mamazone

mamazone MAG

Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.

mamazone ◎ BRENNPUNKT
Braucht die Medizin eine neue Ethik?

Ausgabe Dezember 2016

Resilienz –
Die Kraft in uns

12 Der Brustkrebs-Schock und seine Bewältigung

16 Gentests im Vergleich

24 Warum es wichtig ist, seine ACR-Klassifikation zu kennen

32 Ethik in der Kommunikation

38 Neuer Darmkrebstest

50 Abschied von Ursula Goldmann-Posch

53 Blick in die Medizingeschichte

INHALT

Titelthema

4 Die Kraft in uns
Resilienz

6 Bin ich resilient?
Selbstbesinnung

8 Resilienzquellen
Was hat mich stark gemacht?

10 Resilienzhilfen
Die Chancen einer Reha

12 Jede Frau ist anders
Der Brustkrebs-Schock und seine Bewältigung

Medizin und Forschung

14 Allein gelassen
Sexualität bei Brustkrebs

16 Verwirrende Vielfalt?
Gentests im Vergleich

20 Die IGeL - Angebote
Was wir nicht zahlen, brauchen Sie nicht

22 Zukunftsweisende Forschung
Am Thron des Königs sägen

24 Bildgebung in der Brustdiagnostik
Warum es wichtig ist, seine ACR-Klassifikation zu kennen

25 Biopsien einsparen?
Die Elastographie

26 Zwei, die zusammen arbeiten
Der Darm und das Immunsystem

28 Transparenz für alle?
Die Krebsregister

mamazone Brennpunkt

30 Zwischen Anspruch und Wirklichkeit
Braucht die Medizin eine neue Ethik?

32 Vom Umgang miteinander
Ethik in der Kommunikation

34 Ein Lebenselixir
Hoffnung gegen Angst

36 Zweiklassenmedizin
Die Besonderen und die Normalen

Gut zu wissen

38 Endlich!
Neuer Darmkrebstest

39 Weiter unter Beobachtung
Alu-Deos und Brustkrebs

40 Verarbeitete Kohlenhydrate
Erhöhen sie das Krebsrisiko?

41 Was steht uns zu?
Heil- und Hilfsmittel

Aus eigener Erfahrung

42 Ein Jahr danach
Primärtherapie beendet – und nun?

44 Es klingt in mir
Singen bei Krebs

45 Überlastete Ärzte –
Frustrierte Patientinnen I

46 Überlastete Ärzte –
Frustrierte Patientinnen II

Für Sie gelesen

48 Kindern die Krankheit erklären
Was macht der Krebs mit uns?

49 Was habe ich mir zu sagen?
Vom kreativen Dialog mit sich selbst

mamazone Intern

50 Abschied von Ursula Goldmann-Posch
Medizinjournalistin und mamazone Gründerin

51 Aus gegebenem Anlass
Nachsorge – die Sorge danach

52 Busenfreund-Verleihung
Dr. Claudia Friesen erhält den diesjährigen mamazone „Busenfreund-Award“

53 Alt gegen Neu
Blick in die Medizingeschichte

Aus den Regionen

54 11. und 12. Juni 2016
mamazone auf den „Fürstenfelder Gesundheitstagen“

55 Zumba für mamazone
Tanzen für einen guten Zweck

56 mamazone-regional
Support vor Ort

58 Kunst und Medizin
Das MHH Kunstforum

Liebe Leserin, lieber Leser.

„**Mitten im Winter wurde mir endlich bewusst, dass ich einen unbesiegbaren Sommer in mir trug“.**
So umschreibt der Schriftsteller und Literatur-Nobelpreisträger Albert Camus sehr poetisch, womit wir uns in unserem Titelthema beschäftigen: Trotz der winterlichen Kälte um die sommerliche Wärme zu wissen, die ‚unbesiegbar‘ im unserem Inneren als Kraftquelle verankert sein kann, zeigt als Metapher ein Phänomen, das in der Psychologie mit „Resilienz“ bezeichnet wird - eine Fähigkeit, die es manchen Menschen ermöglicht, Krisen gut zu meistern und vielleicht sogar gestärkt aus ihnen hervorzugehen.

Wir gehen (ab Seite 4) der Frage nach, ob es bestimmte Persönlichkeitseigenschaften gibt, die jemanden von Natur aus resilienter, widerstandsfähiger bei dramatischen Ereignissen reagieren lässt als andere. Und wenn ja, woher kommt dies? Ist Resilienz angeboren, frühkindlich erworben oder möglicherweise auch im späteren Alter erlernbar? Und worauf können Menschen bei der Bewältigung schwerer Krisen als Kraftquelle zurückgreifen? Eine Meinungsumfrage auf Seite 12 und 13 zeigt, wie unterschiedlich diese aufbauenden Quellen sind – und auch, dass es kein Patentrezept gibt, denn jeder Mensch ist anders.

Einem nicht minder interessanten Thema widmen wir uns im **„mamazone Brennpunkt“**, in dem wir uns von verschiedenen Seiten der Medizinethik nähern (ab Seite 30). Eine Allgemein- und TCM-Ärztin denkt im Eingangsartikel über die Frage nach, ob die Medizin eine neue Ethik braucht – und wenn JA, wie sollte sie aussehen?

Was zunächst trocken klingt, ist im Grunde nicht nur hochaktuell, sondern betrifft und begegnet uns in unserer gesamten Therapie. Wie distanziert sind unsere Ärzte oder wie zugewandt? Wie ernst nehmen sie uns, wie viel Zeit haben sie für ein Gespräch? Wie erklären sie uns, was uns erwartet und welche Hoffnungen wir uns machen können? Lassen sie uns mit Fachausdrücken alleine, oder beantworten sie geduldig alle Fragen? Aber auch: In welchem Spannungsfeld von Kostendruck und Zuwendung stehen Ärzte? Ein brisantes Feld.

In der Rubrik **„Aus eigener Erfahrung“** (ab Seite 42) beschreiben dazu zwei Patientinnen ihre erst kürzlich gemachten Erfahrungen. Danach sieht es nicht gut aus mit der Zeit, dem Verbreiten von Optimismus und der Erklärung von Fachausdrücken. Dass das nicht immer die Regel ist, sondern es durchaus zufriedene Arzt-Patientinnen-Verhältnisse gibt, wollen wir im nächsten Heft zeigen.

Was gibt es Neues in **„Medizin und Forschung“**? Zum Beispiel die mögliche Herstellung von Organoiden aus patienteneigenen Krebsstammzellen, um die Wirksamkeit von Medikamenten vorab am Tumor zu testen. In Erforschung sind ebenfalls onkolytische Masernviren und Skorpion- und Schlangengift, mit dem in Zukunft Krebszellen zu Leibe gerückt werden könnte. Außerdem nimmt ein Molekularbiologe die verschiedenen Gentests unter die Lupe - und ein „Elastographie“ genanntes Verfahren, das vielleicht schon bald die Biopsie ersetzen kann, gibt Hoffnung. Spannende Aussichten (ab Seite 14).

Wenn Sie wissen möchten, welche Vorteile der neue Darmkrebstest mit sich bringt, der ab 1. Oktober 2016 den alten ersetzt hat und als warnenden Zusatz erfahren wollen, wie schädlich verarbeitete Kohlenhydrate sind, dann sollten Sie unbedingt in die Rubrik **„Gut zu wissen“** (ab Seite 38) schauen.

Manchmal liegen Leid und Freude eng beieinander, wie man in **„mamazone intern“** sieht. Ursula Goldmann-Posch, die Gründerin von mamazone, verstarb am 4. Juni dieses Jahres. Das hat uns alle sehr traurig gemacht. Zwei Seiten weiter aber gab es großen Grund zur Freude bei Dr. Claudia Friesen, die auf dem Kongress „Projekt Diplompatientin®“ (auch eine der vielen Ideen von UGOPO) den mamazone Busenfreundin-Award erhielt, der jährlich das besondere Engagement eines Forschers/einer Forscherin im Kampf gegen Krebs auszeichnet. Regelmäßige MAG-Leser/-innen kennen unsere Berichte über ihre Methadon Forschung.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen. Apropos lesen: Gertrud Rust stellt Ihnen dieses Mal auf Seite 48 und 49 zwei sehr besondere Bücher vor.

Herzlich,
Ihre

Ulli Kappler

Ulli Kappler

Die Kraft in uns

Resilienz

VON GERTRUD RUST

Haben Sie auch während Ihrer Reha die Zettel an den Pinnwänden für Patientinnen gelesen? „Wende Dein Gesicht der Sonne zu, dann fallen die Schatten hinter Dich!“, steht da, oder: „Nicht leben wie zuvor, sondern leben wie nie zuvor!“, oder gar: „Der Krebs ist das Beste, was mir in meinem Leben passieren konnte“. Konsterniert stehen Brustkrebspatientinnen mit gerade mal halbwegs verdautem Erstschock diesen Lebensratschlägen gegenüber. Was sind das für Frauen, mag man sich denken, wer schreibt sowas: Krebs ist das Beste..... Könnten Sie zu den Menschen mit den Fähigkeiten zählen, eine Lebenskrise nicht nur zu meistern, sondern diese auch noch als Anlass für eine persönliche Weiterentwicklung zu nehmen? Diese Persönlichkeiten gibt es wirklich, sie sind zu beobachten, und sie gelten gemeinhin als resilient.

Was bedeutet Resilienz?

Der Begriff leitet sich aus dem lateinischen „resilire = zurückspringen/abprallen“ ab und taucht erstaunlicherweise in ganz verschiedenen Zusammenhängen auf, transportiert jedoch immer die gleiche Botschaft. In den Ingenieurwissenschaften bedeutet Resilienz die Fähigkeit von technischen Systemen, bei einem Teilausfall nicht völlig zu versagen. In den Materialwissenschaften die Fähigkeit eines Materials, nach einer elastischen Verformung in den Ausgangszustand zurück zu kehren. In der Urbanistik (Stadtforschung) die Fähigkeit städtischer Strukturen, auch bei schweren Schäden zentrale Funktionen aufrecht zu erhalten. In der Soziologie (Wissenschaft vom sozialen Verhalten) spricht man von resilienten Gesellschaften, wenn sie externe Störungen verkraften können, und die Psychologie (Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen) beschreibt Resilienz nicht nur als Fähigkeit zur Krisenbewältigung durch Rückgriff auf persönliche und soziale Ressourcen, sondern gleichzeitig das Bestreben, Krisen als Anlass zur persönlichen Weiterentwicklung zu nützen. Verwandt mit dem Begriff resilire ist resistere = sich widersetzen, Widerstand leisten. Als Gegenteil von Resilienz gilt die Vulnerabilität, die Verwundbarkeit eines Menschen gegenüber negativen Einflüssen: https://de.wikipedia.org/wiki/Resilienz_(Psychologie). Spätestens die psychologische Resilienzerklärung lässt uns die Pinnwandzettel in einem anderen Licht erscheinen.

Resiliente Kinder

Emmy Werner, eine amerikanische Entwicklungspsychologin und inzwischen emeritierte Professorin der University of Nebraska veröffentlichte 1977 die Studie „Die Kinder von Kauai“ und leitete damit die wissenschaftliche Erforschung der Resilienz ein. Sie begleitete über 30 Jahre in einer Längsschnittstudie die Entwicklung und den Lebenslauf von 698 auf der Insel Kauai geborenen Kindern von der Geburt bis ins Erwachsenenalter. Ziel war die Dokumentierung der Auswirkungen von Geburtsstress und dem Aufwachsen in einer ungünstigen sozialen Umgebung (Armut, alkoholabhänge oder psychiatrisch erkrankte Eltern, Gewalt in der Familie, Misshandlung u.ä.) auf die körperliche, geistige und psychosoziale Entwicklung. Wie nicht anders zu erwarten belegte Emmy Werner den negativen Effekt ungünstiger „Startchancen“ auf den weiteren Lebensverlauf. Die Sensation bestand jedoch darin, dass dies nur für ca. zwei Drittel der benachteiligten Kinder galt. Einem Drittel gelang es, die widrigen Lebensumstände mittels sozialer Unterstützungsangebote zu überwinden und sich trotz extrem belastender Einflüsse eine befriedigende Existenz aufzubauen. Emmy Werner bezeichnete diese Kinder als resilient (Spektrum der Wissenschaften 06/1989; Emmy Werner: Sozialisation – Die Kinder von Kauai).

Resiliente Erwachsene

Die ursprünglich auf Kinder und Jugendliche konzentrierte Resilienzforschung befasst sich inzwischen längst auch mit dem Erwachsenenalter und untersucht die Voraussetzungen und Möglichkeiten einer gelingenden Verarbeitung traumatischer Lebensereignisse und besonderer Belastungssituationen.

Kurz nach Emmy Werner entwickelte der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky das Salutogenesemodell (Salutogenese = Gesundwerdung / Gesunderhaltung) für Erwachsene. Von Interesse sind vor allem zwei Fragen: Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremer Belastung nicht krank werden? Und unter welchen Bedingungen gelingt die Bewältigung traumatischer Erfahrungen im Erwachsenenalter, wie kann sogar Gewinn daraus gezogen werden? Anto-

novsky nennt zunächst die Fähigkeit, Stressoren einen Sinn zu geben. Unweigerlich denkt man dabei an die immer wieder zu hörende Patientenfrage: „Was will die Krankheit mir sagen?“ (vgl. Buchbesprechung Seite 49). Die Sinnzuweisung besteht hier aus einer vermuteten Krankheitsbotschaft, die zu verstehen und in geeigneter Form zu beantworten wäre. Es eröffnet sich auf diese Weise eine Möglichkeit zur Einflussnahme, und im Vertrauen darauf, auch über genügend Ressourcen zur Umsetzung geeigneter Maßnahmen zu verfügen, entsteht ein Gefühl von Selbstwirksamkeit und/oder Kontrollüberzeugung, die Voraussetzung für einen resilienten Umgang mit der Erkrankung. Kurzum: „Ich habe Einflussmöglichkeiten, und diese werden Wirkung zeigen“. Zusätzlich erfolgt der Hinweis auf die Bereitschaft zur Annahme eines belastenden Ereignisses als Herausforderung, zu dessen Bewältigung sich Anstrengung und Engagement lohnen. Wer möchte hier im Fall einer Brustkrebserkrankung widersprechen? (Aaron Antonovsky: Salutogenese - Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dt. Hrsg. Alexa Franke, dgvt-Verlag Tübingen 1997, ISBN 3-87159-136-X)

Die Praxis

Einerseits ist das Erleben von Selbstwirksamkeit bereits von Kindheit und Jugend an für resilientes Verhalten im Erwachsenenalter ideal, andererseits ist Resilienz jedoch keine Fähigkeit, die man einmal erwirbt und weiterhin erfolgreich einsetzt. Sie unterliegt im Verlauf eines Lebens Entwicklungsprozessen, und auch im Erwachsenenalter kann Resilienz erlernt und geübt werden. Aus den frühen Lebensjahren mitgeschleppte Gefühle mangelnden Selbstvertrauens lassen sich durch neue und positive Erfahrungen oft in erheblichem Ausmaß korrigieren. Von besonderer Bedeutung für Erlernen und Training resilienter Verhaltensweisen auch in späteren Jahren sind das Wollen und das Können, wobei das Wollen häufig das Können befördert.

> „Es gibt keine allgemein gültige Resilienzmethode, sondern nur meine ganz persönliche

Dem Wollen geht dabei eine wesentliche und grundlegende persönliche Entscheidung voraus: Möchte ich überhaupt versuchen, durch eigene Maßnahmen, d.h. Selbstarbeit, in meinen Krankheitsverlauf steuernd einzugreifen, oder bevorzuge ich die Fremdarbeit und überlasse mein Wohlergehen der Betreuung durch Behandler und Mitmenschen? Muss ich wirklich Selbstverantwortung übernehmen, oder darf ich mich angesichts einer lebensbedrohlichen Erkrankung auch einmal in „die Betreuung“ fallen lassen? Gelte ich dann als nicht resilient?

Das Wesen resilienten Verhaltens besteht in der Schaffung von Situationen, die entlasten, die Stress mindern und ein „Auskommen mit den Umständen“ ermöglichen. Wer dies in der „Geborgenheit der Betreuung“ erreicht, hat seine persönliche Resilienzquelle „soziales Vertrauen“ gefunden. Die Möglichkeit zu aktiveren resilienten Verhaltensweisen darf nicht zum zusätzlich Stress auslösenden „Resilienzdruck“ nach wissenschaftlich definierten Resilienzkriterien werden. Auch Nichtstun ist eine Option. Wer damit in innerer Ruhe leben kann ist resilient, denn resilientes Verhalten beinhaltet das Auffinden individueller Kraftquellen.

Menschen mit dem Bedürfnis nach aktiverem Verhalten wird die Wahl realistischer persönlicher Ziele und die Überlegung empfohlen, wie diese zu erreichen wären. Dies kann im Zwiegespräch mit sich selbst, im Austausch mit Nahestehenden, in Selbsthilfegruppen oder in psychologisch geführten Gesprächen herausgefunden werden. Über allem steht dabei der Satz: „Es gibt keine allgemein gültige Resilienzmethode, sondern nur meine ganz persönliche“.

Zwar ist es durchaus möglich, sich Anregungen im Austausch mit Mitmenschen zu holen, fruchtbarer könnte jedoch das „Hineinhören in sich selbst“ sein.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Bernhard Leipold – Resilienz im Erwachsenenalter, Ernst Reinhardt Verlag München 2015, ISBN 978-3-8252-451-4

Bin ich resilient?

Selbstbesinnung

VON GERTRUD RUST

Betrachte den Fluss Deines Lebens und erkenne, wie viele Ströme in ihn münden, die Dich nähren und unterstützen“. Diese Anregung, sich auf seine Kraftquellen zu besinnen, stammt von Thich Nhat Hanh, einem buddhistischen Mönch aus Vietnam.

Gerade in der verzweifelten Situation einer Krebserkrankung, in der man sich vielleicht allein wie nie zuvor in seinem Leben fühlt und auch nicht selten der

> „Krebs ist in das Leben eingebrochen, das lässt sich nicht mehr ändern

Eindruck entsteht, es wären sämtliche Möglichkeiten zur Einflussnahme jenseits des Erreichbaren, deutet uns dieser Satz den Horizont an, an dem wieder Licht aufscheinen könnte. Sicher, unwiderlegbar steht fest: Krebs ist in das Leben eingebrochen, das lässt sich nicht mehr ändern. Tatsachen sind durch nichts aus der Welt zu schaffen. Jedoch ist das Korsett nicht so Luft abschnürend, wie es im ersten Augenblick erscheint. Was uns frei steht ist die Art des Umgangs mit diesem Ereignis, wir entscheiden selbst, ob wir uns geschlagen geben oder zu behaupten versuchen. Flüchten oder standhalten? Fliehen können wir nicht, also wäre standhalten die Alternative.

Was hilft uns dabei?

Sicher nicht die Suche nach äußeren Vorbildern, der Blick darauf, wie es die Anderen halten. Zu leicht könnte bei der Beobachtung außergewöhnlich souveräner Mitpatientinnen, die vormittags zur Chemotherapie gehen und nachmittags zur Arbeit, ein Gefühl der Unterlegenheit entstehen, der Eindruck, hier nicht „mithalten“ zu können. Zur Kenntnis nehmen kann man jedoch die prinzipielle Möglichkeit eines unerschrockenen Umgangs mit den Belastungen im Verlauf einer Krebserkrankung. Es kann funktionieren, es würde mir vermutlich gefallen und gut tun, die Frage ist nur, wie komme ich auch dahin, woher nehme ich die Kraft dazu und wer unterstützt mich?

Zu Entmutigung führt oft auch die Beobachtung von Leidensgenossinnen, die allergrößte Mühe haben, ihr seelisches und körperliches Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, so verständlich diese nicht seltene Reaktion auch sein mag. Bisweilen ist zu hören: „Das steht mir also auch bevor“, und die hoffnungsvolle Suche nach Auswegen aus dem Erleben alltäglicher Belastung wird vorschnell aufgegeben. Dennoch ist auch hier das Eingeständnis möglicher Tiefphasen sinnvoll, verbunden mit der Frage, wie sich diese Einbrüche abmildern oder gar vermeiden ließen. Muss ich wirklich auch durch ein Tal der Tränen schreiten, oder gibt es Umwege?

Was kann alles vorkommen? Muss das so sein? Wie soll mein Weg aussehen und welche Möglichkeiten stehen mir zur Verfügung? Die ehrliche Beantwortung dieser Fragen bringt uns bei der Suche nach unseren Resilienzquellen ein gutes Stück voran.

Rückblick

Auch wenn Brustkrebserkrankungen immer öfter bei jüngeren Frauen diagnostiziert werden, so liegt doch der Haupterkrankungszeitpunkt nach wie vor jenseits des sechsten Lebensjahrzehnts. 60 Jahre Lebenserfahrung, 60 Jahre mit wechselnden Höhe- und Tiefpunkten, ein reicher Erlebnisschatz. Dieser Schatz birgt regelmäßig auch Erinnerungen über das Erleben und den Umgang mit Krisensituationen, darüber, welches eigene Verhalten oder welche Art von Unterstützung damals hilfreich waren, was man vermisst hat oder im Rückblick vielleicht lieber anders gestaltet hätte. Auf diesen Einsichten lässt sich aufbauen, das Hilfreiche kann übernommen werden, was man vermisst hat, versucht man nun zu erhalten,

Berührung entspannt den Körper und tröstet die Seele

Bild: Photographee.eu, Fotolia

und das weniger Hilfreiche oder sogar Hinderliche unterlässt man, um sich erneute Enttäuschungen zu ersparen. Kurz gesagt, welches Verhalten hat mir bei der Bewältigung schwerer Lebenssituationen in meinem bisherigen Leben genützt, und worauf kann ich auch nun bei meiner Brustkrebserkrankung zurückgreifen? Jenseits der in Studien ermittelten allgemeinen Erkenntnisse zu resilientem Verhalten ist bei dieser Lebensbesinnung Mut zur Individualität notwendig, zum Bekenntnis des für mich persönlich Machbaren, dazu, womit es mir gut geht und mich nicht überfordert. Nicht die Absolvierung von „Resilienzprogrammen“ ist das Ziel, sondern das behutsame Erforschen der eigenen Kraftquellen. Die in unseren Lebensfluss mündenden Ströme, die uns nähren und stärken, können sich bei verschiedenen Menschen aus den unterschiedlichsten Richtungen nähern, und es gibt keine allgemein verbindlichen Wegweiser. Es zählt allein die Aufrechterhaltung der Lebensbalance und das Vermeiden des Abgleitens in die Hilflosigkeit. Es kann vorkommen, dass sich der Blick auf gelungene Bewältigungsstrategien im Verlauf des Lebens getrübt hat, oder diese durch abwertende Kommentare von Mitmenschen, die angeblich alles viel besser wissen und können, in Frage gestellt werden. Wer sich von diesem Druck überwältigt fühlt, hat die Möglichkeit zur Entlastung bei in der Krisenintervention geschulten Psychologen.

Mut zum Ich

Vor einigen Jahren gab mamazone eine CD mit „Mutmachmärchen für Frauen mit Brustkrebs“ heraus. Neun Märchen in Begleitung einfühlsamer Klaviermusik und dem zentralen Thema: Auswege aus verzweifelten Situationen sind möglich, unerwartet und nicht berechenbar. „Soll Brustkrebs jetzt schon mit Märchen geheilt werden?“, war zu hören. Darum geht es nicht. Diese CD wird seit ihrem Erscheinen regelmäßig von Patientinnen angefordert - die Mutmachmärchen scheinen also ihren Auftrag zu erfüllen. Nicht nur in Form von Hoffnungsvermittlung und damit einem Beitrag zur Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität, sondern auch durch die Begleitmusik. Denn längst belegen Studien die Entstehung emotionaler Reaktionen durch das Hören von Musik, die gefällt. Die Stimmung hellt sich auf, begleitet von kognitiven Prozessen (Denkvorgängen), die u.a. auch die Orientierung, das Problemlösen und die Kreativität zum Inhalt haben. Resilienzquellen mit besonderer Bedeutung für eine gelingende Anpassung an belastende Situationen. Es gibt auch zahlreiche „Healing Songs“, die zwar Brustkrebs nicht heilen, aber zu unserer seelischen Entspannung beitragen können. Wem Mutmachmärchen mit Musik gut tun, wer dadurch zur Ruhe kommen kann, sollte sie hören, egal, wer die Nase rümpft.

Als Resilienzquellen gelten auch Zuwendung und soziale Unterstützung in menschlichen Beziehungen, wenn wir darauf zurück greifen können. Nicht immer ist das der Fall. Wir alle kennen „Freunde“, die sich von Krebserkrankten zurückziehen, weil **sie** das Elend nicht aushalten. Tröstende Hände sind jedoch auch auf andere Weise spürbar. Ayurvedische Ganzkörperölmassagen seien hier genannt. Wohltuende Berührungen, das ruhige gleichmäßige Streichen von Händen über den Körper, auch wenn es fremde Hände sind, entspannt die Muskulatur, Verkrampfungen lösen sich, nicht nur auf körperlicher Ebene. Ein entspanntes Körpergefühl hat dabei gerade im Krankheitsfall eine besondere Bedeutung. Die erlebte Entspannung bildet ein Gegengewicht zur krankheitsbedingten Anspannung, und in entspanntem Zustand treten Ängste in den Hintergrund. Entspannung heilt nicht Brustkrebs, aber sie senkt das Stressniveau und erleichtert dadurch dem Immunsystem seine Arbeit.

Spiritualität, Gottvertrauen, der Glaube an gute Mächte, ein Gefühl des eingebettet Seins in größere, der Ratio nicht zugängliche Zusammenhänge, werden oft zur Kraftquelle, wenn Lebenspläne und Lebensziele der Krankheitssituation angepasst werden müssen. Hier eine Haltung zu entwickeln, die ein Leben in innerer Versöhnung mit dem Lebenslauf ermöglicht, bedeutet Resilienzkunst. Vor einiger Zeit verstarb Roger Willemsen, ein überaus aktiver und dem Leben zugewandter Freigeist. Das Zeitmagazin zeigte ihn mit Köfferchen an der Himmelspforte und einem amüsierten Lächeln in die Runde alter Bekannter, die schon vor ihm angekommen waren. Man trifft sich.

Wenn es mir gelingt, einen für mich persönlich passenden Weg zu finden, der meine Angst mildert, Stressempfindungen auf ein erträgliches Maß beschränkt und mir Lebensmut vermittelt, dann bin ich resilient. Dabei ist alles möglich, auch das Unmögliche.

Resilienzquellen

Was hat mich stark gemacht?

VON ELISABETH BRÜNSTLER

Ein deutlich spürbarer Knoten in der Brust, so fing es an. Knoten in der Brust, das bedeutet nichts Gutes, Angst kam hoch, mir wurde heiß. Ganz bestimmt kein Brustkrebs, meinte mein Gynäkologe, aber zu Ihrer Beruhigung gehen Sie zu einer Ultraschallspezialistin. Der spürbare Knoten war auch kein Brustkrebs, sondern eine Fettgeschwulst. Brustkrebs hatte sich an einer anderen Stelle gebildet, in der Mammographie unsichtbar, nicht tastbar, im Ultraschall jedoch deutlich zu sehen. Ein Zufallsbefund, der ohne Anlass zu einer Ultraschalluntersuchung zunächst unentdeckt geblieben wäre. Die biopsierende Ärztin meinte: „Wir schicken das jetzt ein, manchmal sind ja die verrücktesten Dinge möglich“. Gemeint war wohl, die Gewebeentnahme könne vielleicht doch noch Entwarnung geben. Mein Empfinden war nicht so hoffnungsvoll, ich spürte, da kommt etwas auf mich zu. Was, das war mir klar. Und sofort stieg der Gedanke auf: Krebs gleich Tod, das geht jetzt aber nicht, ich war 48 und hatte Familie, zwei halbwüchsige Söhne und einen besorgten Ehemann. Ich kann mich doch jetzt nicht einfach aus dem Staub machen und meine Familie im Stich lassen, Schuldgefühle entstanden, paradox, aber real. Da es nicht meine Art war und ist, klein beizugeben, wollte ich zunächst wissen, was da nun eigentlich in meinem Körper geschieht.

Lesen, lesen, lesen

Das Buch von Lilo Berg: Brustkrebs - Wissen gegen Angst, war meine erste Informationsquelle. Noch vor der endgültigen Diagnose hatte ich es durchgelesen und wusste damit bereits: Eine Brustkrebserkrankung bedeutet nicht den unmittelbaren Tod, es gibt vielfältige Therapiemöglichkeiten, und es bestehen berechtigte Aussichten auf noch viele Jahre Lebenszeit - erster Trost, Ohnmachtsgefühle milderten sich. Zum Diagnosegespräch nahm ich das Buch mit und legte es sichtbar vor mich. „Ah, Sie wissen bereits Bescheid“, hieß es und: „Es liegt ein echter Frühbefund vor“. Zweiter Trost. Die Anfangspanik ließ nach, denn bei Lilo Berg stand, Frühbefunde böten beste Heilungschancen. Die gedankliche Verbindung von Krebs und möglicher Heilung, völlig konträr zu meinen ersten Empfindungen, ließen die unerschütterliche Absicht entstehen: „Ich möchte zu den Überlebenden gehören, ich unternehme alles, was dazu beitragen kann“. Das hieß auch, die Brustamputation zu akzeptieren, denn im Verlauf der Operation wurde ein weiträumiger Befall des Drüsenkörpers mit mehreren Tumorherden und einem DCIS (duktales Karzinom im Vorstadium) entdeckt. Wollte ich abwarten, ob sich dieses Vorstadium zu einem „Hauptstadium“ weiter entwickelt? Nachsorgestress pur? Nein, also Abschied von der Brust. „Du brauchst sie doch nicht mehr“, meinte eine Freundin, „die Stillzeit ist vorbei“. Richtig, und mein Selbstwertgefühl als Frau hing nun wirklich nicht von einer runden Brust ab. Überleben schlägt Busen. Die nachfolgende Chemotherapie absolvierte ich ohne größere Probleme in dem Bewusstsein, dass mein Überleben damit in greifbare Nähe rücken könnte. Mit Nebenwirkungen habe ich mich nicht befasst, sie waren für mich unvermeidlicher Therapiebestandteil. Dieser Vernunft gesteuerte Umgang half mir sehr, Bedrohungsgefühle in Schach zu halten, jedoch gab es auch schwer zu bewältigende Phasen der Niedergeschlagenheit und des Zweifels.

Musik tröstet

Noch heute steigen Tränen auf, wenn ich mir die Sinfonie Nr. 9 von Antonin Dvorák „Aus der neuen Welt“ anhöre. Ich kenne kein anderes Musikstück, in dem ich mich mit meiner Krankheitssituation derart wiederfinde und das mir so viel Trost spendet. Es beginnt schwermütig, ich warte auf die Diagnose, es folgt ein Paukenschlag, sie ist da. Übergang zu

mitreißenden lebhaften Klängen, das Orchester spielt, die Bläser geben ihr Bestes, Knochenszintigramm, CT-Untersuchungen, 1. OP, 2. OP, Chemotherapie, alles geschäftig, voller Plan. Die Musik als Spiegel der Dramatik. Dann beginnt die Nachsorge, man fühlt sich plötzlich allein gelassen, das Nachsorgeloch ist da. Verunsicherung und Zweifel tauchen auf. Traurige Melodien, klagende Töne, Musik als Lautmalerei. Und am Ende dieser getragenen Klangfolgen setzen wieder helle, heitere, fröhliche Klänge ein, ich fühle mich dabei, als ob meine Seele gestreichelt würde, als ob ich hörte, es geht weiter, es geht wieder bergauf, verlier` nicht den Mut, es wird sich zum Guten fügen. Die leise Harmonie dieser Abschnitte nach vorausgehender Dramatik baut mich in einem Ausmaß auf, wie ich es durch kein noch so mitfühlendes Gespräch erreichen könnte. Der Gegensatz zwischen Hoffnung und Traurigkeit ist in der „Neuen Welt“ von Antonin Dvorák anrührend zu hören: „Pauken und Trompeten“ wechseln mehrfach mit weichen Flöten und Streichern ab, ein Hin und Her, ein Auf und Ab, wie im Verlauf einer Krebserkrankung. Das letzte Wort, oder besser den letzten Klang, haben dabei die Zuversicht und Mut spendenden Töne. Am Ende einige kraftvolle Paukenschläge, für mich bedeuten sie: Ja, ich schaff`s, ich habe Kraft, und ich nütze sie. Ich werde mich in der „Neuen Welt“ zurechtfinden.

