

# mamazone MAG

Alles Leben ist Rhythmus

## Die innere Uhr

- 12 Wunschdenken oder Wissenschaft?  
**Die Placeboforschung**
- 16 Kehrtwende um 180 Grad  
**Neue Mammografie-Screening-Empfehlung**
- 26 Steter Tropfen höhlt den Stein  
**Sozialer Stress und Immunsystem**
- 36 Anforderungen und Selbstverständnis von  
**Patientinnenvertreterinnen**
- 40 Es ist möglich  
**Schwangerschaft nach Brustkrebs**
- 44 Wir sitzen alle in einem Boot  
**Pinkpaddeln**

## Titelthema

### Die innere Uhr

- 4 Alles Leben ist Rhythmus  
**Die Chronobiologie**
- 6 Der richtige Zeitpunkt  
**Chronomedizin und Chronotherapie**
- 8 Lebensalltag und  
**Die innere Uhr**

## Medizin und Forschung

- 12 Wunschdenken oder Wissenschaft?  
**Die Placebo-Forschung**
- 16 Kehrtwende um 180 Grad  
**Neue Mammografie-Screening-Empfehlung**
- 20 Wann gilt ein Tumor als  
**Hormonsensitiver Brustkrebs?**
- 22 ESMO, SABC, ASCO, Seno und AGO  
**Neues zum triple-negativen Brustkrebs TNBC**
- 25 Epigenetik messen  
**Der WID-Test**
- 26 Steter Tropfen höhlt den Stein  
**Sozialer Stress und Immunsystem**

## Kurz und fündig

- 28 Was sagt IMBAY?  
**Integrativmedizin in Bayern**
- 28 Millionenförderung für  
**Neue Bildgebung**

## Mutmachseite

- 29 Was mir Mut macht  
**Ein Lichtblick wie dieser**

## mamazone Brennpunkt

### Cannabis als Medizin

- 30 Hindernislauf zum  
**Medizinalhanf**
- 32 Datensammlung zu Cannabis  
**Abschlussbericht des BfArM**
- 34 Supportivtherapie  
**Wird Cannabis ausgebremst?**

## In eigener Sache

- 36 Anforderungen und Selbstverständnis von  
**Patient:innenvertreter:innen**

## Gut zu wissen

- 38 Im Alter  
**Maßnahmen gegen Krebs**
- 40 Es ist möglich  
**Schwangerschaft nach Brustkrebs**
- 42 Trockene Scheidenschleimhaut  
**Vor, mit und nach antihormoneller Therapie**
- 43 Der Wald als Ort der  
**Lebensqualität**

## Aus eigener Erfahrung

- 44 Wir sitzen alle in einem Boot  
**Pinkpaddeln**
- 46 Was ich mir wünsche  
**Eine bessere Nachsorge**
- 47 Ist er wirklich heilsam und notwendig?  
**Der Kampf gegen Krebs**

## Für Sie gelesen

- 48 Gustav Dobos  
**Der entwurzelte Mensch**
- 49 Nora Scheffel  
**Mamma macht Ärger**

## Aus den Regionen

- 50 Über die Grenze geschaut  
**Internationale Konferenz für  
Shared Decision Making in Dänemark**
- 52 Wertvolle Hilfe bei starken seelischen Belastungen  
**Stationäre Behandlung in einer  
psychoonkologischen Spezialabteilung**
- 54 Auszeichnung für das Ehrenamt  
**Der Weiße Engel für Biggi Welter**
- 55 Ein weiteres Projekt  
**Das Umarmungstuch**
- 56 Support vor Ort

## Abschied von unserer Schirmherrin

- 58 Zum Tod von Barbara Stamm
- 59 Impressum





## Liebe Leserin, lieber Leser.

**D**er Mensch ist Teil der Natur und nicht etwas, das zu ihr im Widerspruch steht“, so der britische Philosoph und Mathematiker Bertrand Russell (1872 - 1970).

Teil der Natur sein bedeutet auch, in naturgegebenen Rhythmen zu leben. Sie steuern nicht nur unseren Tagesablauf, sie leiten uns auch durch die Jahreszeiten und letztendlich ebenfalls durch unser Leben.

In welchem Ausmaß natürliche Rhythmen in uns angelegt sind und welche Bedeutung sie für Gesundheit, Krankheit und Therapie haben, lesen Sie in unserem Titelthema „Die innere Uhr“. (Seiten 4 bis 8)

Wie es um die Placeboforschung steht wollte Cornelia Stüwe im Interview mit Prof. Manfred Schedlowski herausfinden, der Arthur Schopenhauer mit dem Satz zitierte: „Jede Wahrheit durchläuft drei Stadien: Im ersten Stadium wird sie lächerlich gemacht, im zweiten Stadium vehement abgelehnt und im dritten Stadium als selbstverständlich akzeptiert.“ (Seite 12)

Was ist jedoch Wahrheit? Muss sie objektiv messbar sein, oder sind auch subjektive Empfindungen wahr, die nicht reproduzierbar sind? Auf welche Weise sozialer Stress, der bei einzelnen Menschen durchaus unterschiedliche Gesichter haben kann, auf unser Immunsystem einwirkt, beschreibt der junge Soziologe Eric T. Klopocki und liefert damit ein Beispiel für

die Wirkung von Geist und Emotionen auf Materie. (Seite 26)

Wechselnde Wahrheiten erläutert Dr. med. Ulrich Placzek mit der „Neuen Mammografie-Screening-Empfehlung“ (Seite 16).

Im mamazone-Brennpunkt geht es diesmal um „Cannabis als Medizin“, eine in den verschiedensten Kulturen seit Jahrtausenden bekannte alte Heilpflanze, die durch ihre berauschende Wirkung in Verruf geriet, deren Heilungspotenzial nun jedoch wiederentdeckt wurde (Seite 30).

Wie wir als sogenannte Patientinnenvertreterinnen in einem Spannungsfeld zwischen Laienstatus und Beratungsfunktion stehen, zwischen eigener „medizinischer“ Weltsicht und dem Anspruch, dennoch sachlich und neutral Unterstützung zu leisten, diskutiert Cornelia Stüwe entlang den kritischen Fragen eines jungen Mannes, denen sich Selbsthilfeaktive aufmerksam zuwenden sollten (Seite 36).

Bedenkenswert ist auch der Einwurf von Verena Montague, ob der „Kampf gegen Krebs“ denn wirklich am meisten Erfolg verspricht (Seite 47), und von Professor Gustav Dobos erfahren wir in der Buchbesprechung auf Seite 48, dass es ohne gesunde Umwelt keine gesunden Menschen geben kann. Im Oktober 2022 haben wir unsere Schirmherrin verloren. Lesen Sie

dazu den Nachruf von Sieglinde Schärfl auf diese außergewöhnliche Frau (Seite 58).

### Abschied

Inzwischen bin ich 70 Jahre alt, höchste Zeit für den Ruhestand und noch einige besinnliche Jahre im Freundes- und Familienkreis, so mir das gegönnt sei. Die Arbeit am mamazone-Magazin hat mir große Freude bereitet, und ich hoffe, Sie konnten die eine oder andere nützliche Anregung für sich daraus entnehmen.

Ruhige Weihnachtstage und einen zuversichtlichen und hoffnungsvollen Blick ins neue Jahr wünscht Ihnen

*Gerhard Durr*



Alles Leben ist Rhythmus

# Die Chronobiologie

VON GERTRUD RUST

**I**m Jahr 2017 erhielten drei US-Forscher als Krönung ihres Forscherlebens den Nobelpreis für Medizin oder Physiologie.

Seit den 1980er Jahren waren sie auf der Suche nach den molekularbiologischen Mechanismen, die zirkadiane Rhythmen kontrollieren. Diese auch als „innere Uhr“ bezeichneten rhythmischen Abläufe beschreiben die Schwankungen von Körperfunktionen in Abhängigkeit von äußeren (exogenen) Einflüssen, wie den Tag-Nacht-Wechsel, oder von inneren (endogenen) Faktoren, wie der Hormonproduktion.

Den Preisträgern war mittels Untersuchungen an der Taufliege *Drosophila melanogaster* die Identifizierung eines Gens gelungen, das den normalen täglichen biologischen Rhythmus bis auf die Zellebene herab steuert. Seit langem dient diese Taufliege der Genetik als Forschungsmodell und gilt als einer der am besten erforschten Organismen. Und fast alle bei ihr entdeckten Uhrproteine tauchen in ähnlicher Gestalt bei Tieren und Menschen auf.

Unsere innere Uhr beeinflusst unser Leben auf vielfältige Art und Weise, sie passt die Funktionsweise unseres Körpers und seiner Organe dabei an die unterschiedli-



Michael Rosbash, Jeffrey C. Hall, Michael W. Young  
Foto: Il Sussidiario

chen Tagesphasen an und reguliert wichtige Funktionen wie zum Beispiel die Herzfrequenz, den Schlaf-Wach-Rhythmus, den Blutdruck, die Körpertemperatur und den Stoffwechsel.

## Geschichtliches

Auch wenn die Chronobiologie nach wie vor als junges Wissenschaftsgebiet bezeichnet wird, so hat sie doch eine gewisse Tradition. Bereits im 18. Jahrhundert experimentierte der französische Gelehrte Jean Jacques d'Ortous de Mairan mit Mimosenpflanzen. Ihm fielen die Blattbewegungen von Mimosen auf, deren Blätter sich bei Tag öffneten und bei Nacht schlossen. Doch auch im Dauerdunkel behielt die Mimose ihre Blattbewegungen bei, ein Hinweis auf eine vorliegende eigene biologische Uhr.

Es folgten über die Jahrzehnte weitere Beobachtungen zu rhythmischen Phänomenen, aber erst im 20. Jahrhundert startete deren wissenschaftliche Erforschung.

In den 1960er Jahren belegte der Mediziner Jürgen Aschoff mit seinem Team am Max-Planck-Institut für Verhaltensphysiologie in Seewiesen, dass auch Menschen

einer inneren Uhr folgen. Freiwillige Versuchspersonen ließen sich eine bestimmte Zeit in einem Bunker ohne Tageslicht abschirmen, auch waren keine Uhren oder sonstige Anhaltspunkte in dem Raum, die Hinweise auf die Tageszeit hätten geben können. Dennoch stellte sich bei den Probanden ein nahezu normaler Schlaf-Wach-Zyklus von etwa 25 Stunden ein.

1983 flog der Schimmelpilz *Neurospora* mit ins All, man wollte die zirkadiane Rhythmik außerhalb der Erde testen.

Seit den 1990er-Jahren hat sich die Chronobiologie interdisziplinär weiterentwickelt, sie gilt heute als Schnittstelle zwischen unterschiedlichen Forschungsdisziplinen. Die Untersuchung der Chronobiologie am Menschen schließt auch die Psychologie und die Medizin mit ein. Insbesondere sind Antworten darauf zu finden, ob durch einen Lebensstil wider das Schwingen der natürlichen Rhythmen und ohne Rücksicht auf biologisch vorgegebene zirkadiane Aktivitätsmuster nicht nur die von der Natur eingerichteten Zyklen auf Dauer aus dem Tritt geraten können, sondern ob dadurch auch Störungen mit Krankheitswert ausgelöst werden.

## Wir sind Teil der Natur

Betrachten wir unsere Umwelt, so beobachten wir zahlreiche natürliche Ereignisse, die periodisch und regelmäßig vorkommen. Zumindest derzeit noch, bevor die Klimaveränderung neue Akzente setzen wird.





Wir haben die vier Jahreszeiten, wir kennen Tiere, die Winterschlaf halten und im Sommer aktiv sind, Ebbe und Flut wechseln sich geregelt ab, der Mensch unterliegt natürlicherweise einem Schlaf-Wach-Rhythmus, manche Tiere sind nachtaktiv, manche tagaktiv, die Zyklen schwingen naturgemäß harmonisch.

Der „moderne“ Mensch scheint jedoch das einzige Säugetier, das in seiner Lebensgestaltung den natürlichen Rhythmen eher widerwillig folgt.

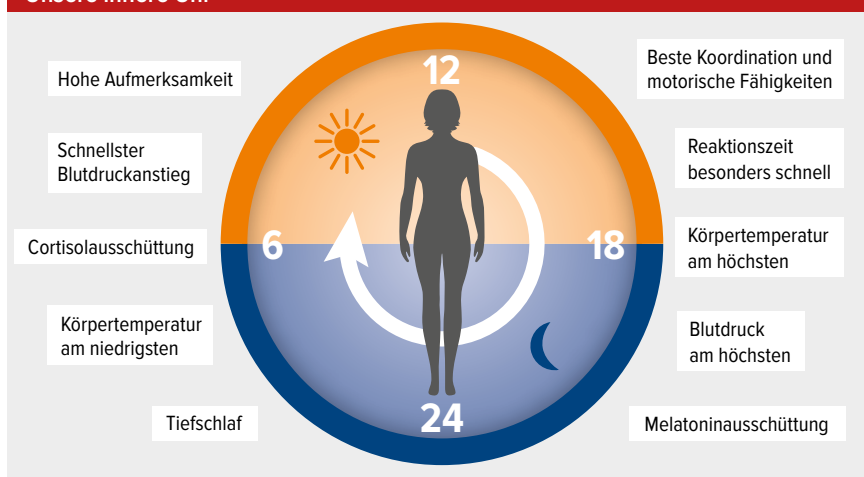
Wir machen durch künstliche Beleuchtung die Nacht zum Tage, in einem Ausmaß, dass längst der Begriff „Lichtverschmutzung“ kursiert. Wir arbeiten in der Nacht und schlafen untertags, komplett konträr zur inneren Uhr des natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus. Wir fliegen im Winter ans Meer, um Sonne zu tanken und fahren im Sommer Ski (Sommerskigebiete: Wo kann ich im Sommer Ski fahren? - ski-info.de). Mit einem Leben im Einklang mit der Natur unter Berücksichtigung angelegter Biorhythmen hat das nichts mehr zu tun.

Für den Chronobiologen Prof. Dr. Till Roenneberg vom Institut für Medizinische Psychologie an der Technischen Universität München (TUM) haben Menschen wie alle anderen Säugetiere eine zirkadiane Uhr, die den Stoffwechsel, die Physiologie, das Verhalten und die Wahrnehmung steuert. Es gebe kaum eine Funktion im Körper, die nicht tagesrhythmisch sei, und die innere Uhr steuere alle Abläufe, so Roenneberg.

Der persönliche Biorhythmus sei uns bereits in die Wiege gelegt, und seine Missachtung habe weitreichende Folgen. Viele Menschen lebten ständig im Jetlag, denn unser innerer Schlaf-Wach-Rhythmus stimme nur selten mit gesellschaftlichen Zeitplänen überein.

Der Lebensstil in der modernen Gesellschaft zwänge verschiedene Chronotypen

### Unsere innere Uhr



in ein Zeitkorsett, das mit der inneren Uhr nicht übereinstimmt. So entstünde ein „sozialer Jetlag“.

Dies beginne schon während der Schulzeit, denn Kinder lernten nicht zu der Zeit, in der sie am aufnahmefähigsten seien. Im Teenageralter verschiebe sich der Chronotyp zusätzlich nach hinten, wodurch Spät- gegenüber Frühaufstehern bei morgendlichen Tests benachteiligt seien: <https://www.lmu.de/de/newsroom/newsuebersicht/news/die-stimme-der-inneren-uhr.html>. Bisweilen sind allerdings bereits Vorschläge zu einem späteren Schulbeginn zu hören.



ISBN 978-3-8321-6188-0

### Eulen und Lerchen

Nicht jeder Mensch trägt jedoch dieselbe innere Uhr in sich, es gibt zeitliche Varianten und Übergangsformen.

Als Eulen gelten diejenigen Personen, die am Morgen eher schwer „in die Gänge kommen“, dafür jedoch im Tagesverlauf, gegen Abend und bis in die Nacht hinein zur Hochform auflaufen. Lerchen dagegen sind bereits frühzeitig munter, checken bereits um fünf Uhr morgens ihre Mails,

lesen die Zeitung und treiben Frühsport, haben dafür allerdings bereits weit vor Mitternacht ihr Aktivitätslimit erreicht.

In Einklang mit natürlichen Rhythmen stehen diese Abläufe dennoch, denn der Taktgeber ist für beide Varianten eine individuelle oder auch personalisierte innere Uhr.

Da zirkadiane Rhythmen eine grundlegende Bedeutung für nahezu alle Aspekte der menschlichen Physiologie haben, wie den Lebensvorgängen in Zellen, Geweben und Organen, liegt die Frage nahe, ob eine Störung dieser Rhythmen Krankheiten fördert, zu welchen Tageszeitpunkten beispielsweise am passendsten operiert, chemotherapiert oder bestrahlt werden sollte, oder wann prinzipiell die Medikamentengabe am günstigsten wäre. Könnte eine Besinnung auf die innere Uhr mit nachfolgender Verhaltensanpassung auch einen Beitrag zu günstigen Genesungsverläufen leisten? Besonders Krebserkrankungen sind ja ein Sinnbild für die Störung natürlicher Rhythmen, denn auch die Zellteilung folgt in gesundem Zustand einer inneren Uhr.




 MEDIKATIONS-  
PLAN

Der richtige Zeitpunkt

# Chronomedizin und Chronotherapie

VON TRUDE ULLRICH

**D**ie Chronomedizin strebt die Entwicklung von Behandlungskonzepten unter Berücksichtigung der Aktivitätsschwankungen unserer Organsysteme im 24-Stundenverlauf an. Der Einbezug der zirkadianen Rhythmik in die Therapieplanung soll die Anwendung einer medizinischen Maßnahme dann ermöglichen, wenn das „Zielorgan“, Körperzellen oder physiologische Abläufe dafür am empfänglichsten sind.

Funktionen und Vorgänge im menschlichen Körper schwanken rhythmisch im Tagesverlauf. So erfolgt etwa die Produktion von verschiedenen Hormonen zu unterschiedlichen Zeiten, manche Organe sind am Morgen oder am Abend aktiver.

Daraus folgt, dass medizinische Untersuchungsergebnisse und die Medikamentenwirkung individuell jeweils von der Tageszeit abhängig sind.

Ein Beispiel sind Chemotherapien, deren Inhaltsstoffe sich gegen Zellteilungsvorgänge bei Krebszellen richten: <https://wsg-online.com/fuer-patientinnen/>

Sie wirken am besten, wenn die Tumorzellen sich möglichst schnell teilen und sich zum Zeitpunkt der Chemotherapieinfusion möglichst viele Zellen in der Teilungsphase befinden.

Der Zellteilungsfaktor (Ki67) wird über die Tumorbioptie bestimmt. Der Wert gibt an, wie viele Zellen einer Tumprobe sich gerade teilen.

Die Tumorbioptie findet jedoch zu einem bestimmten Zeitpunkt statt, und die pathologische Untersuchung liefert anschließend die ermittelten Merkmale – **im Moment der Bioptie**. Ein möglicher Schwankungsverlauf des Ki67-Wertes entlang zirkadianer Rhythmen wird nicht erfasst.

Man fragt sich nun, ob das Versagen einer Chemotherapie damit zusammenhängen könnte, dass sich aufgrund zirkadianer Bedingungen zum Zeitpunkt der Chemotherapieinfusion gerade zu wenig Krebszellen in Teilung befinden?

Unterzieht man sich den Strapazen einer zytostatischen Behandlung mit meist belastenden Nebenwirkungen und der Gefahr von Spätschäden, möchte man wenigstens begründete Anhaltspunkte dafür, dass mit einem guten Therapieergebnis gerechnet werden darf.

Dies gilt besonders für Patientinnen mit einem triple-negativen Brusttumor, bei denen Chemotherapien derzeit noch Behandlungsstandard sind. Zwar werden hier zunehmend neoadjuvante Verfahren (vor der Operation) eingesetzt, um das Ansprechen beobachten zu können, in welchem Umfang wird jedoch der Tageszeitpunkt im Fall einer zusätzlich erforderlichen Behandlung nach der Operation (post-neoadjuvant) berücksichtigt?

Auch Bestrahlungstherapien wirken im Übrigen am besten bei einer hohen Zellteilungsrate im Augenblick der Anwendung.

Ziel der Chronomedizin ist die Erhöhung der Effektivität einer Therapie beziehungsweise eines Medikaments unter Berücksichtigung der inneren Uhr von Patient:innen: <https://www.spektrum.de/news/chronomedizin-heilung-im-takt-der-inneren-uhr/1964326>

## Die Chronotherapie

Auf die Chronomedizin folgt die Chronotherapie, wobei hier auch die Chronopharmakologie ins Spiel kommt. Letztere befasst sich mit den wechselseitigen Einflüssen von Chronobiologie und Pharmakologie, der Wissenschaft von den Wechselwirkungen zwischen Stoffen und Lebewesen. Da der Stoffwechsel im Tagesverlauf Schwankungen unterliegt, ist nicht allein die Dosis eines Medikaments von Bedeutung, sondern auch der Einnahmezeitpunkt. Der zirkadiane Rhythmus kann dabei nicht nur die Arzneimittelwirkung erheblich beeinflussen, sondern auch die Schwere von Nebenwirkungen.

Man glaubt es kaum, wie lange zu diesen Zusammenhängen bereits Erkenntnisse vorliegen. Am 20. Dezember 1985 veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt einen Beitrag zu „Chronopharmakologie und Chronotherapie“ mit dem Zusatz „Von der experimentellen Forschung zur praktisch-klinischen Anwendung.“

„Die Berücksichtigung biologischer Rhythmen bei der Diagnose und Therapie eröffnet neue Möglichkei-

ten, ärztliche Maßnahmen direkt auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten abzustimmen. Ihre Erfassung und Beschreibung ist heute mit modernen Messverfahren und statistischen Auswerteroutinen möglich.“ Schien nicht bereits damals schon die „Personalisierte Medizin“ auf? <https://www.aerzteblatt.de/archiv/121495/Chronopharmakologie-und-Chronotherapie>



ISBN 978-3-8047-2786-1



Man wusste auch bereits einiges über zirkadiane Rhythmen: „Krankheit kann in diesem Zusammenhang sowohl durch eine bestimmte zeitliche Konstellation, als auch durch ein einseitig gerichtetes Durchbrechen des rhythmischen Auf und Ab zustande kommen, ja es scheint sogar möglich zu sein, ein bestimmtes Krankheitsrisiko sehr frühzeitig an Veränderungen der Rhythmusparameter ablesen zu können.“ Und: „Therapeutisch wirken – grob gesagt – fast alle Medikamente zu verschiedenen Tages- und Nachtzeiten ganz unterschiedlich – quantitativ und sogar qualitativ.“ Mit stereotypen Verordnungen nütze der Therapeut die Möglichkeiten, die ihm die Natur mit ihrer Biorhythmik biete, nicht aus. Das ist jetzt 37 Jahre her, und wir warten immer noch ...

Auch der Band des deutschen Pharmakologen Prof. Dr. Björn Lemmer mit Forschungsschwerpunkt Chronopharmakologie ist bereits über zehn Jahre alt:



Prof. Dr. Achim Kramer

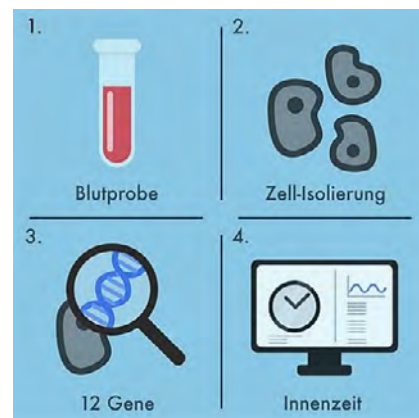
Biologische Rhythmen und Arzneimittelwirkung, so der Untertitel.

### Ein Bluttest ...

... ermöglicht das Ablesen der inneren Uhr, so die Pressemitteilung der Charité vom Juli 2018: [https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/bluttest\\_ermoeglicht\\_das\\_ablesen\\_der\\_innenen\\_uhr/](https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/bluttest_ermoeglicht_das_ablesen_der_innenen_uhr/)

Einem internationalen Team um den Chronobiologen Prof. Dr. Achim Kramer vom Institut für Medizinische Immunologie der Charité gelang die Entwicklung eines Bluttests zur objektiven Bestimmung des Status der inneren Uhr von Patienten.

Ziel war die Identifizierung von charakteristischen Biomarkern im Blut für die individuelle Innenzeit. Eine Chronotherapie sei nach Kramers Überzeugung einer konventionellen Therapie oft überlegen. Eine Therapie unter Berücksichtigung der Ta-



Aus einer Blutprobe (1) werden Zellen isoliert (2) und darin die Aktivität von zwölf speziellen Zeitgenen bestimmt (3). Ein Computeralgorithmus berechnet daraus den Stand der inneren Uhr (4).

Grafik: Kramer/Charité

geszeit kam jedoch bisher wegen fehlender Diagnostikmöglichkeiten der Innenzeit selten zum Einsatz.

Klinische Folgestudien sollen die Wirksamkeit einer personalisierten Chemotherapie belegen. Sei das optimale Wirkungszeitfenster für ein Medikament bekannt, könne die Behandlung optimiert und das Nebenwirkungsrisiko verringert werden.

### ANZEIGE

## BRUSTKREBS GEMEINSAM MEISTERN. IN JEDEM AUGENBLICK.

### Misteltherapie

Für Patientinnen, die mehr wollen.

Ihre Krebsbehandlung kann verträglicher werden:

- **Weniger Nebenwirkungen** konventioneller Krebstherapien (z. B. Fatigue, Erschöpfung)<sup>1</sup>
- **Stärkeres Immunsystem**<sup>2</sup>
- **Bessere Stimmung und gutes Wärmeempfinden**<sup>3,4</sup>

Sie können mehr für sich tun. Spüren Sie wieder Vitalität und Lebensqualität!



Erfahren Sie mehr: [helixor.de](http://helixor.de)

 **Helixor**

Bild dient der Veranschaulichung. Die abgebildeten Personen sind Modelle. | 1. Kienle GS et al. Influence of Viscum album L. extracts on quality of life in cancer patients: a systematic review of controlled clinical studies. Integrative Cancer Therapies 2010, 9(2): 142-57. 2. Oei SL et al. Mistletoe and Immunomodulation: Insights and Implications for Anticancer Therapies. Evidence-Based Complement Altern Med. 2019;2019:5893017. doi:10.1155/2019/5893017. 3. Piao BK et al. Impact of complementary mistletoe extract treatment on quality of life in breast, ovarian and non-small cell lung cancer patients. A prospective randomized controlled clinical trial. Anticancer Res 2004, 24(1): 303-10. 4. Matthes H. Onkologische Misteltherapie aus klinisch-anthroposophischer Sicht. In: Scheer R et al. (ed.) Die Mistel in der Tumorthherapie. KVC Verlag 2001, 253-74.



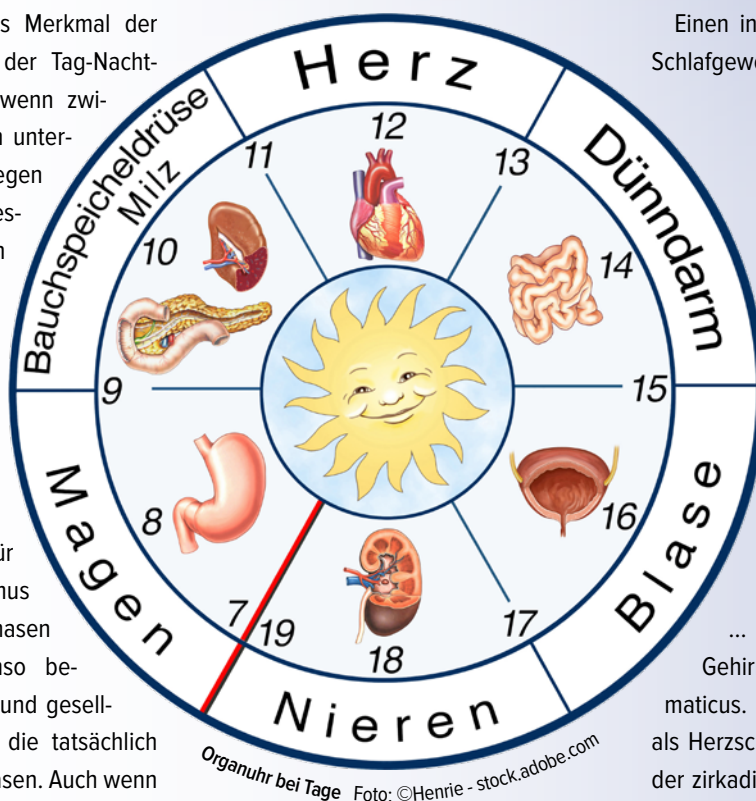
Sie sollten in Einklang stehen

# Lebensalltag und die innere Uhr

VON GERTRUD RUST

**A**ls eindrucklichstes Merkmal der inneren Uhr gilt der Tag-Nacht-Rhythmus. Auch wenn zwischen Lerchen und Eulen unterschieden wird, so erliegen doch beide zum Tagesabschluss einem tiefen Schlafbedürfnis und wachen nach einer gewissen Schlafdauer wieder auf, wenn auch, bedingt durch ihren Chronotypus, nicht zu identischen Zeiten.

Wichtige Impulsgeber für den Schlaf-Wach-Rhythmus sind die Hell-Dunkel-Phasen des Tagesablaufs. Ebenso beeinflussen Klimafaktoren und gesellschaftliche Bedingungen die tatsächlich gelebten Schlaf-Wach-Phasen. Auch wenn zum Beispiel alle Deutschen in derselben Zeitzone angesiedelt sind, schlafen die Menschen im Osten, wo die Sonne früher aufgeht, an freien Tagen weniger lang als ihre Mitbürger im Westen. In heißen Klimazonen wird über die Mittagszeit bis zum späten Nachmittag geruht, frühmorgens und spätabends finden dagegen die Hauptaktivitäten statt.



Organuhr bei Tage Foto: ©Henrie - stock.adobe.com

Die wirkungsmächtigen Signalgeber Helligkeit und Dunkelheit werden jedoch durch die exzessive künstliche Beleuchtung unserer Städte und Wohnungen bis in die tiefe Nacht in ihrer Signalfunktion beeinträchtigt. Die natürlichen Hell-Dunkel-Phasen werden gestört und die natürlichen Ruhezeiten verschieben sich.

Einen interessanten Einblick in unsere Schlafgewohnheiten finden sie hier:



ISBN 978-3517096384

## Die Steuerung des Tag-Nacht-Rhythmus ...

... erfolgt über ein Kerngebiet im Gehirn, den Nucleus suprachiasmaticus. Er gilt als „pacemaker clock“, als Herzschrittmacheruhr in der Kontrolle der zirkadianen Rhythmen der Säugetiere und als wichtigster Koordinator des Schlaf-Wach-Rhythmus mit Steuerfunktion für hormonelle und Verhaltensrhythmen.

Am Abend, wenn es langsam dunkel wird, steigt die Produktion des sogenannten „Schlafhormons“ Melatonin an. Melatonin lenkt den Tag-Nacht-Rhythmus des menschlichen Körpers und wirkt schlaffördernd. Seine Bildung wird durch die pa-



cemaker clock gesteuert und durch Licht gehemmt. In der Dunkelheit der Nacht wird diese Hemmung aufgehoben, und die Sekretion von Melatonin steigt.

Die Melatoninkonzentration erhöht sich im Laufe der Nacht, unter jahreszeitlich bedingten Schwankungen, bei älteren Menschen um den Faktor drei, bei jüngeren Menschen bis zum Faktor zwölf. Dies kann erklären, warum ältere Menschen oft über Schlafstörungen klagen und der Schlaf-Wach-Rhythmus gestört ist.

Zusammen mit Adenosin steuert Melatonin den Schlaf. Während Melatonin viele biologische und oxidative Prozesse herunterreguliert, blockiert Adenosin die Ausschüttung von belebenden und aktivierenden Neurotransmittern und macht deshalb müde. Untersuchungen haben im Übrigen gezeigt, dass bestimmte Bestandteile des Baldrians sich aktivierend an Adenosinrezeptoren anlagern und so beruhigend und schlaffördernd wirken.

Der Gegenspieler von Melatonin ist das Cortisol. Es ist während der Nacht erniedrigt und untertags erhöht. Es stellt dem Körper energiereiche Verbindungen zur Verfügung und lässt uns am Morgen wieder erwachen.

### Biorhythmen in Fernost

Nachtruhe mit einem erholsamen Schlaf gilt in allen Kulturen als Quelle der seelischen und körperlichen Regeneration.

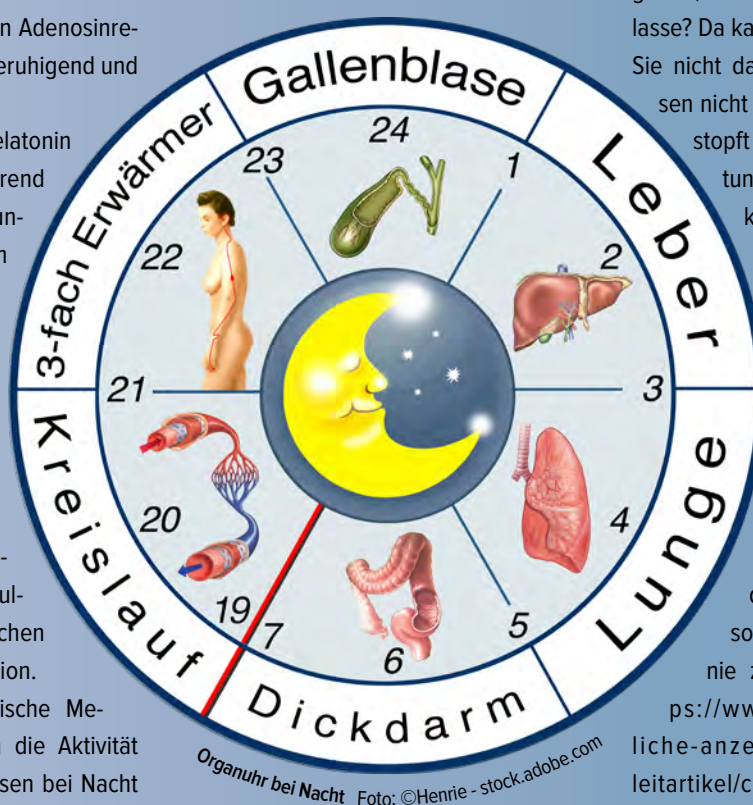
Die Traditionelle Chinesische Medizin hat in Anlehnung an die Aktivität untertags und die Ruhephasen bei Nacht die sogenannte Organuhr entwickelt. Das Konzept erinnert zwar an die Chronobiologie, gilt jedoch derzeit als wissenschaftlich nicht gesichert.

