

Brustkrebs: Früherkennung und Prävention

Mammografie-Screening **von gestern**

Risikoadaptierte Vorsorge **für morgen**

- 14 Shared Decision Making oder
Therapieentscheidung auf Augenhöhe
- 18 Um wen geht es in der Medizin?
Patientenzentrierung im Gesundheitswesen
- 34 Zurück ins Leben im
Brustkrebszentrum Havelhöhe
- 36 Es ging nicht mehr anders
Leitlinien für die Komplementärmedizin
- 40 Wie kann das gelingen?
Richtig essen, länger leben
- 44 Daten, Fakten, Wissenssuche
Zu SARS-CoV-2, Covid 19 und Krebs



Titelthema – Früherkennung

- 4 Brustkrebs: Früherkennung und Prävention
**Mammografie-Screening von gestern –
risikoadaptierte Vorsorge für morgen**
- 8 PRO B
**Eine neue Versorgungsform für Patientinnen
mit metastasiertem Brustkrebs**
- 10 Es gibt viel zu tun
EU gegen Krebs

Medizin und Forschung

- 12 Für Brustkrebspatientinnen mit tripel-negativem Karzinom
SASCIA und ASCENT – ein Nachtrag
- 14 Shared Decision Making oder
Therapieentscheidung auf Augenhöhe
- 18 Um wen geht es in der Medizin?
Patientenzentrierung im Gesundheitswesen
- 20 mamazone in der Forschung
Das BreastBRIDGister ist eröffnet
- 24 Dreht sich der Wind?
BETTER CARE in der Nachsorge
- 26 Diagnose, Therapie und Nebenwirkungen
Interessantes aus der Forschung

Kurz und fündig

- 28 Sehr erfreulich
Weitere Gentests Kassenleistung
- 28 Sonderforschungsbereich
Krebszellen entfliehen Immunzellen

Mutmachseite

- 29 Was mir Mut macht
Amigurumi

mamazone Brennpunkt

- 30 Endlich Zeit für ein Gespräch
Das CCC-Integrativ Projekt Freiburg
- 32 Die onkologische Tagesklinik
**Integrative Medizin und Naturheilkunde
am Klinikum Bamberg**
- 34 Zurück ins Leben im
Brustkrebszentrum Havelhöhe
- 36 Es ging nicht mehr anders
Leitlinien für die Komplementärmedizin

Gut zu wissen

- 38 Genau hingeschaut
Wie findet man einen guten Hausarzt?
- 40 Wie kann das gelingen?
Richtig essen, länger leben
- 44 Daten, Fakten, Wissenssuche
Zu SARS-CoV-2, Covid 19 und Krebs
- 49 Für alle Krebsarten
Die Mika-App

Aus eigener Erfahrung

- 50 Brustkrebs
Meine „Gesundheitsverlaufsgeschichte“

Für Sie gelesen

- 52 Gerald Hüther
Lieblosigkeit macht krank
- 53 Verena Carl und Anne Otto
Ich bin dann mal bei mir

Aus den Regionen

- 54 Mamma Mia
Wir gratulieren zum 15. Geburtstag
- 55 Die Breast Care Nurse
Ratgeberin und emotionale Stütze
- 56 Support vor Ort

Das Beste zum Schluss

- 58 Theater als Selbsthilfe
Die „sTrotzenden“
- 59 Impressum



Liebe Leserin, lieber Leser.

Eine personalisierte Krebsmedizin sollte sich nicht nur auf die medikamentöse Therapie beschränken, sondern wäre auch in der Früherkennung und der Nachsorge durchaus angemessen.

Auf der Basis seiner langjährigen Erfahrungen im Bereich Brustkrebsfrüherkennung stellt uns Dr. Ulrich Placzek aus München anschaulich das Zukunftskonzept einer „risikoadaptierten Vorsorge für morgen“ vor (Seite 4), und bei Prof. Dr. Achim Wöckel in Würzburg läuft die Studie „Better Care“, die ihren Auftrag bereits im Namen trägt: die Entwicklung eines Versorgungsnetzwerks zur Verbesserung der Nachsorge (Seite 24). Lange haben wir darauf gewartet, dass auch der Früherkennung und der Nachsorge die gebührende Aufmerksamkeit gewidmet wird, nun hoffen wir auf umfassende Erkenntnisse und deren zügige Umsetzung im Versorgungsalltag.

Dass es zur Entscheidung auf Augenhöhe bei der Therapiewahl eine rege Forschung gibt, erfahren Sie in Cornelia Stüwes Interview mit Prof. Dr. Friedemann Geiger vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel. Freuen Sie sich auf interessante Einblicke und bedenkenswerte Aspekte (Seite 14).

Integrativmedizinische Angebote unter Einbeziehung komplementärer Heilergänzung werden in immer mehr Kliniken angeboten, diese fruchtbare Entwicklung ist wohl nicht mehr aufzuhalten. Drei beeindruckende Beispiele finden Sie im Brennpunkt, ebenso die inzwischen erstellten Leitlinien für die Komplementärmedizin (ab Seite 30).

Eine gute hausärztliche Versorgung ist nicht minder wichtig als die Betreuung durch fachärztliche Spezialisten. Allerdings wird es zunehmend schwerer, überhaupt noch Hausärzt*innen zu finden. Worauf zu achten wäre beschreibt Elisabeth Brünstler (Seite 38) und weist besonders auf die immens wichtige Funktion der Weichenstellung bei Krankheitsbeginn durch Fachärzte für Allgemeinmedizin hin.

Besonders lege ich Ihnen die beiden Buchbesprechungen ans Herz. Der Neurobiologe Dr. rer. nat. Dr. med. Gerald Hüther beschreibt eine krankmachende Lieblosigkeit, sowohl sich selbst gegenüber, als auch im Zwischenmenschlichen (Seite 52). Die Journalistin Verena Carl und die Diplompsychologin Anne Otto suchen nach praktikablen Wegen, wie man aus überfordernden Lebensverhältnissen wieder zurück zu sich selbst findet. „Ich bin dann mal bei mir“, ein anrührender Ti-

tel mit dem Fazit: „Ich bleib dann mal bei mir.“ Dabei geht es nicht um Egozentrik, sondern um Selbstfürsorge (Seite 53).

Der bewegendste Satz des Heftes ist nach meinem Empfinden unter „Das Beste zum Schluss“ auf Seite 58 zu finden. Ein Mitglied der Berliner Theatergruppe „Die sTrotzenden“ sprach ein Bedürfnis an, das wir wohl alle haben: „Hier kann ich sagen, was sonst keiner hören will.“

Ich wünsche Ihnen ganz besonders einen solch' wundervollen Ort der Geborgenheit.

Frohe Weihnachtstage und einen vertrauensvollen Blick ins Jahr 2022.

Ihre Gertrud Rust



Brustkrebs: Früherkennung und Prävention

Mammografie-Screening von gestern



VON DR. ULRICH PLACZEK

Brustkrebs ist für viele Frauen ein Schreckgespenst, besonders für diejenigen, die einen nahestehenden Menschen an Brustkrebs sterben sehen mussten. Auch heute sterben noch viele Frauen an Brustkrebs, besonders jüngere. Dass zahlreiche Betroffene die Krankheit überleben, liegt an der inzwischen weitgehend individuell auf Personen zugeschnittenen Therapie: Nicht die Krankheit, sondern Menschen werden behandelt. Das Mammografie-Screening dagegen ist nicht individualisierbar. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden alle zwei Jahre zur Mammografie eingeladen, unabhängig von ihrem persönlichen Risiko, an Brustkrebs zu erkranken.

Die vielen Werbeaktionen der „Mammografie-Screening-Industrie“ erwecken bei Frauen den Eindruck, dass Brustkrebs durch das Mammografie-Screening früher erkannt werde und dass dadurch die Lebensqualität verbessert und die Brustkrebs-Sterblichkeit verringert werden könne. Ist das so?

Bildgebende Verfahren kommen als Früherkennungsmaßnahmen zu spät

Die grundlegende Philosophie, die kleinere Tumore zu entdecken ins Zentrum rückt, hat sich definitiv als falsch erwiesen. Krebszellen können jahrelang ohne jede Aktivität in Geweben liegen, sie bleiben klein und „schlafen“ (tumor dormancy). Fangen sie aber zu wachsen an, erleiden sie ab einer kritischen Tumorgroße Sauerstoffmangel.

Um sich mit Sauerstoff zu versorgen, brechen sie in Blutgefäße ein, die angiogene Kaskade ist ausgelöst: Ein Netzwerk von neuen Blutgefäßen entsteht, die in den Tumor einwachsen und so eine optimale Voraussetzung für schnelles Wachstum und Metastasierung schaffen.

Ab jetzt hat die invasive Karriere des Karzinoms endgültig begonnen (siehe Abb. 1).

Früherkennung, die den Namen verdient, müsste vor dem angiogenic switch stattfinden: Danach ist das Gleichgewicht zwischen Zellwachstum und Zelltod verloren gegangen, und das Tumorstadium ist nicht mehr kontrollierbar. Der Tumor besteht in diesem Moment aus ca. 10⁶ Zellen und hat eine Größe von 0,6 - 2 Millimeter, dabei kommt es zu permanentem Abfluss von Tumorzellen in den Kreislauf. Wann ein Tumor mit welcher Methode nachweisbar

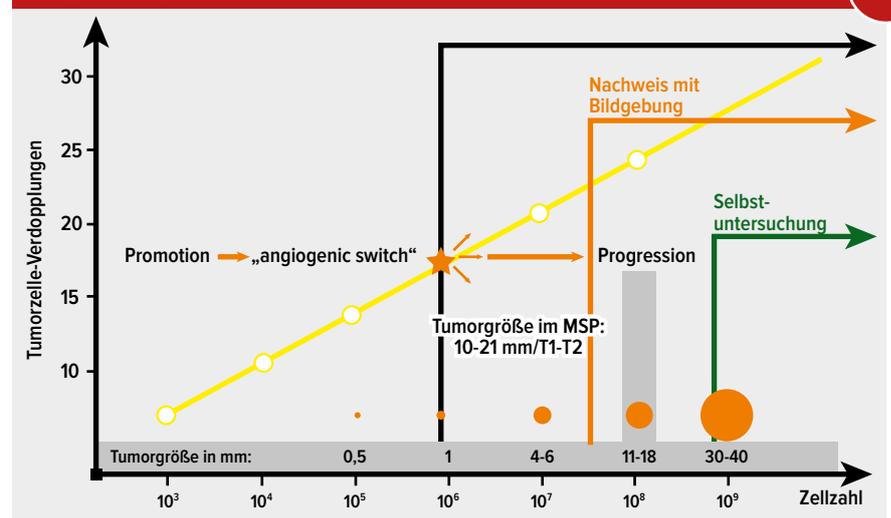
ist, zeigt Abb. 1: Stammzellen (c-Met, Oct 3-4, ZEB1, CD44 und c-Myc) sind bereits weit vor dem angiogenic switch auffällig, bildgebende Verfahren zeigen einen Tumor frühestens ab einer Größe von sechs bis acht Millimetern, also deutlich später.

Ziel ist es, biologisch aggressive Karzinome frühzeitig zu erkennen, sie von den eher harmlosen Karzinomen zu unterscheiden und dadurch die Brustkrebssterblichkeit zu senken, ohne unnötig viele Überdiagnosen zu generieren

Kleine Karzinome sind nicht unbedingt früh erkannt, es sind eher die harmlosen, langsam wachsenden Tumore, die in der Mammografie gefunden werden (Length Time Bias = Überdiagnosefehler). In „dichter“, drüsenreicher Brust werden aggressive, zum Teil schon recht große Karzino-

Diagnosezeitpunkt – modifiziert nach E. Stähler und U. Kübler

Abb. 1



Risikoadaptierte Vorsorge für morgen

me durch Mammografie eher zufällig als systematisch diagnostiziert. Je höher die biologische Aggressivität des Karzinoms ist, desto besser ist die Aussagekraft der Magnetresonanztomografie (MRT) und desto schlechter ist die der Mammografie.

Zellveränderungen können sich rasch oder auch sehr langsam über die Vorstufen **Dysplasie** und **DCIS** (ductales carcinoma in situ) ausbreiten, noch finden sich die veränderten Zellen dabei ausschließlich innerhalb der Milchgänge. Erst wenn Tumorzellen die „biologische Schranke“ Milchgang überwunden haben, also in das Brustgewebe eingebrochen sind, sprechen wir von Krebs.

DCIS enthalten häufig sogenannten Mikrokalk, der in Form kleiner weißer Flecken auf der Mammografie brillant zu erkennen ist. Genau deshalb hat die Zahl der DCIS durch Mammografie-Screening von etwa 7 auf fast 20 Prozent zugenommen. Doch ist das ein Vorteil?

Der kanadische Brustkrebsforscher Steven A. Narod und Kollegen berichten über 108.196 Frauen mit DCIS, von denen innerhalb von 20 Jahren „nur“ 3,3 Prozent verstorben sind. Durch Operation und Bestrahlung konnte das Auftreten invasiver Karzinome verringert werden, nicht aber die Brustkrebs-spezifische Mortalität.

Moderne Magnetresonanztomografie (MRT) erlaubt es, die DCIS-Prognose abzuschätzen. Betroffene mit sehr aggressivem DCIS sollten sich behandeln lassen. Bei den anderen, das legen die Autoren nahe, ist eine sorgfältige Beobachtung zu erwägen. Es gibt die hier beschriebenen DCIS, die Mikrokalk enthalten. Es gibt aber auch DCIS, die keinen Mikrokalk enthalten. Sie lassen sich in der MRT

durch Kontrastmitteleinlagerung sehr gut, in der Mammografie dagegen oft gar nicht erkennen.

Etwa jeder dritte Brustkrebs wird im Mammografie-Screening nicht erkannt, in dichter Brust kann er oft gar nicht identifiziert werden. Häufig sind das die aggressiven, schnell wachsenden Tumore, die bei einer Ultraschalluntersuchung früher und im MRT deutlich zuverlässiger entdeckt werden können. Wie viele Frauen in Deutschland wissen das überhaupt?

„**Ein medizinischer Test sollte bei allen Kranken positiv und bei allen Gesunden negativ sein**“

Falsch-positive Befunde, Überdiagnosen und Übertherapien beeinträchtigen die Lebensqualität oft dramatisch, und immer wieder werden Frauen unnötig operiert, bestrahlt und chemotherapiert!

Früherkennung durch das Mammografie-Screening schließt a priori die Hälfte aller Frauen aus. Von den Eingeladenen nimmt nur die Hälfte teil, und bei denen wird jedes dritte Karzinom nicht gesehen. Ergebnis: Nur jedes sechste Karzinom,

also etwa 17 Prozent, wird innerhalb des Screenings gefunden, die fünf anderen Frauen könnten vom Screening gar nicht profitieren.

Von besonderer Brisanz ist der Abgleich zwischen den Daten der Landeskrebsregister mit den von der Kooperationsgemeinschaft Mammografie (KoopG) ermittelten Screening-Daten – sie sagen viel über die Sinnhaftigkeit und Effizienz des Programms aus (siehe Abb. 2).

Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) wurde 2013 mit dem Ziel eingerichtet, die Rahmenbedingungen zur Durchführung organisierter Früherkennungsprogramme zu regeln. Obwohl vom Gesetzgeber vorgeschrieben, wurden relevante Daten bis 2019 nur in drei Bundesländern erhoben, warum wohl?

Unzureichende Patientenaufklärung verstößt gegen geltendes Recht

Hohe Gewebdichte der Brust bedeutet für Frauen in mehrerer Hinsicht ein erhöhtes Risiko: Erstens ist das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, etwa um das Vierfache erhöht. Tumore sind zweitens in drüsenreicher, dichter Brust in der Mammografie oft gar nicht zu erkennen, und drittens sind gerade diese Karzinome

Abgleich von Mammografie-Screening-Daten mit Daten der Landeskrebsregister

Abb. 2

Anteil der im Screening gefundenen Karzinome, verglichen mit der Gesamtzahl der aufgetretenen Karzinome. Abgefragt bei allen Landeskrebsregistern (Februar bis Juni 2019) (Stand 30. Juni 2019)

| | Zeitraum | Mammakarzinome gesamt | außerhalb des MSP | innerhalb des MSP | innerhalb des MSP (Prozent) |
|------------------------|---------------|--------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Baden-Württemberg | 2011 bis 2015 | 49.960 | 42.938 | 7.022 | 14,1 % |
| Hamburg | 2008 bis 2015 | 13.243 | 11.123 | 2.120 | 16,0 % |
| Nordrhein-Westfalen | 2005 bis 2015 | 196.436 | 161.456 | 34.980 | 17,8 % |
| alle vorgelegten Daten | | 259.639 | 215.517 | 44.122 | 16,9 % |

besonders aggressiv. Das müssen Frauen wissen!

Nur eine partizipative Patientenaufklärung, der die beiden ethischen Prinzipien Selbstbestimmung und ärztliche Fürsorge zugrunde liegen, kann in Kombination mit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung sowohl dem Rechtsanspruch der Frau, als auch dem ärztlichen Selbstverständnis entsprechen. In einem persönlichen Gespräch mit dem Arzt muss die Frau von dem zu vermutenden Irrtum befreit werden, dass die Mammografie ausschließlich Nutzen hat. Sie muss wissen, wie wahrscheinlich falsch-negative und falsch-positive Befunde sind. Wer diesbezüglich noch den geringsten Zweifel hat, dem gibt das Patientenrechtegesetz von 2013 Aufschluss (§ 630e, Abs. 2, Nr. 1 BGB): https://www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Patientenrechtegesetz_BGBI.pdf. Ohne Ausnahme müssen alle zum Screening eingeladenen Frauen mündlich von einem Screening-erfahrenen Arzt über Vor- und Nachteile des Programms infor-

miert werden, um sich rechtswirksam für oder gegen die Teilnahme entscheiden zu können.

Im Screening werden gesunde Frauen ionisierenden Strahlen ausgesetzt. Um das zu ermöglichen, wurde 2003 die Röntgen-Verordnung geändert. Die RöV hält aber fest, dass auch im Screening eine rechtfertigende Indikation nach §24, Absatz 1 Satz 2 RöV erforderlich ist, die dann gegeben ist, wenn der gesundheitliche Nutzen am Menschen das Strahlenrisiko überwiegt, so 2006 der Haftungsrechtler Prof. Katzenmeier, Köln. Überwiegt der Nutzen? Diese Frage ist bis heute nicht beantwortet. Nach Mitteilung des dafür zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss von 2018 ist das Ergebnis ab 2022 zu erwarten.

Mammografie-Screening in Deutschland entspricht nicht den EU-Vorgaben

Etwa die Hälfte der eingeladenen Frauen nimmt nicht am Screening teil, die Teilnehmerate ist seit 2013 rückläufig und lag 2018 bei 50 Prozent, in Bayern und Berlin

waren es 44 Prozent. 2020 ging die Teilnehmerate nach einer DAK-Umfrage um weitere 10 bis 20 Prozentpunkte zurück. Die EU-Vorgaben fordern aber 70 bis 75 Prozent Teilnahme (siehe Abb.3).

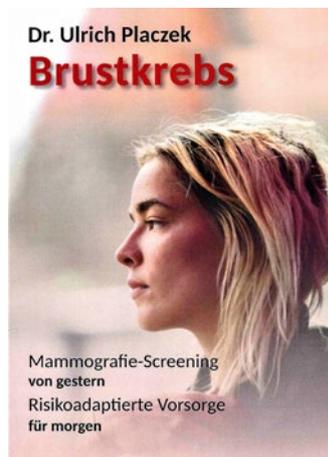
Die Zahl der Intervallkarzinome – Karzinome, die nicht durch die Mammografie, sondern von den Frauen selbst im Intervall zwischen zwei Screening-Runden gefunden werden – müsste regelmäßig veröffentlicht werden. Warum geschieht das bisher nicht?

Ein risikoadaptiertes Früherkennungs- und Präventions-Programm kann die Lösung sein

Auf Fachkongressen wird die Frage diskutiert, ob das Mammografie-Screening abgeschafft werden soll. Klar ist, dass das heute bestehende defizitäre Screening-Programm so nicht fortgeführt werden kann. Klar ist aber auch, dass es nicht ersatzlos gestrichen werden kann:

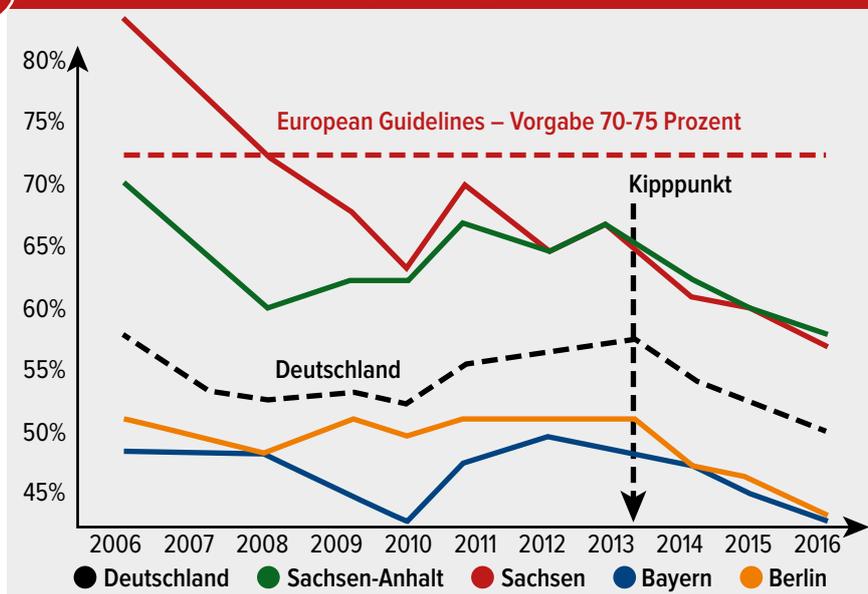
Ein effizientes, patientenzentriertes Programm muss an seine Stelle treten, in dem die folgenden fünf Punkte umgesetzt werden:

1. Nach dem Patientenrechtegesetz muss die Aufklärung mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendigen Kenntnisse verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die die Patientin in Textform erhält. Nur eine rechtskonforme, also mündliche Aufklärung befähigt die Frau, rechtswirksam in die Röntgenuntersuchung einzuwilligen.
2. In ein Früherkennungs- und Vorsorgeprogramm muss die ganze Diagnosekette einbezogen sein: Anamnese, mündliche Aufklärung, klinische Untersuchung, Befundung und Befundmitteilung, sowohl an die betreffende Frau, als auch an ihre Ärztin oder ihren Arzt, sind dabei unverzichtbar.
3. Die drei bildgebenden Verfahren Ultraschall, Mammografie und Magnetresonanztomografie müssen qualitäts-



ISBN: 678-3-96229-171-6

Abb. 3 Den Evaluationsberichten der KoopG Mammografie entnommene Teilnehmerraten





gesichert und risikoangepasst Frauen aller Altersgruppen zugutekommen. Auf diese Weise können Synergieeffekte generiert werden. Ein umfassendes Brust-Screening-Programm kann Punkt zwei und drei mittels eines risikoadaptierten und patientenzentrierten Algorithmus in die bestehende Stufe-3-Leitlinie (032-0450L) integrieren.

4. Das vor fünfzig Jahren konzipierte, starre und innovationsfeindliche Mammografie-Screening sollte „in einem neuen Gewand“ in die bestehende Leitlinie zur Brustkrebsfrüherkennung integriert werden. Als ein lernendes System müsste es dann regelmäßig, z. B. alle fünf Jahre, dynamische Wissenszuwächse und disruptive Entwicklungen aufnehmen.

5. Zielführend wäre es, eine Risikogruppe zu definieren, die sowohl das genetische Risikoprofil als auch die vielfältigen Aspekte des persönlichen Lifestyle (Sport, Ernährung, Rauchen, Adipositas und weitere Gesichtspunkte) aufweist.

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Risikofaktoren für solide Tumore identifiziert. Im Vordergrund stehen hierbei genetische Veränderungen, die vererbbar und nach aktuellen Hochrechnungen für rund ein Drittel der Brustkrebserkrankungen verantwortlich sind. Diese können mithilfe von Multigen-Tests geprüft werden, die mittlerweile in vielen EU-Staaten niedrigschwellig angeboten werden. Die personalisierte Risikovorhersage durch genom-basiertes Wissen und Technologie eröffnet neue Möglichkeiten für eine zunehmend individuell ausgerichtete, risikoangepasste Krebsprävention. Viel spricht dafür, dass risikoadaptierte Prävention – auf eine umfassende Risikobewertung genetischer und nicht-genetischer Risikofaktoren gestützt – wirksamer wäre als das bevölkerungsbezogene Mammografie-Screening. Hilfreiche Risikokalkulations-Modelle sind verfügbar.

Die Früherkennung von Brustkrebs wird zukünftig nur noch Teil eines auf die individuellen Risikoprofile abgestimmten integrativen Screening-Programms sein, bei

dem der Fokus nicht auf Früherkennung, sondern von Anfang an auf Risiko-Management liegt. Personen mit geringem Risiko könnten weniger intensive Maßnahmen angeboten werden, und Personen mit erhöhtem Risiko könnten umfassendere Früherkennungs-Untersuchungen erhalten.

In Zeiten von Corona und dem damit verbundenen Niedergang der Wirtschaft muss die Relation Nutzen zu Risiko auch bei der Brustkrebsfrüherkennung und -vorsorge, auf die Kosten bezogen, neu überdacht werden. Faktenbasierte ärztliche Expertise muss statt Promotion und Public Relation in den Vordergrund treten. Das wäre die Chance, überbordende Bürokratie durch patientenzentriertes Management zu ersetzen.

