutzens konventioneller Therapien, und ein modernes, patientenorientiertes Gesundheitswesen sollte sich durch diese Form des Dialogs auszeichnen.

Im Rahmen dieses Leitgedankens hat sich das Dialogforum u.a. die Ziele gesetzt, Transparenz über die verschiedenen Heilverfahren sowohl für Ärzte, als auch Patienten herzustellen, unseriöse und fragwürdige Therapien zu identifizieren und abzugrenzen, sowie die medizinische Nutzenbewertung in erster Linie nach medizinischen, statt nach wirtschaftlichen Aspekten vorzunehmen.

Aus Patientensicht ist hier viel Glück und Erfolg bei der Bewältigung dieser anspruchsvollen Aufgabe zu wünschen.

ANZEIGE

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



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](mailto:information@biokrebs.de)  
[www.biokrebs.de](http://www.biokrebs.de)

Fordern Sie unser Informationsmaterial an (bitte ankreuzen):

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

Absender: Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

manazore/Mag. 02.2015

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

Spendenkonto:  
Deutsche Bank

IBAN DE16 6727  
0024 0022 9955 00

BIC DEUTDE33HAN

Wie läuft's woanders?

# Ein Blick über den Ozean nach Amerika

VON GERTRUD RUST

**Z**ugegeben, Psychoneuroimmunologie ist ein geheimnisvolles Wort, und auf den ersten Blick könnte man eine obskure Mischung vermuten. Dieser Blick trügt, und wer vor dem Wortteil „Psycho“ nicht zurück schreckt, hat das längst erkannt. Wie hieß es bereits vor mehreren Jahrzehnten: „Bis Erkenntnisse aus den USA in Europa Gehör finden, dauert es mindestens zehn Jahre.“ Zumindest im Fall der Psychoneuroimmunologie scheint sich an dieser tristen Situation noch nicht viel geändert zu haben.

Während in den USA der Psychotherapeut als „zweiter Hausarzt“ gelten darf, der den Körpertherapeuten in seinen Heilungsbemühungen unterstützt, fürchtet man hierzulande den Einbezug psychologischer Faktoren in medizinische Behandlungskonzepte, insbesondere ihren Einfluss auf physiologische Abläufe, wie der Teufel das Weihwasser.

Die von dem französischen Philosophen und Mathematiker René Descartes (1596 – 1650) propagierte Methode zum wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn feiert bis heute fröhliche Urständ. „Ich zweifle, also bin ich, oder, was dasselbe ist, ich denke, also bin ich“ sind kennzeichnend für das Descartes'sche Weltbild. „Nichts für wahr halten, was nicht so klar und deutlich erkannt worden ist, dass es nicht in Zweifel ge-

zogen werden kann“, so einer seiner Lehrsätze zur Methodendiskussion. Kommt Ihnen das bekannt vor? An der Trennung des Menschen in „Leib und Seele“, die Descartes mit seinen philosophischen Betrachtungen in den wissenschaftlichen Diskurs einführte, leiden schulmedizinische Heilungskonzepte bis heute. Was ich nicht sehe und nicht messen kann, gibt es nicht. Wirklich nicht? Wird hier nicht eher eine womöglich beschränkte Fähigkeit, alles Wesentliche zu messen, zum Maß aller Dinge erhoben? Könnte die evidenzbasierte Medizin mit den ihr zur Verfügung stehenden Messmethoden etwas zu eitel sein?

## Der Pionier

Als Robert Ader, Gründungsvater der Psychoneuroimmunologie und Professor für Medizinische Psychologie an der Universität Rochester (USA), vor nun bald 40 Jahren seine Theorien zu Wechselwirkungen zwischen Psyche und Immunsystem der Öffentlichkeit vorstellte, stieß er anfänglich auf große Skepsis. Einflüsse des menschlichen Geistes und damit verbundener Gefühle auf die Fähigkeiten des Immunsystems zur Krankheitsbekämpfung galten als undenkbar und stellten traditionelle Lehrmeinungen in Frage.

## Auf zu neuen Ufern

In den USA zeigt sich inzwischen jedoch längst die Akzeptanz dieses Denkansatz-

zes in der Einrichtung von (noch) komplementärmedizinischen Abteilungen in den größten und renommiertesten onkologischen Kliniken, während in Deutschland noch von „populistischem Kniefall“ und „konzeptioneller Beliebigkeit“ zu hören ist. Der „populistische Kniefall“ ist dabei wohl den nicht mehr abstreitbaren Patientenbedürfnissen nach Heilverfahren geschuldet, die über das schulmedizinische Spektrum hinaus reichen.

Medizinprofessor Amit Sood lehrt am Mayo Clinic College in Rochester zum Thema „Connecting the mind and the body“, der Wiederherstellung der Beziehung zwischen Körper und Psyche ([www.mayo.edu](http://www.mayo.edu)). Die ausschließlich biologische Behandlung von Krankheiten stößt für ihn an Grenzen, Ziel müsse es dagegen sein, die Gesundheit von Individuen durch positive Beeinflussung ihrer Psyche zu verbessern. Nachzulesen im „Mayo Clinic Book of Alternative Medicine“, das inzwischen in zweiter Auflage erschienen ist. Die weltbekannte Mayo Clinic in Rochester ([www.mayoclinic.org](http://www.mayoclinic.org)) bietet u.a. Stressmanagement, Meditation, Yoga und Tai-Chi zur psychischen Stabilisierung und damit zur Pflege des Immunsystems an.

Am Massachusetts General Hospital in Boston wurde das Benson-Henry Institute für Mind-Body-Medicine ([www.bensonhenryinstitute.org](http://www.bensonhenryinstitute.org)) eingerichtet. Patienten erhalten hier eine Anleitung zu Entspannungsübungen, um Stress widerstehen zu können und ihre Fähigkeiten in der Krisenbewältigung zu verbessern. Der



# WISSEN SCHAFFT VERTRAUEN

# viscm



## 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!

inzwischen emeritierte Direktor des Instituts und Medizinprofessor der Harvard Medical School, Dr. Herbert Benson, war ein Pionier der Mind-Body-Medicine und einer der ersten westlichen Mediziner, der die Begriffe Spiritualität und Heilung in die medizinische Fachwelt einführte. Schädlichen Stresseinflüssen durch „Körper-Seele-Medizin“ entgegen zu wirken war sein vorrangiges Ziel. Im November 2015 fand ein öffentlicher Meinungsaustausch mit einem weiteren Vorreiter der Mind-Body-Medicine statt, dem inzwischen ebenfalls emeritierten Professor der University of Massachusetts Medical School in Worcester und Molekularbiologen Dr. Jon Kabat Zinn. Kabat Zinn gründete bereits im Jahr 1979 die angesehene Stress Reduction Clinic, heute Center for Mindfulness ([www.umassmed.edu](http://www.umassmed.edu)), wo er das weltweit bekannte Programm der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfulness - Based Stress Reduction) entwickelte und praktizierte.

Thema des Treffens war eine Bestandaufnahme zur aktuellen Position der Mind-Body-Medicine und die Übernahme als Bestandteil medizinischer Behandlungsprogramme in die klinische Routine.

Am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York ([www.mskcc.org](http://www.mskcc.org)), einem der weltweit renommiertesten onkologischen Krebszentren, wurde das Bendheim Integrative Medicine Center etabliert, wo in Mind-Body-Klassen achtsamkeitsbasierte Meditation erlernt werden kann. Weitere Angebote beinhalten Entspannungs- und Visualisierungsübungen für Paare und Familien, auch die Selbsthypnose gehört dazu, die älteste Form der Körper-Seele-Medizin.

Das MD Anderson Cancer Center in Houston ([www.mdanderson.org](http://www.mdanderson.org)) verfügt über ein integratives Medizinzentrum, in welchem personalisierte Versorgungspläne für Patienten zusammen gestellt werden, die zusätzlich zur konventionellen Krebstherapie eine Ergänzung durch komplementäre Heilverfahren wünschen.

Dabei werden sie von einem in dieser Thematik spezialisierten Ärzteteam beraten und unterstützt. Forschungsaktivitäten befassen sich u.a. mit dem Einfluss von Akupunktur, Meditation und Yoga auf die Stressbewältigung bei einer Krebserkrankung, zentrale Themen der Mind-Body-Medicine.

Im 15 Jahre alten Leonard P. Zakim Center für integrative Therapien am Dana Farber Cancer Center in Boston ([www.dana-farber.org](http://www.dana-farber.org)), Teil der Harvard Medical School, sollen Schmerz, Angst und Stress auf komplementärem Weg aufgefangen werden, um die Lebensqualität von Krebspatienten zu verbessern. Dem Abbau von Stresszuständen dienen Meditation, Atemübungen, Akupunktur, Massagetherapie und Reiki.

Zu guter Letzt steht in den USA allen Krebspatienten zur eigenständigen Information das National Center for Complementary and Integrative Health (<https://nccih.nih.gov>) zur Verfügung.

In Deutschland sind wir von einer derartigen Versorgung meilenweit entfernt, jedoch schimmern erste Sterne in der komplementären Finsternis: Das Berliner Immanuel Krankenhaus bietet in der Fachabteilung Naturheilkunde ([www.naturheilkunde.immanuel.de](http://www.naturheilkunde.immanuel.de)) unter Leitung von Prof. Dr. Andreas Michalsen eine Ordnungstherapie in Verbindung mit Mind-Body Medizin an und bezieht sich dabei auf die amerikanischen Vorbilder Benson und Kabat Zinn. In München gibt es das KoKoNat (Kompetenzzentrum für Komplementärmedizin und Naturheilkunde: [www.kokonat.tum.de](http://www.kokonat.tum.de)), und in den Kliniken Essen - Mitte ([www.kliniken-essen-mitte.de](http://www.kliniken-essen-mitte.de)) praktizieren PD Dr. Sherko Kümmel, Direktor der Klinik für Senologie und Prof. Dr. Gustav Dobos, Direktor der Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin auf vorbildliche Art und Weise integrative Krebsmedizin, wofür sie im Jahr 2013 zur Freude vieler Brustkrebspatientinnen von mamazone e.V. mit dem Busenfreund geehrt wurden.

**ABNOBA** GmbH

Hohenzollernstr. 16 · 75177 Pforzheim | Germany  
Therapieinformationen Freecall 0 800 22 66 222  
[www.abnoba.de](http://www.abnoba.de)

D,L-Methadon in der Krebstherapie

# Was sagt die Entdeckerin der erstaunlichen Wirkung?

ULLI KAPPLER SPRACH MIT DR. RER. NAT. DIPL.-CHEM. CLAUDIA FRIESEN

**mamazone:** Die Reaktion auf die letzte Ausgabe unseres *mamazone* Magazins „mamazoneMAG“ war im Hinblick auf den Methadon-Artikel enorm. Wir sprachen dort von einer Studie, die Sie gerne beginnen wollten. Wie weit ist diese Studie inzwischen vorangekommen?

**Dr. Friesen:** Also es gibt schon ein Design und wir sind dabei die Studie zu beantragen.

**mamazone:** Was sind die größten Hindernisse?

**Dr. Friesen:** Das Geld. Für eine Förderung der Studie ist eine Finanzierung notwendig. Man muss die Studie bei Förderorganisationen zur Begutachtung einreichen. In manchen Förder-Organisationen gibt es dafür Termine, die nur zweimal im Jahr sind. Ob aber dann die Studie nach der Begutachtung gefördert wird, ist nie sicher.

**mamazone:** Haben Sie bereits Patienten rekrutiert?

**Dr. Friesen:** Das war nicht nötig, denn viele Patienten sind auf mich zugekommen, die von Ärzten mit D,L-Methadon behandelt wurden und die unerwartet einen Tumorrückgang und auch eine ganz neue Lebensqualität haben. Außerdem kommen Patienten zu mir, weil sie durch das Internet oder auch in Foren von mir erfahren haben, da sich dort Patienten über ihre Erfahrungen mit D,L-Methadon austauschen.

**mamazone:** An Studienteilnehmern hätten Sie also keinen Mangel?

**Dr. Friesen:** Nein, ganz und gar nicht. Nur an genügend Geld für den Studienbeginn. Mit der Anzahl der Patienten, die auf mich zugekommen sind, könnte man eigentlich schon fast für jede Tumoren-

tität Studien durchführen. Ich habe seit letzten November 750 Telefonanrufe bekommen von Patienten, bei denen D,L-Methadon quasi der letzte Strohhalm wäre, weil die ganzen Chemotherapien nicht mehr wirken.

**mamazone:** Wie lange wird sich der Studienbeginn noch hinziehen?

**Dr. Friesen:** Das kann ich jetzt noch nicht sagen, denn wie erwähnt benötigen wir für die Studien Gelder, um sie bezahlen zu können. Eine Phase II Studie kostet zum Beispiel zwischen 1,2 und 1,5 Millionen Euro. Die Studie wird doppelblind und randomisiert sein. Leider kommt niemand auf uns freiwillig zu, der uns Gelder für die Finanzierung der Studie gibt, sondern wir müssen uns darum bewerben.

**mamazone:** Sie haben doch vor etwa sechs Jahren knapp 300.000 € von der Deutschen Krebshilfe bekommen. War das kein Grundstock, mit dem man anfangen konnte?

**Dr. Friesen:** Das war als Grundstock für die Grundlagenforschung gedacht. Man braucht diese Grundlagenforschung, um mit den Ergebnissen, die als Vorarbeiten dienen, eine Studie zu planen und zu beantragen. Und man braucht für jede Tumorentität eine eigene Grundlagenforschung, also eigene Vorarbeiten. Das heißt, für jede Tumorart, müssen die Ergebnisse der Grundlagenforschung vorliegen, um eine klinische Studie zu beantragen. Hat man die Ergebnisse der Grundlagenforschung nicht, bekommt man auch keine Förderung für eine Studie.

**mamazone:** Können Sie erklären, was Grundlagenforschung in diesem Fall heißt?

**Dr. Friesen:** Man testet im Labor zuerst an Zelllinien in der Petrischale, welche Wirkung Medikamente haben. Ob ein Medikament zum Beispiel Tumorzellen zerstören kann und welche Konzentration der Medikamente dafür nötig ist. Danach müssen diese Ergebnisse an Patientenzellen und schließlich im Mausmodell verifiziert werden. Danach werden noch die molekularen Mechanismen untersucht, d.h. man möchte wissen, welche Moleküle in der Zelle aktiviert werden, um den Zelltod einer Tumorzelle auszulösen. Mit all diesen Daten aus der Grundlagenforschung kann man dann eine Studie am Patienten bei Förderorganisationen beantragen.

**mamazone:** Und diese Grundlagenforschung haben Sie und Ihre Kollegen in Ihrer Labor schon gemacht?

**Dr. Friesen:** Ja. Die Daten für Glioblastome und Leukämien sind bereits publiziert, und die Daten für Ovarialcarzinom, Lebercarzinom, Pankreasarzinom, Bronchialkarzinom, Prostatacarzinom, Mammacarcinome liegen vor und werden ebenso publiziert werden. Wir werden auch noch weitere Tumorentitäten untersuchen, ob auch diese mit D,L-Methadon in Kombination mit der konventionellen Therapie profitieren können.

**mamazone:** Und die Daten für das Mammacarcinom, das uns natürlich am meisten interessiert?

**Dr. Friesen:** Die erarbeiteten Daten für das Mammacarcinom werden gerade zusammen geschrieben. Die Daten liegen so vor, wie wir sie auch für die Glioblastome und die Leukämie veröffentlicht haben. Wie haben hierzu auch zahlreiche Fallbeispiele mit metastasierten Mammacarcinom-Patientin-

nen, die mit D,L-Methadon in Kombination mit der konventionellen Therapie sehr gut angesprochen haben. Sie haben D,L-Methadon als Schmerzmittel anstatt anderer Opiode bekommen. Es sind auch Patientinnen dabei, die auf die konventionelle Therapie ohne Methadon nicht mehr angesprochen haben. In der Kombination von D,L-Methadon und konventioneller Therapie sind die Resultate ganz erstaunlich. Bei diesen Patientinnen sind die Tumore und die Metastasen drastisch zurückgegangen. Das hätte man so nicht erwartet.

**mamazone:** *Haben Sie irgendwelche Zahlen dazu?*

**Dr. Friesen:** Wir haben zahlreiche Patientenfälle im zweistelligen Bereich, die mit D,L-Methadon als Schmerzmittel in der Tumorthherapie profitiert haben.

**mamazone:** *Bei welcher Tumorart ist die Ansprechrate prozentual am Größten? Und gibt es Fälle, bei denen es überhaupt nicht wirkt?*

**Dr. Friesen:** Dafür muss man die Studie abwarten. Bei den Patienten, die auf mich zugekommen sind, hat der Tumor beziehungsweise die Metastase auf die Chemotherapie alleine nicht mehr angesprochen, in der Kombination von D,L-Methadon und dem Chemotherapeutikum zeigte sich aber ein deutliches Ansprechen und ein unerwarteter Rückgang der Tumore und/oder Metastasen.

**mamazone:** *Noch mal zurück zu den Zahlen. Wie verteilen sich die dokumentierten Fälle auf die einzelnen Tumorentitäten.*

**Dr. Friesen:** Die meisten Patienten sind Glioblastompatienten, Mammacarcinom-Patientinnen, Bronchialcarcinompatienten, Pankreasarcinompatienten, Prostatacarcinompatienten, meist im fortgeschrittenen Stadien. Alle Patienten haben durch D,L-Methadon eine Verbesserung ihrer Lebensqualität erfahren. Sie wurden von anderen Opioiden auf D,L-Methadon als Schmerzmittel umgestellt. Sechs Mammacarcinompatientinnen sind davon in Komplet- oder Partialremission und diese



Dr. rer.nat. Claudia Friesen und ihr Team.

Bild: privat

Patientinnen hatten vor dem Einsatz von D,L-Methadon eine Prognose von ein paar Wochen bis hin zu wenigen Monaten.

Ich stehe in Kontakt zu einer Mammacarcinompatientin, die nur D,L-Methadon als Schmerzmittel nimmt. Im Januar diesen Jahres war sie im Endstadium. Bis heute geht es ihr aber noch richtig gut. Eine andere Patientin nimmt seit 15 Jahren Methadon und hat keine Metastasen mehr bekommen.

**mamazone:** *Was ist der Grund dafür, dass sich viele niedergelassene Onkologen weigern, D,L-Methadon zur Chemotherapie hinzuzunehmen? Dr. Hilscher habe ich diese Frage auch schon gestellt.*

**Dr. Friesen:** Methadon ist in der Schmerztherapie zugelassen. Man macht also nichts Illegales, es ist alles legal. Ich weiß nicht ... es gibt viele Ärzte, die mich kontaktieren, die auch Erfahrungen mit Methadon haben ... nein, ich weiß es wirklich nicht. Manche sind sehr offen, manche sehr zurückhaltend ...

**mamazone:** *Die Patienten müssen Schmerzpatienten sein.*

**Dr. Friesen:** Das ist richtig. Die Patienten müssen Schmerzpatienten sein, denn wenn Patienten keine Schmerzen haben, können sie kein Methadon bekommen. Das ist gesetzlich so geregelt. Wir brauchen erst die Studien. Und wir brauchen die Zulassung als Tumortheraeutikum, dann könnten alle Patienten davon profi-

tieren. Im Moment dürfen es nur Patienten bekommen, die sehr weit im Krankheitsverlauf fortgeschritten sind, die schon Opiode oder Opiate erhalten und starke Tumorschmerzen haben.

**mamazone:** *Wie lange wird es bis zur Zulassung noch dauern?*

**Dr. Friesen:** Die Zulassung ist von den Studien abhängig und kann noch ein paar Jahre dauern, was sehr schade für die Patienten ist. Ich hoffe einfach sehr, dass die Studien zügig laufen und dass wir von vielen Ärzten und Kliniken mit unterstützt werden, damit Tumorpatienten davon profitieren können.

**mamazone:** *Hat es mal einen Fall gegeben, in dem Patienten gespendet haben, um eine Studie mit zu finanzieren?*

**Dr. Friesen:** Ja. Ich habe mittlerweile auch ein Spendenkonto eingerichtet. Es gibt Patienten, die uns Geld spenden und die hoffen, dass irgendwann die Studie laufen wird, aber natürlich sind die Summen enorm.

**mamazone:** *Zur Finanzierung kommen Förderorganisationen, Kliniken, Universitäten und Patienten, aber keine Pharmafirmen infrage?*

**Dr. Friesen:** Doch, es könnten auch Pharmafirmen sein. Wenn es Pharmafirmen gäbe, die Interesse an einer Zulassung von D,L-Methadon als Tumormittel hätten, könnten natürlich auch Pharmafirmen solch eine Studie finanzieren.

**mamazone:** Mit einem billigen Medikament kann man nichts verdienen – warum sollten sich Pharmafirmen dafür interessieren?

**Dr. Friesen:** Ja, das ist vielleicht das Problem.

**mamazone:** Wie ist es denn in Amerika oder unseren westlichen Nachbarstaaten?

**Dr. Friesen:** Es gibt dort noch keine geplanten Studien. Es ist hier von meiner Arbeitsgruppe und mir entdeckt worden, dass D,L-Methadon als Wirkverstärker in der Krebstherapie dienen kann. In den USA ist allerdings innerhalb der Grundlagenforschung an Zelllinien eine positive Wirkung beim Neuroblastom nachgewiesen worden.

**mamazone:** Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und die Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft schreiben: „Methadon ist reich an unerwünschten Wirkungen, die die Lebensqualität der Patienten unnötig einschränken.“ Was für unerwünschte Wirkungen sind das, die die Lebensqualität gravierend einschränken?

**Dr. Friesen:** Die unerwünschten Wirkungen, die auftreten können, aber nicht



Dr. Friesen im Labor.

Bild: privat

unbedingt müssen bei dieser sehr niedrigen Dosierung, beziehen sich auf die Einschleichphase bzw. Eingewöhnung. Das kann Übelkeit sein, oder Verstopfung, die gelegentlich auch noch anhält, wenn die Patienten daran gewöhnt sind, aber auch das gibt sich mit der Zeit – und es kann ein bisschen Schwindel auftreten. Sobald die Patienten daran gewöhnt sind, verschwinden auch diese Nebenwirkungen.

**mamazone:** Um welchen Zeitraum handelt es sich dabei?

**Dr. Friesen:** Man beginnt mit niedriger Dosierung und erhöht die Einnahmemenge allmählich. Die Eingewöhnungsphase

dauert eine bis drei Wochen. Manche Patienten haben aber überhaupt keine Nebenwirkungen. Die Patienten, die mit Opioiden oder Opiaten schon in der Schmerztherapie eingestellt sind, haben kaum Probleme mit der Umstellung auf D,L-Methadon als Schmerzmittel.

**mamazone:** Es handelt sich bei D,L-Methadon um Tropfen, um eine 1%ige Lösung?

**Dr. Friesen:** Ja, ausschließlich um die 1%ige Lösung. Wenn man die Tropfen pur nimmt, was nicht besonders gut schmeckt, dann wird schon das meiste über die Mundschleimhaut aufgenommen.

**mamazone:** Wie gehen Sie mit Angriffen von den Fachgesellschaften und renommierten Kollegen um?

**Dr. Friesen:** Am Anfang wurde ich eher belächelt, mittlerweile sind Kliniker offener, die die Patienten, die D,L-Methadon bekommen haben, auch sehen und wo unerwartet eine positive Wirkung eingetreten ist. Dann setzen sie es auch zunehmend ein. Sie müssen aber die Patienten hautnah erleben, die mit Methadon profitieren haben.



## Kommentar

von Ulli Kappler zum Interview

*„Na, sehen Sie, Methadon hat nichts genützt!“, sagte die Ärztin*

**D**as ist in der Tat ungeheuerlich! Methadon hat nichts genützt! Erst macht die Patientin, schwach wie sie schon ist, Druck, um diese neue „Wunderwaffe“ gegen Metastasen unbedingt zusätzlich zur Chemotherapie zu bekommen, und nun ist sie trotzdem tot. „Tja, ich habe es ja gleich gewusst.“ Soweit eine wahre Geschichte.

Mich irritieren solche Sätze. Ich finde sie höchst ungerecht.

In den letzten zweieinhalb Jahren hat diese Patientin zwei Chemotherapien mit unterschiedlichen Wirkstoffen bekommen. Auf beide haben die Metastasen nicht angesprochen, die Lebensqualität hat sich zusehends verschlechtert.

Warum, so frage ich mich, sagt die Ärztin nicht: „Ungeheuerlich! Unsere Chemotherapeutika haben nichts genützt.“ Das hätte mir eingeleuchtet. Und vielleicht hätte sie hinzufü-

gen können: „Falls Methadon überhaupt wirkt, kam es zu spät.“ Komischerweise begegnet man nur selten Ärzten, die die gelegentliche Unwirksamkeit ihrer Therapie offen benennen, obwohl immer noch alle 30 Minuten in Deutschland eine Frau an den Folgen ihrer Brustkrebserkrankung stirbt. Es ist, als wäre es eine Kränkung des Ich.

Als sich sechs Monate nach meiner Brustbestrahlung in derselben Brust ein Rezidiv entwickelte, sagte keiner: „Tut mir leid, die Bestrahlung hat nichts genützt“, sondern es hieß ganz schnell: „Tja, hätten Sie halt die Chemo gemacht.“ Es geht hier nicht darum, Chemo gegen Nicht-Chemo auszuspielen. Aber: Auch die Patientinnen MIT einer Chemotherapie entwickeln später Rezidive oder Metastasen. Ich kenne viele. Also hat dieser Chemowirkstoff „nichts genützt“.

Wir Krebspatientinnen wissen so gut wie die Ärzte, dass es bis jetzt kein Versprechen auf hundertprozentige Heilung geben kann, egal, welche Therapie ich mache und wie evidenzbasiert sie ist. Das Versprechen kann es auch mit D,L-Methadon nicht geben - selbst wenn erste Ergebnisse als Zusatz zur Chemotherapie oder als Monotherapie sehr hoffnungsvoll klingen.

Trotzdem: Wir greifen nach vielen Strohhalmern – erst recht in der metastasierten Situation. Diese „Strohhalme“ aber von vorneherein abzuqualifizieren oder gar lächerlich zu machen, weil man vielleicht die entsprechenden Publikationen oder Patientenbeispiele nicht kennt, finde ich in höchstem Maße ungerecht – und überheblich.