Der menschliche Körper unterliege einem täglichen Energiekreislauf, der zu zyklisch wiederkehrenden Tageszeiten in bestimmten Organsystemen einen Aktivitätshöhepunkt erreiche. Diese erhöhte

Aktivität eines Organsystems könne auch in Form von Beschwerden wahrgenommen werden.

Die „Organuhr bei Tage“ ordnet dabei einzelnen Organsystemen ihre jeweiligen zeitlichen Aktivitätshöhepunkte untertags zu, die „Organuhr bei Nacht“ solle die Regenerationsaktivitäten verschiedener Organsysteme innerhalb bestimmter nächtlicher Zeitabschnitte anzeigen: Der Tag wird dem Yang – der Aktivität – zugeordnet und die Nacht dem Yin – der Ruhe.

Der rhythmische Fluss des Qi – der Lebensenergie – unterliege Schwankungen, es gebe Zeiten stärkerer und schwächerer Aktivität. In einem 24-Stunden-Rhythmus ströme jeweils für die Dauer von etwa zwei Stunden besonders viel Qi durch ein bestimmtes Organsystem.



Leider ist kein Vorschlag enthalten, wann nach den Vorstellungen der chinesischen Gesundheitslehre das Immunsystem besonders aktiv ist und wann es sich regeneriert.

Sowohl in den östlichen traditionellen Heilkünsten, wie in der westlichen Schulmedizin und der Komplementärmedizin

gilt ein Leben gegen die angelegten zirkadianen Rhythmen als krankmachend und Forscher betonen, wie wichtig es sei, seinem natürlichen inneren Rhythmus zu folgen. Deshalb gelte auch die Aufrechterhaltung eines regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus als eine der bedeutendsten Funktionen der Inneren Uhr.

### Schlafmangel

Der Münchner Chronobiologe Prof. Dr. Till Roenneberg beantwortete in einem Interview mit den Münchner Ärztlichen Anzeigen die Frage, welche Krankheiten durch zu wenig Schlaf entstehen könnten: „Prinzipiell alle. Es kommt auf den jeweiligen Menschen an. Sie könnten mich auch fragen: Was kann an einem Auto kaputt gehen, wenn ich keine Inspektion machen lasse? Da kann ich Ihnen nur sagen: Wenn Sie nicht darauf achten, dass die Bremsen nicht verrostet, die Filter nicht verstopft sind oder irgendwelche Leitungen nicht funktionieren, kann alles Mögliche passieren. Schlaf ist nicht direkt mit irgendwelchen Krankheiten verbunden, aber er hat viel mit dem Reparatur-Service, dem Immunsystem, und vielen anderen Aufgaben zu tun, von denen wir viele wahrscheinlich noch gar nicht kennen. Wenn wir diese Zeit beschränken, ist es so als würden wir unser Auto nie zur Inspektion bringen.“ <https://www.aerztliche-anzeigen.de/leitartikel/chronobiologie-zurueck-zur-natur>

Als Brustkrebspatientinnen kennen wir die ernststen Mahnungen, auf unser Gewicht zu achten. Denn aus Bauchfett könne der Körper über



ISBN 978-3830420767



verschiedene Zwischenstufen Östrogen bilden, fatal für Patientinnen mit einem hormonpositiven Tumor.

Ein Team um Dr. Jonathan Cedernaes von der Universität Uppsala mit dem Forschungsgebiet Schlaf- und zirkadiane Rhythmen, fand 2018 in einer randomisierten Studie, dass bereits eine einzige schlaflose Nacht eine Umstellung des Energiestoffwechsels mit der Gefahr bewirkte, auf Dauer an Gewicht zuzunehmen und einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln.

Der Schlafmangel hatte zu einem Rückgang des Abbaus von Kohlenhydraten (Glykolyse) geführt, auch war das Stresshormon Cortisol erhöht: <https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.aar8590>

Eine frühere Studie belegte eine Gewichtszunahme bereits nach fünf Nächten mit nur vier Stunden Schlaf: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23814334/>

Jonathan Cedernaes führt die Stoffwechselumstellung auf eine Änderung in der DNA-Methylierung zurück, die bestimmte Gene an- oder abschaltet. Dieser epigenetische Einfluss könne die zirkadiane Rhythmik stören.

Aber auch zu viel Schlaf kann sich negativ auswirken, wie in einer neuen japanischen Übersichtsarbeit mit 271.694 Proband:innen berechnet wurde. Die Schlafdauer sei ein Risikofaktor mit wachsender Bedeutung für die Neuerkrankung an Krebs und die Sterblichkeit. Bei Frauen könnten sechs bis acht Stunden Schlaf ideal zur Verminderung von Erkrankung und Sterblichkeit sein.

Mehr als zehn Stunden Schlaf waren bei postmenopausalen Frauen mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko verbunden: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35616624/>

#### Diese Studie ...

... macht zunächst nervös. Am 22. Juni 2022 veröffentlichte der Informationsdienst der Wissenschaften eine Pressemitteilung mit dem Titel: „Brustkrebs ist nachaktiv“: <https://idw-online.de/de/news795937>

## Brustkrebs ist nach der Weltgesundheitsorganisation WHO eine der häufigsten Krebsformen

Eine Forschergruppe um Dr. Nicola Aceto, Professor für Molekulare Onkologie an der Eidgenössisch-Technischen Hochschule in Zürich, fand in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Basel und der Universität Basel heraus, dass Brustkrebstumore hauptsächlich dann Ableger bilden, wenn die Betroffenen schlafen. Die Studie wurde in Nature publiziert: <https://www.nature.com/articles/s41586-022-04875-y>

Im Februar 2020 war Nicola Aceto bereits für seine Forschung zu zirkulierenden Tumorzellen mit dem Friedrich-Miescher-Preis ausgezeichnet worden. Er konnte wandernde Tumorzellverbände identifizieren und charakterisieren, die der Bildung und Verbreitung von Metastasen zugrunde liegen:

<https://www.unibas.ch/de/Aktuell/News/Uni-People/Friedrich-Miescher-Preis-fuer-Nicola-Aceto.html>

Die nun neu vorliegenden Erkenntnisse könnten die Art, wie Krebs zukünftig diagnostiziert und behandelt wird, laut PM stark verändern.

Brustkrebs ist nach der Weltgesundheitsorganisation WHO eine der häufigsten Krebsformen. Weltweit erkranken pro Jahr etwa 2,3 Millionen Menschen. Bei einer Früherkennung bestehen gute Behandlungsmöglichkeiten, ist ein Tumor jedoch bereits metastasiert, wird es schwieriger. Metastasen entstehen, wenn sich Zellen aus dem Tumor lösen, über die Blutgefäße im Körper zirkulieren und sich an anderen Orten niederlassen.

**Wann** nun Primärtumore Zellen ausscheiden, die sich auf die Wanderschaft durch den Körper machen, war bisher nicht von besonderem wissenschaftlichen Interesse.

„Schläft die betroffene Person, erwacht der Tumor“, so Studienleiter Aceto. Die nächtlich abgesonderten Tumorzellen seien auch teilungsfreudiger als diejenigen, die sich untertags ablösen.

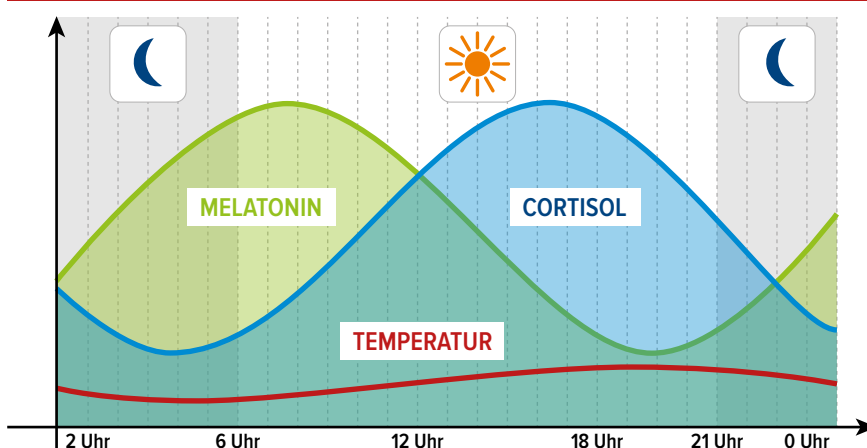
Die Studienerstautorin ergänzt, die Zellablösung aus dem Primärtumor erfolge unter Einfluss von Hormonen wie Melatonin, die den Tag-Nacht-Rhythmus bestimmen. Der Entnahmezeitpunkt von Tumor- oder Blutproben könne somit deren Untersuchungsergebnis beeinflussen. Proben von unterschiedlichen Tageszeiten enthielten auch verschiedene Mengen an zirkulierenden Tumorzellen.

In einem nächsten Schritt soll nun herausgefunden werden, wie diese Erkenntnisse zur Therapieoptimierung in bestehende Krebsbehandlungen integriert werden können. Auch soll die Frage beantwortet werden, ob existierende Therapien erfolgreicher sind, wenn die Patient:innen zu anderen Uhrzeiten behandelt werden.

**Fazit:** Auch Brustkrebs sollte nach chronomedizinischen Gesichtspunkten therapiert werden.

Besuchen Sie: <https://www.theacetolab.com>

#### Die zirkadianen Rhythmen



# WISSEN schafft LEBEN – spannende Dialoge auf Augenhöhe

Lebensnah und lebendig – einfach reinschauen  
und auf [www.wissenschafttleben.de](http://www.wissenschafttleben.de) informieren

## IM INTERVIEW MIT DEN INITIATOREN PROF. JOSEF BEUTH UND NADJA WILL

**Mit Ihrer Initiative „WISSEN schafft LEBEN“ wollen Sie Patientinnen mit Brustkrebs Webinare anbieten. Was genau haben Sie geplant?**

**Josef Beuth:** Die Veranstaltungen richten sich primär an Patientinnen und Patienten, Selbsthilfeorganisationen sowie Therapeutinnen und Therapeuten und geben Orientierung sowie Hilfestellungen zur Verbesserung der Lebensqualität durch Reduzierung von Nebenwirkungen der Krebstherapien. Daraus folgt, dass die Standardtherapien in der optimalen Dosis und Zeit durchgeführt werden können – was letztendlich zu einer Erhöhung der Heilungschancen führt.

**Nadja Will:** Ich habe als Krebspatientin selbst erlebt, wie schwierig es ist, an wissenschaftlich fundierte Informationen zu gelangen. Unendlich viele Informationen stürzen auf einen ein und es ist schwer, das alles zu verstehen. Erst nachdem ich Professor Beuth an der Uni Köln kennenlernte, fand ich meinen Weg, um mit naturheilkundlichen Methoden gut durch die unabdingbare, schulmedizinische Krebstherapie zu kommen. Deshalb nennt sich unsere gemeinsame Initiative auch „WISSEN schafft LEBEN“, weil Wissen LEBEN schafft!

**Wie muss man sich die Veranstaltung vorstellen, welche Themen stehen im Vordergrund?**

**Josef Beuth:** Die wissenschaftlichen Themen aus der Komplementärmedizin werden durch den lebendigen Austausch mit den Zuhörern besonders verständlich kommuniziert. Es soll eine reizvolle Veranstaltung sein. Im Dialog werden Fragen be-

sprochen, die Patientinnen sehr beschäftigen. Zum Beispiel: Abwehrschwäche, Angstzustände, Appetitlosigkeit, Erbrechen und Übelkeit während der Therapie, Müdigkeitssyndrom, Gelenksbeschwerden und Sport, Ernährung und vieles mehr.

**Nadja Will:** Das Besondere an „WISSEN schafft LEBEN“ ist, dass ich die Zuhörer durch meine Moderation einbinde, somit keinerlei Hemmungen aufkommen, alle Fragen zu stellen. So können wir gemeinsam und lebensnah in der Diskussion viele Tipps und naturheilkundliches Wissen vermitteln.

**Wie können Interessierte teilnehmen?**

**Nadja Will:** „WISSEN schafft LEBEN“ bietet feste Online-Termine für Patientinnen, die für alle offenstehen. Auf unserer Homepage [www.wissenschafttleben.de](http://www.wissenschafttleben.de) können sie sich einfach zur nächsten Veranstaltung einbuchen. Dort finden sie auch ein Video, das ihnen einen lebendigen Eindruck dieses neuen Veranstaltungsformates vermittelt.

**Sie haben ja in der Vergangenheit viele Vorträge in Brustzentren zu Naturheilkunde in der Onkologie gehalten, werden Sie das nicht vermissen?**

**Josef Beuth:** Das wollen wir auch weiterhin tun. Brustzentren und Rehakliniken haben weiterhin die Möglichkeit, uns „live“ zu einer Veranstaltung in ihrem Zentrum zu buchen oder, jetzt neu, uns auch online zu schalten, z. B. zu einem Patientennachmittag in der Klinik. Unsere Veranstaltungen sind kostenfrei.

**Vielen Dank für das interessante Gespräch.**



### Prof. Dr. med. Josef Beuth

- Leiter des Instituts zur wissenschaftlichen Evaluation naturheilkundlicher Verfahren an der Uni Köln
- Autor vieler Patientenratgeber

### Nadja Will

- Moderatorin und Speakerin, onkologische Freelancerin, Anästhesieschwester und Betroffene
- Initiatorin und Projektleitung von WISSEN schafft LEBEN
- Initiatorin vom th!nk pink club® e.V.

### WISSEN schafft LEBEN

Nadja Will – Initiatorin

Jütlandstr. 16

33729 Bielefeld

Tel.: 01512 215 48 19

E-Mail: [info@wissenschafttleben.de](mailto:info@wissenschafttleben.de)

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







Wunschdenken oder Wissenschaft?

# Die Placebo-Forschung

VON CORNELIA STÜWE

**D**ie meisten Menschen, die in einem liebevollen, sozialen Umfeld aufgewachsen sind, können sich an Momente aus ihrer Kindheit erinnern, in denen Worte von geliebten Menschen Schreck und sogar Schmerzen verfliegen ließen.

Musikinteressierte denken womöglich bei „Placebo“ an die Alternative-Rock-Band gleichen Namens. Wissenschaftler:innen verstehen darunter eine „Schein“-Therapie, wie zum Beispiel Medikamente, die keine Wirkstoffe enthalten oder sogar Operationen, die ausschließlich sichtbare Hautnähte verursachen. Das Wort „Placebo“ leitet sich vom lateinischen „ich werde gefallen“ ab.

## Der Glaube versetzt Berge – oder aus Psychologie wird Biologie

Bereits aus dem Alten Orient sind Texte überliefert, dass Kranke durch Besprechen behandelt worden sind. Auch Platon soll der Überlieferung nach der Meinung gewesen sein, dass Worte heilen können. Noch im 20. Jahrhundert gaben Ärzt:innen ihren Patient:innen Placebos, wenn es keine wirksame Medizin gab und be-

riefen sich dabei auch auf die seit Platon „legitimierte Lüge der Medizin“. Doch noch heute ergibt eine Behandlung ohne eine pharmazeutische Komponente für die meisten Mediziner:innen keinen Sinn.

Mitte der 1990er Jahre war der Diplompsychologe und Doktor der Humanbiologie, Manfred Schedlowski, auf der Suche nach der Möglichkeit, konditionierte Immunreaktionen zu ergründen und erntete bei bekannten Immunolog:innen Kopfschütteln und den Hinweis, dass dies nichts mit Wissenschaft zu tun hätte. Nach der Habilitation im Fach Psychoneuroimmunologie erfolgte 1997 der Ruf auf die Professur für Medizinische Psychologie und Verhaltensimmunobiologie am Universitätsklinikum Essen.

Mittlerweile hat sich das am Universitätsklinikum Essen angesiedelte Kompetenzzentrum Placebo mit den Expert:innen Prof. Dr. Ulrike Bingel, Prof. Dr. Winfried Rief sowie Prof. Dr. Manfred Schedlowski als Institutsleiter einen internationalen Ruf erworben. Lediglich ein dreijähriger Forschungsaufenthalt an der renommierten Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) Zürich von 2004 bis 2007 unterbrach bis heute diese Tätigkeit.



**Cornelia Stüwe** (mamazone Ostholstein)  
im Gespräch mit **Prof. Dr. Manfred Schedlowski**

**C. Stüwe:** Herr Prof. Schedlowski, Sie haben sich nach eigenem Bekunden schon immer für die Zusammenhänge von Geist und Körper interessiert. Philosophie und Physiologie gehörten zu Ihren Lieblingsfächern. Wie fanden Sie zur Placebo-Forschung?

**Prof. Schedlowski:** Die Zusammenhänge zwischen Gehirnfunktionen, psychologischen Prozessen und Funktionen des körpereigenen Abwehrsystems, dem Immunsystem, haben mich schon seit meinem Psychologiestudium besonders interessiert. Zu Beginn meiner wissenschaftlichen Arbeiten an der Medizinischen Hochschule in Hannover hatte ich mich zunächst mit der Frage beschäftigt, wie akuter und chronischer Stress unsere Immunfunktionen beeinflussen. Bei einem Forschungs-

aufenthalt in Australien haben mich dann die Experimente der australischen Kollegen völlig fasziniert, die zeigten, dass das Immunsystem im klassischen Sinne auch lernfähig, also konditionierbar, ist. Da diese Lern- beziehungsweise Konditionierungsprozesse eine Grundlage der Placebo-Antwort darstellen, waren wir durch unsere Arbeiten zur gelernten Immunantwort und über die Kontakte zu nationalen und internationalen Placeboforschern schnell mitten drin in dieser faszinierenden Placebo-Forschungswelt.

**C. Stüwe:** Mit Beginn des 19. Jahrhunderts wurden doppelt verblindete, Placebo-kontrollierte Studien in der Arzneimittelforschung zum Standard. Andererseits wird geschätzt, dass der Placeboeffekt bis zu 80 Prozent der Arzneimittelwirkung ausmacht. Welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach dann solche Studienmodelle?

**Prof. Schedlowski:** Das Ausmaß der Placebo-Antwort variiert in den klinischen Studien zur Arzneimittelwirkung stark, je nach Medikament, physiologischem System und Endorganfunktion. Dabei geht die Mehrzahl der Studien von sogenannten additiven Effekten zwischen der Medikamentenwirkung und der Placebo-Antwort aus. Das bedeutet: Die Wirkung der verabreichten Medikation plus der Placebo-Antwort ergeben den Behandlungseffekt, wobei die Stärke der Placebo-Antwort von wenigen Prozent bis zu dreiviertel der Medikamentenwirkung ausmachen kann.

Die experimentellen Befunde und klinischen Daten der Placeboforschung der letzten 10 bis 15 Jahre zeigen jedoch eindeutig, dass es sich um interaktive Effekte zwischen der Placebo-Antwort und der Wirkung der Medikation handelt. Das heißt: Die Placebo-Antwort beeinflusst signifikant, also bedeutsam, sowohl die Wirkung von Medikamenten über die Erwartung, die Patient:innen zur Wirkung der verabreichten Medikation

haben, als auch über die Vorerfahrungen von Patient:innen mit bestimmten Medikamenten, also assoziative, auf gedanklicher Verknüpfung beruhende Lernprozesse.

Beide Mechanismen, Erwartungen und Lernerfahrungen steuern die Placebo-Antwort. Auf der Grundlage dieser Befunde sollten diese interaktiven Effekte zukünftig

„Jede Wahrheit durchläuft drei Stadien: Im ersten Stadium wird sie lächerlich gemacht, im zweiten Stadium vehement abgelehnt und im dritten Stadium als selbstverständlich akzeptiert.“

Arthur Schopenhauer (Philosoph)

tig in Studienmodellen und dem Design klinischer Studien zur Arzneimittelwirkung unbedingt berücksichtigt werden.

**C. Stüwe:** Das Immunsystem und das Nervensystem galten ja lange Zeit als komplett unabhängig voneinander. Prof. Robert Aders Arbeiten und auch die lange Zeit unbeachtet gebliebenen russischen Studien,

basierend auf den Arbeiten von Pawlow, zeigten jedoch etwas anderes. Was versteht man heute unter „Psychoneuroimmunologie“?

**Prof. Schedlowski:** Auch auf das Forschungsgebiet der Psychoneuroimmunologie trifft die Aussage von Arthur Schopenhauer zu, der einmal über die Wahrheit sagte: „Jede Wahrheit durchläuft drei Stadien: Im ersten Stadium wird sie lächerlich gemacht, im zweiten Stadium vehement abgelehnt und im dritten Stadium als selbstverständlich akzeptiert.“

Ich bin vor über 30 Jahren mit meinen Arbeiten zur Psychoneuroimmunologie im ersten Stadium gestartet, und mir wurde als jungem Wissenschaftler damals von etablierten Immunologen und Mediziner:innen nahe gelegt, Künstler zu werden, da dieses Forschungsfeld nichts mit Wissenschaft zu tun habe.

Mittlerweile werden die engen funktionellen Wechselwirkungen zwischen Nerven-, Hormon- und Immunsystem in immer mehr Einzelheiten bekannt und gelten inzwischen als Lehrbuchwissen. Auch in der klinischen Praxis setzt sich dieses Wissen, dass psychische Prozesse Immunfunktionen nachhaltig beeinflussen und aktivierte Immunfunktionen umgekehrt auch psychische Prozesse wie Angst und depressive Symptome auslösen können, immer mehr durch.

**C. Stüwe:** In einer vielbeachteten Arbeit haben Sie mit Ihren Kolleg:innen untersucht, ob sich die nach einer Transplantation notwendigen Immunsuppressiva mit Hilfe des Placebo-Effektes niedriger dosieren lassen, um die Nebenwirkungen zu mildern, ohne die Wirkung zu beeinträchtigen. Wie sind Sie vorgegangen?

**Prof. Schedlowski:** In dieser „Proof of Concept“ Studie - solche Studien sollen zeigen, ob ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen tatsächlich einen krankheitsrelevanten Mechanismus beeinflusst - haben wir überprüft, ob und inwieweit wir



Arthur Schopenhauer

Foto: ©orion\_eff - stock.adobe.com



den Prozess der gelernten Immunantwort auch in eine laufende, immunsuppressive Therapie bei Patienten nach Nierentransplantation einbringen können.

Wir haben die Medikation bei diesen Patienten nicht verändert, sondern lediglich den Lernprozess dazugeschaltet. Dabei hatten die Patienten über drei Tage ihre Medikation morgens und abends zusammen mit einem neu schmeckenden, neu aussehenden Getränk eingenommen, das den sogenannten konditionierten Stimulus-Anreiz – darstellt.

Im Lernprozess wird dieser Geschmacksreiz mit der Wirkung des immunsuppressiven Medikaments, dem unkonditionierten Stimulus, verbunden, wie wir aus Tierexperimenten wissen. Nach einer Pause von einigen Tagen wurden die Patienten gebeten, das Getränk wieder zusammen mit dem Medikament und zusätzlich zwei weitere Male das Getränk zusammen mit einer Placebo-Tablette einzunehmen.

Im Ergebnis zeigte sich eine effektivere Unterdrückung in der Aktivität der Immunzellen (T-Zellaktivität) und eine geringere Produktion von Immunbotenstoffen (Interferon- $\gamma$ ) durch den Lerneffekt.

Diese Befunde sind ein wichtiger Schritt, um diese Lernprozesse im klinischen Alltag systematisch mit dem Ziel einzusetzen, die verabreichte Medikation und damit verbundene unerwünschte Nebenwirkungen zu reduzieren, bei gleichzeitiger Maximierung der Behandlungseffekte.

**C. Stüwe:** Prof. Fabrizio Benedetti von der Medizinischen Fakultät der Universität Turin in Italien hat Parkinson-Patienten statt Dopamin-Injektionen ein Placebo gespritzt, wobei nur diejenigen Patienten davon profitierten, die bereits Erfahrungen mit Dopamininjektionen gemacht hatten. Allerdings konnte er bei seiner Studie mit Hirnschrittmachern, die bei einigen Patienten eingeschaltet wurden und bei anderen nur davon gesprochen wurde, dramatische Änderungen in der Hirnaktivität nachweisen. Verändert Geist Materie?



Foto: ©WavebreakMediaMicro - stock.adobe.com

**Prof. Schedlowski:** Dass sind spannende Versuche mit spektakulären Ergebnissen, die zum einen auf die Bedeutung von Vorerfahrungen und Lernprozessen bei der Placebo-Antwort hinweisen. Zum anderen aber auch auf die Bedeutung von sozialem Lernen bei der Placebo-Antwort, ein Mechanismus, über den wir noch nicht viel wissen.

Wenn Patient:innen die Wirkungen einer medizinischen Intervention bei anderen Patient:innen beobachten, verändert sich bei den beobachtenden Patient:innen die Erwartung bezüglich der Wirkung dieser Intervention, was wiederum die Behandlungseffekte bei diesen Patientinnen verstärkt. Für den Schmerzbereich, die sogenannte Placeboanalgesie (Schmerz-minderung durch eine positive Erwartungshaltung), wurde das schon in einigen Studien beobachtet. Ob dies auch für andere physiologische Systeme und Endorganfunktionen gilt, ist bisher noch unklar!

**C. Stüwe:** Was passiert, wenn Patient:innen durch Beobachtung ihrer Mitpatient:innen negative Lernerfahrungen machen?

**Prof. Schedlowski:** Auch das kann im klinischen Alltag passieren, wodurch bei den Patient:innen, die diese negativen Beobachtungen machen, meist Ängste und Verunsicherungen ausgelöst werden. Diese

vermehrte Ängstlichkeit oder Verunsicherung erhöht wiederum die Wahrscheinlichkeit, dass auch unerwünschte Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung, die Nocebo-Effekte, auftreten. Dieser Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und dem Auftreten von Nocebo-Effekten zeigt sich in vielen experimentellen Studien und klinischen Untersuchungen und ist zur Zeit der einzige gesicherte Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und dem Auftreten von Placebo bzw. Nocebo-Effekten.

**C. Stüwe:** Vor Beginn der modernen Medizin kümmerten sich vermutlich Schaman:innen um die Gesundheit. Wie wichtig ist die soziale Interaktion für den Effekt von Placebo oder Nocebo („ich werde Schaden“)?

**Prof. Schedlowski:** Das betrifft die bisher unbeantwortete Frage, warum es den Placebo-Effekt überhaupt gibt und wie er entstanden ist. Wir vermuten in der Placebo-Antwort einen evolutionsbiologischen Vorteil insofern, als bei unseren frühen Vorfahren diejenigen erkrankten oder verletzten Individuen bessere Überlebenschancen besaßen, bei denen die Erwartungen an die Heilkräfte der Schamanin besonders ausgeprägt waren.

Diese Erwartungseffekte konnten dann, über die heute zumindest in groben Schrit-

ten bekannten neurobiologischen Wege vom Gehirn zum Immunsystem und zu den Organen, Symptome reduzieren und Heilungsprozesse anstoßen. Die damit verbundenen größeren Überlebenschancen im Fall einer Erkrankung oder Verletzung konnten im Laufe der evolutionsbiologischen Entwicklung über Generationen hinweg weitervermittelt werden, soweit die Hypothesen.

**C. Stüwe:** *Etwa seit Anfang des neuen Jahrtausends rückt die Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen wieder stärker in den Blickpunkt der professionell Beteiligten am Gesundheitswesen. Mittlerweile hat das Thema den Namen „shared decision making – SDM – Gemeinsame Entscheidungsfindung“. Was halten Sie von der Theorie, dass SDM ein wichtiger Bestandteil des Placebo-/Nocebo-Effektes, wenn nicht die Basis, ist?*

**Prof. Schedlowski:** Die Quantität und Qualität der Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten bildet die Grundlage für die beiden hauptsächlichen Wirkfaktoren der Placebo-Antwort, nämlich sowohl die Erwartungshaltung der Patient:innen, als auch die Lerneffekte!

In der neuen Ausbildungsordnung für die Medizin, die innerhalb der nächsten fünf Jahre umgesetzt werden soll, erhält die Arzt-Patienten-Kommunikation einen wesentlich größeren Stellenwert in der klinischen Versorgung. In diesem Zusammenhang ist das SDM ein überaus wichtiger Aspekt, um die Behandlungseffekte zum Wohle der Patient:innen zu maximieren und unerwünschte Nebenwirkungen der Behandlung zu minimieren. Wie das SDM tatsächlich die Placebo-Antwort beeinflusst ist eine spannende und ganz aktuelle Forschungsfrage, die sicherlich in naher Zukunft angegangen wird.

**C. Stüwe:** *In welchen Bereichen sehen Sie zukünftig Möglichkeiten der Nutzung des Placebo-/Nocebo-Effektes?*

**Prof. Schedlowski:** Zunächst einmal

müssen wir die Mechanismen, die die Placebo-Antwort steuern, noch besser verstehen lernen, was die Grundlage für den konkreten Einsatz in der Klinik bilden wird. In Deutschland können wir diese Forschungsarbeiten im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Sonderforschungsberichts in einem Zusammenschluss von Wissenschaftler:innen der Universitätsklinik Essen und den Universitäten in Hamburg und Marburg (TRR 289 „Treatment Expectation“ <https://treatment-expectation.de>) in den nächsten Jahren weiter vorantreiben.

Aber schon heute lässt sich aus den bisher vorliegenden Befunden klar ableiten, dass wir die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten mit Blick auf die Erwartungshaltung bezüglich des Behandlungserfolges verbessern müssen. Wir müssen die Ärzt:innen für diese Effekte sensibilisieren und auch darin schulen, diese Erwartungen bei den Patient:innen aufzubauen und positiv zu gestalten, so-

wie die Vorerfahrungen der Patient:innen auszunutzen und Lernprozesse zur Behandlungsoptimierung zu gestalten. Die bisherigen Befunde zeigen übereinstimmend, dass wir durch Nichtberücksichtigung dieser Faktoren Behandlungseffekte verschenken, was den Patient:innen nicht zu Gute kommen.

**C. Stüwe:** *Ich danke Ihnen für Ihre sehr interessanten Ausführungen und für die Zeit, die Sie sich für dieses Interview genommen haben.*



#### KONTAKT

**Prof. Dr. Manfred Schedlowski**

Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensimmunbiologie  
Universitätsklinikum Essen  
Hufelandstraße 55  
45122 Essen  
E-Mail: [manfred.schedlowski@uk-essen.de](mailto:manfred.schedlowski@uk-essen.de)  
Internet: [www.uk-essen.de/medizinische-psychologie](http://www.uk-essen.de/medizinische-psychologie)

#### FAZIT

Vermutlich bezieht sich der lateinische Satz „*medicus curat, natura sanat*“ auf die Lehren des griechischen Arztes Hippokrates von Kos (460 - 370 v. Chr.) und bedeutet so viel wie: „Der Mediziner behandelt, die Natur heilt.“ In der Natur des Menschen steckt ein innerer Mediziner, den es zu aktivieren gilt. Es ist auch die Rede vom „inneren Arzt“. Dem eigenen Körper Heilungskräfte – Resilienz – zuzutrauen, ist ein erster Schritt. Gemeinsam Therapien zu finden, denen wir vertrauen, könnte Schritt zwei sein auf dem Weg der Genesung und des Gesundbleibens.

Sogenannte „Spontanheilungen“ finden ihre Ursache möglicherweise im Placebo-Effekt.

Ausbleibende Wirkungen bei einzelnen Patient:innen, parallel zu vielfach erfolgreich wirkenden Therapien bei

anderen Betroffenen, werden eventuell auch durch den Nocebo-Effekt verursacht.

Prof. Dr. Joachim Bauer von der Universität Freiburg erklärte in der Dokumentation „Placebo – der Arzt in mir“ auf 3sat im Mai 2022: „Vor 30 Jahren galt das Paradigma, dass unsere Gene die Programme für die Produktion von Eiweißstoffen (Proteinen) haben und der ganze Körper im Grunde eine determinierte Maschine ist, die sich nach einem vorher festgelegten Programm entwickelt. Heute haben wir eine völlig andere Sichtweise. Beziehungen, die wir erleben, zwischenmenschliche Vorgänge, können durchwirken bis auf unsere Gene. Sie können die Aktivität unserer Gene (Anm. der Red.: Epigenetik) verändern und damit auch unsere Gesundheit beeinflussen.“



Kehrtwende um 180 Grad

# Neue Mammografie-Screening-Empfehlung

VON GERTRUD RUST

**P**arallel zur Entwicklung ausgefeilter, auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittener Behandlungsmethoden von Brustkrebs sind die Stimmen unüberhörbar, die nach wie vor auf die Bedeutung der Früherkennung einer Brustkrebserkrankung für den Heilungsverlauf hinweisen. Denn auch bei optimierten therapeutischen Vorgehensweisen ist Früherkennung immer noch ein wichtiger Baustein für die Heilungsaussichten.