Körperübungen

Sportliche Betätigung, so hören wir regelmäßig, senkt die Rückfallraten. Soweit die Statistik. Ich weiß das, aber mich interessiert etwas Anderes. Was ist eigentlich mit diesem krebskranken Körper noch machbar? Wie komme ich zu Eindrücken, die mir zeigen: Eigentlich funktioniert ja alles trotzdem noch ganz passabel. Zwischen Diagnose und Operation noch eine Woche Skifahren, das kannst Du doch gar nicht genießen, hieß es. Das Gegenteil war der Fall. Auch mit Krebs im Leib empfand ich Sonne und Schnee als erholsam und stellte vor allem fest: Die Skier gehorchen mir noch und schwingen wie früher, so schlimm kann`s also nicht um mich bestellt sein.

Auch Radfahren war mir eine gute Hilfe. Während der Chemotherapie wollte ich die sonntäglichen familiären Radtouren nicht ausfallen lassen und siehe da, es hat funktioniert. Natürlich ohne Bergetappen, aber das Erlebnis, Radwandern geht noch, die Räder rollen, ich kann sie in Schwung halten, hat mich sehr beruhigt. Einmal kam mir mein Operateur entgegen, zunächst ganz verdutzt, die Chemopatientin auf dem Rad zu sehen, aber dann recht freundlich grüßend.

Gleichermaßen körperlich wie psychisch aufbauend waren und sind für mich regelmäßige Tai Chi Übungen in einer Gruppe, angeleitet von Chinesinnen. Den Geist zur Ruhe kommen lassen, den Körper harmonisieren durch Konzentration in der Bewegung, die Energie fließen lassen, das ist Tai Chi. Jedem Kurs gehen ausgiebige Dehnübungen voraus, gut, um beweglich zu bleiben. Tai Chi Chuan ist eine meditative Umformung chinesischer Kampfkünste, die Bewegungen sind langsam und fließend, aber gezielt und erfordern höchste Konzentration, verbunden mit einer genau angepassten Atemtechnik. Es geht im Prinzip darum, den „Gegner mit den eigenen Waffen zu schlagen“. Nähert sich ein Angreifer mit hoher Energie, gilt es, diese Energie aufzunehmen und umzulenken. Je höher die Energie des Angreifers, desto effektiver die Umlenkung. Die Energie des Gegners wirkt damit auf ihn selbst zurück. Eine für mich faszinierende Denkweise. Den Affen abwehren, den Tiger bändigen, im Schwertkampf einer plötzlich aus dem Gras auftauchenden Giftschlange den Kopf abschlagen, Tai Chi Bilder, die für mich eine ganz besondere Bedeutung angenommen haben.

Der Duft von Bäumen

Seit meiner Kindheit ist ein Aufenthalt im Wald für mich mit Ruhe und Frieden verbunden. Ich nähere mich, trete ein, rieche Bäume, und die Alltagslast fällt von mir ab. Der Übergang in den Wald wirkt auf mich wie das Überschreiten einer Grenze von laut nach leise. Statt Autolärm Vogelstimmen, statt Arbeitsgeräuschen das Rauschen der Bäume im Wind, statt durchqueren städtischer Betonwüsten Geborgenheit unter einem Blätterdach. Ruhe, nichts als Ruhe. Und im Herbst sammele ich Pilze, brate sie in Butter – und hoffe, dass kein giftiger darunter ist, der mir dann statt des Krebses zu einem vorzeitigen Ableben verhilft. Damit sorge ich aus eigener Kraft für etwas Gesundes, was mich zweifach stärkt.

Resilienzhilfen

Die Chancen einer Reha

VON GERTRUD RUST

Nein, in die Reha will ich nicht“, hört man gar nicht so selten. „Da sitzen doch nur Krebspatienten aufeinander und jammern sich was vor. Das zieht mich noch mehr runter“, so die Begründung. Auch über Selbsthilfegruppen wird bisweilen so gesprochen - ein grundlegendes Missverständnis.

Eine „Reha“ gilt als Anschlussheilbehandlung, ist somit eine Heilbehandlung im Anschluss an die Akuttherapie und vermittelt damit eine Hoffnung spendende Perspektive. Angestrebt wird die Sicherung des Therapieerfolgs und die Wiederherstellung eines „Normalzustands“. Man erfährt Hilfe bei der „Rückkehr in das Leben“, erhält Informationen über berufliche Wiedereingliederungsmöglichkeiten und Anregungen für eine gesunde Lebensführung zur Rückfallvermeidung. Im Sinn eines resilienten Umgangs mit der Erkrankung werden Wege zur Aufrechterhaltung der Lebensbalance vorgestellt, des Gleichgewichts zwischen äußerer Anforderung und eigenem Leistungsvermögen. Zu Beginn wird unter Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse ein individuell passendes Programm ausgewählt, und der erste Schritt zur Resilienz ist getan: Ich wähle, was mir gut tut. Es stimmt, man wird andere Krebspatienten treffen, aber wohl niemand möchte drei bis vier Wochen im Jammertal wandern.

Fürsorge

Nach der Erschütterung über die Diagnose und den Belastungen durch die Akuttherapie kann es erleichternd sein, sich nicht sofort wieder um die Alltagsversorgung kümmern zu müssen. Die Zeit der Anschlussheilbehandlung dient auch zum Durchatmen, zur Besinnung, Neuorientierung und zur Erholung von den zurückliegenden Strapazen. In einer guten Reha-Klinik ist ein ehrliches Bemühen um das Wohlergehen der Patienten zu spüren, es ist für alles gesorgt. Die einzige „Pflicht“ besteht in der Annahme therapeutischer Angebote. Diese sind vielfältig und decken unterschiedlichste Bedürfnisse ab: Es gibt Neues zu entdecken, man kann auf Vertrautes zurückgreifen, so, wie es gut tut.

Körperliches

Regelmäßig werden in Reha-Kliniken Physiotherapie, Bewegungs- und Sporttherapie angeboten. Neben Lymphtherapie, medizinischen Bädern und Wärmetherapie lernt man auch verschiedene Arten von Massagen kennen, und wer einmal nach einer Fußreflexzonenmassage wie auf Wolken gegangen ist, wird später vielleicht gerne darauf zurückkommen.

Die Wahrnehmung der allmählichen Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit in der Bewegungstherapie vermittelt das Gefühl: Es geht bergauf. Das Körperbild verbessert sich, und man kann sich seinem Körper wieder vertrauensvoll zuwenden. Chronische Erschöpfung und Müdigkeit lassen nach, und das Erlebnis wiedergefundener körperlicher Kräfte löst oft auch seelische Blockaden.

Dass Sport in erheblichem Ausmaß die Rückfallraten senkt, ist inzwischen allgemein anerkannt. Die Angebote reichen von Sporttherapiegruppen mit unterschiedlichem Leistungsniveau über Lauf- und Ergometertraining bis zu angeleitetem Walking. Das Nordic Walking gilt als eine der gesündesten Sportarten überhaupt, regt den Stoffwechsel an und stärkt Muskeln und Knochen. In manchen Kliniken gehört auch die Einführung in fernöstliche Körperübungen wie Tai Chi und Qui Gong zum Programm. Verbunden mit Atemübungen entfalten sie eine ganzheitliche Wirkung auf Körper, Geist und Seele, stärken die Lebensenergie und tragen zu innerer Ruhe bei.

Fester Baustein einer Anschlussheilbehandlung ist ebenfalls die Ernährungsmedizin, denn Ernährungs- und Stoffwechselfaktoren werden längst als bedeutende Einflussgrößen im Krebsgeschehen wahrgenommen. In der Ernährungsberatung geht es jedoch nicht um Krebs heilende Wunderdiäten, sondern es werden Basiskenntnisse zu gesunder und vollwertiger Ernährung vermittelt. Welche Bestandteile enthält gesunde Nahrung, welche Sorten aus der Vielzahl von Ölen und Fetten wären zu bevorzugen, Weißmehl oder Vollkorn, Zuckerkonsum, offen und versteckt, mehr Grünzeug, weniger Fleisch und wenn Fleisch, dann welches? Sind Nahrungsergänzungen sinnvoll? Zu all` diesen Fragen und vielen mehr erhält man Anregungen, die problemlos im häuslichen Alltag umsetzbar sind. Eine persönliche Ernährungsdia-

gnostik, die Ernährungsberatung und die Ernährungstherapie bieten überdies wertvolle Orientierungshilfen im Dschungel des unübersichtlichen Ernährungsratgebermarktes. Und man kann gesunde Ernährung direkt genießen, denn die theoretischen Erkenntnisse werden in den Speiseplänen der Reha-Kliniken konkret umgesetzt.

Seelisches

Breiten Raum nehmen auch die psychoonkologischen Angebote ein. Aufgabe der Psychoonkologie ist die Hilfestellung bei der Bewältigung körperlicher, seelischer und sozialer Krankheitsfolgen (bio-psycho-soziales Krankheitsmodell). Anleitung zur Stressbewältigung (Coping) und Entspannung, Auffinden persönlicher Kraftquellen (Salutogenese) und die Bewusstmachung von Körper-Seele-Zusammenhängen (Psychoneuroimmunologie) sind die grundlegenden Aspekte psychoonkologischer Betreuung. Neben psychoonkologisch geleiteten Einzelgesprächen zur Unterstützung in der individuellen Situation kann auch an Gesprächsgruppen für Brustkrebspatientinnen teilgenommen werden. Diese Gesprächskreise vermitteln oft tröstliche und aufbauende Erlebnisse, besonders beim Austausch mit Mut und Zuversicht ausstrahlenden Patientinnen.

Ein wesentliches Teilgebiet der psychoonkologischen Betreuung stellen die künstlerischen Therapien dar. Hier geht es um emotionale Entfaltung durch Ausdruck auf kreative Art und Weise, wobei man ganz neue Eindrücke von sich selbst gewinnen kann. Im selbstvergessenen Malen oder Plastizieren, ohne Leistungs- und Formaliendruck, können Dinge zutage treten, die man bei sich nicht vermutet

> „Und wer möchte das nicht, die Dinge in der Hand halten?

hat, jetzt aber „in der Hand hält“, nicht nur konkret, sondern auch im übertragenen Sinn. Und wer möchte das nicht, die Dinge in der Hand halten?

Die Poesie- und Bibliotherapie geht von einer Heilkraft der Sprache durch das Lesen beruhigender und aufbauender Literatur aus, oder durch das Schreiben eigener Texte. Im Schreiben soll sich ein Zugang zu Erlebnissen, Phantasien, Ängsten oder anderen Beschwerden eröffnen, die damit fassbar werden. Die Dinge sind nun „niedergelegt“, vielleicht sogar abgelegt? In der Musiktherapie „erhebt man seine Stimme“, muss das vielleicht geübt werden? Im Chorsingen erlebt man „Einklang“, eine wohltuende Erfahrung, und beim Singen eines Kanons findet man sich am Ende nach „verschiedenen Wegstrecken“ erneut in der Gemeinschaft wieder. Empfindungen mit tiefgründiger Bedeutung sind so möglich. Nach einer Stunde Chorsingen waren in Speichelproben die Stresswerte erniedrigt (Cortisol u.a.) und die Immunwerte erhöht (Zytokine). In der Tanztherapie, im leistungsfreien Wiegen des Körpers zur Musik, harmonisiert sich durch das Erspüren positiver Anteile die Körperwahrnehmung und verbessert das Körperempfinden.

Nach drei, manchmal vier viel zu schnell vergangenen Wochen Anschlussheilbehandlung nimmt man dennoch mit einer reichhaltigen Auswahl möglicher Resilienzquellen Abschied.

Vor der Wahl einer Reha-Klinik empfiehlt sich die Information über die einzelnen Angebote, denn diese können in geringem Umfang variieren.

Sich mit Farben ausdrücken
Bild: vetre, Fotolia

ANZEIGE

Diagnose Brustkrebs
Rehabilitationsleistungen helfen

In unseren Reha-Zentren sind Sie gut aufgehoben:
→ Utersum auf Föhr
→ Ückeritz - Klinik Ostseeblick
→ Bad Homburg - Klinik Wingertsberg
→ Bad Nauheim - Klinik Taunus
→ Todtmoos - Klinik Wehrawald

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

Deutsche Rentenversicherung Bund

Jede Frau ist anders

Der Brustkrebs-Schock und seine Bewältigung

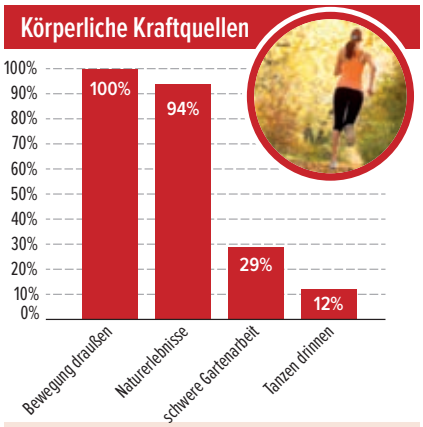
VON ULLI KAPPLER UND MAMAZONE REGIONALGRUPPE MÜNCHEN

Eine neue Zytostatika-Kombination verspricht verbesserte Überlebenschancen. Eine Switch-Therapie von Tamoxifen und Aromatasehemmern zeigt größere Heilungschancen. Eine Magnetresonanztomografie ist bei dichtem Brustgewebe genauer als eine Mammografie. Über diese und andere Fortschritte in der Brustkrebstherapie sind wir meistens schnell informiert – und werden entsprechend therapiert. Wenig erfahren wir hingegen von den Möglichkeiten, persönliche Quellen zu entdecken, die unsere Heilung unterstützen und unsere Seele nach dem Schock in Balance bringen.

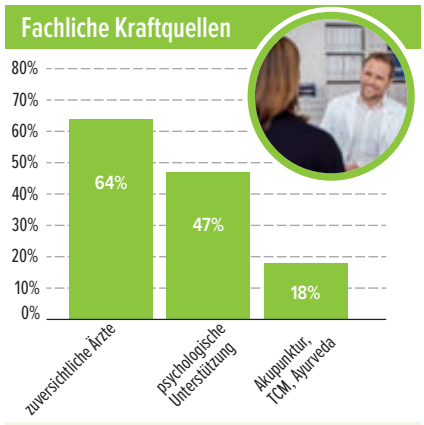
Jeder Mensch bringt etwas mit, das nur ihm eigen ist, jeder Mensch geht mit dramatischen Ereignissen anders um. Was hat ein Mensch, der Krisen meistert, vielleicht sogar an ihnen wächst? Welche Hilfsmittel stehen ihm zur Verfügung, was unterscheidet ihn von anderen? Das untersucht die Resilienzforschung.

Kraftquellen-Suche

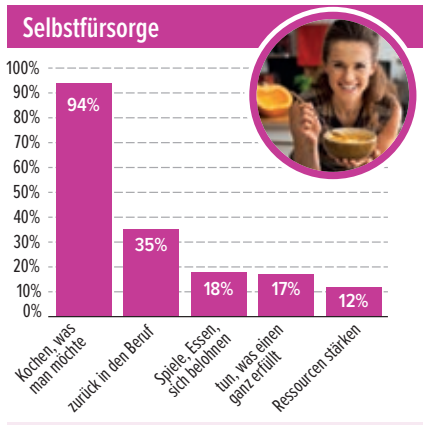
Gibt es, so fragten wir uns in unserer Regionalgruppe, eine allgemeingültige Strategie, die grundsätzlich zur Bewältigung



Interessant ist hier die Bedeutung der Natur als Kraftquelle. Ob Nordic Walking, Spaziergänge oder schwere Gartenarbeit, wichtig war, den eigenen Rhythmus zu spüren, durchzuatmen, vielleicht alte Bäume zu umarmen, Vögeln zuzuhören und so Ruhe zu finden.



Diese Grafik zeigt deutlich, wie wichtig zuversichtliche Ärzte sind. Jedes „Ich bin sicher, Sie schaffen das“ lässt die Hoffnung wachsen, so wie jedes bedenkliche Stirnrunzeln als Katastrophe interpretiert wird. Das sollten Ärzte wissen, bevor sie uns mit dem Satz „Das sieht nicht gut aus“ konfrontieren.



Dass 94 Prozent der Frauen die Befriedigung eigener Bedürfnisse für eine große Kraftquelle halten, also das zu tun, was man immer schon tun wollte, zeigt, dass die Selbstfürsorge vor der Erkrankung offensichtlich keinen großen Stellenwert hatte, was dringend geändert werden musste.

einschneidender Krisen wie eine Brustkrebserkrankung taugt? Vielleicht sogar ein Patentrezept? Die Antwort lautet: Nein. Keine allgemeingültige Strategie, kein Patentrezept. So unterschiedlich wie die Signatur unserer Brusttumore, so unterschiedlich und vielschichtig sind auch die persönlichen „Helfer in der Not“.

Unter 17 Frauen unserer Gruppe (Alter zwischen 45 und 72 Jahren) starteten wir im September 2016 eine Umfrage, in der alles, was jeder einzelnen Frau auf ihrem Weg seit der Diagnose Kraft gab oder noch gibt, benannt werden sollte.

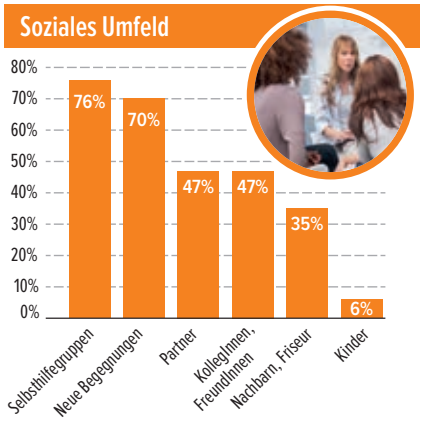
„Resilienz ist erlern- und trainierbar

Es entstand eine Momentaufnahme reichhaltiger ‚Stärkungsmittel‘ - die natürlich jederzeit individuell ergänzt oder verworfen werden können. Die Aussage, dass es keine allgemeingültige Bewältigungs-Strategie gibt, liegt an der sehr persönlichen Zusammenstellung einzelner Kraftquellen. Eine Patientin, die Kraft aus der ‚Bewegung draußen‘ (Körperliche Kraftquellen) schöpft, muss nicht gleichzeitig Kraft aus der ‚Akupunktur‘ (Fachliche Kraftquellen) schöpfen.

Fazit:

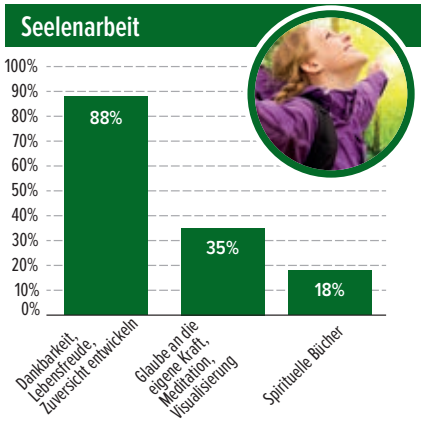
Resilienz, also persönliche Kraftquellen finden und nutzen können, ist sowohl eine spezielle Persönlichkeitseigenschaft, als auch ein Prozess der erfolgreichen Bewältigung extremer Krisen. Forscher sagen: Resilienz ist erlern- und trainierbar. Uns interessierten in der Umfrage weniger die persönlichen Voraussetzungen, als vielmehr das WIE der individuellen Bewältigung. Da das Leben nie vorhersehbar ist, lassen sich auch keine allgemeingültigen Strategien formulieren, die immer zum Erfolg führen. Möglichkeiten, die man speziell für sich auswählt, um den Schock besser zu meistern und seine Gesundung aktiv zu unterstützen, lassen ein erfülltes Leben aber wieder in greifbare Nähe rücken.

Soziales Umfeld



Ein gutes soziales Umfeld wird in allen Studien als DIE unterstützende Kraft schlechthin genannt. In unserer Umfrage stellte sich heraus, dass Selbsthilfegruppen einen hohen Stellenwert haben. In diesem Fall ist die Erklärung einfach: Alle Befragten kommen mehr oder weniger regelmäßig zu unseren Treffen. Würde ihnen das keine Kraft geben, blieben sie zu Hause. Aufbauend für die Frauen ist dabei nicht nur die Wissenserweiterung, sondern vor allem der Austausch mit anderen Betroffenen – zu sehen, ich bin nicht alleine, zu hören, die physischen und psychischen Einschränkungen gehen vorbei und ich kann wieder gesund werden. Wohltuend sind auch echtes Interesse und Aufmerksamkeit.

Seelenarbeit

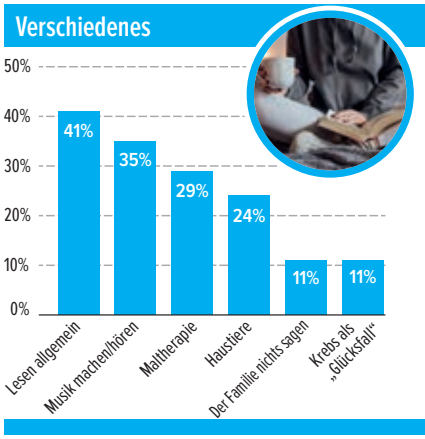


Die Seele in Balance zu bringen ist wohl die persönlichste und vielleicht auch schwierigste Aufgabe, die sich nach der Diagnose stellt. Wie kann ich Dankbarkeit und Lebensfreude entwickeln in einer derart bedrohlichen Situation?

Dennoch halten 15 von 17 Frauen dies für möglich – und für nötig, um nicht in einem Loch aus Hoffnungslosigkeit zu versinken. Dazu dienen die anderen Kraftquellen: die sensiblen Freundinnen und Freunde, für deren Anteilnahme ich dankbar sein kann, der kleine Spaziergang, der mich froh macht, der optimistische Arzt, der mir Zuversicht vermittelt, die Meditation, die mich ruhiger werden lässt.

Es sind jetzt die kleinen Dinge, auf die ich meine Aufmerksamkeit richte.

Verschiedenes



Der Krebs als „Glücksfall“ ist der erstaunlichste Aspekt in dieser Grafik. Aber auch das gibt es, weil der Krebs mir vor Augen führt, wie endlich mein Leben ist. Weil er mir klar macht, dass ich JETZT ändern muss, womit ich schon lange nicht mehr zufrieden bin. Und das kann eine enorme Kraft freisetzen.

Zur Interpretation der Grafiken: Wenn alle 17 Frauen Kraft in der ‚Bewegung draußen‘ gefunden haben, entsprach das 100 Prozent. Alle anderen Angaben wurden entsprechend umgerechnet.

Allein gelassen

Sexualität bei Brustkrebs

VON GERTRUD RUST

Das ist nun mal so, da müssen Sie jetzt eben durch“, lautete die lakonische Antwort eines behandelnden Arztes an seine Rat und Hilfe suchende Patientin. Sie war noch vor den Wechseljahren an einem östrogenrezeptorpositiven Brustkrebs erkrankt, unterzog sich einer Antihormontherapie und litt unter den am meisten tabuisierten Therapienebenwirkungen: der Vaginalatrophie und dem Libidoverlust. Obwohl 75 Prozent der Brustkrebspatientinnen an einem hormonaktiven Tumor erkranken, werden diese Nebenwirkungen nicht nur häufig verschwiegen, sondern auch die Hilfeangebote sind spärlich. In der Folge sinkt die Compliance (Therapietreue) dramatisch: In den ersten Jahren der Antihormontherapie brechen mehr als ein Drittel der Brustkrebspatientinnen trotz erheblicher Überlebensrisiken die Therapie ab (Vortrag Prof. Dr. Leo Auerbach, Brustambulanz AKH Wien: Antihormonelle Therapie: Compliance und Alternativen, 46. Fortbildungstagung für Gynäkologie und Geburtshilfe, 04.02.2014 in Obergurgl /Österreich, Vortrag über die Redaktion erhältlich).

Die ASORS

Die Arbeitsgemeinschaft Supportive (unterstützende) Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (www.onkosupport.de/asors/content/index_ger.html) wählte zehn Bereiche aus dem Katalog möglicher Nebenwirkungen von Krebstherapien und erarbeitete eine S3-Leitlinie zur Unterstützung und Erhaltung der Lebensqualität. Schwerwiegende Probleme wurden aufgegriffen, auch die Paravasate (Übertritt von Chemotherapielösungen in gesundes Gewebe) sind enthalten, die jedoch nur in 0,1- 6,5% der Fälle auftreten. Die regelhaft auftretenden Nebenwirkungen einer Antihormontherapie fehlen. Diese tauchen lediglich unter „Ossäre Komplikationen“ als Auslöser einer Osteoporose auf. Man habe nicht alle Themen berücksichtigen können, eine Ausweitung des Themenspektrums wäre zu ambitioniert gewesen: www.s3supportiv.de. Die Konsultationsfassung (vorläufig, nicht endgültig) ist einsehbar unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Supportive-Therapie.95.0.html.

In der Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms gilt eine optimale supportive Begleittherapie als systemischer Bestandteil onkologischer Therapien. Auch sollten alle Patientinnen über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden und Prophylaxemaßnahmen angeboten bekommen. Sogar auf die Versorgung mit Perücken wird hingewiesen. Was man jedoch vergeblich sucht, sind Vorschläge zur Linderung wesentlich leidvollerer Zustände als einer Glatze: Lust tötende Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, bisweilen mit nachfolgenden Blutungen, wenn man es dennoch versucht. Viagra für Frauen hilft da auch nicht weiter, ebenso wenig der ärztliche Rat: „Pflegen Sie Ihre Vagina wie Ihre Gesichtshaut“, denn dem stehen gewisse „Zugriffsprobleme“ entgegen.

Was passiert eigentlich genau?

Ein sehr gut verständlicher Vortrag von Dr. Katrin Schaudig, Praxis für gynäkologische Endokrinologie Hormone in Hamburg, ist einsehbar unter www.menopause-gesellschaft.de/mpg/downloads/7_Vaginalatrophie%20und%20Harninkontinenz.pdf. Das Thema: Therapie der vaginalen Atrophie und Harninkontinenz. Typische Hormonmangelerscheinungen, ob alters- oder therapiebedingt, sind ein Rückgang der Menge des Vaginalsekrets, der Verlust der vaginalen Schleimhautfalten und nach etwa 2 bis 3 Jahren ein Dünnerwerden des Epithels, einer die Vagina auskleidenden Zellschicht mit einem hohen Gehalt an elastischen Fasern. Wie diese Zellschicht vor und nach Östrogenmangel aussieht ist in zwei Bildern gegenüber gestellt. Aus voluminösen feuchten weichen Schleim-

hautfalten wird Schleifpapier - das drängt sich beim Betrachten auf. Als Folgen sind u.a. vaginale Trockenheit, Brennen, Jucken, verminderte genitale Erregung und Dyspareunie (schmerzhafter Geschlechtsverkehr) genannt. „Sex ist praktisch nicht mehr möglich, schon der Gedanke daran tut mir weh“, so das Zitat einer Patientin.

Für nicht an Brustkrebs erkrankte Frauen stehen systemische und lokale Hormonersatztherapien zur Verfügung, bei Mammakarzinompatientinnen spricht Schaudig von kritischen ungelösten Fragen: Einfluss einer lokalen Östriolgabe auf das Mammakarzinomrisiko, Ausmaß des systemischen Effekts bei vaginaler Anwendung und Beeinflussung des Wachstums von Brustkrebszellen durch Östriol. Studiendaten fehlen (www.deutsche-apothekerzeitung.de, Ausgabe 32/2012: Estrogen-haltige Vaginalcreme nach Brustkrebs.) Über hormonfreie Alternativen informiert die Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr Heidelberg (www.biokrebs.de) in ihrer Broschüre: Brustkrebs ganzheitlich behandeln.

Liegt es etwa an uns?

An der 36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie 2016 in Dresden, die unter dem Motto stand ‚Zusammen Brustkrebs klug behandeln‘, referierte Prof. Dr. Dietmar Richter aus Bad Säckingen, Facharzt für Frauenheilkunde, zum Thema „Wenn Liebe weh tut: Sexualität nach Mammakarzinom“. Dabei konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, sexuelle Probleme seien bei Frauen unter Antihormontherapie vorwiegend psychischer Natur. Das Erleben von Sexualität sei schon bei Gesunden manchmal schwierig, so Richter, umso mehr bei Brustkrebspatientinnen. Eine gute körperliche Verfassung und Angstfreiheit seien die Voraussetzungen für gutes Erleben. Stimmt. Und beides läge bei Brustkrebspatientinnen nicht vor. Stimmt auch. Was also tun? Eine Sexualpaartherapie wurde angeraten, um die „Luststörung“ durch Behandlung zugrunde liegender Lebensängste und Depressionen positiv zu beeinflussen und die infolge der Brustkrebserkrankung gestörte weibliche Identität wieder herzustellen. Das ist sicher gelegentlich der Fall, jedoch darf vermutet werden, dass sich eine Libidostörung mit Vaginalatrophie und schmerzhaftem Geschlechtsverkehr, hervorgerufen durch radikalen Hormonentzug, damit nicht nachhaltig beeinflussen lässt. Denn die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr entstehen hier nicht durch eine gestörte weibliche Identität, sondern sind Nebenwirkungen einer Hormonblockade!

ANZEIGE

Die Vaginalschleimhaut mit EvaLife Creme schützen!

EvaLife Creme 30 ml - AVP 25,99 EUR

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

- entzündungshemmend
- schmerzlindernd
- juckreizlindernd

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

Mehr Informationen unter: www.againlife.de/evalife

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

Verwirrende Vielfalt?

Gentests im Vergleich

7 FRAGEN VON GERTRUD RUST AN DR. RER. NAT. RALPH M. WIRTZ

Viele Brustkrebspatientinnen setzen in Multigentests größte Hoffnungen, da sie eine wertvolle Entscheidungshilfe für oder gegen den Einsatz einer adjuvanten Chemotherapie bieten. Mamazone befragte Dr. Ralph M. Wirtz von der Stratifyer Molecular Pathology GmbH in Köln zu den verschiedenen Angeboten.

mamazone: *EndoPredict, MammaPrint, OncoType DX und Prosigna sind die derzeit meist angebotenen Multigentests. Was haben sie gemeinsam, wodurch unterscheiden sie sich?*

Dr. Wirtz: Bei allen vier Multigentests handelt es sich um rein „prognostische" Gentests, die in einer (vergleichsweise kleinen) Subgruppe von hormonrezeptorpositiven Tumoren mit mittlerer Zellteilungsaktivität eine Risikoabschätzung erlauben. Dabei untersuchen alle vier Gentests zwar recht unterschiedliche Gene, aber im Wesentlichen die zwei gleichen biologischen Motive: Zellteilungsaktivität und Östrogenrezeptorstatus.

Antworten darauf, ob etwa eine Chemotherapie hilfreich ist und wenn ja welche, liefern diese Gentests nicht. Dies zeigen die vor kurzem erstmals publizierten Ergebnisse der prospektiven (vorausschauenden) MINDACT-Studie. Die Frage war, ob Patientinnen mit genomisch hohem Risiko (nach MammaPrint) und klinisch niedrigem Risiko durch Gabe einer Chemotherapie einen Überlebensvorteil haben könnten. Die Ergebnisse enttäuschten, da sich in dieser Studie keinerlei Überlebensvorteil durch diese Art der Therapiesteuerung ergab (Piccart et al., AACR 2016). Bei ca. 14 Prozent der Patientinnen konnte jedoch durch die Niedrigriskoeinstufung per mRNA Test eine Chemotherapie sicher verhindert werden.