Wer im Glashaus sitzt, sollte nicht mit Steinen werfen!

**mamazone:** Ist denn die Wirkung immer an eine gleichzeitige Chemotherapie gekoppelt, oder gibt es auch Wirkmechanismen bei zum Beispiel einer Antikörpertherapie?

**Dr. Friesen:** Ich habe im Moment die Erfolge in der Chemotherapie mit verschiedenen Chemotherapeutika gesehen - und auch mit der Strahlentherapie. Mit einer Antikörpertherapie habe ich noch keine Erfahrungen. Auch keine Patienten beobachtet. Ich glaube im Moment zwar nicht, dass es eine schädliche Wirkung haben würde. aber wie gesagt, wir haben dazu noch keine Erfahrungen.

**mamazone:** Gibt es andere Therapien, mit denen man D,L-Methadon nicht kombinieren darf?

**Dr. Friesen:** Ich würde D,L-Methadon nicht mit anderen Opioiden oder Opiaten, bzw. mit allem, was an den gleichen Rezeptor bindet wie Methadon, oder mit Substanzen, die den gleichen Rezeptor modulieren, kombinieren, weil es die Wirkung des D,L-Methadon verändern oder einschränken kann. Ich habe zahlreiche Opiode und Opiate im Labor an Zelllinien untersucht, das einzige, was so eine dramatische Wirkung hat, auch in therapeutischen Konzentrationen, war D,L-Methadon.

**mamazone:** Es gibt Patienten, die trotz Methadon den Krebs nicht überlebt haben. Was könnte der Grund dafür sein?

**Dr. Friesen:** Viele Patienten, die mich kontaktieren, sind ja sehr weit fortgeschritten in ihrer Krankheit. Sie sind oft aus schulmedizinischer Sicht bereits austherapiert, hatten mehrere Chemotherapien, Bestrahlungen und Operationen, aber der Tumor wurde nicht gestoppt – und sie sterben dann oft auch an Organversagen. Methadon ist kein Wundermittel, aber es hat in so vielen Fällen nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch das Tumorgeschehen angehalten oder sogar zurückgedrängt. Leider heißt es oft, wenn kein schneller und sichtbarer Erfolg mit Methadon eingetreten ist: Na bitte, Methadon hat nicht gewirkt.

**mamazone:** Eine letzte Frage: Was passiert mit Ihren hoffnungsvollen ersten Erkenntnissen, wenn Sie keine Fördergelder für die Studien bekommen?

**Dr. Friesen:** Dann muss ich meine Forschungen einstellen.

**mamazone:** Das darf nicht passieren. Also wünsche ich uns KrebspatientInnen, dass Sie einen Geldgeber finden, um Ihre Studien beginnen zu können, die dann, so die große Hoffnung, die augenblicklichen Erfolge bestätigen und D,L-Methadon als Krebstherapeutikum zugelassen wird.

**Dr. Friesen:** Ja, das wünsche ich mir auch.

**mamazone:** Frau Dr. Friesen, vielen Dank für das Gespräch.

## Das STAR™ Tumor Ablation System

Gezielte Radiofrequenz-Ablation (t-RFA) zur Behandlung schmerzhafter Wirbelsäulenmetastasen.



- Minimal-invasives Verfahren
- Schnelle Schmerzlinderung (vor einer gegebenenfalls notwendigen Strahlentherapie)
- Ermöglicht die zielgerichtete Behandlung von strahlenresistenten Tumoren
- Neue Therapieoption bei Erreichung der Strahlendosisgrenze
- Verbesserung der Lebensqualität

**Dieses minimal-invasive Verfahren ist sowohl mit Chemo- als auch mit Strahlentherapie kompatibel.**

**DFINE®**  
Targeted Vertebral Solutions

**DFINE Europe GmbH**  
Dynamostraße 3  
D-68165 Mannheim, Germany  
Office: +49 (0) 621 820 905 00  
Fax: +49 (0) 621 820 905 77  
www.dfine.eu



## Patientinnenbericht: Andrea S., 45 Jahre

Im Frühjahr 2007 erkrankte ich im Alter von 36 Jahren erstmals an genetisch bedingtem Brustkrebs mit Lymphknotenbefall. Auf die brusterhaltende Operation folgten zunächst 6 Zyklen Chemotherapie und in der Folge probierte ich via Entgiftung, Fastenkuren und Sport meine Gesundheit wieder herzustellen. 2010 hatten mein Mann und ich das große Glück, ein zweites Kind zu bekommen.

Ostern 2011 tastete ich am Hals vergrößerte Lymphknoten und schnell stellte sich heraus, dass es sich um einen nicht-operablen Rückfall handelte. Man riet mir erneut zu einer kombinierten Chemo- und Bestrahlungstherapie, die ich vor lauter Angst ablehnte. Stattdessen entschied ich mich, eine sechs-wöchige Rudolf Breuss-Fastenkur durchzuführen und mit der Einnahme von homöopathischen Tropfen aus dem grünen Knollenblätterpilz zu beginnen. Sowohl die Agaricus phalloides-Therapie als auch die Fastenkur schlugen gut an und der Krebs gab für knapp drei Jahre Ruhe.

Ab März 2014 änderte sich dies jedoch. Der Tumor wuchs und streute rasend schnell in Lymphbahnen, Brust, Lunge und Knochen. Darüber hinaus litt ich an höllischen Schmerzen und wurde mit mäßigem Erfolg auf Morphinum, Novalgine und Lyrika eingestellt. Mittlerweile

war ich extrem mager, litt zudem an einem starken Pleuraerguss und konnte mich kaum noch auf den Beinen halten. Wider Erwarten sprach ich auf die ab Sommer applizierte Chemotherapie sehr gut an. Unterstützend zur wöchentlichen Gabe des Chemotherapeutikums fastete ich jeweils 48 Stunden vor Verabreichung der Therapie. Nach 11 Zyklen war es mir dann tatsächlich gelungen, den Krebs zu rund 70 % zurückzudrängen. Leider hielt dieser Erfolg nur wenige Monate vor, sodass sich bereits ab Januar 2015 unzählige neue Metastasen bildeten.

In dieser finalen Situation erreichte mich der Tipp mit D,L-Methadon. Im Anschluss an mehrere aufbauende Gespräche mit Frau Dr. Friesen und Herrn Dr. Hilscher besorgte ich mir die bitteren Tropfen und ersetzte meine bisherige Schmerzmedikation durch D,L-Methadon. Tatsächlich wendete sich das Blatt noch einmal komplett zum Guten. So war ich bereits nach einmaliger Gabe von 20 Tropfen D,L-Methadon umgehend schmerzfrei, andere Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Verstopfung entpuppten sich als temporär. Anfänglich begegneten meine behandelnden Ärzte dem D,L-Methadon mit Skepsis – der Erfolg der neuen Kombination ließ jedoch nicht lange auf sich warten. Schon nach sechs Zyklen Chemotherapie kom-

binert mit D,L-Methadon ergab eine Kontrolluntersuchung: Pleuraerguss weg, 5 cm große Lymphknotenmetastasen in der rechten und linken Achselhöhle weg, 80 Hautmetastasen auf Hautniveau zurückgebildet, 7 cm großer Knoten in der Brust gut rückläufig, Lymphödem gut rückläufig.

Zwar hatte die Chemotherapie 2014 bei mir auch ohne D,L-Methadon gut angeschlagen, mit Methadon verlief das Zurückdrängen des Krebses allerdings deutlich zügiger und die Menge des Chemotherapeutikums konnte reduziert werden. Nach 12 Gaben Carboplatin und Paclitaxel waren, bis auf zwei kleine Restbefunde, tatsächlich alle Herde verschwunden – selbst die Knochenmetastasen hatten sich aufgelöst. Um nun auch diese letzten Metastasen zu bekämpfen, startete nach einer 8-wöchigen Erholungsphase im Juli ein weiterer Zyklus mit dem Chemotherapeutikum Caelyx. Meine Hoffnung ist nun, dass nach Beendigung dieses aktuellen Protokolls auch tatsächlich alle sich teilenden Krebszellen erwischt wurden und D,L-Methadon in der Folge auch die vielleicht noch schlafenden Tumorstammzellen vernichtet – tritt dies ein, kann man von einem wahren Wunder sprechen!

September 2015

## Patientinnenbericht: Barbara Bursch, 45 Jahre

Im Juni 2011 erfuhr ich, dass ich an Krebs erkrankt bin. Zu diesem Zeitpunkt war allerdings noch nicht klar, dass neben mehreren Tumoren in beiden Brüsten auch bereits Metastasen in der Wirbelsäule waren.

Also begann ich meine Therapie standardmäßig mit Epirubicin und Cyclophosphamid als neoadjuvante Chemo. Danach waren Operation und Bestrahlung geplant.

Als man im September 2011 Metastasen in der Wirbelsäule entdeckte, wurde die Chemo abgebrochen und ich begann eine Antihormontherapie, weil ab diesem Zeitpunkt klar war, dass ich nicht mehr gesund werden würde. Aus diesem Grund wurden auch die Operation und die Bestrahlung nicht durchgeführt.

Bis März 2014 wurden außer der Antihormontherapie (Tamoxifen) weitere Chemotherapien durchgeführt (Epirubicin/Cyclophosphamid, Xeloda, Paclitaxel), immer bis zum nicht mehr Ansprechen auf die laufende Therapie und ein Progress erkennbar war.

Dazu wurde im Juli 2012 eine intraoperative Strahlentherapie an drei Wirbeln der Wirbelsäule durchgeführt, die jedoch nicht erfolgreich war, es wuchsen später an allen Wirbeln

erneut Metastasen.

Nachdem man im Winter 2013/14 Metastasen in Lunge, Leber, Hirn, sowie im Winter 2014/15 eine Knochenmarkskarzinose feststellte und ich wöchentlich Blutkonserven erhalten musste (zu dieser Zeit ging es mir sehr schlecht), bekam ich seit März 2014 die Chemo Eribulin.

Im Dezember 2014 erfuhr ich vom D,L-Methadon und telefonierte mehrmals mit Frau Dr. Friesen von der Uni Ulm und entschloss mich daraufhin, mir Methadon verschreiben zu lassen, zumal ich mir auch eine bessere schmerzlindernde Wirkung versprach.

Im Dezember 2014 begann ich, Methadon einzunehmen. Ich habe, wie alle anderen auch, langsam mit 2 mal 5 Tropfen angefangen und habe dadurch, dass ich Tropfen gegen Übelkeit genommen habe, absolut keine Einschränkungen gehabt. Mittlerweile nehme ich 2 mal 30 Tropfen und alles ist weiterhin gut. Dazu bekam ich damals weiterhin Eribulin.

Mein Onkologe war glücklicherweise bereit, mir die Nachfolgerezepturen auszustellen, sodass ich problemlos und unter Aufsicht Methadon nehmen konnte.

Im Februar 2015 wurde nach heftigsten Kopfschmerzen ein MRT durchgeführt, das einen massiven Befall der Hirnhaut mit Metastasen ergab. Daraufhin wurden erfolgreich zehn Ganzhirnbestrahlungen durchgeführt, durch die die Metastasen im Kopf verschwanden.

Im Juli 2015 wurde erneut eine PET-CT-Untersuchung durchgeführt, die einen phantastischen Befund ergab.

Wörtlich stand dort:

„PET-CT-Beurteilung:

Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 22.09.2014 zeigt sich metabolisch-bildgebend eine eindrucksvolle Rückbildung der Tumorerkrankung...“

Mein Gesamtzustand hat sich seit Beginn der Einnahme von D,L-Methadon wesentlich verbessert. Ich kann wieder arbeiten und fühle mich insgesamt sehr gut.

Die Metastasen in Lunge, Leber, Hirn, Knochen und Knochenmark sind fast vollständig rückläufig bzw. verschwunden.

Diesen glücklichen Umstand schreibe ich zu einem großen Teil dem Methadon zu.

September 2015

# Körpereigene Abwehr und Krebs

VON GERTRUD RUST

**O**ft ist bereits an der Namensgebung für ein Thema die ihm zugemessene Bedeutung abzulesen. Gestartet als körpereigenes Abwehrsystem, über Immunsystem und Immuntherapie bei Krebs, zirkuliert inzwischen der Begriff Immunonkologie, und hoffnungsvoll hört man als Patientin von der Bewertung dieses Therapieweges als „Durchbruch des Jahres“ (Science, 2013). Die Ankunft im Olymp der schulmedizinischen Wertschätzung kann also wohl gefeiert werden.

Es war ein steiniger Weg, denn lange Zeit traute man den natürlich vorhandenen Abwehrkräften nicht zu, einer Krebserkrankung Maßgebliches entgegen setzen zu können. Mit einer gewissen Genugtuung nimmt man deshalb zur Kenntnis, dass die vier Säulen einer ganzheitlichen Krebsbehandlung: Psyche, Körper, Stoffwechsel und Immunsystem (Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr, Heidelberg) nach und nach Eingang in die Schulmedizin finden.

Die Psychoonkologie ist etabliert, Sport nach Krebs wird ausdrücklich angeraten, nun ist das Immunsystem an der Reihe, und der Stoffwechsel wird es wohl auch noch schaffen. Sehr erfreulich für Patienten mit „ganzheitlichen Bedürfnissen“.

## Gehemmte Abwehrzellen?

Aufgabe des Immunsystems ist der Schutz des Organismus vor Krankheitserregern, Fremdkörpern und entarteten Zellen. Bereits im Jahr 1863 beobachtete Rudolf Virchow die Einwanderung von Zellen des Immunsystems in Tumorzellen. Heute ist bekannt, dass es sich dabei um T-Lymphozyten handelt. Diese hemmen zwar das Tumorwachstum und verbessern die

Prognose, jedoch wird die Aktivität des Tumors nicht völlig gestoppt. Die Immunabwehr scheint gebremst, wodurch wird sie aufgehalten?

## Bremsen lösen

Die natürlichen Abwehrkräfte scheinen eine derartige Macht zu entfalten, dass zur Vermeidung von Angriffen auf eigene Körperzellen überschießende Aktivitäten gebremst werden müssen. Dies erfolgt über eine natürlich vorhandene körpereigene Kontrollinstanz, die regulatorischen T-Zellen, deren Aufgabe die Verhinderung von Autoimmunerkrankungen (Krankheiten, die durch Angriffe des Immunsystems auf den eigenen Körper entstehen) ist.

Die Aktivitätsregulierung erfolgt an verschiedenen Kontrollpunkten, den „Immun-Check-Points“, speziellen Rezeptoren (Anlagerungsstellen) an der Oberfläche der T-Zellen. Tumorzellen haben nun leider die Fähigkeit, genau diesen Mechanismus für ihr Wachstum auszunutzen.

Sie blockieren T-Zellen durch Produktion von Stoffen, die sich ebenfalls an diese Rezeptoren anlagern und eine zusätzliche Hemmung oder sogar ein Absterben der Abwehrzellen bewirken. Der Gegner, der ihnen gefährlich werden könnte, ist damit lahm gelegt. Der therapeutische Ansatz besteht deshalb darin, „die Hemmung zu hemmen“, anders ausgedrückt, die Immunbremsen zu lösen, um den Abwehrzellen wieder mehr Aktionsmöglichkeiten zu verschaffen. Neu entwickelte Medikamente, die sog. „Checkpoint-Hemmer“, haben beim malignen Melanom, der gefährlichsten Hautkrebserkrankung, bereits verblüffende Erfolge gezeigt. Prof. Dr. Dirk Schadendorf, Vorsitzender

der AG Dermatologische Onkologie: „Wir gehen derzeit davon aus, dass sich die Immun-Check-Point-Kontrolle bei vielen Tumoren als neue Säule der Krebstherapie etablieren wird“.

## Eine Brille für die T-Zellen

Die Beschränkung der Abwehrhemmung ist eine Möglichkeit. Ein weiterer Ansatz hat die Verbesserung der Erkennungsfähigkeit der Abwehrzellen gegenüber Krebszellen zum Ziel. Krebszellen werden als körpereigene Zellen vom Abwehrsystem nicht als ausreichend fremd erkannt und können sich auf diese Weise einem Angriff entziehen. Am Universitätsklinikum Würzburg soll deshalb dem Sehvermögen der T-Zellen in einem innovativen Forschungsprojekt auf die Sprünge geholfen werden. Neben anderen Krebszellarten tragen auch Brustkrebszellen an ihrer Zelloberfläche das Molekül ROR 1, das als Erkennungsmerkmal für scharfsichtige T-Zellen geeignet ist. Die Brille für das ROR 1 Molekül besteht aus einem CAR (chimärer Antigenrezeptor), der den T-Zellen auf gentechnischem Weg „eingepflanzt“ wird. Hierzu entnimmt man den Patienten T-Zellen, macht sie mit CAR scharfsichtig und überträgt sie zurück. CAR arbeitet wie ein Sensor, der Zelloberflächen sensibel abtastet und sich an ROR 1 anlagert. Die Verbindung zwischen Krebszelle und T-Zelle ist damit hergestellt, und die Arbeit kann beginnen. Da ROR 1 Moleküle auf gesunden Zellen kaum vorkommen, wird gesundes Gewebe von CAR-T-Zellen nicht angegriffen, und Nebenwirkungen sind kaum zu erwarten, so Dr. Michael Hudecek, Forschungsgruppenleiter an der Medizinischen Klinik II in Würzburg.



Nach Einschätzung von Prof. Dr. Achim Wöckel, Direktor der Frauenklinik der Uni-Klinik Würzburg, werden die Ergebnisse der CAR-T-Zell-Forschung für Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs von weitreichender Bedeutung sein.

Die Deutsche Krebshilfe fördert die Weiterentwicklung dieses Forschungsprojekts mit 622.000 Euro.

### Personalisierte Impfung

Damit nicht genug. Die Aktivierung des Immunsystems könnte noch auf einem weiteren Weg gelingen. Prof. Dr. Ugur Sahin, Leiter einer international besetzten Forschergruppe mit Beteiligung der Biotechfirma BioNTech an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, sucht ganz im Sinn der personalisierten Krebstherapie nach Möglichkeiten zu einer individua-

lisierten Immuntherapie. Tumore unterscheiden sich genetisch (Gene enthalten Informationen zur Herstellung bestimmter Körpereiwieße) und weisen von Patient zu Patient ein individuelles Muster von Veränderungen (Mutationen) auf.

Diese für einen Patienten typischen Mutationen seines Tumors sollen ermittelt werden und als Basis für die Herstellung eines „personalisierten Impfstoffes“, eines genau für einen Patienten maßgeschneiderten Impferserums dienen. Die für eine Immunantwort prinzipiell in Frage kommenden Mutationen wurden in Vorversuchen identifiziert und dienen je nach „Einzelfallmuster“ nun als Vorlage zur „Konstruktion“ eines synthetisch produzierten Impfstoffs. Dieser soll, wie jeder „normale“ Impfstoff auch, die Körperabwehr in die Lage versetzen, das „Zielobjekt“ treffsicher zu neutralisieren. Im Tiermodell liegen be-

reits vielversprechende Ergebnisse vor, Tumore bildeten sich zurück und konnten sogar geheilt werden. Die Veröffentlichung erfolgte im weltweit renommierten Fachjournal „Nature“.

Da sich die Tumorcharakteristiken bei verschiedenen Patienten jedoch extrem stark unterscheiden, kann das Vorhaben „Jedem Patienten auf Anforderung sein Impfstoff“ wohl zu Recht als Herkulesaufgabe der Immunonkologie gelten.

Fazit: Immunbremsen lösen, Immunzellen den Blick schärfen und das Immunsystem mittels Impfung trainieren transportieren für Patienten eine ganz besondere Botschaft: Ich verfüge selbst über die Kräfte zur Krankheitsbewältigung, sie müssen „nur“ in die passende Richtung gelenkt werden.

Weitere Informationen bei den genannten Forschungsgruppenleitern.

ANZEIGE

Jetzt aktiv werden.



**WELEDA**  
Seit 1921

Fragen Sie Ihren Arzt zur ganzheitlichen und integrativen Misteltherapie von Weleda und bestellen Sie kostenlos Informationsunterlagen.



Lymphknoten entfernt – was nun?

# Die Transplantation von Lymphgefäßen

VON ULLA WESTERMANN

**D**as Lymphsystem ist als Teil unseres körpereigenen Abwehrsystems von besonderer Bedeutung für den Abtransport krankheitserregender Stoffe oder bestimmter Fremdpartikel. Wird der Lymphfluss unterbrochen, kann dies schwerwiegende Folgen für die Gesundheit des Menschen haben.

Die Verpflanzung von eigenen Lymphgefäßen ist für die Behandlung einer Reihe von Erkrankungen bedeutsam, die auf lokalen Unterbrechungen des Lymphsystems beruhen. In der Folge kann ein Rückstau von Lymphflüssigkeit zu schmerzhaften Lymphödemen führen.

Beispiele sind Armlymphödem nach Brustkrebskrankungen, denen die Entfernung mehrerer Achsel-Lymphknoten vorausging, oder ein Beinödem, das nach einer Tumorbehandlung bei gynäkologischen und urologischen Erkrankungen durch eine Unterbrechung im Lymphsystem auftreten kann. Ebenfalls sind Ödeme im Genitalbereich möglich. Auch nach Unfällen oder anderweitigen lokalen Beeinträchtigungen des Lymphflusses kann sich die Lymphe stauen und eine mikrochirurgische Behandlung erforderlich machen.

Bekannt ist eine ähnliche Situation bei Verstopfung der Herzkranzgefäße an einer bestimmten Stelle, wo zum Beispiel ein Bypass für die Überbrückung der Verschlussstelle sorgt.

## Technik der Lymphgefäßstransplantation

Durch die Mikrochirurgie ist eine derartige Überbrückung nun auch im Lymphgefäßsystem möglich. Da die Lymphgefäße nicht nur einfache Röhren sind, sondern die Lymphflüssigkeit aktiv transportieren, sind Lymphgefäße gut für eine Überbrückung geeignet.

Der Körper besitzt normalerweise an der Innenseite des Oberschenkels ein ganzes Bündel von Lymphgefäßen, was die Entnahme einiger Gefäße für eine Transplantation erlaubt. (Abb. A)

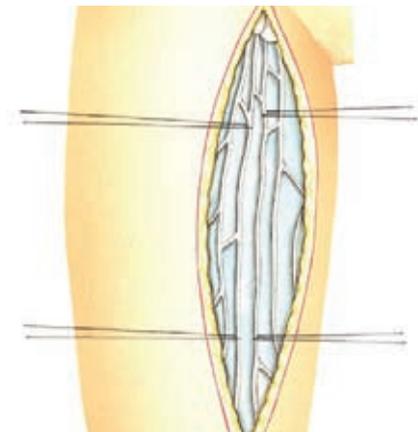
Am Arm werden die entnommenen Lymphgefäße nun in das Unterhautfettgewebe transplantiert und mit aufsteigenden Lymphbahnen am Oberarm, vor der Problemstelle in der Achsel und am Hals mit Lymphbahnen oder Lymphknoten nach der Problemstelle in der Achsel ver-

bunden. Auf diese Weise kann die Lymphe an der Engstelle vorbeifließen. (Abb. B)

Bei Beinödemen und bei Genitallymphödemen muss ein Bein gesund sein, um von dort Lymphgefäße zur Ableitung der Lymphe aus dem Ödemgebiet einsetzen zu können. Sie fließt dann vom erkrankten Bein oder von den Genitalien zur gesunden Seite. (Abb. C)

## Entwicklung und externe Erfolgskontrolle

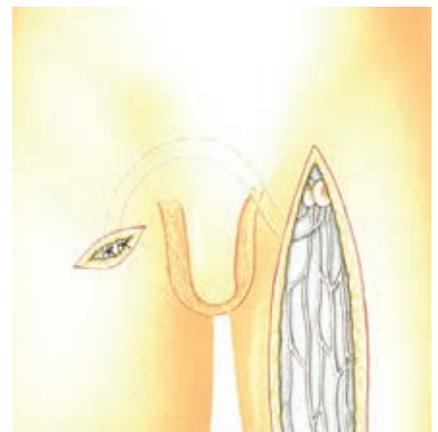
Die mikrochirurgische Lymphgefäßtransplantation wurde von Prof. Dr. R.G.H. Baummeister am Institut für Experimentelle Chirurgie der Ludwig Maximilian Universität in München entwickelt, 1980 erstmals eingesetzt und seitdem bei mehr als 350 Patienten durchgeführt. Nuklearmedizinische Untersuchungen zeigten eine Verbesserung des Lymphabstroms mit bedeutsamer Verringerung der Flüssigkeitsansammlungen bis hin zur Normalisierung. Kontrollen mittels radiologischer Diagnostik belegten eine Langzeitdurchgängigkeit der verpflanzten Lymphgefäße über mehr als zehn Jahre.



Transplantat-Entnahme (Abb. A)



Transplantat bei Arm-Lymphödem (Abb. B).



Transplantat bei Bein-Lymphödem (Abb. C).

Die Abbildungen sind der Webseite: [www.lymphtransplant.com](http://www.lymphtransplant.com) entnommen.

## Mikrogefäßchirurgie

# Lymphgefäßtransplantation in der Praxis

ULLA WESTERMANN IM GESPRÄCH MIT DR. MED. H.-J. WILMER

**mamazone:** Herr Dr. Wilmer, Sie sind Facharzt für Chirurgie, Gefäßchirurgie, Phlebologie und Lymphologie in Münster. Wie ist die Idee „Lymphgefäßtransplantation“ entstanden?

**Dr. Wilmer:** Eigentlich „aus der Not geboren“. Patientinnen, die nach einer Krebstherapie eine Anschwellung des gleichseitigen Armes erleiden, haben nur die konventionellen Behandlungsmöglichkeiten wie manuelle Lymphdrainage (MLD) und Kompressionswicklung. In der Gefäßchirurgie sind Bypass-Verfahren zur Überbrückung oder Umgehung geschlossener Gefäßabschnitte gang und gäbe. Nichts anderes machen wir. Wir entnehmen aus einem gut funktionierenden Lymphabflusssystem an der Oberschenkelinnenseite einige Lymphbahnen und transplantieren diese entweder in die geschwollene Gegenseite oder in einen ödematösen Arm. Einen Unterschied gibt es allerdings. Bei der Lymphgefäßtransplantation handelt es sich um einen mikrochirurgischen Eingriff.