Zur Früherkennung ist in Deutschland das Mammografie-Screening-Programm etabliert, und damit für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren die zweijährliche Einladung zu einer Röntgenaufnahme der Brust.

Die Diskussionen um das wohl geeignetste, zuverlässigste und empfindlichste Verfahren zur Brustkrebsfrüherkennung kreisen unter anderem um die Vermeidung von Überdiagnosen – dabei handelt es sich zwar um Krebsfrühstadien, an denen betroffene Frauen aber zeitlebens weder erkranken noch sterben würden – dennoch werden sie häufig operiert, bestrahlt und chemotherapiert, weil der individuelle Krankheitsverlauf vorab nicht zuverlässig eingeschätzt werden kann.

unentdeckte bösartige Tumore, die in der Mammografie nicht gesehen werden, die durch eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung aber oftmals entdeckt werden können.

Lange Jahre wurde uns von medizinischer Seite mitgeteilt, die Altersgrenzen zur Einladung zu einem Mammografie-Screening zwischen 50 und 70 Jahren beruhten darauf, dass unter 50 Jahren das Brustdrüsengewebe noch zu dicht sei, um einen Tumor in einer Röntgenaufnahme entdecken zu können. Ohne jedoch ausdrücklich ein MRT oder eine Ultraschalluntersuchung als Alternative zu empfehlen.

Ab 70 Jahren, so hieß es, würden nicht-onkologische Todesursachen das Lebensende durch Brustkrebs „überlagern“, mit anderen Worten, in fortgeschrittenem Alter sei eine Brustkrebsfrüherkennung nicht mehr ausreichend effektiv.

## Kehrtwende

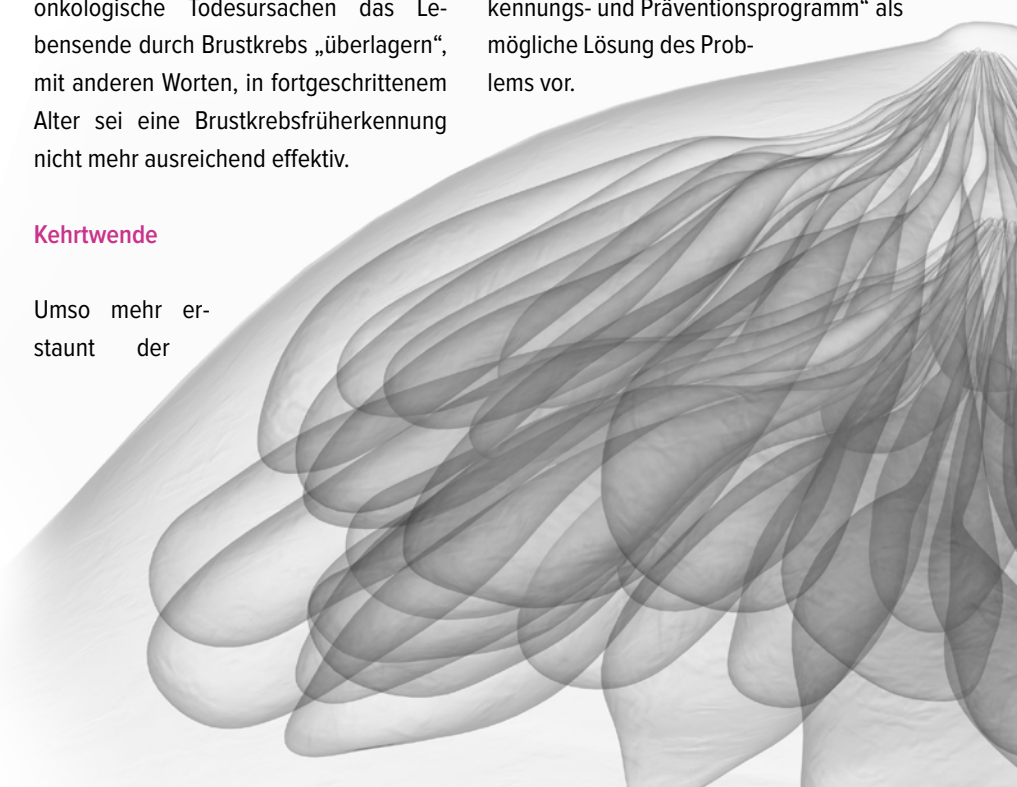
Umso mehr erstaunt der

Abschlussbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Nutzenbewertung des Mammografie-Screenings und zu dessen Ausweitung auf die Altersklassen 45 bis 49 Jahre und 70 bis 74 Jahre: Mammografie-Screening-Programm: Das IQWiG empfiehlt, auch jüngere und ältere Frauen miteinzubeziehen

Mamazone befragte zu diesem Thema Dr. med. Ulrich Placzek aus München, einen ausgewiesenen Spezialisten zum Thema Früherkennung mit langjähriger Berufserfahrung und Tätigkeit in verschiedenen Arbeitsgruppen. Im MAG 02/2021 schlug er „Ein risikoadaptiertes Früherkennungs- und Präventionsprogramm“ als mögliche Lösung des Problems vor.

## Was aber ist unser Problem?

Was unser Leben vor allem bedroht, sind





Sieben Fragen von Dipl. Psych. Gertrud Rust an Dr. med. Ulrich Placzek

**G. Rust:** Herr Dr. Placzek, wie hat die Nachricht des IQWiG auf Sie gewirkt? Kommt man mit der geplanten Ausweitung des Mammografie-Screenings einer risikoadaptierten Früherkennung und Prävention näher?

**Dr. Placzek:** Das 2005 in Deutschland eingeführte Mammografie-Screening-Programm (MSP) hat mehrere gravierende Geburtsfehler: Dreh- und Angelpunkt ist der fehlende Arzt-Patientin-Kontakt. Das erzwingt ein allein auf die Mammografie zugeschnittenes Programm, naheliegende Synergieeffekte durch ergänzenden Ultraschall sind ebenso wie die klinische Untersuchung weitgehend ausgeschlossen, und Aufklärungsgespräche müssen durch Textbausteine ersetzt werden.

Hintergrund: Mit Einführung des Screenings wurde die Vergütung der Mammografie von ca. 85 auf 50 Euro reduziert. Für Gespräche und Tastuntersuchung war kein Honorar vorgesehen, beide wurden tragischerweise einfach gestrichen. Würden Screening-Ärztinnen Frauen mündlich aufklären, sie klinisch und bei dichter Brust auch mit

Ultraschall untersuchen, könnten sie drei bis maximal vier Frauen pro Stunde betreuen: Das können sie wirtschaftlich gesehen nicht leisten. Deshalb bewerten Screening-Ärzte Mammografien ohne Patientin-Kontakt nur nach dem hoppoder-top-Prinzip: wiedereinbestellen oder Kontrolle in zwei Jahren. So können sie pro Stunde mehr als 50 Mammografien sehen, und das bei einem Honorar von inzwischen 60 Euro pro Mammografie – ein Eldorado für Befunder, aber ein Qualitätsverlust für Frauen.

Zudem grenzt es an Realitätsverweigerung, in dieses nicht individualisierbare Früherkennungsprogramm nur Frauen zwischen 50 und 69 Jahren einzubeziehen, denn mehr als 20 Prozent der Brustkrebserkrankungen treten vor dem 50. Lebensjahr und 30 Prozent nach dem 69. Lebensjahr auf. Brustkrebsfrüherkennung und Prävention muss aber Frauen jeden Lebensalters, ihrem individuellen Risiko angepasst, zugutekommen.

Ein defizitäres, nicht evaluiertes und nicht individualisierbares Programm nun auch noch für zwei Altersgruppen zu empfehlen, in denen – das räumt IQWiG ausdrücklich ein – ohnehin nur ein sehr kleiner Vorteil für die einzelne Frau zu erwarten ist, ist ein falscher, irrationaler und nicht zielführender Weg. Ziel muss es dagegen sein, die Brustkrebssterblichkeit durch ein umfassendes, die ganze Diagnosekette und Frauen aller Altersgruppen betreffendes Programm zu senken, in das Innovationen und Disruptionen, also drastische Veränderungen, regelmäßig einfließen.

**G. Rust:** Meinen Sie, dass die neu einzubeziehenden jüngeren Frauen vom Mammografie-Screening profitieren, oder sehen Sie in dieser Altersgruppe Risiken, zum Beispiel wegen der Strahlenbelastung?

**Dr. Placzek:** Wir müssen davon ausgehen, dass beim Screening, vorsichtig geschätzt, jedes dritte Karzinom nicht gesehen wird, beziehungsweise in dichter Brust gar nicht

gesehen werden kann. Da jüngeren Frauen eher eine drüsenreiche, also röntgendichte Brust haben, ist die Wahrscheinlichkeit, den Krebs in der Mammografie nicht sehen zu können, bei ihnen noch größer als bei älteren Frauen. Zu bedenken ist, dass die Sonografie eine bessere und die Magnetresonanztomografie eine deutlich höhere Treffsicherheit haben als die Mammografie.

Hinsichtlich der Strahlenbelastung durch die Mammografie nimmt das zuständige Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) Stellung und teilte am 16. September 2022 mit, dass die Strahlenbelastung durch die Mammografie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren geprüft und damit zulässig ist. Das Amt erhebt auch für Frauen nach dem 70. Lebensjahr keinen Einwand. Allerdings wird die Fragestellung der Strahlenanwendung für Frauen unter 50 Jahren vom BfS aktuell erst untersucht, Ergebnisse liegen noch nicht vor. Zulässig würde sie dann, wenn sie das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) durch Rechtsverordnung zugelassen hat. Kurz: Für Frauen vor dem 50. Lebensjahr gibt es derzeit keine Zulassung zum Mammografie-Screening. Das sollte auch vom IQWiG gewusst und respektiert werden. Hier überschreitet das Institut seine Kompetenz, es muss diese Empfehlung zurücknehmen.

**G. Rust:** Gibt es denn belastbare Studiendaten, die belegen, dass eine Ausdehnung des Mammografie-Screenings auf die Altersgruppe der über 70-Jährigen im Gegensatz zu der früher vertretenen Meinung nun plötzlich doch einen Überlebensvorteil erbringt? Von wem wurden gegebenenfalls diese Studien durchgeführt? Von Befürwortern des Mammographie-Screenings?

**Dr. Placzek:** Vom Harding-Zentrum für Risikokompetenz gibt es die klare Aussage, dass die Anzahl der Frauen, die insgesamt an Krebs versterben, durch das Mammografie-Screening nicht beeinflusst wird. Aber viele dieser Frauen hatten fälsch-

licherweise ein positives Ergebnis, sie mussten sich unnötigen Untersuchungen unterziehen.

In seinem Vorbericht war das IQWiG für Frauen zwischen 70 und 75 Jahren zu der Einschätzung gelangt, dass die vorliegenden Daten nicht ausreichen, um eine abschließende Nutzen-Schaden-Abwägung vornehmen zu können. Nach intensiver Auseinandersetzung mit den zum Vorbericht eingegangenen Stellungnahmen interpretierte das Institut die Datenlage im Abschlussbericht anders. Danach reicht die Beleglage jetzt nun doch aus, um auch für Frauen dieser Altersgruppe das Mammografie-Screening-Programms zu empfehlen.

Ein befremdlicher Schlingerkurs und eine intransparente Wende um 180 Grad: Ich frage mich, von wem welche Argumente vorgetragen wurden, die das IQWiG bei seiner unbestrittenen Expertise zuvor nicht kannte oder kennen konnte, die zu dem umstrittenen Meinungswandel geführt haben. In einem persönlichen Schreiben an Prof. Windeler, Institutsleiter des IQWiG, bat ich, den Verdacht durch Nennen von Ross und Reiter auszuräumen, dass Dritte mit Interessenkonflikten die Entscheidung des Instituts ungerechtfertigt beeinflusst haben könnten. Die Frage blieb unbeantwortet.

**G. Rust:** *Viel ist neuerdings die Rede vom Shared Decision Making (SDM), also der gemeinsamen Entscheidungsfindung für eine medizinische Maßnahme von Ärzten und Patienten. Damit eine Patientin überzeugt entscheiden kann, braucht sie allerdings verständliche Informationen und ausreichende Möglichkeiten zur Fragestellung. Meinen Sie, das ist in einem zeitlich eng getakteten Mammografie-Screening-Programm überhaupt möglich?*

**Dr. Placzek:** Nur eine partizipative Patientinnen-Aufklärung entspricht dem Rechtsanspruch der Frau und dem

ärztlichen Selbstverständnis – das ist nicht nur eine rechtliche, sondern vor allem auch eine ethische Frage.

Nach dem Patientenrechtegesetz von 2013 muss die Aufklärung in jedem Fall mündlich durch die Behandelnde oder einen hierfür qualifizierten Arzt erfolgen, nur das erlaubt Frauen, sich für oder gegen das Mammografie-Screening zu entscheiden.

## „Das Mammografie-Screening ist nicht gesetzeskonform, Frauen wird ihr Rechtsanspruch auf ein Arztgespräch vorenthalten.“

Diese Vorgabe kann im MSP wegen des fehlenden Arztkontakts nicht eingelöst werden. In der aktuellen Brustkrebs-Leitlinie ist zu lesen, dass sich Aufklärung „nicht nur auf vorformulierte Texte beschränken“ soll, sondern eines „ärztlichen Informationsgesprächs“ bedarf. „Im Mammografie-Screening sollen Informationen und Aufklärung der Frau primär schriftlich zur Verfügung gestellt werden, mit dem ergänzenden Hinweis auf die Möglichkeit eines Arztgesprächs im Einladungsschreiben.“ Was sagen die Autoren hier eigentlich aus? Die Zahl der Frauen, die von dem möglichen Arztgespräch Gebrauch machen, liegt im niedrigen einstelligen Bereich.

Mit anderen Worten: Das Mammografie-Screening ist nicht gesetzeskonform, Frauen wird ihr Rechtsanspruch auf ein Arztgespräch vorenthalten.

**G. Rust:** *Wie viele Frauen nehmen eigentlich aktuell eine Einladung zum Mammografie-Screening an? Immer noch weniger als die Hälfte,*

*wie bisweilen zu lesen ist? Was könnte Nichtteilnehmerinnen abhalten?*

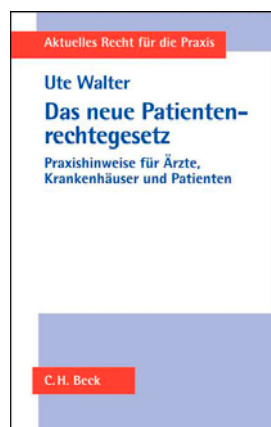
**Dr. Placzek:** Nach den Europäischen Richtlinien müssten 70 bis 75 Prozent der eingeladenen Frauen am Programm teilnehmen. Das war in Deutschland noch nie der Fall. 2013 waren es 57 Prozent, seither ist die Zahl der Teilnehmerinnen rückläufig, 2019 waren es 50 Prozent.

Nicht nur diese Tatsache ist ein Beleg dafür, dass das aktuelle Mammografie-Screening gescheitert ist, Frauen stimmen mit den Füßen dagegen ab. Ein völlig neuer Ansatz für Früherkennung und Vorbeugung gegen Brustkrebs muss gefunden werden, in dessen Zentrum der Patientin-Arzt-Kontakt steht.

Wenngleich Screening-Befürworter die Medien mit Desinformationen und Schönreden fluten, erkennen immer mehr Frauen, dass mit diesem Programm etwas nicht stimmt: Sie haben Bekannte, die kurz nach einem unauffälligen Screening-Befund dann doch innerhalb kurzer Zeit sogar ein weit fortgeschrittenes Karzinom hatten, oder die wegen eines vermeintlich bösartigen Befundes wochenlang hingehalten wurden, ehe sie erfuhren, dass sie doch kein Karzinom haben. Auch Ärztinnen und Ärzten fällt zunehmend auf, dass es im Mammografie-Screening zu viele falsch positive und falsch negative Befunde gibt.

**G. Rust:** *Aus eigener Erfahrung möchte ich Folgendes anführen. Ich erkrankte mit 48 Jahren an einem nicht tastbaren und in der Mammographie nicht sichtbaren invasivem lobulären Brusttumor. Hätte mich nicht ein tastbares Lipom in der Brust an anderer Stelle zum Gynäkologen geführt, und hätte dieser mich nicht „zur Sicherheit“ noch an eine Ultraschallspezialistin überwiesen, wäre dieser Tumor nicht entdeckt worden, da mein Brustgewebe sehr dicht und die Mammographie „blind“ war.*

*Ein MRT im Brustzentrum ergab überdies noch weitere Herde und einen flächigen Befall der Brust mit Krebsvorstufen – einem In-Situ-Karzinom.*



ISBN: 978-3406656477



*Lebenserhaltend waren für mich der Ultraschall und das MRT, nicht die Mammographie.*

*Es kann aber doch nicht sein, dass bildgebende Verfahren von der ärztlichen Persönlichkeit abhängen. Wie denken Sie darüber?*

**Dr. Placzek:** Aus vielen Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen weiß ich, dass ihnen bezüglich bildgebender Verfahren das nötige Detailwissen fehlt. Die Medizin ist heute so kompliziert und spezialisiert geworden, dass kein Kollege mehr alle Bereiche, auch des eigenen Fachs, noch überblicken kann, ich auch nicht.

Auf dem Feld Brustkrebsfrüherkennung habe ich mich als Frauenarzt und ausgebildeter Mammografie-Arzt seit Jahrzehnten mit Fragen der Qualitätssicherung beschäftigt, und ich fühlte mich berufen, für Fachzeitschriften Übersichtsbeiträge zu verfassen. Zuletzt wurde mein kritischer Beitrag zum Mammografie-Screening abgelehnt, „das ist für Frauenärzte nicht von Interesse“, und auf einem Kongress wurde mir das Mikrofon abgestellt: Vorgetragene Fakten sollten nicht gehört werden – Zensur nennt man das.

**G. Rust:** *Vielen Betroffenen geht das Verständnis dafür ab, dass ein Bildgebungsverfahren mit Röntgenstrahlenbelastung alle zwei Jahre derart favorisiert wird, noch dazu ohne Berücksichtigung der Brustdrüsenqualität, während der strahlenfreie Ultraschall und das dichten Brüsten gegenüber sensible MRT „erstritten“ werden müssen. Nie werde ich eine ärztliche Antwort nach einer Mammografie im Verlauf meiner Nachsorge vergessen: „Ich sehe nichts, Ihre Brust ist zu dicht.“ Was sagen Sie dazu?*

**Dr. Placzek:** Mit Einführung des Mammografie-Screenings in Deutschland hat sich eine regelrechte Mammografie-Industrie entwickelt, die interessengesteuert auf vielfältigste Weise ihren Einfluss ausübt. In einem Buchbeitrag habe ich Beispiele dafür angeführt, mit welchem Engagement bis hinein in die Lokalblätter Falsch-



Künstliche Intelligenz in der Bildauswertung

Foto: ©karelnoppe - stock.adobe.com

meldungen gezielt lanciert werden. Nicht wenige Ärztinnen oder Journalisten sehen heute die Mammografie und damit das Mammografie-Screening als das Maß aller Dinge. Sie übersehen dabei, dass es darum geht, die Brustkrebssterblichkeit in Deutschland zu verringern.

Individualisierte Therapiekonzepte haben die Brustkrebssterblichkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich reduziert. Vertreter des nicht individualisierbaren Mammografie-Screenings haben bisher keinen belastbaren Beleg für eine nennenswerte Mortalitätsreduktion vorgelegt. Was ist also naheliegender, als das ganz offensichtlich gescheiterte Mammografie-Screening auf eine breitere Basis zu stellen. Eine faktenbasierte grundlegende Reform ist überfällig. Ein interessengesteuertes halbbares Reförmchen, wie vom IQWiG vorgeschlagen, läuft ins Leere und lässt, wenn man sich die halbweisen IQWiG-Argumente auf der Zunge zergehen lässt, nichts Gutes erahnen.

Mehr als ein Drittel aller Brustkrebskrankungen, so Frau Prof. Rita Schmutzler, sind auf genetische Risikofaktoren zurückzuführen oder für diese mit verantwortlich.

Multigentests werden anderswo niederschwellig angeboten, warum nicht auch in Deutschland? Ein risikoadaptiertes Brust-Screening-Programm muss umfassend auch Life-Style-Faktoren einbeziehen, wir wissen um den krebsfördernden Einfluss von Alkohol, Übergewicht und den positiven Einfluss von Sport. Und schon längst lassen sich digitale Mammografien auch digital befunden. Eine CE-zertifizierte Software kann Röntgenpraxen wirksam entlasten und das zu einem Bruchteil der Kosten.

Innovationen und Disruptionen contra Veränderungsresistenz und Realitätsverweigerung – das ist heute die Herausforderung für Politik und Wissenschaft.

**G. Rust:** *Lieber Herr Dr. Placzek, ganz herzlichen Dank für Ihre Einschätzung.*



## KONTAKT

**Dr. med. Ulrich Placzek**

Straubinger Straße 30c

80687 München

Telefon: 0170/4 84 14 63

E-Mail: [uplaczek@web.de](mailto:uplaczek@web.de)

Wann gilt ein Tumor als

# Hormonsensitiver Brustkrebs?

VON CORNELIA STÜWE

**D**ass Brustkrebs nicht gleich Brustkrebs ist, weiß man seit vielen Jahrzehnten. Bis heute beruht die Therapieempfehlung darauf. Seit den 1970er Jahren werden entsprechend dem immunhistologischen Untersuchungsergebnis hormonpositive Tumore mit Tamoxifen behandelt, einem selektiven Östrogenrezeptormodulator, der Östrogenrezeptoren (ER) hemmt und Progesteronrezeptoren (PgR) stimuliert. Weisen Tumore diese Rezeptoren (Anlagerungsstellen) ausreichend auf, gelten sie als „hormonsensitiv“, die häufigste Brustkrebsform.

Trotz eines sich stetig erweiternden Spektrums an molekularbiologischen und genetischen Brustkrebeigenschaften gilt die Hauptfrage bei der Therapiewahl nach wie vor den Hormonrezeptoren.

## Rezeptorenbestimmung

Lange bestimmte man die Rezeptoren biochemisch in frischem, speziell aufbereiteten Tumorgewebe mit Hilfe von radioaktiv markiertem Östrogen. Heute wird überwiegend die semiquantitative Immunhistochemie (IHC) genutzt. Dieses Testverfahren ist unspezifischer als ein quantitatives, bei dem exakte Mengen bestimmt werden. Vorteil ist, dass ausschließlich Tumorzellen in die Bewertung einfließen und falsch-positive und falsch-negative Er-

gebnisse nahezu ausgeschlossen werden können. Der meistgenutzte Maßstab ist der Remmele-Score (IRS):

| Remmele-Score |                |                            |
|---------------|----------------|----------------------------|
| Punkte        | Farbintensität | Anteil positiver Zellkerne |
| 0             | keine Färbung  | 0%                         |
| 1             | schwach        | < 10%                      |
| 2             | mäßig          | 10% - 50%                  |
| 3             | stark          | 51% - 80%                  |
| 4             | -              | > 81%                      |

Aus der Punktzahl und dem Anteil positiver Zellkerne wird ein Score von 0 bis 12 berechnet: [https://www.pathologen-luebeck.de/Methoden/Immunhistologie/Antikörper/ER\\_PR/er\\_pr.html](https://www.pathologen-luebeck.de/Methoden/Immunhistologie/Antikörper/ER_PR/er_pr.html)

Grenzwertige Ergebnisse können mittels molekularbiologischer Messungen objektiviert und quantifiziert werden.

Je nach Vorkommen der Hormonrezeptoren wird unterschieden in:

- hormonsensitiv = ER+(PgR+) und HER2-negativ
- HER2-pos = HER2-positiv (low oder high) und ER-
- triple-positiv = ER+ (PgR+) und HER2-pos
- triple-negativ = TNBC = ER- (PgR-) und HER2-neg

<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/>

Die Herausforderung liegt dabei in der Grenzziehung zwischen positiv und nega-

tiv bei sichtbaren Merkmalen.

## Was bedeutet das?

Sobald mehr als ein Prozent der Tumorzellen auf das immunhistochemische Anfärbefahren reagieren, gilt der Tumor als hormonsensitiv. Verschiedene Studienergebnisse deuten an, dass sich ein Tumor mit anfärbbaren Zellkernen zwischen einem und unter zehn Prozent wie ein TNBC verhält. Deshalb wird empfohlen, Patientinnen mit diesem niedrigen Hormonstatus wie Patientinnen mit einem TNBC zu therapieren.

Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologischer Onkologen (AGO Kommission Mamma <https://www.ago-online.de/leitlinien-empfehlungen/leitlinien-empfehlungen/kommission-mamma>) und die S3-Leitlinien Mammakarzinom empfehlen den immunhistochemischen Nachweis positiv gefärbter Tumorzellkerne im Paraffinschnitt. Weniger als ein Prozent werden als ER- und PgR-negativ bewertet. Die S3-Leitlinie weist darauf hin, dass Tumore mit bis zu zehn Prozent gefärbter Zellkerne zwar eine Sonderstellung einnehmen, ordnen jedoch diese gering positiven Tumore dennoch dem TNBC zu.

Auf welchem pathologischen Ergebnis basieren nun die Therapieentscheidungen? Auf dem Ergebnis der Biopsie oder

der Untersuchung des Tumorgewebes nach neoadjuvanter Therapie? Beide Ergebnisse können aus unterschiedlichen Gründen erheblich voneinander abweichen. Die Antwort auf diese Frage ist auch bedeutsam für die Entscheidung, ob die Teilnahme an einer Studie ermöglicht wird oder nicht.

### Auswirkung auf Studienteilnahme und Therapieoptionen

Ein Beispiel: Ulla (Name der Red. bekannt) erhält mit 38 Jahren die Diagnose Brustkrebs. Die pathologische Bewertung der Stanzbiopsie ergibt: ER vier Prozent, PgR ein Prozent, Her2 neu mit 1+ als negativ gewertet, Ki67 (Wachstumsfaktor) 80 Prozent. Es wird eine neoadjuvante Chemotherapie durchgeführt, die nicht zum kompletten Verschwinden des Tumors (pCR) führt. Die pathologische Untersuchung des Resttumors nach brusterhaltender Operation ergibt geringe Abweichungen: ER vier, PgR null (ohne Angabe einer Einheit), Her2 neu negativ, Ki67 70 Prozent. Nach den S3- und AGO-Leitlinien bedeuten vier Prozent einen TNBC. Eine Untersuchung auf genetische Mutationen bei den derzeit bekannten Genen im Zusammenhang mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko bleibt zunächst ohne Befund.

Die Tumorkonferenz empfiehlt Ulla die postoperative Gabe von Capecitabin und für 10 Jahre Tamoxifen 20 mg pro Tag, sowie eine lokale Strahlentherapie (xRT).

Ulla zweifelt und befragt zwei weitere Expert:innen. Außerdem möchte sie gern an einer Studie teilnehmen. Eine andere Betroffene mit identischen Rezeptoreigenschaften erhält Carboplatin zeitgleich zu Paclitaxel und damit eine typische neoadjuvante Therapie für TNBC. Die Zweit- und Drittmeinungen betrachten Ullas Tumor als TNBC und würden diesen entsprechend den Empfehlungen für TNBC behandeln. Außerdem erfolgt der Hinweis, den Tumorblock zur Sicherung des Befundes einer Zweitmeinung zuzuführen. Es geht dabei um die Frage, ob der Tumor

nun hormonsensitiv oder triple-negativ ist. Die Zweitbefundung des Residualtumors ergibt: ER drei Prozent – mäßig positiv, PgR zwei Prozent – schwach positiv, Her2 neu 0 – negativ.

### Was nun?

Die Auswahl einer Patientin für die Teilnahme an der SASCIA-Studie (<https://gbg.de/de/studien/sascia.php>) setzt voraus, dass formalinfixiertes und paraffineingebettetes Gewebe aus der Operation nach neoadjuvanter Chemotherapie und aus der Stanzbiopsie vor Beginn der neoadjuvanten Chemotherapie zur Analyse bereitgestellt werden kann. Ullas Anfrage bei der SASCIA-Studienkoordination bezüglich einer Studienteilnahme ergab jedoch eine Absage mit der Begründung,

**„Zurück bleibt eine sehr verunsicherte Patientin, der Therapien mit fraglichem Nutzen empfohlen wurden, andererseits aber Therapien vorenthalten wurden, (...)“**

dass Ullas Tumor laut Studienkriterien zu hormonsensitiv sei. Auch die ZEST-Studie – The ZEST Study for Patients with HER2 Negative or Triple Negative Breast Cancer | Rush System – lehnte eine Teilnahme mit derselben Begründung ab. Beide Studiendesigns lassen ausschließlich hochreine TNBC-Betroffene zu.

Zurück bleibt eine sehr verunsicherte Patientin, der Therapien mit fraglichem Nutzen empfohlen wurden, andererseits aber Therapien vorenthalten wurden, die bei einem „reinen“ TNBC Standard gewesen wären.

Wie viele Patientinnen sich in dieser unsicheren Situation befinden oder befanden, ist schwer herauszufinden, solange es keine flächendeckenden und

vernetzten Krebsregister in Deutschland gibt.

### Was tun?

Der Ausschluss von der Teilnahme an Studien mit erhofften Neuerkenntnissen verursacht vielfache Folgen. Zunächst fühlen sich die Betroffenen von einer neuen Therapieoption ausgeschlossen. Auch scheint die bisher empfohlene Therapie „nur als die zweitbeste“ empfunden zu werden.

Aus der Placebo-Forschung wissen wir wiederum, dass das Gefühl, nur die zweitbeste Therapie zu bekommen, das Vertrauen in den Therapieerfolg erheblich mindern kann, da erst ein Zusammenspiel aus Vertrauen in die medizinischen Maßnahmen und der Kraft des eigenen Körpers zu einem maximal möglichen Erfolg führt. Womöglich können allein dadurch therapeutische Maßnahmen nicht ihr volles Potential entfalten.

Verursachen diese Studiendesigns etwa langfristige Effekte, wenn bestimmte Betroffenenengruppen nicht daran teilnehmen können?

Sollte eine Studie am Ende eines langwierigen Zulassungsprozesses zu einem positiven Werkgebnis kommen, hatten die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe von „dem neuen Weg“ keinen Vorteil. Denn Patientinnen können nicht profitieren, wenn eine Studienteilnahme nicht möglich war und sie auch die Zulassung ausschließen wird.

Letztendlich gibt es keine evidenzbasierten Daten für einen individuellen Therapienutzen. Leider wird oft versäumt, darauf hinzuweisen, dass die Ursache für das Fehlen von evidenzbasierten Daten daran liegt, dass es keine oder nur sehr kleine diesbezügliche Studien gibt. Hier bleibt dann nur noch eine Off-label-Therapie: Off-Label-Use Therapie ([uni-muenster.de](http://uni-muenster.de))

Diese setzt jedoch voraus, dass Betroffene gemeinsam mit Gesundheitsprofis engagiert und risikobereit vorgehen. Doch wie viele solcher idealen Paarungen finden sich im realen Medizinalltag?



# Neues zum triple-negativen Brustkrebs TNBC



VON CORNELIA STÜWE

Die European Society for Medical Oncology (ESMO) bezeichnet sich selbst als die führende europäische Gesellschaft für medizinische Onkologie, die ihren Mitgliedern ein professionelles Netzwerk bietet und mit nationalen Gesellschaften in ganz Europa zusammenarbeitet. Die aktuellen Leitlinien (1) wurden nach dem Jahreskongress im September 2021 aktualisiert.

Das jährliche San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) findet stets im Dezember statt und ist ein wichtiger internationaler Treffpunkt von Spezialist:innen der gynäkologischen Onkologie, die sich dort über die neusten Erkenntnisse der Brustkrebsforschung zur Prävention, Diagnose und Therapie austauschen.

Die American Society of Clinical Oncology (ASCO) veranstaltete Anfang Juni 2022 ihren jährlichen, weltweit größten Krebsskongress in Chicago (2). Die Deutsche Krebsgesellschaft verfolgt diesen Kongress und veröffentlicht darüber Berichte (3).

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie e. V. (DGS) fand im Sommer 2022 in Stuttgart statt. Die Senologie ist die Lehre von der weiblichen Brust. Beim Senologie-Kongress treffen sich Professionelle aus der Medizin, die auf die Funktion der weiblichen Brustdrü-

se spezialisiert sind und sich mit deren gegebenenfalls gestörten Funktionen und Erkrankungen befassen. Einige Mitglieder der DGS sind auch Mitglieder der AGO-Kommission „Mamma“.

Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (AGO) ist nach eigenem Bekunden eine selbständige Gemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG). Diese beiden Gesellschaften wiederum sind maßgebend an der Erstellung der S3-Leitlinie zur Behandlung des Mammakarzinoms beteiligt (4). Die AGO „Mamma“ erstellt ihrerseits ebenfalls jährlich aktualisierte eigene Leitlinien (5) und ist zusätzlich Herausgeberin eines Ratgebers für Betroffene in patientenverständlicher Sprache.

Vor allem beim „Seno“ und der AGO werden die Inhalte der Präsentationen von ESMO, SABCS und ASCO vorgestellt, diskutiert und bewertet. Die Erkenntnisse fließen in die Erstellung der eigenen Leitlinien mit ein.