Dr. KI - Die künstliche Intelligenz

Die CE-zertifizierte Software Vara kann unauffällige Mammografien aussortieren. Von zehn Screening-Mammografien sind neun unauffällig. Nach dem Vier-Augen-Prinzip müssen im Screening zwei Ärzte aber alle zehn Mammografien einzeln beurteilen. Deshalb hat das Berliner Start-up Merantix Healthcare die Software Vara entwickelt. Sie kann die unauffälligen Mammografien automatisiert erkennen. Bedenken wir, dass seit drei Jahrzehnten kein Schachgroßmeister mehr gegen den Computer gewinnen konnte.

Vara hat als die erste CE-zertifizierte KI-Software die Zulassung für Krebsvorsorge in Deutschland erhalten. CEO Jonas Muff sagt: „Die repetitive Fließbandarbeit kostet Krankenkassen heutzutage Millionen, obwohl sie durch Künstliche Intelligenz für einen Bruchteil der Kosten erledigt werden kann.“ Vara habe man

auf einem der weltweit größten Brustkrebs-Datensätze mit mehreren Millionen Mammografien trainiert – es ist höchste Zeit, digitale Mammografien auch digital zu befunden, wobei KI die Ärzte nicht vollständig ersetzen, ihnen aber zuarbeiten kann.

Fazit: Brustkrebsfrüherkennung und -vorsorge müssen in ein lernendes Konzept überführt werden, in das zeitnah innovative und disruptive Erkenntnisse qualitativ gesichert aufgenommen werden können. Ein risikostratifizierter, in die Stufe-3-Leitlinie integrierter Algorithmus kann das leisten und sicherstellen, dass finanzielle Mittel nicht in einer überbordenden Bürokratie versacken, sondern direkt bei den Frauen ankommen.

KONTAKT

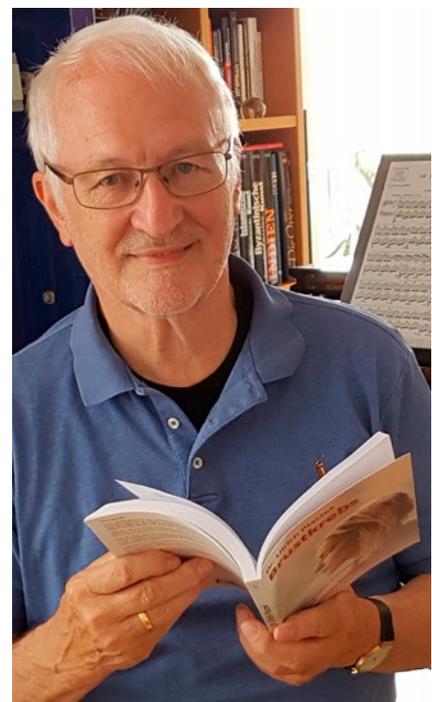
Dr. Ulrich Placzek

Straubinger Straße 30c

80687 München

Telefon: 0170/4841463

E-Mail: uplaczek@web.de



PRO B

Neue Versorgungsform für Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs

VON DR. MED. MARIA MARGARETE KARSTEN Leitende Oberärztin des Brustzentrums der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Das Behandlungsverständnis vor allem fortgeschrittener Tumorerkrankungen hat sich in den letzten Jahren erfreulicherweise hin zu einer patientenzentrierten Versorgung verändert. Es geht heutzutage bei der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten nicht mehr allein um die Krankheitsbekämpfung. Vielmehr rückt der Erhalt und die Förderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Rahmen einer biopsychosozialen Medizin immer weiter in den Fokus. Gerade für Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs ist dies von hohem Stellenwert, da die Erkrankung mit den derzeit zur Verfügung stehenden Mitteln leider nicht geheilt werden kann.

Patient-Reported Outcomes

Das Brustzentrum der Charité Berlin erhebt bereits seit 2016 sogenannte Patient-Reported Outcomes (PROs) in der Routineversorgung [1]. PROs beinhalten den Gesundheitszustand und die Lebensqualität, die von Patient*innen mittels Fragebögen gemessen und direkt an die Behandelnden rückgemeldet werden. Studien in anderen Ländern und für Teilnehmende mit unterschiedlichen Krebserkrankungen zeigten, dass eine intensiverte, digital-unterstützte Erfassung von PROs in der metastasierten Situation sowie eine zeitnahe Reaktion auf Verschlechterungen der gemessenen Werte zu einer Verbesserung der Lebensqualität und des Überlebens führen kann [2]. Jedoch können derartige internationale

Studienergebnisse oft nicht direkt in die klinische Realität in Deutschland übersetzt werden. Für den metastasierten Brustkrebs in der deutschen Routineversorgung haben daher die Kliniken für Gynäkologie und für Psychosomatische Medizin, das Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie der Charité, die Deutsche Krebsgesellschaft, das Zertifizierungsinstitut OnkoZert und die Krankenkassen BARMER, DAK Gesundheit und BKK-VBU die neue Versorgungsform PRO B (PROs bei Brustkrankungen) entwickelt. Sie wird aktuell in einer groß angelegten, deutschlandweiten Studie untersucht [3].

Konkret geht es hierbei um die Frage, ob ein digitales Symptommonitoring mit Alarmfunktion auch bei Brustkrebspatientinnen zu einer verbesserten Lebensqualität und zu einem verlängerten Überleben führen kann.

Über eine Smartphone-App werden hierbei entweder wöchentlich oder dreimonatlich Fragen zur Lebensqualität und zum Gesundheitszustand beantwortet. Wird eine Verschlechterung gemessen, löst die App bei wöchentlichem Befragungsrhythmus einen Alarm im behandelnden Brustkrebszentrum aus. Dieses kontaktiert dann innerhalb von 48 Stunden die Patientin, um im direkten Gespräch zu klären, welche Maßnahmen getroffen werden müssen. Besonders Symptome, die oft wegen Zeitknappheit im klinischen Alltag nicht zur Sprache kommen, wie Schlafstörungen, Erschöpfung, Appetitlosigkeit, können jedoch Anzeichen für

eine Veränderung im Erkrankungsverlauf sein und werden mit Hilfe der digitalen Symptomerfassung in der PRO B Studie systematisch registriert. Ein Krankheitsfortschritt könnte über das Echtzeit-Monitoring so gegebenenfalls frühzeitig erkannt werden. Die dreimonatlichen Befragungen lösen keinen Alarm aus, jedoch können die Befragungsdaten nach Abschluss der Studie als Gesprächsgrundlage für den Behandlungsverlauf genutzt werden.

Studienteilnahme

Die Studie ist am 17. Mai 2021 angelaufen und rekrutiert bereits an über 40 von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten oder kooperierenden Brustkrebszentren in ganz Deutschland. Teilnehmen können an einem dieser Zentren in medikamentöser Behandlung befindliche Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs. Weitere Teilnahmebedingungen wie zum Beispiel die Leistungsfähigkeit (sog. ECOG-Status von 0 bis 2) oder die noch verbleibende Lebenserwartung von mindestens erforderlichen drei Monaten werden von den behandelnden Ärzt*innen geprüft. Die zunächst nur für Patientinnen der beteiligten Krankenkassen zur Verfügung stehende Versorgungsform ist seit Ende Juli 2021 zeitlich begrenzt auch für Versicherte aller anderen Kassen zugänglich. Benötigt wird lediglich ein Smartphone mit Internetzugang.

PRO B wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) insgesamt drei Jahre

gefördert. Neben Universitätskliniken wie der Charité nehmen auch viele städtische und Kreiskrankenhäuser teil, um der Versorgungsrealität in Deutschland möglichst nahe zu kommen. Nach der Aufklärung über alle Studieninhalte und schriftlicher Einwilligung werden die Studienteilnehmerinnen per Zufall einer der beiden Befragungsgruppen zugewiesen. Die Befragungen laufen bis Mai 2023.

Rückmeldungen

Bisher teilnehmende Patientinnen melden zurück, die digitale Betreuung gebe Ihnen ein zusätzliches Sicherheitsgefühl. Die Befragung decke auch Aspekte ab, die im klinischen Alltag vielfach zu kurz kämen. Emotionale Auswirkungen der Erkrankung und Implikationen für das soziale Umfeld, finanzielle Nöte sowie Konzentrationsprobleme, die die Lebensqualität stark beeinträchtigen können, fänden in PRO B

ebenso Beachtung wie Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie.

Diese Versorgungsform ist in Deutschland einzigartig. Als Ärzt*innen sehen wir die Erkrankten zwar regelmäßig in den onkologischen Ambulanzen, sind jedoch zeitlich oft limitiert. Die PROs, die in PRO B digital und in Echtzeit gemessen werden, ermöglichen uns nun, das Befinden unserer Patientinnen auch jenseits der Sprechstunden zu begutachten und zu vergleichen. Ähnlich Laborwerten für Blutparameter oder regelmäßiger Bildgebung wollen wir PROs zur Bewertung des Befindens und der Lebensqualität als festen Versorgungsbestandteil von Brustkrebspatientinnen etablieren. Dies ersetzt natürlich weder persönliche Kontakte noch eine Therapie, vermittelt dem Behandlungsteam als schneller und wenig aufwendiger Therapiezusatz jedoch ein detailliertes Bild über die Symptombelastung. Neben dem frühzeitigen Erkennen

von Veränderungen können die so gemessenen Werte auch als Gesprächsgrundlage zur Therapieanpassung dienen.

INFORMATIONEN UND KONTAKT

Studienzentrale an der
Charité - Universitätsmedizin
 Montag bis Freitag: 8 bis 16 Uhr
 Telefon: 030/450 564 255
 E-Mail: pro-b-projekt@charite.de
<https://www.pro-b-projekt.de>

Literatur

1. Karsten, M.M., et al., **Web-Based Patient-Reported Outcomes Using the International Consortium for Health Outcome Measurement Dataset in a Major German University Hospital: Observational Study.** JMIR Cancer, 2018. 4(2): p. e11373.
2. Basch, E., et al., **Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial.** J Clin Oncol, 2016. 34(6): p. 557-65.
3. Karsten, M.M., et al., **PRO B: evaluating the effect of an alarm-based patient-reported outcome monitoring compared with usual care in metastatic breast cancer patients-study protocol for a randomized controlled trial.** Trials, 2021. 22(1): p. 666.

ANZEIGE



Neue Wege in der Versorgung bei metastasiertem Brustkrebs.

- Neue Versorgungsform für Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom
- Intensiviertes Monitoring des Gesundheitszustands und der Lebensqualität während der Therapie
- Regelmäßige Befragungen per App mit dem Ziel, krankheits- und therapiebezogene Beschwerden zu reduzieren und die Lebensqualität zu verbessern
- Forschungsprojekt unter Leitung der Charité – Universitätsmedizin Berlin mit zahlreichen teilnehmenden Brustkrebszentren in ganz Deutschland



Mehr Informationen finden Sie unter
www.pro-b-projekt.de

Einfach mit der Kamera des Handys den QR-Code scannen.

Patient-Reported Outcomes (PRO) sind jegliche direkt von Patientinnen und Patienten rückgemeldete gesundheitsbezogene Aspekte und werden mittels Fragebögen erhoben. Digitale PROs können die Beschwerden der Patient*innen in Echtzeit abbilden und ermöglichen eine zeitnahe Intervention bei Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Lebensqualität. Studien konnten zeigen, dass die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Krebserkrankungen durch eine intensivierte PRO-gestützte Betreuung verbessert und sogar das Gesamtüberleben verlängert werden konnte.¹⁻³

¹ Basch E, Deal AM, Kris MG, et al. Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol 2016;34:557-65.
² Basch E, Deal AM, Dueck AC, et al. Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. JAMA 2017;318:197-8.
³ Denis F, Basch E, Septans A-L, et al. Two-Year Survival Comparing Web-Based Symptom Monitoring vs Routine Surveillance Following Treatment for Lung Cancer. JAMA 2019;321:306-7.



Es gibt viel zu tun

EU gegen Krebs

VON GERTRUD RUST

Am 3. Februar 2021 stellte die Europäische Kommission in Brüssel pünktlich zum Weltkrebstag in einer Pressemitteilung „Europas Plan gegen den Krebs: ein neues EU-Konzept für Prävention, Behandlung und Versorgung“ vor: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_21_342.

Das ehrgeizige, auf neuen Technologien, Forschung und Innovation basierende Projekt soll den gesamten Krankheitspfad, von der Krebsprävention, der Behandlung und der Versorgung, bis hin zur Förderung der Lebensqualität von Krebskranken und Krebsüberlebenden umfassen. Darf man hoffen, dass in diesem Plan auch der Qualität der Nachsorge und der sogenannten Sekundärprävention – der Vorbeugung möglicher Metastasierungen – ein gebührender Stellenwert eingeräumt wird?

Unzweifelhaft genießt die Prävention, sowohl aus der Sicht der bislang Gesunden (Primärprävention), als auch der bereits Betroffenen (Sekundärprävention) höchsten Stellenwert.

Ein Preis für die Präventionsforschung

Erstmals wurde im Oktober 2021 der

Deutsche Preis für Krebspräventionsforschung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) Heidelberg verliehen. Er ist zweigeteilt und geht zum einen an Forscher*innen, die sich exzellent um die Krebsprävention verdient machen, zum anderen an herausragende Nachwuchsforscher*innen.

Ausgezeichnet wurden dieses Jahr der Epidemiologe Prof. Dr. med. Hermann Brenner, Abteilung Präventive Onkologie des DKFZ und der Leiter der Arbeitsgruppe „Computational Oncology“ an der RWTH Aachen, Dr. med. Jakob Nikolas Kather, für ihre Leistungen in der Darmkrebsfrüherkennung. Prof. Brenner identifizierte unter anderem Risikofaktoren zur Einschätzung des individuellen Darmkrebsrisikos, Dr. Kather arbeitet mit „Deep Learning“-Verfahren der künstlichen Intelligenz zur besseren Beurteilung von Gewebeschnitten, um Betroffene rasch der richtigen Therapie zuführen zu können.

Darmkrebs ist in beiden Geschlechtern die zweithäufigste Krebserkrankung nach den hormonsensiblen Prostata- und Brustkrebsen: [\[gemeine-informationen/krebshaeufigkeit-die-aktuellen.html\]\(https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs-allgemeine-informationen/krebshaeufigkeit-die-aktuellen.html\).](https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-all-</p>
</div>
<div data-bbox=)

„Forschungsprojekte, die sich Fragen der Krebsprävention widmen, sind innerhalb der Krebsforschung unterrepräsentiert und unterfinanziert. Für junge Wissenschaftler sind sie oft wenig attraktiv, denn Erfolge von Krebsforschungsmaßnahmen lassen sich meist erst Jahre oder sogar Jahrzehnte nach ihrer Einführung in der Statistik ablesen. Das verträgt sich nicht mit der Planung einer Karriere“, so ein Zitat von Prof. Dr. med. Michael Baumann, Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Vorstand des DKFZ.

Brenner und Kollegen befassten sich im Übrigen auch mit der Auswirkung einer sachgerechten Vitamin-D-Versorgung auf die Sterberaten bei Krebs, denn ein Vitamin-D-Mangel sei in der älteren Bevölkerung und insbesondere bei Krebspatienten weit verbreitet: <https://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2021/dkfz-pm-21-07-Vitamin-D-Supplementierung-moeglicher-Gewinn-an-Lebensjahren-bei-gleichzeitiger-Kostenersparnis.php>. In Finnland, wo die Sterberaten an Krebs um rund 20 Prozent niedriger seien, als in Deutschland, würden seit vielen

Jahren Lebensmittel mit Vitamin D angereichert.

Mit vier Milliarden Euro ...

... will die EU ihren Anti-Krebsplan fördern, denn „Europa muss dringend sein Engagement für Krebsprävention, -behandlung und -versorgung erneuern, das auf die wachsenden Herausforderungen im Zusammenhang mit Krebs eingeht und die Fortschritte bei der Versorgung von Krebskranken widerspiegelt“: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/qanda_21_344

Dabei sind vier Problemfelder von zentraler Bedeutung:

- **Die Prävention** durch Maßnahmen zur Bekämpfung der wichtigsten Risikofaktoren. Dazu zählen Tabak- und schädlicher Alkoholkonsum, die Umweltverschmutzung und die Exposition gegenüber gefährlichen Stoffen. Mit dem Slogan „HealthyLifestyle4all“, übersetzt: Gesunder Lebensstil für alle, sollen auch eine gesündere Ernährung und mehr Bewegung gefördert werden.

- **Die Früherkennung** durch Verbesserung des Zugangs zu und der Qualität von entsprechenden Verfahren und der Diagnostik. Hier hoffen wir auf die Liquid Biopsy, die Früherkennung mittels Biomarker in Blutproben und die Fokussierte MRT als bildgebendes Verfahren.

- **Die Diagnose und Behandlung** mit Maßnahmen zur Gewährleistung einer besser integrierten und umfassenden Versorgung von Krebskranken und gegen Ungleichheiten beim Zugang zu hochwertiger Versorgung und erstklassigen Arzneimitteln. Bis 2030 sollen 90 Prozent der Betroffenen Zugang zu nationalen onkologischen Spitzenzentren mit Anbindung an ein neues EU-Netz haben. Zudem wird bis Ende 2021 die Einleitung der neuen Initiative „Krebsdiagnostik und Behandlung für alle“ angestrebt. Diese soll den Zugang zu innovativen Krebsdiagnosen und -behandlungen verbessern.

- **Die Verbesserung der Lebensqualität** Krebskranker und Krebsüberlebender.

Hierzu zählen die Rehabilitation, Rezidive und das metastasierende Krankheitsstadium. Es werde eine Initiative „Besseres Leben für Krebskranke“ mit dem Schwerpunkt Nachsorge ins Leben gerufen.

Weiterhin ist zur Unterstützung neuer Technologien, Forschung und Innovationen die Gründung eines „Wissenszentrums für Krebs“ geplant, dessen Aufgabe

„ Krebs würde damit zur häufigsten Todesursache in der EU

in der Koordinierung wissenschaftlicher und technischer Initiativen gegen Krebs auf EU-Ebene besteht.

Imposante Pläne, die auf Fortschritte in der Krebsbekämpfung hoffen lassen. Ohne entschlossenes Handeln wird jedoch ein Anstieg der Krebserkrankungen bis 2035 um ein weiteres Viertel geschätzt, und Krebs würde damit zur häufigsten Todesursache in der EU.

Was macht Deutschland?

Der Punkt "Prävention" des EU-Plans stuft im Rahmen des Vorhabens „HealthyLifestyle4all“ auch eine gesündere Ernährung als bedeutsam ein. „Die Ernährung kann das Krebsrisiko bereits in der Kindheit und viele Jahre vor einer Krebsdiagnose beeinflussen. Eine Ernährung mit einem hohen Anteil an Obst und Gemüse, von Vollkornprodukten anstelle von raffinierten Getreideprodukten und einem geringen Anteil von rotem Fleisch und verarbeiteten Fleischerzeugnissen, zuckerhaltigen Getränken und Salz verringert nicht nur das Krebsrisiko, sondern auch das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes und senkt die Mortalität insgesamt“, so die EU unter „Fragen und Antworten-EU-Plan gegen Krebs 3. 2. 2021“.

„Deutschland nutzt Potential einer gesundheitsförderlichen Ernährungspolitik nur unzureichend aus“, so der Titel einer

Pressemeldung der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Erkrankungen (DANK) im Oktober 2021: <https://www.dank-allianz.de/pressemeldung/deutschland-nutzt-potential-einer-gesundheitsfoerderlichen-ernaehrungspolitik-nur-unzureichend-aus.html>.

Ein Forschungsteam der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU München) und des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) in Bremen hatten in einem strukturierten Verfahren die politischen Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung in Deutschland erfasst. Das Ergebnis wurde mit internationalen Beispielen für eine „Best Practice“ (mustergültige Umsetzung) verglichen. Zur Datenerfassung diente der Food Environment Policy Index (Food-EPI), ein weltweit erprobtes Regelwerk.

Das Ergebnis ist alles andere als schmeichelhaft. Deutschland bleibt bei der Schaffung gesunder und nachhaltiger Ernährungsumfelder weit hinter seinen Möglichkeiten zurück, und es besteht dringender Reformbedarf.

Der Bericht ist downloadbar unter: https://www.jpi-pen.eu/images/reports/Food-EPI_Ergebnisbericht_V11.pdf. Das Verbraucherportal foodwatch: <https://www.foodwatch.org/de/startseite/> überschreibt seine Pressemitteilung mit „Miserable Bilanz der deutschen Ernährungspolitik“, und Saskia Reinbeck von foodwatch kommentiert unzweideutig: „Die Bilanz der Deutschen Ernährungspolitik ist ein Armutszeugnis“: <https://www.foodwatch.org/de/pressemittelungen/2021/foodwatch-zur-vorstellung-des-food-environment-policy-index-2021-fuer-deutschland-miserable-bilanz-der-deutschen-ernaehrungspolitik/>

Allein die Einführung des Nutri-Scores war eine unendliche Geschichte.





Für Brustkrebspatientinnen mit triple-negativem Karzinom

SASCIA und ASCENT – ein Nachtrag

VON CORNELIA STÜWE

Im mamazoneMAG 01/2021 befand sich im Artikel „Die SASCIA-Studie“ (Seite 14) bereits ein Hinweis auf erste Ergebnisse der ASCENT-Studie. Es wurde zu diesem Zeitpunkt vermutet, dass Zulassung und Anwendung des ersten gegen Trop 2 gerichteten Antikörper-Wirkstoff-Konjugats (ADC), Sacituzumab-Govitecan, in Europa wahrscheinlicher werden. Trop-2 ist ein Antigen, das in allen Brustkrebs-Subtypen exprimiert und mit einer schlechten Prognose in Verbindung gebracht wird. (1) und (2)

Das ADC ist über einen Linker mit dem aktiven Stoffwechselprodukt (SN-38) des Zytostatikums Irinotecan verbunden. Nach Aufnahme des ADCs in die Krebszelle löst sich der Linker auf und setzt das Zytostatikum frei. Dieses ADC unterscheidet sich von anderen durch seine ausgeprägte Spezifität für Trop-2 sowie sein hohes Wirkstoff-Antikörper-Verhältnis. (3) und (4)

Zulassung in den USA

Die jüngst im New England Journal of Medicine veröffentlichten Ergebnisse einer Phase-III-Studie (2021; DOI: 10.1056/NEJMoa2028485) haben die US-Arzneimittelbehörde Food and Drug Administ-

ration (FDA) nun zu einer beschleunigten Zulassung von Sacituzumab-Govitecan für metastasierten dreifach-negativen Brustkrebs (TNBC) veranlasst (FDA Pressemitteilung vom 7. April 2021).

Bereits im Jahr 2019 konnte in einer Phase-II-Studie bei jeder dritten Patientin mit triple negativem Mammakarzinom und einer Vorbehandlung mit anderen Therapeutika eine Remission (Rückbildung) erreicht werden. An der Phase-III-Studie nahmen 468 Patientinnen aus Nordamerika und Europa mit einem metas-

„Dabei wurden die Teilnehmerinnen zufällig einer Kontrollgruppe zugeordnet

tasierten triple negativen Mammakarzinom (mTNBC) und mindestens zweifacher Vorbehandlung mit einer Chemotherapie teil. Dabei wurden die Teilnehmerinnen zufällig einer Kontrollgruppe zugeordnet (randomisiert), die weiterhin Zytostatika nach Wahl ihres Arztes erhielten, sowie einer Studiengruppe, die mit Sacituzumab-Govitecan behandelt wurde. In der Kontrollgruppe profitierten nur etwa fünf

Prozent der Patientinnen von der Behandlung, in der Studiengruppe sprachen dagegen etwa 35 Prozent der Tumore auf Sacituzumab-Govitecan an.

Länger leben

Das progressionsfreie Überleben verlängerte sich durchschnittlich von 1,7 auf 5,6 Monate, das Gesamtüberleben nahm im Mittel von 6,7 auf 12,1 Monate zu. Allerdings stiegen die Risiken von unerwünschten Nebenwirkungen. Die Gesamtansprechrate (ORR) – der Prozentsatz der Patientinnen, deren Tumor nach der Behandlung um 50 Prozent oder mehr zurückging – war bei Patientinnen ohne Hirnmetastasen unter Sacituzumab-Govitecan Therapie siebenmal höher als unter üblicher Chemotherapie: 35 Prozent (82 Patientinnen) gegenüber 5 Prozent (11 Patientinnen). Gegenüber zwei Patientinnen in der Kontrollgruppe erreichten 10 Patientinnen in der Studiengruppe ein vollständiges Ansprechen. Nur teilweise sprachen neun Patientinnen in der Kontrollgruppe an, jedoch 72 Patientinnen in der Studiengruppe.

Während Antikörperwirkstoff-Konjugate zur Behandlung des HER2-positiven

Mammakarzinoms bereits als Trastuzumab-Emtansin (T-DM1) und Trastuzumab-Deruxtecan (Enhertu) zugelassen wurden, steht nun erstmalig auch zur Behandlung bei tripel-negativem Brustkrebs unter engen Auflagen ein ADC zur Verfügung.

Weitere Therapiestudien mit Sacituzumab-Govitecan, zum Teil in Kombination mit unterschiedlichen Therapeutika sowie anderen Indikationen beim Mammakarzinom werden derzeit durchgeführt (NCT04230109 - Neo-STAR-Studie, 2019-004100-35 - GBG102-SASCIA, NCT03424005 - Morpheus-TNBC, NCT04468061 - Saci-IO-TNBC, NCT03901339 - TROPiCS-02 und NCT04039230).

Die Studienlandschaft

Eine internationale Forschergruppe um die Brustkrebsspezialistin Sara A. Hurvitz führte im Rahmen der Phase – III ASCENT-Studie eine Biomarker-Untersuchung durch. (5) Geklärt werden sollte, ob die Ergebnisse der Behandlung mit Sacituzumab-Govitecan mit der Trop-2-Expression oder dem Keimbahn-BRCA1/2-Mutationsstatus in Zusammenhang stehen.

Ersten Ergebnissen zufolge verlängerte sich das Gesamtüberleben (OS) von Patientinnen mit hoher oder mittlerer Trop-2-Expression deutlich von 6,9 auf 14,2 bzw. 14,9 Monate.