Dr. rer. nat. Ralph M. Wirtz Bild: Alexander Kaya

Da statistisch betrachtet bei ca. 80 Prozent der Patientinnen mit einem luminalen Tumorsubtyp (ESR1 pos, PGR pos, ERBB2 neg, Grad 2, mittlere MKI67 Expression) zu viel Chemotherapie gegeben wird, mag dies angesichts der jahrzehntelangen Bemühungen und hohen Testkosten etwas ernüchternd sein.

Rückblickende (retrospektive) Studienergebnisse des OncoType DX Tests in älteren amerikanischen Studien (NSABP B20, Paik et al. JCO2006) mit vergleichsweise kleinen Patientenkollektiven, nach denen (nur) Hochrisikopatientinnen einen Therapievorteil haben, sind vor dem Hintergrund der prospektiven Studienergebnisse also mit Vorsicht zu betrachten.

Auch der EndoPredict Test konnte z.B. nicht zeigen, dass Hochrisikopatientinnen nach Chemotherapie ein reduziertes Risiko hätten oder beispielsweise von Taxan-Wirkstoffen profitieren würden (Martin et al. BCR 2014).

Die mittels Gentests häufige Einstufung von 25 bis 50 Prozent der Frauen in den untersuchten Patientientinnenkollektiven als „Hochrisiko", die bis dahin eine rein antihormonelle (endokrine) Therapie erhalten haben, wird deshalb nach wie vor kritisch diskutiert. Insbesondere, da auch eine passende Therapiealternative mit gesichertem Nutzen mittels prognostischer Risikoscores (Wert für die Rückfallswahrscheinlichkeit) schwerlich angesagt werden kann.

Zum besseren Verständnis sollte man diese vier Gentests der ersten und zweiten Generation vielleicht als „genetische Prognosetests" bezeichnen, um sie von den prädiktiven (Prädiktion = Abschätzung des Therapieansprechens) Gentests der dritten Generation zu unterscheiden. Diese können bei der eigentlichen Therapieauswahl behilflich sein.

mamazone: *Es fällt auf, dass die Zahl untersuchter Gene stark variiert. Ausgehend von 11 Genen (EndoPredict), über 21 Gene (Oncotype DX), 50 Gene (Prosigna) stehen beim MammaPrint sogar 71 Gene im Fokus. Wie kann man sich das erklären?*

Dr. Wirtz: Das liegt an den unterschiedlichen statistischen Herangehensweisen und Methoden bei der Suche nach aussagekräftigen Genen. Bei der Riesenauswahl unter Zehntausenden von Genen kommen unterschiedliche Forscher auf unterschiedliche Gene, wenn man eine Reduktion auf so wenige Gene anstrebt. Das ist nicht verwunderlich. Auch messtechnische Parameter (Merkmale) und Unterschiede im untersuchten Tumorgut spielen eine entscheidende Rolle. So wurden manche Gentests ausschließlich bei Tumorfrischgewebe eingesetzt, während spätere Gensignaturen die Genauswahl auch aus fixierten Routineproben von Patientinnen

trafen. Da sich die untersuchten tumorbiologischen Motive (Zellteilungsaktivität und Östrogenrezeptoraktivität) in der gleichzeitig veränderten mRNA (Boten-Zellkernsäure) Expression von mehreren tausend Genen darstellen, stand den Forschern ein ganzes Spektrum relativ gleich guter Gene zur Verfügung.

mamazone: *Wird bei allen Gentests eine gemeinsame „Basisgruppe" untersucht und dann je nach Test durch weitere für bedeutsam befundene Gene ergänzt?*

Dr. Wirtz: Ja, alle derzeitigen genetischen Prognosetests funktionieren ausschließlich in sogenannten luminalen Tumoren, die die beiden Hormonrezeptoren Östrogenrezeptor und Progesteronrezeptor produzieren, nicht aber das therapeutische Zielmolekül „HER2" bzw. „ERBB2". Eine Stufendiagnostik ist bei diesen genetischen Scores (Krankheitsbildern) wegen der gleichzeitigen Verrechnung aller Gene nicht vorgesehen. Den Ansatz, je nach zu Grunde liegendem tumorbiologischen Subtyp unterschiedliche weitere, therapeutisch relevante Zielgene zu untersuchen bzw. zu ergänzen, findet man erst ab den Gensignaturen der dritten Generation.

mamazone: *Worüber geben die untersuchten Gene Auskunft? Welche Geninformationen erlauben eine Aussage darüber, ob 5 bis 10 Jahre nach Erstdiagnose mit einem Rückfall zu rechnen ist und damit eine Chemotherapie sinnvoll sein oder eingespart werden könnte?*

Dr. Wirtz: Die untersuchten Gene geben Auskunft über die Hormonabhängigkeit des Primärtumors und wie schnell er wächst. Gesicherte diagnostische Aussagen lassen sich auf Basis der Daten, wie auch in St. Gallen klargestellt wurde, nur für die ersten 5 Jahre geben. Danach wird es schwieriger bzw. fehlen bei den prospektiven Studien schlicht noch die Zahlen. Nach 5 Jahren ist zudem insbesondere der Lymphknotenstatus von großer prognostischer Bedeutung unabhängig von den Genexpressionen. Deswegen haben Gensignaturen mit Einbezug des Lymphnotenstatus in die Berechnung in den untersuchten historischen Kollektiven leichte Vorteile, die allerdings weniger auf die Gensignaturen selbst zurückzuführen sind. Ob bei Patientinnen mit positivem Lymphknotenbefall eine Chemotherapie sicher erspart werden kann, muss kritisch diskutiert werden.

mamazone: *Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist immer noch nicht gängiger Standard. Argumentiert wird mit einer teilweise noch nicht ausreichenden Studienlage. Wie ist das zu verstehen?*

Dr. Wirtz: Die meisten Gentests wurden in zum Teil sehr kleinen Teilmengen großer Studien untersucht. Dies mahnte insbesondere das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) in seinen Fachgutachten Anfang 2016 an. Oft wurden nur 20 Prozent aller Patientinnen untersucht, so dass man sich statistisch nur bedingt sicher sein kann, ob der Test auch auf alle Patientinnen übertragbar ist. Zudem waren die meisten Studien rückblickender Natur, und es wurden „historische Studien" angeschaut, in denen die Patientinnen auf Basis der Diagnostik und Therapie von vor ca. 20 Jahren behandelt wurden. Inwieweit diese Daten 1:1 in die heutige Zeit übertragbar sind, wird deswegen häufig (zum Teil gerechtfertigt, zum Teil ungerechtfertigt) diskutiert.

Bezüglich der Abrechnung haben sich nun allerdings neue Entwicklungen ergeben (August 2016). Derzeit werden in verschiedenen Spitzenzentren der Brustkrebsversorgung Einheiten der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung (ASV) eingerichtet, die dann in der Lage sind, zumindest einen Teil der Genexpressionstests über die gesetzlichen Krankenversicherungen erstatten zu lassen. Durch die geplante Deckelung der Kostenübernahme auf maximal ca. 2.000,- € können dann jedoch nicht alle der genannten Genexpressionstests, die ja bis zu 3.500,- € kosten, vollständig erstattet werden.

mamazone: *Retrospektive Studien erheben Daten im Rückblick auf der Basis*

vorliegender Krankheitsverläufe. Es muss also ausreichend Patientinnen geben, die „aus freien Stücken" auf eine Chemotherapie verzichten. Krankheitsverläufe mit und ohne Chemotherapie werden dann miteinander verglichen. Trifft dies zu? Haben wir den „mutigen Patientinnen" zu danken?

Dr. Wirtz: Dies trifft bedingt zu. In den retrospektiven Analysen mit den genetischen Prognosetests wurden vornehmlich Studien untersucht, bei denen die Patientinnen gemäß therapeutischer Leitlinien und Standards keinerlei Chemotherapie bedurften und mit einer rein anti-hormonellen Therapie therapiert wurden. Rückblickend lässt sich feststellen, dass in der Tat auch ca. 90 Prozent der Patientinnen keinen Rückfall erlebten.

Lediglich in der oben bereits erwähnten NSABP B20 Studie, die ausschließlich mit dem OncoType DX Test untersucht wurde, gab es zusätzlich einen Vergleich zwischen rein endokriner Therapie (in diesem Fall lediglich Tamoxifen) gegenüber Chemotherapie (in diesem Fall lediglich CMF ohne Anthrazyklin, Taxane, etc.).

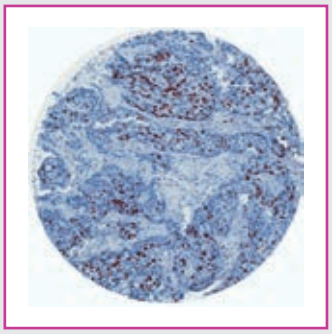
Nun gibt es aber erste Daten aus prospektiven Studien (v.a. der MINDACT Studie mit Hilfe des MammaPrint Tests), die ganz gezielt und im Vorhinein fest definiert untersuchen, ob eine Chemotherapie bei Hochrisikopatientinnen hilfreich sein kann, bzw. inwieweit Niedrigrisikopatientinnen eine Chemotherapie sicher erspart werden kann. Wie bereits oben erwähnt zeigt sich in diesen Studien, dass ca. 14 Prozent der Patientinnen eine Chemotherapie sicher erspart werden kann (Nachbeobachtungszeit wiederum 5 Jahre), während die Gabe von Chemotherapie bei Hochrisikopatientinnen nicht zwangsläufig vorteilig ist.

Diese prospektiven Studien haben wir in der Tat den mutigen Patientinnen zu verdanken, die sich trotz unterschiedlicher Aussagen aus klinischer Routine und genetischen Prognosetests der ersten oder zweiten Generation mal mit und mal ohne Chemo behandeln ließen. In der MINDACT- Studie war zum Beispiel die Diagnosestellung bei insgesamt 2.000 Patientinnen derart unklar, dass in die zwei sehr unterschiedlichen Behandlungsarme unterteilt werden konnte. Auch aus unserem Zentrum in Köln gab es da sehr viele

Erfassung des Ki67 - Wachstumswerts

Automatisierte Ki67-Bestimmung über die mRNA

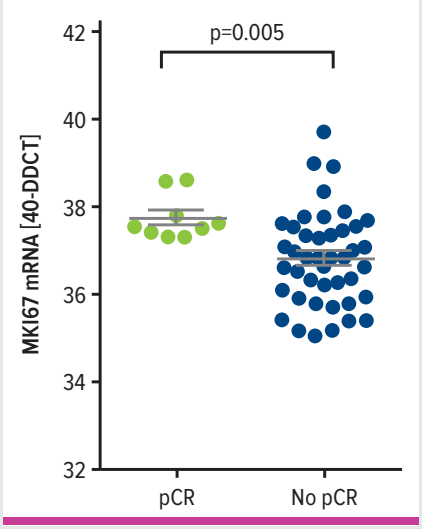
Ki67-Bestimmung über die klassische Immunhistochemie



Digitale Bildgebung bei der klassischen Immunhistochemie

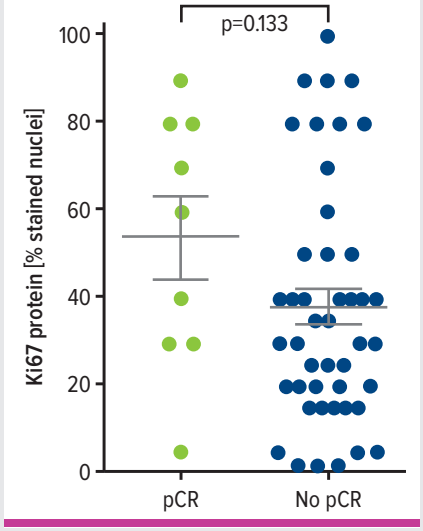
Bildquelle: Ralph M. Wirtz

RT-qPCR



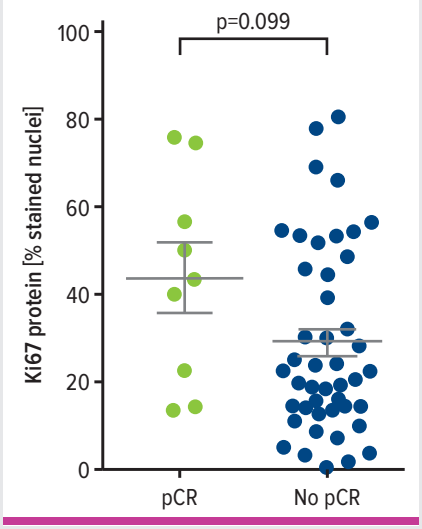
signifikante Aussage zum Ansprechen auf neoadjuvante Chemotherapie möglich

vIHC



keine klare Aussage möglich

qIHC



nur grenzwertige Aussage möglich

mutige Patientinnen, denen wir nun die neue Datenlage zu verdanken haben.

mamazone: *Wie alt ist eigentlich der Denkansatz, dass nicht alle Brustkrebspatientinnen gleichermaßen von einer Chemotherapie profitieren? Heute spricht man ja häufig von Übertherapie. Wie wurde man darauf aufmerksam? Was ging voraus?*

Dr. Wirtz: Das geht bis in die 90er Jahre zurück mit Erstpublikationen im Jahr 2000. Seitdem hat sich das Thema „Übertherapie" natürlich noch verschärft, da durch die neueren Chemotherapeutika, wie zum Beispiel Anthrazykline und Taxane, weitere, zum Teil recht schwerwiegende Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen sind. Vielleicht sollte man deshalb die ganze Thematik nicht nur auf die Frage „Chemotherapie – Ja oder Nein?" reduzieren, sondern vielmehr auch überlegen, wie viel an Chemotherapie überhaupt notwendig ist (falls sie notwendig wäre). Hierzu sind aber weitergehende Denkansätze notwendig, die in den Gensignaturen der ersten und zweiten Generation noch nicht beachtet wurden.

Als eines der Hauptergebnisse und wichtiger Meilenstein der frühen Genexpressionsananyltik gilt allerdings, dass man heute das Mammakarzinom (und inzwischen auch weitere Tumorarten) nicht mehr als eine Erkrankung in einem Organ begreift, sondern man generell und über „Organgrenzen" hinaus, z.B. auch beim Harnblasenkarzinom, nunmehr „luminale", hormonrezeptorabhängige von „hormonrezeptorunabhängigen" Tumoren unterscheidet. Deshalb spricht man seit 2012 auch in den europäischen Leitlinien nur noch von „Subtypen" des Mammakarzinoms und nicht mehr von „dem" Mammakarzinom.

Dabei ist diese Einteilung in luminal und nicht-luminal durchaus nicht einfach und mit immunhistochemischen Standardverfahren nur unzureichend nachzustellen (wie auch in den Leitlinien eingeräumt wird). Dies liegt einerseits an der Ungenauigkeit der immunhistochemischen Verfahren bei den Hauptmerkmalen (ER, PR und ERBB2), aber insbesondere auch an der fehlerhaften immunhistochemischen Abschätzung der Zellteilungsaktivität. Die „Ki-67 Immunhistochemie" lässt bei ca. 60 Prozent aller Mammakarzinome (Grad 2, Proliferationsrate 10 bis 30 Prozent) keine sichere Aussage zu. So ist vor allem die Einteilung in Luminal A und Luminal B schwierig. Aber auch manche prognostischen Gentests der ersten oder zweiten Generation erlauben keine gesicherte Subtypisierung. „Luminale" Tumore des Prosigna Tests beinhalten z.B. recht häufig klinisch HER2 positive Tumore, die definitiv eine Chemotherapie mit Herceptin bräuchten. Umgekehrt enthält der „HER2 enriched" Subtyp des Prosigna Tests ca. 20 bis 30 Prozent klinisch HER2 negative Tumore, die keines Herceptins und womöglich auch keiner Chemotherapie bedürften (TCGA, Nature 2012). Als methodische Weiterentwicklung wurde nun vor kurzem der MammaTyper Test zur Vermarktung durch die europäischen Behörden freigegeben, der nunmehr molekularbiologisch gesichert und in Einklang mit den klinischen Parametern eine Subtypisierung erlaubt. Die Nachstellung der Subtypen mittels MammaTyper ist der klassischen Immunhistochemie weit überlegen und kann beispielsweise die Wirksamkeit einer Taxantherapie und das Ansprechen auf Chemotherapie vorhersagen.

mamazone: *Herr Doktor Wirtz, vielen Dank für diesen interessanten Einblick in die Geschichte der Gentests.*

ANZEIGE

Mapisal®

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

Damit Ihrer Therapie nichts im Wege steht:

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

Vom Onkologie-Spezialisten medac

Mehr Informationen: mapisal@medac.de, www.mapisal.de

medac

Die IGeL - Angebote

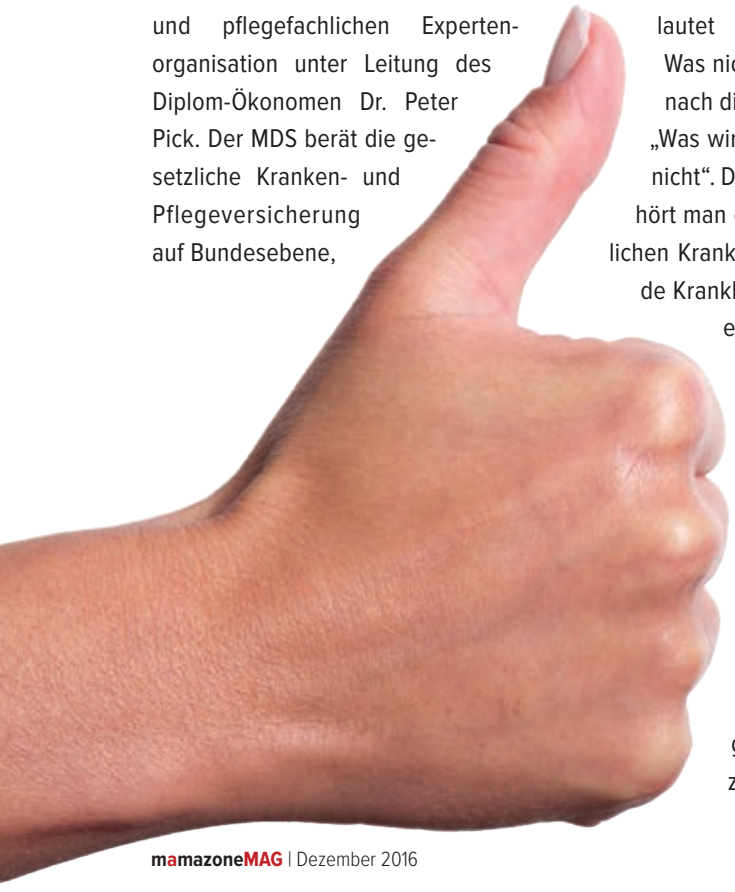
Was wir nicht zahlen, brauchen Sie nicht

VON GERTRUD RUST

Die personalisierte Medizin, Leitthema der modernen Onkologie, ist in anderem Zusammenhang ein bitterer Zankapfel. Individuelle Gesundheitsleistungen, handlich abgekürzt als IGeLn, gelten nicht etwa als sinnvoll an den Einzelfall angepasste therapeutische Maßnahmen, sondern werden derzeit vermehrt als Beutelschneiderei angeprangert. Ausnahmsweise geht es bei diesem Thema um die Geldbörsen der Patientinnen und Patienten, denn IGeLn sind Selbstzahlerleistungen und werden von den Kassen nicht erstattet.

Der MDS

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Sitz in Essen wurde im Jahr 1989 gegründet und besteht aus einer medizinischen und pflegefachlichen Expertenorganisation unter Leitung des Diplom-Ökonomen Dr. Peter Pick. Der MDS berät die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene, in erster Linie deren zentrale Interessenvertretung, den GKV-Spitzenverband: http://www.mds-ev.de. Darüber hinaus koordiniert er die Arbeit des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) in den Ländern mit dem Ziel, bundesweit Begutachtungen und Beratungen nach einheitlichen Gesichtspunkten sicherzustellen.



> „Eine Summe, die wohl Begehrlichkeiten bei den Funktionären der Krankenkassen auslöst

Krankenkassen und Pflegeversicherungen übernehmen sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen, so lautet die allgemeine Auskunft. Was nicht übernommen wird, wäre nach dieser Logik nicht notwendig: „Was wir nicht zahlen, brauchen Sie nicht“. Daran seien Zweifel gestattet, hört man die Dauerklagen der gesetzlichen Krankenkassen über explodierende Krankheitskosten und verfolgt die emsigen Einsparbemühungen auf allen Ebenen (vgl. MAG 01-2016, mamazone Brennpunkt: Kostbare Gesundheit – Teure Krankheit, Seite 32 bis 35). Allerdings wäre auf Patientenseite der Eindruck fatal, es würden medizinisch notwendige Maßnahmen dem allgegenwärtigen Kostendruck zum Opfer fallen. Ein Instrument zur Patientenaufklärung soll hier entsprechendes Bewusstsein schaffen.

Der IGeL-Monitor

Ein aufschlussreicher Name: Monitor heißt im Englischen „Kontrollgerät“ und im Lateinischen u.a. „Aufseher“. Nomen est Omen, die IGeLn sollen also kontrolliert und beaufsichtigt werden. Warum nicht IGeL- Informator oder IGeL- Enlighter (Aufklärer)?

Vom MDS initiiert und in Auftrag gegeben, soll er Versicherten eine fundierte Entscheidung für oder gegen eine IGeL ermöglichen (www.mds-ev.de/fuer-patienten/igel-monitor.html). Die Projektleitung des IGeL-Monitors liegt bei dem freien Medizinjournalisten Dr. Christian Weymayr, unterstützt durch externe Wissenschaftler. Patientinnen und Patienten wird damit ein Informationsportal zur Überprüfung von „Sinn und Unsinn“ der durch ihre behandelnden Ärzte angebotenen IGeLn zur Verfügung gestellt, denn bei diesen werden wirtschaftlich betonte Interessen vermutet. Nach den Zahlen des Wissenschaftlichen Dienstes der AOK verdienen Ärzte jedes Jahr nahezu eine Milliarde durch IGeLn, eine Summe, die wohl Begehrlichkeiten bei den Funktionären der Krankenkassen auslöst. Peter Pick spricht sogar vom ärztlichen „Volkssport IGeLn“ und unterstellt teilweise „aggressiven Verkaufsdruck unter Zuhilfenahme des Praxispersonals“.

Zwar existieren mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin erarbeitete Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die niedergelassenen Ärzte zum Umgang mit IGeLn, jedoch hält sich so

mancher Arzt / manche Ärztin nicht an diese Leitlinien. Wahlleistungen seien in erster Linie „ein Griff der Ärzte ins Patientenportemonnaie“, donnert deshalb Florian Lanz, Pressesprecher des GKV-Spitzenverbands. Starker Tobak - und perfekt dazu geeignet, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient in Schieflage zu bringen. Denn welche Gefahr droht hier? Es könnte ärztlicherseits auf eine medizinisch individuell zwar begründbare Zusatzmaßnahme hingewiesen werden, die jedoch leider selbst zu bezahlen sei, da von den Kassen als verzichtbar eingestuft. Dem Ansehen der Krankenkassen wäre das nicht förderlich, also Start zum Ärztemobbing, um das eigene Image zu schützen?

Was sagen die Ärzte

Der Dermatologe Wieland Dietrich, Bundesvorsitzender der Freien Ärzteschaft e.V. (www.freie-aerzteschaft.de) weist den Vorwurf der Geldschneiderei entrüstet zurück. Ob IGeLn im individuellen Fall notwendig und medizinisch sinnvoll seien, hätten allein Arzt und Patient zu entscheiden. Wahlleistungen seien legitime Privatmedizin, Kassenärzte seien ebenfalls Privatärzte und deshalb zum Angebot von Wahlleistungen berechtigt. Überdies seien die gesetzlichen Krankenkassen nicht für die Privatmedizin zuständig. Wir kennen sie in Form „des grünen Rezepts“, welches für Maßnahmen außerhalb des Regelkatalogs der Krankenkassen erhältlich ist.

Wo bleiben wir?

IGeLn sollten sinnvoll und notwendig sein, und der Nutzen sollte den Schaden überwiegen, bekundet der IGeL-Monitor, und sicherlich vertritt auch die freie Ärzteschaft diesen Standpunkt. Dem können auch wir vorbehaltlos zustimmen, aber „Was ist Was?“ ist hier die alles entscheidende Frage. Hier bestehen durchaus Meinungsverschiedenheiten zwischen den einzelnen Kassen, denn obwohl IGeLn nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog gehören, ist die Kostenübernahme bisweilen möglich. Hier eröffnet sich somit ganz nebenbei ein Wettbewerbsfeld zwischen den gesetzlichen Krankenkassen.

IGeLn für uns

Landauf landab wird werbewirksam „der mündige Patient“ hofiert, in der Alltagspraxis gestaltet sich der Weg zur mündigen Patientin jedoch recht steinig. Welche IGeln könnten uns nützen?

Interessant wäre zum Beispiel die Entwicklung der Knochendichte unter einer Antihormonbehandlung, um rechtzeitig knochenstabilisierende Maßnahmen einleiten zu können. Knochendichtemessung: keine Kassenleistung. Auch wäre es uns ein medizinisch begründbares Bedürfnis, von Zeit zu Zeit eine Aussage zum Vorliegen von Metastasen mittels

> **„Patienten entscheiden mit, oder wie wäre der Begriff „mündiger Patient“ sonst zu interpretieren?**

eines Ganzkörper-PET-CTs zu erhalten: keine Kassenleistung. Tumormarker, Selenspiegel, Vitamin-D-Spiegel, medizinisch begründbar, von renommierten medizinischen Spezialisten empfohlen, alles keine Kassenleistungen. Sind sie deshalb nutzlos und überwiegt der Schaden den Nutzen? Die SPD möchte in Arztpraxen einheitliche Informationen ausgehängt wissen, warum IGeLn nicht von Krankenkassen bezahlt werden. Es sei dabei zu erwähnen, dass „der medizinische Nutzen zweifelhaft sei“. Es gefällt der SPD auch nicht, dass IGeLn allein in die Verantwortung der Ärzte gestellt seien. Nicht nur unerhört, sondern auch falsch: Patienten entscheiden mit, oder wie wäre der Begriff „mündiger Patient“ sonst zu interpretieren?

Die Ultraschall – IGeL

Große Anstrengungen zur Früherkennung von Brustkrebs wurden auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen durch die Einführung des Mammographie Screenings für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zusätzlich zur ärztlichen Tastuntersuchung unternommen, so der IGeL-Monitor. Zusätzlich böten Frauenärzte häufig eine Ultraschalluntersuchung als IGeL an. Die Kosten beliefen sich auf 26 bis 60 Euro (der Redaktion sind allerdings Beträge bis 100 € bekannt). Diese sei jedoch nur dann Kassenleistung, wenn Mammographie oder Abtasten einen Krebsverdacht ergeben hätten.

Leider ist die Tastuntersuchung kein Mittel der Wahl zur Früherkennung einer Brustkrebserkrankung. Das lobuläre Karzinom ist zum Beispiel weder tastbar, noch in einer Mammographie sichtbar. Bleibt also ein sensitiver Ultraschall- auf eigene Kosten. Auch sehr dichtes Brustgewebe, das in der Mammographie kaum diagnostizierbar ist, wäre ein Fall für den Ultraschall. Dies sieht zwar der IGeL-Monitor ebenso, überlegt jedoch, ob die so zusätzlich entdeckten Tumore auch wirklich das Gesamtüberleben von Brustkrebspatientinnen verlängern. Zumindest schwache Hinweise auf einen geringen Nutzen werden zugestanden, die Rechnung dafür geht ... an die Patientin! Da hilft zur Zeit nur der Preisvergleich zwischen verschiedenen Anbietern, um den „geringen Nutzen“ nicht auch noch überzubezahlen.

Zukunftsweisende Forschung

Am Thron des Königs sägen

VON GERTRUD RUST

Der renommierte Onkologe Siddhartha Mukherjee vom Columbia University Medical Center in New York bezeichnete in seinem 2011 mit dem Pulitzer Preis ausgezeichneten Buch Krebs als den „König aller Krankheiten“ (ISBN: 978-3-8321-9644-8). Gemeinsam ist allen Krebsvarianten ein durch Genmutationen (Erbgutveränderungen) verursachtes ungezügeltes Zellwachstum infolge verlorener Wachstumskontrolle. Mukherjee sieht zwei Möglichkeiten zur Krebsbekämpfung: entweder die Ursachen von Genmutationen zu enträtseln, oder die entarteten Zellen im Organismus zu beseitigen, ohne das normale Zellwachstum zu beeinträchtigen. Präventionsforschung und Therapieforschung sind somit gleichermaßen bedeutsam. Eine einfache Problembeschreibung, eine monumentale Aufgabe, so Mukherjee, denn Krebserkrankungen sind bereits seit 4.500 Jahren dokumentiert. Im Bereich der Therapieforschung wurden in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte erzielt, Krebspatienten leben länger, und immer öfter spricht man von Heilung. Diese Tendenz vermittelt Betroffenen Mut und lässt sie erwartungsvoll auf weitere Therapiefortschritte hoffen.

Der Skorpion als Freund und Helfer?
Bild: Fyle, Fotolia

Stammzellforschung

Stammzellen sind Körperzellen mit der Fähigkeit, sich zu unterschiedlichen Zell- und Gewebetypen weiter zu entwickeln. Im Gegensatz zu embryonalen Stammzellen, die noch zu verschiedenen Organen und Gewebearten ausreifen können, leben adulte (erwachsene) Stammzellen in Stammzellnischen bestimmter Organe und Gewebe und stehen dort für die Zellerneuerung bereit (frischer Zellnachschub für abgestorbene Zellen). Dabei können Fehlsteuerungen beim Zellersatz Krebs auslösen. Am diesjährigen vom DKFZ Heidelberg veranstalteten Internationalen Heinrich F.C. Behr-Symposium stand ein besonders spannendes Thema im Vordergrund: die Züchtung von Organoiden, d.h. organähnlichen Strukturen aus adulten Stammzellen im Zellkulturverfahren. Auch Krebsgewebe enthält Stammzellen, die Krebsstammzellen, welche dem Tumor Nachschub an Zellen liefern und bei der Metastasierung eine Rolle spielen.

Dem niederländischen Stammzellforscher Hans Clevers vom Hubrecht Institut für Entwicklungsbiologie und Stammzellforschung in Utrecht gelang nun erstmals die Herstellung von Organoiden aus patienteneigenen Krebsstammzellen. Damit stehen nun nicht nur Modelle zur Beobachtung fehlgesteuerten Zellwachstums zur Verfügung, sondern die Wirksamkeit von Medikamenten kann vorab am Tumor getestet und eine angepasste Auswahl getroffen werden. Für diese bahnbrechenden Arbeiten erhielt Hans Clevers den mit 750.000 € dotierten Körber-Preis für die Europäische Wissenschaft 2016 (www.koerber-stiftung.de). Mit individuellen Organoiden für jeden Patienten kann man sehen, was falsch läuft, welche Mechanismen dahinter stehen und welcher Wirkstoff passen könnte, so Prof. Andreas Trumpp von der Abteilung „Stammzellen und Krebs“ des DKFZ Heidelberg.

Jane Visvader vom Walter and Eliza Hall Institute in Melbourne, Australien, konnte 2006 Brustdrüsenstammzellen identifizieren. Nun entdeckte sie genetische Veränderungen an den Tochterzellen der Stammzellen, die besonders aggressiv entartetes Zellwachstum auslösen - und fand eine Möglichkeit, diesen Prozess medikamentös aufzuhalten. Nach einer Pilotstudie mit ermutigenden Ergebnissen ist nun eine klinische Studie mit mehreren tausend Patientinnen geplant.