**mamazone:** Sie operieren momentan in München zusammen mit dem Entwickler dieser Methode, Prof. Dr. R.G.H. Baumeister. Wie viele dieser Operationen haben Sie selbst inzwischen mit durchgeführt?

**Dr. Wilmer:** Dies wird heute, am 18. 6. 2015, meine 28. Transplantation sein, die ich mit begleite.

**mamazone:** Sind weitere OP Standorte vorgesehen?

**Dr. Wilmer:** Ja, derzeit finden Gespräche mit der Uni Klinik Erlangen und Wiesbaden statt. Seit Sommer 2015 führen wir diese Operationstechnik auch in Münster und umliegenden Kliniken durch.



Dr. med. Hans-Jürgen Wilmer, Facharzt für Chirurgie, Gefäßchirurgie, Phlebologie und Lymphologie  
Ambulantes Gefäßzentrum, Pottkamp 17, 48149 Münster.

**mamazone:** Bei wem kann / sollte eine Lymphgefäßtransplantation durchgeführt werden? Wer ist prädestiniert dafür?

**Dr. Wilmer:** Alle Patienten/-innen, die nach einer Krebsoperation, z.B. Mamma-, Pfortio-, Uterus-, Ovarial-, bzw. Prostatakrebs beim Mann und nach Melanomen, ein Lymphödem einer Extremität entwickelt haben. Oft entstehen diese Ödeme auch erst zeitverzögert nach Bestrahlungstherapie oder nach Überbelastung.

Voraussetzung ist allerdings ein funktionierender Lymphabfluss aus dem Bein. Dann gilt: Je früher, desto besser. Innerhalb der ersten 6 Monate nach OP kann sich ein Lymphödem allerdings noch von allein zurückbilden. Solange sollte man abwarten. In dieser Zeit versorgen wir die Patienten/-innen mit einem Grundausstattungspäckchen zur Vorbeugung eines Erysipels, einer Wundrose. Es enthält ein Breitspektrum Antibiotikum für den Notfall,

z.B. Schüttelfrost nach einer Verletzung an der ödematösen Extremität, Baumwollhandschuhe, Schutzhandschuhe und Desinfektionsmittel. Die Verhärtungen und Vernarbungen nach einer Wundrose würden den Erfolg einer Lymphgefäßtransplantation enorm vermindern.

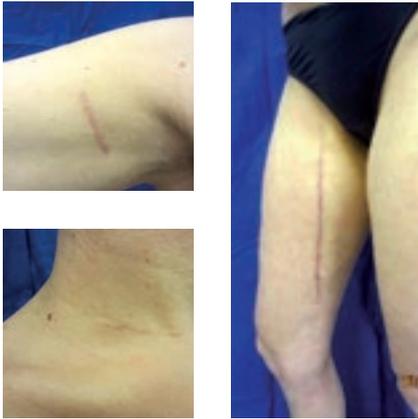
**mamazone:** Kann die Entnahme von Lymphgefäßen vor Ort zu Problemen führen?

**Dr. Wilmer:** Theoretisch ja, aber bisher noch bei keinem Patienten gesehen. Die einer Transplantation vorausgehende Diagnostik muss ergeben, dass die Lymphgefäße an den Beinen vollständig funktionieren. Eine funktionelle Lymphsintigraphie zeigt mehrere Gefäße. Daraus kann gewählt werden. Da der Mensch grundsätzlich mehr Lymphgefäße hat, als er im Alltag benötigt, ist ein Lymphödem an der Entnahmestelle sehr unwahrscheinlich.

**mamazone:** Müssen vor und nach OP spezielle Maßnahmen durchgeführt werden?

**Dr. Wilmer:** Infektionen vermeiden ist natürlich das oberste Gebot. Konsequente konservative Therapie wie MLD und Kompressionsbestrumpfung ist wichtig, damit das Gewebe nicht unnötig gedehnt wird. Und mit einer gesunden Ernährung und Gymnastik können unnötige Fetteinlagerungen vermindert werden. Direkt nach der OP erfolgt fünf Tage lang eine Hochlagerung der behandelten Extremität zur möglichst kompletten Entstauung der Lymphflüssigkeit.

Anschließend legen wir Wert auf eine individuelle Nachbehandlung, bei der wir nur durch den Verlauf angeben können, ob und wie lange noch eine Kompressionsbestrumpfung getragen werden muss.



Operationsnarben drei Monate nach der OP.

Falls noch MLD erforderlich sein sollte, dann nur in den Abflussregionen außerhalb der operierten Extremität.

Dazu kommt eine unterschiedlich lang andauernde Antibiotikabehandlung, meist ca. drei Wochen, nach einem Erysipel allerdings bis zu einem halben Jahr lang. Körperliche Überlastung, starke Wärme wie Sonnenbad, Sauna, heiße Bäder sollten vermieden werden und sportliche Aktivitäten nur nach Absprache erfolgen.

**mamazone:** *Wie lange dauert der Heilungsprozess nach der OP? Wie lange dauert es, bis eine selbständige Entstauung stattfindet? Sind nach einer gelungenen Transplantation tatsächlich keinerlei Maßnahmen wie MLD oder Kompression mehr erforderlich?*

**Dr. Wilmer:** Die Entstauung des Ödems beginnt schon während der Operation. Eine Ergebnisverbesserung sehen wir bis zu einem Ablauf von 3 Jahren. Je nachdem, wie die Gefäße ihre Arbeit wieder aufnehmen und wie komplex die Lymphabflussstörung schon war. Die Wundheilung selbst dauert ca. 10 bis 14 Tage. Die Arbeitsunfähigkeit von vier Wochen dient zur Verhinderung einer Überbelastung. Meist kann nach Ablauf von drei Monaten auf eine Dauerkompressionsbestrumpfung verzichtet werden.

**mamazone:** *Gibt es noch weitere Nachbehandlungen, die durchgeführt werden müssen?*

**Dr. Wilmer:** Bei den meisten Patienten sind später keine Maßnahmen mehr erforderlich. Bei langfristig gestauten Extremitäten mit Fettgewebezunahme benötigen ca. 50 bis 60 Prozent der Patienten noch eine Fettabsaugung dieses verstärkt gebildeten Unterhautfettgewebes.

**mamazone:** *Wie steht es mit der Kostenübernahme durch Krankenkassen?*

**Dr. Wilmer:** Sämtliche Kosten dieser Rekonstruktion und der eventuell nötigen Fettabsaugung gelten als Nachbehand-

lung nach Krebstherapie und werden komplett von der Kasse übernommen. Übrigens: Wir haben nach Wiederherstellung des Lymphabflusses bisher kein Auftreten von Wundrosen mehr gesehen. Die Lymphgefäßtransplantation selbst ist für den Patienten kaum belastend, jedoch besteht während der ersten vier Wochen nach OP wegen der Fettabsaugung des durch die Stauungen entstandenen Fettgewebes eine erhebliche Leistungsminderung.

**mamazone:** *Dann hoffen wir, dass sich die Lymphgefäßtransplantation durchsetzt. Vielen Dank für das Gespräch.*

#### KONTAKTINFORMATIONEN

##### Dr. med. Hans-Jürgen Wilmer

Facharzt für Chirurgie, Gefäßchirurgie, Phlebologie und Lymphologie  
Ambulantes Gefäßzentrum, Pottkamp 17,  
48149 Münster



Wissenschaftliche  
Erarbeitung  
des Verfahrens

##### Prof. Dr. R. G. H. Baumeister

Chirurgische Klinik München Bogenhausen.  
E-Mail: baumeister@lymphtransplant.com





# Willkommen in der Premium-Class ★★★★★

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

Jetzt kostenloses Info-Material bestellen: Telefon: 0921 912-750 / E-Mail: [verbraucherservice@medi.de](mailto:verbraucherservice@medi.de)

10 Farben und  
einzigartige  
Designelemente!

Wirkt sie, oder nebenwirkt sie nur?

# Daneben getroffen: Chemotherapieresistenzen

VON GERTRUD RUST

Eine Chemotherapie ist kein Spaziergang, und wenn man sich auf diesen beschwerlichen Weg begeben muss, sollte die Aussicht auf Erfolg in Reichweite liegen. Bei neoadjuvanten (vor OP) Einsatz ist die Wirkung gut zu sehen, und die Beobachtung des „Dahinschmelzens“ eines Tumors unter der gewählten Chemo-Variante kann zu erheblicher Entspannung beitragen. Die Botschaft lautet: Die entarteten Zellen sind angreifbar. Ist nach der operativen Entfernung des Tumors eine weitere Anwendung notwendig (adjuvante Chemotherapie), kann man sich dieser mit der begründeten Hoffnung auf ein gutes Therapieergebnis unterziehen. Neoadjuvante Chemotherapien sollen durch eine Verkleinerung des Tumors eine Brust erhaltende Operation ermöglichen und kommen deshalb bei großen Brusttumoren zum Einsatz. Bei kleineren Tumoren ist dies nicht üblich, ein Wirkungsnachweis am „lebenden Objekt“ liegt somit nicht vor. Die alleinige adjuvante Chemotherapie trifft deshalb bei der Mehrzahl der Betroffenen meist auf erhebliche Ängste, wodurch Ausmaß und Intensität von Nebenwirkungen gesteigert werden.

## Die Qual der Wahl – Gentests als Entscheidungshilfe

Die Vermeidung von Übertherapie gilt in der modernen Krebsmedizin inzwischen als Königsweg - allerdings sind zum Ausschluss einer Untertherapie vorab zwei grundlegende Fragen zu beantworten:

Benötige ich überhaupt eine Chemotherapie? Und wenn ja: Welche wirkt in meinem individuellen Fall?

Zur Beantwortung der ersten Frage stehen inzwischen Gentests zur Verfügung:

EndoPredict, Prosigna, Oncotype DX und Mammaprint. Sie liefern eine Aussage darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit innerhalb der ersten 10 Jahre nach Erkrankung mit einer Fernmetastasierung zu rechnen ist. Liegt diese Wahrscheinlichkeit unter 10 Prozent, kann auf eine Chemotherapie verzichtet werden. Soweit, so gut, sieht man von der Tatsache ab, dass bisher erst für den EndoPredict in einem Regionalvertrag eine Kostenerstattungsvereinbarung zwischen der TK München und der Frauenklinik Rechts der Isar der TU München getroffen wurde.

Zeigt das Ergebnis eines Gentests in Richtung Chemotherapie, schließen sich konsequenter Weise die Fragen an: Was brauche ich? Was wirkt bei mir? Was kann ich mir ersparen, weil eine Wirkung unwahrscheinlich ist?

Fragen und Antworten mit weitreichender Bedeutung, da aufgrund des langjährigen Einsatzes von Chemotherapien längst auch die Schattenseiten dieser Therapieform sichtbar wurden. Dabei geht es nicht nur um mögliche Zweitkrebse, sondern auch um die üblichen Versprechen bei einer Polyneuropathie: „Das gibt sich schon wieder“ (häufig leider nicht), oder die Belastung durch das „Chemobrain“, das mit Gedächtnisproblemen, Wortfindungsstörungen oder verringerter Konzentrationsfähigkeit einher geht.

Stehen womöglich die Nebenwirkungen im Vordergrund, ohne dass ein therapeutischer Gewinn erzielt wird?

## Individuelle Chemotherapie

Diesen Begriff hört man eher selten, obwohl er doch perfekt zum sinnvollen Trend der „Personalisierten Medizin“ passen

würde. Umso mehr lässt die Frage von Prof. Dr. med. T. H. Lippert von der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen aufhorchen: „Was sind die Gründe dafür, dass nur ein Teil der Patienten auf die Therapie anspricht, andere jedoch nicht, und was kann man dagegen tun?“.

Der Hauptgrund bestehe in Tumoresistenzen, nicht nur gegen ältere Zytostatika, sondern auch gegen neuere Präparate, so Lippert. Resistenzen seien dabei erheblichen individuellen Schwankungen unterworfen, hingen von komplexen individuellen Tumorstrukturen und der Fähigkeit ab, Abwehrmechanismen gegen Zellgifte zu entwickeln. Zwei Formen von Resistenz gegen Zytostatika werden unterschieden: Eine bereits vor Behandlung vorliegende (intrinsic resistance) und eine im Verlauf der Zytostatikabehandlung entstehende (acquired resistance). Auch neue Krebsmedikamente mit dem Anspruch einer gezielten Ausschaltung von Tumorwachstumsfaktoren erreichen dieses Ziel nicht selten aufgrund der enormen Vielfalt und unterschiedlichen Zusammensetzung individuell vorliegender Wachstumsfaktoren nur unzureichend. Ob der mit dem Medikament auszuschaltende Wachstumsfaktor auch tatsächlich an der speziellen Tumorausbreitung im Einzelfall beteiligt ist, lässt sich nur schwer beantworten. Auch besteht nach dem Ausschalten eines bestimmten Wachstumsfaktors die Gefahr, dass andere, zum Ausgleich von der Krebszelle aktivierte Wachstumsfaktoren, die therapeutische Wirkung begrenzen oder sogar ganz aufheben. Ein folgerichtig zu forderndes personalisiertes Vorgehen stoße jedoch auf Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Diagnostetests.



Nach dem zweiten Weltkrieg wurden die ersten Chemotherapien gegen Krebs eingesetzt, und bereits in den 50er und 60er Jahren stießen Chemotherapieresistenzen auf gesteigertes Forschungsinteresse. Das Problem muss also bereits zum damaligen Zeitpunkt bekannt gewesen sein. Ziel war die Diagnose individuell vorliegender Resistenzen vor Beginn der Behandlung.

Der einzig vernünftige Weg, möchte man meinen. Warum die Resistenzdiagnostik jedoch im Lauf der Zeit aus dem Blickfeld geriet und ein Schattendasein führte, ist nur schwer nachvollziehbar. Vielleicht lenkte die sensationelle Entdeckung der Struktur des Erbguts 1953 durch Watson und Crick die Aufmerksamkeit in eine andere Richtung, und die Ermittlung von Chemoresistenzen erschien dagegen banal, zumindest in der Forschungswelt.

Bis heute werden in Chemotherapie-studien gleichzeitig sowohl Responder (Patient spricht an) als auch Nichtresponder (Patient spricht nicht an) einbezogen, weshalb keine zuverlässigen Therapievorhersagen möglich sind.

In jüngerer Zeit wurde das Thema wieder aufgegriffen, und es werden Fortschritte in dieser für Patienten immens wichtigen Fragestellung sichtbar. Die Diagnostik einer vor Behandlungsbeginn vorliegenden Resistenz basiert auf Forschungsarbeiten aus der „frühen Zeit“ der Chemotherapie und beobachtet im Reagenzglas (in vitro) die Reaktion von frisch entnommenen Tumorzellen auf verschiedene Zytostatika.

Mit inzwischen standardisierten Testmethoden liefern spezialisierte Labors zuverlässige Ergebnisse, jedoch ist nur das Nichtansprechen sicher zu erkennen, weniger die positive Wirkung.

Der Nachweis einer durch Medikamente entstandenen Resistenz ist verlässlich mit dem PET (Positronen-Emissions-Tomographie) möglich und gelingt durch die intravenöse Verabreichung eines radioaktiv markierten Zuckers, der von aktiven Tumoren begierig eingelagert wird. Im Metastasierungsfall zeigt ein Vergleich der Stoffwechselaktivität einer Metastase vor und nach Einsatz der Chemotherapie entweder den Rückgang der Tumoraktivität

oder die Wirkungslosigkeit des gewählten Zytostatikums an.

Leider findet die Tumorresistenzdiagnostik auch in der personalisierten Krebstherapie noch keine angemessene Beachtung, und Patienten werden in der Regel nicht über diese Möglichkeit informiert.

Wenig erstaunlich ist das mangelnde Interesse der Zytostatika-Hersteller an Resistenztests, schließlich wird mit Chemotherapien gutes Geld verdient. Die Zögerlichkeit der Krankenkassen in der Kostenübernahme ist allerdings verständlich, ließen sich doch enorme Kosten durch die Vermeidung unwirksamer Chemotherapien einsparen.

#### WEITERGEHENDE INFORMATIONEN:

Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin

**E-Mail:** akademie@dr-wasylewski.com

**Telefon:** 030 55 15 82 48

#### Quelle:

**Aktuelle Gesundheitsnachrichten, Heft 14, Seite 4:**  
Prof. Dr. T. H. Lippert: Chemotherapieversagen bei Tumorresistenzen

ANZEIGE



## 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



Mehr Informationen: [mapisal@medac.de](mailto:mapisal@medac.de), [www.mapisal.de](http://www.mapisal.de)

medac  
Onkologie

Das Detect Studienkonzept

# Zielgerichtete Therapien für metastasierte Patientinnen

VON PROF. DR. T. FEHM, PROF. DR. W. JANNI ET AL.

Bereits bei der Erstdiagnose einer Brustkrebserkrankung können Krebszellen im Blut gefunden werden, so genannte „zirkulierende Tumorzellen“ (CTCs). Das Auftreten der CTCs im Blut kann der erste Schritt zu einer systemischen Erkrankung sein, die den ganzen Körper betrifft. Durch die Streuung im Blutkreislauf können sich abgelöste Krebszellen an anderen Stellen im Körper wieder niederlassen und Metastasen bilden.

## Individuelles Profil von zirkulierenden Tumorzellen

Jeder Brustkrebs besitzt eine eigene „Tumorbiologie“, d.h. er besitzt individuelle Eigenschaften mit unterschiedlichen Rezeptoren (Hormonrezeptoren oder HER2-Rezeptoren) auf seiner Oberfläche.

In dem meisten Fällen entsprechen die Metastasen dem Profil des ursprünglichen „Primärtumors“ in der Brust. Manchmal ändern sich die Eigenschaften aber auch, so dass die Metastasen eine andere Tumorbiologie aufweisen und somit auch andere Therapieoptionen benötigen. Aus diesem Grund soll - wann immer möglich - das Profil der Metastasen untersucht werden. Unterschiede in der Tumorbiologie sind nicht nur zwischen Primärtumor und Metastasen sondern auch zwischen Tumorgewebe und zirkulierenden Tumorzellen beschrieben worden.

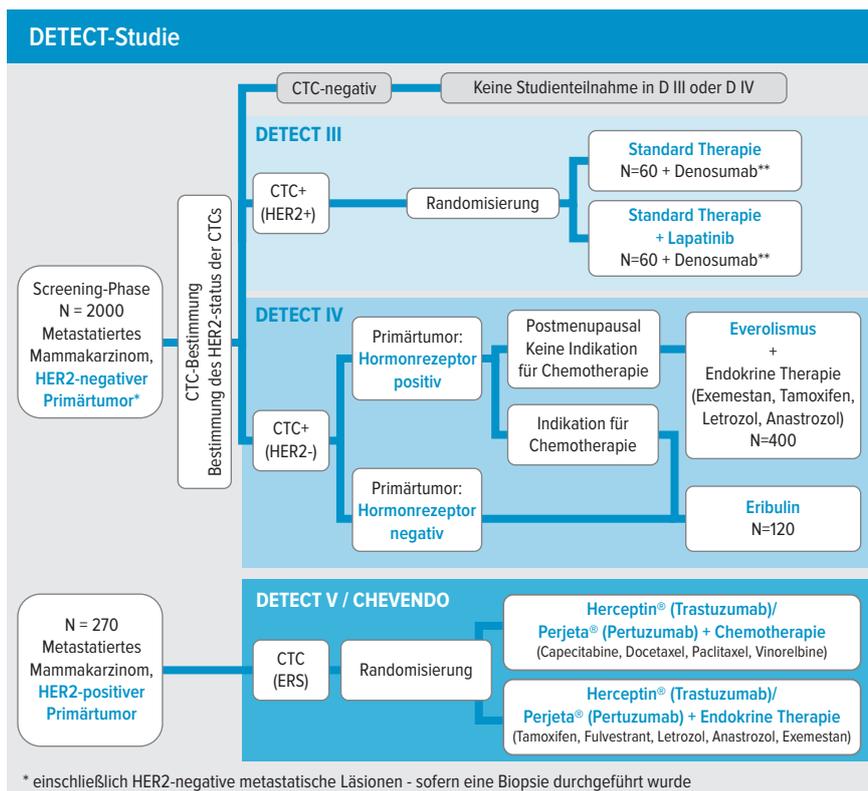
So können Primärtumor und Metastasen HER2-negativ sein, also eine gezielt zu behandelnde Eigenschaft nicht besitzen, die zirkulierenden Tumorzellen aber können HER2-positiv sein. Ob sich die Behandlung von Patientinnen mit metastasiertem Brust-

krebs verbessern lässt, indem man die Therapieentscheidungen basierend auf dem Nachweis und dem Profil von CTCs trifft, wird in den DETECT-Studien untersucht. Für die bereits bestehenden Studien DETECT III und DETECT IV werden Patientinnen mit HER2-negativem metastasiertem Brustkrebs in einem gemeinsamen Screening auf das Vorhandensein von zirkulierenden Tumorzellen getestet. Zudem wird der HER2-Status auf den zirkulierenden Tumorzellen bestimmt. Abhängig davon werden die Patientinnen dann in DETECT III (HER2-positive CTCs) oder in DETECT IV (nur HER2-negative CTCs) eingeschlossen.

## Hoffnung durch zielgerichtete Behandlung: DETECT III und DETECT IV-Studie

In DETECT III werden Patientinnen mit HER2-negativem Primärtumor aber HER2-positiven zirkulierenden Tumorzellen (CTCs) mit einer Standardtherapie (Chemotherapie oder endokrinen Therapie) +/- Lapatinib behandelt. So soll die Effektivität einer auf CTCs ausgerichteten, zusätzlichen Gabe einer HER2-zielgerichteten Therapie (Lapatinib) untersucht werden. Eventuell kann durch die gezielte Behandlung der CTCs unter Berücksichtigung der geänderten Tumorbiologie eine Überlebensverbesserung im Vergleich zur Standardtherapie erzielt werden.

Patientinnen mit HER2-negativem metastasiertem Brustkrebs und ausschließlich HER2-negativen zirkulierenden Tumorzellen werden in DETECT IV eingeschlossen. Postmenopausale Patientinnen mit hormonrezeptor-positivem Primärtumor werden in einen Studienarm mit Everolimus plus antihormonelle Standardtherapie (DETECT IVa) behandelt.



Für Patientinnen mit hormonrezeptor-negativem Primärtumor (triple-negativ) sowie hormonrezeptor-positivem Primärtumor aber Notwendigkeit der Chemotherapie ist seit Februar 2015 der Therapiearm mit Eribulin geöffnet (DETECT IVb). Neu ist: Erweiterung des DETECT-Studienkonzepts um die DETECT V/CHEVENDO-Studie für Patientinnen mit HER2-positivem, Hormonrezeptor-positivem metastasiertem Brustkrebs. In DETECT V/CHEVENDO wird die Kombination aus einer doppelten, HER2-gerichteten Therapie mit Pertuzumab und Trastuzumab plus Chemotherapie mit der dualen HER2-Blockade plus antihormoneller Therapie verglichen. Dies ist eine der weltweit ersten Studien, innerhalb derer eine doppelzielgerichtete Anti-HER2-Therapie ohne Chemotherapie getestet wird. Unter besonderer Berücksichtigung der Lebensqualität wird die Wirksamkeit der beiden Behandlungs-

arme analysiert. Der Nachweis von CTCs ist in DETECT V keine Voraussetzung für eine Studienteilnahme. Im Rahmen der begleitenden Forschungsprojekte werden diese jedoch untersucht und das individuelle „Profil“ der CTCs bestimmt. Damit soll ein mögliches Therapieansprechen in Zukunft besser vorausgesagt werden können.

#### Über 1200 Patientinnen untersucht

Das DETECT-Studienprogramm ist das weltweit größte Studienkonzept, das auf dem Nachweis von CTCs beruht. Über 1200 Patientinnen wurden hierfür bisher in Deutschland untersucht. Eine Teilnahme an den DETECT-Studien ist weiterhin möglich.

#### WEITERE INFORMATION

Studienkonzept sowie beteiligte Studienzentren unter: [www.detect-studien.de](http://www.detect-studien.de)

#### Gute Gründe für eine Studienteilnahme

- ▶ Kostenloser CTC-Test für alle Patientinnen
- ▶ Studienkonzept für alle Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom
- ▶ Endokrine Therapie oder Chemotherapie nach Bedarf möglich
- ▶ DETECT V / CHEVENDO: erste Studie in Deutschland zum Vergleich der dualen HER2-gerichteten Therapie in Kombination mit Antihormontherapie oder Chemotherapie in der HER2-positiven metastasierten Situation
- ▶ Translationale Forschungsergebnisse führen direkt zur klinischen Umsetzung

ANZEIGE

## Die Vaginalschleimhaut mit EvaLife Creme schützen!

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.

EvaLife Creme 30 ml - AVP 25,99 EUR

Mehr Informationen unter: [www.againlife.de/evalife](http://www.againlife.de/evalife)

Vertrieb: Bendalis GmbH • Kelttenring 17 • 82041 Oberhaching • [www.bendalis.com](http://www.bendalis.com)

hormonfrei  
kortisonfrei



## Palliativmedizin?

# So weit bin ich doch noch nicht!

VON DR. MED. SUSANNE KREUTZER, PALLIATIVÄRZTIN, NEUSTADT AN DER WALDNAAB

**N**ew England Journal of Medicine, 2010: Boston – eine frühzeitig begonnene palliative Therapie hat in einer Studie in New England Journal of Medicine bei Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom nicht nur die Lebensqualität verbessert. Auch die Überlebenszeiten wurden um mehrere Wochen verlängert. In der Studie kam es zu einer Verbesserung der Lebensqualität, ebenso gingen die depressiven Symptome der Patienten zurück, - übrigens ohne dass den Patienten vermehrt Antidepressiva verschrieben wurden. Die Patienten unter der integrierten palliativen Betreuung lebten um 2,7 Monate länger als die Patienten die nur die vorgesehene onkologische Therapie ohne integrierte palliative Betreuung erhalten hatten. (©rme/aerzteblatt.de)

Diese Studie von Jennifer Temel an Lungenkrebspatienten zeigte begleitende palliative Betreuung, die in den USA in vielen Zentren etabliert ist und deren Wert für die Lebensqualität der Patienten nicht mehr umstritten ist.