Auch das progressionsfreie Überleben (PFS) verdoppelte sich von etwas mehr als zwei Monaten auf 5,6 bzw. 6,9 Monate. Ähnliche Ergebnisse erreichten jedoch auch Patientinnen mit einer BRCA1/2-Mutation. Die Studienprüfärzte folgerten daraus, dass der klinische Nutzen von Sacituzumab-Govitecan in der ASCENT-Studie nicht vom Grad der Trop-2-Expression oder dem BRCA1/2-Mutationsstatus abhinge.

Die leitende Forscherin Sara A. Hurvitz von der University of California Los Angeles wies bei der Präsentation auf dem San Antonio Breast Cancer Symposium

2020 (SABCS) weiter darauf hin, dass bei der Interpretation dieser Daten aufgrund der geringen Stichprobengröße in der ASCENT-Studie Vorsicht geboten sei.

Auf dem San Antonio Brustkrebskongress (SABCS) 2020 wurde das Ergebnis einer weiteren Studie vorgestellt: IPATunity130-Kohorte A. Diese doppelblinde, placebokontrollierte, randomisierte Phase-III-Studie untersuchte den Wert von Ipatasertib in Kombination mit Paclitaxel bei

„ Unerwünschte Nebenwirkungen waren leicht erhöht

lokal fortgeschrittenem, inoperablem oder metastasiertem TNBC mit Störung eines besonderen intrazellulären Signalwegs. 255 Patientinnen wurden in die Studie aufgenommen, ein Wechsel zwischen den Behandlungsarmen war nicht möglich. Der primäre Endpunkt war das vom Studienprüfärzte beurteilte PFS.

Patientinnen, deren Tumore Veränderungen im für die Regulierung des Zellzyklus wichtigen PIK3CA/AKT1/PTEN-Signalweg aufwiesen, profitierten jedoch nicht von der Medikamentenkombination. Dagegen waren unerwünschte Nebenwirkungen leicht erhöht.

Sicherheit und Verträglichkeit

Die medizinische Onkologin Allyson J. Ocean vom Weill Cornell Medical College in New York und Kollegen analysierten die Sicherheit und Pharmakokinetik (Aufnahme, Verteilung, Stoffwechsel und Ausscheidung eines Medikaments im Körper) von Sacituzumab und Govitecan (IMMU-132) bei unterschiedlichen metastasierten und vorbehandelten Tumorerkrankungen, darunter auch Patientinnen mit einem TNBC. Zusammenfassend wird dem Medikament ein vorhersagbares pharmakokinetisches Profil und eine beherrschbare Toxizität zugestanden. Es

sei sicher und entwickle bei mehreren metastasierten soliden Tumorarten auch nach Vorbehandlung eine therapeutische Aktivität. (7)

Das Ansprechen von Patientinnen mit unterschiedlichen Brustkrebssubtypen auf eine systemische Therapie nach einer Ganzhirnbestrahlung untersuchten die Spezialistin für Gehirnmetastasen nach Brustkrebs, Anna Niwinska aus Warschau und Kollegen. Während eine systemische Therapie eher bei hormonpositiven und HER2+ Tumoren wirkte, profitierten Patientinnen mit einem tripel-negativen Tumor mehr von einer zielgerichteten Therapie. (8)

Ausblick

Am SABCS 2020 wurden zusätzliche Wirksamkeitsendpunkte der Phase-3-Studie KEYNOTE-355 zu dem Immuncheckpointinhibitor Pembrolizumab, der speziell den Immuncheckpoint PD-1 hemmt (PD-L1), plus Chemotherapie im Vergleich zu Placebo plus Chemotherapie in der Erstlinientherapie bei lokal rezidivierendem, inoperablem oder metastasiertem TNBC vorgestellt. Chemotherapie-Optionen waren je nach Wahl des Arztes Paclitaxel, nab-Paclitaxel und Gemcitabin. Teilnehmen konnten Patientinnen mit und ohne Programmed-Death-Ligand-1 (PD-L1) - positiven Tumoren. Die Ergebnisse unterschieden sich statistisch nicht bedeutsam, wenn auch mit leichten Vorteilen für die experimentelle Gruppe. Leider sah das Studiendesign keine Analyse hinsichtlich möglicher Unterschiede der verschiedenen Chemotherapeutika in Kombination mit Pembrolizumab vor. Dennoch führten die Ergebnisse dieser Studie zu einer beschleunigten Zulassung von Pembrolizumab in Kombination mit einer Chemotherapie bei lokal rezidivierendem, inoperablem oder metastasierendem TNBC mit PD-L1-Expression durch die FDA.

Literaturliste bei der Verfasserin



Shared Decision Making oder

Therapieentscheidung auf Augenhöhe

VON CORNELIA STÜWE

Ein Ziel unseres gemeinnützigen Vereins, mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V., ist die Förderung informierter und selbstbestimmter Patient*innen. Wir wollen Betroffene dazu befähigen, eine „qualitätsgesicherte, moderne Brustkrebsbehandlung aktiv einzufordern und mit zu tragen“, wie auf unserer Homepage zu lesen ist: <https://www.mamazone.de/mamazone/ziele/>. Bei der Eingabe des Suchbegriffes „shared decision making“ (SDM) im Internet erscheinen Artikel bereits aus dem Jahr 2005 sowie Beiträge in unseren mamazoneMAGs.

Frau Prof. Dr. med. Martina Kadmon, Gründungsdekanin der neuen Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg, referierte auf unserem Patientinnenkongress „Diplompatientin“ im Jahr 2017 zum Thema „Arzt sein braucht mehr als medizinisches Wissen – ärztliche Kompetenz auf dem Prüfstand“ und führte aus, dass die Ausbildung der Mediziner*innen um das Fach Kompetenzentwicklung für Gespräche mit Patient*innen erweitert werden sollte. Ihre Worte: „Es ist eher ein Glücksfall, dass sich ein Patient aufgehoben fühlt bei seinem Arzt und verstanden und gut aufgeklärt wird.“

Etwa seit 2014 reifte die Idee, gemeinsam mit Prof. Dr. med. Sigrid Harendza vom Universitätsklinikum Hamburg (UKE), die bereits über Erfahrungen aus einer Kooperation mit den Niederlanden verfügte, sowie Prof. Dr. med. Pascal Berberat von der Technischen Universität München (TUM), ein Prüfungskonzept zur ärztlichen Kompetenzentwicklung

Medizinstudierender sowohl für die Befragung / Anamnese, als auch für Beratungsgespräche mit Patient*innen zu entwickeln. Dieses kompetenzbasierte Prüfungsformat war dazu gedacht, im bisherigen dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung an die Stelle einer nicht strukturierten, nicht validierten, mündlich-praktischen Prüfung zu treten: ÄKHOM (http://www.kompetenzen-im-hochschulsektor.de/979_DEU_HTML.php).

Die Vision

Als Vertreterin unseres Vereins nahm ich unter anderem 2017 am NEPP (Nationaler Erfahrungsaustausch Patient und Politik) teil und erlebte einen ungewöhnlich eindrucksvollen Vortrag des sehr engagierten Onkologen PD Dr. med. Jens Ulrich Ruffer über die Grundlagen und den Sinn einer gelungenen Kommunikation zwischen Mediziner*in und Patient*in.

Dr. Ruffer stellte ein Kommunikationstraining mit dem Namen „SPIKES“ vor, das mit einer angemessenen Gesprächsumgebung beginnen und mit der Zusammenfassung der Gesprächsinhalte und gemeinsam beschlossenen Strategien der Krankheitsbewältigung enden sollte. Dazwischen steht idealerweise die Erkenntnis, wie die Erkrankung auf Patientenseite wahrgenommen wird und welche tatsächliche emotionale Befindlichkeit vorliegt. Weiterhin seien eine Einladung an die Patient*innen, sich offen zu äußern, sowie die Wissensvermittlung in verständlicher Sprache wichtig. Die zitierte PASQOC-Studie hatte diesbezüglich Ergebnisse zu

Tage gefördert, die uns als langjährig engagierte Mamazonen sehr vertraut sind: <https://idw-online.de/de/news58789>.

Mehr als die Hälfte der Patient*innen beklagte eine fehlende gemeinsame Entscheidungsfindung und benotete die Mitentscheidungsmöglichkeit mit mangelhaft. Doch bereits auf dieser Veranstaltung

„**Weiterhin seien eine Einladung an die Patient*innen, sich offen zu äußern...**

berichtet Dr. Ruffer nicht nur von einem erfolgreichen SDM-Projekt in Nord-Norwegen, sondern ebenso vom Start eines solchen am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel.

SDM wird gefördert

Für die Einführung von SDM bis 2021 am UKSH Kiel investiert der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) seit 2018 in einem bundesweit einmaligen Projekt rund 14 Millionen Euro. Im Nationalen Kompetenzzentrum für Shared Decision Making in Kiel obliegt Projektleiter Prof. Dr. Dipl. Psych. Friedemann Geiger die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung. Die Entscheidungshilfen für Patient*innen über die unterschiedlichen Therapieoptionen und deren Vor- und Nachteile entwickelt das Unternehmen TAKEPART Media + Science GmbH mit

Geschäftsführer PD Dr. med. Jens Ulrich Rüffer.

Prof. Geiger promovierte im Anschluss an sein Studium der Psychologie an der Christian-Albrechts-Universität (CAU) zu Kiel über die „Geteilte Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient“ an der Universität Osnabrück und ließ sich gleichzeitig in „Systemischer Therapie und Beratung“ ausbilden. Bereits in dieser Zeit wirkte er ehrenamtlich als Psychoonkologe im Tumorzentrum des UKSH sowie in der Ambulanten Jugendhilfe der Evangelischen Arbeitsgemeinschaft in Kiel. Des Weiteren war er bereits 2007 als Autor an der Arbeit „Von Menschen mit Krebs wahrgenommene Entscheidungsunsicherheiten – Modellierung des Konzepts der gemeinsamen Entscheidungsfindung“ beteiligt (Kasper, J., Geiger, F., Freiburger, S. & Schmidt, A. (2007). Decision related uncertainties perceived by people with cancer - modelling the concept of shared decision making. *Psycho-Oncology*, <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1190>



Cornelia Stüwe, mamazone Ostholstein im Gespräch mit **Prof. Dr. Dipl. Psych. Friedemann Geiger**

C. Stüwe: Herr Prof. Geiger, wie ein roter Faden zieht sich das Thema der gemeinsamen Entscheidungsfindung bei medizinischen Prozessen durch Ihren Lebenslauf. Woher kommt Ihr ausgeprägtes Interesse dafür?

Prof. Dr. Geiger: Zum ersten Mal habe ich noch während des Studiums im Rahmen eines Praktikums im Kieler Tumorzentrum aus nächster Nähe erfahren, welche besonderen psychologischen Herausforderungen für die Betroffenen sowie ihr Um-



feld ernsthafte somatische Erkrankungen mit sich bringen – und nicht zuletzt auch für das Behandlungspersonal. Angeregt davon habe ich in meiner Doktorarbeit untersucht, wie ein konstruktiver Umgang all dieser Beteiligten mit krankheitsbezogenen Ungewissheiten aussehen kann. Anschließend habe ich in der Kinderonkologie gearbeitet, zuletzt als Leiter des Psychosozialen Diensts. In enger Zusammenarbeit mit meinen sehr engagierten ärztlichen und pflegerischen Kolleg*innen haben wir erfahren, wie sich die Zusammenarbeit mit den Betroffenen unmittelbar verbessert, wenn wir die Kommunikation verbessern: Je erfolgreicher wir dabei waren, desto weniger war ich als Psychologe gefragt. Über 10 Jahre sind dabei u.a. Trainingsverfahren für Ärzt*innen entstanden, die ich zusammen mit meiner Arbeitsgruppe wissenschaftlich evaluiert und verbessert habe. So haben sich Praxis und Forschung kontinuierlich gegenseitig befruchtet.

C. Stüwe: Sie sind Leiter des Projekts „share to care“, einem skalierbaren, internationalen Umsetzungsprogramm zur Umwandlung von einseitigen Entscheidungsverläufen in eine gemeinsame Entscheidungsfindung, das seit Januar 2019 am UKSH in Kiel eingesetzt wird. Was wäre Ihre Übersetzung für „share to care“?

Prof. Dr. Geiger: Der englische Begriff ‚Shared Decision Making‘ bezeichnet die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin über die am besten passende Therapie.

Es geht also um das ‚sharing‘, das Teilen des Entscheidungsprozesses zwischen den beiden. Zusätzlich werden auch die dafür notwendigen Informationen untereinander geteilt. Das betrifft einerseits die medizinischen Informationen zu den verfügbaren Therapieoptionen und ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen. Und andererseits betrifft es die Informationen zu den Präferenzen, Wünschen und Sorgen auf Patient*innenseite. Wir wollen mit dem Namen SHARE TO CARE deutlich machen, dass man in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, die dieses Zertifikat tragen, Entscheidungsprozesse im obigen doppelten Sinne gemeinsam macht, um gut für Patient*innen zu sorgen, auf englisch: to care (for patients)‘.

C. Stüwe: In einem Artikel vom November 2020 heißt es, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM) als Goldstandard im medizinischen Entscheidungsprozess gilt, da sie eine Methode zur systematischen Integration der Patientenpräferenzen, der evidenzbasierten Medizin und der Erfahrung der Angehörigen der Gesundheitsberufe darstellt. Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen bei der flächendeckenden Umsetzung dieses Goldstandards?

Prof. Dr. Geiger: Statt nach möglichen Problemen suche ich prinzipiell immer zuerst nach Chancen und förderlichen Faktoren, wenn ich an eine Herausforderung herangehe. Dass Patientinnen und Patienten heutzutage über alle wichtigen Aspekte



Aus Studien wissen wir heute, dass SDM dabei hilft, im Zweifel weniger intensiv zu therapieren.

informiert sein wollen und ein Großteil von Ihnen auch aktiv mitentscheiden möchte, wissen wir aus unzähligen Studien. An der ‚Nachfrage‘ nach SDM mangelt es also nicht.

Nach 20 Jahren in der Medizin kann ich zudem mit voller Überzeugung sagen, dass die allermeisten Ärztinnen und Ärzte weiterhin davon angetrieben sind, im besten Sinne ‚gute Medizin‘ machen zu wollen. Und dass sie zufrieden sind, wenn sie spüren, dass sie mit ihren Patient*innen an einem Strang ziehen. Für diese Motive ist SDM zwar keine Garantie, aber zumindest die Strategie mit der höchsten Erfolgchance.

Ich sehe also die beiden Hauptakteure im Gesundheitswesen als potentielle Unterstützer einer flächendeckenden Implementierung von SDM an. Und an guten Tagen gelingt es ihnen auch heute schon häufig.

Wir müssen uns also fragen: Wie kann man die beiden unterstützen, damit SDM nicht die Ausnahme bleibt, sondern die Regel wird? Auch an Tagen, wo die Ärztin überarbeitet, der Patient emotional belastet oder die Klinik finanziell unter Druck ist?

In unserem SHARE TO CARE-Programm trainieren wir Ärztinnen und Ärzte in der Gesprächsführung. U.a. bekommen sie Feedback zu Videoaufnahmen ihrer eigenen Gespräche. Dadurch können sie auch an hektischen Tagen strukturierte Patientengespräche führen. Und je klarer sie die Gesprächsstruktur verinnerlicht haben, desto sicherer können sie den Bedürfnis-

sen von Patient*innen Raum geben, ohne dadurch den roten Faden zu verlieren. Eine gemeinsame Entscheidung ist dann nicht trotz, sondern gerade wegen der Einbeziehung der Patientenperspektive das Ergebnis.

Dabei gehört oft mehr Mut dazu, eine Therapie nicht zu machen. Oder sie noch nicht zu machen. Oder sie nach gutem Abwägen abubrechen. Aus Studien wissen wir heute, dass SDM dabei hilft, im Zweifel weniger intensiv zu therapieren. Die Versorgungsqualität und Patientensicherheit sind dennoch gleich gut oder sogar besser! Das bedeutet gleichzeitig geringere Kosten. SDM ist also im Interesse der Krankenkassen. Als Pionierin zahlt daher die Techniker Krankenkasse jeder Klinik mit dem SHARE TO CARE-Zertifikat ein Zusatzentgelt zur Behandlung. Dadurch können Kliniken einerseits die Trainings ihrer Fachkräfte sicherstellen.

Und sie können es sich auch finanziell erlauben, dass ein patientenzentriertes, ausführliches Gespräch nicht in einer teuren Operation mündet, sondern mit der Überweisung an eine niedergelassene Physiotherapeutin.

SDM ist eine der wenigen Innovationen im Gesundheitswesen, von der Patient*innen, Ärzt*innen, Krankenhäuser und Krankenkassen gleichzeitig profitieren. Mit unserem Nationalen Kompetenzzentrum Shared Decision Making in Kiel haben wir es uns aus diesem Wissen heraus zur Aufgabe gemacht, alle Beteiligten im Gesundheitssystem bei der Einführung

von SDM behilflich zu sein, indem wir das SHARE TO CARE-Programm flächendeckend bereitstellen.

C. Stüwe: Was entgegenen Sie Widerständler*innen, die Ihnen entgegenhalten, dass SDM nur Zeit und Geld kostet und die meisten Patient*innen überfordert?

Prof. Dr. Geiger: Die eigentliche Überforderung von Patient*innen liegt doch darin, sie nicht in diejenigen Entscheidungen einzubeziehen, die ihr Leben und ihre Gesundheit betreffen! Dass SDM nicht mehr Geld kostet, haben wir schon besprochen. Gleichzeitig sind gut strukturierte Gespräche potentiell kürzer als schlecht strukturierte. Und besonders viel Zeit verlieren Behandelnde, wenn sie Kommunikationspannen reparieren müssen. Oder wenn nicht hinreichend eingebundene Patient*innen ihre Medikamente heimlich nicht nehmen. Oder wenn sie sie wegen mangelnder Einbindung versehentlich falsch einnehmen. Patient*innen mit höherer Gesundheitskompetenz durch SDM sind in jeder Hinsicht wünschenswert!

C. Stüwe: Noch sind nicht alle Häuser auf dem Campus Kiel involviert und der Campus Lübeck fehlt komplett. Andererseits wirkt die Urologie mit ähnlicher Thematik in den länderübergreifenden Projekten PROMETHEUS bzw. HERACLES mit. Gibt es Überschneidungen und was geschieht mit den Ergebnissen dieser Projekte?

Prof. Dr. Geiger: Am Campus Kiel werden bis Jahresende ca. 90 Prozent aller Patient*innen in Kliniken mit dem SHARE TO CARE-Zertifikat behandelt. Das ist weltweit einmalig. Im dänischen Kolding ist ebenfalls eine krankenhausweite SDM-Implementierung in Arbeit. Mit dem dänischen SDM-Zentrum haben wir kürzlich eine länderübergreifende Zusammenarbeit etabliert. Mit dem nationalen SDM-Programm Norwegens kooperieren wir seit 10 Jahren. Durch Abgleich der national erfolgreichen Programme werden wir ein gemeinsames, nochmals verbessertes Programm

zur flächendeckenden SDM-Implementierung erarbeiten. Die Mitarbeiter*innen aus PROMETHEUS bzw. HERACLES sind ebenfalls an Bord und bringen ihre Expertise ein. Die Europäische Union fördert erfreulicherweise solche internationalen Kooperationen. Damit können wir dann auch endlich den Campus Lübeck einbinden.

C. Stüwe: Was sind Ihre Zwischenergebnisse?

Prof. Dr. Geiger: Bisher sind alle uns vorliegenden Zwischenergebnisse positiv: Das SDM-Level steigt signifikant an. Das geschieht unabhängig vom medizinischen Fachgebiet, von Geburtshilfe bis Neurochirurgie. Trotz Corona. Zusätzlich fühlen sich Patient*innen besser vorbereitet auf Therapieentscheidungen und berichten bessere Aufklärung. Das bildet die Basis für die Verbesserung von Patientensicherheit sowie besserer Zu-

sammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Patient*innen.

C. Stüwe: Wurden Patient*innenvertreter*innen in die Entwicklung von Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen für die Patient*innen einbezogen?

Prof. Dr. Geiger: Selbstverständlich. Schließlich muss das Material ja in erster Linie zu ihnen passen, nicht zur Ärzteschaft. Bevor wir mit der Arbeit an einer Entscheidungshilfe beginnen, machen wir Interviews mit Betroffenen, um herauszufinden, was aus deren Sicht besonders wichtig ist und welche Informationen sie für die Therapieentscheidung gebraucht haben bzw. gerne gehabt hätten. Dann suchen wir in der weltweiten Literatur Studien, die diese Informationen bereitstellen. Am Ende des Prozesses wird jede Entscheidungshilfe wiederum von Patient*innen auf Verständlichkeit, Nutzbarkeit und

Attraktivität getestet und bei Bedarf nachgebessert.

C. Stüwe: Sie leiten das Programm, das nun auch gemeinsam mit der AOK Bremen/Bremerhaven, HKK, BARMER, DAK u.a. als neuer Bestandteil des Hausärztervertrages für rund 450 Hausarzt*innen verpflichtend eingeführt wurde. Wie sind Ihre Erfahrungen damit?

Prof. Dr. Geiger: Die Einführung des für den ambulanten Sektor adaptierten SHARE TO CARE-Programms wurde leider weitestgehend von der Corona-Pandemie ausgebremst. Die Erfahrungen waren aber offensichtlich trotzdem hinreichend positiv, sodass die beteiligten Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung soeben die Verlängerung des Vertrages beschlossen haben.

C. Stüwe: Das ist ja sehr erfreulich, Herr Prof. Geiger, sehr herzlichen Dank für das mutmachende Gespräch.

ANZEIGE



Metastasierter Brustkrebs

„**Chemo?** Ich habe mich mit meiner Ärztin für eine andere Option entschieden.“

Informieren Sie sich jetzt über **Behandlungsmöglichkeiten** bei metastasiertem Brustkrebs – www.esgehtummich-brustkrebs.de

Es geht um mich.

Um wen geht es in der Medizin?

Patientenzentrierung im Gesundheitswesen



VON GERTRUD RUST

Es geht um viel in der Medizin, um Arztpraxen, um Krankenhäuser, um Rehabilitationskliniken, um Ärzt*innen, um Pflegepersonal, um medizinische Forschung, um Arzneimittelherstellung, um medizinische Technik, um Kranken- und Gesundheitskassen und noch so manches andere. Allerdings wäre das alles nicht erforderlich, gäbe es keine Patient*innen. Die Erkrankten sind Anlass für ein medizinisches Versorgungssystem und „nähren eine Gesundheitsindustrie“. Damit wäre ihre zentrale Stellung in diesem System nur angemessen.

Die Realität

Thorben Krumwiede, Geschäftsführer der gemeinnützigen Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) beschreibt in einem Interview im E-Magazin „Gerechte Gesundheit“ die Schwierigkeiten, mit denen sich Erkrankte in unserem komplizierten Gesundheitssystem konfrontiert sehen. „Auf dem Weg zu einem wirklich patientenzentrierten Gesundheitswesen gibt es offensichtlich noch erhebliches Verbesserungspotenzial“, so Krumwiede. Weiter: „Mehr Menschen in Deutschland sollen in der Lage sein, auf der Basis verlässlicher Gesundheitsinformationen eigenständig die für sie passenden Entscheidungen zu treffen. Das setzt immer auch voraus, dass die Menschen Informationen nicht nur verstehen, sondern für sich bewerten und in persönliche Entscheidungen übersetzen können“: <https://www.gerechte-gesundheit-magazin.de/ausgabe-55-mai-2021/die-probleme-beginnen-schon-beim-zugang/>.

Im jährlichen Monitor Patientenberatung der UPD sind die Beratungsinhalte thematisch gegliedert, und man erfährt so, dass 54,3 Prozent der Anfragen im Jahr 2020 rechtlicher Natur waren, 25,9 Prozent der Hilfesuchenden wünschten medizinische und 19,8 Prozent allgemeine Beratung. Mehr als die Hälfte der Anrufenden suchten damit rechtlichen Beistand.

„Menschen mit unklaren Symptomen irren durch das System

Inhaltlich ging es dabei unter anderem um Themen, die uns auch bei mamazone e.V. nicht fremd sind: Leistungsansprüche gegenüber Kostenträgern, Patientenrechte mit dem „Dauerbrenner“ Zweitmeinung, Verdacht auf Behandlungsfehler und rechtliche Möglichkeiten, Ablehnung einer Behandlung.

Der Monitor Patientenberatung 2020 mit den Beratungsinhalten steht hier zum Download: <https://www.patientenberatung.de/de/uber-uns/monitor-patientenberatung>.

Thorben Krumwiede drückt es so aus: „Menschen mit unklaren Symptomen irren durch das System“.

Patient*innen brauchen also Wissen. Darum macht sich in herausragender Weise Prof. Dr. rer. biol. hum. **Marie-Luise Dierks**, Dipl. Päd., verdient, seit 2007 Leiterin der ersten deutschen Patientenuiversität an der Medizinischen Hochschule Hannover: <https://www.patienten-univer->

[sitaet.de/node/92](https://www.patienten-universitaet.de/node/92). Forschungsschwerpunkte sind die Patientenorientierung und die Gesundheitsbildung: <https://www.mhh.de/institut-fuer-epidemiologie/mitarbeiterinnen/prof-dr-marie-luise-dierks>. Unter dem Motto „Gesundheit für jedermann“ lehrt Prof. Dierks und ihr Team interessierten Laien, Patient*innen und deren Angehörigen die Grundlagen medizinischer Forschung, ein absoluter Leuchtturm im Bereich Patient-Empowerment.

Im Jahr 2017 wurde sie für ihre wegweisende Arbeit als „Persönlichkeit des Jahres“ ausgezeichnet: <https://www.praeventologe.de/hauptbeitraege-nicht-loeschen/1227-persoenlichkeit-des-jahres-marie-luise-dierks>.