## Bei der ESMO 2021 ...

... wurden Studien zur Immuntherapie des TNBC im fortgeschrittenen (metastasierten) Stadium vorgestellt. Prof. Dr. Corne-

lia Kolberg-Liedtke (Essen) informierte in einem Interview mit der DKG (6) über die Ergebnisse der KEYNOTE-355-Studie. Bei dieser Studie kam Pembrolizumab zum Einsatz, ein Antikörper, der als Immun-Checkpoint-Hemmer den PD-L1-Rezeptor blockiert. In der Erstlinienbehandlung von metastasierten Patientinnen mit einem TNBC wurde Pembrolizumab mit einer Chemotherapie kombiniert. Sowohl der Zeitraum bis zum weiteren Fortschreiten der Tumorerkrankung, als auch die Gesamtüberlebenszeit (7) verlängerten sich erheblich (signifikant). Offen blieben nach wie vor die Fragen, welche Patientinnen wirklich von dieser Medikamentenkombination profitieren und woran sie vor Therapiebeginn erkannt werden können. In der Studie wiesen diejenigen Patientinnen, die möglicherweise einen Vorteil von Pembrolizumab / Chemotherapie haben könnten, einen kombinierten positiven PD-L1-Wert größer oder gleich zehn auf (Score - CPS).

## Vom ASCO 2021 ...

... berichtend, stellte Prof. Dr. Marc Thill (Frankfurt/Main) in einem Interview mit der DKG (8) Neues zum TNBC vor. Neben den Erkenntnissen zu Checkpoint-Hemmern lieferte die OlympiA-Studie Hinweise zu PARP-Inhibitoren wie Olaparib, von denen

# Equinovo® tut mir gut!



## Therapien begleiten Lebensqualität verbessern

### Equinovo®

50 Tabletten (PZN 8820547)

150 Tabletten (PZN 8820553)

**Einmalgabe: 1x1 Tabletten täglich**

### Equizym® MCA

100 Tabletten (PZN 6640019)

300 Tabletten (PZN 7118928)

**Mehrfachgabe über den Tag  
verteilt: 4x1 oder 2x2 Tabletten**

vor allem Patient:innen mit BRCA-Genmutationen profitieren könnten.

PARP-Inhibitoren hemmen das gleichnamige Enzym und sollen so den Selbstreparaturmechanismus von Krebszellen stören. Bei der OlympiA-Studie wurde Olaparib beim frühen Brustkrebs (Primärerkrankung), nach der Operation (ohne vorherige Chemotherapie), oder bei behandelten Patient:innen mit TNBC, aber ohne Komplettremission (non-pCR) eingesetzt. Erste Ergebnisse stellen eine Änderung der Therapieempfehlungen in Aussicht. Notwendig ist dann eine frühe Testung der meisten Patient:innen auf BRCA1/2-Mutationen, unabhängig von der Familiengeschichte, was aktuell bereits großflächig umgesetzt wird.

### Die S3-Leitlinien ...

... werden von der Realität in rasantem Tempo ein- und überholt. Sie entsprechen schon zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Artikels in einigen Punkten nicht mehr dem praktizierten Vorgehen. Aus diesem Grund macht es nur bedingt Sinn, im Einzelnen darauf einzugehen. In der Mehrheit der Fälle erfolgt bereits heute eine neoadjuvante Chemotherapie, weil in der Folge das Therapieansprechen deutlich sichtbar wird. So eröffnet sich die Möglichkeit, gegebenenfalls die Therapie nachzjustieren oder abbrechen.

Neoadjuvant bedeutet, dass die Therapie vor der Operation eingesetzt wird, um das Therapieansprechen sichtbar zu machen. Vor allem beim TNBC hat der angestrebte Effekt einer pathologischen Komplettremission (pCR) erheblichen Einfluss auf die Prognose des Krankheitsverlaufs. Das Zytostatikum Carboplatin erhöht laut S3-Leitlinien unabhängig vom BRCA-Status zwar die Chance auf eine pCR, geht jedoch auch mit einer erhöhten Toxizität einher (s.a. 4.7., 4.130.). Eine pCR, also das komplette Verschwinden des Tumors infolge einer neoadjuvanten Chemotherapie, wird dennoch als wichtiger Prognoseindikator betrachtet. Der Einsatz

von Bisphosphonaten oder Denusomab zur Verhinderung von Knochenmetastasen bei nichtmetastasierten Patient:innen ist laut S3-Leitlinien weiterhin umstritten. Ein Grund könnte sein, dass keine eindeutigen Erkenntnisse zu Untergruppen des TNBC vorliegen.

Lokal wirkende Therapien wie Operation und Bestrahlung werden vor allem unter den Gesichtspunkten der Verminderung der Tumorlast, der Schmerztherapie und unter Berücksichtigung des Gesamtzustandes der Patientin und deren Lebensqualität individuell empfohlen. Bei Knochenmetastasen kommt in den S3-Leitlinien eine osteoprotektive (knochenschützende) Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab in Betracht.

### Die Kommission „Mamma“ der AGO ...

... empfiehlt beim TNBC die Bevorzugung einer neoadjuvanten Chemotherapie (NACT) spätestens ab einer Tumorgöße von fünf Millimetern. Außerdem erfolgt ein Aufruf, Patientinnen zu einer Studienteilnahme zu motivieren. Eine Studienteilnahme gewährleistet immerhin eine genaue Überwachung des Wirkungsverlaufs einer neuen Medikation.

Die höchste Empfehlung erhält eine neoadjuvante, dosisdichte, sequentielle Anthrazyklin-/Taxan-basierte Chemotherapie. Zusätzlich empfiehlt die AGO die Gabe von Platinsalzen (Carboplatin) unabhängig vom BRCA-Status.

Wurde keine pCR erreicht, lautet die Empfehlung der AGO bei den Patient:innen mit einer Mutation auf den Genen BRCA1/2, postneoadjuvant (nach der Operation) den PARP-Hemmer Olaparib einzusetzen. Allen anderen Patient:innen wird dringend die Teilnahme an der SAS-CIA-Studie empfohlen.

Im Mai 2022 erfolgte die Zulassung von Pembrolizumab beim frühen TNBC analog zum Schema der Keynote-522-Studie. Diese Studie untersuchte die Kombination aus einer adjuvanten und neoadjuvanten Immuntherapie mit Zytostatika (Chemo-

Equinovo®/Equizym® MCA ist eine Spezialkombination mit Selen, Vitamin B2, pflanzlichen Enzymen und lektinhaltigem Linsenextrakt. Das Produkt ist nicht zur Behandlung, Heilung und Vorbeugung von Krankheiten bestimmt. Vertrieb: Kyberg Pharma Vertriebs-GmbH, Keltenring 8, 82041 Oberhaching. Weitere Informationen unter: [www.yacare.info](http://www.yacare.info)

therapie). Im Ergebnis beobachteten die Studienautoren eine Verbesserung hinsichtlich des krankheitsfreien Überlebens (disease free survival = DFS) der Patient:innen im Untersuchungszeitraum (9). In einer ersten Auswertung konnte außerdem dokumentiert werden, dass sich die pCR-Rate deutlich erhöht, was die Langzeitprognose für diese Patient:innen stark verbessert. Die genauen Vorteile hinsichtlich des DFS waren bei der ESMO 2021 bereits vorgestellt worden. Obwohl die Nebenwirkungen der Immuntherapie eine deutliche Belastung darstellen, könnte diese Therapie vor allem für Patient:innen mit einem Hochrisiko-TNBC eine echte Perspektive bieten.

### In der metastasierten Situation ...

...erfolgt mittlerweile nahezu flächendeckend eine Testung auf eine PD-L1 Expression im Biopsiematerial. Dieser Test ermittelt den Umfang der Ausprägung des PD-L1, eines Merkmals, das an der Hemmung der Immunantwort beteiligt ist.

Die Unterscheidung hinsichtlich der weiteren Therapieempfehlung richtet sich in erster Linie an dieser PD-L1-Expression aus (größer oder gleich einem Prozent).

Es existieren drei Maßangaben für die PD-L1-Expression:

- Der IC-Score gibt die Tumorfläche an, die mit PD-L1 besetzt ist. Das Ergebnis findet Anwendung bei der Therapieentscheidung für oder gegen Atezolizumab.
- Der CPS (Combined Positive Score), ein kombinierter positiver Wert, gibt das Verhältnis angefärbter Zellen mit PD-L1 im Vergleich zur Gesamtzellzahl an. Dieser Wert beeinflusst die Entscheidung für oder gegen eine Therapie mit Pembrolizumab.
- Der dritte praxisrelevante Wert für den Einsatz von immunonkologischen Therapien ist der TPS (Tumor Proportion Score), ein Prozentwert für positiv anfärbare Zellmembranen mit PD-L1 im Vergleich zur Gesamtzellzahl.

Beim PD-L1-positiven, metastasierten TNBC wird infolge der Ergebnisse der IM-

passion-130-Studie Atezolizumab in Kombination mit nab-Paclitaxel als empfehlenswerte Erstlinientherapie angesehen. Dies gilt bereits bei einem IC-Score ab einem Prozent (Immunzellen mit PD-L1-Ansatzstellen).

Vorausgesetzt, die PD-L1-Expression des kombinierten Score CPS beträgt größer oder gleich 10, soll die Therapie mit Pembrolizumab in Kombination mit einer Chemotherapie nach Wahl (meist Gemcitabin) eingeleitet werden. Bei Patient:innen ohne jegliche PD-L1-Expression ist eine Immuntherapie nicht möglich. Hier lautet die Empfehlung: Paclitaxel plus Bevacizumab.

In der zweiten Linie empfiehlt die AGO beim metastasierten TNBC unabhängig vom PD-L1-Status und einer Keimbahnmutation in den BRCA1/2- oder PALB2-Genen mit höchstem Empfehlungsgrad Sacituzumab-Govitecan.

### Die reale Welt der TNBC-Patientinnen

Im Mai 2022 erhielt Pembrolizumab (Keytruda von MSD) analog zur Keynote-522 in Kombination mit einer Chemotherapie erstmalig eine EMA-Zulassung zur neoadjuvanten Behandlung des TNBC. Bis dahin galt die positive Nutzenbewertung in Deutschland (G-BA 15. Februar 2022) nur für die fortgeschrittene Situation. In der neoadjuvanten Situation ist kein PD-L1-Test notwendig im Gegensatz zur metastasierten Situation.

### Ausblick

Im November 2021 ließ die Cleveland Clinic (USA) in einer Pressemitteilung verlautbaren, dass eine Phase-1-Studie für einen ersten Impfstoff gegen das TNBC startete. Dieser Impfstoff soll präventiv – also vorbeugend – wirken. Er soll das Immunsystem gegen  $\alpha$ -Lactalbumin aktivieren, ein Eiweiß, das besonders häufig auf Tumorzellen des TNBC vorkommen soll.

BioNTech forscht derzeit an einer RNA-Immuntherapie bei TNBC (TNBC-MERIT-Studie).

Weitere Studien sind noch aktiv. Die Chemotherapie wird immer stärker von anderen Therapieformen begleitet oder verdrängt.

Die Gruppe der TNBC-Tumore, wovon etwa 12 bis 17 Prozent aller Brustkrebspatient:innen betroffen sind, ist äußerst verschiedenartig (heterogen). Die Zuordnung erfolgt oft durch Ausschluss der anderen rezeptorpositiven Gruppen, obwohl einige TNBC-Tumore ebenfalls einen Rezeptor aufweisen: den Androgen-Rezeptor. Mit molekularbiologischen Analysen wird versucht, klinisch bedeutsame Untergruppen des TNBC (basal-like, luminal-androgen-rezeptor-like oder immunomodulatory Subtyp) zu bestimmen. Diese Typisierung könnte unterschiedliche Therapieoptionen eröffnen. Außerdem könnte die Neueinstufung des Her2-neu-Rezeptorstatus in „negativ“, „low“ (neu) und „positiv“ Auswirkungen auf die Charakterisierung des TNBC und dessen Therapie ergeben, was etwa 35 Prozent aller TNBC-Patientinnen beträfe.

### LESEN SIE AUCH

- „SASCIA und ASCENT ...“ MAG 02/2021 ab Seite 12
- „Ohne Antennen...“ MAG 01/2019 ab Seite 14

### Quellen

- 1: <https://www.esmo.org/guidelines/guidelines-by-topic/breast-cancer>
- 2: <https://meetings.asco.org/meetings/2022-asco-annual-meeting/288/program-guide/scheduled-sessions>
- 3: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/kongresse/asco-annual-meeting.html#gyn>
- 4: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom\\_4\\_0/Version\\_4.4/LL\\_Mammakarzinom\\_Langversion\\_4.4.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_4.4/LL_Mammakarzinom_Langversion_4.4.pdf)
- 5: <https://www.ago-online.de/leitlinien-empfehlungen/leitlinien-empfehlungen/kommission-mamma>
- 6: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/kongresse/esmo/bedeutung-der-immuntherapie-beim-tnbc-esmo-2021.html>
- 7: NEJM, 21.07.2022
- 8: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/kongresse/asco-annual-meeting/neue-daten-zu-triple-negativem-brustkrebs.html>
- 9: Dtsch Arztebl 2021; 118(42): [7]; DOI: 10.3238/PersESMO.2021.10.22.03



Epigenetik messen

# Der WID-Test

VON TRUDE ULLRICH

Eines der faszinierendsten Wissensgebiete in neuerer Zeit ist die Lehre von der Epigenetik, befreit sie uns doch von dem Dogma, die Eigenschaften eines Organismus seien ein durch Geburt übertragene Erbanlagen (DNA) zementiertes Programm, dessen Umsetzung durch äußere Einflüsse nicht veränderbar ist.

Zwar gelten die Inhalte von Genen nach wie vor als nicht modifizierbar, jedoch bestehen Einflussmöglichkeiten auf ihre Funktion, die aktiv oder auch stillgelegt sein kann. Die Rede ist von epigenetischer Regulation, von an- und abgeschalteten Genen.

Bei angeschalteten Genen kann deren Information frei abgelesen und in der Zelle umgesetzt werden, bei abgeschalteten Genen ist das beispielsweise durch die Anlagerung kleiner chemischer Moleküle wie etwa Methyl- und Acetylgruppen an entsprechende Genabschnitte nicht möglich.

Prof. Dr. med. Jörg Spitz, Präsident der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V. in Heidelberg, sieht die Epigenetik als Schnittstelle zwischen Erbgut und Umwelt. Zu Umweltfaktoren und Lebensstil mit Einfluss auf die Epigenetik, zu seelisch-geistigen Einflüssen sei Ihnen deshalb folgender Beitrag ans Herz gelegt: <https://www.biokrebs.de/therapien/artikel/prof-dr-med-joerg-spitz-epigenetik-schnittstelle-zwischen-erbgut-und-umwelt>

## Der WID-Test

Der Onkologe Univ.-Prof. Dr. Martin Widschwendter, Professor für Krebsprävention und Screening sowie Direktor des Europäischen Translationalen Onkologie Präven-

tions- und Screeninginstituts (EUTOPS) an der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck, Österreich, untersuchte mit seiner Arbeitsgruppe im FORECEE Projekt die Möglichkeit zur Vorhersage des Krebsrisikos aus Gebärmutterhalsabstrichen auch für andere frauenspezifische Krebsarten.

Krebszellen weisen ein bestimmtes Muster von Methylgruppenanlagerungen

„Krebszellen weisen ein bestimmtes Muster von Methylgruppenanlagerungen an Genen auf.

(epigenetische Markierung) an Genen auf, das oft Jahre vor der Krebsentstehung beziehungsweise der Diagnose ermittelt werden kann. Damit ist das Schema der DNA-Methylierung, eine sogenannte DNA-Signatur, zur Krebsrisikovorhersage und/oder Früherkennung geeignet: <https://eutops.at/research/predict>

Im Februar 2022 erfolgte nun eine Veröffentlichung in Nature Communications unter der spektakulären Überschrift (übersetzt): „Der WID-BC-Index identifiziert Frauen mit primärem Brustkrebs und schlechter Prognose anhand der DNA-Methylierung in Zervixproben.“ (WID-BC-Index steht für Women's IDentification Breast Cancer Index)

Freier Zugang, Download möglich: <https://www.nature.com/articles/s41467-021-27918-w>

Widschwendter und Kollegen führten

bei 289 Frauen mit Eierstockkrebs, 727 Frauen mit Brustkrebs und 1.420 Frauen ohne Krebsdiagnose aus 15 europäischen Zentren Epigenom-Analysen durch.

Die Untersuchung der DNA-Signaturen mittels des WID-Tests anhand einer einzigen Probe aus einem Gebärmutterhalsabstrich konnte mit hoher Wahrscheinlichkeit gesunde von an Krebs erkrankten Frauen unterscheiden. Ebenfalls lieferte das Epigenom bedeutsame Aussagen zum Erkrankungsrisiko noch gesunder Frauen.

## Ausblick

Das DNA-Methylierungsmuster reguliert die Zellfunktion. Gibt es jedoch praktische Einflussmöglichkeiten auf die DNA-Methylierung für uns? Im Vorerkrankungsstadium werden unter anderem das Rauchen, die Ernährungsweise und die Hormonbelastung genannt. Das Rauchen können wir einstellen, und zum möglichen Einfluss von Ernährung auf epigenetische Regulierungsvorgänge informiert Prof. Dr. Michaela Döll gut verständlich in ihrer Gesundheitslounge: <https://gesundheitslounge.de/project/epigenetik-krebs-warum-die-gene-nicht-unser-schicksal-sind/>.

Die Hormonbelastung ist ein besonders heikles Thema, zumal bei Frauen der hormonsensible Brustkrebs mit Abstand am häufigsten auftritt. Hormonartig wirkenden Umweltschadstoffen (Endokrine Disruptoren) können wir uns jedoch nur schwer entziehen: [https://de.wikipedia.org/wiki/Endokrine\\_Disruptoren](https://de.wikipedia.org/wiki/Endokrine_Disruptoren).

Was bleibt? Ein gesunder Lebensstil in einer kranken Umwelt ist Schwerarbeit!

Steter Tropfen höhlt den Stein

# Sozialer Stress und Immunsystem

VON ELISABETH BRÜNSTLER



**D**ie Anregungen zur Stärkung des Immunsystems sind zahlreich, und je nach schulmedizinischem oder erfahrungswissenschaftlichem Standpunkt der Ratgebenden fallen die Ratschläge sehr vielgestaltig aus. Vom Maximalaufwand bis zu „bringt nichts“ ist mal wieder alles dabei.

Wir können uns dem Problemfeld jedoch auch von der anderen Seite annähern und fragen: Gibt es Erkenntnisse, wodurch die Immunabwehr geschwächt wird und können wir daran etwas ändern?

Hier elektrisiert der Titel einer im Juni 2022 in den Proceedings of the National Academy of Sciences veröffentlichten Studie (übersetzt): Sozialer Stress steht bei älteren Erwachsenen in Zusammenhang mit der Alterung von T-Lymphozyten: <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.2202780119> (Freier Zugang, der Artikel kann heruntergeladen werden).

## Health and Retirement – Gesundheit und Ruhestand

Ständigem Stress ausgesetzt zu sein gilt als Risikofaktor für eine beeinträchtigte Gesundheit mit einer erhöhten Gefahr für den früheren Ausbruch von „Alterskrankheiten“ und einem vorzeitigen Tod. Und werden Krebserkrankungen nicht regelmäßig als „Alterskrankheit“ titulierte?

Der junge Soziologe Eric T. Klopach von der Leonard Davis School of Gerontology an der Universität von Südkalifornien in Los Angeles benannte mit seiner Arbeitsgruppe folgende soziale Stressfaktoren:

alltägliche Diskriminierung, Stress verursachende Lebensereignisse, lebenslange Diskriminierung, Lebenstraumen und chronischer Stress. Die Beziehung zwischen dem Stresserleben und damit verbundener Alterung des Immunsystems untersuchte die Forschergruppe an 5.744 über 50 Jahre alten US-Bürgern in der „**Health and Retirement Study**“. Die Resultate aus einer Befragung zur Lebensqualität wurden mit Immunwerten aus Blutproben verglichen.

Die Ergebnisse belegten die Bedeutung von psychosozialen Stress für eine beschleunigte Alterung von T-Lymphozyten, die im menschlichen Immunsystem eine wichtige Rolle spielen.

Die Anzahl komplett ausgereifter und „abgearbeiteter“ T-Zellen nahm zu, die Menge junger, neu gebildeter T-Zellen mit „frischer Arbeitskraft“ nahm ab.

Bei Lebenstraumen und chronischem Stress fiel besonders die verringerte Menge junger frischer T-Zellen auf, bei alltäglicher, lebenslanger Diskriminierung und chronischem Stress war die Zahl erschöpfter alter T-Zellen erhöht.

Sozialer Stress entsteht im Übrigen nicht nur durch erkennbar fehlgesteuertes Sozialverhalten, wie bei Eric T. Klopach beschrieben.

Prof. Dr. hc. Nossrat Peseschkian, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/ Psychotherapie und Psychotherapeuti-

sche Medizin veröffentlichte zur Jahrtausendwende das Buch „Steter Tropfen höhlt den Stein Mikrotraumen – Das Drama der kleinen Verletzungen.“

Er thematisiert unbedachte Äußerungen, die von dem Sender einer Botschaft zwar nicht bewusst mit einer besonderen Bedeutung versehen werden, aber beim Empfänger ebendieser Mitteilung sehr wohl eine emotionale Verletzung bewirken und damit psychosozialen Stress auslösen. Je regelmäßiger solche Situationen auftreten, desto belastender deren Wirkung, und das oft gehörte „das

habe ich nicht so gemeint“ macht die geäußerten Inhalte nicht ungeschehen.

## Ein weiterer Baustein

Ein Forschungsteam um Prof. Dr. Christoph Hess vom Department Biomedizin am Universitätsspital der Universität Basel mit Forschungsschwerpunkt klinische Immunologie und dem Department Medizin der Universität Cambridge thematisierte die Bedeutung von Magnesium, eines lebensnotwendigen Stoffes, den ein Organismus nicht selbst herstellen kann.

„Der Magnesiumspiegel im Blut spielt eine wichtige Rolle dabei, wie gut das Immunsystem Krankheitserreger oder Krebszellen bekämpfen kann“, so die Pressemitteilung im Januar 2022: <https://idw-online.de/de/news786614>.



ISBN 3-629-00936-0

Ein Magnesiummangel hänge mit verschiedenen Erkrankungen wie Infektionen und Krebs zusammen, und aus früheren Studien wisse man, dass sich Krebs unter Magnesiummangel schneller ausbreite. T-Zellen könnten entartete oder infizierte Zellen nur in magnesiumreicher Umgebung wirksam ausbremsen. Ganz konkret spiele Magnesium eine Rolle für die Funktion eines Oberflächeneiweißes der T-Zellen mit dem Namen LFA-1.

LFA-1 sei eine wichtige Andockstelle zur Aktivierung von T-Zellen, im Ruhezustand sei diese jedoch nicht nutzbar. Sei allerdings Magnesium in der Umgebung der T-Zellen in ausreichender Menge vorhanden, binde es an die LFA-1-Rezeptoren und bewirke eine Aktivierung der T-Zellen.

In experimentellen Modellen verstärkte die lokale Erhöhung der Magnesiumkonzentration in Tumoren die Immunantwort der T-Zellen gegen Krebs: Magnesium sensing via LFA-1 regulates CD8+ T cell ef-

fector function - PubMed (nih.gov)

### Damit nicht genug

Prof. Dr. med. Jörg Spitz, Präsident der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr in Heidelberg, wies im September 2022 wiederum auf die Abhängigkeit der Funktionsfähigkeit von Magnesium unter Beteiligung von Vitamin D hin: <https://spitzen-praevention.com/2022/09/13/magnesium-aufgaben-und-abhaengigkeiten/>

Magnesium sei kein Einzelgänger, sondern bei einigen Funktionen ein unverzichtbarer Teamplayer. Magnesium und Vitamin D seien in ihrer Funktion stark voneinander abhängig. Ohne ausreichende Vitamin-D-Spiegel könne kein Magnesium aufgenommen werden.

Laut Prof. Spitz kurz gesagt: Magnesium und Vitamin D seien wie Max und Moritz, keiner könne ohne den anderen. Bestehe ein Vitamin-D-Mangel, käme es

unweigerlich auch zu einem Magnesiummangel.

Einmal mehr werden uns somit die systemischen Zusammenhänge physiologischer Abläufe vor Augen geführt.

### Und noch was

„Wie Immunzellen der Erschöpfung entgehen“, so die Pressemitteilung der Technischen Universität München im August 2022: <https://www.tum.de/aktuelles/alle-meldungen/pressemitteilungen/details/wie-immunzellen-der-erschoepfung-entgehen>.

Beschrieben wird die Entdeckung einer neuen Untergruppe von T-Lymphozyten, die erschöpften T-Zellen die Regeneration und die Aufrechterhaltung der Immunantwort ermöglichen. Dafür erforderlich sei Myb, ein spezielles Eiweiß, ohne das die „Frischekur“ nicht ablaufe. Was Myb „zum Leben“ braucht, ist noch unbekannt.

## ANZEIGE



## Scheidentrockenheit? Da kann ich was tun!

haben Brustkrebspatientinnen eine sehr gute Möglichkeit, die Beschwerden der Scheidentrockenheit hormonfrei zu lindern.

Das Cremolum Zäpfchen hat eine einzigartige Wirkweise: Es schmilzt in der Scheide und bildet dort eine pflegende Creme. Abends eingeführt – ohne Applikator – lindert es über Nacht, wie eine Intensivkur.

**B**estrahlung und Chemotherapie haben oftmals Auswirkungen auf Haut und Schleimhäute. Eine Antihormontherapie soll östrogenabhängige Tumore im Wachstum hemmen, vermindert aber häufig auch die Produktion von Scheidenflüssigkeit.

Somit wird während einer Krebstherapie die Haut in der Scheide und im äußeren Intimbereich oft trockener. Jucken, Brennen und Schmerzen sind die Folge, und auch der Intimverkehr kann schmerzhaft werden.

Die gute Nachricht: es gibt unkomplizierte Hilfe! Mit den Vaginalzäpfchen von Vagisan („Cremolum“)

## Hilft gegen Beschwerden

Das hormonfreie Vagisan FeuchtCreme Cremolum mit pflegenden Lipiden und Milchsäure kann Trockenheitsgefühl, Brennen und Juckreiz in der Scheide reduzieren.

Empfehlung

Zusätzliche Informationen erhalten Sie in der Apotheke oder unter [www.vagisan.de](http://www.vagisan.de)



Medizinprodukt



Was sagt IMBAY?

## Integrativmedizin in bayerischen Kliniken



Es gibt sie durchaus, die Kliniken, die komplementärmedizinische Verfahren einsetzen, weil deren Nutzen entweder erkannt wurde oder man aber den Patient:innenbedürfnissen nachkommen wollte.

### Das Projekt IMBAY

Von Januar 2020 bis Dezember 2021 lief die Studie IMBAY (Integrativmedizin in Bayern). IMBAY war in drei Etappen aufgeteilt: Im ersten Abschnitt wurden integrativmedizinische Maßnahmen beim Reizdarmsyndrom untersucht, im zweiten Abschnitt bei Morbus Crohn, der dritte Abschnitt sollte die Anwendungsbreite komplementärmedizinischer Maßnahmen an bayerischen Kliniken erfassen. Die Ergeb-

nisse von IMBAY-3 wurden anlässlich einer Pressekonferenz im April dieses Jahres in München vorgestellt:

Holetschek: Die Anwendung integrativer Medizin kann Symptome lindern und Lebensqualität verbessern - Bayerns Gesundheitsminister zur Vorstellung der Ergebnisse der IMBAY-Studie: Ziel ist die wirksamste Therapie für die Patientinnen und Patienten - Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Laut Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek könnten Naturheilkunde und komplementärmedizinische Therapien Symptome lindern und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten verbessern. Wissenschaftsminister Markus Blume ergänzte, Integrative Medizin sei

Realität in der medizinischen Praxis und stelle ein wichtiges Puzzleteil moderner medizinischer Versorgung dar, und bereits im Juli 2020 teilte der Bayerische Landesgesundheitsrat mit, Integrative Medizin sei die Medizin der Zukunft.

Die Projektleiterin der dritten Forschungsetappe, Dr. med. Claudia Löffler von der Medizinischen Klinik II des Universitätsklinikums Würzburgs wies darauf hin: „Naturheilkunde und komplementäre Therapieverfahren gehören zur Versorgungsrealität in bayerischen Akutkrankenhäusern. Ein Großteil dieser Kliniken bietet auf ihren Websites drei oder mehr komplementärmedizinische Verfahren an.“

Es bewegt sich was, sehr erfreulich!

(Von Gertrud Rust)

Millionenförderung für

## Innovative Bildgebung

Die 1923 im Schweizer Städtchen Schaffhausen von zwei Siemens-Töchtern gegründete Werner Siemens-Stiftung (WSS) stellt höchste Ansprüche an von ihr geförderte Projekte.

Finanziert wird die Startphase herausragender, innovativer, technischer und naturwissenschaftlicher Projekte, die nach einigen Jahren möglichst eigenständig weiterlaufen sollen und deren Erkenntnisse genutzt werden können.

Förderprojekte sollen Lösungsmöglichkeiten für bedeutsame Probleme der Gegenwart erarbeiten, die ein hohes Anwendungspotenzial bieten und somit auch praxistauglich sind.

### Eine hochsensible Bildgebung ...

... zur Unterstützung der Präzisionsonkologie passt in dieses Forschungsfeld.

Das in der Radiologischen Universitätsklinik und der Medizinischen Fakultät Tübingen angesiedelte Werner Siemens Imaging Center (WSIC) mit dem Forschungsschwerpunkt „Individuelle Tumorthérapien“ möchte mit Hilfe kombinierter bildgebender Verfahren herausfinden, welche Therapien

bei welchen Patient:innen am besten wirken: <https://www.wernersiemenstiftung.ch/projekte/werner-siemens-imaging-center>

Eine Kombination von Magnetresonanztomografie (MRT) und Positronen-Emissions-Tomografie

(PET) soll Gewebe und Moleküle so exakt darstellen, dass Erkenntnisse zu tumorspezifischen Oberflächenrezeptoren, Zellstress und Stoffwechsel solider Tumore möglich werden.

Die Verbindung mit weiteren Analyseverfahren aus der Künstlichen Intelligenz und mit neuartigen Tracern soll es gestatten, einen Tumor derart präzise zu charakterisieren, dass genauere und schnellere Vorhersagen zum Therapieansprechen bei den jeweiligen Patient:innen möglich werden, was wiederum die Therapieplanung und -anpassung erheblich erleichtert.

18,4 Millionen Euro über zehn Jahre beträgt die Fördersumme laut Pressemitteilung im Juni 2022 für dieses vielversprechende Vorhaben: <https://www.medin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/presse-meldungen/meldung/494>



# Ein Lichtblick wie dieser

VON ELISABETH BRÜNSTLER

**D**ie junge Assistenzärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Dr. Nicole Hänse, findet trotz ihres sicher beanspruchenden und kräftezehrenden Berufs noch die Zeit, einen Podcast und einen Blog zu pflegen, in denen sie mit Kolleginnen und Kollegen in Kontakt tritt und über Erfahrungen aus ihrem persönlich erlebten Berufsalltag berichtet.

Ihr für Patientinnen und Patienten anrührender Appell an die Kollegen: „Lasst uns gemeinsam wieder mehr ArztSein.“ Das ließ mich aufhören.

Was versteht sie darunter? Im Stress ihres Klinikalltags gewann sie den Eindruck, es fehle oft an Merkmalen, die einen Arzt auszeichnen beziehungsweise ihm bei seinen Aufgaben helfen, wie zum Beispiel Authentizität, Integrität, Achtsamkeit, Empathie und Gesprächsführung. Über all diese Dinge werde im Studium und in der Facharzt Ausbildung kein Wort verloren.

## Podcast und Blog

„Mit ArztSein möchte ich über alltägliche Herausforderungen der Assistenzärzt:innen sprechen und Wege zu mehr Freude, Sinnhaftigkeit und Zufriedenheit sowie persönlicher Weiterentwicklung im Beruf finden. Es soll dabei um Themen gehen wie beispielsweise Selbstreflexion, Achtsamkeit, Empathie, Kommunikation und Fehlermanagement. Hört also rein und besucht mich gerne auf meinem Blog [arztsein.com](https://arztsein.com)! Eure Nicole“

Empathie, Kommunikation und Fehlermanagement? Das sind doch genau die Bereiche, die auch uns Patientinnen und Patienten betreffen, und es macht mir Mut, dass diese Inhalte auf Eigeninitiative hin und ohne „Aus-

bildungsdruck“ von einer jungen Ärztin als wesentliche Berufsmerkmale eingeschätzt werden, die man sich aneignen sollte.

„Ich suche Lösungen und möchte mit Hilfe meines Podcastes und meines Blogs euch meine Ideen und Erkenntnisse vermitteln und mit euch in Kontakt treten. Lasst uns gemeinsam wieder mehr ArztSein.“

## Die Praxis

„Wieso wir Ärzte und Ärztinnen bessere Zuhörer:innen sein sollten“, Nicole Hänse könnte natürlich auch uns dazu befragen, aber es stimmt mich gerade auch ohne Befragung hoffnungsfroh, dass „wunde Punkte“ im Patientenerleben auf der ärztlichen Seite offensichtlich sehr wohl von selbst erkannt werden.

Hier erzählt Nicole Hänse beispielhaft aus der Praxis und weist besonders auf eine Patientin hin, die sich sehr dankbar für ein längeres Gespräch mit Zuhören zeigte, denn das käme ja im Medizinalltag kaum noch vor: <https://podcasts.apple.com/de/podcast/6-i-wieso-wir-ärztinnen-bessere-zuhörerinnen-sein-sollten/id1512232158?i=1000486847407>

Es macht Nicole Hänse sympathisch, wie sie sich über die Anerkennung dieser Patientin freute.