Onkolytische Viren

Nicht minder spektakulär ist das Projekt „OnkoVir“ der Forschungsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Peter Czermak am Institut für Bioverfahrenstechnik und Pharmazeutische Technologie (IBPT) der TH Mittelhessen in Giessen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gewährt eine Förderung von

430.000 € und präsentierte „OnkoVir“ im Juli als „Projekt des Monats“.

Versuche zur Bekämpfung bösartiger Tumore mit Viren gab es schon lange, ohne jedoch die erhofften Therapieerfolge zu erzielen. Mit den Möglichkeiten der Gentechnik zur Herstellung von Viren, die nur den Tumor schädigen sollen, nicht jedoch den gesamten Organismus, stieß die Virotherapie auf neues Forscherinteresse. Onkolytische Viren infizieren Tumorzellen und lösen sie auf (Lyse), rufen eine Immunantwort hervor oder transportieren Toxine (Zellgifte) und Tumorsuppressorgene in Tumorzellen. Tumorsuppressorgene steuern die Herstellung von Proteinen zur Zellzykluskontrolle und zur Auslösung des natürlichen Zelltods (Apoptose). In der infizierten Tumorzelle vermehren sich die Viren weiter, werden bei der Tumorzelllyse frei gesetzt und steuern neue Tumorzellen an. Durch diesen Verstärkungseffekt stellt sich der Organismus sozusagen für eine bestimmte Dauer sein Medikament selbst her (Dtsch. Arztebl. 2013; 110(27-28): A-1370 / B-1200 / C-1184).

Als onkolytische Viren kommen u.a. gentechnisch präparierte Masern-, Pocken- oder Polioviren zum Einsatz, allerdings ergab sich in klinischen Studien ein sehr hoher Bedarf für eine wirksame Behandlung. Allein die Einzeldosis benötigt bis zu 10 Billionen Viren, zu viel für die üblichen Herstellungsverfahren (www.journalonko.de, 21. 9. 2016: Neuartiger Behandlungsansatz - Onkolytische Viren zur Krebstherapie). Dieses Problems nimmt sich nun die „Forschergruppe OnkoVir“ an, die Projektlaufzeit endet im November 2018. Eine Optimierung der Herstellungstechniken für onkolytische Masernviren soll die Gewinnung ausreichender Virenmengen in geeigneter Qualität für eine wirksame Krebsbekämpfung ermöglichen. Eine besondere Rolle kommt dabei den Wirtszellen und ihren für die Virenproduktion erforderlichen Reaktionsmechanismen zu. Prof. Czermak gelang mit seinem dynamischen Team inzwischen die Identifikation einer geeigneten Wirtszelle, die hohe Ausbeuten erlaubt. In einem weiteren Schritt steht nun die Aufreinigung der Viren als Vorbereitung für den therapeutischen Einsatz an. Viren zur Krankheitsbekämpfung - alles scheint möglich.

Schlangen, Skorpione, Spinnen

„Alle Dinge sind Gift, und nichts ist ohne Gift, allein die Dosis macht`s, dass ein Ding kein Gift sei“. Diese von dem Schweizer Arzt, Alchimisten, Mystiker und Philosophen Paracelsus (1493-1541) überlieferte Erkenntnis könnte auch auf Tier- und Pflanzengifte zutreffen, denn in niedriger Dosierung wirken einzelne Bestandteile von Tiergiften als Antidiabetikum, gegen Bluthochdruck und Krebs (news.doccheck.com, 28. 9. 2016: Tiergifte: Bis(s) zur Heilung). Aus Tiergiften isolierte Proteine (Eiweiße) und Peptide (Aminosäureverbindungen) können sich an Krebszellen anlagern, deren Proliferation (Wachstum) blockieren und damit ihre Ausbreitung behindern, erläuterten Wissenschaftler der University of Illinois at Urbana Champaign in den USA. Da sich die Wirkung von Tiergiften jedoch nicht gezielt auf Krebszellen beschränkt, sondern auch gesunde Zellen miteinbezieht, sind Wege für eine zielgerichtete Verabreichung notwendig. Dies könnte durch die „Verpackung“ in sog. Nanopartikel gelingen, die wie kleine Fähren das Zellgift zu den Krebszellen transportieren. Die Nanopartikel binden ausschließlich an Tumorzellen und geben den Wirkstoff vor Ort ab (news.doccheck.com/de/70965/toxine-skorpion-toetet-krebs/). Mellitin aus Bienengift konnte so in Zellkulturversuchen bereits zielgerichtet zu Melanom- und Brustkrebszellen verfrachtet werden. Das aus dem Gift des gelben Mittelmeerskorpions isolierte Peptid Chlorotoxin gilt als Kandidat für den Einsatz bei aggressiven Hirntumoren (Gliome), muss sich jedoch, wie die meisten Tiergifte, in klinischen Studien noch bewähren (www.pharmazeutische-zeitung-online/index.php?id=61988). Wer weiß, vielleicht werden den Skorpion und Kollegen zu Verbündeten.

Den Alltag trotz Krebs bewältigen

Die Broschürenreihe informiert Betroffene über ihre Rechte und gibt wertvolle Tipps für den Alltag:

- Für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung
- Für Selbstständige beim Umgang mit Krankenversicherungen und Behörden
- Im Rentenalter zum Umgang mit Krankenkassen, Ämtern, Versicherungen und Behörden
- Bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Im Fall der Pflegebedürftigkeit
- Bei der Rehabilitation

Diese Broschüren können kostenlos bestellt werden bei:

Roche Pharma AG

E-Mail:
grenzach.kundenberatung@roche.com

Telefon: 07624 / 14-2013

www.roche.de

Bildgebung in der Brustdiagnostik

Warum es wichtig ist, seine ACR-Klassifikation zu kennen

VON ANDREA RIBEAUCOURT

Die ACR (American College of Radiology)-Klassifikation steht auf dem Mammographiebefund und besagt, wie dicht das Brustgewebe ist. Sie unterteilt aufsteigend in vier Kategorien, wobei Kategorie 4 das dichteste Gewebe ist. Je dichter ein Brustgewebe, desto schwieriger ist es, in der Mammographie kleine Krebsherde zu entdecken, und umso wichtiger sind weitere Bildgebungsverfahren zur Absicherung der Diagnose.

Dies könnte z.B. eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie) sein. Sie ist schmerzfrei und funktioniert ohne Strahlenbelastung. Die Kosten für einen ergänzenden Brustultraschall bei unklaren Mammographiebefunden werden von der Krankenkasse übernommen. Besonders gut lassen sich mit dem Ultraschall Zysten (flüssigkeitsgefüllte Bläschen) und die Achsellymphknoten darstellen.

Die Qualität der Bilder hängt dabei aber wesentlich vom Schallkopf des Gerätes ab. Mikrokalk und DCIS (Ductales Carcinoma In Situ) lassen sich mit dem Ultraschall nicht erkennen.

Das Aufspüren dieser Krebsvorstufe ist wiederum eine Stärke der Mammographie. Dabei hat die neuere digitale Mammographie (speichert Bilddaten elektronisch) bei gleicher Bildqualität eine um rund 20 Prozent geringere Strahlenbelastung gegenüber der konventionellen Mammographie.

Eine Weiterentwicklung der digitalen Mammographie ist die Tomosynthese (3D-Mammographie), die mit Hilfe einer beweglichen Röntgenröhre am Mammographie-Gerät Bilder des Brustgewebes in drei Dimensionen liefert, wodurch Tumore differenzierter nach Form und Größe analysiert werden können. Inzwischen sind auch Microdosis Mammographie-Geräte auf dem Markt, die sich durch eine extrem hohe Detailauflösung auszeichnen. Sie sind aber selbst in Großstädten noch eine Seltenheit.

Entwicklungen beim Ultraschall

Auch im Ultraschallbereich gab es Weiterentwicklungen, so z.B. die Schallwellen-Elastografie (s. Artikel S.25) oder der ABVS. Dieser Automatische Brust-Volumen-Scanner erstellt 3D-Aufnahmen, die die gesamte Brust zeigen und besonders auch für dichtes Brustgewebe geeignet ist. Das Gerät bildet dabei Ebenen ab, die mit herkömmlichem Ultraschall nicht sichtbar sind. Da die Auflösung der Bilder sehr hoch ist, kann die Aussagekraft mit der von Kernspin-Aufnahmen (MRT) verglichen werden. Bei der Untersuchung wird ein „Kunststoffkasten“ auf die Brust gesetzt, in dem der Schallkopf mehrere Male über den Brustbereich wandert. Die Qualität der Untersuchung hängt deshalb nicht länger davon ab, wie gut der Arzt den Schallkopf bedienen kann, sondern auch eine medizinische Fachkraft ist zur Bedienung des Gerätes in der Lage. Aufgabe des Arztes bleibt die Auswertung der Aufnahmen. Der Scanner speichert zudem automatisch die Bilddaten, die dann jederzeit zum Vergleich mit anderen Untersuchungen herangezogen werden können. Bisher gibt es nur einzelne Praxen und Kliniken, die diesen Scanner einsetzen.

Sonderfall

Für Frauen mit einem Defekt im BRCA1- oder BRCA2-Gen („familiärer Brustkrebs“), die auf zusätzliche Strahlen unbedingt verzichten sollten, bietet sich die MRT an. Sie ist äußerst genau und funktioniert auch bei dichtem Brustgewebe oder bei Narbengewebe, das nach einer Brust-OP entstanden ist. Die MRT nutzt Magnetfelder und Radiowellen, die als medizinisch unbedenklich gelten. Sofern man aber Metalle im Körper hat (z.B. Knieprothesen oder Metallpigmente durch Tattoos) muss abgeklärt werden, ob diese in der MRT zu Problemen führen können. Träger von Herzschrittmachern dürfen auf keinen Fall eine MRT erhalten!

Fazit: Jedes Bildgebungsverfahren hat Stärken und Schwächen. Für die sicherste Befundung gilt es daher, die für den Einzelfall geeignete Kombination von Bildgebungsverfahren auszuwählen und auf moderne Geräte und vor allem erfahrene Diagnostiker zu setzen.

Was zahlt die Kasse?

In der Vorsorge: Mammographie zwischen dem 50. Und 69. Lebensjahr alle 2 Jahre. Bei Frauen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko ab dem 25. Lebensjahr halbjährlich Ultraschall und jährlich MRT.

In der Nachsorge: Mammographie und Sonographie halbjährlich (bei „Beschwerden und anderen Symptomen“) in den ersten 3 Jahren, danach jährlich. Eine MRT wird bezahlt, wenn dies zur Abklärung eines Lokalrezidivs erforderlich ist.

Wichtig!!!

Bei der Inanspruchnahme der neuen Generation von Ultraschall- und Mammographie-Geräten (z.B. ABVS oder digitale/Microdosis-Mammographie), sollte die Übernahme der Kosten **VORAB** mit der Kasse geklärt werden.

Biopsien einsparen?

Die Elastographie

VON GERTRUD RUST

Tumor- und gesundes Gewebe unterscheiden sich u.a. durch ihre Elastizität. Tumorgewebe ist häufig fester, derber und damit weniger flexibel als gesundes Gewebe. Diese Besonderheit dient in der Elastographie, eine Weiterentwicklung sowohl von Ultraschalldiagnostik als auch der Magnetresonanztomographie, der Differenzierung in gesunde und krankhafte Läsionen. Sie geht auf die manuelle Palpation (Tastbefund durch die menschliche Hand) zurück, wobei die Empfindlichkeit und damit die Diagnosegenauigkeit im Vergleich zum Tastbefund erheblich gesteigert sind. Seit 1991 bekannt, konnte das Verfahren jedoch erst im Verlauf zweier Jahrzehnte zur technischen Reife gebracht werden.

Funktion und Einsatz

Bei einer Ultraschall-Elastographie wird mittels Ultraschallkopf Druck auf den Brustkörper ausgeübt, wobei sich gut- und bösartige Gewebebereiche unterschiedlich stark ausdehnen. Die Ausdehnungswerte in Abhängigkeit von der Gewebebeschaffenheit werden über eine spezielle Software genau berechnet und ergeben im Anschluss das Elastogramm. Die MR-Elastographie (MRE) arbeitet mit automatischen Druckwellen: Im Wechsel wird Druck ausgeübt und wieder entlastet, die Erfassung von gewebeabhängigen Ausdehnungsunterschieden erfolgt durch gleichzeitige Aufnahmen. Diese ergeben automatisch ein Elastogramm mit Darstellung von Elastizitätsunterschieden. Bei beiden Verfahren soll die Gegenüberstellung der Gewebeelastizitätswerte die Unterscheidung zwischen einem Tumor und unbedenklichen Veränderungen ermöglichen. Eine technische Weiterentwicklung stellt die Scherwellen-Elastographie (Shear-Wave-Elastographie) dar, bei welcher die charakteristische Verformung von Scherwellen beim Auftreffen auf gut- oder bösartiges Gewebe mathematisch ausgewertet wird.

Besonders bei sehr dichtem Brustgewebe (ACR 3-4) mit eingeschränkter Beurteilbarkeit in der Mammographie und Tumoren mit unklarem Befund (BI-RADS 3 = vermutlich gutartiger Befund oder BI-RADS 4 = verdächtiger Befund) soll die Elastographie Fortschritte ermöglichen. Die bislang übliche Diagnosesicherung durch Vakuum- oder Stanzbiopsie mit anschließender histologischer (feingeweblicher) Untersuchung ließe sich einsparen, stünde mit der Elastographie ein sicheres non-invasives Diagnoseinstrument zur Verfügung.

Neue Studie

Im Februar 2016 startete in der Universitätsfrauenklinik Heidelberg die internationale Multicenter Elastographie Studie. Beteiligt sind zehn weitere Zentren, u.a. in den USA, Japan, Frankreich, den Niederlanden und Deutschland.

Mit hochmodernen Ultraschallgeräten der Firma Siemens soll im Rahmen einer Shear-Wave-Elastographie und der „Virtual Touch IQ“-Technik die Unterscheidung von „gut- oder bösartig“ erforscht werden. Verglichen werden die Befunde aus einer Stanzbiospie, einem herkömmlichen Ultraschall und der Shear-Wave-Technologie.

KONTAKT

Michael.Golatta@med.uni-heidelberg.de
(Studienleiter PD Dr. Michael Golatta)

Begleitend zu Antihormon- oder Chemo-/ Strahlentherapie

Jetzt: Equinovo® nur 1x2 täglich

Kleine, besonders gut schluckbare Tabletten

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

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

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

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

Zwei, die zusammen arbeiten

Der Darm und das Immunsystem

VON TRUDE ULLRICH

Darm mit Charme“ nennt die junge Ärztin Giulia Enders ihr amüsantes Sachbuch über ein „unterschätztes Organ“ und verschafft uns erhellende Einblicke in den langen Schlauch in uns (ISBN 978-3-550-08041-8). Dass er dem Transport und der Verwertung unserer Nahrung dient, wissen wir alle, aber ist uns auch seine Rolle in der Immunabwehr bekannt? Etwa 80 Prozent und damit der größte Teil unseres Immunsystems sitzt im Darm (darmassoziiertes Immunsystem) und trainiert dort die Unterscheidung zwischen zu entsorgenden „Fremdkörpern“ und „Schonkörpern“. Eine Riesenlernaufgabe, denn die verschiedenen Abwehrzellen müssen nicht nur Bakterien- von menschlichen Zellen, sondern auch gute von schlechten Bakterien und gesunde von geschädigten Körperzellen unterscheiden. Nicht einfach, denn manche Bakterienzellen tragen auf ihrer Oberfläche Strukturen mit Ähnlichkeit zu menschlichen Zellen, und Krebszellen präsentieren als körpereigene Zellen oft nicht genügend Erkennungsmerkmale für die Zuteilung zur „Müllabfuhr“. Die Antwort auf die alles entscheidende Abwehrfrage, nützlich oder schädlich, ist für Immunzellen damit nicht immer leicht zu finden. Nach Abschluss der Lehrzeit im Betrieb „Darm“ werden leistungsfähige Immunzellen anschließend in den Blutkreislauf „zum Dienst“ geschickt. Unterwegs ist ein weiteres Assessment-Center zu bestehen: Es werden körpereigene Strukturen präsentiert, die nicht angegriffen werden dürfen. Schwierig, wenn z.B. rote Blutkörperchen auf ihrer Oberfläche bakterienähnliche Eiweiße tragen. Fieser Test, hätte man in der Schule dazu gesagt. Ein Fehlgriff, und die Immunzelle wird aussortiert. Immunzellen lernen also vor allem, körpereigene Strukturen zu schonen - tragisch im Fall von Krebszellen. Eine letzte Sicherungsstation stellen die regulatorischen T-Zellen dar, Immunzellen

> „Wir lassen die T-Zellen von der Leine

mit der Aufgabe, Angriffe auf körpereigene Zellen auszubremsen. In der Immunonkologie wird diese Bremskraft gehemmt (Checkpoint-Inhibitoren), um das System zu überlisten und doch körpereigene Zellen, nämlich Krebszellen, ins Visier nehmen zu können. „Wir lassen die T-Zellen von der Leine“, dieser Satz stammt von einer Ärztin vor Einsatz eines Checkpoint-Inhibitors.

Darmpflege

Wir sollten also nicht nur „Fassadenrenovierung“ betreiben, sondern auch durch „Innenpflege“ versuchen, unseren Darm bei dem Mammutprojekt „Immunzellen-Trainingscamp“ zu unterstützen. Ein gesunder und gut funktionierender Darm benötigt für seine Aufgaben eine gesunde Darmflora. Der Name „Flora“ ist eine alte Bezeichnung aus einer Zeit, in der man die Bakterien und Mikroorganismen dem Pflanzenreich zurechnete. Sie besteht aus Bakterien, Archaeen und Eukaryoten mit dem beachtlichen Gesamtgewicht von 1000 bis 2000 Gramm, die eine komplizierte Mikroorganismengesellschaft bilden. Zu ihren zahlreichen Aufgaben gehört auch die Immunmodulation, d.h. die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zwischen Dämpfung und Anregung von Immunreaktionen. Gerät dieses Ökosystem in Schieflage, hat dies Konsequenzen für die „Arbeitsqualität“ des Darms. Die Abwehr funktioniert nicht mehr richtig, das Immunsystem ist in seiner Arbeit beeinträchtigt. Die Erforschung der Zusammenarbeit von Mikroorganismen im Darm mit dem menschlichen Immunsystem zählt seit einigen Jahren zu den zentralen Forschungsthemen in den Natur- und Lebenswissenschaften. Einen besonderen Einfluss auf die Zusammensetzung der Darmflora haben, wie nicht anders zu erwarten, u.a. Art und Qualität der Ernährung, die in der internationalen EPIC-Studie wiederum im Zusammenhang mit der Entstehung von Krebs untersucht wird.

Störfaktoren

Jeroen Raes vom Labor Molekulare Bakteriologie der Universität Leuven in Belgien analysierte die Darmflora von nahezu 4.000 Menschen und korrelierte (setzte sie in Beziehung) die Zusammensetzung der Bakterien aus den Stuhlproben mit den Ernährungsgewohnheiten, dem Körpergewicht, dem Medikamentengebrauch und dem Genuss von Konsummitteln. Während bei Gesunden eine Darmflora mit etwa 200 Bakteriengattungen nach-

weisbar war, nahm diese Vielfalt unter negativen Einflüssen stark ab. Eine fett- und zuckerreiche Ernährung wirkte sich ebenso Milieu schädigend aus wie wiederholte Antibiotikatherapien, die Einnahme von Anti-Histaminen (Medikamente gegen Allergien), die Anti-Baby-Pille und Hormonersatz in und nach den Wechseljahren. Ein Dilemma, denn auf Antibiotika und Antiallergika kann man nicht immer verzichten, ein Umstieg von der Anti-Baby-Pille auf andere Verhütungsmethoden wird nicht auf begeisterte Resonanz stoßen, und der

> Komplexe Wechselwirkung zwischen Darmkeimen und Immunsystem

Hormonersatz in und nach den Wechseljahren wird neuerdings wieder als Mittel zur Minderung von Leidensdruck durch Wechseljahresbeschwerden beworben (www.frauenaerzte-im-netz.de/de_hormonersatztherapie-umfassende-aufklaerung-wichtig_264.html).

Symptome einer Fehlbesiedelung des Darms sind neben Bauchschmerzen und Blähungen eine erhöhte Neigung zu Infekten, sowie eine Anfälligkeit für Nahungsmittelunverträglichkeiten. Ein Forschungsteam um Prof. Tilo Biedermann vom Klinikum rechts der Isar der TU München untersuchte die Bedeutung der Darmflora für Lebensmittelallergien und belegte dabei eine komplexe Wechselwirkung zwischen Darmkeimen und Immunsystem. Das Fehlen eines Proteins namens NOD2 veränderte grundlegend die Immunreaktion des Körpers (https://www.tum.de/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/kurz/article/33376/).

Klein, aber oho!

Die therapeutische Wirkung der derzeit mit größten Hoffnungen verbundenen Checkpoint-Inhibitoren (s.o.) könnte von der Qualität der Darmflora abhängen. Darauf deuten zwei in Science veröffentlichte tierexperimentelle Studien hin (www.aerzteblatt.de/nachrichten/64776). Der Einsatz des Checkpointhemmers Ipilimumab hat als Nebenwirkung häufig eine Darmentzündung zur Folge, wobei Laurence Zitvogel vom Institute Cancérologie Gustave Roussy in Paris eine Wechselwirkung mit Darmbakterien vermutete. Nach Abtötung der Darmbakterien durch Antibiotika verschwand jedoch nicht nur die Kolitis, sondern auch die Anti-Tumorwirkung. Es gelang nun, die dafür verantwortlichen Bakterien zu identifizieren (aus der Gattung Bacteroides), und bei Fütterung der Tiere mit diesen Bakterienstämmen konnte die Medikamentenwirkung wiederhergestellt werden. Die Darmbakterien setzten T-Zellen gegen Tumorzellen in Marsch, so die Annahme. Ähnliches fand ein Team um Thomas Gajewski am Medical Center der University of Chicago: Bei Versuchen mit Checkpoint-Inhibitoren wurden zwei verschiedene Tiergruppen von unterschiedlichen Lieferanten eingesetzt, die sich in ihrer Immunantwort auf transplantierte Tumore erheblich unterschieden. Lebten die beiden Tiergruppen jedoch vor der Transplantation längere Zeit im gleichen Käfig, verschwanden die Unterschiede. Vermutet wurde ein Austausch von Darmbakterien, was sich über eine Stuhltransplantation absichern ließ.

Alte Bekannte

Das US-Team fand als verantwortliche Bakterien die Gattung Bifidobacterium, die in Form einer Zubereitung seit vielen Jahren als Probiotikum (lebende Mikroorganismen zur Verbesserung der Darmflora) eingesetzt wird. Ein attraktiver Handelsname für die neuen Alten ist auch schon gefunden: Oncobiotics sollen sie heißen, die kleinen Immunscharfmacher, das Galewski-Team gründete bereits ein Start-Up-Unternehmen zur Markteinführung. Und die Universität Chicago fungiert als Partner zur Entwicklung einer mikrobiombasierten Tumortherapie. Man darf gespannt sein!

WISSEN SCHAFFT VERTRAUEN

Aus dem Inhalt:

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

Patienteninformation zur Misteltherapie

In deutscher, englischer, spanischer und türkischer Sprache.

Kostenlos anfordern!

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

Transparenz für alle?

Die Krebsregister

VON ELISABETH BRÜNSTLER

Bereits 1926 führte der visionäre Stadtphysikus Sieveking in Hamburg eine Datensammlung zur Erfassung von Krebsneuerkrankungen und Todesfällen durch und hob damit das erste Krebsregister der Welt aus der Taufe. Der Gedanke, damit ein Instrument zur Nachsorge und Überwachung des Verlaufs von Tumorerkrankungen zu besitzen, hat seither nichts von seiner Aktualität eingebüßt. Dennoch verstrichen über 80 Jahre bis zur Schaffung gesetzlicher Grundlagen zur systematischen Datenerfassung, eine sträfliche Vernachlässigung, so der Berufsverband medizinischer Informatiker e.V. in Berlin (www.bvmi.de/medinf,historie,his_1926_01).

Klinische Krebsregister als Qualitätswegweiser Bild: Marco2811, Fotolia

> Wie häufig tritt Krebs in der Bevölkerung auf?

Was sind Krebsregister?

Ihr Auftrag besteht in einer systematischen Datenerhebung rund um Tumorerkrankungen. Diese Tumordatenbank soll der Beantwortung folgender Fragen dienen: Wie häufig tritt Krebs in der Bevölkerung auf? Welche Therapien erhalten Krebspatienten und welcher Krankheitsverlauf ist damit verbunden?

Krebsregister ermöglichen die praktische Umsetzung des im Jahr 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren erarbeiteten Nationalen Krebsplans mit dem Ziel, Krebsfrüherkennung und Versorgung von Krebspatienten in Deutschland zu verbessern. Schwerpunkte sind die Weiterentwicklung der Früherkennung, der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung, der Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung und ebenfalls der Stärkung der Patientenorientierung.

Arten von Krebsregistern

Zwei Formen von Krebsregistern werden unterschieden:

Die epidemiologischen Krebsregister ermöglichen Erkenntnisse über das Auftreten von Krebserkrankungen in der Bevölkerung und/oder in bestimmten Bevölkerungsgruppen. Wie oft kommen z.B. einzelne Krebsarten in einer Region vor? Bestehen Häufungen im Vergleich zu anderen Regionen? Worin liegen mögliche Ursachen für regionale Häufungen? Kann man sie beeinflussen? Wie ist die Verteilung in Abhängigkeit vom Alter? Welchen Einfluss haben das Geschlecht, der Lebensstil, vielleicht sogar der Wohnort? Wie wirken sich Vorsorge- und Früherkennungsprogramme auf Überlebenszeiten aus?

Eine mögliche Häufung bestimmter Krebserkrankungen an einzelnen Orten birgt politischen Sprengstoff in sich. Wer möchte dort sein Leben verbringen und seine Kinder groß ziehen, wo möglicherweise vermehrt Krebserkrankungen drohen? Die Bedeutung epidemiologischer Forschung im Bereich der Krebserkrankungen wurde im Januar 2015 auch von der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC), einer Einrichtung der Weltgesundheitsorganisation WHO mit Sitz in Lyon und vom Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Bosch Institut in Berlin betont. Im Portal des ZfKD können unter www.krebsdaten.de epidemiologische Daten zu einzelnen Krebsarten in ganz Deutschland eingesehen werden, die Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.(GEKID) ermöglicht unter www.gekid.de den Einblick in bevölkerungsbezogene Krebsregisterdaten nach Bundesland. Als beispielhaft gilt der 2016 veröffentlichte Krebsatlas des Landes Schleswig-Holstein, der in kleinräumigen Karten mit großem Maßstab für die mehr als 1000 Gemeinden des Landes die räumliche Verteilung von Erkrankungsrisiko, Überlebenszeiten und Krebssterblichkeit zeigt. Die regionalen Unterschiede seien jedoch eher gering, so Prof. Dr. Alexander Katalinic, Direktor des Instituts für Krebsepidemiologie an der Universität Lübeck. Keine Region wei-

se auffallend hohe Raten aus, jedoch gäbe es durchaus unterschiedliche räumliche Muster. Mit der Auswertung dieser Muster beginne nun die eigentliche Arbeit.

Die klinischen Krebsregister werden seit vielen Jahren von Experten und Patientenvertretern gefordert, sind jedoch bisher weit weniger etabliert als ihre epidemiologischen Partner. Kein Wunder, ist man versucht zu sagen, transportieren sie doch eine besonders heikle Botschaft: die Qualität der medizinischen Behandlung. Die Datenerhebung erfolgt hier unabhängig von der regionalen Herkunft der Patienten über die Behandlungszentren. Angestrebt ist die Qualitätssicherung in der Versorgung krebskranker Menschen und die Verbesserung der Behandlung von Tumorerkrankungen. Im Zentrum des Interesses stehen Therapievergleiche (Welche Therapie ist bei welchem Krankheitsstadium am besten geeignet?) und Therapeutenvergleiche (Welcher Therapeut oder welches Krankenhaus erzielt bei gleicher Ausgangssituation und gleicher Therapie die besseren Ergebnisse und warum?). Auch ob sich Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte an die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften halten und dies zu besseren Therapieergebnissen führt, kann mittels klinischer Krebsregister untersucht werden. Therapie- und Therapeutenvergleiche zielen ins Herz von Patientenbedürfnissen, und im Patientenalltag haben die Fragen: „Welche Therapie muss ich machen?“ und „Wo soll ich hingehen?“ absolute Priorität.

Ergebnisqualität

Ausschlaggebend für die Aussagekraft beider Krebsregisterformen ist eine möglichst lückenlose Datenerhebung (Vollzähigkeit). Gute Ergebnisse sind bei epidemiologischen Krebsregistern dann zu erwarten, wenn mindestens 90 Prozent aller Neuerkrankungen in einer Registerregion auch gemeldet werden. Bei klinischen Krebsregistern sind die Erkrankungen in der jeweiligen Therapieeinrichtung (Arzt und/oder Krankenhaus) vollzählig zu erfassen und der gesamte Erkrankungsverlauf mit allen wichtigen Informationen vollständig zu dokumentieren. Hierzu gehören Daten von der Diagnose über einzelne Behandlungsschritte, die Qualität der Nachsorge, Rückfälle, Überlebenszeit und Todeszeitpunkt. Die wissenschaftliche Auswertung vorliegender Charakteristika dient als Anhaltspunkt für die Behandlungsverbesserung bei Tumorerkrankungen, und es gilt dabei: Was erfasst wird bestimmt das Ergebnis.

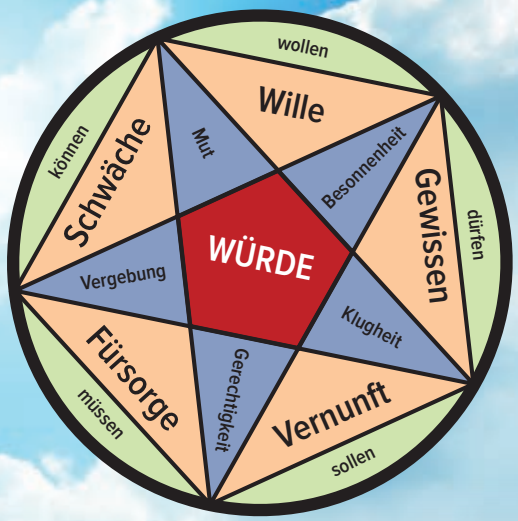
Wer kriegt die Krebsdaten? Bild: Markus Läbe

Offizieller Auftrag

Im April 2013 trat das Bundeskrebsregisterdatengesetz (BKRG) in Kraft. Es sieht die flächendeckende Einrichtung klinischer Krebsregister durch die Länder vor, womit den Bundesländern die Aufgabe des Aufbaus klinischer Krebsregister zukommt. An den Aufbaukosten dieses Mammutvorhabens beteiligt sich bis zu 90 Prozent die deutsche Krebshilfe. Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) fördern den Betrieb klinischer Krebsregister mit einer Fallpauschale, wobei jährlich mit einem Kostenvolumen von knapp 60 Milliarden Euro geplant wird. Private Krankenversicherungen und Beihilfekassen haben eine vergleichbare Kostenbeteiligung zugesagt. Aus Patientensicht eine nachhaltige und sinnvolle Investition.