Patientenbeteiligung in der Krebsforschung

Die von Prof. Dierks vermittelten Kenntnisse wären hilfreich bei dem Vorhaben der EU, Patient*innen an der Krebsforschung zu beteiligen: <https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/pressemitteilungen/de/2021/09/070921-Patientenpartizipation-Krebsforschung.html>. Deutschland, Portugal und Slowenien verabschiedeten im September 2021 gemeinsame „Prinzipien für eine erfolgreiche Patientenbeteiligung in der Krebsforschung“.

Diese neuen Prinzipien fordern eine systematische Einbindung der Betroffenen in die Forschungsvorhaben. In ganz Europa müsse sich Wissenschaft öffnen, gebraucht werde ein Kulturwandel hin zu mehr Partizipation. Patientenbeteiligung müsse immer mehr zum Standard werden,

so die bisherige Bundesforschungsministerin Anja Karliczek.

Erreicht werden soll eine engere Ausrichtung der Krebsforschung an den Bedürfnissen von Betroffenen.

Erarbeitet wurden die Prinzipien von 130 Beteiligten aus 16 europäischen Ländern, darunter Patientenorganisationen, Vertreter der Krebsforschung, der medizinischen und pflegerischen Berufe, der politischen Entscheidungsebene und andere.

Die Prinzipien, ihre Ziele und Begründung, sind einsehbar unter: <https://www.dekade-gegen-krebs.de/de/europa-staerkt-patientenbeteiligung-in-der-krebsforschung-2678.html>.

Es bleibt zu hoffen, dass eine Patient*innenbeteiligung auch zu einer Anpassung der Studienendpunkte an Betroffenenbedürfnisse führt. Gegenüber stehen sich hier das Gesamtüberleben und die Zeit des rückfallfreien Überlebens. Es kann dabei

nicht angehen, dass einem neuen Medikament der Zusatznutzen verweigert wird, wenn zwar nicht das Gesamtüberleben, jedoch die Zeit bis zu einem Rückfall erheblich verlängert wird. Dieses Vorgehen liegt jenseits von Patientenbedürfnissen, besonders bei fortgeschrittener Erkrankung.

Eine patientenzentrierte Krebsmedizin ...

... begleitet Krebspatient*innen auch in ihrem im realen Krankheitsalltag und kann so lebensverlängernd wirken.

„Oncology Social Workers Just as Important as Chemo“ - onkologische Sozialarbeiter sind so wichtig wie eine Chemotherapie - ist der Brustkrebspezialist Prof. Lawrence N. Shulman von der University of Pennsylvania, Philadelphia, USA, überzeugt: <https://www.medscape.com/viewarticle/954237>.

Eine hochqualitative medizinische Versorgung von Krebsbetroffenen sei ohne

Sozialarbeiter nur schwer vorstellbar. Eine Diagnose zu stellen und die Therapie durchzuführen reiche nicht aus: „Wir müssen alle Bedürfnisse von Krebspatient*innen berücksichtigen.“

Onkologische Sozialarbeiter sind darin ausgebildet, Patient*innen und ihre Familien dabei zu unterstützen, die durch eine Krebserkrankung ausgelösten körperlichen, seelischen und sozialen Einbrüche zu bewältigen. Mediziner*innen könnten das nicht leisten, so Shulman. Was die Psyche der Patient*innen anbelange, die Familiendynamik und die Arbeitsverhältnisse, könnten Sozialarbeiter gute Ratschläge und Hinweise geben. Solche Gespräche könnten eine direkte Wirkung auf die Lebensqualität und sogar die Prognose haben.

Es gibt also noch viel zu tun in Europa, denn onkologische Sozialarbeiter fehlen uns (auch) noch.

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.

Bestrahlung 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



Medizinprodukt



mamazone in der Forschung

Das BreastBRDIGister ist eröffnet

VON CORNELIA STÜWE

Brustkrebs ist eine Erkrankung, die überwiegend Frauen direkt hart trifft, jedoch Männer und Kinder indirekt ebenfalls. Die wenigen selbsterkrankten Männer stehen im Schatten der frauenfokussierten Forschung und Versorgung, worunter bei den meisten anderen Erkrankungen in der Regel umgekehrt die Frauen leiden. Im Schatten des anderen Geschlechts zu stehen ist zumeist unangenehm, manchmal auch frustrierend, und die Folgen werden spätestens im Alter nach der Erwerbstätigkeit finanziell spürbar. In der Medizin bedeutet dies überdies spätere Diagnosen, schlechtere Prognosen und eine als unpassend empfundene Versorgung. Dies wissend, werde ich diesen Artikel in der rein weiblichen Form schreiben und fordere die Männer und Diversen auf, sich mitgemeint zu fühlen, denn genau das sind Sie auch.

Einzelfälle oder Mehrheiten?

Im Kontakt mit rat- und hilfeschenden Brustkrebspatientinnen und aus eigenem Erleben kenne ich Berichte über unglaublich anmutende Situationen in der medi-

zischen und sozialen Versorgung und Betreuung von Brustkrebspatientinnen. Da erhalten Patientinnen die Diagnose am Telefon zusammen mit dem Therapieablauf und einem Zeitpunkt, wann sie sich wo einzufinden haben. Keine fünf Minuten später fühlt sich das Ganze surreal an, und die Hoffnung keimt auf, dass es nur ein Spuk war, der vorbei gehen wird. Oder

„**Relativ viele Patientinnen haben mir berichtet, dass sie sich in der Nachsorge eher auf die Straße gesetzt fühlen**“

eine Brustkrebspatientin wird ungefragt von ihrem Behandler darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie mit etwa 67-prozentiger Wahrscheinlichkeit noch fünf Jahre leben können wird, falls sie die vorgegebene Therapie durchführen lässt. Andernfalls wären es 12,7 Prozent weniger. Auch kenne ich Berichte über Ärztinnen-Patientinnen-Gespräche, in denen die Patientin über unerwünschte Nebenwirkungen

klagt und mit dem Hinweis, dass das eben so sei, verabschiedet wird. Relativ viele Patientinnen haben mir berichtet, dass sie sich in der Nachsorge eher auf die Straße gesetzt fühlen, als nachgesorgt. Natürlich können das alles Einzelschicksale sein, wie es den Betroffenen auch oft von den Ärztinnen signalisiert wird. Oder viele Patientinnen erkennen sich in diesen Schilderungen wieder. Selbstverständlich kann die Mehrheit der Brustkrebspatientinnen auch überaus zufrieden und glücklich mit Therapie und Nachsorge sein. Doch so genau weiß es niemand.

Etwas Besonderes

Einzelne zertifizierte Brustkrebszentren befragen dazu „ihre“ Patientinnen. Die Ergebnisse fließen dann im besten Fall in das eigene Qualitätsmanagement ein und kommen zukünftigen Patientinnen zu Gute. An den bestehenden Gesetzen, Regeln, Verordnungen und Leitlinien ändern diese Erkenntnisse eher nichts. Auch ist die Anzahl der Fragen überschaubar.

Wie wir bereits im MAG 02/2020 berichtet und an unserem Kongress „DiPa

Wissen digital 2020“ (DiPa steht für „Diplompatientin“) präsentiert haben, sind wir mit dem „BreastBRIDGister“ einen großen Schritt weiter gegangen, auch im Gedenken an unsere Gründerin Ursula Goldmann-Posch. Schließlich heißen wir „mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e. V.“

Wir wollen nun von Ihnen, liebe Teilnehmerinnen, beinahe alles wissen, ausgenommen Ihren Namen und Ihre Adresse. Uns interessiert die Versorgung bei Wohngegenden in der Stadt oder auf dem Land, wie alt Sie bei der Erstdiagnose waren und wie Sie versichert sind. Natürlich wollen wir alles wissen über Ihren Tumor, Ihre Therapie und deren Folgen. Aber wir wollen auch wissen, wie es Ihnen damit ergangen ist. Was Sie noch so unternommen oder unterlassen haben, von dem Ihr Behandler eventuell auch nichts weiß.

Was lange währt wird endlich gut

Seit mittlerweile mehr als 18 Monaten, oft wöchentlichen Diskussion zwischen Mamazonen und mit engagierter Bereicherung durch Katrin Eigemann, Gründerin und Administratorin der Facebook-Gruppe „Leben mit tripel negativen Brustkrebs“, haben wir als Selbstbetroffene Frage für Frage entworfen, diskutiert und verändert, Antwortmöglichkeiten ersonnen und zur besseren Verständlichkeit für die Teilnehmerinnen mehrfach umformuliert, sodass die Lebenswirklichkeit abgebildet wird. Wir haben recherchiert und getestet, wurden in medizinischen Details von Frau Prof. Nina Ditsch, Leiterin und geschäftsführende Oberärztin des Brustzentrum des Universitätsklinikums Augsburg beraten und erhielten großartige Unterstützung vom Unternehmen STRATIFYER Molecular Pathology GmbH und dessen CEO und mamazone-Mitglied Dr. rer. nat. Ralph Wirtz (auch bekannt als Diplompatientin-Sandmännchen) sowie dem IT-Dienstleister Climedo Health GmbH. Bei manchen Unternehmen steht das bH in GmbH vielleicht auch für „besondere Hin-

gabe“. Zu guter Letzt haben wir uns darum bemüht, die Fragen so miteinander zu verbinden, dass jede Teilnehmerin genau die Fragen gestellt bekommt, die zu ihrer Brustkrebsdiagnose und ihrem Therapieablauf passen. Es hat länger gedauert, als geglaubt, doch wir hoffen, was Sie vorfinden werden, wird Sie begeistern.

Unser Ziel...

... ist die umfassendste Erfassung der Lebenswirklichkeit von Brustkrebspatientinnen deutschlandweit, die je vorgenommen worden ist. Die Befragung ist konsequent aus der Sicht der Brustkrebspatientinnen formuliert worden – von Patientinnen für Patientinnen, was einmalig ist. Mit den Ergebnissen aus Ihren Antworten wollen wir Einfluss nehmen auf S3-Leitlinien, AGO-Empfehlungen und G-BA-Entscheidungen sowie das SGB, um die Versorgung und Therapie zukünftiger Brustkrebspatientinnen an ihren realen Bedürfnissen zu orientieren. Das liest sich womöglich großwahnhaft, doch wir wollen klotzen, nicht kleckern.

Männer, seid dabei

Liebe Brustkrebspatienten, liebe betroffene Männer, je mehr von Ihnen an dieser Befragung teilnehmen, um so eher verbessert sich auch Ihre Situation und diejenige zukünftiger Brustkrebspatienten. Wir haben uns große Mühe gegeben, Ihre Belange als Mann in unsere Fragen einfließen zu lassen und Ihnen die wirklich rein frauenspezifischen Fragen zu ersparen. Bitte seien Sie neugierig, schauen Sie es sich an.

Was erwartet Sie

Nach Ihrer erfolgreichen Anmeldung erhalten Sie eine eMail mit Ihrem persönlichen Einwahl-Link. In einem Begrüßungstext wird die Handhabung der Befragung erläutert. Sie können jederzeit die Beantwortung unterbrechen und zu einem späteren Zeit-

punkt genau dort wieder weitermachen. Nehmen Sie sich gern die Pausen, die Sie benötigen. Zeigen Sie Beharrlichkeit, wir haben diese ebenfalls aufgebracht. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, dann gehen Sie einfach zur nächsten weiter, auch wenn es für die Auswertungen schade wäre. Wir können zwar sehen, wie viele Teilnehmerinnen welche Fragebögen vollständig ausgefüllt haben, jedoch nicht auf Sie persönlich zurückschließen. Sollten Sie neben einer Ersterkrankung auch noch ein Fortschreiten Ihrer Erkrankung erlitten haben oder erleiden, bekommen Sie weitere Fragen angezeigt, die sich ausschließlich auf die Situation ab dem Fortschreiten beziehen, wie Rückfall (Rezidiv) oder Tochtertumore (Metastasen) und anderes. Dabei werden Ihnen viele Fragen bekannt vorkommen, doch beantworten Sie diese bitte gedanklich getrennt von der Ersterkrankung ausschließlich unter dem Aspekt der aktuellen, fortgeschrittenen Situation.

Wir sparen auch das sensible Thema der Palliativsituation nicht aus. Dabei ist uns bewusst, dass in der medizinischen Versorgung etwas anderes darunter verstanden wird, als landläufig gemeint ist. Die Medizin unterscheidet in drei Bereiche: präventiv, kurativ, palliativ. Bei der Prävention geht es um die Verhinderung von Erkrankungen. In der kurativen Versorgung steht als Endziel die Heilung an. Ist eine Heilung nach aktuellem medizinischen Ermessen nicht mehr erreichbar, beginnt die palliative Zeit. Im allgemeinen Sprachgebrauch spricht man von diesem Lebensabschnitt jedoch dann, wenn das Ende des Lebens in greifbare Nähe rückt und die verbleibende Lebenszeit überschaubar ist. Natürlich ist diese Prognose genauso gewagt, wie die Einstufung der Brustkrebstherapie als kurativ ungenau ist. Schließlich gelten die meisten Formen des Brustkrebses als chronische Erkrankung und sind somit laut Definition nicht heilbar. Unser Palliativ-Fragebogen bezieht sich auf die Zeit, wenn das Leben erkennbar zu seinem Ende kommen wird.

Eigenschaften des Tumors

Kurze Erläuterung

Bei den nachfolgenden Fragen ist es hilfreich, den Pathologiebefund vorliegen zu haben.

Die meisten Angaben sind im Befund zum Teil etwas verklausuliert zu finden.

Anbei ein paar Begriffserklärungen:

ER = Östrogenrezeptor, PR = Progesteronrezeptor

Die Angaben sind zusätzlich in Prozent (%) oder als „IRS Score“ (1 bis 12) angegeben.

Bei Her-2neu gilt ein Wert von 0,1+ oder 2+ als negativ, sofern letzterer auch im „FISH“-Test negativ befundet wurde, während 3+ prinzipiell als positiv bewertet wird.

Welche Brust ist bzw. war erkrankt?

- rechts
- links
- beide

Sollten Sie in beiden Brüsten einen Tumor haben und die biologischen Eigenschaften sich unterscheiden, setzen Sie bitte beim Fragebogen nach dem „Fortschreiten der Brustkrebserkrankung“ einen Haken bei „andere Brust“ und füllen für die zweite Brust ab dort alle Fragen aus.

Wo genau befand sich der Tumor / die Tumore?

- zentral unter der Brustwarze
- oben außen
- oben innen
- unten außen
- unten innen
- multizentrisch

Mail von Climedo mit dem Zugangslink zu den Fragebögen

HERZLICHEN DANK
für Ihre Teilnahme

Übersicht über einen Teil der Fragebögen



Climed Health ePRO

Willkommen!

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus.

| Fragebogen | Ausfüllstatus | Aktion |
|---|---------------|----------------------------------|
| Begrüßung | 0% | ➔ Zum Fragebogen |
| Anleitung zum Fragebogen | 0% | ➔ Zum Fragebogen |
| Allgemeine Fragen | k.A. 100% | ➔ Zum Fragebogen |
| Kommunikation und Informationsquellen | 0% | ➔ Zum Fragebogen |
| Selbsthilfegruppen und Selbsthilfegruppenorganisationen | 0% | ➔ Zum Fragebogen |
| Behandelnde Ärzte | 0% | ➔ Zum Fragebogen |
| Eigenschaften des Ersttumors | 0% | ➔ Zum Fragebogen |

Auszug aus dem Fragebogen - Allgemeine Fragen

Wie alt waren Sie als bei Ihnen Brustkrebs zum ersten Mal diagnostiziert wurde?

- 20 - 29
 30 - 39
 40 - 49
 50 - 59
 60 oder älter

Wie sind bzw. waren Sie in der Zeit Ihrer Erkrankung versichert?

- privat versichert
 gesetzlich versichert
 gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung
 privat versichert mit Beihilfe

In welchem Land wurden Sie behandelt?

- Deutschland
 in einem anderen Land

Wo wohnen Sie?

- im ländlichen Bereich
 in einer Kleinstadt
 in einer Großstadt

Wurden Sie über den gesundheitlichen Effekt von Ernährung aufgeklärt?

- Ja
 Nein

Haben Sie Ihre Ernährung verändert?

- Ja
 Nein

Wie würden Sie Ihre sportlichen Aktivitäten bzw. Bewegung vor der Diagnosestellung einschätzen?

- wenig
 mittelprächtig
 viel



VON ELISABETH BRÜNSTLER

Das Bild zeigt, die Vor- und Nachsorge bilden die Gegenpole zur zentralen Sorge, der Erkrankung an Krebs. War die Vorsorge nicht erfolgreich, folgen die Diagnose und die Therapie, die am meisten belastende Zeit. Daran schließt sich die Nachsorge an, und wie diese zum Vorteil der Betroffenen gewinnbringend zu gestalten sei, ist seit vielen Jahren Gegenstand lebhafter und kontroverser Erörterungen zwischen der wissenschaftlich orientierten Ärzteschaft und Brustkrebspatient*innen mit dem Anspruch auf eine sorgfältige Nachsorge.

Viele Jahre galt die nachvollziehbare Annahme, die Aufgabe der Nachsorge bestünde in einer frühen Entdeckung von Lokalrezidiven und Fernmetastasierungen zur Ermöglichung eines frühzeitigen Therapiewiederbeginns unter geringstmöglicher Tumorlast. An bildgebenden Verfahren, großen Blutbildern und der Bestimmung der Tumormarker habe man deshalb seinerzeit nicht gespart, erzählte mir meine behandelnde Gynäkologin.

Nachsorge nur noch symptomorientiert

1994 präsentierten zwei italienische Studien, durchgeführt Ende der 80er Jahre, jedoch Ergebnisse, die Früherkennung von Rückfällen oder Metastasierungen bei Brustkrebs erbrächten kein verlän-

gerteres Gesamtüberleben. Fortan galt die symptomorientierte anstelle einer systematischen Nachsorge. Die Effektivität einer symptomorientierten Nachsorge ist für Betroffene nur schwer einsehbar, denn

„Eine Oligometastasierung bilde nur die Spitze eines Eisbergs ab

die Prognose bei einer primären Früherkennung (bei Ersterkrankung) wurde und wird uns nach wie vor als aussichtsreich dargestellt. Am Anfang einer Heilung steht die Früherkennung, so heißt es.

Die sekundäre Früherkennung eines Rückfalls oder einer Metastasierung (bei fortschreitender Erkrankung) soll sich dagegen nicht auf den Krankheitsverlauf auswirken? Wieso werden einem Therapiebeginn bei einer möglichst geringen Tumorlast zwar im Erststadium einer Krebserkrankung beste Erfolgsaussichten zugesprochen, nicht aber im frühen Zweitstadium der fortschreitenden Erkrankung?

Zum Beispiel bei einem lokal begrenzten Rezidiv oder einer Oligometastasierung – nicht mehr als vier bis fünf Metastasen?

Am Senologie-Kongress 2019 lautete dazu die Meinung eines Brustkrebsspezialisten, eine Oligometastasierung bilde nur die Spitze eines Eisbergs ab, unter der Oberfläche verberge sich ein weit ausgehnteres Krankheitsgeschehen. Ist dem so? Gibt es dazu Studien? Und beschreibt dieses Bild womöglich ebenfalls die Situation bei einer früh entdeckten Ersterkrankung? Ist ein kleiner Ersttumor auch nur die Spitze eines Eisbergs? Diese Fragen sind im Gegenzug aus Betroffenen-sicht zu stellen.

BETTER CARE

Eine laufende Studie trägt den Titel „**BETTER CARE**“ - BrEast cancer afTercare - follow up and program“: Brustkrebsnachsorge – Nachbeobachtung und Programm: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/better-care-breast-cancer-aftercare-follow-up-and-programm.428>

Sie baut auf der 2020 aktualisierten S3-Leitlinie Brustkrebs des „Leitlinienprogramms Onkologie“ auf, die eine bedarfs- und risikoangepasste Nachsorge nach Abschluss der Erstbehandlung empfiehlt: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/>, Langversion ab Seite 294: „Nachsorge und Langzeitbetreuung“: „Die Nachsorge

Equinovo® tut mir gut!

im engeren Sinn umfasst die strukturierten Untersuchungen zum lokoregionalen bzw. intramammären Rezidiv und zum kontralateralen Mammakarzinom, Untersuchungen auf Fernmetastasen und die Begleitung bei Langzeittherapien mit Diagnostik und Therapie von Folge- und Nebenwirkungen.“ Weiterhin: „Überlebensvergleiche der verschiedenen Tumorstadien zeigen, dass die Überlebensraten stadienabhängig sind, sodass eine stadienadaptierte Risikostratifizierung erfolgen könnte.“

Dass Überlebensraten stadienabhängig sind, ist uns im Zusammenhang mit der Früherkennung bei Ersterkrankung geläufig. Gilt diese Erkenntnis nun doch auch für die Früherkennung einer fortschreitenden Erkrankung? Es scheint so, jedoch wird darauf verwiesen, es gebe „keine größeren validen Studien, die eine individualisierte risikoadaptierte Nachsorge untersucht haben“. Ebenso: „Somit werden Patientinnen mit hohem lokoregionären Rezidivrisiko und Risiko zur Fernmetastasierung in identischer Weise im Rahmen der strukturierten Nachsorge begleitet und behandelt wie jene mit einem niedrigen Rezidivrisiko.“ Es darf hier ergänzt werden, dass dies seit Veröffentlichung der oben genannten italienischen Nachsorgestudien so gehandhabt wird, die in einer differenzierten Nachsorge keine Überlebensvorteile ermitteln konnten.

Von besonderer Bedeutung ist folgende Aussage: „Gleichzeitig zeigt sich auch, dass eine zeitliche Begrenzung der Nachsorge auf einen Zeitraum von fünf Jahren bei den unterschiedlichen Risikokonstellationen der Patientinnen nicht ausreichend ist. Somit ist **auch ohne direkte Studienfundierung** der Zeitrahmen der Nachsorge von derzeit fünf Jahren auf einen Zeitraum von zehn Jahren erweitert worden.“

Ein Therapiemonitoring solle über mindestens zehn Jahre fortgeführt werden, so die erneuerte S3-Leitlinie, jedoch scheint auch dieser erweiterte Zeitrahmen zu knapp gewählt, denn bei den

hormonsensiblen Brustkrebstypen, die immerhin den größten Anteil der Brustkrebserkrankungen bilden, sind Rückfälle und Metastasierungen auch jenseits der Zehn-Jahres-Grenze bekannt: Oberhofer, E. Brustkrebs: häufig Spätrezidive nach antihormoneller Therapie. *gynäkologie + geburtshilfe* 23, 15 (2018). <https://doi.org/10.1007/s15013-018-1358-5>.

Der Innovationsfonds

Da in Deutschland Konzepte für die Entwicklung und Anwendung einer evidenzbasierten und individualisierten Nachsorge nach Abschluss der Erstbehandlung derzeit fehlen, soll das Projekt BETTER CARE diese Lücke schließen und ein Versorgungsnetzwerk zur Verbesserung der Nachsorge entwickeln und erproben.

Das Projekt wird für dreieinhalb Jahre mit 3,3 Millionen Euro aus Mitteln des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Der G-BA erhielt den Auftrag zur Förderung neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und auf eine Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind: <https://innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss/>.

Nachsorge - Kontrolle ist besser ...

... steht im Internetportal der Deutschen Krebsgesellschaft: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/brustkrebs/leben-mit-brustkrebs/nachsorge.html>.

Zu hoffen bleibt, dass eine Nachsorge mit Beschränkung auf das Abwarten von Symptomen, zu der sich Brustkrebspatientinnen nun seit über dreißig Jahren genötigt sehen, baldmöglichst ein Ende hat. Zu hoffen bleibt auch, dass der Erkenntnisgewinn, wie die Nachsorge zu verbessern ist, nicht nochmal dreißig Jahre auf sich warten lässt.

Nachsorge muss zu dem werden, was der Name ausdrückt, eine aufmerksame Sorge danach.



Therapien begleiten Lebensqualität verbessern

Equinovo®

50 Tabletten (PZN 8820547)

150 Tabletten (PZN 8820553)

Einmalgabe: 1x2 Tabletten täglich

Equizym® MCA

100 Tabletten (PZN 6640019)

300 Tabletten (PZN 7118928)

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

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

Diagnose, Therapie und Nebenwirkungen

Interessantes aus der Forschung

VON TRUDE ULLRICH

Die Einsicht in die Notwendigkeit frühzeitiger Diagnosen, Therapien mit tolerablen Nebenwirkungen, Körperpflege durch gesunde Ernährung und Bewegung, um die Überlebenschancen zu optimieren, lässt vielfältige Forschungsbestrebungen entstehen. Es folgen Forderungen nach möglichst zügiger Umsetzung neu gewonnener Erkenntnisse in den Versorgungsalltag, und Leitlinien werden regelmäßig aktualisiert. Was erregt besondere Aufmerksamkeit?

Die Liquid Biopsy

Seit langem warten wir auf die „flüssige Biopsie“, Blutuntersuchungen, die möglichst früh eine Brustkrebssterkrankung anzeigen, oder aber bei Krankheitsfortschritt Hinweise im vorsymptomatischen Stadium liefern. Auch eine Therapiekontrolle, die ein Ansprechen oder eine begrenzte Wirksamkeit der gewählten Behandlung anzeigt, ist für Betroffene für eine rechtzeitige Therapieanpassung von grundlegender Bedeutung.

Für Patientinnen mit einem hormonpositiven, HER2-negativen Brusttumor im metastasierten Stadium belegte eine französische Studie – die STIC CTC-Studie – dass die Zahl zirkulierender Krebszellen im Blut (CTCs - circulating tumor cells) als maßgeblicher Biomarker für die Therapieentscheidung dienen kann.