## Drei zentrale Säulen ...

... werden als Lerninhalte genannt: Selbstführung, Führung und Kommunikation. Die Selbstführung betreffe die Resilienz, Achtsamkeit, Pausen oder das Grenzen setzen, denn erschöpfte Ärzt:innen könnten sich nicht um Patient:innen kümmern, so Nicole Hänse in einem Interview mit dem

Marburger Bund Hessen. Führung umfasse das Üben von Kritik, den Umgang mit Fehlern, um Lob und Wertschätzung. Und Kommunikation beinhalte das Zuhören und die Wichtigkeit der richtigen Wortwahl von Arzt oder Ärztin.

Gerade zu Letzterem besteht aus Patient:innensicht noch ein gewisser Reflexions- und Übungsbedarf. Zu unbedacht fallen bisweilen immer noch „Ärzteworte“, die ein vertrauensvolles Miteinander verunmöglichen und Patient:innen betreten, enttäuscht und manchmal auch gedemütigt zurücklassen.

Achten Sie mal auf ihre Gefühle, wenn Sie Ihren Behandelnden gegenüber treten: Verspannen Sie sich, oder können Sie gelassen bleiben? Empfinden Sie freundliche Zugewandtheit oder kühle Distanz?

Dass nun junge Ärztinnen und Ärzte diese „weichen“ Themen aufnehmen und ihre Bedeutung erkannt haben, das macht mir wirklich Mut.



► „ArztSein“ auf Apple Podcasts  
<https://podcasts.apple.com/de/podcast/arztsein/id1512232158>

### ArztSein

Lasst uns alle wieder mehr ArztSein für mehr Freude am Beruf:  
<https://arztsein.com/>

### BLOG

<https://arztsein.com/blog/>

Hindernislauf zum

# Medizinalhanf

VON GERTRUD RUST

**D**ie Hanfpflanze gilt als eine der ältesten bekannten Nutz- und Zierpflanzen der Welt und wird seit Jahrtausenden auch als Heilpflanze verwendet. Der erste Nachweis einer medizinischen Nutzung stammt aus der Zeit um 2.700 v. Chr. In einem chinesischen Heilpflanzenbuch wurde Hanf zum Beispiel bei Rheuma und Gicht empfohlen.

Auch in Deutschland hat die Kultivierung von Cannabis eine lange Tradition. Erste Nachweise stammen bereits aus der Zeit der Kelten. Im Mittelalter tauchte Hanf (lateinisch Cannabis) in der europäischen Klostermedizin auf, Nonnen und Mönche hatten eine schmerzlindernde und verdauungsfördernde Wirkung entdeckt.

Im 19. Jahrhundert verbreiteten sich Hanfprodukte breit im medizinischen Alltag und wurden gegen vielfältige Beschwerden wie Kopfschmerzen, Rheuma, Epilepsie, Asthma und Schlafstörungen eingesetzt. Mit dem Beginn der Herstellung synthetischer Medikamente gerieten die pflanzlichen Hanfprodukte jedoch wieder ins Hintertreffen.

## Hanf in der Wissenschaft

1940 wurde aus der weiblichen Hanfpflanze das Phyto-Cannabinoid Cannabidiol (CBD) isoliert. Ihm wird eine entkrampfende, entzündungshemmende, angstlösende und gegen Übelkeit gerichtete Wirkung zugeschrieben.

Eine Zulassung als Arzneimittel besteht bis jetzt ausschließlich als Zusatztherapie für Krampfanfälle bei seltenen Epilepsieformen und als Beimischung zu dem Pflanzenextrakt Nabiximol aus den Blättern und Blüten der Hanfpflanze. Diese Mischung kommt als Spasmolytikum bei multipler Sklerose zum Einsatz.

Die Isolierung eines psychoaktiven

Hanf-Inhaltsstoffs, des Cannabinoids Tetrahydrocannabinol (THC) im Jahr 1964 am Weizmann-Institut für Wissenschaften in Israel markiert den Beginn der modernen Cannabisforschung. Der Hauptanteil der berauschenden Cannabiswirkung wird dem THC zugesprochen.

Inzwischen ist bekannt, dass die weiblichen Blüten der Cannabispflanze eine Vielzahl verschiedener Cannabinoide und Terpene enthalten. Aus verschiedenen Cannabisarten konnten mehr als 115 Cannabinoid-Varianten isoliert werden, denen medizinische Eigenschaften zugewiesen und deren therapeutische Möglichkeiten in Studien untersucht wurden und werden.

## Die Sensation ...

... des Jahres 1992 war jedoch die Entdeckung eines Endocannabinoid-Systems (ECS) im menschlichen Körper. Eine Forschergruppe um William A. Devane und Dr. Lumir Hanus vom National Institute of Mental Health (NIMH) in Bethesda, Maryland, USA wiesen in Zusammenarbeit mit dem israelischen Wissenschaftler Raphael Mechoulam die Existenz körpereigener Cannabinoid-Rezeptoren nach, an die sich die Wirkstoffe der Hanfpflanze, die Cannabinoide, anlagern.

Die ursprüngliche Forschungshypothese lautete: Wenn Cannabinoide im menschlichen Körper eine Wirkung entfalten, muss es auch ein System geben, das die Cannabinoid-Effekte auslöst.

Bekannt sind zwei Cannabinoid-Rezeptoren:

- Der **CB-1 Rezeptor**, der sich hauptsächlich auf Nervenzellen befindet.
- Der **CB-2 Rezeptor**, der überwiegend auf Zellen des Immunsystems vorkommt.

Aus der Entdeckung körpereigener

Cannabinoid-Rezeptoren folgten die Forscher wiederum, es müssten ebenfalls körpereigene Substanzen für die Rezeptoren existieren.

Auch diese konnten identifiziert werden, sie sind unter dem Namen Endocannabinoide bekannt, vom Körper selbst hergestellte Cannabinoide.

Die Rezeptoren gelten als die Schlösser des menschlichen Endocannabinoid-Systems, einem wichtigen Regulationsmechanismus des Nerven- und Immunsystems. Die Schlüssel für die „Rezeptoren-Schlösser“ sind zunächst die vom Körper selbst produzierten Endocannabinoide. Ihnen werden physische und psychische Effekte mit heilender Wirkung zugeschrieben.

Neuerdings besteht sogar die Annahme, dass die Endocannabinoid-Anlage alle wesentlichen Funktionen und Muster steuert, die der Körper auszuführen hat.

Der Neurologe und Cannabis-Forscher Dr. Ethan B. Russo vermutet, niedrige Cannabinoid-Spiegel könnten die Ursache zahlreicher Krankheiten sein. Ein Mangel führe möglicherweise zu chronischen Schmerzen oder Fibromyalgie, die in Zusammenhang mit dem Endocannabinoid-System stehen: <https://ethanrusso.org/about-ethan-russo-md/>.

Weiterführender Forschung zur Eröffnung neuer therapeutischer Ansatzpunkte durch die Zuführung von Cannabinoiden in Form von Cannabisextrakten als Medikament darf man wohl mit Spannung entgegengesehen. <https://medropharm.ch/endocannabinoid-system/>

## Ein Spezialist in Deutschland...

... ist **Dr. med. Franjo Grotenhermen**, der als Arzt in eigener Praxis mit dem Schwerpunkt „Therapie mit Cannabis und



Cannabinoiden“ in Steinheim in Nordrhein-Westfalen arbeitet: <https://dr-grotenhermen.de/patienteninformationen.pdf>. Er ist Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM): [www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=65&lng=de](http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=65&lng=de), Geschäftsführer der Internationalen Gemeinschaft für Cannabinoid-Medikamente (IACM): <https://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=77&lng=de> und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Branchenverbands Cannabiswirtschaft e.V.: [https://de.wikipedia.org/wiki/Branchenverband\\_Cannabiswirtschaft](https://de.wikipedia.org/wiki/Branchenverband_Cannabiswirtschaft).

In seinem neuen Buch beginnt er das erste Kapitel mit dem Thema „Das große Missverständnis“ und den Worten: „Wenn Cannabis-Patient:innen Aussagen von Wissenschaftler:innen über das therapeutische Potenzial von Cannabis lesen, schütteln sie häufig verständnislos den Kopf. Wenn Wissenschaftler:innen, die sich mit Cannabis

befassen, Aussagen von Patient:innen lesen, schütteln sie ebenfalls verständnislos den Kopf.“

Es liegen also noch Welten zwischen Patient:innen, die sich von der Hanfmedizin eine Verbesserung ihrer Lebenssituation versprechen und in der Wissenschaft Tätigen, die, fixiert auf die Suche nach breit gestreuter Evidenz, nicht glauben können, was Betroffene ihnen an individuellen Erfahrungen mitteilen.

### Die DGS-Initiative

Zur Verbesserung der Versorgung mit medizinischen Cannabinoiden startete die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS) Ende August diesen Jahres die DGS-Schmerzinitiative 2022/2023:

Schmerzinitiative – DGS e.V. - Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (<https://www.dgschmerzmedizin.de/versorgung/dgs-schmerzinitiative-cannabinoide-20222023/>)

Der Einsatz medizinischer Cannabinoide solle ein solides und seriöses Fundament erhalten, denn „Arzneimittel auf Basis von Cannabis nehmen in der schmerz- und palliativmedizinischen Versorgung von schwerkranken Patienten zunehmend einen wichtigen Platz ein.“

Es geht also nicht um „Kiffen auf Rezept“, wie Polemiker mit spitzen Zungen verlautbaren lassen, oder gar um „Cannabis heilt Krebs“, sondern beispielsweise um die Unterstützung Krebskranker bei der Angstverarbeitung, um Schmerzlinderung und Entspannung in einer unerträglich angespannten Lebenslage.



ISBN 978-3499004674

## ANZEIGE

Menschlich  
Ganzheitlich  
Unabhängig

40  
JAHRE

1982-2022  
Biologische  
Krebsabwehr  
[www.biokrebs.de](http://www.biokrebs.de)

mamazone/Mag 02 2022

## Diagnose Krebs – was tun?



## Biologische Krebsabwehr e.V. Ganzheitliche Beratung bei Krebs

Wir möchten Betroffene darüber informieren, welche Therapien üblich oder möglich sind, welche neu sind und was ergänzend oder selbst zur Bewältigung der Krankheit und für ein besseres Wohlbefinden getan werden kann.

### Die GfBK unterstützt Sie durch:

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

### Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V., Zentrale Beratungsstelle Heidelberg

Voßstraße 3, 69115 Heidelberg

• Info-Telefon: 06221 138020

• [information@biokrebs.de](mailto:information@biokrebs.de)

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



Fordern Sie unser Informationsmaterial an (bitte ankreuzen):

☐ Brustkrebs – ganzheitlich und individuell behandeln (Broschüre)

☐ Ganzheitliche Beratung bei Krebs (Faltblatt)

Absender: Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Datensammlung zu Cannabis

# Schlussbericht des BfArM

VON TRUDE ULLRICH

**D**as Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlichte am 6. Juli 2022 den Abschlussbericht der Begleiterhebung zur Verschreibung und Anwendung von Cannabisarzneimitteln: [https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis-als-Medizin/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis-als-Medizin/_node.html).

Über fünf Jahre wurden Daten zur Therapie mit Cannabisarzneimitteln gesammelt. Sie bezogen sich auf die Behandlung mit Cannabisblüten, Cannabisextrakten, Pflanzenextraktmischungen aus Blättern und Blüten (Sativex), Dronabinol, besser bekannt als Tetrahydrocannabinol (THC) und Nabilon, einer synthetischen Nachbildung des THC.

Trotz der gesetzlich geregelten Verpflichtung zur Datenübermittlung für Ärztinnen und Ärzte erfolgten die Rückmeldungen aufgrund datenschutzrechtlicher Bedingungen allerdings letztendlich freiwillig und damit unvollständig. Ein Abgleich zwischen Meldedaten und Krankenversicherungsdaten zeigte erhebliche Diskrepanzen auf.

„Die Erhebung dieser Behandlungsdaten aus der ärztlichen Praxis ist wertvoll, um insbesondere Hinweise zu möglichen Anwendungsgebieten von Cannabisarzneimitteln und zu Nebenwirkungen einer Therapie mit denselben zu erhalten. Solche Erkenntnisse können wiederum zur Planung und Durchführung klinischer Studien genutzt werden. Denn zum Beleg der Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabisarzneimitteln ist die Durchführung klinischer Studien nach internationalen Standards erforderlich“, so das BfArM in seiner Vorbemerkung.

Beim genaueren Blick auf die in der Begleiterhebung des BfArM berücksichtigten Substanzen nimmt man allerdings erstaunt zur Kenntnis, dass Nabilon bereits im Jahr **1975** vom Arzneimittelhersteller Elli Lilly als Tranquilizer (Beruhigungsmittel) und Antiemetikum (Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen) patentiert wurde. Dronabinol-Rezepturen sind in Deutschland seit **1998** im Verkehr, sie werden gegen chronische und neuropathische Schmerzen, Spastik (Verkrampfung der Muskulatur) sowie durch Chemotherapien ausgelöste Übelkeit und Appetitlosigkeit eingesetzt. <https://cannamedical.com/de/produkte/dronabinol/>.

Konnten in diesen langen Jahren nicht bereits Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen dieser Medikamente erhoben werden?

## Neue Erkenntnisse?

Vor allem fallen in dem BfArM-Bericht in der Kommentierung (Seite 5) Aussagen wie diese ins Auge: „Eine reine Erhebung von Daten, wie in dieser Begleiterhebung, ist jedoch in ihrer Aussagekraft begrenzt und kann wissenschaftliche Studien, die im Bereich der Arzneimittelzulassung häufig als sogenannte doppelt verblindete Placebo-kontrollierte Studien (also Studien, bei denen weder die behandelnden Ärztinnen und Ärzte noch die behandelten Patientinnen und Patienten wissen, ob sie ein Arzneimittel oder ein Scheinmedikament verabreicht bekommen) durchgeführt werden, in keiner Weise ersetzen. Mit Daten der Begleiterhebung kann ein Beleg der Wirksamkeit und Sicherheit von Cann-

abisarzneimitteln nicht erbracht werden.“ Man fragt sich nun spontan: Warum dann das Ganze?

Als Begründung für die mangelhafte Aussagekraft der Begleiterhebung werden Datenschutzhürden und Datenerhebungschaos angeführt, man bleibt fassungslos zurück. Und dennoch ist zu lesen: „Nichtsdestotrotz liefert die Begleiterhebung wichtige Daten zu möglichen Anwendungsgebieten von Cannabisarzneimitteln, zu Nebenwirkungen in der Anwendung, zur Wirkung auf spezifische Symptome einer Erkrankung und auch zu Patientencharakteristika, wie Alter und Geschlecht.“ Allerdings sollen diese „wichtigen Daten“ in die Planung weiterführender klinischer Studien einfließen, auf deren Ergebnisse Palliativpatient:innen wohl nicht warten können. Es fehlt hier nur noch das klassische Totschlagargument, das wir als Betroffene bisweilen immer noch zu hören bekommen: „Bringt nichts, weil noch keine Studien vorliegen.“

## Konkret ...

... erfahren wir

- das mittlere Alter der mit Cannabisarzneimitteln Behandelten: 57 Jahre,
- das mittlere Alter der Behandelten bei den einzelnen Präparaten,
- dass mehr Frauen als Männer Cannabismedikamente einnehmen,
- Zubereitungen welcherart von Frauen oder Männern bevorzugt werden,
- die Diagnose der Patientinnen und Patienten,
- welche Diagnosen zur Einnahme von Medizinalhanf führten.

Mit Abstand am häufigsten erfolgte der Einsatz eines Cannabispräparats bei starken chronischen Schmerzen aufgrund unterschiedlicher Krankheitsursachen.

Bei Krebspatient:innen wird angemerkt, dass eine Anwendung von Medizinalhanf nicht der Tumorthherapie diene, sondern der Symptomlinderung bei Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen unter Chemotherapie sowie bei Appetitlosigkeit und der Gefahr der Auszehrung.

Nachdem der CB-2 Rezeptor des körpereigenen Endocannabinoid-Systems jedoch überwiegend auf Zellen des Immunsystems nachgewiesen wurde, ist hier das letzte Wort vielleicht noch nicht gesprochen, zumal bis jetzt ja auch noch keine großen randomisierten Studien nach wissenschaftlichem Goldstandard vorliegen.

Erfasst wurden weiterhin die Dauer der Erkrankung oder die Symptomatik, die eine Medizinalhanf-Anwendung begründet hatten, Angaben zu vorausgehenden Therapien und den Anlässen, die einen Therapieabbruch nahelegten, wie mangelnder Therapieerfolg, unverhältnismäßige Nebenwirkungen und Kontraindikationen.

Auch Genehmigungsformalitäten, die Fachrichtung der verordnenden Ärzt:innen, deren Verschreibungsverhalten, die meist rezeptierte Anwendungsform von Cannabis, die Dosierung, die Therapiedauer und die Auswirkung auf den Krankheitsverlauf wurden ermittelt. Fast drängt sich der Eindruck einer „versuchten radio-

logischen Datensammlung“ auf.

### Zu den Nebenwirkungen

Auffällig ist das gesteigerte Interesse an den Nebenwirkungen der Cannabismedikamente (Fragen 12 und 13). Auf elf Seiten werden Daten zu **möglichen** Nebenwirkungen dargestellt, die uns in erheblichem Umfang auch aus der Krebstherapie bekannt sind. Dagegen wird die Entwicklung der Lebensqualität (Frage 14) auf gerade mal zwei Seiten abgehandelt. Dies wirkt, gelinde gesagt, tendenziös. Wollten wir uns im Verlauf unserer Brustkrebstherapie auf das Ausmaß von Nebenwirkungen konzentrieren und so den Therapievorteil unterbetonen, würde sich ein Schrei der Entrüstung erheben.

### Ausblick

Der Bericht geht an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dessen Aufgabe die Feststellung eines Zusatznutzens im Vergleich zur bisher üblichen Standardtherapie ist. Das Bewertungsergebnis des G-BA bildet wiederum die Grundlage für die zukünftige Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen.

**Vor** Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften am 10. März 2017 waren Cannabis-Arzneimittel nicht verschreibungsfähig. Patient:innen konnten jedoch nach individueller Prüfung durch das BfArM eine Ausnahmeerlaubnis für

den Erwerb zur Selbsttherapie erhalten, die unter ärztlicher Begleitung durchgeführt wurde.

**Ab** dem 10. März 2017 ist für die Behandlung mit Medizinalcannabis bei den Kassen ein Antragsverfahren mit dem Ziel der Kostenübernahme zu durchlaufen, wobei zuvor das Spektrum gängiger Medikationen ausgeschöpft und als wirkungslos eingestuft sein muss.

Ärztinnen und Ärzte stellen dabei die Indikation zur Therapie, und bei Vorliegen bestimmter gesetzlicher Vorgaben haben die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für die Therapie mit Cannabisarzneimitteln zu tragen. Die Genehmigung der Krankenkasse muss dabei „vor Beginn der Leistung“ vorliegen und darf nur „in begründeten Ausnahmefällen“ abgelehnt werden: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_31.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_31.html).

Für die Begründung der Ausnahmefälle ist wiederum der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) zuständig, die gesetzlichen Vorgaben bieten dafür noch reichlich Interpretationsspielraum.

Als Brustkrebspatientinnen haben wir mit der Ermittlung des Zusatznutzens von Medikamenten durch den G-BA schon so manche Überraschung erlebt. Dies betrifft besonders den Stellenwert, welcher der individuell empfundenen Lebensqualität eingeräumt wird und die Berücksichtigung dessen, was die tatsächlich Betroffenen in ihrem Therapiealltag als Behandlungsfortschritt beziehungsweise Zusatznutzen empfinden.







Supportivtherapie

# Wird Cannabis ausgebremst?

VON ELISABETH BRÜNSTLER

Im Juni 2021 informierte der Arzneimittelhersteller STADA an einer Pressekonferenz mit dem Thema: „Medizinisches Cannabis – eine patientenindividuelle Therapieoption“ gemeinsam mit zwei ausgewiesenen Experten über „neue, vielversprechende Therapieoptionen mit medizinischem Cannabis“.

Medizinisches Cannabis biete die Möglichkeit einer patientenindividuellen Therapie vor allem bei chronischen Schmerzpatienten, es habe Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung und werde in der modernen Medizin unter anderem bei Schmerzen und Muskelverkrampfungen eingesetzt, so Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl, Chefarzt der neurologischen Abteilung und Facharzt für Palliativmedizin im Krankenhaus Agatharied, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und Mitglied im Expertenkreis Palliativmedizin des bayerischen Staatsministeriums. Das Wirkungsspektrum sei groß, und die Praxis zeige die gute Wirkung bei verschiedensten Patienten. Durch die unterschiedlichen pflanzlichen Zusammensetzungen sei eine patientenindividuelle Therapie möglich. Schmerzlinderung, Abhilfe bei Migräne und Stimmungsaufhellung bei Depressionen seien nur einige der Wirkungen, die medizinisches Cannabis erziele.

Der Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin mit eigener Praxis in Potsdam, Dr. med. Christoph Wendelmuth, ergänzte, medizinisches Cannabis könne eine Linderung

„In über 20 Jahren

**Anwendung habe es keinen Cannabis-induzierten Todesfall gegeben.**

von Schmerzen und Begleitsymptomen bewirken und die herkömmliche Schmerzmitteltherapie unterstützen oder individuell sogar ersetzen. In über 20 Jahren Anwendung habe es keinen Cannabis-induzierten Todesfall gegeben. Seit 2018 hält Dr. Wendelmuth regelmäßige Vorträge zur Cannabinoidtherapie: <https://praxis-wendelmuth.de/publikationen/>

**Eine Brustkrebspatientin ...**

... geplagt von Überlebensängsten, die uns allen wohl bekannt sind, schreibt in ihrem Buch „Kopf hoch - Brust

raus“ zu Cannabis: „Es wirkt entspannend, beruhigend, schmerzlindernd, übelkeitsmindernd und appetitanregend. Die Ärzteschaft müsste Cannabis für unsereins eigentlich routinemäßig verschreiben. Es ist effizient und hat kaum nennenswerte Nebenwirkungen. Da ist es echt nicht zu fassen, dass es für uns immer noch unglaublich schwierig ist, an das Zeug ranzukommen.“

Denn zunächst muss mit deutscher Gründlichkeit geprüft werden, ob so ein Krebskranker diese Behandlung überhaupt „verdient“ und sich nicht vielleicht einfach auf Staatskosten die Birne zudröhnen will. Selbst wenn die Voraussetzungen für die Verschreibung gegeben sind, zeigen sich die Krankenkassen bisher mehrheitlich unbeeindruckt.“ (Seiten 121 ff.)

Als Ausweg wurden Cannabiskekse gebacken. Dazu: „Ich bin weder abhängig geworden, noch habe ich mir eine Psychose zugezogen. Der abendliche Cannabiskeks hat super gewirkt. Ich habe während der Behandlung überraschend gut geschlafen, ich war sogar so entspannt, wie man es bei einer ausge-



ISBN 978-3963660566

wiesenen Angstneurotikerin wie mir in der Lage nie für möglich gehalten hätte. Ich hatte weniger Schmerzen, als zu vermuten gewesen wäre. Ich habe – halleluja – kein einziges Mal über der Kloschüssel gehangen.“ (Seite 124)

Dr. Wendelmuth hat auf seiner Homepage zu diesem Thema folgende Information eingestellt: „Wir freuen uns sehr, dass wir eine zentrale Anlaufstelle für Patienten mit dem Wunsch nach cannabisbasierter Therapie sind. Leider hat der Gesetzgeber die Kostenübernahme seitens der Krankenkassen mit einigen Hürden versehen. Hierzu gehört, dass ein Versicherter mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf eine cannabisbasierte Arzneimitteltherapie hat, wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Stand entsprechende Therapie nicht zur Verfügung steht oder ärztlich begründet nicht zur Anwendung kommen kann.“

Wir bitten Sie daher, mit Ihrem bisher behandelnden Arzt Rücksprache zu halten, ob eben diese „Standardtherapie“ der Grunderkrankung bereits zum Einsatz gekommen ist. Bitte lassen Sie sich seitens Ihres behandelnden Arztes schriftlich bestätigen, dass dies der Fall ist, und zu keiner hinreichenden Leidenslinderung geführt hat.“ <https://praxis-wendelmuth.de/ein-wort-zur-cannabistherapie/>

### „So, wie es ist ...

... kann es nicht bleiben.“ Darüber sind sich acht Cannabis-Verbände in einer gemeinsamen Pressemitteilung des Verbands der Cannabis versorgenden Apotheken (VCA) vom 7. September 2022 einig, die sich für Verbesserungen bei der Versorgung mit Cannabisarzneimitteln einsetzen: <https://vca-deutschland.de/pressemitteilung-cannabisverbaende/>



ISBN 978-3-8047-3759-4

Enthalten ist auch der dringende Appell an die Politik, man solle im Rahmen der geplanten Legalisierung von Cannabis als Genussmittel besonders an diejenigen denken, die Produkte aus der Hanfpflanze am dringendsten bräuchten, nämlich Patient:innen, die von einer cannabisbasierten Therapie profitieren.

Patient:innen, die Medizinalcannabis benötigten, würden derzeit aufgrund der hohen Ablehnungsquote bei der Kosten-

„**Derzeit werden noch immer fast 40 Prozent aller Anträge durch die Krankenkassen abgelehnt.**

übernahme durch die Krankenkassen in die Illegalität gedrängt und sogar strafrechtlich verfolgt. Zudem sei durch die erforderliche Eigenfinanzierung nach abgewiesener Kostenübernahme eine soziale Schieflage entstanden. „Derzeit werden noch immer fast 40 Prozent aller Anträge durch die Krankenkassen abgelehnt, was zu einer hohen Quote von Privatzahler:innen in unseren Apotheken führt“, so Dr. Christiane Neubaur, Geschäftsführerin des Verbandes Cannabis versorgender Apotheken e.V. (VCA).

Unter den acht Forderungen der Cannabisverbände stehen neben einer Entschlackung der Verordnungspraxis von bürokratischen Hürden auch die Förderung klinischer Forschung durch bessere Rahmenbedingungen und finanzielle Unterstützung sowie die Verankerung des Endocannabinoidsystems und des therapeutischen Potenzials von Cannabinoiden in der medizinischen und pharmazeutischen Lehre.

Die Cannabis-Verordnungshilfe wird wohl sicher noch eine Weile benötigt.

### Alternative Wege bei ...

... **Schlafproblemen** - mit CBD Ruhe finden, so ein Beitrag auf der Website der Akademie für Menschliche Medizin GmbH von Prof. Dr. med. Jörg Spitz: <https://spitzen-praevention.com/2022/07/19/cbd-schlafprobleme/>

Der Wirkstoff Cannabidiol (CBD) aus der Hanfpflanze habe zahlreiche positive Effekte auf den Körper, nicht nur bei Schlafstörungen, sondern auch bei Angst- und Panikattacken, depressiven Verstimmungen sowie Schmerzen. Phytocannabinoide (pflanzliche Cannabinoide) könnten als Einschlafhilfe dienen und Schlafstörungen deutlich lindern. Bei Patient:innen mit Angst- und Schlafstörungen gingen die Beschwerden unter einer Cannabidiol-Begleittherapie innerhalb eines Monats deutlich zurück. Wer an Schlafproblemen leide, ausgelöst durch viele verschiedene Faktoren, könne auf Cannabidiol ausweichen. Fünf Studien zum Thema aus den Jahren 2019 und 2020 werden genannt.

### ... und bei Wechseljahresbeschwerden

Eine Übersichtsarbeit im Journal Menopause ergab, dass zahlreiche Frauen in den USA zur Linderung von Wechseljahresbeschwerden auf Medizinalcannabis zurückgreifen: [https://journals.lww.com/menopausejournal/Fulltext/9900/A\\_survey\\_of\\_medical\\_cannabis\\_use\\_during.26.aspx](https://journals.lww.com/menopausejournal/Fulltext/9900/A_survey_of_medical_cannabis_use_during.26.aspx)

Fast 80 Prozent der Befragten setzten bei Schlafstörungen, Hitzewallungen und Stimmungsschwankungen wie depressiven Phasen und Angstzuständen Cannabinoide ein. Ausgehend von einer Steuerung des emotionalen Befindens durch Östrogen über das Endocannabinoid-System, wird nach Rückgang der Östrogenproduktion eine supportive Wirkung durch Medizinalcannabis angenommen: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17391861/>.

Medizinalcannabis könnte somit eine nichthormonelle Alternative zur Linderung von Wechseljahresbeschwerden sein, so die Studienautor:innen.





Anforderungen und Selbstverständnis von

# Patient:innenvertreter:innen

VON CORNELIA STÜWE

**M**eine Bahnfahrt zu einem Workshop eines wissenschaftlichen Projektes, um dort die Patient:innenbedürfnisse zu vertreten, endete auf Grund eines technischen Defekts im Bahnbetrieb bereits vor der Abfahrt. Ein Mitreisender verkündete, dass er nun mit seinem Privatauto zum Zielort fahren wolle und bot drei Mitfahrplätze an. Mit einem weiteren Interessierten nahm ich dieses Angebot dankend an und erreichte noch rechtzeitig mein Reiseziel. Obendrein kam ich in den Genuss tiefgreifender Gespräche, in deren Folge mir unter anderem die Frage gestellt wurde, woher ich die Überzeugung nähme, die Interessen anderer Patient:innen vertreten zu können.

Bei einem weiteren Gedankenaustausch mit Patient:innenvertreter:innen zum Thema Brustkrebs stellte sich heraus, dass wir sehr unterschiedliche Anliegen verfolgen und dafür stark abweichende Anforderungen an unser Wissen und Können stellen. Die Bandbreite reichte von rein psycho-sozialer Betreuung bis zur ausschließlich auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden, detailreichen Beratung. Diese beiden Erlebnisse gaben den Anstoß, mich näher mit diesem Thema zu befassen.

**Wer oder was sind genau genommen Vertreter:innen von Patient:innen?**

Nun ist „Patientenvertreter“ kein staatlich

zertifizierter Beruf, sondern in den meisten Fällen ein unentgeltlich ausgeübtes Ehrenamt. Die Mehrheit der Aktiven engagiert sich in Folge einer eigenen oder der Erkrankung naher Angehöriger. Die wenigsten von ihnen sind medizinisch oder/und juristisch vorgebildet. Damit ist ihnen die Beratung in medizinischen und juristischen Fragen untersagt. Meist engagiert man sich für die Verbesserung medizini-

„Damit ist ihnen die ,  
Beratung in medizinischen  
und juristischen Fragen  
untersagt.“

schers und/oder sozialrechtlicher Umstände, für sich selbst und auch für nachfolgende Patient:innen. Dabei erleben und bewerten Menschen ihren Kontakt zu unserem Gesundheitswesen sehr individuell.

Im internationalen Sprachgebrauch werden die Worte patient advocate oder patient representative benutzt. Ich persönlich verstehe hierunter eine andere Aufgabenstellung, als vor allem mit „Selbsthilfe“ gemeint zu sein scheint. Für mich wirken Patientenrepräsentant:innen dabei eher von außen auf das Gesundheitswesen ein, während ich das Betätigungsfeld der Selbsthilfe vielmehr im Begleiten von Betroffenen sehe.

Doch auch hier existieren diverse Auslegungen. Die vom DRK Schleswig-Holstein vor über 30 Jahren gegründeten Gruppen „Leben mit Krebs“ orientieren sich ausschließlich an den psycho-sozialen Bedürfnissen der Teilnehmenden. Die Gruppen werden von entsprechend geschulten Freiwilligen organisiert und geleitet, die zumeist – jedenfalls in der Anfangszeit – selbst nicht krebserkrankt waren oder krebserkrankte Angehörige umsorgten.

## Patvocates

Der Fokus des Gründers von Patvocates, einem Beratungsunternehmen auch für Patientenvertretung, Jan Geißler, liegt dagegen auf den Mitwirkungsmöglichkeiten von Patient:innen in Forschung und Versorgung: <https://www.patvocates.net/about-patvocates/>.

Er erkrankte im Alter von 28 Jahren selbst an Krebs und engagiert sich derzeit als einer von zwei Patientenvertretern im Strategiekreis der Nationalen Dekade gegen Krebs. Eines der Handlungsfelder beinhaltet die stärkere Einbeziehung von Patientenvertretern in die Forschung. So nehmen bei immer mehr onkologischen Forschungsprojekten Patient:innenvertreter:innen in den Advisory Boards genannten Beiräten oder sogar Steering Committees (Lenkungsausschüssen) Platz und ihre Arbeit auf.



Andere Aktive, wie beispielsweise die Mamazonen, engagieren sich thematisch vielschichtig. Der Verein mamazone e. V. bietet sowohl Gesprächsgruppen an, als auch gezielte Informationen und setzt sich in Advisory Boards und Steering Committees direkt in der medizinischen Forschung ein.

Weitere Engagierte machen sich für eine ganz spezielle Gruppe von Brustkrebspatient:innen stark, wie die Brustkrebsproten in Kiel für junge Brustkrebsbetroffene, das BRCA-Netzwerk für Menschen mit genetischen Veränderungen, oder Katrin Eigemann, die sich speziell für die Belange der triple-negativen Brustkrebspatientinnen einsetzt.

Seit etwa 18 Jahren sollen Patientenvertreter:innen beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Entscheidungsgremien dafür sorgen, dass die Einbeziehung von Patient:innen die Entscheidungen des G-BA transparenter macht und diese sich mehr an Patientenbedürfnissen orientieren. Dazu sollen sachkundige Personen von Patientenorganisationen entsandt werden. Auch mamazone e. V. erhielt bereits Anfragen zur Mitarbeit. Leider sind wir personell nicht in der Lage, diese zeitlich sehr intensive Arbeit unter den vorgegebenen Bedingungen zu leisten.

### Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten sind notwendig?

Je nach Ziel und Aufgabenstellung benötigen die Engagierten unterschiedliche Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die Leiter:innen der Leben-mit-Krebs-Gruppen wurden zum Beispiel im psycho-sozialen Umgang mit Krebskranken geschult. Medizinische oder sozialrechtliche Kenntnisse gelten als nachrangig.

Die Mehrheit der Patient:innenvertreter:innen sucht und findet eigene Wege der Ausbildung in ihrem Tätigkeitsfeld. Man informiert sich über neueste Forschungsergebnisse und erörtert, wie diese zu interpretieren und das Studiendesign zu bewerten sind. Dazu werden Ärztekongresse besucht, Referent:innen für interne Schulungen eingeladen, Datenbanken mit Forschungsergebnissen durchsucht und das Sozialgesetzbuch gelesen.

Doch wie tiefgreifend und detailliert müssen diese Kenntnisse sein, um Betroffenen wirklich gut beistehen zu können? Welche Umgangsformen und welche Wortwahl sind notwendig für einen bedarfsgerechten Umgang mit Hilfesuchenden? Wir haben zwar bestimmte Anforderungen an das medizinische Fachpersonal. Aber

## „Doch wie tiefgreifend und detailliert müssen diese Kenntnisse sein, um Betroffenen wirklich gut beistehen zu können?“

erfüllen wir unsere eigenen Anforderungen im Umgang mit anderen Betroffenen auch? Hören wir gut genug zu? Können wir das Recht auf Nichtwissen akzeptieren, obwohl wir es besser zu wissen glauben? Dürfen wir selbst etwas nicht wissen? Können wir ausreichend abstrahieren von unserem persönlichen Erleben zum Erleben vieler Betroffener?

Der junge Mitreisende eingangs, in dessen Privatfahrzeug ich doch noch meinen Zielort erreichte, wollte wissen, ob ich die Interessen von Betroffenen vertreten könne, auch wenn diese nicht komplett mit meinen persönlichen in Einklang stünden.

Eine fachlich hochversierte Patient:innenvertreterin bemängelte mein medizinisches Halbwissen, das, wie sie fand, für eine nützliche Begleitung von Betroffenen unzureichend wäre.

Viele Fragen und keine abschließenden Antworten.

### Welche Ziele verfolgen Patient:innenvertreter:innen?

Die Mehrheit von uns möchte vor allem, dass es den mit und nach uns Betroffenen

im Gesundheitswesen und im Umgang mit der Erkrankung bestmöglich ergeht. Doch wie wollen wir das erreichen?

Ich denke, unser Tun steht auf drei Säulen:

1. Wir zeigen den Betroffenen, dass sie mit ihrer Erkrankung nicht allein sind. Wir sind für die Betroffenen da.
2. Wir ermutigen und befähigen sie, ihren eigenen Weg zu suchen, zu finden und zu gehen. Wir informieren die Betroffenen über ihre Erkrankung und ermuntern zum aktiv Werden – stell Fragen!
3. Wir nehmen Einfluss auf Forschung und Versorgung, um die Bedingungen für alle zu verbessern.

Warum sollte die Einflussnahme auf die Forschung durch Selbsthilfeaktive - medizinische und sozialrechtliche Lai:innen - wichtig sein? Betroffene bewerten Studienkriterien wie Lebensqualität, Nebenwirkungen oder die Nutzen-Risiko-Balance anders als Gesundheitsexperten. Auch haben sie oft unterschiedliche Schwerpunkte hinsichtlich Studiendesign und Studienzielen. Selbst Betroffene kennen die wirklichen Bedürfnisse anderer Betroffener besser, um diese in die Versorgung einzubringen, als die Experten der Verwaltung im Gesundheitswesen.

Jan Geißler sagt dazu in einem Interview mit dem BMBF 2019: „Wir Patientinnen und Patienten möchten gerne dabei helfen, dass sich diese (die Krebsforschung - Red.) wirklich an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten und nicht an systemischen Interessen orientiert“: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/5-fragen-an-patientenvertreter-jan-geissler-10039.php>

Wir Patient:innenvertreter:innen engagieren uns nach unseren besten Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissensstand. Zusammen könn(t)en wir die Bedürfnisse der Betroffenen weitestgehend erfüllen.





Im Alter

# Maßnahmen gegen Krebs

VON GERTRUD RUST

**A**uch wenn leider viel zu viele jüngere Frauen inzwischen an Brustkrebs erkranken, so liegt dennoch der Höhepunkt der Erkrankungshäufigkeit nach allgemeinen Angaben immer noch um das 64. Lebensjahr. Zusätzlich scheint sich die Wissenschaft darin einig, dass mit steigendem Alter die Gefahr einer Krebserkrankung zunimmt, denn in den Zellteilungsprozessen treten dann vermehrt Kopierfehler auf, die Zellen entarten lassen und zu Krebs führen können.

Häufig folgt auf die Frage nach der Ursache der unübersehbaren Zunahme von Krebserkrankungen an erster Stelle die Antwort: die gesteigerte Lebenserwartung, der demographische Wandel. Auch das Robert Koch Institut bezeichnet Krebs vor allem als eine Erkrankung des höheren Lebensalters.

Fast 75 Prozent aller Krebsdiagnosen in der EU betreffen Menschen im Alter von 60 Jahren oder darüber, und die Internationale Agentur für Krebsforschung (IARC) in Genf, eine Einrichtung der Weltgesundheitsorganisation WHO, erwartete in ihrem fünfjährlich erscheinenden Weltkrebsbericht 2020 eine Verdoppelung der Krebserkrankungen von 2018 bis 2040. Ein Grund dafür sei die steigende Lebenserwartung.

Aber nicht nur, denn mit der gleichen Vehemenz wird ebenso auf unseren ungesunden Lebensstil hingewiesen.

Fast könnte man in Anlehnung an Nora Scheffels Buchtitel (Seite 49) sagen, „Die

Alten machen Ärger“, was jedoch zu der Frage veranlasst: „Haben wir Einflussmöglichkeiten?“

## Die DO-HEALTH Studie

Die von der EU geförderte größte europäische Altersstudie DO-HEALTH mit Teilnehmer:innen aus den Ländern Schweiz, Deutschland, Österreich, Frankreich und Portugal startete 2012. Untersucht werden sollte, wie wir gesund und aktiv älter werden können: <https://www.usz.ch/fachbereich/zentrum-alter-mobilitaet/forschung/do-health-studie/>

Zahlreiche nationale und internationale Forschungspartner nehmen an der Studie teil. Aus Deutschland ist die Technische Universität Dresden mit Prof. Dr. med. Lorenz Hofbauer dabei, der zum 1. Juli 2020 zusätzlich zu seiner Tätigkeit an der TU die ärztliche Direktion des Zentrums für Altersmedizin in Radeburg übernommen hat.

Koordinatorin und Studienleiterin der DO-HEALTH Studie ist Prof. Dr. med. Heike Bischoff-Ferrari, Direktorin der Klinik für Altersmedizin am Universitätsspital Zürich, Lehrstuhlinhaberin für Altersmedizin und Altersforschung und Leiterin des Zentrums für Alter und Mobilität: <https://www.usz.ch/team/heike-annette-bischoff-ferrari/>. Seit 2019 leitet Prof. Bischoff-Ferrari am Universitätsspital Zürich auch den Bereich Innere Medizin-Onkologie.

Im November 2020 wurden erste Studienergebnisse vorgelegt, die im Fach-

journal JAMA veröffentlicht wurden: <https://tu-dresden.de/med/mf/die-fakultaet/newsuebersicht/wie-geht-gesundes-altern-mit-sport-fisch-oder-vitamin-d>.

Drei Jahre lang wurden 2.157 gesunde Personen im Alter über 70 Jahren unter Placebo oder Supplementierung (Ergänzung) mit Vitamin D und Omega-3-Fettsäuren oder mit einem vorgegebenen Krafttraining miteinander verglichen.

Die Daten belegten eine Senkung des Blutdrucks und des Infektionsrisikos. Professorin Heike Bischoff-Ferrari betonte besonders den ermittelten höheren Schutz vor Infektionen durch diese einfachen Supplemente, da Infektionen im Alter mit einer hohen Sterblichkeit verbunden seien.

Als Reaktion auf eine Infektion treten Entzündungen auf, worauf uns die oft geäußerte Aussage in den Sinn kommt: Jedem Krebs geht eine Entzündung voraus. Am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ in Heidelberg gibt es sogar eine Abteilung „Chronische Entzündung und Krebs“ unter Prof. Dr. Mathias Heikenwälder: <https://www.dkfz.de/de/chronische-entzuendung-und-krebs/index.php>

Die Frage aus Patient:innensicht darf deshalb lauten: Stützen die Ergebnisse der ersten DO-HEALTH Auswertung auch die Hoffnung auf einen Schutz vor chronischen Entzündungen?

## Im April 2022 ...

... wurden bei Frontiers unter dem Titel

# Patienteninformation zur Misteltherapie

In deutscher, englischer und türkischer Sprache

(übersetzt) „Kombiniertes Vitamin D mit Omega-3-Fettsäuren und einem einfachen häuslichen Sportprogramm kann das Krebsrisiko bei aktiven Erwachsenen im Alter von 70 Jahren und älter vermindern“ weitere Daten veröffentlicht. Das Erkrankungsrisiko an Krebs ließ sich um bis zu 61 Prozent senken: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fra-gi.2022.852643/full>

Der Artikel ist frei zugänglich und kann als PDF heruntergeladen werden.

In einem Interview mit FOCUS-Online äußerte sich Bischoff-Ferrari folgendermaßen: „Wir haben erstmals in den Fokus genommen, was passiert, wenn man die drei Maßnahmen miteinander kombiniert. Vereinfacht gesagt: Jede einzelne Maßnahme kann das Krebsrisiko ein wenig zurückdrängen. Für sich genommen sind die Effekte klein und nicht signifikant (bedeutsam). Was wir nun gesehen haben sind die sogenannten additiven (sich aufsummierende – Anm. d. Red.) Effekte, welche entstehen können, wenn die einzelnen Maßnahmen unterschiedliche Wirkmechanismen haben.“

Hier erfüllt sich der Lehrsatz des griechischen Philosophen Aristoteles (384-322 v. Chr.) mit Leben: Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.

Aristoteles Satz umschreibt den Begriff der Synergie, hier das Zusammenwirken von Stoffen, die sich gegenseitig fördern und einen gemeinsamen Nutzen erzielen.

Bei Menschen ohne vorausgegangene Krebserkrankung zeige bereits die Doppelkombination Vitamin-D plus Omega-3 bei den Krebserkrankungen eine Risikoverminderung von 51 Prozent, die Kombination Vitamin-D und das einfache Trainingsprogramm vermindere das Risiko um 53 Prozent,“ so Bischoff-Ferrari.

Die Krebsentwicklung werde sozusagen von drei Maßnahmen beeinflusst, eine grobe Übersicht wäre:

● **Vitamin D** unterdrückt die Entstehung von Krebszellen

● **Omega-3-Fettsäuren** wirken entzündungshemmend und zwar in einem für die Krebsentwicklung relevanten Bereich

● **Körperliche Aktivität** löst das Absterben von Krebszellen aus.

Die Dosierungen betragen bei Vitamin D 3 täglich 2.000 Internationale Einheiten (I.E.), bei den Omega-3-Fettsäuren täglich ein Gramm, und das Trainingsprogramm beinhaltet drei Mal pro Woche 30 Minuten lang Armkraftübungen mit einem Theraband und Beinkraftübungen mit wiederholtem Aufstehen aus sitzender Position und Treppensteigen.

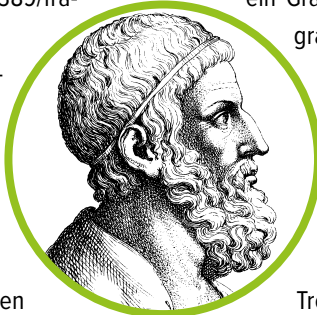
Ob diese Ergebnisse auch für jüngere Personen bedeutsam sein könnten, müsse laut Studienleiterin Bischoff-Ferrari weitere Forschung abklären.

## Einen Schritt weiter

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) ermittelten mittels statistischer Modellrechnungen, eine systematische Anreicherung von Lebensmitteln mit Vitamin D könne pro Jahr mehr als hunderttausend krebisbedingte Todesfälle verhindern: <https://idw-online.de/de/news794260>.

Ein Vitamin D-Mangel werde nicht nur mit Knochen- und Muskelerkrankungen in Verbindung gebracht, sondern auch mit einer erhöhten Infektanfälligkeit und anderen Erkrankungen. Zusammenfassende Analysen großer randomisierter Studien hätten gezeigt, dass die Einnahme von Vitamin-D-Präparaten die Krebssterberaten um 13 Prozent senke.

In einzelnen Ländern wie den USA, Kanada und Finnland sei die Anreicherung von Lebensmitteln mit Vitamin D bereits einigen Jahren üblich.



Archimedes

## WISSEN SCHAFFT LEBENSQUALITÄT



Brochure  
kostenlos  
anfordern!

## Aus dem Inhalt:

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

**ABNOBA**  
WIR FORSCHEN

**TIM Studie**  
zum oberflächlichen  
Harnblasenkarzinom



ABNOBA GmbH  
Allmendstraße 55 · 75223 Niefern-Öschelbronn  
Therapieinformationen Freecall 0 800 22 66 222  
[www.abnoba.de](http://www.abnoba.de)



Es ist möglich

# Schwangerschaft nach Brustkrebs

VON SYLVIE KEIPER

**B**rustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung der Frau. Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter, wobei das mittlere Erkrankungsalter bei 64 Jahren liegt. Bei jungen Frauen ist Brustkrebs so selten, dass es kaum Zahlen zur Häufigkeit bei Frauen unter 40 Jahren gibt.<sup>1</sup>

Dies lässt jedoch nicht den Umkehrschluss zu, dass das Brustkrebsrisiko in jungem Alter null Prozent beträgt. Betrachten wir 1000 Frauen, die jünger als 40 Jahre sind, so müssen vier von ihnen befürchten, an Brustkrebs zu erkranken.<sup>2</sup> Hinter dieser Zahl vier stehen Frauen, für die das Unwahrscheinliche zur Realität wurde. Hinzu kommen gerade in jungem Alter auch soziale und finanzielle Aspekte einer Krebserkrankung. Junge Krebskranke stecken teilweise noch im Studium, stehen am Anfang Ihrer Karriere, haben noch nicht viele Rücklagen und eventuell Kreditbelastungen. Sie sind am Tag der Diagnose schwanger, haben bereits kleine Kinder, die sie versorgen müssen und den Wunsch, diese auch aufwachsen zu sehen. Oder sind kinderlos. Letzteres ist heute keine Seltenheit mehr, da das Alter der Mütter bei der Geburt der Kinder über die letzten Jahrzehnte gestiegen ist und immer mehr Frauen sich jenseits der 30 dazu entscheiden, Mutter zu werden.<sup>3</sup>

## Das macht Mut

Die wunderbare Nachricht lautet, dass die Zahl der Sterbefälle aufgrund von Brustkrebs seit 1990 stetig abnahm. Laut Daten aus dem Krebsregister lag die Fünf-Jahres-Überlebensrate von Brustkrebspatientinnen im Jahr 2017 bei 88 Prozent<sup>4</sup>:

Diese hohe Überlebensrate nach einer Brustkrebserkrankung ist maßgeblich auf die Früher-

kennung und heute zur Verfügung stehenden onkologischen Verfahren wie Chemotherapie, Antikörpertherapie, Operation und Strahlentherapie zurückzuführen.

Auf der anderen Seite können diese lebensrettenden onkologischen Therapien zur Behandlung von Brustkrebs zur Unfruchtbarkeit führen beziehungsweise eine spätere Schwangerschaft erschweren.<sup>5</sup>

Auch wenn das Thema Schwangerschaft im Schatten einer Krebsdiagnose zunächst unwichtig erscheint, so ist dieser Aspekt für Betroffene dennoch von grundlegender Bedeutung. Die Aussicht auf eine spätere therapiebedingte Unfruchtbarkeit wird von Krebspatienten und -patientinnen „[...] ähnlich belastend eingestuft wie die maligne Erkrankung selbst.“<sup>6</sup>

Immerhin 76 Prozent der an Krebs erkrankten Patienten und Patientinnen wünschen sich nach erfolgreicher Krebsbehandlung ein Kind. Außerdem gibt jede/jeder siebte Patient/in die Bereitschaft an, ein Risiko im Rahmen der onkologischen Behandlung einzugehen, um sich einen späteren Kinderwunsch erfüllen zu können. Denn Krebspatienten und -patientinnen sehen die Erfüllung eines Kinderwunsches oftmals als Teil eines normalen Lebens, durch den sich die Lebensqualität erhöht.<sup>7</sup>

## In der Vergangenheit...

... wurde gerade Brustkrebspatientinnen von einer Schwangerschaft nach erfolgreicher Brustkrebsbehandlung abgeraten. Grund hierfür war die Annahme, dass damit ein erhöhtes Rezidivrisiko einherginge. Acht neuere Studien widerlegen diese Annahme. Im Jahr 2022 untersuchte eine Studie in den USA 30.021 Frauen, die zwischen den Jahren 2000 und 2012 an Brustkrebs im Stadium I-III erkrankt waren. Von diesen wurden 553 Frauen schwanger, und 189 versuchten durch assistierte Reproduktion schwanger zu werden. Diese Studie belegte, dass weder eine Schwangerschaft, noch der Versuch einer assistierten Reproduktion die Überlebenswahrscheinlichkeit negativ beeinflussen.

Ähnliche Ergebnisse erbrachte diese Studie auch bei Frauen, deren Tumorwachstum durch die Hormone Östrogen und Progesteron angetrieben wurde.<sup>9</sup>

Bereits in früheren Jahren kamen Studien, die untersuchten, inwiefern eine Schwangerschaft die Wahrscheinlichkeit für ein

Rezidiv erhöht, zu ähnlichen Resultaten, und die Studienlage lässt mittlerweile die Annahme zu, dass eine Schwangerschaft die Überlebenswahrscheinlichkeit zumindest nicht negativ beeinflusst. Aus medizinischer Sicht spricht also nichts gegen eine Schwangerschaft nach Brustkrebs. Deshalb ist es wichtig, einen eventuellen Kinderwunsch bereits vor Beginn der Therapie mit den Ärzten und Ärztinnen abzusprechen.<sup>10</sup>

### Was ist möglich?

Folgende Verfahren können vor der Brustkrebstherapie angewandt werden und bei einer eventuellen, therapiebedingten Unfruchtbarkeit helfen, den Wunsch nach einer Schwangerschaft zu erfüllen:

#### ● Ovarielle Stimulation

Bei dieser Technik injiziert sich die Frau über mehrere Tage Medikamente, um die Reifung mehrerer Eibläschen (Follikel) zu erreichen. Gleichzeitig wird ein weiteres Medikament eingenommen, um einen vorzeitigen Eisprung zu unterbinden. Sobald der Follikel groß genug ist, wird der Eisprung ausgelöst, und es erfolgt eine Entnahme der Eizellen über die Scheide. Der Zeitaufwand für dieses Verfahren beträgt etwa zwei Wochen.<sup>11</sup>

#### ● Kryokonservierung von Eizellen

Entnommene Eizellen können sowohl befruchtet als auch unbefruchtet kryokonserviert (eingefroren) werden. Sobald die Kinderwunschbehandlung startet, wird ein Spermium des Mannes in die aufgetaute Eizelle unter einem Mikroskop eingespritzt. Hierbei ist zu beachten, dass befruchtete Eizellen nur mit Einwilligung des Partners wieder eingesetzt werden können. Da die Kinderwunschbehandlung oftmals einige Zeit nach der Krebsbehandlung stattfindet, muss eine eventuelle Trennung berücksichtigt werden, und es wird empfohlen, mindestens 50 Prozent der Eizellen unbefruchtet einzufrieren. Der Zeitaufwand bedarf circa zwei Wochen.<sup>12</sup>

#### ● Entnahme von Eierstockgewebe

Im Gegensatz zu den obengenannten Verfahren werden bei dieser Technik keine Eizellen entnommen, sondern Eierstockgewebe. Das bedeutet, dass keine Stimulation erforderlich und dieses Verfahren innerhalb kurzer Zeit realisierbar ist. Es findet über eine Bauchspiegelung statt. Anschließend wird das entnommene Eierstockgewebe aufbereitet und gelagert. In der Regel wird ein halber Eierstock entnommen und nur wieder eingesetzt, wenn die Frau nicht spontan schwanger wird.<sup>13</sup>

#### ● GnRH-Agonisten

Hier werden der Patientin kurz vor und während der Chemotherapie GnRH-Agonisten injiziert. Durch diese wird die Funktion der Eierstöcke während der Zeit der Medikamenteneinnahme zur Brustkrebstherapie ruhiggestellt. Die Studienlage bezüglich der Wirksamkeit der GnRH-Agonisten ist noch nicht abschließend geklärt. Deshalb wird die Gabe von GnRH-Agonisten nicht als alleinige Fertilitätsprotektion empfohlen.<sup>14</sup> Die Kosten für die einzelnen Maßnahmen sind teilweise Selbstzahler-Leistungen, das bedeutet, sie müssen von der Patientin selbst übernommen werden. Eine Übersicht hierzu bietet die Website FertiPROTEKT.<sup>15</sup>

<https://fertiprotekt.com/patienten/fertilitaetsprotektion/>

### LITERATURLISTE

Bei der Autorin: keiper@mamazone.de

#### FAZIT

Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ist es schwer vorstellbar, aber dennoch sehr wahrscheinlich, dass es ein Leben nach dem Brustkrebs gibt. Das zeigen unglaublich viele Betroffene. Bekommt man die Diagnose Brustkrebs, bleibt die Welt stehen. War man davor gesund, ist man nun krank. Ein Arzttermin jagt den nächsten, und man fühlt sich die meiste Zeit wie im falschen Film. Eine eventuelle Schwangerschaft wirkt in diesem Moment unwichtig. Vor allem ist sie mit weiteren Eingriffen – groß oder klein – verbunden. Außerdem bedürfen sie oftmals Zeit, und man wünscht sich doch, dass die Brustkrebstherapie schnell starten kann. Dennoch ist es ratsam, in dieser hektischen Zeit innezuhalten und zu überlegen, ob die Kinderplanung wirklich abgeschlossen ist – denn es gibt ein Leben danach!



Foto: ©deagreetz – stock.adobe.com



Trockene Scheidenschleimhaut

# Vor, mit und nach antihormoneller Brustkrebs-Therapie

VON M.B. (NAME DER REDAKTION BEKANNT)

**M**einer ersten Brustkrebserkrankung ging kurz vorher eine Gebärmutterentfernung wegen massiver Senkungsbeschwerden voraus. Ich war 52 Jahre alt und hatte als Wechseljahres-Beschwerden wiederholt Schmierblutungen und Scheidenentzündungen. Diese behandelte ich auf ärztliche Empfehlung mit Sitzbädern und dem Wirkstoff Phenol-Methanal-Harnstoff. Auch die verschriebenen Estriol-Zäpfchen wendete ich zeitweise an.

## Brustkrebsdiagnose

Im selben Jahr wurde ein hormonabhängiger Brusttumor diagnostiziert, nach Operation und Bestrahlung erhielt ich Tamoxifen (20 mg / 5 Jahre). Die zahlreichen möglichen Nebenwirkungen beschränkten sich bei mir auf eine trockene Scheidenschleimhaut! Das klingt wohl ganz gut, aber diese Beschwerden hatten es in sich.

In den fünf Jahren und auch noch einhalb Jahre danach bis zu meinem Reizdiv hatte ich zahlreiche Entzündungstage und -wochen, wie unangenehmes Brennen, Drücken beim Sitzen und Radfahren und Ähnliches.

Weil ich nicht glauben konnte, es gäbe für mich keine Hilfe, folgten häufige Arztwechsel. Die verschiedenen Empfehlungen für hormonfreie Zäpfchen, Salben, Sitzbäder und Tabletten ergaben keine echte Verbesserung meiner Beschwerden, und ich litt sehr unter diesen Nebenwirkungen.

Sämtliche empfohlenen Präparate musste ich privat bezahlen, kein Produkt

wurde mir verschrieben und von der Krankenkasse übernommen.

Natürlich achtete ich auf Sauberkeit nach dem Toilettengang und seifenfreies Waschen, was mir aber keine Verbesserung brachte.

## Eingeschränkte Sexualität

Der Geschlechtsverkehr war ziemlich schmerzhaft. Gut, dass ich einen verständnisvollen Mann habe...! Heute würde ich jeder Frau empfehlen: „Überlege, was es Schönes gibt, wenn eine Penetration nicht wirklich beglückend ist“.

Sechseinhalb Jahre später, nach fünf Jahren Tamoxifen und Rückgriff auf hormonelle Zäpfchen unter ärztlichem Rat, da mein Rückfallrisiko als äußerst gering galt, erkrankte ich erneut, nun beidseitig, an Brustkrebs. Die Rolle der Hormonzäpfchen dabei ist ungewiss.

Nach der zweiten Operation erhielt ich fünf Jahre Anastrozol und nahm es trotz bekannter oben genannter Nebenwirkungen ein. Gegen Ende der fünf Jahre sah ich mich selbst nochmals nach Salben um, die ich im Selbstversuch anwendete.

Es waren zwei „Bio-Salben“, eine mit Geranii und Rosae, die andere mit Hamamelis. Jeweils eine der beiden Cremes verwende ich bis heute jeden Abend. Meine Beschwerden wurden seltener und waren nicht mehr so heftig.

Eine TCM-Ärztin verordnete mir ein Präparat aus verschiedenen Kräutern für 120 Euro pro Monat. Sie linderten meine Beschwerden zwar auch etwas, aber das Kosten-/Nutzenverhältnis erschien mir auf Dauer zu ungünstig.

## Neue Option

Von einer mamazone-Regionalleiterin erfuhr ich von einer Laser-Therapie zum Aufbau der Scheidenschleimhaut und fand eine Ärztin, die diese Lasertherapie anbot. Diesen Versuch wollte ich wagen und meine Sexualität noch nicht aufgeben.

Die Kosten betragen pro Sitzung etwa 400 Euro, private Versicherungen beteiligen sich oder übernehmen sie. Ich bin jedoch gesetzlich versichert. Mir empfahl die Ärztin zum Aufbau der dünnen Vaginalschleimhaut vier Sitzungen.

Die erste Sitzung lief gut, danach hatte ich leider 14 Tage eine Scheidenentzündung. Vitamin C und Quark als Eiweißquelle sollten unter anderem die Schleimhauterneuerung unterstützen.

Beim zweiten Termin nach sechs Wochen wurde die Laserungs-Intensität reduziert, und die Folgebeschwerden verschwanden nach zwei Tagen. Zu einer dritten Behandlung kam es noch nicht, weil andere Wehwehchen und Corona mich aufhielten.

Dennoch teilte mir meine Frauenärztin bei der üblichen Nachuntersuchung mit, meine Scheide sähe viel besser aus und ob ich schon bei der Lasertherapie gewesen wäre...

Nach nun acht Monaten hatte ich nur zweimal eine kurze Scheidenentzündung, und der Geschlechtsverkehr fühlt sich wieder sehr viel besser an. Ich habe fest vor, eine weitere Laserung vornehmen zu lassen, denn die Wirkung lässt langsam nach.

Die derzeitige Tamoxifen-Therapie mit einer niedrigeren Dosierung möchte ich insgesamt fünf Jahre durchhalten. Die Lasertherapie war für mich sehr hilfreich.



# Der Wald als Ort der Lebensqualität

Um spöttischen Kritikern gleich zu Beginn den Wind aus den Segeln zu nehmen: Aufenthalte im Wald sind kein Wunderheilmittel gegen Krebs. Allerdings kann man im Wald zur Ruhe kommen, sich besinnen, entspannen und den stressbelasteten Alltags-trubel ausblenden. Mit anderen Worten, ein duftender Wald, frei von störendem Lärm, strahlt Ruhe aus und bietet Lebensqualität.

## Der Quality of Life Preis

Seit 1996 verleiht die Lilly Deutschland Stiftung jährlich den Quality of Life Preis. Mit dieser Auszeichnung wird die Forschung zur Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität, gesundheitsbezogenem Nutzen und Patient:innenpräferenzen gefördert. Therapieentscheidungen sollten sich dabei nicht auf die Heilung einer Krankheit oder die Symptomlinderung beschränken, sondern auch das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen miteinbeziehen, so die Förderkriterien.

2022 wurden Prof. Dr. Volker Arndt, Leiter der Arbeitsgruppe Krebsüberleben (Cancer Survivorship) am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und sein Team für ihre Arbeit „Leben nach Krebs (LENA) – Bevölkerungsbezogene Ergebnisse zur Langzeit-Lebensqualität nach Krebs“ ausgezeichnet. Die Ergebnisse sollen Anregungen für die Gestaltung von Nachsorgeprogrammen und zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Betroffenen ermöglichen. <https://www.dkfz.de/de/cancer-survivorship/index.php>

Eine allgemeingültige Antwort darauf kann es nicht geben,

## VON GERTRUD RUST

denn was meinem Leben Qualität verleiht muss ich individuell und subjektiv entscheiden. Aufenthalte in der Natur steigern jedoch bei vielen Menschen das Wohlbefinden, und der Wald gehört sicher dazu.

Auf der Homepage der Barmer findet sich ein Beitrag mit dem Titel: „Waldbaden – Wie der Wald zum Therapeuten werden kann.“ <https://www.barmer.de/gesundheitsverstehen/lebensrezepte/waldbaden-1056332>

Das Waldbaden, „Shinrin-Yoku“, stammt aus Japan und ist dort eine schon seit vielen Jahren staatlich geförderte Gesundheitsmaßnahme.

Der Umweltmediziner Prof. Dr. Quing Li, „Vater der Waldmedizin“ und Präsident der Japanischen Gesellschaft für Waldmedizin ist Immunologe und als klinischer Professor an der Nippon Medical School in der Rehabilitationsmedizin tätig. <https://www.im-wald-sein.com/prof-dr-qing-li-wald-medizin-forest-therapy-shinrin-yoku-website-deutsch>

Für Fragen zur evidenzbasierten Verknüpfung von Wald und Gesundheit gilt er als idealer Ansprechpartner.

Im Barmer Interview weist er darauf hin, dass Waldaufenthalte die Aktivität von natürlichen Killerzellen erhöhen (Lymphozyten, die abnormale Zellen wie Tumorzellen und virusinfizierte Zellen erkennen und abtöten können), Stress vermindern

und den Schlaf verbessern. Auch wird eine vorbeugende Wirkung gegenüber Depressionen angenommen.

Ein idealer Therapiewald strahlt für Prof. Li eine ruhige Atmosphäre aus, verkörpert eine schöne Landschaft, hat ein mildes Klima, duftet gut, und frische saubere Luft streicht durch die Bäume. Zur Stärkung des Immunsystems empfiehlt er eine dreitägige Waldbadefahrt.

Eine einfache Möglichkeit, seinem Körper etwas Gutes zu tun.

## Erholsamer Wald ...

...eine wissenschaftliche Betrachtung, bietet die Schweizer Seite Erholungsnutzung im Wald ([waldwissen.net](http://waldwissen.net)) an, die derzeit von vier Forschungsanstalten betrieben wird: <https://www.waldwissen.net/de/lebensraum-wald/freizeit-und-erholung/erholsamer-wald-eine-wissenschaftliche-betrachtung>

Es wird der interessanten Frage nachgegangen, was eine Landschaft erholsam macht und wie man die Erholungsnutzung misst. Auch erfährt man, dass die Zusammenhänge zwischen Natur und menschlicher Gesundheit bereits seit etwa 20 Jahren erforscht werden. So beobachtete man auch Effekte von Naturerfahrungen auf die menschliche Regenerationsfähigkeit. Nach der „Attention Restoration Theory (ART)“ bietet die Natur unter anderem die Möglichkeit, sich sowohl körperlich als auch seelisch von Stress zu distanzieren. <https://www.dora.lib4ri.ch/wsl/islandora/object/wsl:28940/datastream/PDF>

Abschließend ein Hinweis, wie eine junge Brustkrebspatientin im Wald wieder zu sich zurückfand: <https://deine-waldzeit.de/schreibraum/meinweg-in-den-wald/>

Ich kann das rundum nachvollziehen, mir ging es genauso.

Wir sitzen alle in einem Boot

# Pinkpaddeln – Paddeln gegen Brustkrebs

VON SONJA ROßWINKEL

Die Bewegung „Pinkpaddler“ ist zurückzuführen auf die wegweisenden Studien des kanadischen Sportmediziners Prof. Dr. Donald McKenzie im Jahr 1995 „A Breast in a Boat“. Er konnte zeigen, dass sich dank spezieller Trainingsprogramme im Drachenboot die Lymphödeme von Brustkrebspatientinnen verringern und die körperliche und psychische Gesundheit fördern. Damit veränderte er das Leben nach Brustkrebs und bewirkte einen Wandel des langjährigen medizinischen Standpunkts, der Oberkörper sollte nach einer Brustkrebserkrankung nicht mit anstrengenden Sportübungen belastet werden.

Von Kanada aus verbreitete sich die Pinkpaddelbewegung weltweit und ist über die International Breast Cancer Paddlers' Commission (IBCPC) auch international vernetzt.