## Was ist denn eigentlich „Palliativmedizin“?

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Palliativmedizin die „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine heilende Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.“



Dr. Susanne Kreutzer. Bild: Annkathrin Kristel

So stehen in der Palliativmedizin die Lebensqualität, also das Befinden, die Wünsche und die Ziele des Patienten im Vordergrund der Behandlung.

Größte Aufmerksamkeit gilt außerdem der Beschwerdelinderung. Noch in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts gehörte die Linderung von Beschwerden bei unheilbar kranken Patienten in den Aufgabenbereich eines jeden medizinischen Fachs. Mit den technischen und medikamentösen Möglichkeiten der modernen Medizin richteten sich die ärztlichen Bemühungen aber zunehmend mehr und oft bis zum Ende des Lebens auf „Heilung“, auch wenn nur mehr geringe

Erfolgsaussichten dafür bestanden. 1967 gründete Cicely Saunders in London das St Christopher's Hospice zur Betreuung von Patienten, die mit ihren Beschwerden und ihrer Angst vor Sterben und Tod in der heilenden (kurativen) Medizin nicht mehr umfassend betreut wurden.

In Deutschland wurde die erste Palliativstation 1983 mit fünf Betten an der Klinik für Chirurgie am Universitätsklinikum zu Köln von der Deutschen Krebshilfe gegründet.

1992 erfolgte hier die Erweiterung auf 15 Betten zum „Mildred-Scheel-Haus“.

1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) gegründet, in der als erster medizinischer Fachgesellschaft neben Ärzten auch die Angehörigen der anderen palliativen Berufsgruppen wie Pflegekräfte, Musik- und Atemtherapeuten, Kunsttherapeuten, Seelsorger, Physiotherapeuten vertreten sind.

Fünf Jahre später, 1999, entstand der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin in Bonn. Inzwischen gibt es bereits neun Lehrstühle für Palliativmedizin in Deutschland.

Bis 2015 wurden knapp 250 Palliativstationen eingerichtet, die sich um die Beschwerden von lebensbedrohlich erkrankten Patienten kümmern.

Schmerzen, Atemnot, Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen, Angst, Depression, und Unruhe sind die Hauptbeschwerden, denen sich speziell ausgebildete Ärzte, Schwestern und Pfleger auf der Palliativstation widmen, so dass die Patienten hier mit ihren Krankheitsproblemen und Krankheitsbeschwerden umfassend palliativ-symptomatisch betreut werden. Operation, Chemotherapien und Bestrahlungen bleiben weiterhin im Verantwortungsbereich der Primärtherapeuten.

„Palliativ“ leitet sich vom lateinischen Wort „pallium“, der Mantel, ab. Am besten gefällt mir als Analogie die Geschichte vom dahinreitenden Hl. Martin, der seinen Mantel zerteilt - zwar damit das kalte Wetter nicht ändern kann, aber den Bettler wärmt.

So ähnlich geht es Palliativ-Ärzten und palliative care-Pflegekräften auch: Sie können die lebensbedrohliche Erkrankung nicht heilend angehen, aber sie können dafür sorgen, dass der Patient/die Patientin weniger oder keine Beschwerden spürt und sich geborgen fühlt.

Innerhalb der Palliativmedizin gibt es verschiedene Organisationsstrukturen:

### Der palliativmedizinische Konsiliardienst ...

... besteht immer aus einem Palliativarzt, einer palliative care-Pflegekraft und einem Sozialarbeiter, die zusammen mit den Primärtherapeuten im Akutkrankenhaus (z.B. auf der Gynäkologie, der Chirurgie, der Urologie, der Inneren Medizin) den Patienten betreuen und so die palliativmedizinische Haltung und das konkrete Wissen um Schmerztherapie in die Behandlung mit einbringen.

Inzwischen gibt es diesen Dienst an mehreren Akutkrankenhäusern, was ich mir, wäre ich Patientin, unbedingt wünschen würde: Geborgenfühlen bei meinem seit langem behandelnden Frauenarzt, bei den mir vertrauten Schwestern der Frauenklinik, beide Berufsgruppen unterstützt von den Palliativfachkräften und dort vielleicht auch sterben können, - ohne Verlegung auf eine neue Station, (egal, ob Palliativstation oder Hospiz) mit fremden Menschen, mit ungewohnten Abläufen, mit fremden Berührungen meines kranken Körpers.

### Die Palliativstation...

... ist eine spezialisierte Krankenhausstation, meist mit 6 – 15 Einzelzimmern mit eigenem Sanitärbereich und den oben beschriebenen Fachkräften.

Die Kosten eines Aufenthaltes auf der Palliativstation werden von allen Krankenkassen übernommen, sofern die Palliativstation bestimmte gesetzliche Vorgaben erfüllt. In Bayern ist dies in den „Qualitätskriterien für Palliativstationen“ beschrieben, die genauso wie die „Qualitätskriterien für Palliativmedizinische Dienste“ neben baulichen Voraussetzungen auch die personelle Besetzung in Zahl und Ausbildungsqualität regeln.

Auf einer durchschnittlichen Zehn-Betten-Palliativstation arbeiten 1,5 Palliativärzte und ungefähr 12 Vollzeitpflegekräfte für die Tages- und Nachtschichten. Eine palliative care-Pflegekraft betreut am Vormittag drei bis vier Patienten, am Nachmittag meist bis zu fünf Patienten. Der Personalschlüssel einer Palliativstation ähnelt der personellen Ausstattung einer Intensivstation. Hier arbeiten regelmäßig Physiotherapeuten, die zum Beispiel auch die so wichtigen Lymphdrainagen sicherstellen.

Musiktherapeuten, Atem-, Kunst- und Ergotherapeuten, Seelsorger und Psychotherapeuten sowie speziell ausgebildete ehrenamtliche Hospizhelfer sind weitere Mitarbeiter auf einer Palliativstation, je nachdem, über welche finanziellen Möglichkeiten sie verfügt.

Gerade wegen der zusätzlichen Berufsgruppen sind Palliativstationen oft auf Spenden angewiesen, die manchmal ein Förderverein versucht einzuwerben.

Mit dem besseren Personalschlüssel und der Konzentration auf die Lebensqualität des Patienten und Behandlung der Beschwerden erklärt sich die wesentliche Besonderheit einer Palliativstation. Zeit, die für den einzelnen Patienten zur Verfügung steht, ist in der Palliativpflege ein unschätzbare Faktor.

Eine Situation, die wir immer wieder erleben, ist das Staunen der Patienten über die ruhige Atmosphäre auf der Palliativstation, über das aufmerksame und behutsame Eingehen auf die jeweiligen Krankheitsbeschwerden, die „Symptome“. Gerade weibliche Patienten, die sich

zu Hause für alles verantwortlich fühlen, für das Wohlergehen der Kinder, für die Behaglichkeit des Ehemanns, für das reibungslose Funktionieren des Haushalts, können auf der Palliativstation erstmals die ganze Anspannung loslassen in der wertschätzenden Atmosphäre, in der man sich mit all seinem Leid, mit dem Schmerz, mit dem Erbrechen, mit den verwirrten Gefühlen zumuten kann, verstanden und angenommen fühlt.

Da ist Zeit für ein Gespräch, für das unterstützende Da-Sein, wenn die Seele und die Tränen überquellen, wenn die Schatten wachsen.

Den Frauen, die sich in ihrer schweren Erkrankung systematisch überfordert haben, ist die Atempause auf der Palliativstation, die „Kontrolle der Symptome“, das Sich-seiner-Umgebung-zumuten können, oft genug eine Quelle neuer Kraft.

Palliativärzte und palliative care-Pflegekräfte arbeiten mit Medikamenten, einfühlsamer Pflege, Physiotherapie und seelischer Kräftigung, um Schmerzen, Atemnot, Inappetenz, Übelkeit oder Angst zu lindern.

Überwiegend wird schulmedizinisch gearbeitet, auf Wunsch der Patienten ergänzt durch die auf der Station angebotene, oben genannte Musik-, Atem-, Kunst- oder Aromatherapie und Aromapflege, eventuell auch durch Weiterführung von zuhause begonnenen komplementären Therapien wie Misteltherapie oder Homöopathika.

Zur Schmerzlinderung werden die in deutschen Apotheken erhältlichen Medikamente eingesetzt, entsprechend dem WHO- (Weltgesundheitsorganisations-) Stufenschema der Schmerztherapie.

Das bedeutet bei Bedarf auch die Gabe von Opiaten, derselben Medikamentengruppe, die alltäglich in der Anästhesie bei Narkosen eingesetzt wird.

Auch in der Palliativmedizin, genauso wie in der Onkologie und in der Kinderheilkunde, werden Medikamente häufig „off label“ verordnet. „Off-label use“ (der zulassungsüberschreitende Einsatz eines Medikaments) bedeutet, dass ein Medi-

kament nicht wegen seiner Hauptwirkung, sondern auch wegen seiner Nebenwirkungen therapeutisch eingesetzt wird, wie z.B. Tetrahydrocannabinol gegen Übelkeit und Erbrechen - oder ein Medikament wird subcutan injiziert, statt intravenös.

Palliativmedizin ist keine neue „Wunder-Therapie“, Palliativmedizin ist das bescheidene und oft so erfolgreiche Bemühen um eine bessere Lebensqualität der Patienten. Vielleicht erstmals im Krankheitsverlauf kann sich der Patient fallen lassen, fallen lassen in die Betreuung durch „Spezialisten für Lebensqualität“, in die Betreuung durch speziell ausgebildete Palliativfachkräfte, die körperliches und seelisches Leid wahrnehmen, verstehen, erleichtern, lindern.

Wenn die Beschwerden des Patienten gebessert oder vollständig verschwunden sind, wird die stufenlose Entlassung organisiert, im besten Fall zurück in die vertraute Häuslichkeit.

Aber auch Entlassungen in eine Kurzzeitpflege, in ein Hospiz sind möglich.

Ungefähr die Hälfte bis etwa zwei Drittel der Patienten versterben auf der Palliativstation, weil die heftigen, starken Beschwerden, die zur Aufnahme geführt haben, oftmals Anzeichen des nahen Todes sind.

### Das Hospiz...

... ist ein spezialisiertes Pflegeheim für Palliativpatienten mit Betreuung durch einen palliativmedizinisch versierten Hausarzt. Die bauliche Struktur und die Personalschlüssel ähneln denen der Palliativstation. Die Kosten im Hospiz werden von Pflege- und Krankenversicherung getragen.

### Die SAPV...

... eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, ist ein seit 2007 gesetzlich garantiertes Recht eines jeden deutschen Palliativpatienten auf palliativ-medizinische Betreuung in seiner Häuslichkeit durch ein SAPV-Team.

Im städtischen Bereich gibt es diese SAPV-Teams (Palliativarzt und palliative care-Pflegekraft) fast überall, im ländlichen Bereich mit den weiten Anfahrtswegen und der geringen Ärztedichte ist die ambulante palliativ-medizinische Versorgung 365 Tage im Jahr, Tag und Nacht, oft genug noch nicht zu organisieren.

### Eine persönliche Anmerkung zum Schluss:

Nach 30 Berufsjahren im Akutkrankenhaus empfinde ich seit sieben Jahren die Arbeit auf der Palliativstation, mit der Möglichkeit, auf den Patienten und seine Bedürfnisse individuell eingehen zu können, als sehr befriedigend.

Jeder Patient, jede Patientin auf der Palliativstation kann darauf vertrauen, dass dem von ihm/ihr gewünschten Ausmaß der Behandlung entsprochen wird und dass Schwerstkranke und ihre Familien mit allen Nöten und Bedürfnissen nicht alleine gelassen werden.

Jeder Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben, - ohne von Schmerzen, Atemnot oder anderen Problemen unerträglich gequält zu werden.

Das schaffen wir auf der Palliativstation und so ist das Sterben, der Tod kein Versagen ärztlicher Kunst, sondern der meist sehr ruhige Beschluss des Lebens.

Allerdings würde ich mir wünschen, dass die unselige Trennung zwischen Pal-

liativmedizin im Krankenhaus und Pflege im Hospiz aufgehoben wird.

Es ist für Palliativpatienten, die mit ihren Symptomen gut behandelt sind, sehr anstrengend, wenn sie in eine neue Station, ein neues Haus mit unbekanntem Pflegekräften, fremden Berührungen, neuem Arzt verlegt werden müssen.

Diese Trennung zwischen Palliativstation und Hospiz gibt es nur im deutschsprachigen Raum und erscheint mir als eine unnötige, dem Menschen nicht entsprechende Aufteilung der Behandlung.

Ein letzter Gedanke im Sinne der schwerkranken Menschen wäre eine Bereitstellung größerer finanzieller Mittel von Seiten der Krankenkassen für die letzte Lebensphase.

Die Betreuung im Hospiz kostet die Sozialkassen derzeit ca. 5.000,- € pro Monat, in den Pflegeheimen 2.000,- € pro Monat. Bei einer entsprechenden finanziellen Ausstattung und damit Fachpersonal und Zeit könnte die Pflege von Sterbenden in den Pflegeheimen verbessert werden und eine Verlegung auf eine Palliativstation vermieden werden.

### KONTAKT

#### Dr. Susanne Kreutzer

Kliniken Nordoberpfalz AG,  
Krankenhaus Neustadt/Waldnaab,  
Palliativstation, Felixallee 9  
92660 Neustadt/Waldnaab

### Weiterführende Links:

- ▶ [www.dhvp.de/themen\\_sapv.html](http://www.dhvp.de/themen_sapv.html)
- ▶ [www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/suche.html?keywords=Palliativmedizin](http://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/suche.html?keywords=Palliativmedizin)
- ▶ [www.biokrebs.de/therapien/patienten-fragen/142-chemotherapie-chemotherapie/1391-palliative-chemotherapie-eher-schaden-als-nutzen](http://www.biokrebs.de/therapien/patienten-fragen/142-chemotherapie-chemotherapie/1391-palliative-chemotherapie-eher-schaden-als-nutzen)
- ▶ [www.dgpalliativmedizin.de/](http://www.dgpalliativmedizin.de/)
- ▶ [www.dhvp.de/website\\_suche.html?keywords=Palliativmedizin](http://www.dhvp.de/website_suche.html?keywords=Palliativmedizin)
- ▶ [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)
- ▶ [www.biokrebs.de/aerzte-informtionen/dzo-news/108-lungenkrebs-/1226-palliative-zuwendung-wirkt-lebensverlaengernd](http://www.biokrebs.de/aerzte-informtionen/dzo-news/108-lungenkrebs-/1226-palliative-zuwendung-wirkt-lebensverlaengernd)

Das Hospiz

# Ein Zuhause in der letzten Phase des Lebens

ULLI KAPPLER SPRACH MIT HEIKE WALPER, STATIONSLEITUNG IM STATIONÄREN CHRISTOPHERUS HOSPIZ, MÜNCHEN

*„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben“*

**D**ieser Satz von Cicely Saunders (Ärztin und Krankenschwester, 1918 – 2005, Begründerin der modernen Hospiz- und Palliativbewegung) beschreibt die Idee, die hinter dieser Bewegung steht: Die Bedürfnisse des Patienten erkennen und behandeln, aber auch die Bedürfnisse der Familie, um Leid zu mildern, anstatt eine Krankheit zu bekämpfen.

Heike Walper, die sich vor Jahren bewusst für die Hospizpflege entschieden hat, erzählt vom erlebten Alltag in einem Münchner Hospiz.

**mamazone:** Frau Walper, wie ist die korrekte Bezeichnung für den Beruf, den Sie ausüben? Nennen Sie sich ‚Fachkrankenschwester und -pfleger für Palliativ- und Hospizpflege‘ wie ich las?

**Heike Walper:** Es gibt eigentlich keine komplett durchgängige Berufsbezeichnung. Meistens heißen wir Palliativ-Fachkraft.

**mamazone:** Wo sehen Sie den Unterschied zwischen Palliativ- und Hospizpflege?

**Heike Walper:** Das Konzept Palliative Care, das Menschen mit schweren Erkrankungen, die letztendlich zum Tode führen, betreut, arbeitet in unterschiedlichen Settings. Es gibt sowohl die stationäre Variante wie die Palliativstation und die Hospizpflege, als auch ambulante Konzepte, wie die allgemeine ambulante Hospizbetreuung, oder auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Ein Hospiz ist der Ort, an dem Menschen ihren letzten Wohnort haben und die meis-



Heike Walper, Stationsleitung im stationären Christophorus Hospiz, München.

Bilder: Christophorus Hospiz Verein München

ten auch versterben. Eine Palliativstation versucht, einen Zustand zu stabilisieren und die Menschen wieder nach Hause zu entlassen. Auf einer Palliativstation gibt es Diagnostik, vielleicht auch noch palliative Therapien zum Beispiel in Form einer palliativen Strahlentherapie, die jetzt zwar nicht mehr Heilung zum Ziel hat, sondern eine Schmerztherapie ist.

Bei uns im Hospiz sind die Menschen in der letzten Lebensphase, die unterschiedlich lange dauern kann. Wir haben nicht nur sterbende Menschen, sondern auch Menschen, die sehr lange bei uns sind, weil sie sich einfach zu Hause nicht mehr sicher versorgen können, sicher im Sinne von schmerzfrei oder schmerzgemindert.

**mamazone:** Was ist für Sie eine lange Zeit?

**Heike Walper:** Tja, eine lange Zeit ... ein Hospiz wird seit 2008 von den Kranken-

und Pflegekassen zu 90 Prozent finanziert und natürlich haben die Kassen ein Auge darauf, dass nur die Menschen bei uns sind, die auch wirklich eine spezielle palliative Betreuung brauchen und in einem anderen Kontext nicht betreut oder versorgt werden können.

Wenn zum Beispiel ein Mensch einen Schlaganfall hatte, der die Pflege in einem Pflegeheim nicht so gut findet und gerne zu uns verlegt werden würde, weil wir natürlich einen ganz anderen Pflegeschlüssel haben und dadurch die Pflege eine andere ist, ist das keine Hospiz-Indikation für die Kranken- und Pflegekassen. Die Kassen prüfen genau, was eine - in einem absehbaren Zeitraum - zum Tode führende Erkrankung ist.

**mamazone:** Das klingt ziemlich makaber.

**Heike Walper:** Das klingt makaber, aber es geht auch darum, dass die Menschen bei uns gut betreut werden, was woanders nicht mehr möglich ist. Und zur Verweildauer: Wir hatten letztes Jahr eine mittlere Verweildauer von 28 Tagen. Wir haben aber auch Menschen, die sehr lange da sind. Wir hatten eine Dame, die bei uns 230 Tage war – und das ist auf jeden Fall eine sehr lange Zeit. Letztes Jahr waren einige Bewohner länger bei uns, weil sie sich zum Teil stabilisiert haben. Sie kamen aus relativen Krisensituationen, teilweise von zu Hause oder auch von Kliniken. Mit einer guten medikamentösen Betreuung und zurück gewonnener Lebensqualität konnten sie sich ein Stück weit erholen.

**mamazone:** Werden die Menschen bei Ihnen von Palliativmedizinern begleitet?

**Heike Walper:** Bei uns gibt es das sogenannte Hausarztprinzip, das heißt, wir sind

eine Pflegeeinrichtung. Das bedeutet, die Pflege ist 24 Stunden vor Ort. Alle Mitarbeiter sind zusätzlich ausgebildet und die Ärzte haben eine normale Hausarztpraxis, in fast allen Fällen aber auch eine Zusatzqualifikation für Palliativmedizin.

**mamazone:** *Wie alt sind Ihre Bewohner im Durchschnitt?*

**Heike Walper:** Vom Durchschnitt kann ich es nicht sagen. Wir hatten jetzt viele jüngere Patienten, was bei uns heißt so um die 50. Die jüngsten Patienten, die bei uns waren, waren 18.

**mamazone:** *Haben Sie durch die Arztberichte, die Sie erhalten, eine ungefähre Vorstellung davon, wie lange die Menschen noch bei Ihnen bleiben?*

**Heike Walper:** Wir haben gewisse Erfahrungswerte, je nachdem, wie der körperliche Zustand oder die beschriebene Erkrankung des Patienten ist, wenn er oder sie zu uns kommt. Es ist aber immer nur ein Erfahrungswert. Eine wichtige Rolle spielt bei uns das sogenannte Aufnahmeteam. Das sind examinierte Pflegenden, die von außerhalb angefragt werden, teilweise von Betroffenen, teilweise von Zugehörigen, teilweise von Kliniken, die dann anhand der geschilderten Befunde und durch die persönlichen Gespräche mit den Patienten oder Zugehörigen abschätzen, ob die Aufnahme von den Kranken- und Pflegekassen genehmigt wird.

**mamazone:** *Wie viele Pflegekräfte betreuen bei Ihnen wie viele Bewohner? Und gibt es dafür Zeitvorgaben von Seiten der Kranken- und Pflegekassen?*

**Heike Walper:** Im stationären Hospiz haben wir 16 Plätze, die alle belegt sind. Insgesamt sind wir 24 Pflegekräfte im reinen Pflegedienst, wovon einige Teilzeit arbeiten. Im Nachtdienst sind wir zu zweit für 16 Bewohner, ansonsten haben wir pro Pflegekraft vier bis sechs Bewohner zu betreuen. Es sind noch relativ selbständige Menschen dabei, die eine medizinische Unterstützung bekommen,

aber auch eine psychosoziale und seelsorgerische Begleitung. Die Selbstständigkeit ist vielen Menschen sehr wichtig, und oft ist es schwierig, Hilfe auch in intimeren Bereichen zu akzeptieren. Da müssen wir sozusagen mitschwingen und einerseits die Selbstständigkeit unterstützen, andererseits aber auch schauen, wann die Menschen überfordert sind.

Zu den Zeitvorgaben: Es gibt sogenannte Rahmenvereinbarungen mit strukturellen und personellen Qualitätsvorgaben, die zwischen Hospizen und Kassen verbart sind.

**mamazone:** *Sind Sie psychologisch ganz besonders ausgebildet – weil Sie ein Wort wie „mitschwingen“ benutzen?*

**Heike Walper:** Viel lernen wir von unseren Bewohnern selbst, weil wir sehr darauf bedacht sind, dass sie ihren Weg gehen können. In der Klinik ist vieles strukturell vorgegeben. Da wird zum Beispiel einfach morgens gewaschen. Wenn bei uns jemand morgens keine Lust zur Körperpflege hat, dann müssen wir ihn nicht überreden, es genau zu dieser Zeit zu tun.

Zur Ausbildung: Wir sind insofern geschult, dass alle Pflegenden die Palliative Care-Weiterbildung haben. Das ist eine 160-Stunden-Ausbildung, die nach einem bestimmten Curriculum, also einem Lehrplan vorgeht, in dem sich viele Themen mit psychosozialer Begleitung, Kommunikation, spiritueller Begleitung oder Gesprächen über Leid und Sterben beschäftigen. Wir sind unter anderem dadurch in einer anderen Position als Pflegenden in der Klinik, dass in der Klinik immer ein Arzt vorhanden ist, was bei uns nicht der Fall



Zimmer im Christophorus Hospiz.

ist. Wir sind fachlich spezialisiert und was Gespräche oder emotionale Krisen betrifft, auch. Ein wichtiger Punkt ist, dass die Zugehörigen, ähnlich wie in der Kinderkrankepflege, mit ins Betreuungskonzept gehören. Es geht bei uns eben viel um Leid und Sterben und was danach kommt.

**mamazone:** *Also Sterbebegleitung? Ist dies auf einer Palliativstation anders?*

**Heike Walper:** Ja, es ist Sterbebegleitung. Aber auch auf einer Palliativstation sterben viele Menschen. Das ursprüngliche Ziel einer Palliativstation ist zwar das Stabilisieren und das Wiederverlegen nach Hause, aber es sterben auch dort Menschen. Im Hospiz leisten wir häufig eine Art Krisenintervention.

**mamazone:** *Ist es für Sie möglich noch eine Beziehung zu Ihren Bewohnern aufzubauen – oder ist es gar nicht sinnvoll und würde Sie auch überfordern?*

**Heike Walper:** Ich glaube, eines der wesentlichen Motive, wenn wir in diesen Bereich der Pflege gehen, ist, dass wir uns einlassen wollen. Das ist ja genau das, was uns von einer Klinik unterscheidet. Wenn dort jemand sagt, er hat Angst, dann hat man keine Zeit, darauf einzugehen. Hier gehört es zu unseren Aufgaben zuzuhören und darauf einzugehen. Da ist eine Beziehung zu dem Patienten etwas sehr Wichtiges. Eine Kollegin hat mal gesagt: „Es heißt immer, wir brauchen eine professionelle Distanz, aber nein, wir brauchen keine professionelle Distanz, wir brauchen eine professionelle Nähe.“ Wir unterscheiden diese ganz bewusst von den Beziehungen, die zu Zugehörigen vorhanden sind, aber wir lassen uns trotzdem auf Nähe ein. Wir können daraus viel ableiten, damit dieser Mensch seinen Weg gehen kann und wir können diesen Weg, den er geht, hoffentlich gut begleiten. Es geht bei uns nicht immer nur ums Sterben, sondern auch darum, wie man diese letzte Lebensphase gestaltet, sei es im Hinblick auf Besuche oder Beschäftigung oder Verarbeitung. Wir legen viel Wert darauf, dass

die Menschen einen Freiraum haben ... auch, um ihren eigenen Abschied zu gestalten. Wir lachen viel mit den Menschen – es ist keine Traueratmosphäre bei uns. Wir trauern um Menschen, die wir lange begleitet haben, wir trauern auch immer wieder um schwere Schicksale - das ist aber eine Trauer, die nicht verzehrt.

**mamazone:** *Haben Sie als Pflegende eine regelmäßige psychotherapeutische Unterstützung oder Supervision?*

**Heike Walper:** Wir haben einmal im Monat eine feste Supervision und wenn es darüber hinaus Krisenzeiten gibt, können wir eine Einzelsupervision in Anspruch nehmen. Es gibt in unserem Team eine sehr gute Kommunikationskultur, wo auch über Gefühle geredet werden darf. Vielleicht wirken wir manchmal von außen auch etwas morbide, aber es ist ein gutes Arbeiten, weil wir mit den Menschen arbeiten können. Je mehr Wissen ich habe, weil ich zum Beispiel Schmerzen oder Atemnot nicht hilflos gegenüberstehe, habe ich in diesen Situationen eine ganz andere Basis. Genauso ist es mit der Trauer. Sterbende Menschen sind oft traurig. Wenn ich dann diese Trauer zulassen kann, einfach da sein kann, ist das sehr hilfreich.