Die Wahl der Erstlinientherapie wurde einmal

nach ärztlichem Ermessen, zum anderen anhand der CTC-Zählung im Blut getroffen. Bei einer CTC-Zahl über 5 pro 7,5 ml Blut wurde eine Chemotherapie durchgeführt, bei einer CTC-Zahl unter 5 pro 7,5 ml Blut dagegen eine endokrine Therapie.

Die CTC-orientierte Therapiewahl erwies sich dabei der ärztlichen Expertise als ebenbürtig [1].

Statt Krebszellen kann auch die Erbsubstanz sterbender Tumorzellen – die zirkulierende Tumorzell-DNA (ctDNA) – im

„ Eine hervorragende Methode zur Risikoeinschätzung und für eine personalisierte Nachbeobachtung

Blutplasma nachgewiesen werden. Ihr höheres oder geringeres Vorkommen deutet auf das Ausmaß der Tumorlast hin, und als therapiebegleitendem Verfahren wird der Erfassung der ctDNA das Potenzial zur Rückmeldung über das Therapieansprechen zugesprochen.

Die Studienautoren einer systematischen Übersichtsanalyse zur ctDNA bei frühem Brustkrebs, Lokalrezidiven oder einer Metastasierung schlussfolgern: Die Überwachung der Plasma ctDNA liefert eine hervorragende Methode zur Risikoeinschätzung und für eine personalisierte Nachbeobachtung [2].

Nach Einschätzung von Univ.-Prof. Dr. med. Tanja Fehm, Direktorin der Uni-

versitätsfrauenklinik Düsseldorf, ist die Erfassung der CTCs und der ctDNA dem derzeitigen Standard der Gewebebiopsie eindeutig überlegen [3].

Ein Quantensprung?

Für Patientinnen mit einem fortschreitenden, metastasierenden HER2-positiven Brusttumor wurde an der Jahrestagung der European Society of Medical Oncology (ESMO) ein Hoffnung vermittelndes neues Medikament vorgestellt: das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd). Anti-Körper-Wirkstoffkonjugate sind Einheiten aus zwei über einen Linker verbundene Komponenten, einem zielführenden Antikörper und einer Wirksubstanz, die nach Erreichen des Ziels vor Ort freigesetzt wird. Eine geniale Konstruktion, falls sie wie vorgesehen funktioniert.

T-DXd erwies sich in der **Destiny-Breast03-Studie** – Annals of Oncology (2021) 32 (suppl_5): S1283-S1346. 10.1016/annonc/annonc741 – als hochwirksam. Das mittlere Überleben ohne Krankheitsfortschritt (PFS - progressive free survival) war gegenüber dem bisherigen Standard Trastuzumab-Emtansin (T-DM 1) nahezu verdoppelt. Auch die Gesamtansprechrate, der Anteil der Patientinnen, die komplett oder teilweise auf ein Medikament ansprechen, lag bei T-DXd weit über den Ansprechraten unter T-DM 1 [4].





Cannabis bei Nebenwirkungen

Ein US-amerikanisches Forscherteam wollte in der **Coala-T-Cannabis Survey Study** herausfinden, ob Brustkrebspatient*innen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung medizinisches Cannabis einsetzen und unter welchen Umständen sie das tun. Das Ergebnis der anonymen Online-Befragung ist erstaunlich.

Vier von zehn Patient*innen, also nahezu die Hälfte, greifen in den USA auf Cannabis zur symptomatischen Linderung behandlungsbedingter Nebenwirkungen wie Schmerzen, Schlaflosigkeit, Angstzustände, Stress, Übelkeit und Erbrechen zurück.

79 Prozent nutzen Cannabis auch im Verlauf der aktiven Behandlung mit Chemotherapien, endokriner und Immuntherapie, Bestrahlungen und Operationen, und die Hälfte der Befragten glaubte, Cannabis könne sogar direkt gegen Krebs wirken. Nicht bewusst war den Nutzern die Gefahr von Arzneimittelinteraktionen und möglichen Verunreinigungen der verwendeten Produkte.

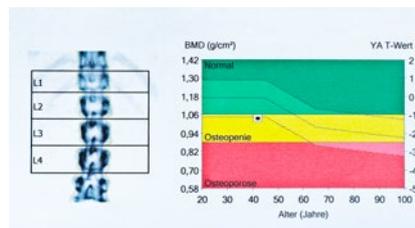
Nur 39 Prozent diskutierten jedoch mit ihren Ärzt*innen darüber. Die Mehrheit war der Meinung, man solle Cannabis als pflanzliches Medikament betrachten, als ein natürliches Produkt, das besser sei, als „Chemie“ und der Nutzen die Risiken übersteige.

Die Studie wurde vor kurzem in „Cancer“ veröffentlicht. [5]

Eine prospektive israelische Studie aus dem Jahr 2018 zur Sicherheit und Wirksamkeit von medizinischem Cannabis mit nahezu 3.000 Krebspatient*innen belegte die Linderung einer Reihe von Symptomen unter Cannabiskonsum. Besonders erwähnt wurde das Absetzen von Opioiden bei mehr als einem Drittel und eine Dosisreduktion bei zehn Prozent der Patient*innen.

Das Fazit der Autor*innen: „Cannabis zur Symptomlinderung scheint eine gut verträgliche, effektive und sichere Möglichkeit zu sein, Patient*innen bei der Bewältigung krebserkrankter Symptome zu unterstützen“ [6].

Nutzen und Risiko



Knochendichtemessung

In der **SALSA-Studie** - „Secondary Adjuvant Long Term Study With Arimidex“ der „Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group“ wurden an 75 Zentren in Österreich 3.484 postmenopausale Patientinnen mit hormonpositiven Tumoren auf eine 2-jährige oder 5-jährige Verlängerung der endokrinen Therapie randomisiert.

Standard war bei hormonpositiven Tumoren zunächst eine fünfjährige Antihormontherapie mit Tamoxifen oder ein Wechsel nach zwei Jahren auf einen Aromatasehemmer. Da nach fünf Jahren die Rückfallgefahr jedoch nicht gebannt ist, sondern auch später Rezidive auftreten können, wurde zur Prognoseverbesserung

eine Verlängerung der Antihormontherapie auf sieben oder zehn Jahre untersucht. Die Ausdehnung des Hormonentzugs verschlechterte jedoch die Therapieverträglichkeit. Die lang andauernde Östrogenblockade führte zu Osteoporose und erhöhte das Risiko für Knochenbrüche.

Bei postmenopausalen Patientinnen mit niedrigem Rückfallrisiko erbrachte eine Verlängerung der Antihormontherapie über sieben Jahre hinaus damit keinen Zusatznutzen: *New England Journal of Medicine* (NEJM 2021; DOI: 10.1056/NEJMoa2104162).

Krankheitsfreies Überleben ...

... lässt sich auch mit einem höheren Nussverzehr fördern, so eine kürzlich im „International Journal of Cancer“ veröffentlichte Studie [7].

Studienteilnehmerinnen waren 3449 Brustkrebspatienten aus der Shanghai Breast Cancer Survival Study, die die ersten fünf Jahre nach Diagnose überlebt hatten. Mittels eines validierten Verzehrshäufigkeitsfragebogens wurde ihr Nusskonsum erfasst. Bei Patientinnen, die ursprünglich im Frühstadium (I oder II) diagnostiziert worden waren, zeigte sich nach weiteren fünf Jahren Beobachtungszeit, also zehn Jahre nach Erstdiagnose, in Abhängigkeit von der verzehrten Nussmenge ein verbessertes krankheitsfreies und Gesamtüberleben.

Quellen:

- [1] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33151266/>
- [2] <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2773104>
- [3] <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Was-bringt-Liquid-Biopsy-bei-Brustkrebs-422701.html>
- [4] <https://www.ajmc.com/view/in-her2-mbc-trastuzumab-deruxtecan-slashes-risk-of-disease-progression-death-by-72-vs-t-dm1>
- [5] <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.33906>, es besteht freier Zugang, ein PDF-Download ist möglich
- [6] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29482741/>
- [7] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijc.33824> (Freier Zugang, PDF downloadbar)



Sonderforschungsbereich

Krebszellen entfliehen Immunzellen

Seit 1. Juli 2021 fördert die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) den Sonderforschungsbereich SFB 1479: „OncoEscape – Onkogen getriebener Immun Escape“ für die folgenden vier Jahre mit knapp 11 Millionen Euro. Forschungsinhalt ist die Aufklärung der Umstände, unter denen Krebszellen sich dem Immunsystem entziehen können.

„Unser Immunsystem ist die wichtigste Waffe im Kampf gegen Krebs. Im neuen Forschungsbereich wollen wir verstehen, wie es Krebszellen gelingt, dem Immun-

system zu entkommen - und wie sich dies verhindern lässt. Ich bin sehr zuversichtlich, dass sich mit diesem Wissen neue, nachhaltig wirksame Krebstherapien entwickeln lassen“, so Prof. Dr. Robert Zeiser, Leiter der Abteilung für Tumorimmunologie und Immunregulation der Klinik für Innere Medizin I am Universitätsklinikum Freiburg und Sprecher des Sonderforschungsbereichs.

Wie häufig sich Zellen teilen wird in normalem Gewebe durch fördernde Onkogene und hemmende Tumorsup-

pressorgene exakt kontrolliert. Sind die Onkogene jedoch überaktiv, oder die Tumorsuppressorgene beeinträchtigt, entsteht ein Ungleichgewicht, und eine normale Zelle wird zu einer sich unkontrolliert teilenden Krebszelle.

Während dieser Abläufe kann eine Tumorzelle Mechanismen entwickeln, um für das Immunsystem unsichtbar zu werden, oder gar die Immunzellen stumm zu schalten. Sie entkommt so dem Immunsystem (Immun-Escape), dessen Aufgabe ja auch die Beseitigung schadhafter Zellen umfasst.

Die „Krebs-Intelligenz“ ist hier deutlich zu erkennen. Wünschen wir deshalb den Forschenden, die Krebszellen zu „durchschauen“ und dem Immunsystem klare Sicht zu verschaffen. *(von Gertrud Rust)*

Quelle:

<https://www.pr.uni-freiburg.de/pm/2021/elf-millionen-euro-fuer-forschung-zu-neuartigen-krebstherapien>



Sehr erfreulich

Weitere Gentests Kassenleistung

Nach der Zulassung des Oncotype DX® im Jahr 2019 wurden im Juli 2021 nun drei weitere Genexpressionstests in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Hinzu kamen der EndoPredict®, der MammaPrint® und Prosigna®.

Ärztinnen und Ärzte können somit auf vier Testverfahren zur Ermittlung des Rückfallrisikos bei Brustkrebs zurückgreifen und mit den Kassen abrechnen.

Die Tests können eingesetzt werden bei hormonpositiven, HER2neu-negativen Tumoren ohne Befall von Lymphknoten und dienen als Entscheidungshilfe, wenn aus den konventionellen klinischen Tumoreigenschaften keine eindeutige Aussage abgeleitet werden kann, ob der Nutzen einer Chemotherapie mögliche Nachteile

wie Nebenwirkungen und Spätschäden überwiegt.

Ausschlaggebend ist das individuelle Rückfallrisiko der einzelnen Patientin, das sich aus einer Reihe von Tumorgenen mit mehr oder weniger Aktivität (Expression) ableitet. Dieses Expressionsmuster definiert, mit welcher Wahrscheinlichkeit mit Metastasen gerechnet werden muss.

Am Kongress der American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2021 wurden weitere Daten zum MammaPrint® präsentiert. In der NSABP B-42 Studie hatte sich gezeigt, dass der MammaPrint® überdies eine

Untergruppe von Patientinnen identifizieren konnte, denen eine verlängerte Antihormontherapie Vorteile erbringen könnte: https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2021.39.15_suppl.502.

Als Betroffene hoffen wir nun, dass die Ärzteschaft das erweiterte Test-Angebot zum Nutzen der Patientinnen rege nutzt und somit die personalisierte Onkologie nachhaltig fördert. *(von Gertrud Rust)*



Amigurumi

Foto: Anja Eisert, privat



Es ist ein Karzinom.“ Im Oktober 2019 hat sich mein Leben, durch diese vier Worte meines Gynäkologen, von einem Tag auf den anderen schlagartig verändert.

Zu diesem Zeitpunkt war ich 37 Jahre alt, und Brustkrebs hatte ich wahrlich nicht auf dem Schirm. Nach anfänglicher Schockstarre und Fassungslosigkeit nahm ich die bisher größte Herausforderung meines Lebens an und entschied mich für 16 Zyklen Chemotherapie, 18 Zyklen Antikörpertherapie, eine Operation, 35 Bestrahlungen und eine Anschlussheilbehandlung. „Ich will leben! – Ich habe doch noch so viele Pläne!“, sagte ich mir immer wieder aufs Neue.

Ein Jahr später waren die kräftezehrenden Therapien und die damit verbundene emotionale Achterbahnfahrt weitestgehend abgeschlossen. Erfolgreich! Voller Dankbarkeit, Demut und Freude kann ich seither und hoffentlich auch in Zukunft sagen: „Ich bin krebsfrei!“ Welch' ein Geschenk!

Ich spürte meinen Lebenshunger so intensiv wie nie zuvor! Nichts mehr aufschieben, auf nichts mehr warten, sich wieder ins Leben werfen, endlich wieder daran teilhaben, das Leben genießen und jede wertvolle Sekunde auskosten wollen – ich war bereit!

Doch die weltweit herrschende Corona-Pandemie machte meinen ambitionierten Plänen einen Strich durch die Rechnung. Statt sich nun endlich wieder

ins Leben zu stürzen, war im Herbst 2020 soziale Isolation angesagt.

Als ich eines Abends „social-distancing“-frustriert durch meine Wohnung streunte, fiel mir ein Häkelbuch in die Hände, welches ich kurz vor meiner Krebsdiagnose erworben hatte. Der Trend aus Japan, sogenannte „Amigurumi“ (kleine gehäkelte Kuscheltiere), hatte mich seinerzeit neugierig gemacht. So erarbeitete ich mir damals bereits die handwerklichen Häkelgrundlagen - bis zum Tag meiner Krebsdiagnose.

In den langen Monaten der Krebstherapie hatte ich das Häkeln, nach einigen gescheiterten Versuchen, nicht weiterverfolgt. Die Therapie hatte Spuren hinterlassen: Längeres Konzentrieren auf einen Film, ein Buch oder gar eine aufwendige Häkelanleitung waren für mich unmöglich geworden. Mein Kopf fühlte sich an, als hätte ihn jemand mit Watte gefüllt. Meine Aufmerksamkeitsspanne glich der einer Zweijährigen.

Nun, beim erneuten Durchblättern des Buches, kribbelte es in meinen Fingern. Diesmal waren es nicht die Nachwehen der Chemotherapie. Vielmehr verspürte ich wieder den Wunsch, kreativ zu arbeiten. Einen Versuch war es Wert, am Hobby von damals anzuknüpfen. Ich kramte Häkelnadel und Garn heraus und begann feste Maschen in einen „magischen Fadenring“ zu häkeln. Es dauerte eine Weile, bis ich die handwerklichen Basics wieder beherrschte, aber bald feierte ich erste motivierende Erfolge. Die Zeitfenster, in

denen ich konzentriert an meinen Werkstücken arbeiten konnte, wurden größer. Das machte mir Mut! So trainierte ich ganz unwillkürlich meine grauen Zellen, und die Abende in der häuslichen Isolation wirkten nicht weiter langweilig. Das erste Amigurumi - ein Pandabär - wuchs und wuchs. Versunken in die kreative Arbeit, angespornt durch das stetig wachsende Werk, häkelte ich Abend für Abend. Das konzentrierte Werkeln strengte mich immer weniger an. Eher konnte ich beim Häkeln die Welt um mich herum vergessen und meditative Ruhe und Entspannung finden.

Fasziniert von der Lebendigkeit des kleinen Wesens, welches ich zum Leben erweckte, schuf ich im Winter 2020/2021 einen kleinen Häkeltierzoo. Zum Pandabären gesellten sich Koala, Hummer, Alpaka, Fledermaus, Esel, Ameisenbär und Affe, es wurden immer mehr.

Das Häkeln schenkt mir seither große Freude und Inspiration, es ist meine ganz persönliche „Mut-mach“-Quelle geworden. Die kreative Handarbeit ließ mich in kleinen Schritten zu geistiger Stärke zurückfinden. Die trostlosen, von sozialer Isolation geprägten Monate der Pandemie wurden von nun an ideenreich, bunt und kurzweilig.

Meine Amigurumis machen mir und auch anderen Mut. Ich verschenke sie gerne an liebe Menschen und kann damit gerade in Zeiten von „social-distancing“ ausdrücken: „Ich denk' an Dich und hab' Dich lieb.“

Endlich Zeit für ein Gespräch - Dass CCC-Integrativ Projekt Freiburg

Beratung zu naturheilkundlich-komplementären Verfahren

VON DR. MED. ALJA BATTRAN Universitätsklinikum Freiburg, Innere Medizin I, CCC-Integrativ Projekt

Gibt es etwas, das ich selbst tun kann, um wieder gesund zu werden?“ oder „Was kann ich tun, um meine Erkrankung positiv zu beeinflussen und mit den Therapienebenwirkungen besser umgehen zu können?“

Diese oder eine vergleichbare Frage beschäftigt jede Krebspatient*in. Natürlich möchte jede(r) Betroffene alles Menschenmögliche tun, um den Krebs zu heilen oder möglichst lange gut damit zu leben. Neben den schulmedizinischen Therapien gibt es unzählige komplementärmedizinische Verfahren / Substanzen / Diäten, die möglicherweise zur Tumorheilung oder zur Behandlung von Nebenwirkungen beitragen können. Wie aber finde ich als Krebspatient*in heraus, was bei mir helfen könnte, und woher weiß ich, ob sich diese Therapie mit meiner konventionellen Tumorthherapie verträgt?

Die Rolle der Komplementärmedizin

Hier beginnt das CCC-Integrativ Projekt. Wir bieten an vier Comprehensive Cancer Centers in Baden-Württemberg, den Universitätskliniken Tübingen, Heidelberg, Frei-

burg und Ulm, kostenfreie Beratungen zu ergänzenden naturheilkundlich-komplementären Maßnahmen an. Jede(r) teilnehmende Patient*in erhält drei ausführliche und individuelle Beratungen.

Das Außergewöhnliche an diesen Beratungen ist, dass zwei Personen, jeweils ein Arzt oder eine Ärztin und eine Person aus der Pflege eingebunden sind. Bei der ersten Beratung können wir uns 45 Minuten Zeit nehmen, und gemeinsam fast eine Stunde Zeit zu haben ist aus unserer Erfahrung ein enormes Geschenk in dieser schnelllebigen Zeit.

Um individuell beraten zu können, beginnen wir damit, die Ratsuchenden kennen zu lernen und herauszufinden, was für sie im Vordergrund steht. Um ganzheitlich zu beraten, fragen wir außer nach Beschwerden und Therapien auch nach dem sozialen Umfeld, nach psychischen Belastungen, nach Vorerfahrungen und nach der Lebenseinstellung der Ratsuchenden.

Im zweiten Schritt suchen wir gemeinsam nach Maßnahmen für eine comple-

mentärmedizinische und pflegerische Unterstützung, um die Patient*innen in ihrer individuellen Situation versorgen zu können.

Manchmal sind es die Nebenwirkungen der Chemotherapie oder der Wunsch durch naturheilkundlich-komplementäre Verfahren unterstützend auf die onkologische Behandlung einzuwirken. Oft stehen auch psychische oder soziale Aspekte im Vordergrund. Es ist uns sehr wichtig, dass die Ratsuchenden Raum und Zeit haben über alles zu sprechen, was sie in dieser herausfordernden Zeit beschäftigt.

Worauf baut die Beratung auf?

Die drei Grundsäulen unserer Beratungen sind Ernährung, Bewegung und Entspannung. Zu diesen drei Bereichen gibt es viele Studien, die einen positiven Effekt auf die Lebensqualität und bestimmte tumorassoziierte Symptome zeigen konnten. Deshalb sind sie je nach Wissensstand und Vorerfahrung der Betroffenen Bestandteil jedes unserer Gespräche. Wir möchten unseren Patient*innen aufzeigen, dass oft kleine Veränderungen oder Maßnahmen der Anfang zu einem bewussteren Umgang mit sich und dem Tumor sein können.





Unsere Erfahrung zeigt, dass Entspannung, eine wichtige Säule des Gesundheits, oft unterschätzt wird. Dabei gibt es inzwischen etliche Studien, die zeigen konnten, dass Menschen in einem entspannten Zustand ein stärkeres Immunsystem aufweisen. Außerdem wirkt Entspannung unterstützend bei vielen erkrankungs- oder therapiebedingten Beschwerden.

Auch in Bezug auf körperliche Bewegung sind sich die Untersuchungen einig. Es konnte gezeigt werden, wie effektiv sie dabei hilft, Therapienebenwirkungen oder auch die tumorassoziierte Fatigue, einen belastenden Erschöpfungszustand, geringer zu halten und dass regelmäßige Bewegung den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst.

Auch die dritte Säule, die Ernährung, ist ein Bereich, den Patient*innen gut selbst beeinflussen können. Nicht nur bei Krebspatienten weiß man, wie hilfreich es ist, sich ausgewogen und gesund zu ernähren. Studien belegen, dass dazu keine Krebsdiäten oder Nahrungsergänzungsmittel erforderlich sind. Um unseren Körper zu stärken und zu unterstützen, braucht er eine pflanzenbasierte abwechslungsreiche Kost und möglichst viel Freude am Essen.

Haben Patient*innen Fragen zu konkreten alternativen oder ergänzenden Tumorthérapien, wie zum Beispiel der Hyperthermie, der Misteltherapie und anderen Behandlungen, informieren wir sie über die aktuelle Studienlage und helfen so bei der Entscheidung für oder gegen eine solche zusätzliche Maßnahme. Wichtig ist uns dabei immer, dass wir uns nicht als Alternative zur Schulmedizin sehen. Wir arbeiten ergänzend und verfolgen das Ziel, das Beste aus beiden Welten zusammen zu bringen. Weiter versuchen wir, mögliche Risiken einer Kombination verschiedener Therapieansätze zu erkennen und aufzuzeigen. Unterstützt werden die Beraterteams dabei durch eine große und stetig wachsende Wissensdatenbank zu komplementärmedizinischen Verfahren

sowie durch die Vernetzung der einzelnen Tumorzentren.

Um die Durchführung bestimmter Maßnahmen wie Wickel, Salben-/Ölaufgaben, Fußbäder oder Duftsticks erklären zu können, haben wir einige Materialien, wie zum Beispiel Öle, Salben oder Tees vor Ort. So können wir zeigen, wie Aromaöle gemischt und daraus Ölaufgaben hergestellt und wie Einreibungen durchgeführt werden. So können die Ratsuchenden die Aromaöle selbst riechen und aussuchen.

Auch verschiedene Akupressurpunkte können wir erklären und mit Samenplaster markieren. Auf sogenannten Infozepten, kurzen schriftlichen Informationen, die wir den Ratsuchenden für zu Hause zum Nachlesen mitgeben, sind die von uns empfohlenen Maßnahmen bildlich und mit Text beschrieben.

Zum Schluss erstellen wir einen ausführlichen Beratungsbrief, um das Besprochene zusammenzufassen. So können die Ratsuchenden nachlesen, was empfohlen wurde und diese Empfehlungen auch an ihre behandelnden Ärzte und Ärztinnen, Hausärzt*innen oder Onkolog*innen weitergeben.

Bisherige Erfahrungen

Wir haben bis jetzt schon viele Beratungen durchgeführt und sind alle sehr dankbar über die Erfahrung, sich gemeinsam Zeit nehmen zu dürfen, die Bedürfnisse der Betroffenen miteinander zu ordnen, offene Fragen zu formulieren und oft auch zu klären.

Wenn wir uns am Ende unserer drei Beratungen endgültig von den Patient*innen verabschieden müssen, steht häufig der Wunsch nach einer Fortsetzung und längerfristigen Betreuung im Raum. Auch das ist eines der Ziele des CCC-Integrativ-Projekts. Es wäre schön, jeder Patientin und jedem Patienten regulär

eine solche Unterstützung anbieten zu können. Besonders deshalb, weil immer mehr Untersuchungen zeigen, wie wichtig es ist, Krebspatient*innen Wege aufzuzeigen, wie sie selbst aktiv werden und etwas zu ihrer Krebstherapie und ihrer Stärkung beitragen können.

Wir jedenfalls vom CCC-Integrativ-Beraterteam sind schon sehr gespannt auf alle weiteren Beratungen, die noch folgen und freuen uns bei Interesse an einer Studienteilnahme über die telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme.

Teilnahmevoraussetzung ist eine Tumorerkrankung, die vor weniger als sechs Monaten diagnostiziert wurde, oder bei der es vor weniger als sechs Monaten zu einem Rezidiv – einem Wiederauftreten der Erkrankung – oder zu einem Progress – einem Fortschreiten der Erkrankung kam. Außerdem sollten Sie an einem der vier Comprehensive Cancer Centers Tübingen, Heidelberg, Ulm und Freiburg in Behandlung und älter als 18 Jahre alt sein.

INFORMATIONEN UND KONTAKT

<https://www.uniklinik-freiburg.de/cccf/krebs-webweiser/stichworte-k-m/komplementaermedizin.html>

● Standort Freiburg

Telefon: 0761/27034973, E-Mail: med1.studie.ccc.integrativ@uniklinik-freiburg.de

● Standort Heidelberg

Telefon: 06221/5632057, E-Mail: ccc-integrativ-redcap@med.uni-heidelberg.de

● Standort Tübingen

Telefon: 07071/2985112, E-Mail: ccc-integrativ@med.uni-tuebingen.de

● Standort Ulm

Telefon: 0731/50053544, E-Mail: integrativ.chirurgie1@uniklinik-ulm.de



Die Onkologische Tagesklinik am Klinikum Bamberg

Integrative Medizin und Naturheilkunde

VON JOST LANGHORST, RALF REISSMANN, ANDREA LANGHORST

Brustkrebspatientinnen brauchen die beste individuelle Behandlung. Am Klinikum der Sozialstiftung in Bamberg wird eine konventionelle onkologische Versorgung auf höchstem Niveau angeboten. Angesichts umfangreicher Diagnostik und teils invasiven Therapien mit oft nachfolgender Erschöpfungssymptomatik wünschen sich viele Menschen darüber hinaus aber eine ganzheitliche Begleitung.