Kompetenzgerangel bremst

Zur Umsetzung ihres Auftrags müssen die Bundesländer laut Bundesgesetz zunächst ein eigenes Krebsregistergesetz verabschieden. Bis Ende 2017 sollte jedes Bundesland über ein arbeitsfähiges klinisches Krebsregister verfügen, zu Beginn 2016 hatten jedoch 12 von 16 Bundesländern noch nicht einmal das erforderliche Gesetz verabschiedet. Gestritten wird über den Sitz der klinischen Krebsregister, und gestritten wird über die Datenhoheit. Ärzte und Kliniken möchten die Daten unter ihrer Oberhoheit behalten und nicht an eine ausgelagerte Instanz übermitteln. Die vom Spitzenverband der Krankenkassen festgelegten Förderkriterien sehen jedoch die Unabhängigkeit der Länderkrebsregister von Ärzten, Kliniken und den Standesorganisationen vor. Sollen regionale Krebsregister auf- und ausgebaut werden, oder ist ein zentrales Krebsregister pro Bundesland sinnvoller, ein weiterer Streitpunkt. Und am Ende steht vermutlich der Streit der Patienten um das Recht auf Einsichtnahme. Deshalb ein Appell an unsere Ärzteschaft: Schicken Sie unsere Daten ans Register, wir brauchen sie.



Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Braucht die Medizin eine neue Ethik?

VON DR. MED. BACH-TUYET STOECKICHT-NGUYEN

Es scheint, als ob in unserer heutigen Gesellschaft ein gesteigerter „Ethik-Bedarf“ bestünde, denn der Ruf nach Ethik wird in allen gesellschaftspolitischen Bereichen lauter.

Was ist Medizinethik?

Ethik ist die Lehre bzw. Theorie vom sittlichen Handeln gemäß der Unterscheidung von gut und böse.[1] Ethik stellt Moral zur Diskussion. Ethik ist Nachdenken und Reden über Moral. Ethik kann den Menschen schwierige Entscheidungen nicht abnehmen, sie kann jedoch dazu beitragen, die Last der Entscheidung zu verringern.

Die Medizinethik beschäftigt sich mit moralischen Aspekten bei Fragestellungen und Konflikten im gesamten Gesundheitswesen. Es betrifft nicht nur die allgemeine medizinische Versorgung, sondern auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient, die Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns, die medizinische Forschung und die Verteilung der Gesundheitsgüter.

Hippokrates und die ärztliche Ethik

Mit diesem medizinischen Neuland kommt neue Unsicherheit auf, weil bisherige, allgemein anerkannte ethische Prinzipien ihre Verbindlichkeit verlieren und der Umgang mit neuen Problemen nach Antwort verlangt.

Die Medizinethik ist zweifelsohne so alt wie die Medizin und die Heilkunst selbst. Wenn heute die Bedeutung der Medizinethik so betont wird, könnte es daran liegen, dass das Misstrauen der Menschen gegenüber medizinischer Forschung, die Angst vor Verlust an Menschlichkeit, die Wertverletzung durch die modernen Gentechnologien oder die Verunsicherung im Umgang mit modernen Medizintechniken neue ethische Fragen aufwerfen.

Der Hippokratische Eid, benannt nach dem griechischen Arzt Hippokrates von Kos, galt seit der Antike (ca. 4. Jahrhundert v. Chr.) als erste grundlegende Formulierung der ärztlichen Ethik. Der Arzt soll nach dem Prinzip „primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare“ handeln, also: erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen. In der Zeit des Nationalsozialismus haben viele Ärzte gegen Grundsätze ärztlicher Ethik verstoßen und schlimmste Verbrechen begangen. Der Weltärztebund hat 1948 in der Genfer Deklaration die ethischen Grundsätze neu formuliert – woraus das Genfer Ärztegelöbnis entstand. Dieses soll eine zeitgemäße Version des Eids des Hippokrates darstellen und wurde mehrmals revidiert, zuletzt 2006 und bildet auch heute die Grundlage der Berufsordnung der Ärztekammer in Deutschland.

Als klassisches Prinzip der Medizinethik gilt weltweit das Vier-Prinzipien-Modell nach Beauchamp u. Childress (1979):

1. Respekt vor der Autonomie des Patienten, 2. das Nicht-Schaden-Prinzip, 3. das Prinzip der Fürsorge und Hilfeleistung und 4. das Prinzip der Gleichheit und Gerechtigkeit.

Rund 40 Jahre später, haben sich die Rahmenbedingungen für Ärzte nachhaltig geändert. Neben der Rolle als Heiler und Helfer unterliegen sie heute in ihren Entscheidungen vielfachen ökonomischen und administrativen Zwängen, die es schwieriger machen, die wesentlichen Werte des Arztberufes in Klinik- und Praxisalltags noch zu leben.

Arzt und Patient in Kommunikation

Zusätzlich spielt der Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses von einem traditionellen, paternalistischen Charakter zu einem gleichberechtigten, einem partnerschaftlichen Verhältnis eine entscheidende Rolle. Der Arzt als ehemaliger „Übervater“ oder „Gott in Weiß“ bestimmte oder wusste früher, was das Beste für den Patienten war. Heute steht er einem autonomen Patienten gegenüber, der das Recht auf alle Informationen über seinen Zustand und die Möglichkeiten der Therapie hat. Die Medizin der Zukunft ist eine kommunikative, eine sprechende Medizin. Das Partnerschaftsmodell verpflichtet den Arzt zu einer Teilhabe am Entscheidungsprozess, er berät die Patienten und begleitet deren Entscheidungsprozesse und fördert dabei die Selbstbestimmung seiner Patienten.

Obwohl Heilkunst vor allem auf einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung beruht, lassen sich im medizinischen Alltag Konflikte zwischen Fürsorge und Schadenvermeidung einerseits (z.B. bei der Chemotherapie oder Bestrahlung) und Selbstbestimmung des Patienten (z.B. Al-

kohol oder Tabakkonsum) andererseits nicht immer vermeiden. Jeder Mensch hat das Recht, ein Leben seiner Wahl zu führen. Dies schließt auch eine Lebensführung ein, die Risiken birgt oder Schaden verursacht.

Im Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Praxis

Ärzte sollen die Selbstbestimmung der Patienten achten, das richtige Maß der Therapie finden - und zudem noch wirtschaftlich handeln. Das Spannungsverhältnis zwischen ethischem Anspruch und der Realität im Praxisalltag wird größer. Politik und Gesellschaft suchen nach brauchbaren Maßstäben und verlässlichen Orientierungshilfen für das menschliche Handeln, um Unterstützung bei der Lösung von schwierigen ethischen Entscheidungen anzubieten – sei es zu Beginn des menschlichen Lebens, im Laufe schwerer Erkrankungen oder am Lebensende.

Der Arzt muss ständig abwägen zwischen dem, was medizinisch und technisch machbar ist, und dem, was menschlich und ärztlich vertretbar und sinnvoll ist. Jeder Arzt, jede Ärztin fällt täglich ethische Entscheidungen. Die Frage nach der „besten Therapie“ unter den gebotenen, oder wie man die Patientenautonomie wahren und trotzdem gemeinsam mit dem Patienten eine angemessene Entscheidung für oder gegen eine Therapie treffen kann, sind nur zwei Fragen von vielen. Daneben gewinnt der Gedanke der Wirtschaftlichkeit immer größere Bedeutung. Jeder Arzt, jede Ärztin fühlt sich somit mehreren Werten verpflichtet und gerät beim Treffen schwieriger Entscheidungen oft in eine Grenzsituation.

Welche ethischen Ansprüche haben Patienten?

Das Selbstbestimmungsrecht der Patienten ist, wie schon erwähnt, ein zentrales Anliegen. Seine Einwilligung in eine Therapie setzt eine gute Aufklärung voraus, die in der Praxis leider nicht immer oder oft

Dr. Bach-Tuyet Stoeckicht-Nguyen Bild: J. Schnabel

nur zu kurz stattfindet, weil es an Zeit und Personal mangelt.

Medizin ist jedoch nicht alles: Patienten wollen auch menschlich gut behandelt werden und einen gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. Eine Leistungsbegrenzung verletzt den Grundsatz der Gleichbehandlung. Dennoch soll jeder

> „Patienten wollen auch menschlich gut behandelt werden

Patient mehr Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen, um das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem nicht überzustrapazieren. Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie gewährt dem Patienten ein Abwehrrecht, d.h. kein Eingriff gegen seinen Willen – andererseits besteht kein Anspruchsrecht auf Therapien seiner Wahl, wenn keine medizinischen Indikationen vorliegen und finanzielle Rahmenbedingungen das nicht erlauben.

Ein guter Arzt braucht Mut

Medizin ist Teil unserer Gesellschaft und wird von der gesellschaftlichen Gesamtsituation beeinflusst. Dank der modernen Medizin einerseits leben die Menschen heutzutage länger und gesünder. Die Menschen verdrängen Krankheit und Tod, sie sind sich der Erfolge der Medizin so sicher und werden zwangsläufig immer wieder enttäuscht.

Auf der anderen Seite bewirken aber zunehmende Technisierung und Spezialisierung der Medizin, dass viele Menschen eine misstrauische Einstellung zur modernen Schulmedizin entwickelt haben und sich mehr und mehr der Naturheilkunde und alternativen Heilmethoden zuwenden. Wünschenswert wäre es, dass Schulmedizin und Komplementärmedizin sich sinnvoll ergänzen und nicht bekämpfen, denn die Erfahrung hat gezeigt, dass die konventionelle Behandlung bei Patienten mit chronischen Erkrankungen ihre Beschwerden oft nicht ausreichend lindert und durch die komplemetäre Heilkunde, sehr wohl Nebenwirkungen reduziert und Symptome gelindert werden können.

Ärzte und Ärztinnen müssen ihrerseits die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstkritik stärken, den Weg zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise zurückfinden und den ganzen Menschen in seinem persönlichen Umfeld sehen.[2] Bernard Lown, weltbekannter Kardiologe, Wissenschaftler und Friedensnobelpreisträger hat bereits im Jahre 1996 in seinem Buch „Die verlorene Kunst des Heilens – Anleitung zum Umdenken“ ein neues Paradigma propagiert: eine Medizin mit menschlichem Gesicht, in der das Verhältnis von Patient und Arzt ebenso wichtig ist, wie das Beherrschen moderner medizinischer Technik. Ein guter Arzt braucht Mut, um zu seinen Idealen zu stehen und den wahren Auftrag der Heilkunst zu verteidigen. Lown geht sogar mit seiner These noch weiter: Wenn der Markt die Medizin beherrscht, dann ist der Patient nur noch ein Produkt.[3]

Quellen:

1: http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/ethik.html
2: Bernhard Lown: Die verlorene Kunst des heilen: Anleitung zum Umdenken, Suhrkamp Verlag, 2002 (Originaltitel: The Lost Art of Healing: Practicing Compassion in Medicine, 1996)
3: B. Lown: Heilkunst: Mut zur Menschlichkeit (Wissen & Leben), Schattauer Verlag, 2015

Vom Umgang miteinander

Ethik in der Kommunikation

VON GERTRUD RUST

Zeit kostet Geld, und Geld geht verloren, wenn ein Zeitaufwand nicht angemessen vergütet wird. Bezahlt wird viel im Medizinbetrieb, leider scheint die Zeitinvestition für ein ausführliches Patienten-Arztgespräch zu den weniger „wertvollen“ Leistungen zu gehören. Die „sprechende Medizin“ lässt sich schlecht abrechnen, obwohl das Gespräch genau der Teil der Behandlung ist, der beim Patienten ein Therapie entscheidendes Vertrauen erzeugt, so die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Erzeugen könnte, ist hier anzufügen, denn Vertrauen bildet sich über Gesprächsqualität. Diese lässt sich allerdings schlecht erfassen und abrechnen, mit mehr Geld pro Zeit allein ist es somit noch nicht getan. Der Deutsche Ethikrat sorgt sich um das Patientenwohl in Krankenhäusern, viel müsse sich im Krankenhausalltag ändern, zuallererst die Kommunikation (Dtsch Arztebl 2016; 113(15): A-700 / B-591 / C-583). Der G-BA-Vorsitzende Prof. Josef Hecken entdeckt den Patienten in seiner Ganzheitlichkeit und fordert zur Steigerung der Lebensqualität mehr Berücksichtigung psychischer und sozialer Patientenbedürfnisse von den Ärzten. Genau!

Was brauchen wir?

Eigentlich nichts Neues. Denn bereits in den gültigen S3-Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms wird eine patientenzentrierte (Berücksichtigung der Erlebniswelt des Patienten) Kommunikation empfohlen, um eine gemeinsame Therapieentscheidung zu ermöglichen (Seite 18). Die Rede ist von Empathie und aktivem Zuhören, vom direkten und einfühlsamen Ansprechen schwieriger Themen, von der Vermeidung medizinischen Fachvokabulars bzw. dessen Erklärung, von der Wiederholung und der Zusammenfassung wichtiger Informationen, von der Ermutigung zur Fragestellung und zum Ausdruck von Gefühlen. Auch das Angebot weiterführender Hilfe wird erwähnt. Wunderbar! Wer nach Leitlinien handelt, stellt sicher, dass Leistungen abrechenbar sind. Im Prinzip! Eine verhaltenssteuernde Rolle übernimmt dabei wohl die Höhe der Vergütung für eine Leistung. Dies wäre zumindest eine (von mehreren) Erklärung für die ärztlichen Klagen, derartige Gespräche seien wegen Zeitmangel kaum möglich, zumindest nicht bei gesetzlich Versicherten. Eine gelingende ärztliche Gesprächsführung setzt jedoch auch eine hohe kommunikative Kompetenz voraus, deren Inhalte bislang nicht verpflichtender Teil der medizinischen Ausbildung sind. Die Arbeitsgemeinschaft KIM (Kommunikation und Interaktion in der Medizin, www.kim-berlin.net) bietet dafür in Kooperation mit der Abteilung für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum Fortbildungsmöglichkeiten zu Aspekten der Ethik und Kommunikation an. Wer möchte, könnte also.

Ethik im Gespräch

Kommunikationsethik beruht auf drei grundlegenden Prinzipien: einmal der Anerkennung des Anderen als Subjekt, d.h. als der Person, um die es geht, zum anderen der Öffnung der Kommunikation auf eine grundlegende Übereinstimmung hin (hier: gemeinsame Entscheidungsfindung) und drittens der Gewährung eines sprachlichen Darstellungsraums: Man lässt das Gegenüber zu Wort kommen. Findet ein Gespräch widerspruchsfrei (eindeutige Aussagen) und konsistent (stimmig) statt, ist es wahrhaftig und argumentativ (auf sachlichen Argumenten beruhend), sowie fair, d.h. die Gesprächsteilnehmer erkennen sich als gleichberechtigt an, sprechen unabhängig von äußeren Zwängen transparent (nachvollziehbar) und offen miteinander, dann sind die Grundlagen ethischer Kommunikation erfüllt. So baut sich ein Vertrauensverhältnis auf, das nicht auf Über- und Unterordnung und damit überholten paternalistischen (autoritären) Prinzipien beruht. Eigentlich sollte das möglich sein, die Hürden scheinen nicht unüberwindbar. Voraussetzung ist allerdings die Achtung

der Menschenwürde im allgemeinen und der Patientenwürde im besonderen, mithin des Rechts auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit (Prinzip der Autonomie). Ein ganz besonders heikles Problemfeld, das mit der Annahme oder Ablehnung diagnostischer und/oder therapeutischer Vorschläge beginnt und mit dem Einholen einer Zweitmeinung endet. Nun sind Ärzte/-innen gemäß des Fürsorgeprinzips zur Förderung des Patientenwohls und zur Schadensabwendung jedoch zu aktivem Handeln verpflichtet. Dies kann mit dem Patienten-Selbstbestimmungsrecht kollidieren, denn was wohl tut und was Schaden verursacht, darüber können Betroffene durchaus ihre ureigene Meinung haben. Hier wäre die leitliniengerechte Aufklärung vonnöten (s.o.), leider versteht ein Großteil der Patienten/-innen noch nicht einmal den Entlassbrief aus dem Krankenhaus, weiß nichts über die vorliegenden Tumoreigenschaften, welche Medikamente sinnvoll sind und wie sie wirken. Ein Gespräch nach ethischen Prinzipien konnte also nicht vorausgegangen sein.

Kommunikationsalltag

Eine gute Patienten-Arzt-Beziehung gilt als bedeutsam für den Krankheitsverlauf, den Gesundungswillen und den Behandlungserfolg. „Heilende Worte“ erzeugen eine starke Wirkung, sie können die Gesundung fördern oder im negativen Fall kränken, verletzen und psychosomatische Beschwerden hervorrufen (https://de.wikipedia.org/wiki/Sprechende_Medizin). Patientenfragen überhören, ignorieren, belächeln, Computercheck nebenbei, all das frustriert Kranke. Untersuchungen ergaben, dass Patienten bei ihrer Vorstellung bereits nach durchschnittlich 15 Sekunden unterbrochen werden. Hört ein Arzt/eine Ärztin jedoch zunächst wenigstens eine Minute lang zu, steigt die spätere Patientenzufriedenheit erstaunlich an (https://de.wikipedia.org/wiki//Medizinethik).

Therapietreue

Ärzte beklagen oft die mangelnde Therapietreue von Patienten/-innen, die jedoch als „hausgemacht“ gilt und der geringen ärztlichen Überzeugungskraft infolge unverständlicher Fachausdrücke zugeschrieben wird. Ronald M. Epstein, Professor für Familienmedizin, Psychiatrie und Onkologie am Medical Center der Universität Rochester, USA, sieht die Gründe dafür in dem Wunsch von Medizinern nach fachlicher Abgrenzung, dem Bedürfnis, sich hinter „geheimnisvollen“ Begriffen zu verstecken und im Hang zu eitler Selbstdarstellung. Soweit muss man gar nicht gehen, es würde genügen, Patienten als Mitglied des Behandlungsteams zu verstehen, wie am Deutschen Krebskongress 2016 gefordert wurde. Und sogar im klinischen Standardlexikon Pschyrembel gilt die „angemessene Sprachfindung“ im Patientenumgang als ein wesentliches Kennzeichen für einen guten Arzt.

ANZEIGE

Krebstherapie: Nebenwirkung:
„Scheidentrockenheit“

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

Trockenheitsgefühl, Juckreiz, Brennen, Schmerzen im Vaginalbereich 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

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

Ein Lebenselixir

Hoffnung gegen Angst

VON ELISABETH BRÜNSTLER

Von Angst, Anpassungsschwierigkeiten und Depressionen ist nahezu ein Drittel an Krebs erkrankter Menschen betroffen, besonders gefährdet sind u.a. Brustkrebspatientinnen (Mehnert et al.; JCO, doi: 10.1200/JCO.2014.560086;2014). Im Vordergrund steht die Belastung durch Angst vor der Krankheit, der durchzustehenden Therapie und einem viel zu frühen Lebensende. Ein allgegenwärtiger Dauerstress mit nachteiliger Wirkung auf das Immunsystem, wie aus den Forschungsergebnissen der Psychoneuroimmunologie bekannt ist. Ergänzend liefert die Placeboforschung seit vielen Jahren Hinweise zur mächtigen Kraft von Vorstellungen auf die Wirksamkeit von Medikamenten und Nichtmedikamenten (Jo Marchant: Heilung von innen, ISBN: 978-3-499-61935-8, 2016). Jo Marchant ist „wissenschaftlich unverdächtig". Als Medizinerin, promoviert in Mikrobiologie und Genetik, war sie etliche Jahre für das weltweit renommierte Wissenschaftsmagazin „Nature" tätig und ist derzeit Fachberaterin für das Magazin „New Scientist". Der evidenzbasierten Medizin verpflichtet, lautet dennoch der Untertitel ihres Buches: Die neue Medizin der Selbstheilungskräfte. Und sie schreibt einen besonders bemerkenswerten Satz: „Wenn es um die Gesundheit geht, neigt die Schulmedizin dazu, die Wirkung des Geistes auf den Körper zu negieren, oder zumindest herunter zu spielen" (Seite 16, Zeile 3). Was wir denken und empfinden, wie wir eine Lage einschätzen und beurteilen, kann jedoch erheblichen Einfluss auf physiologische Abläufe (physikalische und biologische Vorgänge in Zellen, Geweben und Organen) entfalten, nach wie vor leider ein immer noch meist misstrauisch beäugter Sachverhalt. Forscher des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf fanden in einer Studie jedoch eine deutliche Beeinflussung des Auftretens von Nebenwirkungen durch die Erwartungshaltung der Betroffenen (Ann Oncol (2016) doi: 10.1093/annonc/mdw266). Rechneten Brustkrebspatientinnen vor einem Behandlungsbeginn mit Tamoxifen mit mehr und stärkeren Nebenwirkungen, traten diese nach zwei Jahren fast doppelt so häufig auf wie bei Frauen mit positiveren Erwartungen. Hier wirkt etwas, das sich wohl (noch) nicht im Sinn der evidenzbasierten Medizin darstellen lässt, sehr wohl jedoch sicht- und beobachtbar ist.

Hoffnung ist positive Erwartung

Eine neuere Pilotstudie am Universitätsklinikum Essen unter Leitung von Manfred Schedlowski, Professor für Medizinische Psychologie und Verhaltensbiologie, befasste sich mit der Heilkraft der Vorstellung (Kontakt: manfred.schedlowski@uk-essen.de, www.uk-essen.de/medizinische-psychologie). Zwar ist von einer positiven Vorstellungskraft schwer Erkrankter per se keine Wunderheilung zu erwarten, jedoch kann eine Medizin, die mit der Gedankenkraft von Patienten arbeitet, Symptome reduzieren, die Medikamentenwirkung verbessern, die Lebensqualität erhöhen und den Heilungsprozess durch eine Anregung des Immunsystems fördern. Wie finden wir jedoch zu dieser heilsamen Einstellung, und wie erlangen wir Kontrolle über unsere Lebensängste? Prof. Nicole Ernstmann (nicole.ernstmann@ukb.uni-bonn.de) von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Bonn, Abtlg. Gesundheitskommunikation, betont, dass vor allem eine gute Information über die Erkrankung die Angst lin-

dert. Für die Lebensqualität sei eine angemessene medizinische Aufklärung enorm wichtig: „Wir können Brustkrebspatientinnen unbegründete Ängste nehmen, indem wir sie besser über ihre Krankheit informieren“, so Ernstmann. Die Veröffentlichung der Studie mit 455 Studienteilnehmerinnen erfolgte in Patient Education and Counseling (2016) May; 99(5):855-62. DOI: 10.1016/j.pec.2015.12.012.

Angstlinderung durch Wissen?

Das „Fassungsvermögen“ für medizinische Informationen kann von Patientin zu Patientin allerdings sehr unterschiedlich ausfallen. Von „die ganze Wahrheit auf einmal und sofort“, bis zur Aufteilung von Informationen in unterschiedlich große Wissensportionen mit einer langsamen Annäherung auch an Furcht auslösende Inhalte, sind recht unterschiedliche Bedürfnislagen vorhanden. Hier bedarf es einer empathischen Arzt-Patienten-Kommunikation, um nicht mehr als das zu übermitteln, was gerade ertragen werden kann. Nicht dazu gehören hier ärztliche Prognosen, die bisweilen sogar ungefragt ausgesprochen werden, zumindest dann nicht, wenn sie „trübe Aussichten“ beinhalten. Schlechte Prognosen zerstören Hoffnung, gute Prognosen bauen auf. Dennoch „sind Prognosen schwierig, vor allem, wenn sie die Zukunft betreffen“, das hat Karl Valentin treffsicher erkannt. Wieso also den Blick auf eine ungewisse Zukunft richten, statt sich intensiv mit dem real vorhandenen Leben zu beschäftigen und dieses, wenn möglich, zu genießen? Es muss dabei nicht immer das „große Programm“ sein, es genügt, Freude zu empfinden, Genuss an der Natur, am Zusammensein mit Freunden, an Musik und was sonst noch gefällt. Freude lindert Angst und macht Hoffnung.

Hoffnung vermitteln

Patienteninterviews zeigen, dass die Aufrechterhaltung oder Vermittlung von Hoffnung einen elementaren, aber auch empfindlichen Balanceakt im Rahmen der Krankheitsverarbeitung darstellt (Ärztliches Handeln in der Psychoonkologie: zur Vermittlung von Hoffnung; Ärztliche Psychotherapie 2015; 10: 156-160). Hoffnung gilt für an Krebs Erkrankte als wichtige Ressource und hat eine grundlegende Bedeutung für die Arzt-Patient-Beziehung. Hoffnung zu haben oder zu verlieren betrifft den Kern des Erlebens und damit die entscheidende Kraft zur Fähigkeit und Bereitschaft, eine offene Zukunft mitzugestalten. Hoffnung kann gemessen und durch psychoonkologische Maßnahmen gefördert werden. Am meisten Hoffnung machen jedoch Krankheitsgeschichten, in denen „austherapierte Kranke mit schlechter Prognose“, schulmedizinisch unerhört, einfach weiter lebten und in einen neuen Lebensabschnitt eintraten. Diese Menschen gibt es, hoffen wir, dass wir dazu gehören.

Brustwiederaufbau
mit Qualitätsimplantaten aus Deutschland

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

www.brustrekonstruktion.info

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

MADE IN GERMANY

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

POLYTECH
health & aesthetics

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

polytechhealth.de @polytechhealth user/polytechhealth

Zwei-Klassen-Medizin

Die ‚Besonderen' und die ‚Normalen'

VON ULLI KAPPLER

Die gute Nachricht: Deutschland steht im Vergleich 2015 der europäischen Gesundheitssyteme auf Platz 7. 2005 war es nur Platz 14. Alljährlich bewertet die schwedische Nichtregierungsorganisation ‚Health Consumer Powerhouse' die Qualität der Gesundheitsversorgung 35 europäischer Länder anhand 48 verschiedener Kriterien und veröffentlicht die Ergebnisse im Euro Health Consumer Index (EHCI). Die Niederlande belegen seit Jahren Platz eins. (Quelle: Euro Gesundheit Verbraucherindex 2015) http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf

Kritikwürdig ist am deutschen Gesundheitssystem u.a. die Vielzahl kleiner, nicht spezialisierter Kliniken, positiv ins Gewicht fallen dagegen die gute Versorgung und Behandlung von Krebspatienten und kurze Wartezeiten bei Arztterminen. Genau dies wird von gesetzlich Versicherten in Deutschland jedoch häufig bemängelt.

Bild: Erik Lam, Fotolia

Kassen- und Privatkrebse

Die leitliniengerechte Brustkrebsbehandlung ist - gemessen an vielen anderen Ländern der Welt – hervorragend, jedoch existiert ein Unterschied zwischen ‚Privat' und ‚Kasse'. Selbstironisch sagen „Gesetzliche" daher gelegentlich: „Ich habe eben einen Kassenkrebs." Das klingt bitter und ist zu hören, wenn Privatversicherte beiläufig von einer Ganzkörper-MRT als Verlaufskontrolle berichten.

Eine regelmäßige Bildgebung, die Bestimmung von Tumormarkern oder des Vitamin D3-Wertes müssen die ‚Kassenkrebse' entweder erkämpfen oder selbst bezahlen. Und Klagen von Kassenpatienten über Wartezeiten auf Arzttermine sind keine Hirngespinste, sondern häufige Realität. Denn freundliche Anrufbeantworter in Praxen fragen schon mal: „Möchten Sie einen Termin in unserer privatärztlichen Sprechstunde? Dann drücken Sie bitte die Taste eins. Ansonsten drücken Sie bitte die Taste zwei."

Natürlich werden auch gesetzlich Versicherte behandelt - aber die Tastenwahl lässt eine Ungleichbehandlung zumindest in Sachen Terminvergabe vermuten. Auch ist das Wartezimmer für Privatpatienten noch nicht ausgestorben, Kaffeeautomat und Kekse inbegriffen. Glaubt man den Aussagen einiger Ärzte, dass über Privatpatienten auch Kassenpatienten finanziert würden, wäre die Sonderbehandlung fast noch verständlich – wenn auch nicht entschuldbar. Dass „Privatrechnungen" für gleiche Untersuchungen und gleiche Arbeit den 1,8- bis 3,5-fachen Betrag von „Kassenrechnungen" ausweisen, lässt die Beliebtheit von Privatpatienten erahnen. Fakt ist: Im Jahr 2013 flossen 28,6 Milliarden Euro von Privatversicherten in das Gesundheitssystem, mehr als fünf Milliarden kamen den Arztpraxen zu Gute. Dies ermöglichte Praxisinvestitionen – von medizinischen Geräten bis zu mehr Personal. Davon profitiert jeder Patient, der in die Praxis kommt. (Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), 2013/ https://www.pkv.de/service/broschueren/positionen/fakten-gegen-die-buergerversicherung/)

„Zwei-Klassen-Medizin" ist ein negativ besetztes politisches Schlagwort und bezeichnet ein Gesundheitssystem, in dem die Güte der medizinischen Versorgung von der Versicherungsart abhängt. (http://de.wikipedia.org/wiki/Zweiklassenmedizin.) Die Beispiele zeigen die Berechtigung dieser Kritik bei der Krebsnachsorge und der Terminvergabe - ist sie jedoch auch bei therapeutisch notwendigen Behandlungen angebracht?

Interessante Zahlen:

Laut Gesundheitsreport 2016 des Instituts für Demoskopie Allensbach im Auftrag des Finanzdienstleiters MLP (Auszug)

- verzichteten 45 Prozent der Krankenhausärzte aus Budgetgründen schon auf medizinisch angeratene Behandlungen
- nannten 44 Prozent der Ärzte in Einzelfällen einen Verzicht auf therapeutische Maßnahmen aus Kostengründen

- vermuteten 40 Prozent der Bürger eine Vorenthaltung von Behandlungen oder Medikamenten aus Kostengründen
- befürworten 75 Prozent der Bevölkerung das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung vor Operationen
- stimmen 92 Prozent der Ärzte dem Recht auf eine Zweitmeinung für bestimmte Operationen zu
- klagen 68 Prozent der Krankenhausärzte über Personalmangel.

(https://mlp-ag.de/presse/pressemitteilungen/2016/mlp-gesundheitsreport-2016-mehrleistungen-reichen-buergern-nicht-aus-aerzte-beklagen-versorgungsluecken/)

Alternative: der Büchsenpfennig?

Unser vergleichsweise hoch entwickeltes Gesundheitswesen hat seinen Ursprung vor rund 500 Jahren, lange vor Bismarcks Sozialgesetzgebung 1883. Bergleute gaben damals einen kleinen Teil ihres Lohnes ab, um arme oder kranke Bergarbeiter und ihre Familien zu unterstützen – den sogenannten Büchsenpfennig. Auf diesem Solidarprinzip beruht auch unsere heutige gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die Beitragshöhe bemisst sich nach den Einkünften des Beitragszahlers – 2016 liegt sie bei 14,6%, die je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezahlt wird. Dafür erhält der Versicherte im Krankheitsfall von den GKVen vorgegebene Leistungen. Der Leistungsanspruch ist vom Beitragsniveau oder dem Alter unabhängig, jedoch muss eine ärztliche Behandlung wirtschaftlich sein und darf das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreiten. Bei möglichen Alternativen erstattet die Kasse nach dem Minimalprinzip lediglich jene Behandlung, die mit dem geringsten Aufwand Erfolg verspricht. (www.sueddeutsche.de/geld/krankenkassen-wie-sich-die-gesetzliche-von-der-privaten-versicherung-unterscheidet-1.1498881)

Die private Krankenversicherung (PKV) berechnet die Beiträge dagegen einkommensunabhängig, sie bemessen sich nach der gewünschten Leistung, dem individuellen Risiko und u.a. dem Alter. Jung zahlt weniger als Alt. Der Höchstbeitrag im Basistarif einer PKV liegt 2016 bei 665,29 Euro/Monat. (https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/so-funktioniert-die-pkv/basistarif/) Mit knapp 8.000 €/Jahr bin ich also leistungsmäßig vergleichbar versichert wie in der GKV, nicht gerade ein Schnäppchen.