**mamazone:** *Was war Ihre persönliche Motivation für die Hospizarbeit?*

**Heike Walper:** Ich bin Krankenschwester, habe 19 Jahre auf verschiedenen Intensivstationen und in der Anästhesie im OP gearbeitet. In meiner Zeit auf der Herz-Chirurgie-Intensiv-Station stellte ich aber immer wieder fest, dass diese Menschen häufig den Wunsch hatten, ich will jetzt nicht müssen und ich will auch nicht sollen. Das war ein Punkt, an dem ich merkte: Ja, das reizt mich, dieses Müssen und Sollen von außen nicht mehr geben zu müssen, sondern das zuzulassen oder zu tun, was diese schwerkranken Menschen selbst wollen. Damals habe ich einen Palliative Care-Kurs gemacht und danach war klar, dass ich zum einen raus aus der Kli-



Front des Christophorus Hospiz in München.

nik und zum anderen mit schwerkranken Menschen arbeiten möchte. Das war für mich das Hospiz.

**mamazone:** *Können Sie einen Tagesablauf im Hospiz skizzieren?*

**Heike Walper:** Ich kann einen Tagesablauf, wie wir ihn grob planen, beschreiben: Wir haben von sieben Uhr bis viertel vor acht eine Dienstübergabe. Danach schauen wir, dass jeder ein Frühstück bekommt. Wer aber länger schlafen will, der darf das auch. Dann heben wir das Frühstück einfach auf. Es gibt aber Menschen, die um sechs schon topfit sind, die kriegen dann um sechs auf jeden Fall schon mal einen Kaffee oder Tee, wenn sie es möchten. Wenn alle gefrühstückt haben, bieten wir Pflege an, das heißt, wir helfen beim Duschen oder versorgen Menschen auch im Bett, wenn sie das möchten. Das Mittagessen wird gehandhabt wie das Frühstück. Am Nachmittag laufen sehr viele Gespräche mit den Zugehörigen und auch mit den Bewohnern. Es gibt viel Freiraum für kreative Angebote - an den sehr heißen

Tagen im Sommer hatten alle Lust auf Fußbäder. Das haben wir dann auch gemacht.

**mamazone:** *Wie beschäftigen sich die Bewohner? Oder liegen sie meistens im Bett, weil sie Schmerzen haben?*

**Heike Walper:** Wir haben in der modernen Schmerztherapie viele Möglichkeiten zur Schmerzlinderung und es gibt nur selten Bewohner, die wir hier nicht gut betreuen können. Wir alle sind in Schmerztherapie geschult, wir arbeiten gut mit den Ärzten zusammen - und verfügen zusätzlich über ein großes Potenzial an nicht-medikamentösen Angeboten. Unser Prinzip ist aber, dass wir eine bestehende Schmerztherapie möglichst belassen. Es sei denn, es spricht etwas dafür, es zu ändern. Wir werden es aber nicht ohne die Zustimmung des Menschen ändern.

Zur Beschäftigung: Viele Bewohner beschäftigen sich selbst, und viele sind mit Besuch sehr eingedeckt. Im Sommer steht ein schöner Garten hinterm Haus zur Verfügung, der immer viel besucht ist. Dann gibt es einmal monatlich einen Mu-

siknachmittag, an dem Studenten von der Musikhochschule kommen, dann ein gemeinsames Kaffeetrinken von Bewohnern und Zugehörigen - und den sogenannten spirituellen Impuls, wo es zum Beispiel um Meditatives geht. Außerdem gibt es freiwillige Mitarbeiter, die unter anderem vorlesen. Es gibt aber auch Menschen, die ein bestimmtes Programm brauchen – die sind manchmal bei uns eher gelangweilt. Aber die meisten genießen die Ruhe und brauchen den Rückzug. Wir haben eine Physiotherapeutin, die gut abschätzen kann, wo die aktuellen Bedürfnisse sind, an denen sie arbeitet. Daneben gibt es eine palliative Atemtherapeutin, das ist ein spezielles Konzept in der Körpertherapie, das nicht darauf abzielt, tief durchzuatmen, sondern bei dem man mit dem Atem an der Entspannung und an der Körpererfahrung arbeitet. Viel wird auch gemacht über Berührung, auch ein Spüren von Berührung, was ein Angenommensein vermittelt. Dann haben wir noch eine Kunsttherapeutin und eine Musiktherapeutin. Dazu gibt es eine Sozialarbeiterin, die sich um die rechtlichen Belange kümmert, zum Beispiel bei der Betreuung oder Finanzierung, aber auch um die zwischenmenschlichen, familiären Probleme. Bei Bedarf könnten wir eine psychotherapeutische Beratung hinzuziehen, was aber selten gewünscht wird.

**mamazone:** *Sie haben ein Buch geschrieben: ‚Basale Stimulation in der Palliativpflege‘. Worum geht es da?*

**Heike Walper:** Basale Stimulation besteht im Wesentlichen aus einer individuellen Haltung dem Menschen gegenüber. Es soll nicht mehr oder schneller gepflegt werden, sondern mit einer anderen Qualität. Was hat im Hier und Jetzt Priorität und auf was kann ich jetzt eingehen? Es geht um Wahrnehmung, um Körperwahrnehmung und Berührung. Einem Menschen, der zum Beispiel sehr angespannt ist, der vielleicht Angst oder auch Schmerzen hat, kann ich durch bestimmte Waschungen oder auch Einreibungen ein besseres Gefühl vermitteln. Es ist vielleicht vergleichbar mit der

Aromapflege. Oder der Bewegungstherapie, wo sich die Frage stellt: Wie kann ich einen Menschen bewegen, dass er keine Schmerzen hat und dabei seine Fähigkeiten fördern? Jeder Mensch hat sein Leben, seine Würde und seinen individuellen Tod. Ein sterbender Mensch ist ein lebender Mensch in seiner letzten Lebensphase – das vergessen wir manchmal.

**mamazone:** *Was sind für Sie in Ihrer Arbeit die schwierigsten Momente?*

**Heike Walper:** Zum Beispiel existenzielles Leiden. Wenn Menschen sagen, sie wollen nicht mehr leben, weil sie das Leben leid sind. Nicht weil sie unter Schmerzen leiden, sondern weil sie einfach nicht mehr leben wollen. Sie fordern dann von uns Hilfe. Hilfe zum Sterben. Aktive Sterbehilfe. Da kann ich dann zwar sagen, das darf ich nicht, aber damit ist natürlich dem Menschen überhaupt nicht geholfen. Dann ist man auf der Suche nach etwas, das die subjektiv erlebte Lebensqualität verbessern könnte. In der Hospizbewegung sind wir dafür angetreten, die letzte Lebensphase zu begleiten, aber nicht, das Leben aktiv zu beenden. Wir werden es auch nicht aktiv verlängern, aber wenn aktive Lebensbeendigung gefordert wird, ist das ein sehr schwieriges Thema.

Wir haben eine Bewohnerin, die vor Monaten unbedingt eine Sedierung wollte – und zwar eine Sedierung, nach der sie nicht mehr aufwacht. Wir haben ihr eine ‚Auszeit‘ angeboten, sie für 16 bis 24 Stunden sozusagen schlafen zu lassen. Sie hat dann auch 16 Stunden geschlafen. Als sie aufwachte, fand sie diesen Zustand nicht mehr erstrebenswert, weil sie sagte, sie könne ja in diesem Zustand ihre Bedürfnisse gar nicht mehr äußern. Und das fand sie ganz schlecht. Die Dame ist bis heute bei uns und der Gedanke, sich nicht mehr mitteilen zu können, ist für sie jetzt viel schlimmer als der große Wunsch, sterben zu wollen.

**mamazone:** *Und andere schwierige Aspekte?*

**Heike Walper:** Es ist für mich schwierig zu wissen, dass Menschen noch etwas zu erledigen haben, aber es nicht tun können... zum Beispiel irgendeine Beziehung noch kitzeln wollen, es aber nicht können. Da fällt es mir schwer, mich zurückzuhalten. Das kann der Mensch nur selber machen. Und noch etwas ist schwierig für mich: Wenn Menschen nicht annehmen können, dass sie schwächer werden und sehr unter Abhängigkeit leiden, unter reduzierten körperlichen Fähigkeiten. Da muss ich den Punkt finden, wann ich sie unterstützen muss und wo ich es ihnen noch selbst überlassen kann. Das ist wie eine Gratwanderung.

**mamazone:** *Ich würde unser Gespräch gerne mit den schönen Momenten innerhalb Ihrer Arbeit beenden.*

**Heike Walper:** Die schönen Momente, wie ich vorher schon mal sagte, sind die, wo man mit Bewohnern lachen kann. Wo man das Gefühl hat, jetzt genau ist man an einem Punkt, wo man ganz nah beieinander ist, wo man gemeinsam Leben erleben kann. Wir hatten eine Bewohnerin, die ganz viel nach dem Leben „draußen“ fragte – was man am Wochenende gemacht hat oder wie der Urlaub war zum Beispiel. Dadurch nahm sie teil am Leben. Wir haben viel erzählt, sie hat viel erzählt. Und viel gelacht. Es war gegenseitige Teilhabe am Leben und Erlebten.

**mamazone:** *Nehmen Sie die Erlebnisse des Tages, die vielen Schicksale, abends mit nach Hause?*

**Heike Walper:** Manchmal ja - aber nicht im Sinne von Bitterkeit oder Trauer, die mich niederdrückt. Ich kann es erzählen, aber dann kann ich es auch so stehen lassen. Eine Fähigkeit, die ich bei uns, bei den Hospiz- oder Palliativpflegenden, immer wieder sehe, ist, dass wir jeden Tag auch wieder neu in eine Begegnung gehen können. Und wir können auch immer wieder schauen, was ist im Hier und Jetzt von Relevanz.

**mamazone:** *Vielen Dank, Frau Walper, für das Gespräch.*

Der Tod kann auch als Freund kommen

## Gedanken über das Lebensende

VON GERTRUD RUST

**W**ie wünsche ich mir mein Lebensende? Interessiert das überhaupt jemanden außer mich? Neben der medizinischen Situation gibt es auch noch menschliche Gesichtspunkte, die in der politischen Auseinandersetzung und den Diskussionen der medizinischen Fachwelt darüber, wie das Sterben vonstatten gehen soll, meist zu kurz kommen.

### Einsamer Tod?

In früheren Zeiten starben die Menschen zuhause, umgeben von ihren Familienmitgliedern. Es gab nicht nur eine Totenwache, sondern auch eine Lebenswache: Der Sterbende war im letzten Augenblick nicht allein. Verwandte wurden rechtzeitig über das nahende Lebensende benachrichtigt und versammelten sich zu einer letzten Begegnung um den Sterbenden. Auch das ist Sterbebegleitung und hat mit den Fachdiskussionen zur Palliativmedizin nur begrenzt zu tun.

Ein Mann bringt seine Frau in eine hochspezialisierte Klinik, weit vom Heimatort entfernt. Die Krankheit konnte auch durch maßgeschneiderte Therapiemaßnahmen nicht aufgehalten werden, und nach kurzer Zeit kam der Anruf aus dem Krankenhaus: „Es ist vorbei, Sie brauchen sich nicht zu beeilen“.

Seine Lebensgefährtin starb allein und einsam im sogenannten Sterbezimmer, kahl und karg, fensterlos, an einer Wand hing ein schwarzes Kreuz. Um die klare Wahrnehmung zu dämpfen wurde ausreichend sediert. „Sie hat nichts gespürt“, hieß es. Wenige Tage zuvor erzählte sie mir noch von ihrer Freude auf den Besuch am bevorstehenden Weihnachtsfest.

Möchte ich so sterben? Nein, dieser Gedanke erfüllt mich mit Grauen. Ich möchte meinen Tod erleben. Eher nehme ich mir jenen alten Herrn zum Vorbild, bei dem zwanzig Jahre, nachdem er das Rauchen eingestellt hatte, in hohem Lebensalter weit fortgeschrittener und metastasierter Lungenkrebs diagnostiziert wurde. Mit Genesung war nicht mehr zu rechnen, wozu also noch eine Spezialklinik aufsuchen. Selbstverständlich wünschte er unter diesen Umständen auch keine Chemotherapie mehr, Symptomlinderung genügte ihm. Im Gespräch mit seiner Tochter erfuhr ich, ihr Vater habe die letzte Zeit dazu genutzt, Ehefrau, Kinder und Kindeskindern einzeln zu einem Vier-Augen-Gespräch zu sich ans Krankenbett zu bitten. Es gab wohl noch so manches zu besprechen, zu erklären, vielleicht sogar zu bereinigen. In dem beruhigenden Gefühl, noch Offenes zum Abschluss gebracht zu haben, schloss er die Augen. Und die Angehörigen konnten sich sicher sein, alles in ihrer Macht Stehende

zu seinem Seelenfrieden beigetragen zu haben. Ein liebevoller Abschied.

Oder ich mache es so, wie meine Mutter. Nach einem Herzinfarkt im Alter von 85 Jahren lag sie mit künstlicher Beatmung und einer schweren Infektion durch einen Krankenhauskeim auf der Intensivstation. Wie steht es denn um meine Mutter, wollte ich wissen. Sie sehen ja, wie sie da liegt, war die Antwort.

Kein Wunder, meinte ich, bei der Menge Valium, die Sie ihr verpassen. Unerlaubterweise hatte ich nämlich ins Krankenblatt geschaut. Dieses verschwand noch am gleichen Tag auf Nimmerwiedersehen, jedoch wurde die Sedierung vermindert, und die Lebensgeister kehrten zurück. Die Beatmung wurde abgesetzt, es ging wieder bergauf. Ein nachfolgender erneuter Einbruch führte zur Verlegung ins Sterbezimmer. Ausgestattet mit schmalen Lichtband oben an der Wand und dem unvermeidlichen schwarzen Kreuz, wohl zur Einstimmung auf das nun zu Erwartende direkt frontal in Blickrichtung an der Wand anbracht. Schwarz, das war nun die Farbe, die meiner Mutter noch nie gefallen hatte. Den Umzug in die „Abteilung Ableben“ nahm sie durchaus wahr und beschloss wohl, „dass es noch nicht soweit“ sei. Es ging erneut bergauf, und sie verstarb erst vier Jahre später zuhause in meiner Gegenwart. Plötzlicher Herztod

vermutete der Hausarzt, auf jeden Fall war sie nicht allein. In der Nacht zuvor hatte sie sich noch ein Gläschen Kirschwasser genehmigt, wie ich beim Aufräumen bemerkte. So könnte ich mir mein Lebensende auch vorstellen, und einen Schnaps zur Stärkung trinke ich ebenfalls, vorausgesetzt ich ahne rechtzeitig, was da nun auf mich zukommt.

### **Palliative Chemotherapie: Unnötige Qual**

Auf keinen Fall wünsche ich als Krebspatientin eine palliative Chemotherapie, und da muss ich mich sputen, um das zu verhindern. Der Sterbeprozess ist Belastung genug, auch noch die Nebenwirkungen einer Chemotherapie zu ertragen, muss wirklich nicht sein. Rechtzeitig und noch im Vollbesitz geistiger Kräfte sind also entsprechende Patienten- und Betreuungsverfügungen zu erstellen, die zum Nachweis, dass ich das auch wirklich ernst meine, regelmäßig zu erneuern sind.

Eine palliative Chemotherapie (Chemotherapie im Endstadium einer Krebserkrankung) verlängert weder das Leben, noch steigert sie die Lebensqualität. Dagegen treten zahlreiche unerwünschte Effekte auf, berichtete die „Coping with Cancer“-Studie von Dr. Alexi A. Wright und Professor Holly G. Prigerson aus Boston. Charles Blanke und Erik Fromme, Portland, raten zu einer Therapie mit Augenmaß und einem stärkeren Einbezug der Patienten in Therapieentscheidungen. Wozu kämpfen, wenn es nichts mehr zu gewinnen gibt? Am Lebensende sollte Frieden einkehren dürfen. Professor Dr. Dirk Vordermark aus Halle (Saale) weist überdies auf Unterschiede in der Einschätzung der Lebensqualität durch Ärzte und Patienten hin. Behandler befinden über die Lebensqualität der Behandelten, unglaublich.

### **Der andere Weg**

Für Gian Domenico Borasio, Europas führenden Palliativmediziner und Lehr-

stuhlinhaber für Palliativmedizin an der Universität Lausanne in der Schweiz ist ein empathischer Umgang mit Sterbenden das zentrale Anliegen angemessenen ärztlichen Handelns. Jeder Mensch sollte die Möglichkeit haben, seinen eigenen Tod zu sterben und liebevolles Unterlassen sei am Lebensende wichtiger, als Lebensverlängerung um jeden Preis, so sein Credo. Auch würden am Lebensende oft unnötige Maßnahmen durchgeführt, ein Tabu, da viel daran zu verdienen sei.

Eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation gilt ihm als das A und O jeder hochwertigen Arzt-Patienten-Beziehung. Fehlt die Fähigkeit zum aktiven Zuhören, wirkt sich das negativ auf die Wahrnehmung der Patientenbedürfnisse aus. Die Zufriedenheit von Patienten im Arztgespräch hängt dabei von ihrem „Redeanteil“ ab, der deutlich höher als der des Arztes sein sollte. Ein Arzt sollte auch die von ihm erwartete Fürsorge nicht mit Bevormundung verwechseln, denn Fürsorge kann nicht die Abnahme von Entscheidungen bedeuten, sondern „Hilfe zur Selbsthilfe“, die individuell angemessenen Schritte geduldig herauszufinden. Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten ist oberstes Gebot, auch wenn gewählte Wege ärztlicherseits als nachteilig gesehen werden.

### **Der Patient entscheidet autonom**

Die wichtigste Möglichkeit zur Ausübung von Fürsorge durch den Arzt sieht Borasio in der ärztlichen Aufklärung. Hierbei gilt es, die unterschiedlichen Informations- und Verhaltensbedürfnisse von Patienten sensibel wahrzunehmen. Von: „ich will alles wissen und entscheide autonom“ bis zu „ich will eigentlich gar nichts wissen, Sie machen das schon richtig“ ist alles möglich und entsprechend zu würdigen. Die ärztliche Kunst besteht nun darin, den Patienten genau die Mischung aus Fürsorge und Selbstbestimmung zu geben, die in einem bestimmten Moment gerade benötigt wird. Dabei spielt das Kommu-

nikationsverhalten eine besonders wichtige Rolle, denn gerade in schwierigen Situationen entfaltet die emotionale und körpersprachliche Ausdrucksweise eine bedeutende Wirkung und wird von den Patienten am besten erinnert.

Zur Kontrolle körperlicher Beschwerden stehen ausreichende medizinische Möglichkeiten zur Verfügung, sodass die letzte Zeit unter häuslicher Palliativbetreuung auch oft in der vertrauten Umgebung verbracht werden kann. Nach Borasio muss kein Patient mehr Angst haben, wegen nicht therapierbarer Symptome qualvoll zu sterben. Eine palliative Sedierung (medikamentös herbeigeführter narkoseähnlicher Zustand) gilt nur als letzte Option und kann auch vorübergehend eingesetzt werden.

### **Spiritualität ist ein Bedürfnis**

Im Angesicht des Todes empfinden Menschen oft ein besonderes Bedürfnis, als ganzheitlich gesehen und nicht als Symptomträger behandelt zu werden. Die Spiritualität ist Teil einer ganzheitlichen Sichtweise und erinnert daran, dass spirituelle und heilende Aspekte in der Geschichte der Medizin eng verbunden waren. Spirituelle Begleitung bedeutet Biographiearbeit, die Suche nach dem Lebenssinn und die Erfüllung religiöser Bedürfnisse. Inzwischen wurde bereits ein Lehrfach „Spiritual Care“ aus der Taufe gehoben. Spiritual Care ist Teamarbeit, und im Team von Gian Domenico Borasio sucht sich der Patient aus, vom wem er begleitet werden möchte.

Begleitung ja, auch ich möchte am Lebensende begleitet werden, über meinen irdischen Aufenthalt sprechen und mit dem Gefühl diese Welt verlassen, so sinnvoll, wie es mir möglich war, gelebt zu haben.

#### **Quellen:**

DocCheck Online, 25. August 2015:  
Palliative Chemotherapie: Qual statt Qualität  
Gian Domenico Borasio:  
Über das Sterben, Verlag C. H. Beck, 2012

Autonomie am Lebensende?

# Sterbebegleitung in Europa

VON GERTRUD RUST

**W**er sich der Illusion hingibt, nach einem belastenden und von einem hohen Maß an Fremdbestimmung begleiteten Krankheitsverlauf sein Lebensende nach eigenem Ermessen gestalten zu können, sieht sich bei der Lektüre dieses Buches eines Besseren belehrt. Quer durch Europa diskutieren Politiker, Juristen und Mediziner über „den guten Tod“, die Bedürfnisse der Sterbenden selbst scheinen dabei nur eine sekundäre Rolle zu spielen.

Lange Zeit verhinderte man den natürlichen Tod trotz des nahenden Lebensendes durch eine medizinische Intensivbehandlung, welche durch die Vergütungssysteme in deutschen Krankenhäusern begünstigt wurde (und wird). Die Entwicklung der Palliativmedizin schien hier ein Umdenken anzudeuten, jedoch wird um das praktische Vorgehen heftig gerungen. Zwar sind die Ziele von Palliativmedizin und -pflege eindeutig, aber es bestehen Unterschiede in der Auslegung und Ermessensspielräume.

## Worum geht es?

Als zentrale Begriffe werden genannt:

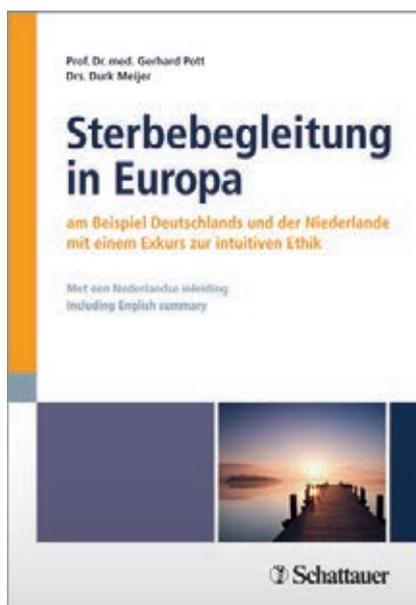
**Passive Sterbehilfe:** Beendigung oder Unterlassung lebensverlängernder Behandlung.

**Indirekte Sterbehilfe:** Sedierung und Gabe von Schmerzmitteln zur Leidensminderung, auch unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung.

**Aktive Sterbehilfe:** Tötung auf Verlangen

**Assistierter Suizid:** Beihilfe zur Selbsttötung.

Vom Deutschen Ethikrat kam der Vorschlag, den Begriff „Passive Sterbehilfe“ durch „Sterbenlassen“ zu ersetzen und die „Indirekte Sterbehilfe“ durch „Therapie am Lebensende“.



Es geht jedoch nicht um Wortkosmetik, sondern um konkrete Hilfen, die ein Sterbender gerne in Anspruch nehmen möchte. Eine freie Auswahl unter den genannten vier Möglichkeiten steht ihm nicht zu, und quer durch Europa führen unterschiedliche Reglementierungen zu landestypischer Handhabung in der Praxis, die informativ und anschaulich dargestellt sind.

## Formalien bis zuletzt

Es genügt nicht, dass Schwerkranke intuitiv aus der vorliegenden Leidenssituation heraus entscheiden, nein, es ist die rechtzeitige Anfertigung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, Willens- und Lebenswunscherklärungen erforderlich, möglichst zu einem Zeitpunkt, an dem man noch im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte ist. Denn sonst könnte von einer Willensunfähigkeit ausgegangen werden, die jede Form von Selbstbestimmung verhin-

dert. Diese Dokumente, so wird empfohlen, sollten regelmäßig erneuert werden, um ihre Aktualität den medizinischen Verantwortungsträgern gegenüber nachzuweisen. Dennoch gilt die Nichtbeachtung vorliegender Patientenverfügungen als Problem, was daran liegen mag, dass sie erst ab dem Zeitpunkt gelten, ab dem ein Patient seinen Willen, auch nonverbal, nicht mehr äußern kann. Die Kontrolle, ob der eigene Wille respektiert wird, ist somit nicht mehr möglich.

Unweigerlich drängt sich hier der Eindruck auf, es gehe um Machtkämpfe in der Frage, wie zu sterben sei. Selbstbestimmung? Fehlanzeige!

## Hilfe von der Philosophie?

Breiter Raum wird der Darstellung ethischer Positionen aus der Philosophie zum guten menschlichen Umgang miteinander eingeräumt. Diese beinhalten jedoch in erster Linie das allgemeine Sozialverhalten und greifen in der speziellen Situation der Sterbebegleitung zu kurz, denn hier ist Empathie in der Begegnung mit einem Einzelwesen gefragt. Ausführlich wird auch das Wesen von Mitleid diskutiert, wobei zu fragen wäre, was ein Sterbender eher benötigt: Mitleid, oder Respekt vor seinem Recht auf Selbstbestimmung.

Zweifellos gibt der vorliegende Band einen aufschlussreichen Einblick in den Umgang mit dem Tod in unserer Kultur.

## STERBEBEGLEITUNG IN EUROPA

**Prof. Dr. med. Gerhard Pott, Drs. Durk Meijer;** Verlag Schattauer 2015, 138 Seiten, ISBN 978-3-7945-3095-3; Preis: 19,99 €

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

# Patientenkompetenz und leitlinienorientierte Medizin – ein Plädoyer

VON DR.MED. NICOLE WEIS, GFBK

**B**rauchen wir eine neue Kultur der Integration? Diese Frage möchte ich in Bezug auf die Vereinbarung von Patientenkompetenz und Leitlinienempfehlungen stellen. Patientenkompetenz und Leitlinien schließen sich nicht von vornherein aus, können sich aber erheblich behindern, wenn die Leitlinienempfehlungen nicht als Empfehlungen, sondern als Teil eines medizinisch unbestrittenen und dadurch notwendigen Behandlungskatalogs wahrgenommen werden. Leitlinien sind laut Prof. Peter Matthiessen aus Witten-Herdecke „auf allgemeine Krankheitseinheiten und -Situationen bezogen; der Behandlungsauftrag des Arztes richtet sich aber auf konkrete und damit unaustauschbare Kranke“.