Unsere Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde mit dem Schwerpunkt Integrative Onkologie möchte Patientinnen unterstützen, ihren eigenen Weg mit der Erkrankung zu finden. Denn Brustkrebs ist nicht gleich Brustkrebs, sondern eine Krankheit mit vielen Facetten.

Was bedeutet Integrative Onkologie?

Integrative Onkologie beinhaltet die Nutzung von Arzneimitteln und Therapieverfahren wissenschaftlich geprüfter Naturheilkunde und Komplementärmedizin zur Minderung von Nebenwirkungen, zur Verbesserung der Lebensqualität sowie zur Prävention vor und nach Krebs. Das von uns praktizierte Konzept der Integrativen Onkologie ist evidenzbasiert, ersetzt **nicht** die onkologische Therapie, sondern ergänzt sie.

Die „Integrative Medizin“ wurde Mitte der 90er Jahre in den USA begründet. Anlass war eine Erhebung der Harvard Medi-

cal School, die belegte, dass bereits jeder dritte Patient unkonventionelle Therapien nutzt (Foster C, 1993).

Entscheidende Impulse erhält die Integrative Medizin aus der Onkologie, denn ein Großteil der Patienten fragt nach ergänzenden Therapien. Eine Zusammenfassung von Umfrageergebnissen der letzten dreißig Jahre zeigt weltweit, dass sich etwa 40 Prozent der Krebspatienten zu irgendeinem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs Behandlungen der Komplementär- und Alternativmedizin unterzogen. Dieser Anteil stieg beständig an, und in Abhängigkeit von der Tumorart umfasst er heute vermutlich mehr als die Hälfte der Betroffenen (Horneber M, 2012). Bei Brustkrebspatientinnen können es bis zu 80 Prozent sein. Als Gründe gelten somatische und psychische Belastungen und der Wunsch, sich aktiv am Therapieablauf zu beteiligen (Davidson R, 2005).

Das Bamberger Konzept ...

... orientiert sich am sogenannten „Essener Modell“ (Lehrstuhl für Naturheilkunde an der Universität Duisburg-Essen, Kliniken Essen-Mitte) und umfasst drei Medizin-Systeme:

1. Wissenschaftlich geprüfte Naturheilkunde / Komplementärmedizin
2. Konventionell bewährte Medizin/ „Schulmedizin“

3. Ordnungstherapie / Mind-Body-Medizin (MBM), Lebensstilveränderung

Neben der unterstützenden Mitversorgung für Patientinnen der gynäkologischen Onkologie mit längeren stationären Aufenthalten bieten wir eine besondere Form der Therapie an – **die integrativ-naturheilkundliche Tagesklinik für onkologische PatientInnen**.

Die Entwicklung des tagesklinischen Konzeptes erfolgte in enger Zusammenarbeit mit zwei renommierten Institutionen in den USA. So wurden wesentliche Anteile des onkologischen Behandlungsprogrammes der Harvard Universität Boston, Mind-Body Medical Institut, sowie Kernelemente des supportiven onkologischen Programmes der Stanford Universität, Abteilung für Behavioral-Medizin, implementiert.

Diese Programme wurden an deutsche Versorgungsstrukturen angepasst, ergänzt um Elemente der klassischen Naturheilverfahren und Lebensstilmedizin (Ordnungstherapie nach Kneipp). Anfang 2019 begann das Klinikum Bamberg unter ärztlicher Leitung von Prof. Dr. med. Jost Langhorst, Lehrstuhl für Integrative Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen, mit dem Aufbau der Klinik „Integrative Medizin und Naturheilkunde“.

Das innovative Programm kann in seiner konzeptionellen inhaltlichen Ausgestal-





tung derzeit weder im ambulanten noch im rehabilitativen Bereich in Deutschland durchgeführt werden. Standorte sind das Klinikum Bamberg, die Klinik Essen-Mitte, das Immanuel-Krankenhaus Berlin und das Robert-Bosch Krankenhaus Stuttgart.

Im Rahmen dieser Behandlung werden theoretische und praktische Aspekte aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Krankheitsbewältigung und Ordnungstherapie gelehrt und unter Anleitung eines multidisziplinären, von Ärzten geführten Teams auf die individuelle krankheitsbedingte und psychosoziale Situation des Patienten zugeschnitten. Bisherige Erhebungen der kooperierenden Kliniken der Harvard Universität und der Massachusetts Universität konnten belegen, dass so etwa 70 Prozent der Patienten einen gesundheitsfördernden Lebensstil und naturheilkundliche Verfahren im Alltag umsetzen konnten.

Die im Abstand einer Woche 11 Termine der Tagesklinik sehen an jedem Termin eine Abfolge von Behandlungs- und Informationsschwerpunkten vor. Ein Termin dauert mit Mittagspause sechs Stunden.

Das multidisziplinäre therapeutische Team umfasst spezialisierte Ärzte, Psychologen, Ökotrophologen, Sozialpädagogen, Sportpädagogen und Gesundheitspädagogen mit Zusatzausbildung und teils langjähriger Erfahrung in Mind-Body-Medizin.

Praktische Übungen und theoretische Inhalte werden in einer an den Heilungs-/ Krankheitsverlauf des Patienten angepassten Reihenfolge verbunden. Die Einheiten bauen aufeinander auf, daher ist die Teilnahme an allen Terminen und Themen vorgesehen.

In unserem integrativ-onkologischen Programm wird entsprechend den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) mit Verfahren der Mind-Body-Medizin, der Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) behandelt, die nachweislich einen positiven Effekt auf Lebensqualität und Prognose der Patientin haben (Zainal et al. 2012; Piet et al. 2012, Matchim et al. 2012).

Therapie-Einheiten

- 1. Bewegungstherapie:** Praktische und theoretische Schulung in (Nordic) Walking, Yoga, Qi Gong, Atemtherapie.
- 2. Ernährungstherapie:** Schulungen und Lehrküche zur krankheitsspezifischen Ernährungstherapie mit Kostoptimierung unter Chemotherapie, bei Malabsorption oder Gewichtsverlust sowie spezifischen Unverträglichkeiten. Sekundär präventive optimierte Ernährung im Sinne einer mediterranen Vollwerternährung. Nahrungsergänzungsmittel werden entsprechend der AGO Leitlinie nicht empfohlen, es sei denn, es besteht ein nachgewiesener Mangel.
- 3. Stressreduktion und Entspannungsverfahren:** Erkennung von Stressinduktion im Alltag, im Beruf und im Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf. Systematisches und strukturiertes Üben von Stress-Coping, unterstützt durch Entspannungsverfahren wie progressive Muskelrelaxation, Meditation, Atemübungen, Qi Gong, Imagination sowie Achtsamkeit.
- 4. Kneipp'sche Therapie:** Hilfe zur Selbsthilfe bei krankheits- bzw. therapieinduzierten Beschwerden. Zum Einsatz kommen Güsse, Wickel und Auflagen.
- 5. Krankheitsbewältigung:** Erörterung und Erarbeitung von Aspekten einer verbesserten Krankheitsbewältigung in Form eines verhaltensmedizinisch orientierten Zuganges im Rahmen von Gruppengesprächen.
- 6. Kognitive Restrukturierung:** Vermittlung von Techniken zur kognitiven Restrukturierung, die dazu dienen können, den häufig reaktiven Angstsyndromen und depressiven Entwicklungen entgegen zu wirken.
- 7. Kritische und seriöse Beratung** zu optionalen Methoden der Komplementärmedizin. Durch die wissenschaftliche Recherche und Begleitung werden hierbei stets neueste Erkenntnisse vermittelt.
- 8. Vorträge** zu naturheilkundlichen Selbsthilfestrategien
- 9. Ärztliche integrativ-naturheilkundliche Visite**

Die Integrativ onkologische Tagesklinik findet in einem Gruppensetting statt, sodass die Gruppenunterstützung durch Mitpatientinnen ebenfalls ein wichtiges Element darstellt.

Was kann die Tagesklinik erreichen?

Was sagen die Patienten?

- Sich nicht mehr ohnmächtig fühlen,
- seine Gesundheit selbst mit in die Hand nehmen,
- ein breites Methodenrepertoire zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte erlernen,
- hieraus das Passende für sich wählen und – unterstützt durch die Kraft einer Gruppe – einen gesunden Lebensstil in den Alltag integrieren.

Gerade während der Therapie besteht die Möglichkeit, unerwünschte Nebenwirkungen durch die Stärkung gesundheitspezifischer Faktoren und der Aktivierung persönlicher Ressourcen abzumildern.

Weitere Ziele sind eine Verbesserung der Lebensqualität und die Erhöhung der Therapietreue. Unser Konzept orientiert sich an den aktuellen Empfehlungen der AGO.

Letztendlich möchten wir Patientinnen dabei unterstützen, sich durch einen gesunden Lebensstil über die Therapie hinaus zu stabilisieren, das Risiko einer Wiederkrankung zu reduzieren sowie bei chronischem Verlauf eine Verbesserung der Lebensqualität zu induzieren.



KONTAKT

Zur Prüfung der Indikation / Einweisung in die integrativ-naturheilkundliche Tagesklinik Terminvereinbarung unter 0951/70036280.
Univ.-Prof. Dr. med. Jost Langhorst
Stiftungslehrstuhl für Integrative Medizin der Universität Duisburg-Essen
Chefarzt Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde
Sozialstiftung Bamberg
Klinikum am Bruderwald
Buger Straße 80, 96049 Bamberg
Telefon: 0951/503-11251
Telefax: 0951/503-11259
E-Mail: jost.langhorst@sozialstiftung-bamberg.de
<https://www.sozialstiftung-bamberg.de/klinikum-bamberg/kliniken-und-experten/klinik-fuer-integrative-medicin-und-naturheilkunde/>

Zurück ins Leben im

Brustkrebszentrum Havelhöhe in Berlin

VON GERTRUD RUST

Das traumhaft in bewaldeter Umgebung am Steilufer der Havel zwischen Berlin und Potsdam liegende Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe ist seit 1997 das einzige anthroposophische Krankenhaus Berlins und akademisches Lehrkrankenhaus der Charité in Berlin-Kladow. Das Brustkrebszentrum ist seit dem Jahr 2012 von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert: <https://www.havelhoehe.de/brustkrebszentrum.html>.

Die Anthroposophische Medizin

Nach den Prinzipien der Anthroposophischen Medizin beeinflussen sich Körper, Seele und Geist wechselseitig und bilden eine Einheit. Die individuelle Persönlichkeit und Einzigartigkeit jedes Menschen erfordert auch eine an den individuellen Bedürfnissen der jeweils Betroffenen ausgerichtete Behandlung. Die fokussierte Konzentration auf ein einzelnes erkranktes Organ wird deshalb um eine ganzheitliche Sichtweise erweitert, die das subjektive körperliche Befinden, den seelischen Zustand und die spirituelle Haltung miteinbezieht. Die auf Anerkennung und Respekt aufbauende therapeutische Beziehung rückt so den Menschen in seiner Gesamtheit in den Mittelpunkt.

Da eine Krankheit einen Menschen in seinem ganzen Sein beeinflusst, beson-

ders bei Vorliegen einer schweren oder gar lebensbedrohenden Erkrankung, ist es das Ziel, entweder Wege aus der Krankheit zu finden, oder aber mit ihr leben zu lernen und auch neue Wege für das eigene Sein zu gestalten.

*Auf Anfrage bietet die Klinik eine Ethikberatung an. Diese kann in Anspruch genommen werden bei unterschiedlichen Vorstellungen zwischen Patient*innen und dem Behandlungsteam, zum Beispiel über die Änderung des Therapieziels, bei der Einleitung oder Einstellung einer künstlichen Ernährung, beim Wunsch nach aktiver Sterbehilfe, bei der Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen und dem Umgang mit Patient*innenverfügungen. Dieses Ethikkomitee steht Betroffenen und ihren Angehörigen, Ärzt*innen, Pflegenden und Therapeut*innen zur Verfügung: <https://www.havelhoehe.de/ethikkomitee.html>*

Darüber hinaus setzt sich eine Gruppe von Mitarbeiter*innen im Rahmen des Projekts „Health for Future Havelhöhe“ für eine neue Kultur in der Medizin - eine ökologische und nachhaltige Medizin - ein: <https://www.havelhoehe.de/health-for-future-havelhoehe.html>

Integrative Medizin

Das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe verfolgt einen integrativen Ansatz. Der therapeutische Blick richtet sich hier nicht allein auf ein einzelnes krankes Organ oder gestörte biochemische Wechselbeziehungen, sondern nimmt den ganzen Menschen mit seinem konkreten Lebensumfeld in den Blickpunkt. Individuelle Lebenssituationen, Einstellungen und Bedürfnisse beeinflussen direkt Krankheit und Gesundheit, so das Prinzip. Sie können stärken oder schwächen. Sie können helfen, gesundheitsfördernde Kräfte zu aktivieren, oder diese verbleiben ungenutzt im Verborgenen.

Integrative Therapien können das Selbstheilungspotential, das in jedem Menschen natürlich angelegt ist, aktivieren und schulmedizinische Behandlungen wirkungsvoll unterstützen. Durch eine zielgerichtete Therapiewahl und eine geeignete Kombination verschiedener Behandlungswege eröffnet sich ein umfassendes medizinisches Spektrum mit einer Vielfalt an Möglichkeiten. Angepasst an die Persönlichkeit und Lebenssituation Betroffener, können diese bestmöglich von einem individuell auf sie zugeschnittenen Therapiekonzept profitieren, aktiv zu ihrer Genesung beitragen und ihren persönlichen Weg durch die Krankheit gehen. Patient*in-

nen werden dazu umfassend informiert und in alle Entscheidungen eingebunden.

Das gesamte Behandlungsteam nimmt neben den naturwissenschaftlich-technischen Methoden der Schulmedizin auch die Komplementärmedizin in Anspruch, dazu gehören naturheilkundliche Medikamente, anthroposophische Körper-, Bewegungs- und Kunsttherapien sowie die Ernährungsberatung. „Integrativ zu behandeln bedeutet Selbstheilungskräfte zu stärken, Ressourcen zu aktivieren und Perspektiven über den Klinikaufenthalt hinaus aufzuzeigen.“

Das Brustkrebszentrum Havelhöhe

Auch das Brustzentrum als eine von vierzehn Fachabteilungen der Klinik Havelhöhe ist dem integrativen Ansatz verpflichtet: <https://www.havelhoehe.de/brustkrebszentrum.html>.

Ein besonderes Anliegen ist die medizinische und menschliche Begleitung in einer Lebenssituation, die infolge der Diagnose Krebs von drängenden und angstauslösenden Empfindungen geprägt ist. Die Betreuung erfolgt ab der ersten Diagnose über die Therapie bis hin zur Nachsorge. Bei Verdacht auf eine Brust-erkrankung erfolgt schnellstmöglich eine Terminvergabe zur Abklärung, um die Zeit der Unsicherheit zu begrenzen.

Neben schulmedizinischen Verfahren gemäß den Leitlinien der Fachgesellschaften, wie moderne Bildgebung, brusterhaltende Operation unter Berücksichtigung kosmetischer Ergebnisse, Wiederaufbau nach Mastektomie mit Implantat oder Eigengewebe, dem Tumorboard, einem Genexpressionstest zur Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie, Strahlen-, Antikörper- und Antihormontherapie, steht auch eine psychoonkologische Begleitung zur Verfügung. Zur Stärkung der Selbstheilungskräfte und zur positiven Beeinflussung des Heilungsprozesses kommen die Therapieformen der Anthroposophischen Medizin hinzu.



● **Die Heileurythmie**, eine Bewegungstherapie zur Förderung der Regeneration und zur Stärkung vorhandener Ressourcen. „Das durch die Erkrankung aus der Bewegung Geratene wird harmonisiert und in seinen organischen Fluss zurückgeführt.“ <https://www.havelhoehe.de/heileurythmie-333.html>



● **Die Physiotherapie** mit dem Ziel, Funktionsstörungen im Körper aufzuspüren und den physiologischen, mobilen Zustand wiederzufinden. Die therapeutisch eingeleitete körperliche Aktivität setzt dabei auch den Geist in Bewegung: <https://www.havelhoehe.de/physiotherapie-336.html>



● **Die Maltherapie und das Plastische Gestalten** zum bewertungsfreien Ausdruck des Krankheitsprozesses. Die Freisetzung kreativer Energien ermöglicht dabei Veränderungen auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene: <https://www.havelhoehe.de/kuenstlerische-therapien.html>.



● **Die Rhythmische Massage** soll die Selbstregulation des Körpers anregen sowie körperliche und seelische Spannungen und Blockaden lösen. Die Massagegriffe in einem speziellen Rhythmus stärken nachhaltig die körpereigenen Rhythmen und können bei zahlreichen Beschwerden angewendet werden. Es gibt fast keine Kontraindikationen: <https://www.havelhoehe.de/anthroposophische-massagen.html>

Am Brustkrebszentrum Havelhöhe sollen wir das Vertrauen in den eigenen Körper wiederfinden können und lernen, neue Lebensperspektiven zu entwickeln.



● **Die Musiktherapie**, basierend auf der Einsicht, dass auch ein scheinbar rein organischer Krankheitsprozess eine Entsprechung im Seelischen findet. Die Musiktherapie richtet sich zunächst auf das Seelische: <https://www.havelhoehe.de/musiktherapie-335.html>



KONTAKT

Dr. med. Jessica Groß

Leitung Brustzentrum

Sekretariat: Telefon: 030/36501-398

E-Mail: gyn@havelhoehe.de

Es ging nicht mehr anders Leitlinien für die Komplementärmedizin

VON TRUDE ULLRICH

Im Hinblick auf die Komplementärmedizin war in den vergangenen Jahren wohl tatsächlich eine „Abstimmung mit den Füßen“ zu beobachten. In lebhafter Erinnerung sind die regelmäßig erscheinenden Meldungen darüber, dass immer mehr Patient*innen ergänzende (komplementäre) Heilmethoden in Anspruch nahmen, und fast konnte man das bedenkliche Kopfschütteln der Berichterstatter vor seinem inneren Auge wahrnehmen.

Lange Zeit reagierte die Schulmedizin empfindlich, um nicht zu sagen gereizt, wenn man sie komplementär ergänzen wollte. Das hatte sie doch gar nicht nötig. Was sie tat war schließlich durch Studien im Goldstandard abgesichert. Dieser Studien-Goldstandard beinhaltet in der klinischen Forschung randomisiert kontrollierte Studien (RCTs) für den Beleg von Wirksamkeit und Sicherheit einer neuen Therapie. RCTs dienen der Untersuchung von patientenrelevanten Forschungsfragen, und in der Arzneimittelentwicklung bilden sie die Grundlage für die Zulassungsentscheidungen der Behörden für neue Arzneimittel mit Zusatznutzen. Randomisierte Studien beinhalten die zufällige Zuordnung von Studienteilnehmer*innen in die Experimentalgruppe (Testung eines neuen Arzneimittels) oder in die Kontrollgruppe (Vorgehen nach bisher üblichem Standard). Vordergründig klingt das einsehbar, jedoch erhält man keine Antwort auf die Frage, wieso Pati-

ent*innen, deren Tumor dieselben Eigenschaften aufweist, nicht auch gleichmäßig auf die in randomisiert kontrollierten Studien als wirksam bestätigten Arzneimittel anspricht. Wird dabei die Individualität des Ansprechens auf Arzneimittel vernachlässigt?

Man darf wohl davon ausgehen, dass gerade Patient*innen, die laut kontrollierter Studien eigentlich auf ein neues Medikament hätten ansprechen sollen, sich bei einem Misserfolg komplementären Wegen zugewandt haben. Erinnert sei in diesem Zusammenhang an das Buch des langjährig erfahrenen Onkologen und Psychoonkologen Dr. med. Herbert Kappauf bereits aus dem Jahr 2003: „Wunder sind möglich“. Die Lebensläufe der dort vorgestellten „austherapierten“ Betroffenen mit „unerklärlicher Heilung“ deuteten auf Wirkmechanismen jenseits pharmakologischer Therapien hin.

Auch die Trilogie der selbst an Krebs erkrankten und mit extremen Notsituationen vertrauten Christel Schön: „Alles ist möglich, auch das Unmögliche / Gemeinsam sind wir stark / Wege aus der lauten Stille des Schweigens“ führen uns komplementäre Beiträge zum Heilungsverlauf vor Augen. Die persönlichen Erfahrungsberichte zahlreicher Betroffener zu Bewältigungsstrategien für Körper, Geist und Seele zeigen die Perspektiven durch das Miteinander von Schul- und Komplementärmedizin in einer integrativen Medizin auf, die das

Beste aus beiden Welten zum Wohl des Kranken vereint.

Die neuen Leitlinien

Komplementäre Verfahren werden parallel zur konventionellen Therapie angewendet und unterscheiden sich von alternativen Verfahren dadurch, dass sie den Wert der konventionellen Verfahren nicht in Frage stellen, sondern sich als Ergänzung verstehen. Einen sachlichen Überblick zum Thema Komplementärmedizin liefert das österreichische Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Komplementärmedizin.html>.

Sowohl die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO), als auch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) stellten 2021 Leitlinien zur Komplementärmedizin vor:

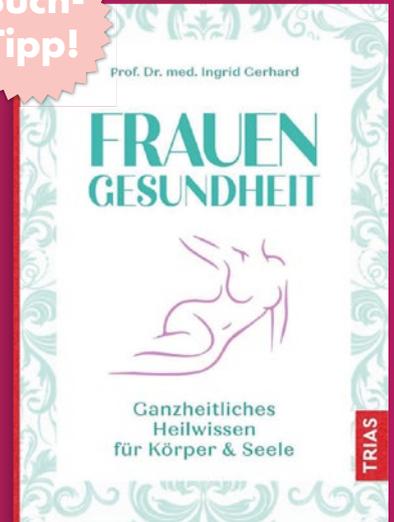
● https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/_leitlinien/kommission_mamma/2021/Einzeldateien/2021D_23_Komplementaermedizin_MASTER_final_20210302.pdf

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

Interessanterweise lautet der Untertitel

Femisanit® Bonasanit®plus

Buch-Tipp!



*Von Prof. Dr. med.
Ingrid Gerhard in der 3. Auflage
Ihres Buches* empfohlen!*



*Kapitel Scheidentrockenheit
S. 225 und S. 226



*Kapitel Prämenstruelles Syndrom
S. 293

bei der AGO zur komplementären Therapie „Survivorship“ - Überleben. Darf man daraus entnehmen, dass nach Einschätzung der AGO komplementäre Heilungsunterstützung einen maßgeblichen Beitrag zum Überleben leistet?

Die AGO stellt ihren Leitlinien zunächst eine prinzipielle Begriffserklärung voraus: Nicht verwechselt werden dürfe die komplementäre Therapie als Ergänzung zur wissenschaftlichen Medizin mit alternativen Therapieansätzen **anstelle** derselben. Davon grenzt sie die „unkonventionellen Methoden“ ab, die in den Bereich „unbewiesene Außenseitermethoden“ fallen.

Eine gute klinische Praxis beinhaltet: „Alle Patienten sollen frühestmöglich und im Verlauf wiederholt zum Interesse an Informationen komplementärmedizinischer Maßnahmen befragt werden und bei Interesse soll auf verlässliche Informationsquellen verwiesen werden.“

Das Leitlinienprogramm Onkologie der DKG erläutert: „Die **hohe Prävalenz der Nutzung** von komplementären und alternativen Methoden sowie die große Anzahl verschiedener Verfahren der komplementären und alternativen Medizin, und die **fehlende Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten** zu den Themen haben zu dem Entschluss geführt, eine evidenzbasierte S3-Leitlinie zu erstellen.“

Die Leitlinieninhalte

Die **AGO-Leitlinien** bewerten Hypnose, Akupunktur, Massagetherapie, Bewegungstherapie, körperliche Aktivität, prophylaktische Lymphdrainage, Yoga, Musiktherapie, Mistellektine und Thymsuspeptide, eine Vielzahl von Nahrungsergänzungsmitteln, die chinesische Medizin, die Sauerstoff-Ozon-Therapie, das Kurzzeitfasten, die Homöopathie, die transkutane elektrische Nervenstimulation, die Hydrotherapie, die MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) und die Ernährungsqualität.

In den **S3-Leitlinien** werden vier Themenbereiche gebildet:

- Medizinische Systeme
- Mind-Body-Verfahren
- Manipulative Körpertherapien
- Biologische Therapie

Der Name „Manipulative Körpertherapien“ scheint sehr unglücklich gewählt, denn der Begriff manipulativ hat einen negativen Bedeutungshorizont.

Gemeint sind hier Therapieformen zur Beeinflussung des Gewebes des Bewegungsapparates, wie beispielsweise Osteopathie, Chirotherapie, Fußreflexzonenmassage und andere.

Zu berücksichtigen ist bei der komplementären Heilergänzung, dass die einzelnen Verfahren individuell und in Abhängigkeit von der Persönlichkeit wirken. Nicht alle Betroffenen können zum Beispiel Yoga, Meditation oder Tai Chi praktizieren, denn diese Methoden erfordern eine erhebliche Fähigkeit zur Konzentration. Und bei psychisch labilen Patient*innen ist die Meditation mit Vorsicht einzusetzen: <https://www.tk.de/techniker/magazin/life-balance/aktiv-entspannen/meditationsexperte-ulrich-ott-interview-2007132>. Dennoch sind die drei Techniken in vielen Fällen bei der Krankheitsbewältigung hochwirksam. Analog der subtypenspezifischen Tumorthherapie ist auch im Komplementärbereich eine personalisierte Therapieauswahl zu treffen, die das subjektive Befinden der Patient*innen berücksichtigt.