Schwieriges Thema – persönliche Überlegungen

Bürgerversicherung oder Zwei-Säulen-Prinzip, GKV und PKV? Keine ‚Besonderen' mehr, nur noch ‚Normale', wie SPD, Grüne und Linke dies fordern? Würde eine Einheitsversicherung den Allgemeinstandard auf Privatversichertenniveau anheben und Ärzte zufriedenstellend bezahlen? Oder wäre mit einem Absinken des Gesamtstandards auf heutiges ‚Normalniveau' zu rechnen? Wäre „Frieden im Land", wenn (fast) allen unter Verzicht auf das Optimum das Gleiche zustünde? Mit Zusatzversicherungen für Menschen, die es sich leisten können? Wäre das keine Zwei-Klassen-Medizin? Käme es zu Praxisschließungen infolge mangelnder Rentabilität? Oder würde die Finanzierung teurer neuer Medikamente und Geräte die Beiträge für alle in die Höhe treiben? Klar ist: Das Bevölkerungsalter steigt, Zivilisationskrankheiten nehmen zu, und die gesetzlichen Krankenkassen klagen über horrende Kosten. Was könnte die Politik tun? Präventions- und Ursachenforschung vermehrt fördern, zum Beispiel.

ANZEIGE

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
Ein Unternehmen der Paul Gerhardt Diakonie

Brusterkrankungen individuell diagnostizieren und behandeln

- modernste Diagnostik und Therapie von Brusterkrankungen
- individueller in der Tumorkonferenz abgestimmter Behandlungsplan
- onkologische Pharmazeutin berät zu Arzneimitteln
- Brustkrankenschwestern und onkologische Fachschwestern
- Wiederaufbau der weiblichen Brust und ästhetische Brustchirurgie
- Begleitung durch Psychoonkologinnen
- Behandlung nach qualitätsgesicherten Standards und internationalen Leitlinien
- Teilnahme an Studien

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Onkologisches Zentrum
DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Brustkrebszentrum

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau | Brustzentrum
Chefärztin Dr. med. Martina Dombrowski | Telefon 030 3702-1616
brustzentrum.waldkrankenhaus@pgdiakonie.de | Stadtrandstraße 555 | 13589 Berlin

Endlich!

Neuer Darmkrebstest

VON GERTRUD RUST

Mit weit über 28.000 Neuerkrankungen im Jahr 2012 liegt Darmkrebs bei Frauen nach Brustkrebs an zweiter Stelle. Zwar liegt die Schätzung für 2016 etwas niedriger (knapp 27.600) und deutet damit eine sinkende Tendenz an, jedoch besteht kein Anlass zur Sorglosigkeit. Wie bei allen Krebsarten bietet auch bei Darmkrebs eine optimale Früherkennung die besten Überlebens- und Heilungsaussichten. Anlässlich des Todes von Felix Burda, der im Jahr 2001 mit nur 33 Jahren an Darmkrebs verstarb, wurde die Felix Burda Stiftung gegründet. Seit Beginn setzt sich die Stiftung für eine verbesserte Früherkennung ein, und eine langjährige Forderung bestand in der Ablösung des 40 Jahre alten Guajak- Stuhltests (gFOBT / FOBT = fecal occult blood test) durch einen immunologischen Stuhlbluttest (iFOBT).

Vor kurzem war es endlich soweit: Mit Beschluss des G-BA (Gemeinsamer Bundesauschuss) ersetzt ab 1. Oktober 2016 der iFOBT den gFOBT (Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 8. 7. 2016). Bereits 2013 belegte der Epidemiologe Prof. Dr. Hermann Brenner von der Abteilung Klinische Epidemiologie und Alternsforschung des DKFZ Heidelberg in einer Studie die Überlegenheit eines immunologischen Stuhltests gegenüber dem üblichen enzymatischen Verfahren: Immunologische Tests fanden rund dreimal so viele Krebsvorstufen und etwa doppelt so viele Krebserkrankungen (Pressemitteilung des DKFZ Nr. 32, 27. 5. 2013). Dennoch verstrichen drei weitere Jahre, bis der in vielen europäischen Ländern bereits zum Standard zählende iFOBT nun auch in Deutschland von den Kassen erstattet wird.

Will gut Ding Weile haben? Bild: Dickov, Fotolia

Der Alte

Bei beiden Testverfahren geht es um die Erfassung von okkultem (verborgenem) Blut im Stuhl. Beim enzymatischen Guajak-Test wurden Stuhlproben auf mit Guajakharz imprägnierten Filterpapieren aufgebracht und anschließend mit Wasserstoffperoxid beträufelt. Bei Anwesenheit von Blut im Stuhl bildete sich Guajakblau: Das Wasserstoffperoxid bewirkte mit Hilfe der enzymatischen (unterstützenden) Eigenschaft des Blutfarbstoffs Hämoglobin eine Blaufärbung der im Guajakharz enthaltenen Guajakonsäure.

> „Ernähre Dich reich an Gemüse und Obst, und der Guajak-Test funktioniert nicht mehr

Die Empfindlichkeit dieses Tests betrug für Kolonkarzinome jedoch nur 20 bis 40 Prozent, für Darmpolypen noch weniger. Nur durch Testwiederholungen in regelmäßigen Abständen wäre diese Quote zu verbessern gewesen. Zudem war das Ergebnis extrem störanfällig: falsch positive Befunde, d.h. der Test meldet verborgenes Blut im Stuhl, ohne dass es tatsächlich enthalten ist, kamen durch den Verzehr von rohem Fleisch oder Peroxidase haltigem Gemüse wie u.a. Blumenkohl, Rettich, Tomaten und Brokkoli (!) vor. Auch die Einnahme von Blutverdünnern und Mikroblutungen im Zahnfleisch, in der Nase oder als Folge von Hämorrhoiden führte zu Fehlalarm. Falsch-negative Befunde, d.h. okkultes Blut wurde fälschlicherweise nicht erfasst, obwohl es vorhanden war, kamen nach Einnahme von Vitamin C oder dem Verzehr von Vitamin C reichem Obst zustande. Ernähre Dich reich an Gemüse und Obst, und der Guajak-Test funktioniert nicht mehr...

Der Neue

Die Reaktion auf tierisches Blut und pflanzliche Stoffe aus der Nahrung soll nun mit immunologischen Tests umgangen werden. Sie enthalten spezifische Antikörper, die mit charakteristischen Oberflächenmerkmalen des Hämoglobins reagieren. Die Testsensitivität (bei welchem Prozentsatz Erkrankter erkennt der Test die Erkrankung) und die Testspezifität (mit welcher Wahrscheinlichkeit erkennt der Test, dass keine Erkrankung vorliegt) eines iFOBT übertreffen die Werte des gFOBT erheblich. Auch ist bei iFOBTs eine quantitative (numerisch mengenmäßige) Auswertung möglich, und insbesondere sollen fortgeschrittene Darmpolypen früher erkannt werden, denn diese entwickeln sich mit hoher Wahrscheinlichkeit in den Folgejahren zu Karzinomen.

Meldet der immunologische Test „Blut im Stuhl“, schließt sich wie bisher eine Darmspiegelung zur genaueren Abklärung an. Anspruch auf einen Test zur Darmkrebsfrüherkennung besteht wie bisher ab dem 50. Lebensjahr.

Weiter unter Beobachtung

Alu-Deos und Brustkrebs

VON GERTRUD RUST

Sie lassen nicht locker, die beiden Forscher aus Genf, die sich mit dem Risiko der Verwendung von Aluminiumsalz in Deodorantien befassen, die möglicherweise die Entstehung von Brustkrebs fördert: Stefano Mandriota, Biologe und der Onkologe André Pascal Sappino von der Fondation des Grangettes in Genf: www.grangettes.ch/content/fondation-des-grangettes . Die vom Bund als gemeinnützig anerkannte und nicht Gewinn orientierte Stiftung besteht seit 2003 und wurde auf Initiative der privaten Genfer Clinique des Grangettes gegründet. Sie hat sich die Erforschung möglicherweise krebserregender Umwelteinflüsse zum Ziel gesetzt. Unterstützung erhält sie bei diesem anspruchsvollen Vorhaben u.a. von der Krebsliga Genf, dem regionalen Ableger der Schweizer Krebsliga und Privatspendern. Ein seit mehreren Jahren verfolgtes Projekt ist die Untersuchung toxischer Einflüsse von Aluminiumsalzen auf Brustdrüsenzellen, womit die Forscher in der Tradition der Brustkrebsspezialistin Philippa Darbre liegen, Biochemikerin und Zellbiologin an der Universität Reading in London: www.reading.ac.uk/biological-sciences/about/staff/p-d-darbre.aspx (vgl. mamazoneMAG 02/2014, Seite 20).

Was gibt es Neues?

2012 veröffentlichten Mandriota und Sappino Ergebnisse zu Versuchen mit Modellen menschlicher Brustzellen in der Zellkultur, auf die Aluminiumchlorid im Vergleich zu üblichen Deodorantien in 1.500 bis 100.000 facher Verdünnung einwirkte. Bereits in dieser vielfach geringeren Konzentration zeigte sich abnormales Zellverhalten mit deutlicher Ähnlichkeit zu frühen Phasen tumorartiger Zellveränderungen. Zu beobachten waren auch vermehrte Doppelstrangbrüche der DNA, die unsere Gene und damit die Erbinformation trägt. DNA-Doppelstrangbrüche entstehen u.a. auch durch Chemikalien, und fehlende Wiederherstellungsmöglichkeiten durch ebenfalls defekte DNA- Reparatursysteme gelten als häufige Ursache für Krebs (Ärzte Zeitung online, 31. 12. 2014: Geld für Forschung zu DNA-Doppelstrangbrüchen).

In der im September 2016 im International Journal of Cancer veröffentlichten Arbeit gingen die Forscher einen Schritt weiter. Sie setzten Brustdrüsenzellen von Mäusen in vitro den in der menschlichen Brustdrüse gemessenen Aluminiumkonzentrationen aus. Genau wie bei den menschlichen Brustdrüsenmodellen war eine Reihe typischer, für eine bösartige Entwicklung charakteristischer Zellveränderungen die Folge, insbesondere eine Häufung von Mutationen (Veränderungen) im Genom (Erbgut) . Diese Zellen wurden gesunden Mäusen transplantiert, wo sie aggressive Tumore bildeten, die breit streuten.

Die Forscher sehen zwar die Notwendigkeit weiterer Studien zum besseren Verständnis der Rolle von Aluminiumsalzen bei der Entstehung von Brustkrebs, jedoch seien diese neuen Erkenntnisse ein signifikanter Beweis gegen das körperfremde Aluminium.

Quellen:

Pressemitteilung Clinique des Grangettes, 20. September 2016
Aluminium chloride promotes tumorigenesis and metastasis in normal murine mammary gland epithelial cells. DOI: 10.1002/ijc.30393

ANZEIGE

(IM)PULSGEBER

www.

Die Patientenreise beginnt im größten Wartezimmer der Welt – dem Internet:
www.vfa-patientenportal.de

Ein Internetportal rund um Patientinnen und Patienten und ihre Versorgung.

vfa patientenportal
Eine Initiative der forschenden Pharma-Unternehmen

Verarbeitete Kohlenhydrate –

Erhöhen sie das Krebsrisiko?

VON ULLI KAPPLER

Krebszellen mögen keine Himbeeren – lieben aber Zucker. Die für ihr Wachstum notwendige Energiegewinnung holen sie sich zum allergrößten Teil aus Glukose (Zucker). Diese Erkenntnis des erhöhten Zuckerstoffwechsels von Tumorzellen, die auf den Biochemiker, Arzt und Physiologen Otto Heinrich Warburg zurückgeht, war in den 1970er Jahren die Grundlage für die Entwicklung der Positronen-Emissionstomographie (PET), eines bis heute aussagekräftigsten bildgebenden Verfahrens in der Tumordiagnose. Vor der Untersuchung wird ein mit radioaktivem Fluor markierter Traubenzucker (Glukose) injiziert und reichert sich besonders in Tumorzellen an, die wiederum die radioaktive Strahlung abgeben. Die Schnittbilder des PET-Scanners zeigen – vereinfacht gesagt - Tumore oder Metastasen als „dunkle Flecken“ an.

Klar ist: Zu viel Zucker schadet

Viele Krebspatientinnen kennen diesen Zusammenhang und meiden nach der Diagnose Brustkrebs Sahnetorte und Schokolade. Oft werden jedoch die versteckten Zucker in vielen verarbeiteten Lebensmitteln, die wir in jedem Supermarkt finden, nicht bedacht. Vom Feinkostsalat über saure Gurken und die Tiefkühlpizza bis zu Tomatenketchup, Limonaden/Cola, Tütensuppen und Wurstwaren ... die Aufzählung könnte endlos so weitergehen, denn all diese Produkte enthalten Zucker. Dabei empfiehlt die WHO (World Health Organization) inzwischen statt der bisherigen 10% nur noch 5 Prozent der täglichen Kalorienzufuhr in Form von Zucker zu sich zu nehmen. [1] Das sind für Frauen bei einer empfohlenen täglichen Kalorienaufnahme von 1900 Kilokalorien 95 Kilokalorien. Da ein Gramm Zucker vier Kilokalorien entspricht, sind das über den Tag verteilt 24g oder 6 Teelöffel Zucker. Das klingt zunächst viel. Der Zuckergehalt von einem einzigen Glas Cola (250ml) beträgt jedoch bereits 27g und liegt damit über der Empfehlung von 24g. [2] Ganz zu schweigen von einer 0,33ml Dose Limonade, die mit 40g die empfohlene Menge weit übertrifft. Dazu käme das Leberwurstbrot und das Müsli und und und.....

Neuere Studienergebnisse

Im April dieses Jahres stellte Nour Makarem, Erstautorin und PhD Doktorandin der New York University, bei der Jahrestagung der FDO (Food and Drug Organization) in San Diego, Kalifornien, eine Studie zum Einfluss verarbeiteter Lebensmittel (Fertigprodukte) und zuckerhaltiger Getränke in Bezug auf das Risiko vor, zum Beispiel an Brust- oder Prostatakrebs zu erkranken. So fand das Team um Makarem heraus, dass Männer, die einige Male pro Woche gesüßte Getränke zu sich nahmen, ein dreifach höheres Risiko hatten, an Prostatakrebs zu erkranken als Männer, die diese nicht tranken.

Über mehr als 20 Jahre wurden 3.200 Personen zu ihren Ernährungsgewohnheiten befragt. 565 von ihnen erkrankten in dieser Zeit an Krebs. Neben dem Zuckergehalt von Fertiggerichten und anderen verarbeiteten Lebensmitteln spielte auch die Qualität der Kohlenhydrate eine große Rolle. So stellte sich heraus, dass für Frauen, die nur qualitativ hochwertige Kohlenhydrate wie Gemüse, Obst, Vollkornprodukte und Hülsenfrüchte zu sich nahmen, die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu erkranken, um 67 Prozent geringer war, als bei den Frauen, die raffinierte Kohlenhydrate bevorzugten.

Kritik an der Studie kam vom amerikanischen Getränkeverband (American Beverage Association): Die Studie zeige nicht, dass bestimmte Getränke Krebs verursachen. Außerdem sehe die amerikanische Krebsgesellschaft mehrere potenzielle Risikofaktoren für die Entstehung von Brust- und Prostatakrebs. Und es stünden nur wenige Studiendetails zur Verfügung, um verlässliche Rückschlüsse zu ziehen. Aber, sagte Nour Makarem, prinzipiell seien qualitativ hochwertige Produkte gesünder als industriell verarbeitete Lebensmittel. [3]

Daran zweifelt niemand. Und sich erneut zu vergegenwärtigen, dass Krebszellen Glukose zur Energiegewinnung brauchen, könnte zu einem bewussteren Umgang mit Zucker, vor allem verstecktem Zucker, führen.

Quellen:
[1] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf?ua=1
[2] http://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/zucker-who-empfiehlt-nicht-mehr-als-sechs-teeloeffel-pro-tag-a-1021798.html
[3] https://translate.google.de/translate?hl=-de&sl=en&tl=de&u=http%3A%2F%2Fwww.philly.com%2Fphilly%2Fhealth%2Fcancer%2FHealth-Day709720_20160405_Sugary_Drinks___Bad__Carbs_Tied_to_Breast__Prostate_Cancers.html&anno=2

Bilder: Schlierner, svetamart, Maren Winter, Fotolia

Was steht uns zu?

Heil- und Hilfsmittel

VON TRUDE ULLRICH

Im März 2017 soll das neue Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung mit dem Ziel in Kraft treten, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zu verbessern. Im Gesetzesentwurf steht: „Im Hilfsmittelbereich kommt es zu Qualitätsdefiziten, weil insbesondere die Versicherten unzureichend über ihren Versorgungsanspruch informiert sind“ (u.a.). Aufklärung möglich unter: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.action oder www.rehadat-gkv.de. Angestrebt ist eine umfassende Produkttransparenz für Versicherte, Leistungserbringer, Vertragsärzte und Krankenkassen. Wunderbar. Das Angebot von Heil- und Hilfsmitteln erfolgt nach Prüfung der Voraussetzungen durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Hier fängt der Ärger an, denn die Liste ist löchrig.

Heil - oder Hilfsmittel?

Heilmittel betreffen äußere Einwirkungen auf den Körper, wie physikalische und physiotherapeutische Behandlungen zur Wiederherstellung körperlicher Grundfunktionen. Die Lymphödembehandlung für Brustkrebspatientinnen fällt hierunter, um deren Verordnung oft gekämpft werden muss. Unbehandelte Lymphödeme verschlimmern sich jedoch, und ein Lymphrückstau löst schmerzhafte Gewebeschädigungen aus.

Hilfsmittel sollen ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen verbessern. Die Umsetzung trifft jedoch auf Meinungsunterschiede zwischen Kostenträgern, Verordnern und Betroffenen über den Umfang vorliegender Beeinträchtigungen. Hilfsmittel beim Hand-Fußsyndrom nach Chemotherapien sucht man im Hilfsmittelkatalog vergeblich. Die Vaginalatrophie nach Antihormontherapie ist genauso wenig hilfsmittelwürdig. Während Männer nach medizinisch bedingten Erektionsproblemen sogenannte „Erektionssysteme“ erhalten, sind die Kosten für Vaginalcremes nicht erstattungsfähig. Zwar gilt die Lebensqualität u.a. als Kriterium für die Einstufung einer Maßnahme als Heil- oder Hilfsmittel, darüber befinden jedoch leider nicht die Betroffenen.

Hoffen wir also auf eine Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung, die diesen Namen auch verdient.

ANZEIGE

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

10 Farben und einzigartige Designelemente!

www.ifeelbetter.com

Ein Jahr danach

Primärtherapie beendet – und nun?

VON KK (NAME DER REDAKTION BEKANNT)

Als ich im August letzten Jahres die Diagnose Brustkrebs erhielt, zog es mir den Boden unter den Füßen weg. Alles war schlagartig anders, ich sah mein Ende nahen.

Wie aber sieht mein Leben heute aus?

Natürlich ist die Unbeschwertheit der alten Tage verloren und ich denke gelegentlich noch an die vielen Tränen, die ich vor dem Legen des Ports vergossen habe. Die Chemotherapie (4x EC, 12x Taxol) jedoch bleibt mir aufgrund der Geschmacksverfälschungen, der üblen Gerüche und der mit ihr einhergehenden großen Schwäche und Fatigue sowie dem überaus schmerzlichen Verlust meiner Haare immer präsent. Ich erinnere mich an das Zentimetermaß, das ich mir gekauft hatte und von dem ich ein halbes Jahr lang für jeden überstandenen Tag voller Stolz einen Millimeter abschnitt. Manchmal – so auch während des Verfassens dieses Artikels – seufze ich, weil ich mir vor Augen führe, was ich alles durchstehen musste. Dabei versuche ich, den Gedanken an die OP zu verdrängen und die schlechte Heilung der Wunde, bei der fünf Punktionen notwendig waren, um das Wundsekret abzulassen. Auch die Gedanken an die fast sechs Wochen anhaltende Bestrahlung und die Belastung für die Haut, die gegen Ende an manchen Stellen wie rohes Fleisch aussah, vermeide ich, denn selbst die Salbe, die mir ein Oberarzt verschrieben hatte und die Alkohol enthielt und dadurch zu einem höllischen Brennen meiner Haut führte, brachte mehr Schmerzen als Linderung. Vor allem aber blende ich die Enttäuschung über die eingezogene Brustwarze nach der OP und die insgesamt v.a. durch die Bestrahlung kleiner gewordene Brust aus.

> „Kohlendioxid fördert die Durchblutung

Die Reha war ein besonderes Erlebnis

In guter Erinnerung behalte ich die Reha Mitte Juli 2016 in Bad Waldsee, einem idyllischen Städtchen im Schwäbischen, die durch eine auf mich persönlich abgestimmte Therapie mit Narbenbehandlung, Aquawalking und -jogging, Ergotherapie, Gymnastik und hervorragendem Essen von größtem Nutzen war. Vor allem verlor sich die allgemeine Schwäche und Schlappheit nach und nach, was mich doch sehr erleichterte. Die Art und Weise der Narbenbehandlung hat mich dabei ganz besonders fasziniert. Eine Physiotherapeutin steckte mich für circa 20 Minuten in einen geschlossenen Plastiksack, der von den Füßen bis unter die Brust reichte und dort dicht verschlossen wurde. Danach wurde die normale Luft aus dem Sack entfernt und mit angewärmtem CO2 gefüllt. Man nennt das ein CO2 Trockenbad. Das durch die Haut aufgenommene Kohlendioxid fördert die Durchblutung und macht unter anderem Narben weicher. Einen Tag nach dem Plastiksack behandelte eine Krankenschwester meine unschöne Narbe mit einem elektrischen Gerät, das die Ränder massierte und mir anfangs weh tat. Nach dem zweiten Behandlungstermin vertrug ich aber auch Stufe zwei gut. Diese Prozedur wurde in den drei Wochen meines Aufenthaltes wöchentlich wiederholt und zeigte eine erstaunliche Wirkung: Die Narbe ist heute kaum noch wahrnehmbar!

In der Klinik fand ich auch den Mut, mich endgültig von meiner Perücke zu trennen. Sie stellte bis dato immer einen

Aquajogging
Bild: © natros, Fotolia

großen Schutz für mich dar. Nach einer Woche Aufenthalt suchte ich den zur Klinik gehörenden Frisörsalon auf, um mir meine wenigen Stoppelhaare egalisieren zu lassen. Ich wagte es kaum, ohne Perücke auf mein Zimmer zu gehen, dachte mir aber, dass mich die paar Meter bis zu meinem Zimmer ja keine/-r sieht. Doch wie es sich manchmal fügt, kreuzten einige Leidensgenossinnen meinen Weg, bewunderten einstimmig meinen Stoppelkurzhaarschnitt und sprachen mir dadurch so viel Mut zu, dass ich die Perücke fortan in den Schrank verbannte.

Belastende „Kleinigkeiten“

Als immer noch belastend empfinde ich, dass ich noch bis Jahresende alle drei Wochen in die Klinik muss, um mir Herceptin spritzen zu lassen. Dort sehe ich gelegentlich auch den einen oder anderen Arzt wieder und fühle mich dann an die mitunter

CO2 Trockenbad Foto: physioTronic Kieselbronn

mangelnde Kompetenz und Unsensibilität einiger Behandler erinnert. Einfühlungsvermögen in die Gefühlswelt einer Brustkrebspatientin ist bedauerlicherweise nicht selbstverständlich.

Heute bin ich zwar noch immer etwas geschwächt, aber zumindest so stabil, dass ich wieder in den Beruf zurückkehren konnte.

Außerdem genieße ich die Tatsache, dass der Geschmack vollends zurückgekehrt ist – und dass Parmesan auf Nudelgerichten oder säuerliches Obst keine Schmerzen mehr verursachen. Ich kann wieder verschiedene Aromen schmecken, was lange Zeit nicht möglich war.

Die Brust hat fast ihre alte Form zurückgewonnen, und obwohl sie sich noch hart anfühlt, zeigt die Brustwarze schon ein bisschen nach außen. Brustschwimmen (Schwimmen ist meine Leidenschaft) verursacht allerdings im Achselbereich noch Schmerzen, aber das ist normal und gibt sich noch, wird mir immer wieder versichert. Von allen früheren Nebenwirkungen beeinträchtigt mich nur noch das Kribbeln in Fingern und Zehen sowie ein pelziges Gefühl, insbesondere in warmem Wasser – doch auch das ist angeblich nur eine Frage der Zeit, bis es ganz verschwindet.

Die wohltuendste Veränderung liegt aber in meinen Gedanken, die sich nicht mehr mit meinem Ende, sondern mit meinem Neuanfang als Gesunde beschäftigen – obwohl ich manchmal den Eindruck habe, dass die Seele noch nachkommen muss.

ANZEIGE

Die Webseite für Brustkrebspatientinnen

Roche

Entdecken Sie die Brustkrebszentrale!

Das multimediale Informationsportal vermittelt in den Rubriken **ERKENNEN**, **BEHANDELN** und **LEBEN** umfassendes Wissen zu Diagnose, Therapie und Leben mit der Erkrankung. Patientinnen berichten über ihren Umgang mit der Erkrankung. So wird medizinisches Wissen durch die persönlichen Erfahrungen Betroffener ergänzt.

durch die Brust ins Herz

Jetzt den neuen NEWSLETTER abonnieren!

Mit dem Newsletter der Brustkrebszentrale erhalten Sie unter anderem:
Neuigkeiten rund um das Thema Brustkrebs | Tipps von einer Ernährungsberaterin | Praktische Sportübungen | Aktuelles aus der Gesundheitspolitik | Informationen zur Kampagne „Durch die Brust ins Herz“

Melden Sie sich an unter
info@brustkrebszentrale.de oder
www.brustkrebszentrale.de.

Roche Pharma AG
Hämatologie / Onkologie
79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland

© 2016

Es klingt in mir

Singen bei Krebs

VON CORNELIA STÜWE

Die Diagnose Brustkrebs ließ mich, wie so viele Betroffene, in einem abgrundtiefen schwarzen Loch versinken. Nach einem ersten Auftauchen begab ich mich mit dem ersten Lichtstrahl, der am Ende des Tunnels erschienen war, auf die Suche nach Etwas, das mir gut tun könnte. Vieles habe ich seit dieser Zeit probiert und manches verworfen. Doch beim Schwelgen in Kindheitserinnerungen drängte sich immer öfter das Wohlgefühl in mein Bewusstsein, das ich beim Singen empfunden hatte. So wuchs in mir eine starke Sehnsucht nach Gesang, nach Liedern, jedoch sollte meine Familie nicht unter meinen Sangesproben leiden. Etwa Anfang 2015 entdeckte ich in meinem Fitnessstudio an der Pinnwand einen Aushang, auf welchem Frauen zum entspannten Singen in der Gemeinschaft gesucht wurden. Gern schloss ich mich der Gruppe an, und mittlerweile singen wir in wechselnder Besetzung seit März 2015 mit Freude und Herzenslust einfache Lieder aus aller Welt. Wir singen ohne jedweden Leistungsdruck, und abweichende Stimmlagen oder Melodien werden als persönliche Variationen eingebunden.

Elena Deppe von „singtogether“ Bild: K. Bossinger

Singtogether

Elena Deppe vom Singkreis singtogether (www.singtogether.de/elena/) schreibt auf ihrer Website: „Singen ist Meditation. Wir singen ganz in der Gegenwart. Wir müssen nicht begabt sein, um zu singen, sondern nur bereit, Bewertungen und Urteile hinter uns zu lassen. Dann entfalten sich Stimme und Persönlichkeit.“ Und sie fügt eine wunderbare Volksweisheit aus Zimbabwe an: If you can walk you can dance - if you can talk you can sing. Unser 90-minütiges Singkreistreffen beginnt mit einem kleinen Begrüßungslied, es folgen Auflockerungsübungen und ein wenig Stimmbildung. Danach singen und tanzen wir, singen Kanons, Mantras und alles, worauf wir Lust haben. Dabei lachen wir viel, entspannen oder werden aktiv. Wir können uns jederzeit eine Auszeit nehmen. Alles kann, nichts muss. In der Gruppe klingt unser Gesang fantastisch und begeistert uns selbst.

> „Wir müssen nicht begabt sein, um zu singen, sondern nur bereit, Bewertungen und Urteile hinter uns zu lassen

Im Anschluss an unsere musikalische Gruppenreise fühle ich mein Herz und meine Lunge weit, der Atem geht tiefer, die Seele schwebt und ich gehe beschwingt, lächelnd und oft summend nach Hause. Bereits die Vorfreude auf das nächste Treffen lässt mich schmunzeln. Dieses Singen in der Gemeinschaft gibt mir Kraft für viele Stunden. Auch, oder gerade weil manches Lied seelische Blockaden löst, inklusive auch mal einem Tränenschwall.

Elena Deppe besuchte uns mal bei einem Gruppentreffen, erzählte von der heilsamen Wirkung des Singens und ermunterte die Anwesenden zum Mitsingen. Alle waren entzückt, sangen und bewegten sich freudig mit. Wir konnten kaum ein Ende finden. Sie geht nach den Empfehlungen des Ehepaares Bossinger vor, des Musiktherapeuten Wolfgang Bossinger und Begründers der „Akademie für Singen und Gesundheit“ und des Netzwerks „Singende Krankenhäuser“ und Katharina Bossinger, Sängerin, Chorleiterin und Komponistin (www.healingsongs.de).

Überlastete Ärzte –

Frustrierte Patientinnen I

VON A. R. (NAME DER REDAKTION BEKANNT)

In letzter Zeit erreichen uns in der Münchner mamazone Regionalgruppe zunehmend Berichte von Patientinnen, die weder mit der Art des Umgangs, noch mit der Art der Behandlung in einigen Münchner Kliniken und Arztpraxen zufrieden sind. Da mamazone eine „Stimme für Frauen mit Brustkrebs" ist, drucken wir auf den nächsten Seiten zwei der Berichte ab. Natürlich stellt sich die Frage, warum sich das häuft – denn jede von uns kennt sicher auch wunderbare Ärzte, zugewandt, kompetent und sensibel. Liegt es am Gesundheitssystem, an den Fallpauschalen? Also am Kostendruck und der vielleicht damit verbundenen Unterbesetzung? Ist es eventuell nur ein Münchner Problem? Oder doch ein generelles?

Zeit, Einfühlungsvermögen und Kompetenz – ist das Mangelware?

Seit der Diagnose Krebs hatte ich mit mehr Ärzten zu tun als in meinem ganzen Leben davor zusammengenommen. Obwohl ich in einer Stadt mit hoher Ärzte-Dichte lebe, hatte ich Mühe, die Nadeln im Heuhaufen zu finden.

Auf meiner Odyssee sind einige Mediziner ‚über Bord' gegangen, darunter eine Gynäkologin, die immer ausgesprochen nett, superfreundlich und unheimlich vorsichtig mit allem war, was sie tat und sagte. Bis zu meiner Krebserkrankung.

Nachdem sie mich kurz vorher noch mit sanfter Stimme beruhigt hatte, so ein Knoten in der Brust sei meistens völlig harmlos, änderte sie ihre Strategie in dem Moment, in dem das Ergebnis der histologischen Untersuchung vorlag und klar war, dass ich einen aggressiven Krebs habe. Anstatt mir nun Trost und Zuversicht zu vermitteln, die ich jetzt bitter nötig gehabt hätte, machte sie ein bedenkliches Gesicht und sagte mit kühler, unbeteiligter Stimme, man könne nicht wissen, wie es ausgehen würde, so eine Krankheit sei potenziell schon tödlich.

War sie emotional überfordert mit mir Häufchen Elend, das da vor ihr saß? Ich weiß es nicht.

Auch mein Hausarzt, ein Internist, kümmerte sich nur unwillig darum, dass ich die Krankheit gut überstand. Seine Praxis ist stets gut besucht, und während immer neue Scharen an Kranken auf den alten

> „Mein Internist ist echt überfordert

Plastik-Polsterstühlen des Wartebereichs Platz nehmen, wuselt er durch Flur und Behandlungszimmer von einem Hilfsbedürftigen zum nächsten. Ich hatte immer den Eindruck, er traut sich gar nicht hochzuschauen, weil da schon wieder so viele Leute sitzen und darauf warten, dass er sich ihnen zuwendet. Typische Anzeichen von Überforderung durch Arbeitsüberlastung: Fahrige Bewegungen, gehetzter Blick und das Gefühl, dass man gleich anfängt zu schreien, wenn noch ein einziger weiterer Punkt auf der übervollen To-do-Liste landet.