Als Betroffene ist es wichtig zu wissen, dass die ärztlichen Leitlinienempfehlungen lediglich Orientierungshilfen für eine individuell ausgerichtete Therapie sind; das bedeutet für die Patientin, dass in jedem Fall Zeit bleibt, um die Therapie in Ruhe und individuell abzuwägen.

Nicht zuletzt zeigt sich der Widerspruch vor allem in dem wachsenden Patienten-Bedürfnis nach zunehmender Selbstbestimmung und Mündigkeit. So wünschen sich 2/3 der Patientinnen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs eine aktive Einbeziehung in die Therapieentscheidungen [4] [7].

Mit dem neuen Begriff der „individualisierten oder auch personalisierten“ Medizin verbindet sich die Erwartung, dass medizinische Therapien für den Patienten maßgeschneidert werden. Allerdings ergeben sich erhebliche Differenzen, betrachtet man die Ansprüche, die aus Patientensicht und dem Verständnis einer mechanistischen Medizin resultieren. Die Problematik wird dadurch



Dr. med. Nicole Weis.

Bild: Privat

noch verschärft, dass das Entscheidungsspektrum stetig durch neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie erweitert und selbst für den Experten stellenweise unübersichtlich wird.

Eine am Patienten orientierte „individualisierte“ Therapieplanung beinhaltet neben der Kenntnis der Leitlinien auch die Interpretation der Leitlinien im Zusammenhang mit den Lebensumständen des Patienten. Voraussetzung dafür ist eine Vertrauensbasis zu einer begrenzten Zahl von Ärzten, die den Patienten in seiner Ganzheit sehen, annehmen, beraten und begleiten. Bisher fehlt es dabei an den dafür geeigneten Rahmenbedingungen, der Zeit für die sondierenden Gespräche des Patienten mit den in die Behandlung involvierten Ärzten sowie auch häufig der Zeit für eine ausreichende Kommunikation der betreuenden Ärzte untereinander. Hinzu kommt noch, dass das ärztliche Gespräch keine adäquate Anerkennung im Honorarsystem findet [2]. Dass für 70 Prozent der Krebspatienten das persönliche Gespräch

mit dem Arzt die wichtigste Informationsquelle ist, bestätigt auch eine aktuelle Studie aus der Universität Frankfurt/Main [6]. Knapp die Hälfte der Befragten wendet sich an Selbsthilfegruppen, knapp 30 Prozent suchen das direkte Gespräch in Krebsberatungsstellen, und fast die Hälfte der befragten Angehörigen von Krebspatienten informiert sich im Internet. Bei der Wahl der Informationsquelle standen die individuelle und umfassende Information, hohes Expertenwissen, die Möglichkeit, Fragen zu stellen und ein konstanter Ansprechpartner im Vordergrund.

Diese Studie bestätigt die praktische Erfahrung in der Beratung an Krebs erkrankter Menschen, dass die Patienten eine individuelle Beratung suchen, die sie bei ihrem persönlichen Umgang mit der Krankheit Krebs unterstützt. Unsere Erfahrung seit über 33 Jahren zeigt auch, dass besonders Brustkrebspatientinnen den Wunsch haben, komplementärmedizinisch beraten zu werden.

Hierbei spielt neben der fachlichen Kompetenz auch der Faktor Zeit eine wichtige Rolle. Demgegenüber steht der Zeitmangel in Klinik und Praxis, die der Krebspatient dann erfährt, wenn er mit seiner Erkrankung einen Arzt aufsucht und individuelle Fragen sowie kritische Rückfragen stellen möchte. Spätestens dann wird der Patient damit konfrontiert, dass der Faktor Zeit in der Alltagsroutine von Kliniken und onkologischen Praxen Mangelware ist. So dauert das durchschnittliche ärztliche Gespräch laut dem Arztreport der Barmer GEK 2010 gerade mal acht Minuten.

Schon Paracelsus erkannte im 16. Jahrhundert: „Die Kraft des Arztes liegt im Patienten.“ Wie bedeutsam das Gespräch mit

dem Arzt ist, bestätigen Studien, in denen empathisches ärztliches Kommunikationsverhalten mit einer besseren psychischen Anpassung bei Brustkrebs assoziiert war [5]. Außerdem hat ein als unbefriedigend empfundener Kommunikationsstil bei Übermittlung der Diagnose noch vier Jahre nach dem Ereignis schlechtere Parameter für Aspekte der Lebensqualität zur Folge [3].

Die Erfahrung zeigt, dass auf kritische Nachfragen von Patienten unterschiedlich und leider oft mit Unverständnis reagiert wird. Dabei liegt nichts näher als die positiven Aspekte von wachsender Patientenkompetenz hervorzuheben. So erklärt der Onkologe Prof. Dr. med. Gerd Nagel, der ehemalige Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft: „Viele Ärzte verstehen einfach nach wie vor nicht, dass sich kompetente Patienten gar nicht in die Angelegenheit der Ärzte, sondern in die eigenen Belange einmischen wollen“ (weitere Informationen unter [www.patientenkompetenz.ch](http://www.patientenkompetenz.ch)).

### Problem der Übertherapie

An dieser Stelle möchte ich die Problematik einer Übertherapie beim Mammakarzinom hervorheben, der in den Leitlinien bisher nur unvollständig begegnet wird. Dabei ist eine zentrale Frage, ob Patientinnen, denen bei einem geringen absoluten Rückfallrisiko durch eine adjuvante Chemotherapie nicht nur nicht geholfen, sondern durch die Toxizität dieser Chemotherapie eher geschadet wird. Dass bei aller Euphorie über die gestiegene Lebenserwartung bei Brustkrebskranken nicht die langfristigen Nebenwirkungen übersehen werden dürfen, forderte Prof. Christoph Thomssen aus Halle auf dem Symposium „Brustkrebs überlebt –und dann? Langzeitfolgen bei jungen Frauen“ anlässlich der 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie.

Es wäre daher wünschenswert, wenn die 2011 in den USA gestartete „Choosing Wisely“-Initiative auch hier in Deutschland und möglichst auch von der Onkologie

aufgegriffen würde. „Choosing Wisely“ verfolgt das Ziel, die offene Diskussion zwischen der Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zum Thema Überversorgung zu fördern. Kern von Choosing Wisely sind Top-5 Listen aus jeder klinischen Fachdisziplin, die fünf medizinische Maßnahmen enthalten, bei der gegenwärtig eine Überversorgung festzustellen ist und deshalb ein verstärkter Bedarf an Information und „Shared Decision Making“ besteht.

Die Ausgangsthese von „Shared Decision Making“ (partizipative oder gemeinsame Entscheidungsfindung) ist, dass es nicht nur eine aus Expertensicht zu bestimmende optimale Therapie für den einzelnen Patienten gibt, sondern dass die aktive Mitarbeit der Patienten und die Einbeziehung der persönlichen, körperlichen und seelischen Gegebenheiten notwendig ist, um die optimale Therapie in einer gemeinsamen Entscheidung festzulegen [1]. Im neuen Patientenrechtegesetz, das seit 2013 gültig ist, ist dies ausdrücklich verankert. So soll der Arzt Werte und Präferenz des Patienten bezüglich Aufklärung, Diagnose und Therapie eruieren und berücksichtigen.

Leider wird die gemeinsame Entscheidungsfindung im Klinik-Alltag häufig gleichgesetzt bzw. verwechselt mit dem Konstrukt des „informed consent“ (informierte Entscheidung): Der Schwerpunkt liegt hier auf Information. Der Patient wird umfassend aufgeklärt und stimmt der vorgeschlagenen Therapieoption zu (Tumorkonferenz, Leitlinien).

In diesem Kontext ist es wichtig zu wissen, dass Leitlinien bzw. Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften keine rechtliche Verpflichtung beinhalten. Vorausgesetzt der Patient wird über mögliche Risiken aufgeklärt, darf der behandelnde Arzt im Interesse des Patienten und der Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft von den Leitlinien abweichen und neue bzw. unkonventionelle Behandlungsmethoden einsetzen. Denn rechtlich gesehen ist die Basis der heilberuflichen Profession die sogenannte Therapiefrei-

heit. Das bedeutet, dass der Behandler darüber entscheiden kann, ob und wie im konkreten Einzelfall diagnostisch oder therapeutisch vorzugehen ist.

Für den Patienten bedeutet dies aber auch, dass auf der Grundlage des verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrechtes, welches das Recht auf freie Arztwahl und auch das Recht auf eine (vermeintlich) medizinisch unvernünftige Entscheidung beinhaltet, jede in den Leitlinien fixierte Therapie abgelehnt werden darf. Weiterführende Informationen zu diesem wichtigen Thema erhalten Sie bei der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V. (GfBK-Info Patientenaufklärung und die GfBK-Info Selbstbestimmung und Therapiefreiheit).

**Fazit:** Wir brauchen in der heutigen Medizin eine neue Kultur der Integration! Neu im Sinne davon, dass die Medizin wieder als Dienstleistung am Patienten verstanden wird. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn alle Fachdisziplinen die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten pflegen und wenn auch die Patienten akzeptiert und weiterbetreut werden, die eine leitliniengerechte Medizin ablehnen. Eine am Patienten orientierte „individualisierte“ ganzheitliche Beratung erfordert mehr Zeit, lohnt sich aber, da die Patienten besser in der Lage sind, die für sie stimmige Entscheidung und deren Konsequenzen mitzutragen. Ich hoffe, dass viele Onkologen umdenken und sich gemeinsam mit den Patienten die Zeit nehmen können, die die Patienten brauchen, damit nicht aus Angst sondern aus Zuversicht eine individuelle Entscheidung getroffen werden kann.

---

### LITERATURLISTE

kann bei Frau Dr. med. Weis angefordert werden unter E-Mail: [n.weis@biokrebs.de](mailto:n.weis@biokrebs.de)

---

### KONTAKT

**Dr. med. Nicole Weis**, Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V., Voßstraße 3, 69115 Heidelberg, [www.biokrebs.de](http://www.biokrebs.de)

Gemeinschaft und Abenteuer

# Adventurecare für Familien

VON GERTRUD RUST



**A**m diesjährigen Senologiekongress in Leipzig lenkte die Leiterin der psychoonkologischen Abteilung am UCT Frankfurt, Dr. Bianca Senf, den Blick auf die Angehörigen von Krebspatienten. Sie gelten als „Patienten zweiter Ordnung“, denn nicht nur die Betroffenen leiden, sondern auch die Mitbetroffenen. Besonders gilt dies für Kinder an Krebs erkrankter Eltern, und je nach Alter sind körperliche und psychische Störungen beobachtbar, auch Mischformen (psychosomatische Beschwerden) sind möglich. Ängste, Depressionen und Essprobleme können auftreten, es wird von Schulversagen berichtet, Schuldgefühle, Bindungsstörungen und Verlustängste können entstehen, und bisweilen ist bis zum frühen Erwachsenenalter psychologische Unterstützung erforderlich.

Vor diesem Hintergrund kommt dem Projekt Adventurecare eine besondere Bedeutung in der Sorge um Familien zu, deren Lebenswelt durch die Krebserkrankung eines Familienmitglieds schwer belastet ist.

Der gemeinnützige Verein Adventurecare ([www.adventurecare.de](http://www.adventurecare.de) / [info@adventurecare.de](mailto:info@adventurecare.de)) steht noch am Beginn einer erfolgreichen Zukunft: Seit März 2015 werden Familien bei der Konfrontation mit Krebs und den zahlreichen körperlichen und psychosozialen Folgen unterstützt. Durch die Erfahrung von Abenteuer und Gemeinschaft soll es möglich werden, wieder Vertrauen zum Leben zu entwickeln, Kraft zu schöpfen und quälende Gedankenkreisläufe in positive Gedanken umzuformen.

## Wie könnte das gelingen?

Birgit Manglkammer und Michaela Kraft, 1. und 2. Vorsitzende von Adventurecare, setzen dabei vor allem auf die Organisation von Abenteuer camps für Kinder im Alter von 4 bis 14 Jahren, denn Abenteuer besteht man zumeist gemeinsam.

In einer liebevollen und geschützten, dennoch abenteuerlichen Umgebung inmitten heilsamer Natur, sollen Krankheit und Sorgen in den Hintergrund rücken,

neue Erlebnisse stark machen und ein Stück verlorene Kindheit zurück holen.

## Freude über das erste Camp

Im September 2015 war es endlich soweit: Inmitten von Wäldern und Wiesen, weit ab von Autoverkehr und Großstadtlärm, wurde im Chiemgau ein Berghaus mit benachbartem Badensee gefunden. Sechs Familien, die Mütter waren fast durchwegs an Brustkrebs erkrankt, konnten neun Tage in harmonischer Natur zu neuer Kraft finden. Wie sagte bereits Michelangelo: „Frieden findet man nur in den Wäldern“. Birgit Manglkammer und Michaela Kraft, vor einigen Jahren selbst betroffen, werden dies auch so empfunden haben, denn Erlebnisse in der freien Natur gaben ihnen das Vertrauen in verloren geglaubte körperliche Fähigkeiten zurück und waren Anlass zur Gründung von Adventurecare.

Der Tag im Abenteuer camp beginnt mit einem gemeinsamen Familienfrühstück, heutzutage eher eine Besonderheit und ein starker Kontrast zum allgemein üblichen „Coffee to go“. Das Erleben von Gemeinsamkeit am Beginn eines neuen Tages spendet Trost und macht Mut. Der Besuch von Kletterwäldern vermittelt die Erfahrung „sich selbst halten zu können“, eine nachhaltige Stärkung des Vertrauens in die eigenen Kräfte. Kreativ tätig sein heißt: „Etwas Eigenes schaffen“, auch dazu gibt es reichlich Gelegenheit und bei Tanz und Spiel ist Entspannung möglich.

Aus dem Arabischen ist der Satz überliefert: „Zwischen Lachen und Spielen werden die Seelen gesund“, dem Engagement von Adventurecare sei deshalb rundum Erfolg beschieden.



Ein Spezialist für mich

# Hilfe bei der Arztsuche

VON GERTRUD RUST

**W**ie heißt es immer so schön: Suchen Sie sich einen Arzt Ihres Vertrauens, und wenn Sie enttäuscht werden, wechseln Sie. Nichts wünscht man sich bei einer schweren Erkrankung jedoch weniger, als auch noch eine Ärzteodyssee durchlaufen zu müssen. Die Suche nach einem Spezialisten sollte effektiv und schnell möglich sein.

► [www.arztauskunft.de](http://www.arztauskunft.de)

Portal der Stiftung Gesundheit und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

► [www.bnho.de/arztsuche/schwerpunktpraxen](http://www.bnho.de/arztsuche/schwerpunktpraxen)

Portal des Berufsverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland, ein Verzeichnis onkologischer Schwerpunktpraxen ist kostenfrei erhältlich unter Telefon 0221/9987980.

► [www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche](http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche)

Portal der Kassenärztlichen Vereinigungen,

die als einzige Institutionen zuverlässige Daten über Adressen und Qualifikationen aller in Deutschland niedergelassenen Ärzte verfügen.

► [www.ccc-netzwerk.de/patienteninformation/kontaktadressen](http://www.ccc-netzwerk.de/patienteninformation/kontaktadressen)

Portal der Deutschen Krebshilfe zur Suche nach Onkologischen Spitzenzentren.

► [www.oncomap.de/index.php](http://www.oncomap.de/index.php)

Portal der Deutschen Krebsgesellschaft zur Suche nach Krebszentren der unterschiedlichen Fachbereiche mit praktischem Lageüberblick in einer Landkarte.

► [www.betterdoc.org](http://www.betterdoc.org)

Portal unter medizinischer Leitung von Dr. Donata von Dellinghausen, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Motto: „Wir bringen Sie zum richtigen Arzt“. Nach Mitteilung der Diagnose durch die Patienten spricht ein hochkarätig besetztes Expertengremium (einsehbar auf der Homepage) eine Arztempfehlung aus und trifft auf Wunsch zusätzlich eine Terminvereinba-

rung. Auch die Einholung einer Zweitmeinung wird auf diesem Weg vermittelt. Der Erstkontakt ist kostenlos, nach Einschätzung der Komplexität der Anfrage wird ein Kostenvoranschlag erstellt, wonach die Patienten die Inanspruchnahme dieses Service entscheiden. In Verhandlungen wird eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen als grundlegender Bestandteil des Gesundheitssystems angestrebt.

► [www.infonetz-krebs.de](http://www.infonetz-krebs.de)

Portal der deutschen Krebshilfe und der deutschen Krebsgesellschaft mit Einrichtung eines kostenlosen Beratungstelefon: 0800/80708877 für Patienten und Angehörige. Die Beratung umfasst v.a. medizinische Inhalte, jedoch sind auch Auskünfte zu psychoonkologischen Themen und zum Sozialrecht erhältlich. Mailkontakt unter: [krebshilfe@infonetz-krebs.de](mailto:krebshilfe@infonetz-krebs.de)

Abschließend sei an das Recht der freien Arztwahl in Deutschland erinnert. Erfolg beim Suchen und Finden des „better doc“ wünscht Ihnen mamazone.

ANZEIGE

## Brustwiederaufbau mit Qualitätsimplantaten aus Deutschland



© Pippa, Konstanin Gastmann, 2007

Wir haben für Sie eine spezielle Website mit allgemeinen Informationen zum Thema Brustrekonstruktion zusammengestellt: [www.brustrekonstruktion.info](http://www.brustrekonstruktion.info). Dort können Sie sich einen ersten Überblick verschaffen und sich unsere Broschüre „Wieder ganz ich“ herunterladen oder bestellen. Auf unserer Website zeigen wir, wo und wie Brustimplantate bei uns in Deutschland hergestellt werden. POLYTECH Health & Aesthetics ist übrigens der einzige deutsche Hersteller von Brustimplantaten.



[www.polytechhealth.de](http://www.polytechhealth.de)  
[www.facebook.com/polytechhealth.de](https://www.facebook.com/polytechhealth.de)

**POLYTECH**  
health & aesthetics

Papier ist geduldig

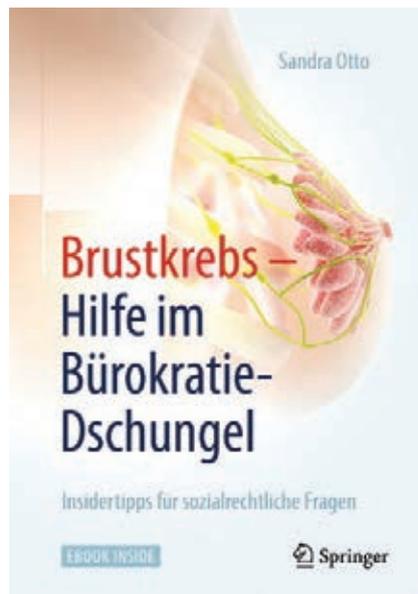
# Vom Recht haben und Recht bekommen

VON GERTRUD RUST

Über den Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums und den Susan G. Komen e.V. Deutschland ist eine neue, gemeinsam erstellte Informationsbroschüre zu sozialrechtlichen Fragen bei Brustkrebs erhältlich. Hoffnungsvoll lädt man die „Informationsbroschüre“ mit dem vielversprechenden Untertitel „Gut informiert bei sozialrechtlichen Fragen“ herunter – und stellt erstaunt fest: Die „Broschüre“ entpuppt sich als zweiseitiger Flyer, der lediglich Ansprechpartner bei verschiedenen Belangen im Verlauf einer Brustkrebserkrankung nennt. Darunter auch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die zum Jahresende aufgelöst wird. „Gut informiert“ ist man somit erst dann, wenn man persönliche Erfahrungen mit den genannten Ansprechpartnern gemacht hat.

## Aussitzen geht nicht mehr

„Ihr erster Ansprechpartner ist immer Ihre Versicherung“, ist zu lesen. Wie das aussehen kann, beschreibt ein Urteil des Sozialgerichts Heilbronn (AZ: S 11 KR 24 25 /14) zur Bewilligung einer Heilbehandlung. Obwohl es eine gesetzliche Vorgabe zur Beantwortung von Kostenübernahmeanträgen für eine medizinische Maßnahme von fünf Wochen gibt, hielt es eine Betriebskrankenkasse nicht einmal für notwendig, über eine verlängerte Prüfdauer zu informieren. Der ablehnende Bescheid erreichte die Antragstellerin erst nach einem halben Jahr. Zu spät, befand das Sozialgericht und verurteilte die BKK zur Kostenübernahme. Es gab damit der Klägerin recht, die auf Feststellung der Forderung geklagt hatte. Schon allein



aufgrund der verstrichenen Frist müsse der Antrag als genehmigt gelten, und die nicht erfolgte Information über die verlängerte Prüfdauer sei nicht im Sinn des neuen Patientenrechtegesetzes. Im Gegenteil, dieses zielt nachgerade darauf ab, Patientenrechte zu stärken und die Zügigkeit von Verwaltungsverfahren zu verbessern.

## Die Alternative

So einfach ist die Sache mit „den Ansprechpartnern“ also nicht. Wer seine Rechte und die Fallstricke im Paragraphennetz nicht kennt, gerät allzu leicht ins Hintertreffen, denn die Anrufung des Sozialgerichts ist für viele Betroffene nicht selbstverständlich.

Da kommt ein echter „Helfer in der Not“ gerade recht: Das im Springer Verlag in diesem Jahr erschienene Buch von Dr. Sandra Otto: Brustkrebs – Hilfe im Bürokratie-Dschungel / Insidertipps für sozialrechtliche Fragen.

Sandra Otto ist in zweifacher Hinsicht fachkundig: Sie ist selbst an Brustkrebs erkrankt und kennt damit die Perspektive der Betroffenen aus eigener Erfahrung. Und sie ist Betriebswirtin mit Promotion im Bereich Rechnungslegung. Ihr ausdrückliches Anliegen ist der Brückenschlag von den oft erhältlichen allgemeinen Hinweisen zu Hilfestellungen im konkreten Einzelfall.

## Hier wird man fündig

Was tun, wenn.....? , auf diese Frage erhält man bei Sandra Otto kompetent und umfassend Antwort. Für Probleme, die beim Umgang mit dem Arbeitgeber, den Kranken- und Rentenkassen, dem Medizinischen Dienst, der Beantragung des Schwerbehindertenausweises und der Anschlussheilbehandlung auftreten können, werden die oft verschlungenen Lösungswege klar und verständlich beschrieben. Auch die Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung, die Recherche nach einem guten Brustzentrum, die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen nach Behandlungsfehlern, bei allem, was einer Brustkrebspatientin das Leben zusätzlich und unnötig erschweren kann, bietet das Buch weitreichende Unterstützung.

Wissen Sie, woran Sie einen kompetenten Arzt erkennen können? Nach der Lektüre von Sandra Ottos Buch sehen Sie klar.

## BRUSTKREBS - HILFE IM BÜROKRATIE-DSCHUNDEL

Springer-Verlag 2015  
ISBN 978-3-662-47071-8, 237 Seiten,  
19,99 €

Aufrecht gegen den Wind

# Marc Naumanns Segelrebellin

VON GERTRUD RUST

**E**s ist bewundernswert, welche Bewältigungsstrategien Krebspatienten im Umgang mit ihrer Erkrankung entwickeln können. Marc Naumann erkrankte 2010 im Alter von 28 Jahren an einem Gehirntumor, erlitt 2012 ein Rezidiv und brach nach einer strapaziösen Therapie zu einem Segeltörn in die Nordsee auf. Respekt! In Wind und Wellen hatte er eine Vision: Anderen Krebskranken seine positiven Erfahrungen auf dem Wasser weiter zu geben.

## Gedacht, getan

Es folgte im Herbst 2014 die Gründung der gemeinnützigen Organisation „Die Segelrebellin - Dein Leben - Dein Abenteuer“ ([www.segelrebellin.com](http://www.segelrebellin.com)). Krebspatienten sollten nach Therapieabschluss wieder Kraft und Selbstvertrauen schöpfen. Wie könnte das besser gelingen als in einer menschlichen Gemeinschaft den Naturgewalten zu trotzen, stellvertretend für die Lebensbedrohung durch eine Krebserkrankung. Sich fernab des beängstigenden Alltags „den Widrigkeiten des Lebens zu stellen, nicht den Halt zu verlieren, auch wenn der Wind noch so stark bläst“, dieses wunderbare Sinnbild kann tiefgreifende seelische und körperliche Wirkungen entfalten.

Stille ertragen, ohne dass Todesängste übermächtig werden, die langsam einsetzende Dämmerung nach einer dunklen Nacht verfolgen, das Licht am Horizont suchen, den Beginn eines neuen Tages beobachten, für das Erlebnis dieser körperlich spürbaren Eindrücke ist der Aufenthalt

in der Weite der See ideal. Und nach der Rückkehr findet man nicht nur einen festen Ankerplatz für das Segelschiff, sondern vielleicht auch wieder im eigenen Leben.

## Ein einzigartiges Projekt

Das Konzept „Segelrebellin“ ist bis heute weltweit einzigartig und repräsentiert psychoonkologische Qualitäten, die höchsten Ansprüchen genügen. Das Prinzip einer ressourcenorientierten psychoonkologischen Begleitung besteht in der Bewusstmachung dessen, was trotz der traumatisierenden Erfahrung „Erkrankung mit unsicherem Ausgang“ dennoch möglich ist. Wie viel Kraft steht mir weiterhin zur Verfügung, woran kann ich nach wie vor Freude empfinden, kann ich überhaupt noch sinnvolle Beiträge zu einer menschlichen Gemeinschaft leisten? Diese Fragen lassen sich als Segelrebellin unmittelbar beantworten.