Biokanol Pharma GmbH
Kehler Straße 7 · 76437 Rastatt

www.biokanol-frauengesundheit.de

Genau hingeschaut

Wie findet man einen guten Hausarzt?



VON ELISABETH BRÜNSTLER

Eine Hausärztin oder einen Hausarzt als Familienbegleiter, die im Notfall auch noch Hausbesuche machen, wie der Name nahelegt, war in vergangenen Zeiten einmal selbstverständlich. Im Englischen heißt der Hausarzt „Family Physician“ – Familienarzt – eine Bezeichnung, die wesentlich mehr Wertschätzung ausdrückt, denn der „Haus“arzt erinnert sprachlich an die „Haus“frau, die ja bekanntlich auch nicht das höchste Ansehen genießt. Im Gegensatz zum „Haus“herrn, der die organisatorischen Fäden in der Hand hält.

Wortspielereien, die dennoch die Realität beschreiben.

Der Hausarzt stellt die Weichen

Ähnlich wie im Schulbetrieb wird auch im Ärzteswesen verkannt, wer an der maßgeblichen Weichenstellung für zukünftige Erfolge beteiligt ist. So, wie Grundschullehrer durch ihre Expertise besonders in der ersten Klasse die Basis für Lernfreude und die Lust am Wissenserwerb legen, beeinflussen Familienärzte durch ihr krankheitsübergreifendes Wissen Krankheitsverläufe. Dieser Tatsache wurde nicht zuletzt durch die Einführung des „Facharzt für Allgemeinmedizin“ Rechnung getragen. Ähnlich der herablassenden Haltung von Gymnasial- und Hochschullehrern gegenüber Grundschullehrern, ist auch eine Überheblichkeit von Fachärzt*innen und

habilitierten Ärzt*innen an Universitätskliniken gegenüber Allgemeinmediziner*innen zu beobachten.

„Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention (Vorsorge) und Rehabilitation. Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu beraten. Eine der Aufgaben der Allgemeinmedizin ist das **Erkennen von abwendbar gefährlichen Verläufen und diese der entsprechenden fachärztlichen Behandlung zuzuweisen**. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung von chronisch Kranken, insbesondere die Betreuung von Bluthochdruckpatienten und Diabetikern. Für die Familienmedizin mit oft krisenhaften Familiengeschichten und bei den daraus entstehenden psychosozialen Konflikten ist der Hausarzt meistens der erste Ansprechpartner.“

<https://de.wikipedia.org/wiki/Allgemeinmedizin>

Familienärzt*innen sollen also potentiell gefährliche Krankheitsverläufe erkennen und im Bedarfsfall Fachärzt*innen zuziehen. Ob gefährliche Krankheitsverläufe drohen könnten muss aber zunächst erkannt werden, und genau darin besteht die Funktion der Weichenstellung durch Allgemeinärzt*innen bei der Erstvorstel-

lung von Patient*innen in ihrer Praxis: In einer akuten Situation ist die richtige Entscheidung zu treffen. Trotz dieser ihr zukommenden Schlüsselfunktion hat die Allgemeinmedizin jedoch ein Imageproblem:

https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/informationsplattform_versorgungsforschung/akteure/tuminamed_schwpt4.htm

Zwar können Frauen ohne Überweisung ihre Gynäkolog*innen aufsuchen, aber davor steht das durch Laiinnen zu leistende Erkennen erforderlicher fachärztlicher Betreuung.

Das Ideal

Als ich vor mehr als zwanzig Jahren an Brustkrebs erkrankte, bat mich mein Gynäkologe meinem Hausarzt Folgendes auszurichten: Er kümmere sich um die Brust, der Kollege solle bitte Knochen, Leber und Lunge bezüglich möglicher Metastasen überwachen. Das wurde zugesagt, und nie musste ich um entsprechende Kontrollen betteln. Ich erhielt zweimal pro Jahr ein großes Blutbild, inklusive Bestimmung des Vitamin D- und Selenspiegels, und in regelmäßigen Abständen wollte mein Hausarzt mal wieder einen Blick auf meine Lunge, die Leber, oder die Knochen werfen und stellte mir den Überweisungsschein aus. Er bot mir sogar eine Reha in der Kasseler Habichtswaldklinik an, und bis heute bedauere ich meine Ablehnung

dieses traumhaften Angebots. Diese für mich überaus beruhigende und fruchtbare Arzt-Patienten-Beziehung endete mit dem Tod meines Hausarztes, der selbst an Krebs verstarb.

Ich habe eine Nachfolge gefunden, aber der Wiederaufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung erfordert Geduld.

Suche nach ärztlichen Gefähr*innen

Bei einer Krebserkrankung brauchen wir medizinische Gefähr*innen, bei denen wir uns auch jenseits des Gesprächs auf Augenhöhe einmal fallen lassen können und in unserer Verzweiflung aufgefangen werden.

Das „Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin – ÄZQ – eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, bie-

tet Anhaltspunkte, worauf bei der Arztsuche besonders zu achten sei: <https://www.patienten-information.de/checklisten/arztcheckliste#>. Die Checkliste ist downloadbar unter: <https://www.patienten-information.de/medien/checklisten/checkliste-gute-arztpraxis.pdf>.

Sie enthält nichts Unbekanntes, erleichtert jedoch die Orientierung:

- Kann ich die Praxis gut erreichen?
- Werde ich in der Praxis freundlich und respektvoll behandelt?
- Nimmt meine Ärztin/mein Arzt mich und mein Anliegen ernst?
- Werden in der Praxis meine Persönlichkeit und meine Intimsphäre respektiert?
- Erhalte ich eine verständliche und neutrale Aufklärung, Information und Beratung?
- Bekomme ich Hinweise auf weiterführende verlässliche Informationsquellen und Beratungsangebote?

- Bezieht meine Ärztin/mein Arzt mich und meine Wünsche in alle Entscheidungen ein?
- Akzeptiert meine Ärztin/mein Arzt, dass ich im Zweifelsfall eine zweite Meinung einholen möchte?
- Wird in der Praxis der Schutz meiner persönlichen Daten gewahrt?
- Kann ich erkennen, ob meine Ärztin/mein Arzt und das Mitarbeiterteam an Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätsprogrammen teilnehmen?
- Wird in der Praxis auf möglichst große Sicherheit bei meiner Behandlung geachtet?
- Erhalte ich ohne Probleme Zugang zu meinen Patientenunterlagen?
- Kooperiert die Praxis mit anderen Ärztinnen/Ärzten?

Leider fehlt die Frage: Kann ich zu meinem Gegenüber Vertrauen fassen? Fühle ich mich geborgen und getragen?

ANZEIGE

www.biokrebs.de



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

www.biokrebs.de



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

Spendenkonto:
Volksbank
Kurpfalz eG

IBAN DE17 6709
2300 0033 2384 01
BIC GENODE61WNNM

namazone/Mag. 12.2021

Fordern Sie unser Informationsmaterial an (bitte ankreuzen):

Brustkrebs – ganzheitlich und individuell behandeln (Broschüre)

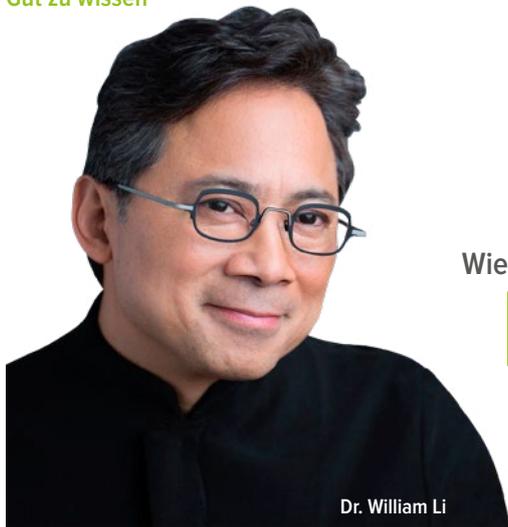
Ganzheitliche Beratung bei Krebs (Faltblatt)

Absender: Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail



Dr. William Li

Wie kann das gelingen?

Richtig essen, länger leben



VON GERTRUD RUST

Wie so oft ist der englische Originaltitel wesentlich eindrücklicher: „Eat to beat disease – Essen, um Krankheiten zu besiegen“, rät uns der international für seine Forschung in der Ernährungsmedizin bekannte Arzt Dr. William Li aus den USA. Verfolgt man deutsche Pressemeldungen, scheint dieser Ratschlag gut begründet.

So traten ab 30. August 2021 in der EU neue Blei-Grenzwerte für Lebensmittel in Kraft: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32021R1317&from=EN>. Kurz darauf folgten Obergrenzen für Cadmium-Werte: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32021R1323>.

„Im Rahmen des europäischen Krebsbekämpfungsplans haben wir uns verpflichtet, den Gehalt karzinogener Inhaltsstoffe weiter zu verringern“, so EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides. Anlass für die neuen erniedrigten Grenzwerte war die Erkenntnis, dass es für giftige und krebserregende Stoffe keine Schwelle gibt, unterhalb welcher Schädigungen für den Menschen sicher ausgeschlossen werden können: www.bmu.de/themen/gesundheit-chemikalien/gesundheit/lebensmittelsicherheit/verbraucherschutz/schwermetalle/blei-in-lebensmitteln-hintergrund.

„Superfoods“ sind gar nicht super

Nachdem Krebspatient*innen unüberhörbar und in bisweilen oft auch Schuldgefühle auslösender Art und Weise ein unge-

sunder Lebensstil als Mitauslöser für eine Krebserkrankung vorgehalten wird, sei die Antwort gestattet: „Essen gehört zum Lebensstil, und erheblich gesünder lebt es sich mit rückstandsfreien Lebensmitteln.“ Dazu kommt die wissenschaftliche Unsicherheit, Grenzwerte für Schadstoffe einzeln festzulegen, ohne deren synergistische

„Essen gehört zum Lebensstil, und erheblich gesünder lebt es sich mit rückstandsfreien Lebensmitteln

Effekte – sich gegenseitig fördernde Wirkung verschiedener Stoffe – zu berücksichtigen (Vortrag Prof. Dr. med. Volker Hanf, Chefarzt der Frauenklinik Nathanstift am Klinikum Fürth mit der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin, am Senologie-Kongress 2017 in Berlin).

Auch die mit intolerabler Klimabilanz umweltschädlich um die halbe Welt transportierten, exotischen und teuer verkauften „Superfoods“, verschiedene Beeren und Samen, können mit Schwermetallen oder anderen Schadstoffen belastet sein: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/lebensmittel/nahrungsergaenzungsmittel/superfood-hype-um-fruechte-und-samen-12292>.

Der Zusatz von „Superfoods“ zu hochverarbeiteten Lebensmitteln macht diese überdies nicht gesünder. Denn ein Weißmehltoast mit eingearbeiteten Chiasamen bleibt ein Weißmehltoast, ob mit oder ohne

Chia, so Prof. Dr. oec. troph. Dr. med. Anja Bosity-Westphal, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM). Auch hoffnungslos überzuckerte „Superfood“-Müsliriegel mit „gesunden Zusätzen“ werden durch letztere nicht bekömmlicher. „Dass sie Superfoods enthalten, darf aus gesundheitlicher Sicht also kein Alibi für den Verzehr hochverarbeiteter Lebensmittel sein“, so Bosity-Westphal.

Weiterhin: „Der Ernährung kommt in der Prävention ein enormes Potenzial zu. Sie beeinflusst nicht nur die Entstehung und den Verlauf vieler chronischer Erkrankungen, sondern leistet durch eine nachhaltige Lebensmittelproduktion auch einen entscheidenden Beitrag für einen gesunden Planeten.“ <https://www.dgem.de/pressemitteilungs-archiv-72020-0>

Hoch verarbeitete Lebensmittel

Über die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Verzehrs hochverarbeiteter Lebensmittel berichtet Dr. Karin Gruber im Wiener Journal für Ernährungsmedizin:

<https://jem.at/2021/startseite-featured/hochverarbeitete-lebensmittel-risiko-unterschatzt/>. Eine französische Forschergruppe fand 2018 in einer großen prospektiven Studie mit über 100.000 Teilnehmer*innen (22.821 Männer und 82.159 Frauen), der NutriNet-Santé Studie, bei einer Steigerung des Verzehrs hochverarbeiteter Lebensmittel um 10 Prozent eine zwölfprozentige Erhöhung des Gesamtkrebsrisikos und eine elfprozentige Erhöhung des Brustkrebsrisikos.



Die Studie läuft seit 2009 und untersucht die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Gesundheit, Diätverhalten und Ernährungsstatus.

Den Forschern zufolge war dies die erste Studie mit dem Thema „Verzehr hochverarbeiteter Lebensmittel und Krebsrisiko – insbesondere dem Brustkrebsrisiko. Obwohl die Verfasser weitere Studien zum vertieften Verständnis und zur Bestätigung ihrer Ergebnisse für erforderlich halten, vermuten sie dennoch, dass eine schnelle Zunahme des Verzehrs hochverarbeiteter Lebensmittel zu einer zunehmenden Belastung durch Krebs und anderer nicht übertragbarer Krankheiten führen kann. Die frei zugängliche Studie wurde im British Medical Journal veröffentlicht und ist downloadbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29444771/>

Dazu passt eine Meldung des Berliner Tagesspiegels vom ersten Juni 2021 mit folgender Schlagzeile: „Wie eine interne Studie Nestlé in Teufels Küche bringt.“ Der Vorstandsvorsitzende der Nestlé Deutschland AG, Marc-Aurel Boersch: „Wir müssen den Kapitalismus neu definieren. Wir müssen die soziale und ökologische Modernisierung der Unternehmen vorantreiben.“

Aus gutem Grund, denn eine interne Studie hatte ergeben, dass 60 Prozent der Nestlé-Produkte ungesund seien und die Firmeneinnahmen zu einem großen Teil auf dem Verkauf der Gesundheit beeinträchtigender Erzeugnisse beruhten. Nebenbei, Nestlé ist der weltweit größte Lebensmittelkonzern, vertreibt eine Vielzahl hochverarbeiteter Lebensmittel und spart weder an Fett, Zucker, Salz und Weißmehl. Immerhin hat man sich wenigstens frühzeitig zum drei-

farbigen Nutri-Score bekannt, eine Orientierung für Verbraucher zur Auswahl bekömmlicherer Lebensmittel. Bei einem Drittel der Nestlé-Produkte ist er schon zu finden, bis Jahresende sollen alle gekennzeichnet sein. Auch wenn's dann rot leuchtet.

Eine Überarbeitung der Lebensmittel sei geplant, aber man müsse auch eine Balance zwischen Gesundheit und Genuss finden, so ein Unternehmenssprecher. Soll

„ Die wirksamste Medizin ist die natürliche Heilkraft, die im Inneren eines jeden von uns liegt

das heißen, gesunde Produkte schmecken nicht und genießen kann man nur die ungesunden? Wir kennen dieses eine gesündere Ernährung behindernde Vorurteil seit langem.

Rat von Dr. William Li

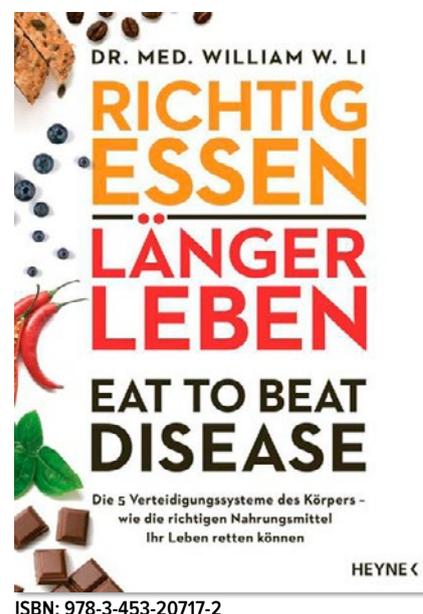
Der Untertitel der amerikanischen Originalausgabe von „Richtig essen - länger leben“ lautet: „Die neue Wissenschaft, wie sich Ihr Körper selbst heilen kann.“ Schon der berühmteste Arzt des Altertums, Hippokrates von Kos, schätzte die Selbstheilungskräfte: „Die wirksamste Medizin ist die natürliche Heilkraft, die im Inneren eines jeden von uns liegt.“

Für William Li ist unsere Gesundheit ein variabler Zustand, der durch eine Reihe von Verteidigungssystemen in unserem Körper geschützt wird. Zwar funktionieren diese eigenständig nebeneinander,

beeinflussen und unterstützen sich aber dennoch gegenseitig. Und jedes dieser Verteidigungssysteme unterliegt dem Einfluss unserer Ernährung, so Li.

Er tritt in den USA in bekannten Rundfunk- und Fernsehsendungen auf, und an seiner regelmäßig stattfindenden Videokonferenz mit dem Thema: „Wie können wir essen, um Krebs auszuhungern?“ nehmen über 11 Millionen Zuschauer teil. Er ist Mitbegründer der US-amerikanischen gemeinnützigen „Angiogenesis Foundation“, die er lange Jahre leitete. Seine Publikationen erscheinen in angesehenen Wissenschaftsjournalen wie Science, dem New England Journal of Medicine, The Lancet, und er hat Lehraufträge an renommierten Instituten wie der Harvard Medical School, der Tufts University und der Dartmouth Medical School.

Und dieser Wissenschaftler spricht davon, Krebs auszuhungern? In Deutschland hörte ich vor gar nicht allzu langer Zeit:



ISBN: 978-3-453-20717-2

„Bevor Sie Ihren Krebs ausgehungert haben, sind Sie selbst verhungert.“

Was lernen wir?

William Li betrachtet fünf natürlich angelegte körpereigene Verteidigungssysteme als wesentlich für den Erhalt oder die Wiedergewinnung von Gesundheit.

● Die Angiogenese (Neubildung von Blutgefäßen):

Blutgefäße sorgen für den Sauerstofftransport zu allen Zellen und Organen und versorgen sie mit Nährstoffen. Soja, grüner Tee, Kaffee, Tomaten, Rotwein, Bier und auch Hartkäse können das Angiogenese-System stärken.

● Die Regeneration:

Unser Körper erneuert sich täglich selbst durch die Ausschüttung von rund 750.000 Stammzellen, die unser Körpergewebe instand halten, reparieren und es kontinuierlich auffrischen. Einige Lebensmittel wie dunkle Schokolade, schwarzer Tee und Bier können die Regeneration mobilisieren, andere, wie zum Beispiel die blaue Kartoffel, können Stammzellen vernichten, die das Krebswachstum fördern.

● Das Mikrobiom und die Darmflora:

Es beinhaltet die fast 40 Billionen Bakterien, die aus den zugeführten Nahrungsmitteln gesundheitsfördernde Stoffwechselprodukte bilden, das Immunsystem überwachen, die Angiogenese beeinflussen und an der Produktion bestimmter Hormone beteiligt sind. Kimchi (milchsauer vergorenes Gemüse), Sauerkraut, Cheddarkäse und Sauereigbrot unterstützen das Mikrobiom.

● Der DNA-Schutz:

Unser Erbgut wirkt als Verteidigungssystem, da es über eindruckliche Selbstreparaturmechanismen zum Schutz vor Schäden durch äußere Einflüsse verfügt. Bestimmte Lebensmittel können nicht nur diese Reparaturfunktion anregen, sondern auch schädliche Gene hemmen und förderliche Gene stimulieren.

● Das Immunsystem

Es schützt uns auf eine ausgeklügelte Art und Weise, wird durch den Darm beeinflusst und kann so gesteuert werden, dass auch eine Krebsbekämpfung möglich wird. Brombeeren, Walnüsse und Granatapfel können unser Immunsystem ankurbeln, andere Lebensmittel können es bremsen und so die Symptome von Autoimmunerkrankungen lindern.

„Keinesfalls sollen jedoch die Nahrungsratschläge gute medizinische Hilfe ersetzen

Keinesfalls sollen jedoch die Nahrungsratschläge gute medizinische Hilfe ersetzen, so Li. Nach seinen Worten fühlt er sich zum wohlüberlegten Einsatz evidenzbasierter Medizin verpflichtet, einschließlich operativer Eingriffe und hochmoderner Medikamente. Diätrezepte als „Zauberlösung“ sind deshalb nicht von ihm zu erwarten, wohl aber die Empfehlung, eine gesunde Ernährung mit regelmäßiger Bewegung, erholsamem Schlaf, effektivem Stressmanagement und starken sozialen Bindungen zu kombinieren.

Betrachtet man die fünf natürlich angelegten Schutzsäulen unserer Gesundheit, mag man sich fragen, was wohl geschehen sein musste, um sie derart aus dem Gleichgewicht zu bringen, dass die sogenannten Zivilisationskrankheiten trotz fortlaufend neuer

Erkenntnisse in der Medizin kontinuierlich steigen. Auch darf man ruhig spekulieren, wie lange unser Gesundheitssystem den horrenden Krankheitskosten noch standhalten kann.

Hilfe zur Selbsthilfe

Für unsere Verteidigungssysteme und für uns, um sie in ihrer Funktion zu unterstützen. Bis zu 95 Prozent aller Krebserkrankungen stehen nach Li im Zusammenhang mit Umwelteinflüssen und unserer Lebensweise (S.147), und etwa 30 Prozent aller Krebstode weisen einen Bezug zur Ernährung auf (ebd.).

Da die Änderung eingespielter Verhaltensmuster wie Ernährungsgewohnheiten nicht leicht ist, muss es triftige Gründe geben, um sich darauf einzulassen. William Li beschreibt jedes Schutzsystem ausführlich und in leicht verständlicher Sprache. Man erfährt, worin eine ausgeglichene Funktion besteht, was eine Störung bewirkt und welche Erkrankung sie nach sich ziehen kann. Zusätzlich erhält man Hinweise, was mit ausgewählten Nahrungsmitteln auf welchem Weg erreicht werden kann oder im Gegenteil, welches Ernährungsverhalten sich schädlich auf die Schutzmechanismen auswirkt.

Das Ziel einer **angiopräventiven Ernährung** besteht darin, das Angiogenese-Verteidigungssystem unseres Körpers in einem gesunden Gleichgewicht zu halten. Als Mitbegründer der Angiogenesis Foundation hat für Wil-



William Li die Neubildung von Blutgefäßen eine grundlegende Bedeutung. Die Aus sprossung bei Wundheilungsvorgängen muss gewährleistet sein, jedoch ist eine übermäßige Funktion im Fall einer Krebserkrankung gefährlich, da auf diesem Weg Krebszellen mit Nährstoffen versorgt werden. In der Pharmazie wurde dafür der Angiogenesehemmer Bevacizumab entwickelt, nach Li können jedoch auch Lebensmittel die Angiogenese ausbalancieren (Seite 147).

Dazu zählt er Soja mit seinen antiangiogenetischen Inhaltsstoffen, den Isoflavonen, die San-Marzano-Tomate aufgrund ihres hohen Lycopingehalts, die Kohlsorten mit ihren antiangiogenetisch wirkenden sekundären Pflanzenstoffen, Kernobst und die Äpfel mit dem höchsten Polyphenolgehalt: Granny Smith, Red Delicious und Renette.

Auch Meeresfrüchte (Omega-3-Säuren) und dunkles Hähnchenfleisch (Vit. K2) sind dabei, nicht jedoch verarbeitetes Fleisch, das von der WHO als kanzergen und damit als krebserregend eingestuft wurde (Seite 161).

Der grüne Tee mit dem Polyphenol EGCG, der Rotwein mit dem Resveratrol, auch das Bier mit dem Hopfenbestandteil Xanthohumol, sie alle wirken einer unausgeglichenen Gefäßneubildung entgegen. Aus einer ausführlichen Liste antiangiogenetischer Nahrungsmittel kann nach persönlicher Vorliebe ausgewählt werden.

Eine **regenerative Ernährung** sollte Stammzellen stärkende Lebensmittel enthalten, jedoch tritt in diesem Sonderfall ein spezielles Problem auf: Nicht nur unsere gesunden Körpergewebe regenerieren sich über Stammzellen, es gibt auch in Tumoren enthaltene Krebsstammzellen, mutierte

normale Stammzellen, die Gewebe erneuern können. Dieses Gewebe ist dann jedoch krebsartig.

Als Ernährungsweisen, die gesunden Stammzellen schaden, nennt Li fettreiche Ernährung, überzuckerte Lebensmittel und stark salzhaltige Nahrung, während die Mittelmeerkost Stammzellen stimuliert und den Körper bei der Regeneration unterstützt (Seite 203).

Wie aber könnte man Krebsstammzellen in Schach halten?

Sie sind dafür verantwortlich, dass sich viele Krebsarten überhaupt erst entwickeln oder ein Tumor nach der Behandlung wieder zurückkehrt.

„ Auch Walnüsse entfalten eine starke Wirkung auf Krebsstammzellen

Nach William Li belegen Forschungsergebnisse, dass bestimmte Nahrungsfaktoren bei einigen Krebsarten dazu fähig sind, Krebsstammzellen zu vernichten.

Genannt wird wieder das EGCG im grünen Tee, welches den natürlichen Zelltod der Stammzellen (Apoptose) anregt. Wir treffen auf blaue Kartoffeln, deren blaue Farbe durch einen hohen Anthocyan-Gehalt entsteht. Im Tierversuch tötete eine Ernährung mit blauen Kartoffeln in der Experimentalgruppe 40 Prozent mehr Dickdarmkrebsstammzellen ab, als in der Kontrollgruppe.

Auch Walnüsse entfalten eine starke Wirkung auf Krebsstammzellen und bremsen ihr Wachstum, und achtet man beim Kauf von Olivenöl auf das Prädikat „extra“, stößt man auf sekundäre Pflanzenstoffe, die Secoiridoide. Spanische Wissenschaftler konnten mit den Secoiridoide aus Olivenöl das Wachstum von Brustkrebsstammzellen beeindruckend reduzieren (Seite 212).