So ein Punkt muss mein Wunsch gewesen sein, meinen Vitamin-D-Wert zu erfahren, nachdem er mir Vigantoletten verschrieben und behauptet hatte, der Wert wäre nun okay. Wie hoch er denn tatsächlich sei, wollte ich wissen. Hektisch wühlte er auf seinem übervollen Schreibtisch in Papierstapeln und Unterlagen. Ich sah ungeöffnete Briefe anderer Ärzte, offensichtlich fand er als mein Hausarzt nicht die Zeit, sich die Befunde seiner Kollegen anzusehen. Schließlich sagte er, der Wert läge bei 19 und wäre damit in Ordnung. 19 erschien mir deutlich zu niedrig, und das sagte ich ihm auch in der Hoffnung, er würde mit mir darüber sprechen, warum er 19 für ausreichend halte und nicht 30 oder 50. Er tat es, widerwillig, kurz angebunden und mit dem Schlusssatz, er sei kein Krebsspezialist und ich müsse mich, wenn ich in dieser Hinsicht noch Fragen hätte, an jemand anderen wenden.

Fehlendes Wissen war nicht das Problem der Ärztin im Brustzentrum, in dem ich mich behandeln ließ. Sie weiß sehr viel, kennt sich gut mit Studien und Forschungsergebnissen aus, wird aber während unseres Gesprächs zigmal angerufen: aus dem OP, von der Station, von Kollegen. Da sie drei Klinikbereiche betreut, ist sie also mehr als ausgelastet.

Trotzdem nimmt sie sich viel Zeit für das Gespräch. Die braucht sie auch, denn erst mal muss sie alle Daten meiner Krankengeschichte in den Computer einpflegen. Zum Glück kann ich sie auswendig, wundere mich aber, dass sie ihr nicht vorliegen, obwohl ich im selben Krankenhaus die Chemotherapie absolviere.

Einige Zeit später werde ich vom Sekretariat des Brustzentrums angerufen: Ich soll einen OP-Termin machen, weil die Chemotherapie ja bald vorbei ist. Dass das zu früh ist, weil sich das Ende der Chemo aufgrund von Komplikationen, die im selben Krankenhaus behandelt wurden, nach hinten verschoben hat, hat offenbar niemand in meine Unterlagen eingetragen. Angesichts der ausgesprochen dünnen Personaldecke keine Überraschung.

Heute ist es mir gelungen, im Münchner Dschungel ein prima Ärzteteam zusammenzustellen. Man muss also nur lange genug suchen.

Überlastete Ärzte –

Frustrierte Patientinnen II

VON E. B. (NAME DER REDAKTION BEKANNT)

Meine Schilderung ist vielleicht ein Einzelfall, trotzdem hat es mich verunsichert und verärgert, dass bei einer eigentlich inzwischen zur Routine gehörenden Brustkrebsdiagnose und -behandlung so viel schief laufen kann.

Nach der Entdeckung eines Knotens in der Brust empfahl mir mein Gynäkologe eine Münchner Klinik zur weiteren Abklärung durch eine Biopsie. Der Befund lautete: „Bösartig, Krebs, aggressiv und schnell wachsend." Sozusagen im selben Atemzug, und für mich völlig unerwartet, konfrontierte man mich mit einer detaillierten Therapieplanung. Alles, was ich in meinem Schockzustand begriff, war, dass ich wirklich alle mir bekannten und zusätzlich noch weitere Therapien bekommen sollte und jeweils richtig viel davon: ein halbes Jahr eine neoadjuvante, aggressive Chemotherapie, 16 Zyklen, dreierlei Medikamente und Kortison und und und… Brustoperation erst danach, dann wochenlange Bestrahlung und schließlich jahrelang danach noch Tabletten.

Möglicherweise wurden mir alle Untersuchungen mitgeteilt, die durchgeführt werden sollten, daran kann ich mich aber nicht erinnern, weil zu geschockt. Nur den Schlusssatz weiß ich noch: „Der früheste OP Termin ist in einer Woche."

Ich und auch meine Freundin, die mich begleitete, hatten das Gefühl, dass jede Stunde zählt und ich mir nicht leisten kann,

> **„Im Schockzustand versteht man wenig bis gar nichts**

wie gewohnt noch eine zweite Meinung einzuholen und ich ganz schnell Ja und Amen zu allem sagen muss.

An dem Tag, an dem eine Blutabnahme und eine Untersuchung stattfinden sollten (ich glaube es ging um das Knochenmark), bei der mir eine radioaktive Substanz verabreicht werden sollte, meldete ich mich um 9 Uhr im Brustzentrum an. Danach wartete ich geschlagene zwei Stunden, bis mir endlich Blut abgenommen wurde. Ich erklärte, dass ich meine einzig brauchbare Vene in der rechten Ellbogenbeuge gern für die OP am nächsten Tag schonen wolle. Daraufhin zerstach mir eine junge Frau (Ärztin?) meine beiden Hände komplett, so dass ich noch tagelang Blutergüsse hatte, bis ich schließlich in meiner Verzweiflung doch die gute Vene anbot. Das Blut kam – ganz ungewöhnlich – nur tröpfchenweise heraus und es gelang nicht, alle Blutproben zu nehmen. Dennoch legte sie mir eine Nadel.

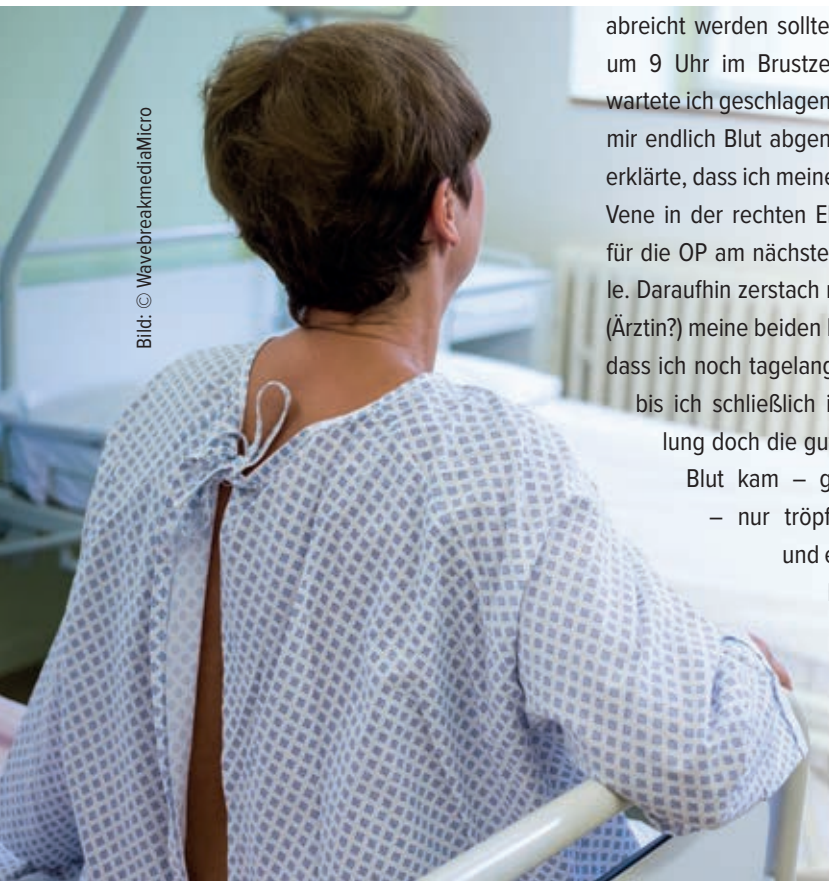


Bild: © WavebreakmediaMicro

Dann wurde ich weitergeschickt zur nächsten Untersuchung. Dort war man schon ärgerlich, weil die vorbereitete radioaktive Substanz mittlerweile nicht mehr zu gebrauchen war. Ich bekam also eine neue und spürte sofort bei der Injektion, dass etwas nicht in Ordnung war und sagte das auch. Dennoch injizierte man die volle Ladung in den Ellbogen. Die Untersuchung musste mit einer dritten Ladung an einem anderen Tag wiederholt werden. Immerhin konnte der Arzt dort mir dann noch die Blutprobe vollständig mit nur einem Pieks an anderer Stelle entnehmen.

Vorgespräche nur zur Absicherung der Ärzte

Früher hatte man vor einer OP Gespräche, um die Menschen, denen man sein Leben und seinen Körper während einer OP so schutzlos ausliefert, vorher kennenzulernen: ein Gespräch mit dem Operateur und dem Anästhesisten als vertrauensbildende Maßnahme.

Ich hatte drei Gespräche: Gynäkologe, Chirurg und Anästhesist. Jeder von ihnen erklärte mir in Windeseile, was alles schief gehen kann, welche Risiken bestehen – etwas, was ich gar nicht vorher wissen möchte – und drang dann auf meine Einverständnisunterschrift. Obwohl ich von dem Gehörten schon ganz erschlagen war, schaffte ich es schließlich, den Anästhesisten zu fragen, ob er denn dann bei meiner OP derjenige sei, dem ich mein Leben anvertrauen würde. Die Antwort war: „Das kann ich Ihnen nicht sagen, ich weiß nicht, ob ich dann Dienst habe."

Tatsächlich habe ich bis heute keine Ahnung, wer da alles an meinem nackten schutzlosen Körper zu Gange war und wer schließlich zweierlei versäumt hat.

Mangelhafte OP Vorbereitung, vergessener Markierungs-Clip, falsche Angabe im Arztbrief

Am Tag der OP bekam ich noch im Krankenzimmer eine Tablette und das „Gespensterhemd“ angezogen. Auf meine Frage, ob ich für eine OP am Brustkorb wirklich auch meine Unterhose ausziehen müsse, hieß es lapidar: Ja. Eine OP Unterhose wurde mir nicht angeboten (die Würde des Menschen ist antastbar!) Dann wurde ich mit meinem Bett zum OP geschoben. Noch im Vorraum kam ein grün gekleideter Mann, der mich anschaute, seinen Mundschutz abnahm und sagte, so lasse er mich nicht in den OP. Telefonisch wurde eine Ärztin herbeigerufen, die, so vermute ich, mich nicht vorher entsprechend vorbereitet hatte. Sie malte mir dann in Windeseile zwei Kreuze auf, eines da, wo der Port hinkommen sollte und eines wohl dort, wo der Lymphknoten entnommen werden sollte. Wie sie den Ort dafür auf die Schnelle gefunden hat, bleibt mir ein Rätsel. Ich vermute, sie wäre zuständig gewesen, auch noch ein Kreuz an der Stelle zu machen, wo der Clip gesetzt werden sollte. Dann wirkte die Tablette, denn ich kann mich an nichts mehr erinnern.

Nach der OP hatte ich einen Schnitt für den Port, einen, wo der Lymphknoten gesessen hatte und ein kleines Pünktchen an der Brust. Wahrscheinlich das Pünktchen von der Biopsie. Den Ort der Gewebeentnahme mit einem Clip zu markieren, um sich später besser orientieren zu können, hatte man, wie sich hinterher herausstellte, vergessen.

Im Arztbrief aber stand, mir sei bei der OP ein Clip gesetzt worden.

Das ist meines Erachtens grob fahrlässig! Man bedenke nur, was das bedeutet hätte, wäre es erst zum OP Termin in einem halben Jahr bemerkt worden, wenn der Tumor durch die neoadjuvante Chemo hoffentlich ganz zerstört war! Man hätte

> „Leider hatte die Psychoonkologin keine Ahnung

entweder potentiell nicht genug oder prophylaktisch viel mehr als nötig des Brustgewebes entfernen müssen.

Zu meinem Glück bemerkte eine sehr nette und genaue Ärztin, als sie nach der zweiten Chemotherapie eine Ultraschalluntersuchung machte, dass der Clip offenbar vergessen worden war. Nun musste ich mir diesen Clip mit örtlicher Betäubung – die schon bei der Biopsie nicht gewirkt hatte und extrem schmerzhaft war - nachträglich setzen lassen. Ich fürchtete mich sehr davor! Die Ironie dieser Geschichte: Als ich später in einer anderen Klinik operiert wurde, entdeckte man ZWEI Clips in meiner Brust! Der Arztbrief war also doch korrekt und man hätte mir all den Ärger und die Angst ersparen können.

Weitere Unmöglichkeiten

Ich bekam in der Klinik keinerlei Anleitung, was ich gegen die Nebenwirkungen der Chemotherapie tun könnte. Im Grunde müsste man ohne Aufforderung eine Liste möglicher Maßnahmen ausgehändigt bekommen, damit man sich nicht so hilflos ausgeliefert und allein gelassen fühlt.

Die Psychoonkologin, die mich während der ersten Chemo besuchte, wusste nicht sicher, ob und wo es Selbsthilfegruppen gibt („Ich glaube, da gibt es sogar eine hier im Hause“). Die Sozialberaterin hatte zwei Mal versprochen, mich während der Chemo zu besuchen - hat sie aber nicht.

Positiv sei vermerkt, dass ich der oben erwähnten Ärztin sehr dankbar bin für ihre verantwortungsvolle Gründlichkeit und meinem Onkologen, der sich Zeit genommen hat für ein zusätzliches Gespräch, um das ich ihn gebeten hatte. Auch die Leute auf der Station und im Sekretariat des Brustzentrums waren sehr freundlich. Dennoch habe ich mich in eine andere Klinik in Behandlung begeben, in der ich mich sehr gut betreut fühlte.

ANZEIGE

AquaShape® by human med

Wiederaufbau der Brust mit Eigenfett

Wenn Sie nach einer **schonenden** und **innovativen** Möglichkeit zur **Brustrekonstruktion** suchen und Wert auf ein **natürliches Aussehen** und ein **anhaltendes Ergebnis** legen, können Sie sich auf unserer Internetseite **www.aquashape.info** informieren. Dort finden Sie alles zu unserer **Wasserstrahl-Methode**. Bei Fragen senden Sie uns auch gerne eine Nachricht an **info@aquashape.info**.

www.aquashape.info

info@aquashape.info

Kindern die Krankheit erklären

Was macht der Krebs mit uns?

VON GERTRUD RUST

Sabine Brütting, Gestalttherapeutin für Kinder und Jugendliche in Frankfurt a.M. und langjährige Notfallseelsorgerin, nimmt sich engagiert und einfühlsam der Kinder an Krebs erkrankter Eltern an. Jährlich sehen sich nahezu 200.000 minderjährige Kinder neu dieser extrem belastenden Situation ausgesetzt, und im angemessenen Umgang mit ihnen bestehen meist große Unsicherheiten, sowohl auf Seiten der Eltern, als auch im medizinisch-professionellen Bereich. Diskutiert werden überwiegend die Kommunikationsformen zwischen erwachsenen Patientinnen und Patienten und Ärzten, eine Kind gerechte Aufklärung über die Familiensituation wird leider noch als sekundär behandelt.

Wann sag ich`s meinem Kinde?

Die heile Welt hat plötzlich aus heiterem Himmel einen Riss bekommen, die Eltern stehen unter Diagnoseschock und Kinder spüren, dass etwas nicht stimmt. Sie blicken in besorgte Gesichter, sehen vielleicht Tränen rinnen, es liegt eine niedergedrückte Stimmung über der Familie, die sich nicht verheimlichen lässt.

Mit beeindruckender Sensibilität beschreibt Sabine Brütting die aufbrechende Not und die häufig überwältigenden Ohnmachtsgefühle der Eltern bei der Suche nach Auswegen aus der nun alltäglichen Belastungssituation. Sie bringt Verständnis auf für das Bedürfnis der Eltern, zunächst einmal selbst mit der Krebsdiagnose zurechtkommen zu wollen, ohne die Kinder bereits in der Akutsituation zu informieren. Es folgt jedoch der Perspektivwechsel in die Gefühlswelt der Kinder, aus deren Sicht sie dieses Verhalten für nicht hilfreich ansieht. Kindern eine heile Welt erhalten zu wollen wird nach ihrer Erfahrung nicht möglich sein, denn sowohl Kleinkinder, als auch ältere Kinder verfügen über sensible Antennen für schwerwiegende Stimmungsveränderungen in der Familie. Und leider beziehen Kinder diese Veränderungen dann bisweilen auf sich, entwickeln Schuldgefühle und oft

> „Kinder erfahren nicht selten als Letzte oder gar nicht von der elterlichen Krebsdiagnose.

auch Verhaltensstörungen vielfältiger Art. Sabine Brütting rät Eltern, sich dem Verständnis der kindlichen Gefühlswelt mit folgender Frage anzunähern: „Wie würde es Ihnen gehen, wenn Sie mit bekämen, dass Erwachsene hinter Ihrem Rücken tuscheln oder die Eltern immer verstummen, sobald Sie ins Zimmer kommen? Sie würden es als schmerzhafte Ausgrenzung wahrnehmen und hätten das Gefühl, nicht mehr dazu zu gehören. Und eine Frage würde Sie ganz besonders beschäftigen:

Warum?“ Von grundlegender Bedeutung sei ebenfalls, wenn Kinder Unterschiede zwischen ihrer eigenen Wahrnehmung und den Aussagen der Eltern registrieren. Sie sehen Anspannung, erleben Gereiztheit und Ungeduld, spüren Angst, bekommen aber zu hören: “Mach` Dir keine Sorgen, alles ist okay“. Kinder lernten so, ihrer Wahrnehmung zu misstrauen, Unsicherheit sei die Folge und der Eindruck, mit den eigenen Empfindungen von den Eltern allein gelassen zu werden, könne nicht nur vermehrten Rückzug, sondern auch aggressive Verhaltensweisen auslösen. Zusätzlich zur Bedrohung durch eine Krebserkrankung sehen sich Eltern dann auch noch mit einem verhaltensauffälligen Kind belastet. Unverständlich für viele Eltern, denn das Kind ist doch gar nicht über die Krebsdiagnose informiert.

Wie sag ich`s meinem Kinde?

„Kinder erfahren nicht selten als Letzte oder gar nicht von der elterlichen Krebsdiagnose“, so Sabine Brütting, „sind unzureichend oder falsch informiert, leben zwischen Andeutungen und Halbwahrheiten“. Aus Studien zitiert sie folgende Kinderbedürfnisse: zeitnahe Information über die Erkrankung, verständliche Erklärungen, offene Gespräche über die Krankheit und in jugendlichem Alter auch medizinische Inhalte. Zur Veranschaulichung und Hilfestellung stellt Sabine Brütting zahlreiche Fallbeispiele aus ihrer Praxis vor und unterfüttert mit wertvollen Anregungen.

WAS MACHT DER KREBS MIT UNS?

Kindern die Krankheit der Eltern erklären | Sabine Brütting | Balance buch + medien verlag, Köln 2011 | Korr. Neuauflage 2015 | ISBN 978-3-86739-064-4

Was habe ich mir zu sagen?

Vom kreativen Dialog mit sich selbst

VON GERTRUD RUST

Eindrücklich bereits der Titel: Krankheit heilt - Vom kreativen Denken und dem Dialog mit sich selbst. Besonders unter erschwerten Bedingungen, die Autorin Kerstin Chavent erkrankte im Alter von 48 Jahren an Brustkrebs.

Selten liest man eine Krankheitsgeschichte, deren wiederkehrendes Thema die Suche nach der Krankheitsbotschaft ist, nach der Frage, welchen Fingerzeig der Körper geben möchte. Kennen Sie den Satz: „Davon bin ich geheilt“? Dies kann eine Erkrankung beinhalten, oder ein bestimmtes Verhalten. Oder: „Warum hat es (gerade) mich getroffen?“ Die Folge kann Hadern mit dem Schicksal sein, oder die Suche nach ehrlichen Antworten. Das Hippokrates - Zitat in der Einleitung: „Krankheit ist dazu da, uns von einem Übel zu heilen“ lässt erahnen, auf welchen Weg sich Kerstin Chavent begibt, und mit beeindruckender innerer Stärke spürt sie möglichen Ursachen für ein bedrohliches Lebensereignis nach.

„Wer bin ich…

… woher komme ich, wohin gehe ich und vor allem: warum habe ich diesen Tumor in der Brust?“ Die Autorin nähert sich diesen Fragen in profunder Selbstreflexion und interpretiert ihre Erkrankung als Ausdruck ihres Körpers, auf seine besondere Art und Weise Wesentliches mitzuteilen. Krankheit als Botschaft mache Sinn, und ihre Aufgabe als Patientin bestünde in genauem Zuhören, ist Kerstin Chavent überzeugt. Das Wort Schuld, oder die Frage: „Was habe ich falsch gemacht?“ sucht man zum Glück vergeblich, nein, es geht um den Blick nach vorn, um den Versuch der Aktivierung von Gesundungskräften, begleitet von den Rückmeldungen des Körpers. Offen und ohne Scheu gewährt uns Kerstin Chavent Einblick in diesen Dialog mit sich selbst und lässt auch schmerzhafte Erkenntnisse zu. Insbesondere legt sie keine „Patentrezepte“ vor, sondern betont die individuellen Besonderheiten ihrer persönlichen Situation. Kerstin Chavent ermuntert zum Blick in den Spiegel,

> **„Wenn du dich am Abgrund befindest, öffne die Augen, dort siehst du einen Delphin, der dich zum Licht führen wird**

das Spiegelbild wird jedoch von Patientin zu Patientin unterschiedliche Eindrücke vermitteln.

Hochzeitsvorbereitungen…

… der anderen Art. Kurze Zeit vor der geplanten Heirat bricht die Diagnose Brustkrebs in die Freude auf einen neuen Lebensabschnitt ein. Gespräche mit dem Chirurgen folgen, der erste Eingriff findet statt, ein Port für die Chemotherapie wird gesetzt und die Bestrahlung geplant. Zwei Tage danach das Hochzeitsfest, anschließend geht es auf Hochzeitsreise in die USA. Nach der Rückkehr beginnt die adjuvante Therapie, Kerstin Chavent wählt sich als „Begleittext“ das ägyptische Sprichwort: ‚Wenn du dich am Abgrund befindest, öffne die Augen, dort siehst du einen Delphin, der dich zum Licht führen wird.‘ Dieser taucht auf in Gestalt der traditionellen chinesischen Medizin mit Massagen und Akupunktur, eingesetzt als ergänzende Behandlung zu den schulmedizinischen Maßnahmen.

Verantwortung, nicht Schuld

Fasziniert von der ganzheitlichen Sichtweise der TCM, nach der Krankheiten bei blockierter Lebensenergie und einer gestörten Körperharmonie entstehen, wird sich Kerstin Chavent langjährig unterdrückter Gefühle und Bedürfnisse bewusst. Sie wendet sich ihrer Familiengeschichte zu, lenkt den Blick auf „die Dinge, die nie angesprochen wurden“ und findet „ein großes Feld zum bearbeiten“. Und sie beginnt Unkraut zu zupfen: Was brauche ich in meinem Leben, was schmerzt und vergiftet mich, was ist überflüssig geworden? Bei diesen Betrachtungen fällt ein bemerkenswerter Satz: Es geht nicht um Schuld, sondern um Verantwortung. Wenn ich dafür verantwortlich bin, dass mein Körper aus dem Gleichgewicht geraten ist und diesen Tumor gebildet hat, dann bin ich auch in der Lage, dieses Gleichgewicht wieder herzustellen und gesund zu werden. Respekt, Frau Chavent.

KRANKHEIT HEILT

Vom kreativen Denken und dem Dialog mit sich selbst | Kerstin Chavent | Omega-Verlag 2014 | ISBN 978-3-930243-71-6

† 4. Juni 2016

Abschied
von Ursula Goldmann-Posch

MEDIZINJOURNALISTIN UND MAMAZONE GRÜNDERIN
UND UNERMÜDLICHE STREITERIN FÜR FRAUEN MIT BRUSTKREBS

VON ULLI KAPPLER

Viel zu früh ist sie gestorben und viel zu jung. Dabei hatte sie noch so viel vor mit der Nachsorge und der Vorsorge und den zielgerichteten Therapien und der personalisierten Medizin und der Patientinnenstimme, die sie am liebsten im Bundestag erhoben hätte, damit die Verantwortlichen begreifen, wie die Realität aussieht. Weil es sie nicht los ließ, dass die alten vergilbten Nachsorge-Studien von 1996 immer noch bestimmen, wann wir endlich Anspruch auf eine Bildgebung haben – nämlich erst, wenn wir deutliche Symptome zeigen - und weil es sie bedrückte, dass so viele von uns unwissend und hilflos und tief erschrocken von dem, was uns da passiert ist, vor dem Arzt sitzen und Worte hören wie neo-adjuvant und EC und Taxol und Mastektomie ... die alle furchtbar klingen und die uns rein gar nichts sagen in dem Moment, weil sich in uns die Worte sowieso zu einem bedrohlichen Brei vermischen, der uns nach dem Leben trachtet.

„Wissen ist Macht“, sagte sie immer, „denn Wissen wappnet gegen die Angst“ – und wenn sie nur ein paar Monate länger gelebt hätte, wäre die neue Studie über Angstminderung durch Information Wasser auf ihre Mühlen gewesen (siehe Seite 34). Denn bei der Entdeckung ihres Tumors vor 20 Jahren, als sie noch viel ahnungsloser war als wir heute, beschloss sie, diesen unwissenden und oft Arzt-gläubigen Zustand nicht nur bei sich, sondern bei allen Brustkrebspatientinnen zu ändern. ‚Auf Augenhöhe‘ sollten wir mit den Ärzten sprechen und bohren und nachfragen und als kompetente Patientin um die beste Therapie kämpfen.

Wer mit ihr zusammenarbeitete, konnte sich ihrer Überzeugungskraft einfach nicht entziehen. Sie besaß nicht nur die Gabe, Menschen vorurteilsfrei mit Wärme und Neugier zu begegnen, sondern auch die seltene Fähigkeit, sie „anzuzünden“, sie für die wichtige Rund-um-Verbesserung in Sachen Brustkrebs zu begeistern und zum Mitmachen zu bewegen – Mediziner genauso wie Patientinnen. Dabei stellte sie nicht nur an sich, sondern auch an ihr Umfeld hohe Anforderungen - und war höchst irritiert, wenn man auch mal sagte: „Das wird mir zu viel.“ Diesen Satz schien es in ihrem Kopf nicht zu geben.

Mit unermüdlichem Einsatz, kreativen Ideen, bewundernswertem Durchhaltevermögen und einem enormen Fachwissen, das sie in einem großen Standardwerk für Brustkrebspatientinnen, dem „Überlebensbuch Brustkrebs“, zusammen mit einer Ärztin festgehalten hat, setzte sie sich dafür ein, den betroffenen Frauen wieder Mut und Selbstvertrauen zu geben.

Drei Wochen vor ihrem Tod schickte sie dem MAG-Team noch einen Link über ‚HemiBodies‘. Wie bitte? HemiBodies? Nie gehört. Wärmstens legte sie uns dieses Forschungsprojekt ans Herz, denn es gehe dabei um körpereigene Immunzellen, die sich nebenwirkungsarm gegen den Tumor richteten. Diesen Hoffnungsschimmer für Krebspatientinnen musste sie uns doch schnell mitteilen - trotz kräftezehrender Chemo vor der zweiten Stammzelltherapie. Ja, so war sie.

Warmherzig und liebevoll, fordernd und hartnäckig, die Feder mal spitz gegen alles gerichtet, was sie aufregte, mal spritzig-humorvoll, wenn die Dinge in ihrem Sinne liefen – nie ließ sie etwas unkommentiert. Und das alles, weil sie wollte, dass wir länger und besser überleben.

Sie hat viel bewegt, aber nicht alles erreicht. Unsere Aufgabe wird es sein ‚am Ball‘ zu bleiben und für uns alle, die wir an Brustkrebs erkrankt sind, die bestmöglichen Heilungs-Optionen einzufordern.

Das wäre wohl genau in ihrem Sinn.

Wir vermissen eine so beeindruckende wie liebenswerte Frau, die uns mit ihrer unverwechselbaren Art inspiriert und unser Leben auf so vielfältige Weise bereichert hat.

Aus gegebenem Anlass

Nachsorge - die Sorge danach

VON GERTRUD RUST

Im Nachruf auf Ursula Goldmann-Posch, mamazone-Gründerin und leidenschaftliche Kämpferin für eine bessere Nachsorge, wurde als Todesursache genannt: t-AML, therapieassoziierte akute myeloische Leukämie.

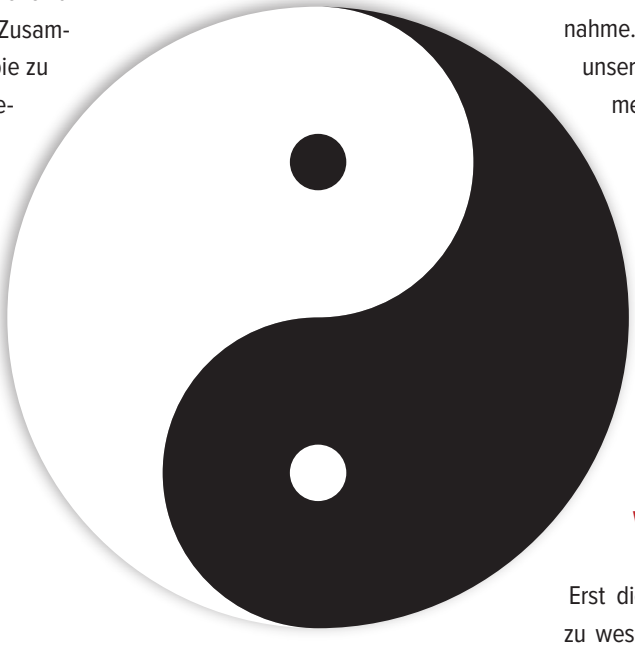
Hierzu erreichte uns die Mail von Frau H.: „..., dass ich es im Hinblick darauf, dass bestimmt 90 Prozent Ihrer Mitglieder selber Brustkrebspatientinnen sind oder waren, deplatziert fand, die Todesursache zu benennen und auch noch in einen Zusammenhang mit der Brustkrebstherapie zu bringen. Ich denke, weitere Erläuterungen erübrigen sich, bin aber gerne bereit, diese ggf. nachzureichen". Dass es sich um eine therapieassoziierte, also mit einer vorausgegangenen Therapie in Verbindung stehende AML handelte, war jedoch keine persönliche Interpretation der Befundberichte, sondern in den fachärztlichen Diagnosen so dokumentiert.

Realität kann schmerzen...

... dennoch hilft es nicht weiter, davor die Augen zu verschließen, und das Ignorieren von Tatsachen fügt nichts zum Besseren. Wir stehen vor einem Dilemma: Behandlung ja - inklusive Nebenwirkungen, oder Behandlung nein - dafür ein erhebliches Überlebensrisiko in Kauf nehmend. In diesem Entscheidungsraum halten wir uns auf, und von Patientinnen, die „alles nehmen, was sie kriegen können", bis zu Patientinnen, die sich mit einem „Minimalprogramm" begnügen, sind mannigfache Facetten im Umgang mit einer Brustkrebserkrankung zu beobachten. Jede Patientin hat dabei mit ihrer persönlich und individuell getroffenen Entscheidung Anspruch auf Respekt und Akzeptanz, denn es handelt sich um ihren Körper und ihr Leben, sie und nur sie ist die unmittelbar Betroffene.

Heilungsbewährung

Fünf Jahre ohne Rückfall nach Erstdiagnose bedeutet amtlich: Die „Heilung hat sich bewährt", wir gelten als genesen,



zumindest richtet sich derzeit die Laufzeit des Behindertenausweises nach dieser Frist. Die Heilung sollte sich jedoch wesentlich länger bewähren, umso mehr, als wir heute immer öfter mit jungen Brustkrebspatientinnen in Kontakt kommen, die bisweilen sogar während einer Schwangerschaft oder kurze Zeit nach Geburt des Kindes erkranken. Zwanzig Jahre oder mehr wären hier eine erstrebenswerte Heilungsbewährung. Leider umschreibt dies auch den Zeitraum, in welchem zunehmend therapiebedingte Spätschäden auftreten können, wohlgemerkt können, nicht müssen. Was bedeutet das für uns?