In Deutschland sind die Pinkpaddler:innen im Deutschen Kanuverband (DKV) innerhalb der Drachenboot-Abteilung organisiert. Die ersten Teams gründeten sich in den Jahren 2009/2010.

Eine aktuelle Doktorarbeit von Anna Catarina Seller vom Department Frauen-

gesundheit der Universitäts-Frauenklinik Tübingen „Rehabilitationssport im Drachenboot bei Patienten nach Brustkrebs – Auswirkungen auf das brustkrebsbezogene Lymphödem sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität“, konnte die positiven Effekte dieses Sports ebenfalls untermauern: [https://www.kanu.de/\\_ws/mediabase/\\_ts\\_1648206971000/downloads/freizeit/Drachenboot-Fun/Disseration%20A.Seller%20Druckversion%20040821.pdf](https://www.kanu.de/_ws/mediabase/_ts_1648206971000/downloads/freizeit/Drachenboot-Fun/Disseration%20A.Seller%20Druckversion%20040821.pdf)

Wer Interesse hat, ein eigenes Team zu gründen, braucht einen Kanuclub/Ruderverein wegen der nötigen Infrastruktur und auch hilfreiche Institutionen, wie die Deutsche Krebshilfe, Selbsthilfegruppen, Krankenhäuser, Brustzentren, die den Gedanken unterstützen und weitergeben. Denn nur so können die späteren Mitpaddler:innen erreicht werden.

## Die Pink Paddler ...

...sind ein Team aus brustkrebsüberlebenden Frauen und Männern, die gemeinsam Drachenboot fahren. In einem Boot sitzen zwischen zehn und zwanzig Paddler:innen

plus Steuerfrau/-mann und Trommler:in.

Das Training basiert im Gegensatz zum Rudern und Laufen mit ihren ruckhaften Bewegungen auf einem **schonenden, fließendem Bewegungsablauf** für den gesamten Körper. Es geht einzig und allein um die **Bewegung** mit dem Stechpaddel, nicht um Kraft und Leistung!

Es gibt auch Vereine, die Pinkpaddeln als Rehasport anbieten und somit eine schöne Alternative zum klassischen Rehasport darstellen.

Natürlich machen auch Sport und Bewegung in der Gruppe Spaß, man kann sich dabei nach der Brustkrebsdiagnose gut fühlen und ablenken.

Die Pinkpaddler-Initiative ist alles, nur keine „normale“ Selbsthilfegruppe. Aber die gemeinsamen Treffen mit anderen Betroffenen helfen psychisch und auch physisch. **Wir sitzen wirklich alle in einem Boot.**

Bundesweit sind 2022 bereits 27 Pinkpaddler-Teams im Training, vier Teams befinden sich im Aufbau und suchen noch interessierte Mitpaddler:innen und Supporter:innen.

Unter dem Dach des Deutschen Kanuverbands (DKV) – Abteilung Drachenboot – sind wir bundesweit vernetzt, und jedes Jahr findet eine Wanderfahrt mit Pinkpaddler:innen aus ganz Deutschland statt.

Übrigens sind die 2017 gegründeten „Pink Dragonistas“ aus Hannover international führend. Sie wurden 2022 in Sarasota (Florida) bei den Club Crew World Championships der International Dragon Boat Federation in der Gruppe der Brustkrebsüberlebenden Weltmeisterinnen und 2019 in Sevilla (Spanien) Europameisterinnen.

2015



2022







Wanderfahrt in Pink - Datteln 2022 Foto: Patricia Frank - DKV



Spaß beim Training auf der Mosel – Pinkpaddler Trier  
Foto: Sonja Roßwinkel



Über die Mosel gleiten – Pinkpaddler Trier  
Foto: Sonja Roßwinkel

Bei den gemeinsamen deutschen Drachenbootmeisterschaften (GDDM) im September 2022 in Oberschleißheim gewannen sie über 200m, 500m, und 2000m die Deutsche Meisterschaft.

### Die Pinkpaddler Trier

Im Jahr 2022 feiern die Pinkpaddler Trier ihr zehnjähriges Bestehen. Sind wir auf der Mosel mit dem Drachenboot in unserer HOPE unterwegs, ist es ein unbeschreibliches Gefühl, wenn wir Drachenbändigerinnen über die Mosel gleiten.

Die 2012 gegründeten Pinkpaddler Trier werden von einer betroffenen und erfahrenen Drachenbootpaddlerin ehrenamtlich betreut. Zitat unserer Trainerin und Steuerfrau: „Alles kann, nichts muss.“ Paddeln wir unter Brücken durch, stoppen wir und lassen mit Gebrüll alle Lebensfreude, aber auch unseren Frust raus.

Unsere Pinkpaddler Trier sind eine kunterbunte 30-köpfige Truppe von 45 bis 85 Jahren, die jede Menge Spaß auf, aber auch neben dem Wasser haben. Wir sind

wie eine Familie zusammengewachsen.

Wenn man mal einen Tag hat, an dem man nicht „Vollgas“ im Boot geben kann oder möchte, dann ist das auf dem „Sonnendeck“ auch möglich, weil das Team alles auffängt. So kann man dann einfach die angenehme Luft, die Sonne und das Wasser genießen und paddelt einfach locker mit. Denn trotz des Sports sind wir immer noch durch die Nebenwirkungen und Spätfolgen der Krebsterapien gehandicapt und können nicht immer fit und gut gelaunt sein.

Ganz besonders bewegend ist auch immer eine „Blumenzeremonie“ am Ende von Wettkämpfen oder am Saisonende, bei der wir der verstorbenen Brustkrebsbetroffenen gedenken und uns verabschieden, indem wir Blumen ins Wasser geben und unsere Boote ganz nah zusammenhalten. Diese Momente sind ganz besonders intensiv und verbinden uns miteinander.

Trotzdem sind wir ehrgeizig und nehmen mit Erfolg an Regatten teil, wie dem Monkey Jumble in Saarbrücken, Europas

größter Drachenboot Langstreckenregatta in der BCS-Kategorie (Breast Cancer Survivors).

Der Ausruf unserer Steuerfrau: „Are you ready? Attention ...Go!“ löst bei uns große Vorfreude auf den Trainingsstart aus, daher können wir Dir nur sagen: „Enter the dragon, komm` zu uns ins Boot.“

### KONTAKT

#### Patricia Frank

Deutscher Kanu-Verband

Referat Kanu-Drachenboot Pink Paddler

E-Mail: [entwicklung@kanu-drachenboot.org](mailto:entwicklung@kanu-drachenboot.org)

Oder vereinbare ein Schnupperpaddeln

bei einem Verein in deiner Nähe.

Auskünfte erteilt auch gerne Sonja Roßwinkel, mamazone-Infopoint Eifel-Mosel unter:

[rosswinkel@mamazone.de](mailto:rosswinkel@mamazone.de)

### WEITERE INFORMATIONEN

● Dissertation von Anna Catarina Seller zum Rehabilitationssport im Drachenboot bei Patienten nach Brustkrebs (Copyright Anna Catarina Seller – mit freundlicher Genehmigung für die Veröffentlichung auf der Homepage des Deutschen Kanu-Verbandes)

● Prof. Dr. Donald McKenzie, University of British Columbia, Sportmediziner <https://educ.ubc.ca/dr-donald-mckenzie-is-appointed-to-the-order-of-canada/>

● Breast Cancer And Dragon Boat Racing: The Story Behind A Movement <https://www.wbur.org/onlyagame/2018/11/30/sandy-smith-mckenzie-harris-frost>

● [www.abreastinaboat.com/about-us](http://www.abreastinaboat.com/about-us)

● International Breast Cancer Paddlers Commission: [www.ibcpc.com](http://www.ibcpc.com)



Was ich mir wünsche

# Eine bessere Nachsorge

VON KATI NGUYEN NGOC

Ich wünsche mir eine intensiviertere Nachsorge nach einer Brustkrebserkrankung.

Als meine Tanten 1995 und 1996 erkrankten, gab es noch regelmäßig Oberbauch-Ultraschall, Röntgen-Thorax und Knochenszintigrafie in der Nachsorge! Heute gibt es das nicht mehr, was ich ganz besonders schlimm finde.

Während meiner Reha sagte eine Onkologin in einem Vortrag: „Die Leitlinien sind nicht mehr zeitgemäß, bei mir bekommt JEDE Frau mit Brustkrebs alle drei Monate einen Ultraschall des Oberbauchs, besonders der Leber. Ich halte das für wichtig.“

## Zuhause angekommen ...

... begann ich mir mein Nachsorgeprogramm GEMEINSAM MIT MEINEN Fachärzten zusammenzustellen, die ebenfalls der Meinung waren, die Brustkrebs-Nachsorge sei nicht ausreichend.

Meine **Gynäkologin** führt die Nachsorge gemäß Leitlinien durch plus alle sechs Monate den Tumormarker Ca 15-3. Zusätzlich nehme ich als IGEL-Leistung und Selbstzahlerin die Tumormarker CEA und Ca-125 dazu, denn meine Oma starb an Eierstockkrebs.

Mein **Pneumologe** untersucht vierteljährlich die Lungenfunktion und verordnet mir einmal im Jahr eine Röntgenaufnahme der Lunge. Da ich Asthma-Patientin bin, hat er da seine Möglichkeiten, was gut für mich ist. Er würde auch ein Thorax-CT verschreiben, doch wegen der hohen Strahlenbelastung genügt mir die Röntgenaufnahme.

Meine **Orthopädin** hat als IGEL- und Selbstzahlerleistung zusätzlich zu den sechsmonatigen Bisphosphonat-Infusionen im Krankenhaus weitere Bisphosphonat-Gaben ermöglicht.

Diese zusätzlichen Gaben werden nach dem dritten Jahr reduziert, aber es bleiben die halbjährlichen Infusionen, solange ich die Aromatasehemmer-Therapie bekomme.

Da das nicht alle Kliniken ermöglichen, habe ich wohl Glück. Bei Beschwerden schickt mich meine Orthopädin auch sofort zum MRT oder Röntgen.

Mein **Gastroenterologe** übernimmt den Ultraschall der Leber und des Oberbauchs, ich als IGEL-Leistung und Selbstzahlerin den Tumormarker Ca19-9, da ich eine chronische Gastritis und Speiseröhrentzündung habe.

Meine Begleiterkrankungen und die jeweiligen Fachärzte ermöglichen mir eine bessere Brustkrebsnachsorge, was aber nicht der richtige Weg ist.

## Denn die Brustkrebszentren ...

... und die Gynäkologen sollten diese Untersuchungen veranlassen. Es ist heutzutage ein Glücksspiel, eine Bildgebung oder eine Tumormarkermessung zu bekommen. Manche Onkologen bestimmen sie regelmäßig, andere erheben sie aus Prinzip nicht. Meine Gynäkologin misst einen Tumormarker auf Kassenleistung, die anderen übernehme ich selbst. Wer adjuvant Bisphosphonate bekommt hat Glück, wenn er in einer Uni-Klinik behandelt wird, dies sollte allen Frauen möglich sein.

Mein **Urologe** schrieb seine Doktorarbeit über das Chemotherapeutikum Cyclo-

phosphamid, das die Zellen und die DNA so stark schädigt, dass ein lebenslanges Risiko für Blasenkrebs bleibt. Meine Hämaturie untersuchte er mit einer Blasen-spiegelung und einem MRT.

Es muss sich DRINGEND etwas ändern, ein Ultraschall der Blase und Nieren gehört ins Brustkrebsnachsorgeprogramm!!!

Die aktuellen Leitlinien richten sich nach uralten Studien, doch die moderne Bildgebung ist mit derjenigen aus den 1990er Jahren NICHT VERGLEICHBAR. Manche Frauen mit Knochenmetastasen können geheilt werden, wenn sie früh entdeckt werden. Es gibt so viele Therapiefortschritte, nur die Nachsorge ist veraltet und nicht mehr zeitgemäß.

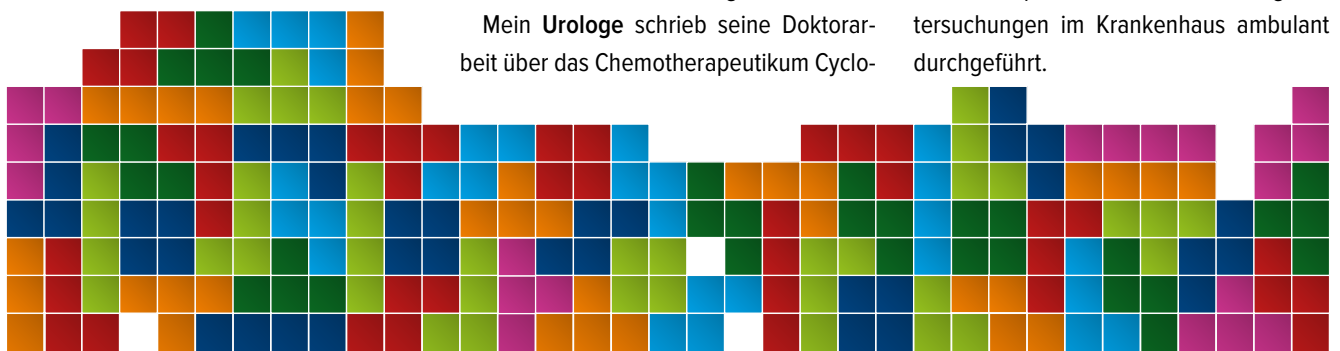
## Der Maintrac Test ...

... kann Leben retten. Er misst zirkulierende Tumorzellen im Blut und kann Therapieresistenzen erkennen, was einen Therapiewechsel ermöglicht. Trotzdem steht er nicht in den Leitlinien – unverständlich.

In Singapore wird schon mehrere Jahre bei allen Brustkrebspatientinnen die Liquid Biopsy in der Nachsorge eingesetzt. Wann wird der Fortschritt auch in Deutschland Einzug halten?

Bei meinen Ärzten und dem Behandlungsteam an einem großen zertifizierten Brustzentrum möchte ich mich für die mir ermöglichte operative und medikamentöse Maximaltherapie bedanken.

Mein Dank gilt auch meinen Fachärzten, die mich in der Nachsorge betreuen, denn nach Therapieende werden Nachsorgeuntersuchungen im Krankenhaus ambulant durchgeführt.





Ist er wirklich heilsam und notwendig?

# Der Kampf gegen Krebs

VON VERENA MONTAGUE

**B**ei der Eröffnung des Patienten-hauses für Menschen mit Krebserkrankungen im April dieses Jahres in München sagte der bayerische Wissenschaftsminister, es sei ein „Gewinn für die gesamte Münchner Krebsmedizin und für jeden, der den Kampf gegen Krebs aufnehmen muss.“

Diese Aussage hat mich zu folgendem Bericht veranlasst: Aus eigener Erfahrung bin ich der festen Überzeugung, dass man Patienten mit einer Krebsdiagnose, die diese für sie erschreckende Diagnose erst noch verarbeiten müssen, nicht noch zusätzlich zum „Kämpfen“ auffordern sollte.

Ich möchte daher meine eigenen Erfahrungen schildern: „Im Sommer 1999 wurde bei mir in der Frauenklinik der LMU München ein kleiner Tumor entfernt, der sich seitlich außerhalb der Brust gebildet hatte und insofern bei meiner Mammographie nicht erfasst werden konnte.

Leider wurden alle Lymphknoten auf der betroffenen Seite entfernt. Es folgten Bestrahlung, ein sehr lästiges Lymphödem und fünf Jahre Tamoxifen. Seitdem bin ich nun mit bald 81 Jahren beschwerdefrei.

## Kein Kampf für mich

Noch heute bin ich meiner damaligen Yogalehrerin für ihren Rat unmittelbar nach meiner Operation unendlich dankbar: „Verena, zuerst verabschiede Dich von dem Gedanken, dass Du nun kämpfen musst. Kämpfen braucht Kraft und Energie, und Deine ganze Kraft musst Du nun auf Deine Gedanken zur Heilung und zur Stärkung

Deiner Gesundheit richten.

Außerdem gibt es in einem Kampf nur Gewinner und Verlierer. Falls es Dir trotz Deines Kampfes nicht gut geht, hast Du auch noch ein schlechtes Gewissen, weil Du möglicherweise „nicht genug gekämpft“ hast.

Diese Gedanken würden Dich nur noch zusätzlich belasten und schwächen. Lass Dich auch von Menschen, die es gut mit Dir meinen, nicht dazu auffordern, zu kämpfen. Geh` Deinen Weg unbeirrt ohne Kampf. Informiere Dich gut über Deine Erkrankung. Mach` alle Therapien, die Dir sinnvoll erscheinen. Tue alles für Deine Gesundheit, aber vergiss „das Kämpfen.“

Akzeptiere Deinen Krebs und arrangiere Dich mit ihm.“

Diese Lehrerin schenkte mir auch das Buch von Stephen Levine „Seinlassen“, der ebenfalls diese Meinung vertritt und aus seinen Erfahrungen mit Krebskranken berichtet: „Diejenigen, die gegen sich selbst ankämpften und ihre Krankheit klein zu kriegen versuchten, waren jene, deren Heilung am

schleppendsten fortschritt - sofern eine Heilung überhaupt zu verzeichnen war.“

## Mein Weg

Im November 1999 wurde ich Mitglied der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr und 2000 auch bei mamazone e.V.

Beiden Gesellschaften verdanke ich eine gute Begleitung über viele Jahre und äußerst vielseitige Informationen und Anregungen beim Umgang mit Krebs und seinen Folgeerscheinungen. Hilfreich waren für mich auch die Visualisierungs-

übungen des amerikanischen Onkologen O. Carl Simonton.

Über meine Krankheit habe ich mich immer informiert und ärztliche Empfehlungen hinterfragt. Manchmal holte ich auch eine zweite Meinung ein.

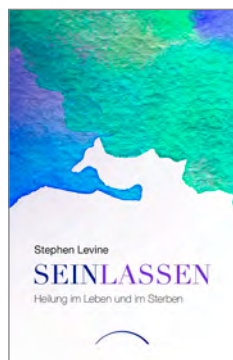
Zur Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte haben mir zu Beginn meiner Erkrankung eine grundlegende Ernährungsumstellung und Sport geholfen. Heute lebe ich mehr oder weniger vegetarisch.

Trotz der Warnung von Ärzten – ich könne wegen der entfernten Lymphknoten nie wieder meinen Lieblingssport Langlauf betreiben – fing ich mit einem ganz kurzen Stock links vorsichtig wieder an und betreibe ihn auch heute noch mit großer Freude mit meinem Mann, den Kindern und den Enkeln.

## Fazit

Ich bin durchaus der Meinung, dass es im Leben sehr wichtig ist, sich für bestimmte Ziele einzusetzen und für deren Erreichung mit großem Einsatz zu kämpfen. Bei Krebs sollten die Medien und manche Mediziner jedoch umdenken und das Wort „Kampf“ nicht mehr benutzen.

Erzählt mir heute jemand von seiner Krebserkrankung, sage ich sofort: „Verabschiede Dich von dem Gedanken, dass Du nun kämpfen musst“ und berichte von meinen eigenen Erfahrungen. Dabei stelle ich immer wieder ein Gefühl der dankbaren Erleichterung bei den Betroffenen fest.



ISBN: 978-3-95883-314-2

Prof. Dr. med. Gustav Dobos

# Der entwurzelte Mensch

VON GERTRUD RUST

**E**ndlich! Endlich ein Buch, das unsere Gesundheit oder das Gefangensein in einer Krankheit in einen gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang stellt und wir nicht ein weiteres Mal unterschellig zu hören bekommen, allein unser persönlicher ungesunder Lebensstil habe uns Brustkrebs beschert.

Ohne einen gesunden Planeten sei auch menschliche Gesundheit nicht möglich, so Gustav Dobos und zitiert die renommierte wissenschaftliche britische Fachzeitschrift The Lancet mit dem Satz: „Der Klimawandel ist die größte Gesundheitsgefahr dieses Jahrhunderts, er droht, die bisherigen Errungenschaften der Medizin zunichtezumachen“.

Das Gebot der Stunde sei deshalb, sich um die „Planetary Health“, die Gesundheit des Planeten zu kümmern, und überrascht erfährt man, dass es an der Berliner Charité seit 2020 einen ersten Lehrstuhl für Klimawandel und Gesundheit gibt.

## Ressourcenschonung

Als Direktor des Zentrums für Naturheilkunde und Integrative Medizin am Universitätsklinikum Essen betont Gustav Dobos das Ankommen der naturheilkundlichen Medizin in der modernen Wissenschaft. Sie beschränke sich dabei jedoch nicht auf Körperfunktionen, sondern sei vielmehr eine Lebenswissenschaft, die auf die Ressourcen des Menschen setze. Diese speisten sich nicht allein aus biologischen Quellen, sondern ebenfalls aus seelischen und sozialen. Ebenfalls setze diese ganzheitliche Sicht der Naturheilkunde auf Verantwortung gegenüber sich selbst und der Umwelt.

Die individualisierte Medizin auf Basis der Gentechnologie könne nicht das allein seelig machende Konzept der Medizin sein, so Dobos, sondern es sei auch Forschung zu sozialen und kulturellen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit erforderlich, zur Rolle der Umwelt und des Klimas (Seite 62). Alles Leben auf unserem Planeten sei miteinander verbunden, und wir seien alle von halbwegs intakten Umweltbedingungen abhängig.

Wieder gesund werden und am Leben bleiben kann sich damit nicht auf die folgsame Einnahme medizinisch verordneter Medikationen beschränken, sondern es sind auch persönliche Beiträge zur Ressourcenschonung im Alltag wichtig und auch möglich.

So schützt eine überwiegend pflanzliche, vollwertige und fleischarme Ernährung den Planeten und ist gesund (Seite 145).



ISBN 978-3-95803-394-8

## Acht Anker ...

... empfiehlt Gustav Dobos zur Orientierung in Krisen, die eine Verwurzelung im Leben ermöglichen sollen:

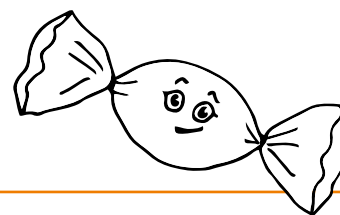
- **Angst und Depression** aktiv bewältigen durch soziale Unterstützung, Schlaf, Entspannung, Bewegung und Medienfasten.
- **Das Leben wieder in die eigene Hand nehmen** mit Fasten, Stressbewältigung und durch das Üben von Gelassenheit.
- **Resilienz (Widerstandsfähigkeit) aufbauen wie einen Muskel** durch das Erkennen von Gedankenspiralen, die Suche nach Unterstützung und die Setzung von Grenzen.
- **Das Immunsystem stärken – den Planeten schützen** durch Planetary Diet (ressourcenschonende Ernährung), Vitamin C, D, und A, Spurenelemente und Omega-3-Öle.
- **Die Natur suchen** mit Waldbaden, Spazierengehen und laufen, Treppensteigen und Kaltreize.
- **Selbstmitgefühl lernen und praktizieren** durch Achtsamkeit sich selbst gegenüber, Dankbarkeit und Stresskontrolle durch sorgfältiges Beobachten der Belastungstoleranz.
- **Sich neu organisieren** durch das Abwerfen von Ballast, Gedankenstrukturierung und das Schaffen innerer und äußerer Ordnung.
- **Wo anfangen? Im hier und jetzt!**

Zum Einsatz dieser Gesundheitsanker liefert Gustav Dobos einfühlsame und alltagstaugliche Anregungen, unübersehbar spricht hier der Arzt mit langjähriger praktischer Erfahrung im Umgang mit Hilfesuchenden. Zahlreiche Fallbeispiele und ebenso eine reichhaltige Literaturliste runden dieses überaus lesenswerte Buch ab.



Nora Scheffel

# Mamma macht Ärger



VON GERTRUD RUST

**A**uf unaufgeregte Art berichtet uns die im Alter von 46 Jahren an Brustkrebs erkrankte Journalistin Nora Scheffel von ihrem Weg durch die einzelnen „Brustkrebsstationen“, von der anfänglichen Schockstarre bis hin zum Eintritt in die Nachsorgephase.

Mit ihrem Handbuch für Brustkrebs vermittelt die Autorin Orientierung in einer maximal unsicheren Lebenssituation, tritt dem Gefühl von Hilflosigkeit entgegen und zeigt Möglichkeiten zur aktiven Beteiligung von Brustkrebspatientinnen am Genesungsweg auf. Ihr Leitsatz lautet: „Informieren, verstehen, handeln, denn gegen Angst ist Wissen die beste Medizin.“

## Wissen macht stark ...

... ist jedoch nicht jederfraus Sache, denn eine übergroße Informationsfülle am Erkrankungsbeginn kann sich auch lähmend auswirken. Dennoch vermittelt der im Gesprächsstil gehaltene Text Vertrauen in die Selbstwirksamkeit Betroffener.

Wie viele Brustkrebspatientinnen erastete auch Nora Scheffel ihren Tumor selbst, trotz der regelmäßigen zweijährigen „Vorsorge“: „Im Juni war nichts zu sehen, im Oktober war sie da, diese harte kleine Kugel in der linken Brust.“

Bereits kurz nach der Diagnose begann sie ihre Recherchen, die nun in Buchform und verständlicher Sprache ihren Mitpatientinnen zu Gute kommen, um dem medizinischen „Fremdwörtergewitter“, wie sie sagt, entgegenzutreten.

Diesem Anspruch wird Nora Scheffel durchaus gerecht, ihre Beschreibung der unterschiedlichen Brustkrebsformen und eine umfangreiche „Übersetzungshilfe für Befunde“ wirken sorgfältig recherchiert.



ISBN 978-3-95803-435-8

Besonders eine Aussage im Absatz „Prognosen und Heilungschancen“ sei erwähnt: „Prognosen sind reine Zahlenmonster – was sie nicht miteinbeziehen ist die Lebensweise oder die innere Haltung ... je mehr ich mich damit beschäftige, umso überzeugter bin ich, dass der Geist und die Lebensweise einen großen Einfluss haben.“ Dies beschreibt Einflussmöglichkeiten für viele Brustkrebspatientinnen.

## Der Behandlungsweg

Die ausführliche Erläuterung der vielfältigen Therapiemöglichkeiten pflegt eine Ausdrucksweise, die jede interessierte Patientin verstehen kann. Am Ende jedes Kapitels folgt ein sogenanntes Wissensbonbon, das auf Besonderheiten aufmerksam macht und der Schilderung persönlicher Erfahrungen dient:

Großen Wert legt Nora Scheffel auf die Beschreibung möglicher Nebenwirkun-

gen, nennt jedoch eine Vielzahl von Abhilfen, die das Gefühl bewirken: Egal, was kommt, ich kann es durchstehen. „Alles kann, nichts muss“, lautet der Zusatz beim Kapitel Nebenwirkungen.

Auch die Komplementärmedizin findet neben der Naturheilkunde gebührend Berücksichtigung. Der Untertitel „Dein aktiver Beitrag zur Therapie“ deutet die Übernahme von Eigenverantwortung an und das Gefühl, nicht ausgeliefert zu sein. Allein schon dieses Gefühl, so die Autorin, „kann dich durch die Therapie tragen.“

Als wertvoll erweisen sich auch die Abschnitte „Psyche und andere Kopfsachen“ und „Geld, Soziales, Rechte: Wege durch den Bürokratiedschungel“, begleitet durch Anregungen aus den Alltagserfahrungen der Autorin. Nicht zuletzt erfolgt ein Blick auf die Nachsorge und auf „Neues aus der Forschung“ mit aktuellstem Wissenstand.

Unter „Brustbekenntnisse: Betroffene berichten“ kommen weitere Patientinnen mit ihrer individuellen Geschichte zu Wort, die besonders die Einmaligkeit von Wegen zur Krankheitsbewältigung aufzeigen.

## Der Anhang ...

... ist prall gefüllt mit Links zu fortführenden Informationen über in den Einzelkapiteln angesprochene Themen, zu wichtigen Institutionen, Infoportalen und Netzwerken, zu Angeboten in Österreich und der Schweiz, zu verschiedenen Selbsthilfegruppen auf Facebook, zu Newslettern, Zeitschriften, Online-Magazinen und Apps.

Dieser Band atmet Empathie, nicht die Selbstdarstellung steht im Vordergrund, sondern das Anliegen, Mitbetroffene zu unterstützen.

Über die Grenze geschaut

# Internationale Konferenz für Shared Decision Making in Dänemark



VON CORNELIA STÜWE

**D**as kleine Städtchen Kolding in Süddänemark spricht auf seiner Website von internationaler Zusammenarbeit und beschreibt dies so: „Die Gemeinde Kolding hat die Vision, sich weltweit zu orientieren und Inspiration zu erhalten. Die Bürger der Gemeinde müssen international ausgerichtet und offen für andere Kulturen und Werte sein. Als kommunales Unternehmen werden wir Partner suchen, mit denen wir lernen und Erfahrungen austauschen können, wo immer sie sich in verschiedenen Ländern und Kulturen befinden.“

Mit etwas mehr als 60.000 Einwohnern und elf Partnerstädten zählt Kolding seit 2017 auch zum globalen Netzwerk kreativer Städte der UNESCO. Kolding wurde aufgrund der Entwicklung eines einzigartigen Design-Ökosystems für die Zivilgesellschaft, öffentliche Institutionen, Unternehmen sowie Kultur- und Bildungseinrichtungen zugelassen.

„In Kolding stehen wir zusammen, um eine integrative Gesellschaft zu schaffen...“, so die offizielle Mitteilung.

## Grenzen überwinden

Eine Konferenz für Shared Decision Making (SDM) – die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Ärzten und Ärztinnen, Patienten und Patientinnen passt so recht zum weltoffenen Charakter dieser Stadt. Denn auch im Therapiegespräch muss

Trennendes überwunden und Verbindendes gefunden werden. Kein einfaches Unterfangen nach der Generationen lang üblichen strikten Hierarchie in Form von Handlungsanweisungen der Behandelnden herunter zu den Behandelten, die diesen Anweisungen nachzukommen hatten.

„**Die Gemeinde Kolding hat die Vision, sich weltweit zu orientieren und Inspiration zu erhalten**“

Seit vielen Jahren nehme ich als Patientinnenvertreterin an interregionalen Projekten deutsch-dänischer Forschungsgruppen teil. Aus diesem Grund ermöglichten mir die dänischen Partner:innen auch die Teilnahme an einer Ausschreibung für Patient:innenrepräsentant:innen, um als solche an der International Shared Decision Making Conference 2022 (ISDM 2022) im Juni in Kolding teilnehmen zu dürfen. Vom Patient:innen-Komitee der Konferenzorganisation erhielt ich die überaus erfreuliche Mitteilung, dass meine Bewerbung erfolgreich war. Nicht nur dürfe ich dabei sein, sondern auch sämtliche damit verbundenen Kosten würden von der Region Süddänemark als Mitausrichter:in dieser Veranstaltung übernommen. Sogar ein „Dinner mit Experten“ war angekündigt – ganz wunderbar!

Bereits zum 11. Mal seit 2001 trafen sich Expert:innen der Internationalen Gesellschaft für Shared Decision Making (ISDM Society; <https://www.isdmsociety.org>) zur Vorstellung von Forschungsergebnissen und um zukünftige Ziele und Wege dorthin zu vereinbaren. Ganz nebenbei erfährt man so von der Existenz einer Internationalen Gesellschaft für Gemeinsame Entscheidungsfindung, gegründet 2018 in Hamburg mit dem Ziel, Akademiker, Heilpraktiker, Erzieher, Patientenpartner und Bürger zusammenzubringen, um eine personenzentrierte Versorgung und gemeinsame Entscheidungsfindungen zu befördern.

In diesem Jahr war die Region Süddänemark mit ihrer Universität und dem Center for SDM sowie dem Danish Comprehensive Cancer Center im Auftrag der ISDM Society Organisatorin dieser Konferenz in Kolding.

Vier vollgepackte Tage debattierten die Expert:innen auch mit uns Patient:innenrepräsentant:innen unermüdlich in 14 Workshops und 22 Sessions, selbst in den Pausen und am Abend. Dabei herrschte eine offene und interessierte Atmosphäre, die es beinahe unmöglich machte, auch nur wenige Minuten irgendwo allein zu stehen oder zu sitzen. In den Workshops und Sessions wurden die Patient:innenrepräsentant:innen von den Professionellen immer wieder ermuntert, sich einzubringen, und bei sprachlichen Hürden halfen

alle gern. Während des Gala-Dinners bedankten sich die Repräsentant:innen der ISDM Society bei den Patient:innenre-präsentant:innen für ihre Mitwirkung, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung ja erst ermögliche, und auch am Ende der Konferenz applaudierten die Professionel-len der Betroffenenrepräsentanz.

Dieses menschliche Klima mit solch einer Wertschätzung hat mich nachge-rade überwältigt. Es überraschte mich ebenfalls, dass die Professionellen zum Teil sogar erstaunt über mein fundiertes Wissen und den Umfang meines Engage-ments waren, obwohl ich doch bereits in meinen vielen vorherigen persönlichen Begegnungen mit internationalen Ex-pert:innen mit weitreichenden Aufga-ben konfrontiert worden war. Alle halfen mir über die Lücken meiner begrenzten Sprechfähigkeiten in der englischen Spra-che und löcherten mich mit Fragen. Auch die Patient:innenvertreter:innen unterein-ander begegneten sich mit viel Interesse und Respekt vor dem Engagement jeder einzelnen.