Die Besatzung versteht sich als Team, in dem die Teilnehmer je nach körperlicher Verfassung ihren persönlichen Arbeitsbeitrag an Bord leisten und dadurch Mitverantwortung für das Gelingen der Reise übernehmen. Wichtiger Teil eines funktionierenden Ganzen zu sein steigert das Selbstwertgefühl, und die Freude darüber lässt nicht lange auf sich warten. Wohl werden keine Höchstleistungen gefordert, jedoch erwartet Marc Naumann den Mut und die Bereitschaft, „sein Leben in die Hand zu nehmen“ und dabei bis an die persönlichen Grenzen zu gehen.

Können die täglichen Besorgungen wie-

der selbstständig erledigt werden, und ist man nicht mehr auf ständige ärztliche oder psychologische Hilfe angewiesen, steht einer Teilnahme nichts entgegen. Skipper Naumann ist zwar kein Mediziner und/oder Psychologe, bietet aber dennoch keine entsprechende Betreuung an Bord an: „Sonst verlässt man sich wieder auf andere“. Ein ärztliches Attest wird erbeten, ist jedoch keine Teilnahmevoraussetzung. Die Versorgung mit den erforderlichen Medikamenten muss allerdings sichergestellt sein. Marc Naumann verfügt über weitreichende Kenntnisse in Erste-Hilfe-Kursen, darüber hinaus wird eine Offshore-Bordapotheke einschließlich Erste-Hilfe-Koffer mitgeführt. Ist damit zu rechnen, dass innerhalb weniger Stunden ärztliche Hilfe benötigt werden könnte, wird die Route entsprechend gewählt, auf hoher See stehen Funk oder Satellitentelefon zur Verfügung. „Dein Leben - Dein Abenteuer“, bisher gingen die Teilnehmer gekräftigt an Land.

## Quellen:

DocCheck Online, 6. Mai 2015:  
Leben nach Krebs: Point of Retörn  
E-Mail: [info@segelrebellin.de](mailto:info@segelrebellin.de)  
Homepage:  
[www.segelrebellin.de](http://www.segelrebellin.de)

Bilder: Segelrebellin



Überlebenskunst eines Babys

# Schwangerschaft während Chemotherapie entdeckt

VON MAREN BRÜSEMEISTER

**M**it einundvierzig Jahren die Diagnose Brustkrebs zu bekommen war ein Schock. Plötzlich veränderte sich mein ganzes Leben. Die bisherigen Sorgen und Probleme waren auf einen Schlag nebensächlich. Mit meinem Körper passierte etwas, worauf ich keinen Einfluss hatte. Das war unheimlich und machte mir Angst.

Alles musste ganz schnell gehen: Operation, Chemotherapie, Bestrahlungen.

Meine inneren "Stopp"-Rufe nahm ich nicht zur Kenntnis. Die Chemotherapie mit ihren Nebenwirkungen nahm vier lange Monate von mir Besitz. Alle vierzehn Tage eine zweistündige Infusion und das neun Mal. Immer die gleichen Höhen und Tiefen. In der ersten Woche nach der Chemo war ich so schlapp, dass ich kaum durch das Haus gehen konnte. Hier half auch keine Aufbauspritze, die ich mir nach jeder Infusion durch die Bauchdecke geben musste. Die fünfzehn Stufen in die obere Etage unseres Einfamilienhauses schaffte ich nur mit Hochziehen am Treppengeländer und mehreren Pausen. In der zweiten Woche kam ich dann wieder zu Kräften und hatte die Möglichkeit meinen Alltag zu bewältigen. Zumindest körperlich, denn seelisch bereitete ich mich bereits wieder auf den nächsten Infusionstermin vor.

## Fremdgesteuert im eigenen Körper

Schon nach der ersten Medikamentengabe von Epirubicin fielen meine Haare büschelweise aus. Jeden Morgen schloss ich mich mit einer Schale im Badezimmer ein und zog mir die losen Haare aus. Jeden Morgen eine Schale voll. Über die gesamte Chemotherapie hatte ich eine ständige Übelkeit, die mich täglich zum Erbrechen



Heute tobt Lia unbeschwert mit ihrer Mama im Garten.

Bilder: Privat

brachte. Trotz der Medikamente, die mir verordnet wurden. Geschmacksveränderungen und ausgetrocknete Schleimhäute führten bereits bei der kleinsten Würzung von Lebensmitteln zum Brennen im Mund. Aber die Zeit lief weiter. Ich hatte keine Chance abzubiegen. Mein Leben ließ sich nicht ändern. Ich fühlte mich völlig fremd-

gesteuert in meinem Körper.

Als ich nach sechs Monaten Behandlungszeit dachte, jetzt sei alles vorbei, kam der nächste Schock. Es trat keine Regeneration ein. Meine Magenprobleme blieben, die Wassereinlagerungen bildeten sich nicht zurück und ich bekam zunehmende Blasenstiche. Symptome, die

mich an meine früheren Schwangerschaften erinnerten. Ich besorgte mir einen Schwangerschaftstest und einen Termin bei meiner Gynäkologin.

### Der Schock

„Sie sind schwanger!“ Ich erinnere mich noch heute an die fassungslosen Worte meiner Ärztin. „Und zwar nicht seit Kurzem, sondern über die ganze Zeit der Behandlung hinweg.“ Ich war fassungslos – und hatte zum ersten Mal richtig Angst. Nicht um mich, sondern um mein ungeborenes Baby, das die komplette giftige Krebsbehandlung mitgemacht hatte.

Die Ärzte mussten spekulieren, ob es überhaupt gesund geboren werden kann – vergleichbare Erfahrungen gab es deutschlandweit nicht. Ich war in der 29. Schwangerschaftswoche! Wie war es möglich, dass ich dies erst jetzt erfuhr? Ich hatte doch bereits zwei Kinder auf die Welt gebracht. Mir war übel, ich hatte etwas zugenommen, Sodbrennen, Geschmacksveränderungen und natürlich war die Regel ausgeblieben. Nebenwirkungen der Chemotherapie, hieß es immer. Daran, schwanger zu sein, dachten ich und meine Ärzte in keiner Sekunde.

Ich legte damals zum ersten Mal meine Hand auf meinen Bauch und streichelte zärtlich über mein Baby. Nach einer Weile begann ich, zu meinem Baby zu sprechen: „Was habe ich Dir bloß angetan? Es tut mir so unendlich leid. Das hast Du alles nicht verdient. Ich verspreche Dir, dass ich Dich ab sofort nur noch beschützen werde. Wir beide schaffen es, das weiß ich.“

### Schwanger seit sieben Monaten – und nun?

Die letzten zehn Termine meiner Bestrahlungstherapie wurden sofort abgebrochen. Drei Tage später sollte ich den ersten großen Spezial-Ultraschall haben. Solange wollte ich meine Schwangerschaft geheim halten. Meine Familie hatte während meiner Brustkrebstherapie schon so sehr um



Bereits nach wenigen Lebenstagen hat sich Lia erholt.

mich gebangt, ich konnte sie jetzt nicht weiter belasten. Erst musste ich die Gewissheit haben, dass wenigstens im Ultraschall alles gut aussah. Meinen Bauch versteckte ich in diesen Tagen unter weiten Pullovern und versuchte mich möglichst

## „ Ich gratuliere Ihnen zu einer gesunden Tochter!

normal zu benehmen. Doch wie sollte das gehen? Ich dachte rund um die Uhr daran, was dem Baby alles fehlen könnte. Jede Ablenkung war zwecklos. Ich streichelte immer wieder über meinen Bauch. Neunundzwanzig Wochen hatte mein Baby keine Liebe von mir bekommen. Ein schrecklicher Gedanke. Dann kam endlich die erste gute Nachricht. Soweit man sehen konnte war körperlich alles in Ordnung und ich erfuhr, dass es ein kleines Mädchen ist. Aber die Sorge und die Angst blieben. Ab sofort wurde ich von einem Ärztenetz überwacht und die weiteren Kontrollen klangen ermutigend. Trotzdem blieben viele Fragezeichen.

Nach außen hin war ich die Starke, dabei sah es in mir ganz anders aus. Ich war doch so erschöpft von der Krebstherapie und sehnte mich nach Ruhe. Krebs, schwanger und nebenbei den Alltag meistern. In dieser Zeit war meine Devise: Durchhalten! Es ging auch gar nicht anders, denn eine Alternative gab es für mich nicht.

Während die Ärzte noch überlegten, wie das Kind auf die Welt kommen

wird, suchte sich meine Tochter ihren Geburtstermin selbst aus. Fünf Wochen zu früh! Da im Ultraschall kein Wachstumsfortschritt ersichtlich war, wurde ich sicherheitshalber von meinem Arzt mit den Worten: „Ich habe da so ein Bauchgefühl“, ins Krankenhaus eingewiesen. Noch in der ersten Nacht bekam ich einen Blasensprung. Die Wehen setzten aber erst am nächsten Tag ein. Dann ging alles ganz schnell. Innerhalb von 20 Minuten erblickte meine Tochter das Licht der Welt. Der Moment, in dem der Kinderarzt mit meinem Baby den ersten Gesundheits-Check durchführte, war eine gefühlte Ewigkeit. Dann kam er zu mir. „Ich gratuliere Ihnen zu einer gesunden Tochter!“ Ich streckte meine Arme aus und nahm tränengerührt mein Baby entgegen: „Meine Lia – Die Löwenstarke!“

Auch meine Nachsorgeuntersuchungen sind positiv. Die abgebrochenen Bestrahlungen wurden nach der Geburt nicht weitergeführt.

Wie oft denke ich heute: „Was wäre gewesen wenn...?“

Hätten die Ärzte den Fötus früher entdeckt, hätte ich mich entscheiden müssen. Entweder für das Kind und dann zu einer abgespeckten Krebstherapie oder für meine Gesundheit und dann gegen das Kind.

Zum Glück hat meine Tochter alles richtig gemacht. Erst hat sie sich versteckt und dann hat sie sich ganz alleine durchgeschlagen.

Am 14. Dezember 2015 wird Lia drei Jahre alt. Es geht ihr gut, sie ist kerngesund. Sie spielt, lacht, tobt und will den ganzen Tag Quatsch machen.

Sie ist ein ganz normales Kind und gleichzeitig ein ganz besonderes.

Um anderen Frauen Mut zu machen, habe ich meine dramatische aber auch faszinierende Geschichte in einem Buch veröffentlicht.

### DIE LÖWENSTARKE

ISBN 978-3-9816745-0-7

(Ist auch als E-Book erhältlich)

Ein schwieriges Kapitel

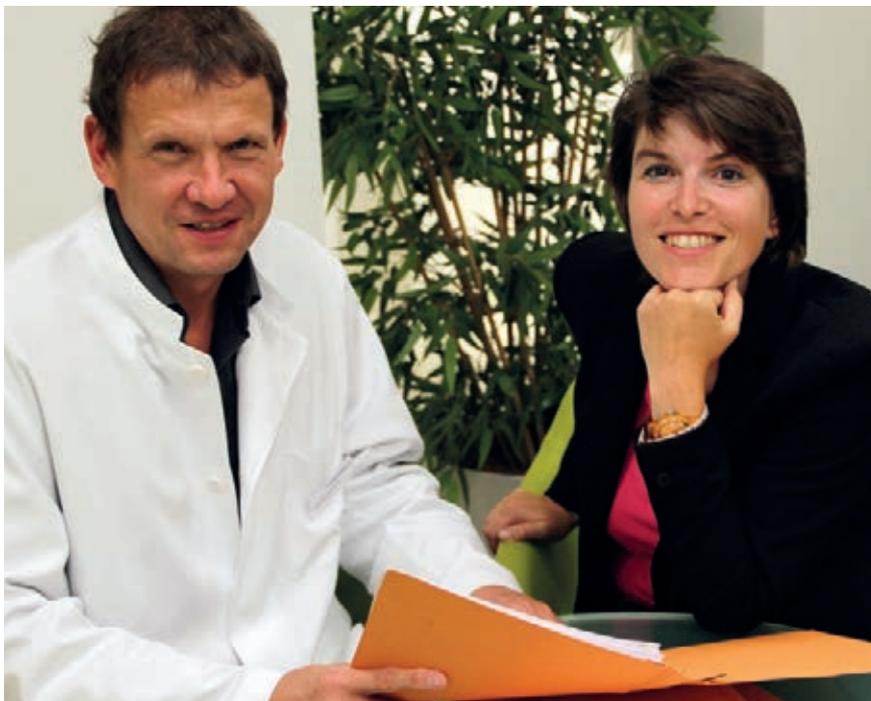
# Die Arzt-Patienten-Kommunikation

VON SIMONE HEINTZE

S ich plötzlich mit der Diagnose „Krebs“ konfrontiert zu sehen, ist ein Schlag ins Gesicht. Ein plötzliches Herauskippen aus der Lebensspur. Alles ist mit einem Mal so endlich, so zerbrechlich und im selben Maße, wie die Angst wächst, liegen die Nerven blanker, wird die Haut dünner. Was jetzt kommt sind viele Arzttermine und noch mehr medizinische Behandlungen, die körperlich und seelisch Kraft kosten. Wie gern würde man den Körper einfach wie ein defektes Auto in der Werkstatt abgeben, mit der freundlichen Aufforderung, dieses wieder auf Vordermann zu bringen. Auftrag ausgeführt, Schaden behoben. Geht nicht, solange der Besitzer fest mit seinem Körper verschraubt ist. Das Gegenteil davon ist die Resignation, der Gedanke, ohnehin nur eine kleine Nummer im großen Statistikapparat zu sein. Ein Krebs unter vielen, für den Ärzte und Pflegepersonal nicht mehr als eine müde Minute erübrigen können.

## Ich will ein menschliches Gegenüber

So fühle ich mich, als ich mich mit 39 Jahren mit meiner dritten Krebserkrankung beim Onkologen Professor Strumberg vorstellen muss. Ich habe Angst, komme mir klein, hilflos und ausgeliefert vor – und tatsächlich scheint zunächst alles gegen mich zu laufen. Ein Arzt, der wie auf heißen Kohlen sitzt, wichtige Unterlagen, die fehlen, ein Therapiegespräch, das mal eben so im Flur erledigt wird, ein Termin zur Fußpflege. Alles in mir weigert sich, in dieser Klinik eine Chemotherapie über mich ergehen zu lassen. Ich möchte einen Arzt, der die Therapie mit mir zusammen durchsteht. Ich will ein echtes menschliches Gegenüber, denn ich weiß, dass das Gelingen einer Behandlung nicht unwesentlich vom Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin abhängt. Ein Arzt,



Professor Strumberg und Simone Heintze als gutes Arzt-Patienten-Team.

Bild: Nicole Melzer

der weiß, wie es seinen Patienten wirklich geht und was diese sich wünschen, kann seine Therapie besser und individueller ausrichten. Und ein Patient, der sich bei seinem Arzt in guten Händen fühlt, denkt positiver, fühlt sich weniger allein gelassen und findet eher den Mut, um sein Leben zu kämpfen.

## Der Mut kehrt zurück

Ich will eine gute Therapie – und bitte Gott um ein Wunder. Doch die Wunderheilung über Nacht bleibt aus. Dafür kommt mein Mut zurück. Ich beschließe, mich nicht zu ergeben, sondern für mich und mein Leben zu kämpfen. Ich fange an zu verhandeln: Zunächst mit Gott und dann auch immer mehr mit den Ärzten, die mich behandeln sollen. Eine Haltung, mit der ich mir nicht überall Freunde mache. Doch da, wo es mir wichtig ist, lasse ich mich einfach nicht mehr abwimmeln. Das kostet manchmal viel Kraft, ein hartnäckiges Ringen um Termine, sich durchsetzen,

wenn der Arzt das Gespräch beenden will, aber noch wesentliche Fragen offen sind. Ich schreibe mir Listen, um das Wichtigste nicht zu vergessen. Und nach aufreibenden Diskussionen finde ich Ärzte, die bereit sind, mit mir in den Dialog zu gehen, die mir geduldig meine Fragen beantworten, ohne dass ich mich dumm und klein fühlen muss und zu denen ich Vertrauen aufbauen kann. Ein Vertrauen, das mich auch durch die tiefsten Tiefen meiner Chemotherapie trägt.

Einer dieser Ärzte ist Professor Strumberg, der Onkologe, der mich zu Beginn wie eine lästige Bittstellerin behandelt hat und in dem ich nach hartnäckigem Ringen einen menschlichen UND kompetenten Therapiebegleiter gefunden habe.

Um viele Erfahrungen reicher, weiß ich heute: Es gibt sie, die zugewandten, ausgezeichneten Ärzte – manchmal aber muss man dranbleiben an seinen Vorstellungen und Wünschen und sie trotz aller Widerstände einfordern. Schließlich geht es um mein Leben.

## Tipps für ein Arztgespräch, die mir zum Erfolg verhalfen:

- ❶ Schreiben Sie sich im Vorfeld Fragen auf. An Block und Stift kann man sich gut festhalten, die Fragen sind der rote Faden im Gespräch. So verliert sich die Unsicherheit. Die Fragen mehrfach durchlesen, das gibt Sicherheit für das tatsächliche Gespräch.
- ❷ Ziehen Sie Sachen an, in denen Sie sich absolut wohl fühlen. Das hilft ungemein, sich sicher und stark zu fühlen.
- ❸ Nichts macht mehr verrückt als langes Warten. Oft muss man so lange warten, dass dabei der ganze Mut verloren geht und Sie am Ende glauben, Ihre Fragen seien alle doch nicht so wichtig. Falsch! Sie ärgern sich hinterher grün und blau, wenn Sie Ihre Fragen mis-

sachten. Fragen Sie ruhig nach, wie lange die Wartezeit vermutlich sein wird und suchen Sie sich dann einen Ort, an dem sie sich wohl fühlen.

- ❹ Stellen Sie, wenn Sie sich zum Gespräch hinsetzen, einen Fuß leicht vor. Damit haben Sie eine aufrechtere Körperhaltung und werden von Ihrem Gegenüber besser wahrgenommen. Den Tipp habe von meiner Psychologin.
- ❺ Lassen Sie sich von der Hektik Ihres Gegenübers nicht anstecken. Ihr Arzt tippt noch am Computer herum und schaut Sie gar nicht an? Gut, Sie können warten. Ärzte haben nie genug Zeit. Zur Not vereinbaren Sie einfach einen neuen Termin. Sie sind wichtig

und Ihre Fragen und Ängste sind es auch.

- ❻ Ihr Arzt ist kein Hellseher! Seien Sie daher ehrlich. Sie dürfen ihm alles sagen, nichts ist zu peinlich. Trauen Sie sich! Und Sie werden ganz neu erfahren, wie ein beiderseitiges Vertrauensverhältnis entsteht.

*Simone Heintze ist 41 Jahre alt, dreifache Mutter und arbeitet als Rentenberaterin. Nach zwei Krebserkrankungen im Alter von 13 und 16 Jahren sah sie sich 2013 mit der Diagnose „Brustkrebs“ konfrontiert. Von ihrem Kampf gegen diese dritte Krebserkrankung erzählt sie in ihrem Buch „Aufgeben? Niemals!“.*

➤ [www.simoneheintze.de](http://www.simoneheintze.de)

ANZEIGE

# Krebstherapie: Nebenwirkung: „Scheidentrockenheit“

**Die Vagisan FeuchtCreme Kombi darf Ihnen helfen. Denn Creme und Zäpfchen sind hormonfrei.**

Trockenheitsgefühl, Juckreiz, Brennen, Schmerzen im vaginalen Bereich können die Nebenwirkungen einer Krebstherapie sein. Zur Linderung dieser Beschwerden gibt es die Vagisan FeuchtCreme Kombi: Die Creme für den äußeren Intimbereich und als Zäpfchen zur Anwendung in der Scheide – ohne Applikator!

Anwendungsuntersuchung zur Verträglichkeit und Wirksamkeit von Vagisan FeuchtCreme bei Brustkrebspatientinnen mit dem Beschwerdebild der vulvovaginalen Trockenheit. Abschlussbericht vom 14.09.2010: Hochsignifikante Besserung der Beschwerden.



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

### Vagisan-Merkzettel für Ihre Apotheke

Vagisan® FeuchtCreme Kombi (PZN 6882372)

Vagisan® FeuchtCreme Cremolum® (PZN 10339834)

Vagisan® FeuchtCreme 25 g (PZN 9739474)

Vagisan® FeuchtCreme 50 g – mit Applikator (PZN 6786786)



Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Arzneimittel, 33532 Bielefeld

Hoffnung macht stark

# Zuversicht durch Mut-Mach-Bücher

VON GERTRUD RUST

Christel Schön, Herausgeberin von „Alles ist möglich, auch das Unmögliche“ und „Wege aus der lauten Stille des Schweigens“, selbst vor sieben Jahren an einem seltenen Lungentumor mit unsicheren Heilungschancen erkrankt, verspricht mit der Bezeichnung „Mut-Mach-Bücher“ nicht zu viel. Die Vorstellung erstaunlicher Krankheitsverläufe macht klar: Es gibt eine Welt jenseits vorgeblich wissenschaftlich begründeter Prognosen, leitliniengerechter Behandlung und den Mittelwerten statistischer Überlebenskurven. Zwar wirkt die Aneinanderreihung der Patientenberichte bisweilen ermüdend, jedoch liegt hierin gleichzeitig die Stärke der beiden Bände. Es zeigen sich auffällige Gemeinsamkeiten von

„Ich habe viel in der Krankheit gelernt, das ich nirgends in meinem Leben hätte lernen können.“

Einzelchicksalen, häufig ad absurdum geführte schlechte Prognosen. Das Zitat von Caryle Hirshberg, Biochemikerin mit onkologischem Schwerpunkt in den USA: „Akzeptiere die Diagnose, aber nicht die Prognose“, wird in den Texten eindrücklich belegt. Beispielhaft sei der Satz in einer Chefarztvisite genannt: „Meine Herren, da sehen Sie mal, was die Psyche bewirken kann!“

## Krebs als Notausgang?

Erstaunlich oft taucht die Frage auf: „Was will mir diese Erkrankung sagen?“ Und



bereits von Johann Wolfgang von Goethe ist der Satz überliefert: „Ich habe viel in der Krankheit gelernt, das ich nirgends in meinem Leben hätte lernen können“.

Die Beantwortung beschreibt Gegebenheiten, die vor Diagnose wohl bereits bekannt waren, aber nicht im notwendigen Maß ernst genommen wurden. Seien es berufliche Überlastungen oder disharmonische menschliche Beziehungen mit einem Druckaufbau, den man bis zum gesundheitlichen Zusammenbruch erduldet hatte. Bisweilen entsteht der Eindruck, dass die Schwere der Diagnose es endlich gestattet, eine längst überfällige Neuordnung in seinem Leben vorzunehmen. Und man spürt es förmlich selbst als Leser, dass diese Neuordnungen gut tun. Angefangen damit, der eigenen Person mit einer größeren Wertschätzung zu begegnen, seine Bedürfnisse wahr- und ernst zu nehmen, bis zu dem Entschluss, sich nicht mehr sagen zu lassen, was einem gut zu tun hat, sondern selbst darüber zu befinden.

Ein Befreiungsschlag mit Hilfe einer schweren Erkrankung, gegen den nun nie-



mand mehr zu opponieren wagt. Als nicht minder bedeutsam wird die Fürsorge der engsten Bezugspersonen empfunden, der Zusammenhalt in schlechten Tagen, die dem Patienten damit entgegengebrachte Wertschätzung und das tröstliche Gefühl des Getragenwerdens.

Besonders hervorzuheben ist hier die Gelegenheit zur Wortmeldung der häufig unter großen Unsicherheiten leidenden „gesunden Umgebung“, wie am besten Unterstützung möglich wäre.

Wer von seinen Mitmenschen lernen und von der Vielfalt individueller Bewältigungsstrategien bei schwerer Erkrankung erfahren möchte, dem sei die Lektüre dieser Patientengeschichten ans Herz gelegt.

## CHRISTEL SCHÖN (HG.)

[www.projekt-mut-mach-buch.de](http://www.projekt-mut-mach-buch.de)

➤ Alles ist möglich, auch das Unmögliche  
ISBN 978-3-734772-48-1

➤ Wege aus der lauten Stille des Schweigens  
ISBN 978-3-734753-10-7

Books on Demand, Norderstedt

Ehre, wem Ehre gebührt

# Sozialmedaille für die Busenfreundin

VON ULLI KAPPLER

**D**as letzte Wochenende im Oktober 2015 wird Ursula Goldmann-Posch, Gründerin und langjährige Vorsitzende von „mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.“ sicher nicht so schnell vergessen. Kaum aus der Habichtswald-Klinik in Kassel entlassen, wo sie sich drei Wochen lang von der belastenden Therapie ihrer im vergangenen Jahr diagnostizierten akuten myeloischen Leukämie erholte, brachten sie Zug und Taxi auf direktem Weg in den Max-Joseph-Saal der Münchner Residenz zu Emilia Müller, Staatsministerin für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. In einem Festakt wurde ihr die „Bayerische Staatsmedaille für soziale Verdienste“ verliehen, mit der jedes Jahr rund 20 Personen ausgezeichnet werden, die sich besonders



Ursula Goldmann-Posch und Staatsministerin Emilia Müller. Bild: Gert Krautbauer

in sozialen Bereichen um Bürgerinnen und Bürger in Bayern verdient gemacht haben.

Und verdient gemacht hat sich UGOPO, wie sie liebevoll von manchen Mamazonen genannt wird, nun wahrlich auf ganzer Linie. Nicht nur in Bayern, sondern für alle Frauen mit der Diagnose Brustkrebs, kämpft sie seit 16 Jahren darum, „...sich nicht als Opfer zu empfinden, sondern bei mamazone e.V. die nötige Expertise zu erhalten, um Regisseurin ihres eigenen Be-



handlungsverlaufs zu werden“, wie sie im Max-Joseph-Saal sagte.

## Ein Busenfreund-Award für die „Busenfreundin“

Die Ehrung am darauffolgenden 31. Oktober durch ihren eigenen Verein beim mamazone - Wissenschaftskongress „Projekt Diplompatientin®“ war dann wie das Tüpfelchen auf dem „i“.