Dauerstress?

Das wäre nicht genesungsförderlich, denn unser Immunsystem reagiert auf Dauerstress empfindlich (vgl. MAG 02/2015 - Faszinierende Psychoneuroimmunologie, Seite 4-12). Jedoch spricht nichts gegen eine achtsamkeitsbasierte Nachsorge, ein Beobachten der Körpersignale mit gelassener Aufmerksamkeit zur Ermöglichung einer frühzeitigen therapeutischen Maßnahme. Verlängert frühzeitiges Eingreifen unser Leben? Bisher zweifelt die Schulmedizin daran, worauf uns jedoch hoffentlich die PONS-Nachsorgestudie (www.pons-stiftung.org) nähere Antworten liefern wird. Hier geht es um die Früherkennung von Metastasen, erweiterbar wäre das Diagnosespektrum durch Einbezug möglicher therapiebedingter Zweitkrebserkrankungen.

Wir „über"leben immer länger

Erst die moderne Onkologie verhilft uns zu wesentlich längeren Überlebenszeiten, wodurch das Problem „Spätschäden" überhaupt erst an Bedeutung gewinnt. Im Fokus stehen Zweittumore durch Zytostatika, so der Krebsinformationsdienst des DKFZ Heidelberg. „Durch die Krebstherapie kann es zu Nierenschädigungen kommen", meldet der Informationsdienst der Wissenschaften und das Risiko für kolorektale Karzinome sei u.a. erhöht, so springermedizin.de. Auch das Deutsche Ärzteblatt wies im Jahr 2013 auf eine Leukämie als seltene, aber mögliche Langzeitfolge einer Chemotherapie hin (vgl. auch MAG 01/2015, Patientenumfrage, Seite48-50).

Davor sollten wir nicht die Augen verschließen, sondern im Gegenteil, genau hinschauen - und früh genug handeln.

Dr. Claudia Friesen erhält den diesjährigen mamazone „Busenfreund-Award“

VON ULLI KAPPLER

Das Auditorium applaudierte begeistert, als Dr. rer. nat. Claudia Friesen, Diplom-Chemikerin und Forscherin mit Leib und Seele, der mamazone „Busenfreund-Award“, der in diesem Jahr ein Busenfreundin-Preis war, verliehen wurde. Mit dieser handgefertigten Bronze-Statuette ehrt mamazone bei dem regelmäßig Ende Oktober stattfindenden Wissenschaftskongress „Projekt Diplompatientin®“das besondere Engagement eines Forschers/einer Forscherin im Kampf gegen Krebs.

Viele Patientinnen waren am Dienstag, dem 2. November, extra bis zur letzten Minute der Veranstaltung geblieben, um die Informationen über D,L-Methadon und seine Wirkung bei Krebs aus erster Hand zu bekommen. Sie wurden nicht enttäuscht, denn Frau Dr. Friesen stellte beeindruckende Fallbeispiele vor, von denen sie inzwischen rund 90 dokumentiert hat. Darunter neben Glioblastom-Patienten auch Brustkrebs-Patientinnen, die, schulmedizinisch austherapiert, dank Methadon zu guter Lebensqualität zurückgefunden haben.

Schon in den Ausgaben des mamazone Magazins im Juni und Dezember 2015 berichteten wir ausführlich über ihre zufällige Entdeckung im Forschungslabor vor nunmehr neun Jahren, als sie eigentlich die molekularen Mechanismen der Wirkung von Drogen auf Krebszellen näher aufklären wollte. Dazu behandelte sie Patienten-Leukämiezellen mit Methadon und stellte fest: Sie starben! Da sie und ihr Team zunächst glaubten, es sei ihnen ein Fehler unterlaufen, führten sie die Versuche immer wieder durch - mit den gleichen Ergebnissen.

In den folgenden Jahren untersuchte sie diesen Mechanismus auch an anderen Patienten-Krebszellen und erkannte: Die Anzahl der Opioidrezeptoren auf einer

v.l.n.r. Dr. Petra Stieber, 1. Vorsitzende, Dr. Claudia Friesen, Prof. Bettina Borisch, 2. Vorsitzende
Bilder: Alexander Kaya

Krebszelle spielt die entscheidende Rolle, um eine Apoptose, einen programmierten Zelltod, einzuleiten.

Leider gibt es bislang aufgrund fehlender finanzieller Mittel noch keine repräsentativen Studien, um D,L-Methadon neben dem Einsatz als Schmerzmittel auch in der Tumortherapie offiziell zu etablieren. Die Forscherin ist sich aber sicher, dass D,L-Methadon in sehr vielen Fällen und in der richtigen Dosierung die Überlebenschance und Lebensqualität nachhaltig verbessert – auch wenn es, wie sie betont, kein Wundermittel ist und nicht jeder Krebspatient und jede Krebspatientin gerettet werden kann.

Trotz negativ beschiedener Fördermittelanträge für Studien und trotz gelegentlicher Anfeindungen etablierter Medizin-Kollegen, gibt es für Claudia Friesen keinen Grund aufzugeben, denn: „Man ist reich, glücklich und zufrieden, wenn man Menschen helfen kann.“

In ihrer Laudatio gratulierte Dr. Petra Stieber, 1. Vorsitzende von mamazone, der Preisträgerin zu ihren Forschungsergebnissen, ihrem Engagement und ihrer Ausdauer mit den Worten: „Unser Preis soll unseren Dank symbolisieren, gleichzeitig für die Zukunft Rückenwind geben und den Wunsch der ‚mamazonen’ signalisieren, mit hoher Geschwindigkeit weiter zu forschen.“

Im Anschluss an die Preisverleihung standen Frau Dr. Friesen und Herr Dr. Hilscher, der als Palliativmediziner seit Jahren die erstaunliche Wirkung von D,L-Methadon aus seinem Praxisalltag in einem Vortrag bestätigte, zwei Stunden lang für Patientinnen-Fragen zur Verfügung.

Alt gegen Neu

Blick in die Medizingeschichte

VON GERTRUD RUST

Wilhelm Busch brachte es auf den Punkt: „Stets findet Überraschung statt, wo man`s nicht erwartet hat“. Die Medizingeschichte ist voller Episoden über unerwartete Entdeckungen bei Experimenten mit ursprünglich anderer Zielsetzung. Kein neues Phänomen also, im medizinischen Sprachgebrauch gibt es dafür sogar den Begriff Serendipität in Anlehnung an ein orientalisches Märchen: Die drei Prinzen von Serendip entdecken auf Reisen ständig Dinge, mit denen sie nicht gerechnet haben. Und obwohl sich auch Zufallsentdeckungen in der Medizin als äußerst nützlich erwiesen haben, stoßen sie häufig zunächst auf Ablehnung, wenn nicht gar auf Anfeindungen eines um die Aufrechterhaltung medizinischer Dogmen kämpfenden Medizinestablishments.

Einige Beispiele

Wilhelm Conrad Röntgen fiel im Verlauf eines physikalischen Versuchs zum Transport von elektrischen Ladungen in Gasen 1895 ein Strahl mit der Fähigkeit auf, Materie zu durchdringen. Geburt der Röntgenstrahlen. Dennoch galt er als irr und stand knapp vor der Einlieferung in die Psychiatrie, bis ihm die Aufnahme der Hand seiner Ehefrau gelang, auf welcher die Handknochen mit dem Ehering zu sehen waren. Es folgte 1901 der erste Nobelpreis für Physik, der Rest ist bekannt.

Alexander Fleming untersuchte 1928 u.a. Lungenentzündung auslösende Krankheitserreger. Bei einer mit Pilzsporen verunreinigten Probe fiel ihm auf, dass bei Anwesenheit des Pilzes keine Bakterien mehr zu finden waren. Der Pilz hieß Penicilium notatum, das Penicillin war entdeckt. Dennoch verging mehr als ein Jahrzehnt bis zur Herstellung von Penicillin in größeren Mengen, es wurde erst im zweiten Weltkrieg bei Soldaten eingesetzt.

Robin Warren entdeckte 1979 Bakterien in Magengewebe. Kann nicht sein, urteilte „die Schulmeinung“, Magensäure tötet jeden Erreger ab. 1981 schloss sich Warren der junge Mediziner Barry Marshall an und fand heraus, dass Bakterieninfektionen im Magen häufig gemeinsam mit Magenschleimhautentzündungen und Geschwüren auftraten. Die Beiden wurden für verrückt erklärt. Barry Marshall griff in letzter Verzweiflung zum Eigenversuch und schluckte 1984 die Bakterien, „Erfolg“ war eine nicht zu leugnende Magenschleimhautentzündung. Es handelte sich dabei um Helicobacter Pylori, eine Infektion mit dieser Bakterienart zählt heute zu den wichtigsten Risikofaktoren für Magenkrebs. Der Medizin-Nobelpreis 2005 ging nach über 25 Jahren Kampf an Warren und Marshall.

Auch Harald zur Hausen kann Einschlägiges berichten. Sein Spezialgebiet ist die Entstehung von Krebsarten nach Virusinfektionen, und schon 1976 vertrat er den Ansatz, dass humane Papillomviren (HPV) zur Entstehung von Gebärmutterhalskrebs beitragen können. Er isolierte diesen Virus Anfang der 80er Jahre erstmals aus Gewebe von Gebärmutterhalskrebs. Die Entwicklung geeigneter Impfstoffe folgte, die seit 2006 zur Verfügung stehen. 2008 dann die Verleihung des Medizin-Nobelpreises in Gemeinschaft mit zwei französischen Kollegen. Kurz darauf fühlte sich eine Gruppe von 13 deutschen Wissenschaftlern dazu bemüßigt, den Wert der HPV-Impfung in Frage zu stellen und die wissenschaftliche Qualität der Studien anzuzweifeln. Harald zur Hausen wurde „Pharmanähe“ unterstellt, denn der Impfstoff wurde von Pharmafirmen hergestellt. Nicht zu fassen.

Claudia Friesen, unsere diesjährige Busenfreundin, befindet sich mit den ihr entgegen gebrachten Anfeindungen deshalb in illustrer Gesellschaft. Die Wirkung von Methadon auf Krebszellen, ebenfalls ein Zufallsbefund, wird in einer gemeinsamen Stellungnahme der medizinischen Fakultät des Uni-Klinikums und des CCC Ulm unter Negierung von Fakten auf medizinisch irrelevante Zellkultur- und Tierversuche reduziert: www.uniklinik-ulm.de/news/article/1119/stellungnahme-zur-tumortherapie-mit-methadon-1.html. Eine informative und sachgerechte Gegendarstellung des Instituts für Rechtsmedizin Ulm ist einsehbar unter: https://www.uniklinik-ulm.de/struktur/institute/rechtsmedizin/home/haeufige-fragen-von-patienten-und-aerzten-zum-einsatz-von-methadon-in-der-krebstherapie.html .

Bitte nicht aufgeben, liebe Frau Friesen!

Die Geschichte wiederholt sich.
Bild: Africa Studio, Fotolia

11. und 12. Juni 2016

mamazone auf den „Fürstenfelder Gesundheitstagen“

VON MAMAZONE REGIONALGRUPPE MÜNCHEN

Am 11. Juni war es wieder soweit: Die Fürstenfelder Gesundheitstage, die sich mit einem breiten Angebot von Vorträgen, Aktionen und Ausstellern an die gesamte Familie wenden, begannen pünktlich um 10 Uhr bei leider strömendem Regen. Mit dabei mamazone mit einem Informationsstand.

Da dies keine spezielle Veranstaltung für Krebspatienten war, richtete sich das Hauptinteresse der Besucher auf Vorträge und Aktionen zur Prävention. Der mamazone Stand war trotzdem gut besucht, da Frauen jeden Alters, mit und ohne Brustkrebserkrankung, von unserem Brustmodell angezogen wurden. In zwei der drei Brustmodelle aus weichem Kunststoff sind größere und kleinere Knoten an verschiedenen Stellen eingearbeitet, die durch Tasten mit den Fingerspitzen entdeckt werden sollen. Dies erfordert eine gewisse Sensibilität in den Fingerkuppen und

> „Viele Frauen fragten nach dem besten Zeitpunkt der Selbstuntersuchung

ein systematisches Abtasten der Brust. Ein einfaches Streichen über die ‚Haut‘ der Modelle reicht, wie bei der Selbstuntersuchung, manchmal nicht aus, so dass durchaus ein sanfter Druck ausgeübt werden darf.

Da immer noch über 80 Prozent der Brustkrebs-Tumore von den Frauen selbst entdeckt werden, ist die Kenntnis, wie eine eigene korrekte Brustuntersuchung aussehen sollte, von Vorteil. Höchst aufmerksam hörten die interessierten Frauen zu, wenn wir ihnen die Drei-Finger-Methode erklärten und die verschiedenen Möglichkeiten, alle Areale der Brust und auch die Achselhöhle abzutasten.

Viele Frauen fragten nach dem besten Zeitpunkt der Selbstuntersuchung und waren überrascht zu hören, dass sich bei Frauen vor den Wechseljahren die erste Woche nach Beginn der Regelblutung gut eignet, da dann das Gewebe besonders weich ist. Frauen nach den Wechseljahren können hingegen jeden Tag wählen, es sollte nur regelmäßig alle vier Wochen geschehen.

Einige Frauen, die sehr routiniert und sehr schnell alle Knoten fanden, bestätigten, dass ihr Gynäkologe sie ermuntert habe, die Selbstuntersuchung durchzuführen. Andere hingegen tasteten doch sehr zurückhaltend und entdeckten die kleinen, tiefliegenden Knoten im Modell zunächst nicht. Ein „Aha-Erlebnis“ stellte sich dann ein, wenn wir zeigten, wo diese Knoten versteckt waren.

Eine kleine amüsante Randbemerkung: Wie schon bei anderen Veranstaltungen, bei denen wir mit dem mamazone-Stand und den Brustmodellen vertreten waren, gab es auch diesmal den einen und anderen pubertierenden Knaben, der zwischen Kichern, verschämter Neugier und mannhaftem Nähertreten mal eben einen kurzen Druck auf die Brustmodelle ausüben musste, um danach schnell das Weite zu suchen.

Ein herzliches Dankeschön der Münchner Mamazonen zum Schluss an Lissy Hantke, die mit dem mamazone-mobil für das Ausstellungsmaterial vor Ort sorgte!

Drei Mamazonen der Regionalgruppe München bei der Standbetreuung Bild: mamazone

Zumba für mamazone

Tanzen für einen guten Zweck

VON KARINA BONERT, MAMAZONE-SUEDWEST

Die Einladung des TSV Zornheim, einen mamazone-Stand bei einer Charity-Zumba-Party anzubieten, hat mich sehr begeistert und ich habe das Angebot sofort angenommen. Zumba ist eine Mischung aus Aerobic und überwiegend lateinamerikanischen Tanzelementen. Es arbeitet dabei jedoch nicht mit dem Auszählen von Takten, sondern folgt dem Fluss der Musik. Im Gegensatz zum klassischen Aerobic gibt es bei Zumba keinen pausenlos durchgehenden Beat, und die Bewegungen sind nicht standardisiert. Stattdessen erhält jedes Lied passend zu seiner Charakteristik und zum Tanzstil eine eigene Choreografie.

Hintere Reihe: Die Zumba-Trainerinnen um Dr. Michaela Reichert (2.v.l) und TSV-Vorstand Dominik Stahmann (6.v.l.) übergeben Karina Bonert (5.v.l.) den Spendenscheck. Vordere Reihe: Die Zumba-Kids des TSV Zornheim

> „Eine durchgehend lebendige und großartige Stimmung

Zumba reißt mit

Bilder: TSV Zornheim

Fast 200 Sport- und Zumba-begeisterte Frauen und Männer tanzten knapp drei Stunden lang für den guten Zweck. Hier wollten sie demonstrieren, bedingt durch einige Krankheitsfälle im eigenen Freundeskreis, dass sie auf diese Art Beistand leisten.

Innerhalb kürzester Zeit hatten die Organisatoren neun Zumba-Trainerinnen begeistert, die für eine durchgehend lebendige und großartige Stimmung in der Halle sorgten. Ana Mendez, Aileen Klein, Nadine Zander, Aline Fischer, Simone Hervol, Sabine Schambach, Denise Peschl und Julia Thomas machten richtig Dampf.

Dominik Stahmann, Vorstandsmitglied des TSV Zornheim und die Mitinitiatorin und Zumba-Trainerin Dr. Michaela Reichert (Frauenärztin in Oppenheim) überreichten mir später einen Scheck über 3.500 €. Ich war erstaunt und fasziniert zugleich. Mit einer solchen Summe hätte ich nie gerechnet. Ich war richtig berührt und erzählte auf der Bühne, dass wir mit diesem Betrag so viel unternehmen können und dadurch die Vision und das Ziel von mamazone verwirklichen, an Brustkrebs erkrankte Frauen und Ärzte zusammenzubringen, um gemeinsam die Perspektiven für Frauen mit Brustkrebs mit vollem Einsatz und Engagement entscheidend zu verbessern.

Frau Dr. Reichert berichtete über Ihre eigenen Berührungspunkte mit dem „ernsten Thema“. Als Frauenärztin begegnet sie Brustkrebs häufig in ihrem beruflichen Alltag und hat im engsten Freundeskreis einige Betroffene. Sie wolle mit ihrem Engagement ein Zeichen setzen und helfen, sagte sie.

Die große Summe kam nicht nur durch das eindrucksvolle Engagement der Ausrichter und das Eintrittsgeld zusammen, sondern auch durch weitere großzügige Spenden, wie die der „Lottostiftung Rheinland-Pfalz, der Praxis Dr. Robert Kasten, des Kastanienhofs Kneib in Zornheim, des Landessportbundes Rheinland-Pfalz und der Praxis von Frau Dr. Reichert. Ihnen allen sei Dank.

Support vor Ort

Ulla Westermann

Gemeinsam gegen Brustkrebs!

mamazone-Dorsten, Infopoint

Kontakt:

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

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

Gudrun Eikelboom

Informieren, Erfahrungen austauschen und die „Lust auf Leben" stärken!

mamazone-Gütersloh

Kontakt:
E-Mail: eikelboom@mamazone.de
Tel.: 05241/2333091, Mobil: 0152/53118099

Gruppentreffen: Zweiwöchig in den geraden Wochen von 17 Uhr bis 19 Uhr im Klinikum Gütersloh, Reckenberger Straße 19, 3332 Gütersloh

Almuth Fischer

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

mamazone-Hannover Infopoint

Kontakt:

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

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

Eugenia Krone

Wir klären auf!
Wir machen Mut!

mamazone-Dortmund

Kontakt:
E-Mail: dortmund@mamazone.de
Telefon: 02362/72832, Fax: 02305/9023635

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

Birgit Reuter

...und immer auf der Welle des Fortschritts...

mamazone-Selbsthilfegruppe Düsseldorf

Kontakt:
Telefon: 0211 /287638

Gruppentreffen: jeden zweiten Mittwoch im Monat um 19 Uhr im Zentrum Plus, Am Wallgraben 34, 40629 Düsseldorf-Gerresheim

Jede Brustkrebspatientin hat die Möglichkeit, offen und ausführlich über ihre Situation zu sprechen, wir hören zu und beraten. Die Gruppenleiterin ist Dipl. Sozialpädagogin mit therapeutischen Zusatzausbildungen. Organisiert werden kostenlose Projekte zur Unterstützung des Heilungsprozesses, z.B. therapeutisches Reiten, Lachyoga, Hochseilgarten, Bochumer Gesundheitstraining.

mamazone Süd-West

Darmstadt | Heidelberg | Mannheim

Zuhören! Mut machen! Informieren!

Nähere Informationen:
http://www.mamazone.de/mamazone/regionalgruppen/sued-west/

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

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

Gertrud Rust

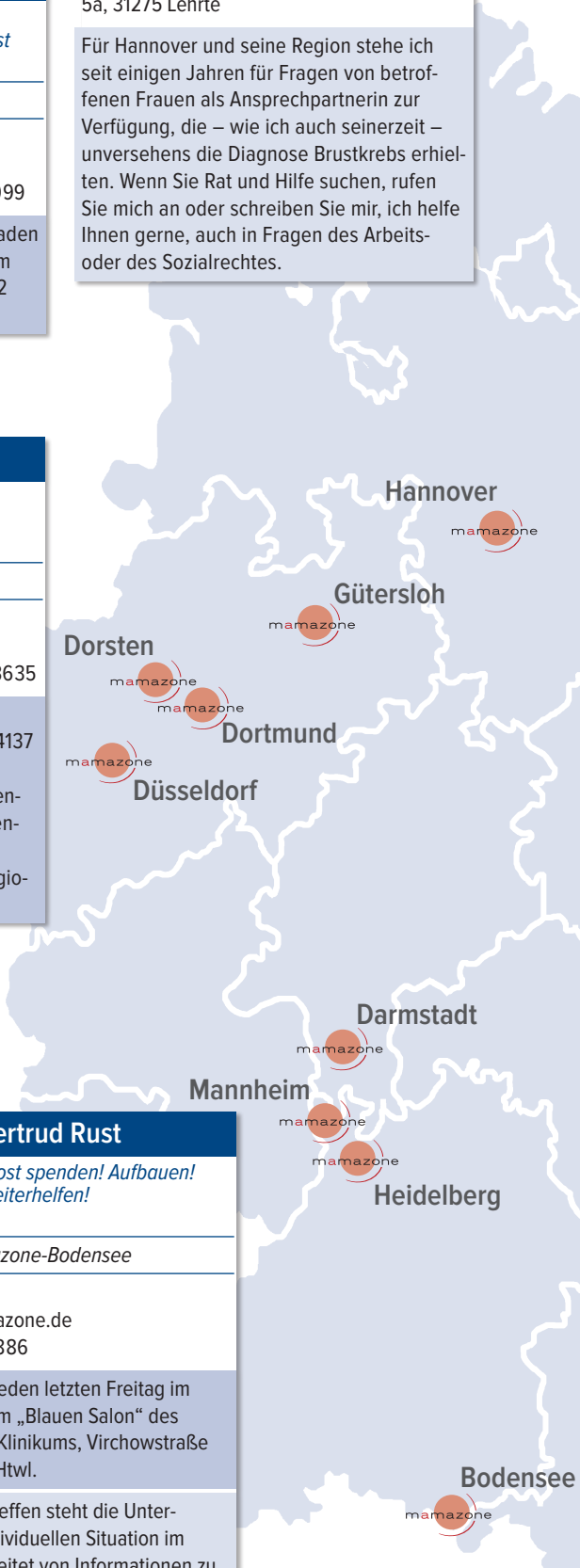
Trost spenden! Aufbauen! Weiterhelfen!

mamazone-Bodensee

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

Gruppentreffen: Jeden letzten Freitag im Monat um 15 Uhr im „Blauen Salon" des Hegau-Bodensee-Klinikums, Virchowstraße 10, 78224 Singen/Htwl.

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



Cornelia Stüwe

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

mamazone-Ostholstein Infopoint

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

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

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

mamazone-Berlin

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

Kontakt: E-Mail: berlin@mamazone.de

Gruppentreffen jeden ersten Freitag im Monat um 17.30 Uhr im Nachbarschaftsheim Schöneberg, Holsteinische Straße 30, 12161 Berlin (Erdgeschoss - Raum 28)

Sieglinde Schärtl

Das Leben feiern!

mamazone-Oberpfalz

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

Gruppentreffen: jeden zweiten Dienstag im Monat ab 19 Uhr in „D`Wirtschaft“, Jahnstraße 4, 92665 Altenstadt an der Waldnaab

Liebe Betroffene!
Beim Treff wollen wir uns austauschen, Erfahrungen einbringen, Sorgen und Nöte bewältigen, Fragen beantworten, gemeinsam Ideen, Vorschläge und Anregungen austauschen, miteinander lachen, Kraft tanken. Wir sind alle aufeinander angewiesen. Wir wollen schließlich leben, denn wir haben nur das eine Leben und mit Vertrauen auf den Herrgott, der uns leitet und führt, ist auch Unmögliches zu schaffen. Wir freuen uns auf Ihr Kommen und Sie sind in unserer Gruppe herzlich willkommen.

Brigitte Welter

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

mamazone-Augsburg

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

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

mamazone München

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

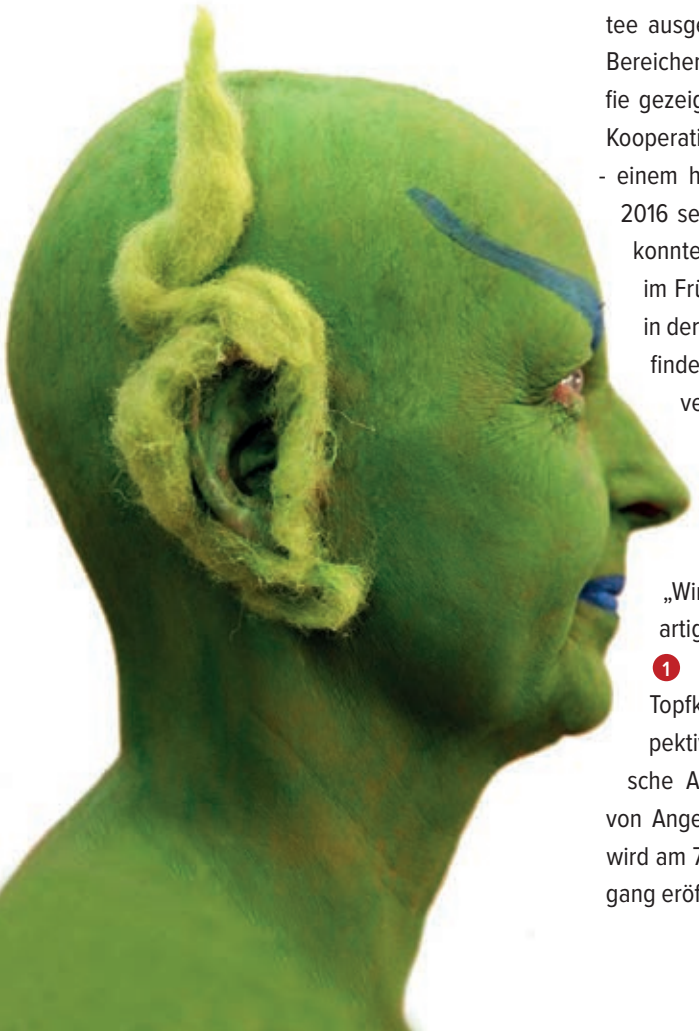
Kontakt:
E-Mail: kappler@mamazone.de und hetzel@mamazone.de

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

Kunst und Medizin

Das MHH Kunstforum

Das MHH Kunstforum e.V. wurde 2003 auf Initiative von Prof. Dr. Henning Zeidler und Prof. Dr. Peter Petersen an der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet und ist seit 2016 als gemeinnützig anerkannt. Ziel ist die Integration von Kunst in den Lebensraum der Medizinischen Hochschule Hannover, denn Patienten leiden nicht nur körperlich, sondern oft auch seelisch. Eigene künstlerische Betätigung, aber auch nur die Betrachtung von Farben und Formen können das Wohlbefinden von Erkrankten verbessern, und künstlerische Aktivitäten werden deshalb gefördert, vernetzt, sichtbar und öffentlich bekannt gemacht. Im Kunstgang der MHH werden jährlich fünf vom Kunstkomitee ausgewählte Ausstellungen aus den Bereichen Malerei, Grafik oder Fotografie gezeigt. Darüber hinaus besteht eine Kooperation mit der Kestner Gesellschaft - einem hannoverschen Kunstverein, der 2016 sein 100-jähriges Bestehen feiern konnte . Die „mhh-kestnerschau“ wird im Frühjahr 2017 ihre 25. Ausstellung in der MHH eröffnen. Und nicht zuletzt findet mit „studi:kunst“, einer Initiative von Studierenden der Medizin, regelmäßig eine dritte Ausstellungsreihe statt. „Wir können mehr als Medizin“, sagen die Studenten über sich selbst: „Wir sind bunt, kreativ und einzigartig“.



1 Die Ausstellung „Kopfkunst – Topfkunst · Wie der Krebs die Perspektive verändert – eine künstlerische Auseinandersetzung“, Fotografie von Angelika Fournaris und Sylvia Witte, wird am 7. Dezember um 18 Uhr im Kunstgang eröffnet.

2 Drei unterschiedliche Vortragsreihen in Kooperation mit der Patientenuniversität ergänzen das Kulturangebot der MHH. Darunter die Vortragsreihe „Künstlerische Therapien“, die am 10. Januar 2017, 19.30 Uhr, Hörsaal H, einen Vortrag mit der Diplom- und anthroposophischen Kunsttherapeutin Antje Kruse anbietet: „Die kunsttherapeutische Begleitung einer Frau mit Brustkrebs - von der Behandlung einer Diagnose zur Entwicklung einer Lebensperspektive“. Frau Kruse arbeitet seit 20 Jahren kunsttherapeutisch mit Brustkrebs- patientinnen. Sie wird von Erfahrungen und Begegnungen berichten, im Lauf einer Therapie entstandene Bilder zeigen und ihr Therapiekonzept vorstellen. Im Anschluss folgt eine Diskussions- und Fragerunde. Interessierte sind zu diesem öffentlichen Vortrag herzlich eingeladen. Eintritt 8 €, keine Voranmeldung.

KONTAKT UND INFORMATION

kunstforum@mh-hannover.de |
www.mh-hannover.de/kunstforum

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. (alphabetisch): Prof. Dr. Bettina Borisch, Almuth Fischer, Ulli Kappler, Dipl.-Psych. Gertrud Rust, Sieglinde Schärtl, Dr. med. Petra Stieber

Redaktion: Ulli Kappler, Gertrud Rust

Chefin vom Dienst: Ulli Kappler

Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe (alphabetisch): Karina Bonert, Elisabeth Brünstler, E. B., Ulli Kappler, K.K., Andrea Ribeaucourt, A. R., Gertrud Rust, Trude Ullrich, Cornelia Stüwe, Regionalgruppe München, Dr. Bach-Tuyet Stoeckicht-Nguyen

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

Interviewpartner in dieser Ausgabe: Dr. rer. nat. Ralph M. Wirtz

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

Auflage: 20.000 Exemplare

Druck: flyerheaven GmbH & Co. KG, Oldenburg

Bildredaktion: Markus Läbe, Gertrud Rust, Ulli Kappler

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

Bildnachweise:
Titelseite: © Dudarev Mikhail | Seite 4: © aleem_khan, Fotolia | Seite 7: © JM Fotografie, Fotolia | Seite 8: © Smileus, Fotolia | Seite 10: © Photographee.eu, Fotolia | Seite 12: © firewings, © Jag_cz, © contrastwerkstatt, © Alliance, © Wavebreakmediamicro, © Jürgen Fälchle, © petrrunjela, Fotolia | Seite 14: © JackF, Fotolia | Seite 17: © psdesign1, Fotolia | Seite 20/21: © SENTELLO, Fotolia | Seite 25: © SENTELLO, Fotolia | Seite 26: © psdesign1, Fotolia | Seite 30: © Iakov Kalinin, Fotolia | Seite: 34: Markus Läbe | Seite 39: © Voyagerix, Fotolia |

ANZEIGE

„Machen Sie die Früherkennung von Brustkrebs zu Ihrer Herzenssache“

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

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

mamazone

Foto: Hergen Schimpf/H&S Medienservice

Spendenkonto:

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

DIE STIMME FÜR FRAUEN MIT BRUSTKREBS

mamazone

mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.
Max-Hempel-Straße 3 | 86153 Augsburg
Telefon: 0821/5213144
Spendenkonto: Stadtsparkasse Augsburg
IBAN: DE84 7205 0000 0000 076760
BIC: AUGSDE77XXX

www.mamazone.de