### Themenschwerpunkte 2022

In einer großen Diskussionsrunde (Pa-neldiskussion) beschäftigten sich die Ex-pert:innen unter anderem mit der Frage, wie die Ausgewogenheit gefunden wer-den kann zwischen dem Recht auf eine individuelle gemein-

same Entscheidungsfindung gegenüber der Notwendigkeit einer bevölkerungsbe-zogenen Entscheidungsfindung in schwie-rigen Zeiten, wie beispielsweise während der Corona-Pandemie. Ebenfalls wurde diskutiert, an welcher Stelle ethische Ge-sichtspunkte einer umfassenden Infor-mation womöglich Grenzen setzen. Muss wirklich über alles informiert werden, oder

## „Muss wirklich über alles informiert werden, oder darf unter Umständen die Option „keine Therapie“ verschwiegen werden?“

darf unter Umständen die Option „keine Therapie“ verschwiegen werden? Ein drit-ter Diskussionsschwerpunkt war die Frage der Verbindlichkeit klinischer Leitlinien einerseits und dem Betroffenenrecht auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung andererseits.

Einig war sich die Mehrheit, dass Thera-pieentscheidungen mit den Patient:innen zu finden sind und nicht für diese. Die He-alth Professionals (Gesundheitsprofessio-nelle wie Mediziner:innen, Pfleger:innen, Therapeut:innen und andere) sind dazu da, der Patientin beizustehen und ge-meinsam herauszufinden, was für sie am wichtigsten ist. Aufgabe der Patientin ist es, den Health Professionals (HPs) dabei

zu helfen, mehr über sie zu erfahren. Das geht jedoch nicht ohne vertrauensvolle Öffnung. Gemeinsam können sich beide Seiten gegenseitig dabei unterstützen, die beste Therapie zu finden. HP und Patien-tin sind beide Expert:innen. Die Basis ei-ner SDM ist das einfühlsame Zuhören des Profis, wenn die Patientin ihre Geschichte erzählt.

### Weitere Schwerpunkte: Hilfsmittel und Leitlinien

Obwohl in pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> aktuell beinahe 900 klinische Studien zu SDM publiziert worden sind, fehlt es an Evidenz vor allem für Pati-ent:innen mit mehr als einer Erkrankung, weil diese oft von der Studienteilnahme ausgeschlossen werden. Auch weisen Studien oft nur unvollständige Nebenwir-kungsprofile auf, weil diese von den Pro-fis ohne die Mitwirkung von Patient:innen festgelegt werden. Dies gilt auch für die verwendeten QoL-Kriterien und deren Gewichtung (QoL = quality of life = Le-bensqualität). Ein weiteres limitierendes Kriterium ist die oft viel zu kurze Nachbe-obachtungszeit.

Trotz dieser Hürden wollen die ISDM-Ex-pert:innen zukünftig verstärkt an der Entwicklung von PDAs (patient decision aids – Entscheidungshilfen) für Patienten und CGs (clinical guidelines – klinische Leitlinien) für Professionelle im Gesund-heitswesen arbeiten. Idealerweise in ei-ner noch engeren Zusammenarbeit mit Patient:innenrepräsentant:innen.



Kolding Stadtsicht SDM – altbekannt und doch viel Neues





Wertvolle Hilfe bei starken seelischen Belastungen

# Stationäre Behandlung in einer Psychoonkologischen Spezialabteilung

VON BIGGI WELTER

Operation, medikamentöse Behandlung und Strahlentherapie sind zweifellos die zentralen Behandlungspfeiler einer Krebstherapie. Die seelischen Auswirkungen auf Krebspatient:innen, insbesondere bei Brustkrebs, sind dabei erheblich und benötigen unbedingt eine zusätzliche Behandlung durch Experten:innen aus dem Fachgebiet der Psychoonkologie. Aus meiner Gruppenarbeit erfahre ich oft, dass Patientinnen gerade nach der Akutbehandlung in ein tiefes Loch fallen. In den ersten Monaten geht es nur ums Überleben, und die Seele ist in dieser Zeit meist schwer belastet.

## Wo gibt es Unterstützung?

Grundsätzlich können alle von Brustkrebs betroffene Frauen eine ambulante oder stationäre psychoonkologische Behandlung in Anspruch nehmen. Sie sollten sich nicht scheuen, dies zu tun, und sie brauchen sich auch nicht stigmatisiert fühlen, nur weil es sich um eine psychosomatische Therapie handelt. Hilfe bei seelischen Belastungen zu suchen ist nichts Nachteiliges und sollte selbstverständlich sein. Es hat nichts damit zu tun, dass man „gestört“ ist, sondern es geht um Unterstützung in einer extrem beängstigenden

Lebenssituation. Die Kosten dafür tragen die Krankenkassen.

Bei den Gruppentreffen kommt oft zur Sprache, dass Frauen zögern, psychologische, stationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen. Erschwerend kommt auch noch hinzu, dass Frauen auf einen ambulanten Therapieplatz oft viele Monate warten müssen.

Täglich werden Krebspatient:innen mit den Folgen einer Brustkrebserkrankung konfrontiert. Angefangen bei der Diagnose, über die Behandlungsfolgen zu den

Zwischentiefs, den oft schwer erträglichen Angstzuständen, den Stimmungsschwankungen, den Problemen im familiären, sozialen und beruflichen Umfeld, den belastenden Zukunftsängsten und vielem mehr. Zu lernen, damit umzugehen, ist zusätzlich zur Erkrankung an sich eine weitere Herausforderung.

Eine ambulante Behandlung zur seelischen Aufarbeitung dieser Krankheitsfolgen reicht häufig nicht aus, denn Patient:innen sind nicht selten einfach überfordert, mit diesen erdrückenden Problemen im Alltag fertig zu werden und stoßen an ihre Grenzen.

Daher sollten insbesondere Patient:innen mit schweren psychosomatischen Belastungen infolge ihrer Krebserkrankung unbedingt die Möglichkeit einer stationären Behandlung in Anspruch nehmen, um ihren Alltag wieder meistern zu können.



Dr. Sabine Schäfer und Biggi Welter

## Eine Klinik im Grünen

Beispielhaft habe ich eine der deutschen Spezialabteilungen für Psychoonkologie an der Klinik Bad Trissl im oberbayerischen Landkreis Rosenheim in Oberaudorf besucht, wunderschön im Voralpenland gelegen, um mir ein persönliches Bild zu machen.



Musiktherapie

Meine Gesprächspartnerin war die Cheförztn der Abteilung für Psychoonkologie und Psychosomatik der onkologischen Fachklinik Bad Trissl, Frau Dr. med. Sabine Schäfer.

Sie nahm sich an einem Samstagvormittag viel Zeit, um mir die Behandlungsmöglichkeiten und die Atmosphäre vor Ort zu schildern.

Die stationäre psychoonkologische Behandlung in Einzel- oder Gruppentherapie umfasst neben einem Sozialen Kompetenztraining und einer Sozialberatung auch körpertherapeutische Verfahren, bei denen man versucht, über die Arbeit mit dem Körper die körperliche und seelische Balance wiederherzustellen, wie zum Beispiel Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Sport und Physiotherapie.

Hinzu kommen die Kunst- und Gestaltungstherapie und die Ernährungsberatung.



Kunsttherapie

Das Therapieprogramm wird jeweils individuell für jede Patientin maßgeschneidert. <https://www.klinik-bad-trissl.de/psychosomatik/stationaere-behandlung/>

Im onkologischen Kompetenzzentren Bad Trissl sind neben einer psychoonkologisch-psychosomatischen Abteilung weitere onkologische Fachabteilungen integriert. In der onkologischen Fachklinik Bad Trissl sind es die Abteilungen: Gynäkologische Onkologie, Innere Medizin und Hämatonkologie, Onkologie und Komplementärmedizin, Palliativmedizin und Onkologische Rehabilitation: Klinik Bad Trissl GmbH (<http://klinik-bad-trissl.de>).

Zusätzlich besteht eine Kooperation mit dem RoMed Klinikum Rosenheim (Mitglied des Tumorzentrums München) zur Durchführung einer Strahlentherapie. Die Klinik Bad Trissl hat dadurch deutschlandweit die einzige psychosomatische Abteilung, welche nur onkologische Patienten be-

handelt und wo eine zusätzliche onkologische Behandlung, wie zum Beispiel eine Chemotherapie oder Bestrahlung bei Bedarf möglich ist.

### Bei meinem Besuch ...

... durfte ich eine Patientin kennenlernen, die in den letzten Jahren mehrmals einen längeren Aufenthalt in Bad Trissl verbrachte. Sie sagte, sie wüsste nicht, wo sie heute ohne die stationäre Therapie stünde, die sie als einen Anker für die Seele beschrieb.

Die **Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung** sind zunächst ein Vorgespräch in der Klinik, welches aber auch telefonisch stattfinden kann. Anschließend ist dann nur noch eine Krankenhauseinweisung für eine stationäre Krankenhausbehandlung im Fachbereich Psychoonkologie – Psychosomatik vom behandelnden niedergelassenen Arzt zu erstellen. Auf der Krankenhauseinweisung muss keine psychosomatische Diagnose stehen.

Die Kostenübernahme bei den Krankenkassen wird durch die Klinik geregelt.

Meine Empfehlung an unsere Mitglieder von mamazone e.V. ist daher, bei Bedarf von der Möglichkeit einer stationären psychoonkologischen Behandlung Gebrauch zu machen. Es wird Euch helfen mit den seelischen Folgebelastrungen besser umzugehen und Euren Alltag mit mehr Mut zu gestalten.

### 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.driv-bund.de/reha-zentren](http://www.driv-bund.de/reha-zentren)



Auszeichnung für das Ehrenamt

# Der Weiße Engel für Biggi Welter



Biggi Welter erhält den „Weißen Engel“ von Staatsminister Holetschek. Foto: Moritz Welter

VON ANGELIKA DEMMERSCHMIDT

**S**eit 14 Jahren ist Biggi Welter aus Graben bei mamazone - Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e. V. aktiv. Sie ist Vorstandsmitglied, Regionalleiterin in Augsburg und München und baut aktuell eine weitere Gruppe in Garmisch-Partenkirchen auf. Für dieses Engagement wurde sie am 11. November 2022 in der Stadthalle Memmingen vom bayerischen Staatsminister für Gesundheit und Pflege, Klaus Holetschek, geehrt.

**mamazoneMAG:** Herzlichen Glückwunsch und die Frage, welche Gedanken waren zuerst da, als die Einladung für die Auszeichnung ins Haus geflattert kam?

**Biggi Welter:** Ganz ehrlich, mein erster Gedanke war, warum ich? Andere haben das auch verdient. Ich habe so viel gelernt von mamazone und von den anderen Frauen, und ich gebe doch nur weiter, was ich selber bekommen habe. Im zweiten Schritt ging mir durch den Kopf, was das für eine Riesenehre und Freude ist. Für mich persönlich ist das, was ich bei mamazone tue, eine Herzensangelegenheit und nicht nur ein Ehrenamt. Und ich dachte auch, ich nehme den Preis sehr gerne entgegen für alle aktiven Mamazonen, die sich so liebe-

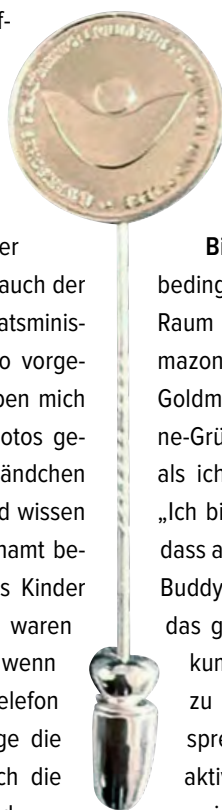
voll und kenntnisreich für betroffene Frauen einsetzen.

**mamazoneMAG:** Wie war denn der große Tag?

**Biggi Welter:** Richtig festlich in der Stadthalle in Memmingen, der Oberbürgermeister war da und auch der Bürgermeister von Graben, Staatsminister Holetschek hat die Laudatio vorgelesen. Zwei meiner Kinder haben mich begleitet, mein Sohn hat die Fotos gemacht und meine Tochter hat Händchen gehalten. Sie sind sehr stolz und wissen ja auch, wieviel Zeit mein Ehrenamt beansprucht. Sie selber haben als Kinder oft zurückstecken müssen und waren manchmal nicht so begeistert, wenn am Wochenende wieder das Telefon klingelte, ich bin ja sieben Tage die Woche erreichbar. So, wie auch die anderen Regionalleiterinnen. Und für sie alle habe ich mit großer Freude den Engel entgegengenommen.

**mamazoneMAG:** Wie sieht die Ehrennadel aus?

**Biggi Welter:** Eine sehr hübsche Ansteck-



Die Ehrennadel „Der Weiße Engel“

nadel aus Silber mit einem Engel, die werde ich ganz viel und sehr gerne tragen.

**mamazoneMAG:** Warum ist die Selbsthilfe so wichtig?

**Biggi Welter:** Selbsthilfe muss unbedingt auch in Zukunft einen großen Raum einnehmen, für mich war mamazone der Anker schlechthin. Uschi Goldmann-Posch, unsere mamazone-Gründerin, hat mir damals gesagt, als ich krank war und so verzweifelt: „Ich bin Dein Buddy.“ Und ich möchte, dass auch jede andere Betroffene ihren Buddy hat. Außerdem bin ich froh über das große Glück, im Universitätsklinikum Augsburg ein eigenes Zimmer zu haben, wo ich mit den Frauen sprechen kann. Wir werden auch aktiv von Ärztinnen und Ärzten mit ins Boot geholt, und die Unterstützung der Gynäkologie durch Professor Christian Dannecker und Professorin Nina Ditsch mit dem gesamten Team ist sehr groß. Dafür bin ich unwahrscheinlich dankbar.

**mamazoneMAG:** Es gibt 20 Regionalleiterinnen. Wenn eine Frau das jetzt liest und hat ebenfalls Interesse, wie sind da die Schritte und muss sie Vorkenntnisse haben?

**Biggi Welter:** Die Voraussetzung ist, dass sie offen mit der Krankheit umgeht und dass sie die Bereitschaft mitbringt, ihr durchlebtes Wissen weiterzugeben. Wir würden gerne neue Regionalleiterinnen begrüßen, sie sollen mir einfach schreiben an: [info@mamazone.de](mailto:info@mamazone.de).





Ein weiteres Projekt

# Das Umarmungstuch

VON ANGELIKA DEMMERSCHMIDT

**mamazoneMAG:** Aktuell gibt es noch ein Projekt, das gerade intensiv geplant wird?

**Biggi Welter:** Genau! Das Umarmungstuch ist für mich ein ganz besonderes Projekt.

Dabei geht es darum, jede Frau in Liebe und Sicherheit einzuhüllen. In Amerika gibt es die Prayer Shawls, in welche Gebete, Hoffnungen und Wünsche eingestrickt werden. An unserem Umarmungstuch können 25 Frauen je ein oder mehrere Dreiecke stricken, da sind soviel Spirit und gute Gedanken drin.

**mamazoneMAG:** Wie gut muss man stricken können?

**Biggi Welter:** Es ist toll, dass Melanie Berg mit uns ein Design entwickelt hat, bei dem auch Strickanfängerinnen mitmachen können, denn es gibt nur rechte Maschen. Melanie hat durch ihre tollen Strickbücher und ihren Kanal eine große Fangemeinde. Großartig ist vor allem auch, dass eine exklusive Firma, nämlich **Lana Grossa – Wolle und Garne**, uns 50 Kilogramm erstklassige Wolle sponsert, feinste Merinowolle, wunderschön und kuschelig warm. Und auch die Strickdesignerin von Lana Grossa, Tanja Steinbach, will mit ihren Social-Media-Kanälen mithelfen. Das ist ein wunderbares Gemeinschaftsprojekt.

Riesig freuen wir uns auch, dass die Schauspielerin Katerina Jacob unser Projekt „Umarmungstuch“ aktiv unterstützt. Sie hat ihre Brustkrebserkrankung Anfang 2022 öffentlich gemacht und will damit auch anderen Frauen Mut machen. Ich glaube, wir alle kennen sie aus dem Fernsehen, sie hat mehr als 120 Rollen geprägt, ob ganz frühe „Der rote Schal“, in den 90ern begann der „Bulle von Tölz“ oder jetzt kürzlich „Anna und ihr Untermieter“, was mir besonders gut gefallen hat. Katerina Jacob hat auf unsere Anfrage so-



Vorstellung des „Umarmungstuchs“ mit Moderatorin Bärbel Schäfer

Foto: Eugenia Krone



Katerina Jacob unterstützt unser Projekt

Foto: Katerina Jacob



Unsere Strickdesignerin Melanie Berg

Foto: Melanie Berg

fort zugesagt und übrigens schon vorher unseren Diplompatientinnen-Kongress in Augsburg auf ihren Kanälen gepostet.

**mamazoneMAG:** Wie können wir denn alle mitmachen beim Projekt „Umarmungstuch“?

**Biggi Welter:** Indem wir alle mithelfen,

ganz viele Dreiecke zu stricken und andere bitten, mitzumachen. Den genauen Ablauf veröffentlichen wir etwa Mitte Dezember auf der mamazone-Homepage und auf Facebook.

**mamazoneMAG:** Darauf freuen wir uns. Herzlichen Dank, Biggi Welter!

**1 mamazone – Hannover****Almuth Fischer**

E-Mail: fischer@mamazone.de  
 Telefon: 0 51 32/75 93,  
 Erlengrund 5a, 31275 Lehrte

Für Hannover und seine Region stehe ich 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.

**2 mamazone – Bad Oeynhausen****Iris Sparenberg**

E-Mail: sparenberg@mamazone.de

**Wenke Brinker (Stellvertretung)**

E-Mail: brinker@mamazone.de

**Treffpunkt:** derzeit jeden ersten Samstag im Monat von 10 Uhr bis 12 Uhr am Teich im Klinikpark der Reha-Klinik Bad Oexen

**3 mamazone – Versmold****Manuela Paul**

E-Mail: paul@mamazone.de  
 Telefon: 0 54 23/4 35 21

**Manuela Willmann (Stellvertretung)**

Telefon: 0 54 24/8 00 37 42

**Gruppentreffen:** jeweils Freitag von 18.30 Uhr bis 20.30 Uhr im Haus der Familie, Altstadtstraße 4, 33775 Versmold. Termine unter [www.mamazone.de](http://www.mamazone.de) - Regionalgruppen - Beratung vor Ort.

**4 mamazone – Dortmund****Eugenia Krone**

E-Mail: dortmund@mamazone.de  
 Telefon: 0 23 05/9 02 36 36

**Gruppentreffen und Patientinnen Cafe:** St. Johannes Hospital, Johannesstr. 9, 44137 Dortmund; **Offene-Tür-Gruppe:** Knappschafts-Krankenhaus Dortmund, Am Knappschafts-Krankenhaus 1, 44309 Dortmund; **Termine unter:** [www.mamazone.de](http://www.mamazone.de) - Regionalgruppen - Dortmund

**5 mamazone – Märkischer Kreis (Altena)****Christiane Haupt**

E-Mail: christiane.haupt@hotmail.com  
 Telefon: 0152/29 71 94 11

**Treffpunkt:** Stellwerk, Freiheitstraße 26, 58762 Altena (Jeden 2. Donnerstag des Monats, 15 Uhr)

**6 mamazone – Eifel-Mosel****Sonja Roßwinkel**

E-Mail: rosswinkel@mamazone.de  
 Telefon: 0152/52 19 05 11

**7 mamazone – Aschaffenburg****Anja Eisert**

E-Mail: eisert@mamazone.de

**8 mamazone – Nahe-Hunsrück****Silke Dressel****Kontakt:**

E-Mail: dressel@mamazone.de  
 Telefon: 0 67 52/91 20 77

Für die Region Nahe-Hunsrück bin ich Ansprechpartnerin für betroffene Frauen. Ich möchte Mut machen, offen und selbstbewusst mit der Erkrankung umzugehen.

**9 mamazone – Heidelberg-Mannheim****Renate Schoenmakers****Kontakt:**

E-Mail: schoenmakers@mamazone.de  
 Telefon: 0 62 21/8 67 39 45

**Nähere Informationen:**

<https://www.mamazone.de/heidelberg-mannheim/>

Wir möchten den Patientinnen und Interessierten Hilfestellung geben, sie informieren und ihnen Möglichkeiten zum (Erfahrungs)-Austausch geben. Unsere Treffen finden im Wechsel in Mannheim oder Heidelberg statt. Termine bitte telefonisch.

**10 mamazone – Oberpfalz****Sieglinde Schärfl**

E-Mail: schaertl@mamazone.de, oberpfalz@mamazone.de, Telefon: 0151/70 19 03 65

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

**11 mamazone – Stuttgart****Elvira Bierdel (Dipl.-Ernährungswiss.)**

E-Mail: bierdel@mamazone.de  
 Telefon: 0 70 31/67 42 22

**12 mamazone – Neckar-Alb****Sylvie Keiper**

E-Mail: keiper@mamazone.de  
 Telefon: 0 74 73/3 79 42 01

**13 mamazone – München****Brigitte Welter**

E-Mail: welter@mamazone.de  
 Telefon: 0 82 32/7 88 12

**Nähere Informationen:**

<https://www.mamazone.de/muenchen/>

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. Ordens“, Menzinger Straße 48, 80638 München. Patientinnen und Angehörige sind herzlich willkommen.

**14 mamazone – Augsburg****Brigitte Welter**

E-Mail: welter@mamazone.de  
 Telefon: 0 82 32/7 88 12

**Gruppentreffen:** Jeden letzten Dienstag im Monat um 18 Uhr im Zentralklinikum Augsburg, Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg. Auch Einzelberatung ist möglich. Bitte telefonische Terminabsprache.

**15 mamazone – Allgäu (Mindelheim)****Emmi Worzer**

E-Mail: worzer@mamazone.de  
 Telefon: 0 82 61/73 91 54

**16 mamazone – Weilheim (Oberbayern)****Traudi Bauer**

E-Mail: bauer@mamazone.de  
 Telefon: 0160/7 94 23 75

**Gruppentreffen:** Regelmäßig am letzten Mittwoch eines Monats von 19 bis 20 Uhr in 82362 Weilheim, Höck-Haus, Theatergasse/Ecke Pölntr Straße.

Wir freuen uns auf eine rege Teilnahme, eine Anmeldung ist nicht nötig. Trauen Sie sich!

**17 mamazone – Bodensee****Dipl.-Psych. Gertrud Rust**

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

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

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

**18 mamazone – Garmisch-Partenkirchen****Brigitte Welter**

E-Mail: gap@mamazone.de  
 Telefon: 0 82 32/7 88 12

**Nähere Informationen:**

[www.mamazone.de/garmisch-partenkirchen/](http://www.mamazone.de/garmisch-partenkirchen/)

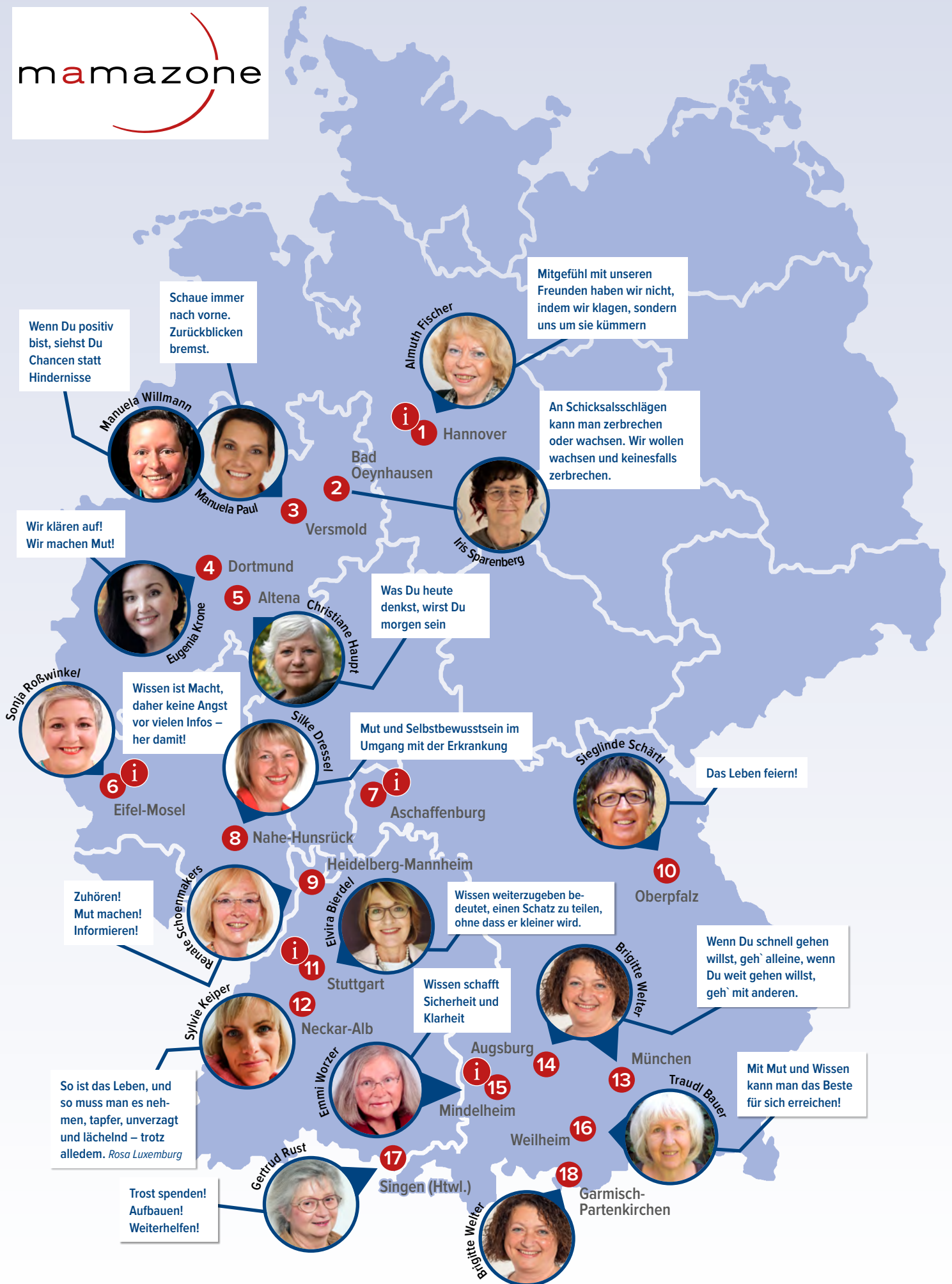
Mit Informationen zu Brustkrebs unterwegs auf Kongressen, Patienten- und Gesundheitstagen: das mamazone Mobil, gefördert von AVON.

► Kontakt: [mamazone-mobil@mamazone.de](mailto:mamazone-mobil@mamazone.de)





# SUPPORT VOR ORT





## Zum Tod von Barbara Stamm

Bayerische Landtagspräsidentin a.D.

VON SIEGLINDE SCHÄRTL

**D**as schönste Denkmal, das ein Mensch bekommen kann, steht in den Herzen seiner Mitmenschen.“

Die Brustkrebsorganisation „mamazone - Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.“, ist sehr erschüttert, dass sie von ihrer Schirmherrin Barbara Stamm, Präsidentin des Bayerischen Landtags a.D., Abschied nehmen musste.

Seit über einem Jahrzehnt hatte sie die Schirmherrschaft für mamazone e.V. übernommen. Die seinerzeitige Vereinsgründerin, Ursula Goldmann-Posch, hatte sie einst mit Unterstützung der Brustkrebspatientin und Parteifreundin von Barbara Stamm, Sieglinde Schärfl, dazu bewogen, dieses Ehrenamt zu übernehmen.

Barbara Stamm war durch ihre lebenswerte und ehrliche Art ein sehr gutes Vorbild für andere Brustkrebspatientinnen. Sie erkrankte 2008 an Brustkrebs, machte ihre Erkrankung öffentlich und gab Mitpatientinnen Mut. 2018 kehrte der Krebs zurück, sie kämpfte erneut dagegen an, ließ sich nicht entmutigen, sondern setzte sich nach wie vor für ihre Mitmenschen ein.

Alle Jahre reiste sie zum „Diplompatientinnen-Kongress“ nach Augsburg und verstand es, durch ihre Redebeiträge als Schirmherrin die teilnehmenden Brust-

krebsspatientinnen wieder aufzubauen. Als die Vereinsgründerin Ursula Goldmann-Posch im Jahr 2015 abermals erkrankte, begleitete Barbara Stamm sie im Würzburger Klinikum bis zum Tod.

Nach zweijähriger pandemiebedingter Pause hatte Barbara Stamm bereits ihr Kommen für den Kongress 2022 zugesagt und auch ihr Grußwort schon zugesandt. Beim zwanzigjährigen Vereinsjubiläum von mamazone e.V. im Goldenen Saal der Stadt Augsburg 2019 war sie Ehrengast, und wir konnten das letzte Mal mit ihr feiern.

Leider sollte es nicht mehr sein, dass Barbara Stamm zur DiPa 2022 nach Augsburg kommt. Der Vorstand von mamazone e.V., Romana Gilg, Eugenia Krone, Sieglinde Schärfl und Brigitte Welter waren von dem Tod ihrer Schirmherrin tief betroffen.

Am 5. Oktober 2022 schloss Barbara Stamm ihre Augen, am 14. Oktober 2022 fanden der Trauerstaatsakt im Rahmen eines Pontifikalrequiems im Dom St. Kilian zu Würzburg und der anschließende Trauerempfang in der Residenz Würzburg statt.

Im Dom war der Leichnam im Eichensarg aufgebahrt, bedeckt mit der Bayeri-

schen Staatsflagge, daneben ein Porträt der Verstorbenen. Das Pontifikalrequiem zelebrierte der Würzburger Bischof Franz Jung gemeinsam mit seinem Vorgänger Friedhelm Hofmann sowie Weihbischof Ulrich Boom, Bambergs Erzbischof Ludwig Schick, Domkapitular Clemens Bieber, Regionaldekan Msgr. Johannes Hofmann,

Pfarrer Franz-Josef Stettler und Diakon Manfred Müller. Das Bayerische Staatsorchester und der Würzburger Domchor umrahmten den Gottesdienst mit Mozarts Requiem.

In den Trauerreden von Barbara Stamms Tochter, Claudia Stamm, der Land-

tagspräsidentin Ilse Aigner, des Ministerpräsidenten Dr. Markus Söder und des Würzburger Oberbürgermeisters Christian Schuchardt wurde besonders das aktive Leben der Verstorbenen gewürdigt, privat, politisch, sozial, christlich und mit dem Ziel, einfach für alle Menschen da zu sein.

Ilse Aigner band auch den Dank an „mamazone“ mit ein und betonte Barbara Stamms Leistung für die Brustkrebsorganisation, unsere große Dankbarkeit dafür und unsere tiefe Traurigkeit darüber, dass wir ihr nun nicht mehr persönlich begegnen können.

Barbara Stamm war eine Frau, die nach vorne schaute und tatkräftig ihren Weg ging. Wir „Mamazonen“ sind stolz, dass wir die Ehre hatten, sie kennen zu lernen und ein Stück Lebensweg gemeinsam mit ihr gehen zu dürfen.

Deshalb wünschen wir ihr: „Liebe Barbara, möge der Herrgott Dir ewigen Frieden schenken. Du bleibst unvergessen und für immer in unseren Herzen.“



# IMPRESSUM

**Herausgeber:**

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

**V.i.S.d.P.:** Dipl.-Psych. Gertrud Rust

**Chefredaktion:** Gertrud Rust

**Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe (nach Reihenfolge der**

**Artikel):** Gertrud Rust, Trude Ullrich, Cornelia Stüwe, Prof. Dr. Manfred Schedlowski, Dr. med. Ulrich Placzek, Elisabeth Brünstler, Sylvie Keiper, M.B., Sonja Roßwinkel, Kati Ngyuen Ngoc, Verena Montague, Biggi Welter, Angelika Demmerschmidt, Sieglinde Schärfl

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

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

**Auflage:** 10.000 Exemplare

**Druck:** Joh. Walch GmbH & Co KG, Augsburg

**Bildredaktion:** Markus Läbe, Gertrud Rust

**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: © New Africa - stock.adobe.com | Seite 3: © AGNES KANTARUK - stock.adobe.com | Seite 4: © Ju\_see - stock.adobe.com, © nechaevkon - stock.adobe.com | Seite 5: © Vasyl Helevachuk - stock.adobe.com | Seite 6: © MQ-Illustrations - stock.adobe.com | Seite 8: © vetre - stock.adobe.com | Seite 12: © Microgen - stock.adobe.com | Seite 16-17: © kichigin19, © Axel Kock - stock.adobe.com | Seite 20: © arcyto - stock.adobe.com | Seite 22: © kasto - stock.adobe.com | Seite 25: © Jezper - stock.adobe.com | Seite 26: © pressmaster - stock.adobe.com | Seite 28: © Philip Steury, © kendrysdale - stock.adobe.com | Seite 29: © Lukas Gojda - stock.adobe.com | Seite 30: © EKKAPON - stock.adobe.com | Seite 32: © vegefox.com - stock.adobe.com | Seite 33: © m.mphoto - stock.adobe.com | Seite 34: © Aleksandr - stock.adobe.com | Seite 36: © vectorfusionart - stock.adobe.com | Seite 37: © Friedberg - stock.adobe.com | Seite 38: © Photographee.eu - stock.adobe.com | Seite 39: © EnginKorkmaz - stock.adobe.com | Seite 40: © drubig-photo - stock.adobe.com | Seite 42: © Pattadis - stock.adobe.com | Seite 43: © Pellinni - stock.adobe.com

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.

**SIEGLINDE SCHÄRTL**

mamazone-Oberpfalz  
Vorstandsmitglied und  
langjährige Brustkrebsüberlebende

mamazone



## Spendenkonto:

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

# DIE STIMME FÜR FRAUEN MIT BRUSTKREBS



Wir danken für einen Beitrag  
zum Postversand.

**mamazone**

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

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