Vor 15 Jahren von Ursula Goldmann-Posch ins Leben gerufen, um Brustkrebs-Patientinnen die neuesten Erkenntnisse über ihre Erkrankung in verständlicher Sprache nahezubringen, verleiht mamazone auf diesem Kongress regelmäßig einen „Busenfreund-Award“ in Form einer kleinen Bronze-Skulptur an Forscherinnen und Forscher, die die Interessen der Brustkrebspatientinnen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen. In diesem Jahr war sie selbst die Geehrte, denn wie Dr. med. Petra Stieber, 1. Vorsitzende von

mamazone, in ihrer Laudatio sagte: „... hat (sie) sich mit ihrem Engagement, das kaum in Worte zu fassen ist, seit der Gründung des Vereins 1999 für die Ziele von mamazone eingesetzt. Mit ihrer unermüdlichen Arbeit hat sie unzähligen Frauen wieder Mut und Zuversicht gegeben.“

Zu dieser Preisverleihung waren auch Barbara Stamm, Präsidentin des Bayerischen Landtags und Karl Michael Scheufele, Regierungspräsident von Schwaben, angereist, um Ursula Goldmann-Posch für ihr Engagement zu danken.

Mit Standing Ovationen bekundeten die KongressbesucherInnen im großen Hörsaal des Zentralklinikums Augsburg die Wertschätzung und Anerkennung, die sie UGOPO entgegenbringen. „Ich bin keine Forscherin“, sagte sie in ihrem Schlusswort, „aber ich verstehe mich als ‚Überlebenswissenschaftlerin‘, deren Arbeit immer das Wohl der betroffenen Frauen zum Ziel hat.“

Herzlichen Glückwunsch, liebe Uschi!



(Linkes Bild) Landtagspräsidentin Barbara Stamm, Ursula Goldmann-Posch, Dr. med. Petra Stieber, Regierungspräsident Karl Michael Scheufele. (Rechtes Bild) Standing Ovationen der KongressteilnehmerInnen.



Bilder: mamazone e.V.

Geld regiert die Welt

# Rufmord an Selbsthilfegruppen

VON GERTRUD RUST

**E**s geht ums Geld, um nichts Anderes, auch wenn man sich in der neuen Broschüre des VdEK (Verband der Ersatzkassen) „Ungleiche Partner: Patientenselbsthilfe und Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitssektor“ um die ideale Unabhängigkeit von Selbsthilfegruppen sorgt, die Spenden und Sponsoring von Wirtschaftsunternehmen, insbesondere von Pharmafirmen, annehmen. Wieso erstreckt sich diese Fürsorge nicht auch auf mögliche Gesundheitsfolgen infolge Arbeitsüberlastung ehrenamtlich tätiger Patienten, die oft bis zur Belastungsgrenze Aufgaben in Selbsthilfegruppen erfüllen?

## Kuchenschlacht am Büffet

Wir alle bezahlen Krankenkassenbeiträge, die in einen Topf von beachtenswerter Größe fließen. Aus diesem bedienen sich die Akteure im Gesundheitswesen so großzügig wie möglich. Die Pharmaindustrie will ihre Pillen und Pulver verkaufen, natürlich mit Gewinn, wie es von einem Wirtschaftsunternehmen nun mal nicht anders zu erwarten ist. Schließlich lautet das Wirtschaftscredo landauf landab: „Wachstum ist nötig“, und ein Umsatzrückgang um wenige Prozent gilt bereits als „Einbruch“ mit der nachfolgenden Gefahr eines wirtschaftlichen Ruins. Auch die Medizintechnikfirmen sehen neu entwickelte Geräte gern umgehend in Kliniken und

Praxen installiert, wieso auch nicht, man produziert schließlich nicht für die Halde und sichert auch noch Arbeitsplätze.

Den Klinikgeschäftsführern tränen die Augen, weil die Leistungsabrechnung inzwischen über Fallpauschalen erfolgt und man nicht mehr, wie seinerzeit möglich, die Patienten noch ein paar Tage „da behält“, um ihre Heilung zu befördern und die Rechnung zu erhöhen. Zu lange Liegezeiten sprengen die Fallpauschale und werden damit zu einem Minusgeschäft. Auch die niedergelassenen Ärzte sind nicht mehr so zufrieden, wie sie es schon einmal sein konnten. Sie leiden unter der „Deckelung“, die dafür sorgt, dass das Verschreibungsverhalten so knapp wie medizinisch gerade noch vertretbar ausfällt. Andernfalls drohen Regressansprüche durch die Ersatzkassen.

Die Krankenkassen müssen sich dabei als treue Finanzverwalter unserer Beiträge um die gerechte und sinnvoll begründete Verteilung der finanziellen Ressourcen kümmern, auch sind natürlich repräsentative Verwaltungsgebäude zu erstellen, und die Vorstandsgehälter sollen ebenfalls reich bemessen sein. Es muss also sorgfältig kalkuliert werden, sonst ist der große Topf zu schnell leer. Wie die schwäbische Hausfrau überlegt man sich deshalb, ob nicht die Pillen vom letzten Jahr noch Heilwirkung entfalten und das ältere Röntgengerät ebenfalls noch gute Diens-

te leistet, es hat doch so lange vorzüglich funktioniert.

## Im Visier: Die Patienten

Es gilt also für die Kassen, Ausschau nach den Kostentreibern zu halten und ihnen nach Möglichkeit Daumenschrauben anzulegen. Die Pharmafirmen bekommen das bereits seit längerem zu spüren, zwischen Arzneimittelherstellern und Apotheken werden Rabattverträge mit dem Ziel ausgehandelt, den Patienten am möglichst preiswertesten Präparat mit dem gleichen oder einem vertretbar ähnlichen Wirkstoff genesen zu lassen. Und das AMNOG (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts) regelt seit Januar 2011 nicht nur die Zulassung von neuen Fertigarzneimitteln, sondern bewertet auch deren Zusatznutzen für die Patienten. Ist dieser nicht erkennbar, steht die Zulassung auf dem Spiel. Über den Zusatznutzen entscheidet natürlich nicht der Patient, sondern der Kalkulator. Leider funktioniert dieses Modell nicht widerspruchlos, denn da schießen bedauerlicherweise Patientenselbsthilfegruppen quer, die penetrant und lästig Fortschritte in der medizinischen Behandlung einfordern. Nicht etwa bei Schnupfen, Husten, Heiserkeit, sondern da, wo es wirklich teuer wird: Bei Krebs und anderen schwerwiegenden, lebensbedrohlichen und zum Teil seltenen Erkrankungen.



Wie wehrt man nun diese Forderungen am besten ab? Nichts leichter als das, man unterstellt eine unheilige Allianz zwischen Arzneimittelherstellern und Selbsthilfegruppen. Den Ruf so gründlich wie möglich ruinieren, dann werden die unverschämten Forderungen schon ein Ende haben. Gedacht, getan: In der eingangs erwähnten Broschüre werden Selbsthilfegruppen namentlich genannt und an den Pranger gestellt, auch mamazone - Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. ist dabei. Es geht um die Annahme finanzieller Unterstützung von Pharmafirmen, welche das Denkvermögen der Empfänger derart zu beschädigen scheint, dass nun in Patientenkreisen bevorzugt über die Präparate der Spenderfirmen informiert wird. Wenn's doch nur so einfach wäre. Natürlich sind die Marketingstrategen der Arzneimittelhersteller keine Waisenknaben, sondern versuchen ihre Produkte so effizient wie möglich am Markt zu platzieren. Diese Praxis ist jedoch nicht nur bei den „bösen“ Pharmafirmen zu beobachten, sondern Kennzeichen unseres Wirtschaftssystems schlechthin. Ganze Heerscharen von Werbepsychologen sind auch außerhalb der Medizinbranche unterwegs, deren Aufgabe in der bedürfnisgerechten Präsentation von Produkten mit der Aufforderung besteht: „Kauf mich“! Und wenn kein Bedürfnis vorhanden ist, wird es eben erzeugt, die Methoden dazu sind vielfältig.

### Bedürfnis oder Bedarf?

Bei Krebspatienten geht es leider nicht um aufschiebbare Bedürfnisse, die befriedigt werden können oder auch nicht, sondern um einen realen Bedarf an möglichst wirksamen und effektiven Diagnose- und Therapiemethoden - um zu überleben wohlgermerkt. Also informiert man sich vernünftigerweise darüber, was „der Markt Neues bietet“. Diese Informationen sind erfahrungsgemäß aus den o.g. Gründen eher selten von Ärzten und Krankenkassen zu erwarten, sondern in publizierten klinischen Studien von Herstellern neuer Medikamente und Medizintechniken. Die wissenschaftliche Diskussion um die Studienqualität aufmerksam mit zu verfolgen ist selbstverständlich.

Auf jeden Fall ist es weder anrühlich noch unmoralisch, sich Wissen dort zu beschaffen, wo es offiziell vorliegt, auch wenn dies bei den Ersatzkassen Finanzierungsapanik auslöst.

Wieso eigentlich? Wer zückt denn letztlich den Rezeptblock oder stellt Überweisungen zu bildgebenden Untersuchungen aus? Kennen Sie Ärzte, die Ihnen auf Ihren Wunsch hin ein bestimmtes Krebsmedikament verschreiben oder zum PET-CT überweisen, weil Sie Metastasenängste umtreiben? Ich nicht. Verschrieben wird, was das AMNOG erlaubt, und die Nachsorge erfolgt symptomorientiert, basta. Da hilft auch keine noch so große Spende eines bestimmten Arzneimittelherstellers an die Selbsthilfegruppe, aus der man kommt. Diese Spenden werden zur Aufrechterhaltung der Infrastruktur von SH-Gruppen mangels ausreichender Alternativen dankbar angenommen und sind auch als bescheidener

Gewinnanteil an den Erträgen der Spenderfirmen zu sehen, denn die Erlöse der Pharmafirmen stammen aus dem Geschäft mit den Ersatzkassen, wo unsere Beiträge eingehen.

Apropos Transparenz: 9 -10 Millionen Euro fließen jährlich vom VdEK an SH-Bundesorganisationen, weitere 35 Millionen erhalten Landesorganisationen und SH-Kontaktstellen. Der Blick in die Empfängerliste und den Leitfaden zur Selbsthilfeförderung ([www.vdek.com/Themen/Selbsthilfe](http://www.vdek.com/Themen/Selbsthilfe)) ist sehr informativ und aufschlussreich. Nur das Wichtigste fehlt: Die Auswahlkriterien: Wer bekommt warum, wie viel? Denn ein Rechtsanspruch auf Fördermittel besteht nicht, und die Zuteilung erfolgt auf der Basis pflichtgemäßen Ermessens. Mamazone e.V. als bundesweit größter, überregionaler und gemeinnütziger Brustkrebsselfhilfeverein mit einem inzwischen 15 Jahre währenden ehrenamtlichen Engagement wurde leider nicht bedacht. In welche Arme werden wir damit wohl unweigerlich getrieben?

Oder sollen wir unsere ehrenamtliche Arbeit aufgrund finanzieller Notlage vielleicht doch lieber einstellen? Das käme wohl manchen Kreisen ganz gelegen.

Wie gut, dass wir nicht am Tropf der Unabhängigkeit fordernden Institutionen hängen. Denn wie mit Organisationen umgegangen



„Der Nächste bitte!“

Ihre Rechte und Möglichkeiten im Gesundheitssystem.

[www.vfa-patientenportal.de](http://www.vfa-patientenportal.de)

Ein Internetportal rund um Patientinnen und Patienten und ihre Versorgung.

**vfa patientenportal**

Eine Initiative der forschenden Pharma-Unternehmen

wird, die das Wort Unabhängigkeit sogar im Namen tragen, lässt sich am Beispiel der UPD (Unabhängige Patientenberatung Deutschland, [www.patientenberatung.de](http://www.patientenberatung.de)) recht anschaulich mitverfolgen.

Die UPD existiert seit 2006 und wurde mit folgendem Auftrag gegründet:

„Zur Stärkung der Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen soll die Patientenberatung seitens der Kostenträger (Krankenkassen, Kliniken u.ä.) durch die UPD ergänzt werden“. Bundesweit wurde dazu ein Netz aus 21 Beratungsstellen mit Beratungstelefonen eingerichtet, die Beratungsleistung war kostenlos. 80.000 Beratungsgespräche wurden zuletzt im Jahr 2014 durchgeführt.

In der Finanzierungsfrage wurde leider der Bock zum Gärtner gemacht, denn die millionenschwere Rundumfinanzierung stemmte der GKV-Spitzenverband, d.h. die Interessenvertretung aller Kranken- und Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenkassen. Die Beratungsunabhängigkeit darf unter diesen Umständen wohl als empfindliches Gut bezeichnet werden.

Die UPD gibt es noch bis Ende 2015, ab 2016 wird sie in der Sanvartis GmbH auf-



gehen, einem Callcenter-Betreiber im Gesundheitswesen und bekannt durch eine enge Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Ärzteverbände fanden deutliche Worte: Hier solle eine etablierte, anerkannte und mitunter den Krankenkassen unbequeme Patientenberatung zu einem willfähigen Dienstleister auf der Lohnliste der Krankenkassen umfunktioniert werden. Beim Blick in den Jahresbericht 2014 der UPD erscheint dieser Vorwurf verständlich, denn die häufigsten Beratungsinhalte betrafen Fragen zu Leis-

tungsansprüchen gegenüber Kostenträgern. Im Vordergrund standen der Bezug von Krankengeld, die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, die Möglichkeiten zur medizinischen stationären Rehabilitation und die Bewilligung von Hilfsmitteln.

In über 1.000 Fällen dokumentierten die UPD-Berater eine unberechtigte Leistungsverweigerung durch die Krankenkassen. Auch bestanden auf Patientenseite erhebliche Unsicherheiten bezüglich der Kostenübernahme bei der Einholung einer Zweitmeinung.

Peinlich und lästig. Eine derart unabhängige Patientenberatung ist unerhört, da muss ein Riegel vorgeschoben werden. Das Problem war leicht lösbar, man konnte einfach den Geldhahn zudrehen, der Vertrag mit der UPD wurde nicht verlängert.

Das kann uns zwar nicht passieren, dafür müssen wir mit der zweiten Möglichkeit einer veritablen Existenzbedrohung leben: Der Rufschädigung.

Von dem italienischen Schriftsteller Alberto Moravio, der diese Welt leider schon verlassen hat, ist ein passendes Zitat überliefert: „Die Welt ist voller Wölfe, die gegen die Hörner der Schafe protestieren“. Recht hat er.

## Wir danken einer lieben Spenderin



Frau Hildegard Borghaus aus Waltrop feierte vor kurzem einen runden Geburtstag. Sie hatte die wunderbare Idee, anlässlich ihrer Geburtstagsfeier eine Spendenbox für mamazone e.V. aufzustellen, und ihre Gäste zeigten sich äußerst großzügig. Die Spendensumme von 3.000.- Euro setzen wir mit Einverständnis „des Geburtstagskinds“ für das mamazoneMAG ein, und wir danken an dieser Stelle Frau Borghaus noch einmal ganz herzlich für Ihre Unterstützung. Alles Gute, liebe Frau Borghaus, bleiben Sie gesund und lesen Sie mit Interesse im mamazoneMAG.

Gertrud Rust für mamazone - Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.

### Neuer Mitgliedsbeitrag ab 2016

Liebe Mitglieder von mamazone e.V., an der Mitgliederversammlung von mamazone e.V. am 5. Juni 2015 in Augsburg wurde über eine Erhöhung des Mitgliedsbeitrags abgestimmt. Zur Wahl standen: 48,00 €, 50,00 € und 55,00 €. 60 Prozent der Anwesenden stimmten für eine Erhöhung auf 48,00 €, 35 Prozent für 50,00 Euro und 5 Prozent für 55,00 €. Der Mitgliedsbeitrag ab 2016 beträgt somit 48,00 € pro Jahr, der Fördermitgliedsbeitrag von 80,00 € bleibt gleich.

Der Einzug erfolgt wie üblich im ersten Quartal 2016, bzw. bitten wir freundlich um Überweisung. Somit steht die Projektarbeit von mamazone e.V. weiterhin auf einer sicheren finanziellen Basis. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihre Schatzmeisterin  
Gertrud Rust  
Vorstandsmitglied



## Lichterfest in Dorsten

**E**igentlich ist das Lichterfest ein Selbstläufer. Denn es hat sich herumgesprochen, dass es „keine Kirmesveranstaltung ist, sondern Vereinen und Ehrenamtlichen in Dorsten eine Bühne geboten wird.“

Am 8. November gab es die 10. Auflage, bei der sich mehr als 65 Vereine und Ehrenamtliche in der Stadt vorstellten. Die Kaufmannschaft stand Pate und stellte den ehrenamtlich Arbeitenden Marktstände, Strom, Wasser usw. zur Verfügung.

In diesem Jahr zum 1. Mal mit dabei: mamazone-Dorsten mit Ulla Westermann. In Kooperation mit Corinna-Fashion gab es einen tollen Stand direkt vor dem Mo-

dehaus. Das mamazone Team bot Infobroschüren zu seiner Arbeit in Dorsten an und stellte den Verein mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. vor. Bei Punsch und Lebkuchen kamen Frauen und Interessierte schnell ins Gespräch. Ileen Einhaus, Jungunternehmerin aus Dorsten findet die Aufklärung zum Thema Brustkrebs sehr wichtig und unterstützt gerne die ehrenamtliche Arbeit von Ulla Westermann als mamazone-Regionalleiterin Dorsten.

Vom Verkauf der Modeaccessoires geht ein Teil als Spende an mamazone-Dorsten.



mamazone-Stand beim Lichterfest.

Bild: Westermann



## Gemeinsam am Ruder gegen den Krebs

VON UTE KÜPPERS (mamazone-Düsseldorf)

**S**echs Frauen von mamazone-Düsseldorf haben als sportliche Gemeinschaftsaktion an der Benefiz-Regatta „Düsseldorf am Ruder für Menschen mit Krebs“ teilgenommen. Die Regatta wurde als gemeinschaftliche Initiative des Ruderclubs Germania Düsseldorf e.V. 1904 und der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. organisiert und durchgeführt.

Im Hafengebieten des Medienhafens Düsseldorf wurde die Regatta von insgesamt 57 Teams über eine Strecke von 250 m in Breitensport-Vierern mit Steuerfrauen und Steuer Männern ausgetragen.

Die erfahrenen Steuerleute wurden vom Ruderclub Germania gestellt. Die Strecke wurde von allen Teams insgesamt viermal gerudert. Einige der Ruderinnen nahmen trotz ihrer laufenden chemotherapeutischen Behandlung an allen Trainingseinheiten und an den sportlichen Wettkämpfen am Regattatag teil.

Für die Teilnahme an der Veranstaltung war im Vorfeld ein Ausbildungsprogramm für alle Rudererinnen erforderlich. Hierzu gab es für alle Teams vier Trainingseinheiten zur Vorbereitung auf das große Finale, welches am 22. August 2015 bei strahlen-

dem Sonnenschein stattfand. Trotz einiger blauer Flecken und teilweise aufgeschlagenen Händen hat uns die gemeinsame Zeit im Ruderboot, die für uns kostenlos war, sehr viel Freude bereitet. Gerne würden wir auch im nächsten

Jahr volle Kraft voraus für den guten Zweck rudern - und dann statt Platz 15 das Siegerinnen-Treppchen ergattern. Aber auch so waren wir ziemlich stolz auf uns.



Im Boot vorne links rudern die Mamazonen

Bild: © Detlev Seyb  
Ruderclub Germania  
[www.meinRuderbild.de](http://www.meinRuderbild.de)





## 11. AVON Walk & Run für die Bayerische Krebsgesellschaft

# Münchnerinnen laufen für Frauen mit Brustkrebs

Der 11. Münchner AVON Walk & Run am 4. Oktober 2015 erfreute sich auch in diesem Jahr großer Beliebtheit und setzte erneut ein Zeichen gegen Brustkrebs: Die Hälfte der Startgebühr von 20 Euro sowie des Verkaufspreises der offiziellen AVON Walk & Run T-Shirts von 15 Euro wurde direkt an die Bayerische Krebsgesellschaft gespendet. Der Härtefonds der Bayerischen Krebsgesellschaft e.V. erhielt zusätzlich eine Spende von 3.000 Euro von AVON Deutschland.

Zum Auftakt des Brustkrebsmonats Oktober versammelten sich wieder zahlreiche Läuferinnen und Läufer im Englischen Garten zum 11. Münchner Frauenlauf von AVON Deutschland. Der hat nicht nur in der bayerischen Landeshauptstadt Tradition: Den „Walk against Breast-Cancer“ gibt es in knapp 40 Ländern und AVON rechnet damit, dass in diesem Jahr rund 400.000 Frauen und Mädchen für den guten

Zweck laufen. Im Kampf gegen Brustkrebs ist das US-amerikanische Unternehmen weltweit der größte Einzelsponsor und hat seit Beginn der Aktion vor über 20 Jahren bereits über 900 Mio. US-Dollar für Projekte zur Bekämpfung von Brustkrebs gespendet. AVON Deutschland hat dazu insgesamt über 2,3 Mio. Euro beigetragen.

Doch nicht nur der gute Zweck motiviert zur Teilnahme – auch der Spaß kam im Gruppenerlebnis und mit Extras wie einer Fotobox mit witzigen Polaroids zum Sofortausdrucken und tollen Produktneuheiten nicht zu kurz. So sagte Maria Angelova, Geschäftsführerin von AVON Deutschland, in ihrer Begrüßungsrede:



mamazone-Stand im Englischen Garten.

Bild: mamazone

“AVON versteht sich als Frauenunternehmen. Wir bilden ein einzigartiges Netzwerk von und für Frauen. Wir möchten es allen Frauen ermöglichen, schön zu sein und sich schön zu fühlen – und das bedeutet auch Selbstbewusstsein und Ausstrahlung. Schönheit ist für uns eine Haltung und diese zeigt sich gleichermaßen in unserem Engagement.“ (Pressemitteilung AVON)

[www.avon-presse.de](http://www.avon-presse.de)

Lissy Hantke war auch dieses Jahr wieder mit dem mamazone Mobil dabei.



Bitte vormerken

## Dorstener Tag der Brustgesundheit am 12. März 2016

Auch 2016 wird es wieder einen Dorstener Tag der Brustgesundheit geben. Am **Samstag, den 12. März 2016, 10 Uhr bis ca. 17 Uhr** gibt es wieder zahlreiche interessante Vorträge zum Thema Brustkrebs. Mammographie-Screening und Onkologische Fragen sind nur ein kleiner Teil der Vorträge. Weitere sind in Planung.

Interessante Infostände laden die Besucher ein. Sei es das Thema Hautprobleme, Physiotherapie, Haar und Zweithaar so wie Bademoden und Dessous. Eine sehr abwechslungsreiche Ausstellung mit großer mamazone Bücher- und Infoecke zum

Stöbern. Der Eintritt sowie Wasser, Brötchen, Kaffee und Kuchen sind kostenlos. Spenden für mamazone sehen die fleißigen Helfer aber gerne.

### WEITERE INFORMATIONEN:

[www.mamazone.de/mamazone/regionalgruppen/dorsten/](http://www.mamazone.de/mamazone/regionalgruppen/dorsten/)

Zeitnah sende ich Ihnen auch gerne ein Programm zu.

Bitte nehmen Sie dazu Kontakt mit mir auf:

**Ursula Westermann**

E-Mail: [westermann@mamazone.de](mailto:westermann@mamazone.de)

Telefon: 0173-1728703



# IMPRESSUM

## Herausgeber:

mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.  
Max-Hempel-Straße 3, 86153 Augsburg, Telefon: 0821/5213144, Telefax:  
0821/5213143

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Bettina Borisch, Ursula Goldmann-Posch, Almuth Fischer, Ulli Kappler, Gertrud Rust, Sieglinde Schärfl, Dr. med. Petra Stieber

Redaktion: Ulli Kappler, Gertrud Rust

Chefin vom Dienst: Ulli Kappler

Autoren dieser Ausgabe: Maren Brüsemeister, Jürgen Berger, Barbara Bursch, Prof. Tanja Fehm und Prof. W. Janni et al., Simone Heintze, Martina J., Ulli Kappler, Dr. med. Susanne Kreutzer, Ute Küppers, Gertrud Rust, Andrea S., Dr. med. Nicole Weis, Ulla Westermann

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

Interviewpartner in dieser Ausgabe: Prof. Dr. Dr. Christian Schubert, Dr. Claudia Friesen, Heike Walper, Dr. H.-J. Wilmer

Gestaltung und 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:

S. 1: Nejrón Photo, 65543661, <https://stock.adobe.com/de/stock-photo/fragility-of-a-human-creature-conceptual-body-art-on-a-woman/65543661> | S. 5: phtobee, 64042942, <https://stock.adobe.com/de/stock-photo/outdoor-sunrise-yoga-girl/64042942> | S. 14: ave\_mario, 93114943 <https://stock.adobe.com/de/stock-photo/woman-tourist-looking-through-binoculars-at-distant-sea-enjoying-landscape-copy-space/93114943> | S. 26: satyrenko, 93587518, <https://stock.adobe.com/de/stock-photo/surgeons-team-working-with-monitoring-of-patient-in-surgical/93587518> | S. 28: ratthanan, 94119908, <https://stock.adobe.com/de/stock-photo/close-up-saline-iv-drip-for-patient-in-hospital/94119908> | S. 30: Eisenhans, 67082128, <https://stock.adobe.com/de/stock-photo/bogensch-tze-visiert-das-ziel-an/67082128> | S. 39: jd-photodesign, 26634736, <https://stock.adobe.com/de/stock-photo/grauhaarige-attraktive-frau-genie-t-den-sonnigen-herbst/26634736> | S. 54: bluedesign, 83988038, <https://stock.adobe.com/de/stock-photo/reihe-aus-gerollten-euroscheinen/83988038>

## Zum Schmunzeln:



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.

Dr. med. Susanne Holst  
ARD-Tagesschau-Moderatorin und  
Botschafterin mamazone e.V.

mamazone

## Spendenkonto:

mamazone e.V. • Stadtparkasse Augsburg • IBAN: DE8472050000000076760 • BIC: AUGSDE77XXX



Foto: Hergen Schimpf/H&S Medienservice



## We take cancer personally

Patienten stehen im Mittelpunkt unseres Handelns bei Roche.

Sie motivieren und inspirieren uns bei der Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel und Therapiekonzepte, die das Leben von Krebspatienten weltweit verbessern sollen.

Viele Forschungsergebnisse haben schon zu bedeutenden Fortschritten in der Krebstherapie geführt – und unsere Forschung geht ständig weiter.



*Doing now what patients need next*