Fazit und Ausblick

An diesen beiden ausgewählten Verteidigungssystemen ist deutlich der Wert einer gesunden Ernährung zu erkennen. Man könnte sie in einem zweiten Sinn als Aufbaunahrung zur Wiederherstellung oder Optimierung unserer Körperverteidigung bezeichnen. William Li stellt in „Richtig essen - länger leben“ als Anregung zur Speiseplangestaltung 24 beispielhafte Rezepte vor, wer in dieser Liste auf Bekanntes stößt, ist auf dem richtigen Weg.

Ernährung gilt inzwischen also auch als Medizin, dennoch fristet die Ernährungsmedizin in den Lehrinhalten des Medizinstudiums ein Schattendasein. Auf die Frage einer ZuhörerIn bei DiPa digital 2021 an einen Referenten, wie er denn die Chance sehe, das Fach Ernährungsmedizin im Studienplan als Pflichtfach einzuführen, kam die Antwort unmissverständlich und wie aus der Pistole geschossen: „gleich 0“. Nun gut, die Alternative könnte heißen: „Lest nach bei Li.“

Lest nach bei Li





Daten, Fakten, Wissenssuche zum 30. Juni 2021

Zu SARS-CoV-2, Covid-19 und Krebs

VON CORNELIA STÜWE

Ein neuartiges Virus aus der Gruppe der Corona-Viren zog und zieht um die Welt mit einer Vielzahl medizinischer und politischer Maßnahmen und in der Folge massiver Einschränkungen des gewohnten Alltags.

Hier soll es um objektives Wissen gehen, soweit es das geben kann. Da Testverfahren, die eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachweisen sollen, eine elementare Rolle bei der Abstufung der Restriktionen spielen, werden hier die beiden prinzipiellen Testverfahren vorgestellt.

Wer misst was?

Zunächst bildete der **PCR-Test** die Grundlage aller Entscheidungen. Auf der Webseite des Robert-Koch-Instituts (RKI) - https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html - ist folgende Definition zu finden: „Für eine labordiagnostische Untersuchung zur **Klärung des Verdachts auf eine Infektion mit dem SARS-CoV-2** wurden PCR-Nachweissysteme entwickelt und validiert. Sie gelten als „Goldstandard“ für die Diagnostik.“

PCR (Polymerase-Kettenreaktion) steht als Abkürzung für die englische Bezeichnung „polymerase chain reaction“. Dahinter verbirgt sich eine Methode, bei der im Reagenzglas (in vitro) die Erbsubstanz

des Virus unter Hinzunahme des Enzyms DNA-Polymerase vervielfältigt wird. Diese Vermehrung verläuft in Ketten, und das Ergebnis der ersten Vervielfältigung ist die Basis für die nächste. So entsteht in 20 bis 50 Zyklen eine exponentielle Reproduktion. Das Ausgangsmaterial mit der Erbsubstanz des SARS-CoV-2 stammt aus den Abstrichen, die aus dem Nasen-Rachenraum oder dem Rachenraum gewonnen werden. Entwickelt wurde dieses Testverfahren ursprünglich zum Erkennen von Erbkrankheiten, für das Klonen von Genen für Abstammungsgutachten oder eben zum Nachweis einer Virusinfektion. Bereits 1983 entwickelte der US-amerikanische Biochemiker Kary Mullis diese Methode und erhielt dafür nur zehn Jahre später den Nobelpreis für Chemie.

Der sogenannte **Antigen-Test** ist zur professionellen oder Eigenanwendung verfügbar. Ähnlich wie ein Schwangerschaftstest können mit diesem Testverfahren Eiweißstrukturen nachgewiesen werden, im Fall eines Antigen-Test auf SARS-CoV-2 Eiweißstrukturen des Virus aus einem Nasen- oder Rachenabstrich oder aus dem Speichel. Das Ergebnis wird mittels Verfärbung des Teststreifens innerhalb von 15 bis 30 Minuten sichtbar. Während ein negatives Ergebnis dieses Verfahrens als relativ zuverlässig gilt, sollte ein positives Ergebnis stets durch einen

zuverlässigeren PCR-Test kontrolliert werden.

Wie sicher ist das Ergebnis?

Das Resultat eines diagnostischen Tests ist prinzipiell abhängig von der Qualität der Probenentnahme sowie der Wahrscheinlichkeit eines Befundes in der jeweiligen Untersuchungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt (Prävalenz). Je geringer eine Erkrankung verbreitet ist (die Prävalenz ist niedrig) und je ungezielter ein Test misst, umso wichtiger werden die Sensitivität und Spezifität eines Testverfahrens. Wir erinnern uns dabei an das informative Referat von Frau Dr. Odette Wegwarth vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Center für adaptive Rationalität in Berlin, während mamazones Patientinnenkongress „Diplompatientin“ 2020. Für alle, die nicht mithören konnten, zitiere ich hier aus diesem Vortrag:

- **Die Sensitivität** sagt aus, wie viele positive Befunde von den tatsächlich vorhandenen mit dem Testverfahren auch wirklich entdeckt werden. Oder mit anderen Worten, werden erkrankte Personen übersehen, kommt es zu falsch-negativen Befunden?
- **Die Spezifität** gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein negativer Befund auch tatsächlich negativ ist. Werden also

die Gesunden richtig erkannt, oder kommt es zu falsch-positiven Befunden? Gesunde Personen würden in diesem Fall als erkrankt getestet.

Zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit, dass ein positives Testergebnis korrekt und die untersuchte Person also tatsächlich infiziert ist, wird eine mathematische Formel des englischen Mathematikers Thomas Bayes herangezogen, das Bayes Theorem.

Je höher die Prävalenz, also die Verbreitung der Erkrankung, umso höher die Wahrscheinlichkeit einer korrekten Testaussage. Je höher das Risiko in der Testgruppe, umso sicherer ist das Testergebnis.

Bei einem Erkrankungsrisiko von unter zehn Prozent ist der positive Vorhersagewert maßgeblich von der Spezifität beeinflusst! Ein positiver Test bedeutet, dass das Gesuchte gefunden wurde. Für die betroffene Person bedeutet es in diesem Fall etwas Negatives - sie ist infiziert. Aus der Sicht Betroffener erscheinen verständlicherweise falsch-negativ Befunde bedeutender als falsch-positiv Befunde. Denn bei falsch-negativ Befunden wird eine Erkrankung nicht oder erst sehr spät erkannt, während ein falsch-positives Ergebnis mit Nachfolgeuntersuchungen abzuklären ist. Im Zweifel ist das wohl unangenehm, aber nicht tödlich.

| | Person ist krank | Person ist gesund |
|---------|----------------------|----------------------|
| positiv | Richtig positiv (RP) | Falsch positiv (FP) |
| negativ | Falsch negativ (FN) | Richtig negativ (RN) |

Todesursachen und Hospitalisierungen

Am 4. März 2020 veröffentlichte das RKI erstmalig einen Situationsbericht „Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)“ mit aktuellem Tagesdatenstand. Gemeldet wurden 262 laborbestätigte SARS-Cov-2-Infektionen aus 15 Bundesländern seit dem 27. Januar 2020. Die positiv Getesteten waren zwischen 2 und 85 Jahre alt, was einen Altersdurchschnitt von 40 Jahren er-

gab. Deutlich ist hier die Problematik der Durchschnittswerte zu erkennen.

Heftig diskutiert wurde seit diesem ersten RKI-Bericht die Frage, ob ein positives Testergebnis einer Erkrankung gleichzusetzen sei, da das Testergebnis unabhängig vom klinischen Bild wie Symptomen und Beschwerden erfasst wird.

„Mortui vivos docent – Die Toten lehren die Lebenden

Am 9. März 2020 meldete das RKI die ersten beiden Menschen, die im Zusammenhang mit einer Covid-19-Erkrankung verstorben waren. Eine Erkrankung, verursacht durch SARS-CoV-2, erhielt den Namen „COVID-19“.

Die Meldung der ersten im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung Verstorbenen entfachte weitere und bis heute anhaltende Diskussionen um die Frage der genauen Todesursache: gestorben an oder mit SARS-CoV-2?

Entgegen der damaligen offiziellen Empfehlung verzichtete die Rechtsmedizin in Hamburg ganz bewusst nicht auf die eigentlich vorgeschriebene Leichenschau vor Kremation und nahm eine Sektion aller SARS-CoV-2-positiv Verstorbenen vor - 167 Sektionen vor Verfassen dieses Artikels - getreu dem bis heute aktuellen Leitsatz in

der Medizin: „Mortui vivos docent – Die Toten lehren die Lebenden“. Denn die genauen Todesursachen erlauben Einblicke, ob die Infektion mit SARS-CoV-2 parallel zu weiteren Erkrankungen aufgetreten ist (es liegt eine Korrelation vor) oder ursächlich für den Tod war (es liegt eine Kausalität vor).

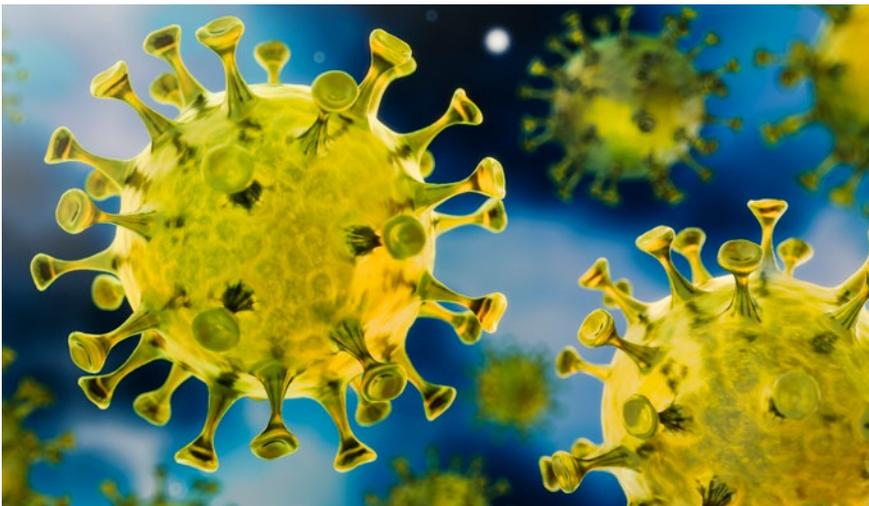
Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Institut für Rechtsmedizin und Prof. Dr. med. Martin Aepfelbacher, Institut für medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene, beide Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, äußerten sich im Mai 2020 zum „Umgang mit Corona-Toten: Obduktionen sind keinesfalls obsolet“: Dtsch. Arztebl. 2020; 117(20): A-1058 / B-892.

Am 23. März 2020 veröffentlichte das RKI erstmalig Angaben zur Hospitalisierungsrate (Aufnahme in eine Klinik). Diese Angaben betrafen 1.404 Fälle (9 Prozent) von zu diesem Zeitpunkt 16.450 an das RKI gemeldeten Fällen. Am 8. April 2020 wies das RKI erstmalig auf eine Besonderheit hin: „Es häufen sich in den letzten Tagen Berichte über COVID-19-bedingte Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern.“ Bis 9. April 2020 waren mindestens 4.700 Infektionen bei medizinischem Personal gemeldet worden, die zu diesem Zeitpunkt in Krankenhäusern, Arztpraxen, Dialyseeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Rettungsdiensten tätig waren. Im RKI-Bericht vom 15. April 2020 erfolgten weitere Angaben zu



In Heimen lebende Menschen sind besonders betroffen

Foto: © Rido, stock.adobe.com



dieser Personengruppe: Von den 6.058 nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) übermittelten COVID-19-Fällen war von 5.639 Personen bekannt, dass 239 hospitalisiert wurden und sieben der Hospitalisierten gestorben waren.

Am 30. April 2020 wurden folgende Daten gemeldet: Von 159.119 Fällen (3.728.141 am 30. Juni 2021) waren zu diesem Zeitpunkt 6.288 Menschen gestorben (4 Prozent) und 90.875 am 30.06.2021 = 2,44 Prozent. Das Erkrankungsalter lag bei etwa 67 Prozent der Betroffenen zwischen 15 und 59 Jahren.

87 Prozent der Todesfälle und 19 Prozent aller Fälle betrafen laut RKI Personen im Alter von 70 Jahren und älter.

Ältere besonders betroffen

Zum 29. Juni 2021 fielen 90 Prozent der an oder mit COVID-19 Verstorbenen in die Altersgruppe über 70, bei Einbezug der über 60-Jährigen betrug deren Anteil 95 Prozent.

Beim Blick auf die Kalenderwoche (KW 25) ändert sich das Bild: Der Anteil der über 70-Jährigen betrug nun 67 Prozent, inklusive der über 60-Jährigen 87 Prozent.

Häufige Symptome waren für 81 Prozent der Fälle bekannt und beinhalteten Husten (50 Prozent), Fieber (42 Prozent) und Schnupfen (21 Prozent) sowie Lungenentzündung (2,8 Prozent). Laut RKI war zum 30.04.2020 eine Hospitalisierung bei 22.216 (17 Prozent) der 127.937 übermit-

telten COVID-19 Fälle mit entsprechenden Angaben erforderlich, zum 30. Juni 2021 bei insgesamt 272.666 COVID-19-Fällen, was 7,32 Prozent von 3.724.980 bis dahin gemeldeten an COVID-19 Erkrankten entspricht.

Medizinische Versorgung

Bis Ende April 2020 waren 18.442 Infizierte (208.602 am 30. Juni 2021) unter medizinischem und anderem Personal gemeldet, davon 794 hospitalisiert und 48 verstorben. Am 30. Juni 2021 waren von 5.316 Hospitalisierten 304 verstorben. Zudem gab es 15.442 von COVID-19 Betroffene, die in entsprechenden Einrichtungen betreut wurden (297.505 am 30. Juni 2021).

Nicht von allen diesen Personen wusste man, wie es ihnen mit COVID-19 ergangen war. Bekannt war, dass 3.956 Personen hospitalisiert (46.775 am 30. Juni 2021) sowie 2.577 gestorben waren (28.584 am 30. Juni 2021).

Zu den Meldungen über die Hospitalisierung und die damit verbundenen Krankheitsverläufe heißt es: „Das RKI betreibt gemeinsam mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) das DIVI-Intensivregister: <https://www.intensivregister.de>. Dieses Register erfasst Fallzahlen intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Patientinnen und Patienten sowie Behandlungs- und Bettenkapazitäten von etwa 1.300 Akut-Krankenhäusern Deutschlands.

Mit Stand vom 30. April 2020 beteiligten sich 1.256 Klinikstandorte an der Datenerhebung zur intensivmedizinischen Auslastung und versorgten 2.280 Personen (614 am 30. Juni 2021). Invasiv beatmet wurden 1.605 Erkrankte (70 Prozent), am 30.06.2021 waren es 428, ebenfalls 70 Prozent. 9.194 Behandlungen waren abgeschlossen, (117.089 am 30. Juni 2021). Verstorben waren 2.655 Erkrankte (29 Prozent), am 30. Juni 2021: 31.586 (27,44 Prozent). Die Zahl der registrierten Intensivbetten betrug 32.691 wovon 19.899 (61 Prozent) belegt waren, davon 11,46 Prozent mit COVID-19-Patient*innen.

Datenquellen

Die **Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI)** überwacht im ambulanten Bereich das Krankheitsgeschehen. Laut Aussage der AGI endete die Grippesaison 2019/2020 mit der 12. Kalenderwoche (KW), und seit der 15. KW 2020 wurden keine Influenza-Aktivitäten mehr verzeichnet. Die kontinuierliche Erfassung der Erkrankten auf Basis des ICD-10-Codes (J09 bis J22 = Influenza, Pneumonie, sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) ergab für die KW 16, dass 26 Prozent der hospitalisierten Erkrankten mit schwerer, akuter, respiratorischer Infektion (SARI) an COVID-19 litten. Diese Zahlen beziehen sich ausschließlich auf Betroffene mit SARI als Hauptdiagnose und einem mindestens einwöchigen Klinikaufenthalt.

Auch andere Einrichtungen erhoben Daten, meldeten jedoch bedingt durch Zeitverzögerungen bisweilen abweichende Zahlen. Von der American Library Association (ALA), der ältesten Bibliotheksvereinigung der Welt, wurde „**Worldometer**“ zur besten kostenlosen Webseite für Corona-Daten gewählt: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/germany/>. Die Zahlen des Worldometer werden von der britischen Regierung, dem Center for Systems Science and Engineering (CSSE) der US-amerikanischen John Hopkins University, der New York Times, BBC und an-

deren als vertrauenswürdig eingeschätzt und genutzt. Ein internationales, nach eigenen Angaben unabhängiges Expertenteam, stellt die Daten tagesaktuell für alle Interessierte zur freien Verfügung.

Zum 30. Juni 2021 meldete das Worldometer 3.736.223 Infizierte in Deutschland, im Vergleich zum RKI 8.082 Fälle gleich 0,2 Prozent mehr. Die Zahl der Todesfälle betrug 91.459 gleich 2,45 Prozent und lag mit 584 gleich 0,6 Prozent über dem RKI. Genesene verzeichnete das Worldometer 3.625.700, somit 1.500 gleich 0,04 Prozent mehr als das RKI.

Die Zahlen einer weiteren Webseite: **Risklayer** <https://www.risklayer-explorer.com/event/100/detail> lagen geringfügig unter denjenigen des Worldometer. Der Risklayer Explorer beruht auf der Zusammenarbeit zwischen der Risklayer GmbH und dem Zentrum für Katastrophenrisikomanagement und Risikoreduktionstechnologie (CEDM) des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) und präsentiert Erhebungen zum neuen Coronavirus und COVID-19 zur Information der Öffentlichkeit über die aktuelle Situation.

Die Lage Mitte 2021

Am 30. Juni 2021 waren etwa 3,1 Prozent aller Meldefälle hospitalisiert worden und 0,7 Prozent mussten invasiv beatmet werden. Die Daten des Intensivregisters lieferten Angaben von 1.269 Krankenhaus-Standorten mit 23.160 einsetzbaren

Intensivbetten (23.866 am 26. April 2021). 19.591 (85 Prozent) waren zu diesem Zeitpunkt belegt (20.716 am 26. April 2021) davon 3,13 Prozent mit COVID-19-Erkrankten (24,72 Prozent am 26. April 2021).

Maximalwerte wurden am 3. Januar 2021 mit 5.762 intensivmedizinisch betreuten COVID-19-Patient*innen erreicht, wovon 3.171 invasiv beatmet wurden, am 18. April 2020 mit 2.922 Belegungen und 2.180 invasiven Beatmungen sowie am 26. April 2021 mit 5.122 COVID-19-Betroffenen mit intensivmedizinischer Behandlung, darunter 2.905 Erkrankte mit Bedarf für eine invasive Beatmung.

Bis Ende Juni 2021 wurden 64.551.021 PCR-Tests durchgeführt, 4.245.186 Ergebnisse gleich 6,58 Prozent waren positiv. In KW 25/2021 lag der Positivenanteil der erfassten Tests bei 0,96 Prozent. Die Summe der Labortestungen und positiven Ergebnisse betrifft real jedoch weniger Menschen, da einige mehrfach getestet wurden.

Impfungen

Seit dem 27. Dezember 2020 wird gegen Covid-19 geimpft. Bis zum 29. Juni 2021 erhielten 45.307.672 Personen (54,5 Prozent) mindestens eine Impfung und 30.352.916 Personen (36,5 Prozent) waren vollständig geimpft. Zum 31. Dezember 2020 hatte Deutschland 83.155.031 Einwohner: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoel-](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit-2020.html)

kerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit-2020.html . Zur Überwachung der Impfeffektivität in der Bevölkerung durch eine vollständige Impfung gegen symptomatische SARS-CoV-2 Infektionen wird auch die Bevölkerungsstatistik herangezogen. Die aktuell verfügbaren Impfstoffe verhindern jedoch keine Infektion mit SARS-CoV-2, sondern beeinflussen die Schwere eines Erkrankungsverlaufs. Ob vollständig Geimpfte das Virus weitergeben können, ist aktuell noch unklar. Die Anzahl asymptomatischer und symptomatischer COVID-19 Fälle nach vollständiger Impfung und einem Mindestabstand von 14 Tagen zwischen Erkrankungsbeginn oder Diagnose (SARS-CoV-2-Infektion mit klinischer Symptomatik) nach der letzten Impfung umfasste laut RKI seit dem 1. Februar 2021 kumuliert 7.572 Personen und damit 0,025 Prozent der vollständig Geimpften. Daraus ergibt sich ein Schätzwert für die Impfeffektivität von knapp 99 Prozent. Zu berücksichtigen ist dabei, dass nicht bei allen positiven Testergebnissen auch Detailanalysen zu den Betroffenen und deren Erkrankungsverlauf beim RKI vorliegen.

Die Übersterblichkeit

Von 2016 bis 2019 starben laut Destatis im Mittelwert 931.182 Menschen pro Jahr, 2020 verschieden 1.001.764. Eine Steigerung um 70.582 Todesfälle, davon 33.071

ANZEIGE



Diagnose Brustkrebs Rehabilitationsleistungen helfen

In unseren Reha-Zentren sind Sie gut aufgehoben:

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

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

Covid-19-Erkrankte: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html>

Die Übersterblichkeit bezeichnet die Differenz zwischen den erwarteten Todeszahlen und den tatsächlichen, wenn letztere die Erwartung übersteigen. Im „Spiegel“ Nr. 30 vom 24. Juli 2021 steht auf Seite 19 ein Zitat des Umweltmediziners Dr. Hans-Guido Mücke: „Im Hitzesommer 2003 zum Beispiel hatten wir allein in Deutschland eine Übersterblichkeit von mehr als 7.000 Menschen, ...“. Dr. Mücke ist am Umweltbundesamt (UBA) tätig.

Das Statistische Bundesamt (SBA) meldet vom RKI abweichende COVID-19-Sterbefälle, da die Angaben des SBA auf der amtlichen Todesursachenstatistik beruhen, während das RKI seine Zahlen über die Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) erfasst.

Im Jahr 2019 sind schätzungsweise 231.000 Menschen infolge einer Krebserkrankung gestorben, davon etwa 18.500 Brustkrebspatient*innen und circa 44.800 Patient*innen mit Lungen-/Bronchialkrebs.

Für die Grippezeit 2017/18 wurden laut Labormeldungen 1.674 Tote durch Influenza erfasst. Eine nachträgliche Schätzung des RKI ergab ca. 25.100 Todesfälle, die auf Influenza zurückzuführen waren, der höchste Jahresschätzwert der vergangenen 30 Jahre. 2018/2019 wurden 954 Influenzatorde gemeldet und 518 in

der Saison 2019/2020: <https://interaktiv.morgenpost.de/grippe-monitor-deutschland/>. Es wird davon ausgegangen, dass es 2020/2021 keine nennenswerte Influenzasaison gab.

Long-COVID

Das RKI meldete am 30. Juni 2021 geschätzt circa 97,21 Prozent Genesene und ergänzte: „Der Algorithmus zur Schätzung der Genesenen berücksichtigt Angaben zum Erkrankungsbeginn und zur Hospitalisierung, jedoch nicht, ob ggf. Spätfolgen der Erkrankung vorliegen, weil diese Daten nicht regulär im Meldesystem erfasst werden.“ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jun_2021/2021-06-30-de.pdf?__blob=publicationFile

Die Ärztin und Medizinjournalistin Dr. med. Martina Lenzen-Schulte schrieb im Deutschen Ärzteblatt über „Long COVID: Der lange Schatten von COVID-19“: Dtsch Arztebl 2020; 117(49): A-2416 / B-2036. Auf der Webseite des RKI steht unter der Rubrik „Gesundheitliche Langzeitfolgen (Stand: 20. Mai 2021)“: „Die längerfristigen gesundheitlichen Schäden einer COVID-19-Erkrankung, bezeichnet meistens durch die Begriffe „Long COVID“, „Post-COVID-19-Syndrom“ oder „post-acute COVID-19“, umfassen Beeinträchtigungen von körperlicher und psychischer Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität, die im Zusammenhang mit der in der Ver-

gangenheit stattgefundenen COVID-19-Erkrankung stehen. Die Beeinträchtigungen tauchen entweder in der akuten Erkrankungsphase auf und bleiben längerfristig bestehen, oder sie treten erst im Verlauf von Wochen und Monaten nach der Infektion auf. Eine einheitliche klinische Definition gibt es bislang noch nicht, ...“. Wie häufig und unter welchen Voraussetzungen Menschen an Long-COVID leiden, ist aktuell nicht verlässlich schätzbar oder erfasst. Verschiedene Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Auch Langzeitprognosen für die Dauer dieser Beeinträchtigungen sind derzeit nicht seriös möglich.

Versorgung bei Krebs

Eine gemeinsame prospektive Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergab, dass es im Frühjahr 2020 nicht nur bei der Krebsfrüherkennung und den Krebsdiagnosen, sondern auch in den Bereichen Nachsorge, Psychoonkologie, Ernährungs- und Bewegungstherapie und soziale Beratung zu gravierenden Einschränkungen gekommen war. Die Folgen dieses „Corona-Effekts in der Onkologie“ werden erst später sichtbar sein: Dtsch Arztebl 2020; 117(46): A-2234 / B-1893.

Der interdisziplinäre Forschungsverbund **CancerCOVID** mit dem Projektkoordinator und Medizinethiker Prof. Dr. Jan Schildmann von der Universitätsmedizin Halle/Saale untersucht derzeit die Ressourcenverteilung für Krebsmedizin im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 mit dem Ziel, klinisch-ethische Leitlinien für die Versorgung von Krebspatient*innen zu entwerfen: <https://www.medicin.uni-halle.de/news/forschungsverbund-cancercovid-entwickelt-handlungsempfehlungen-fuer-an-krebs-erkrankte-in-der-corona-pandemie>.

Anerkannte Schlussfolgerungen aus diversen Studien stehen derzeit noch nicht zur Verfügung.



Einsames Warten auf das Pandemieende

Foto: francescoridolfi.com, stock.adobe.com



Für alle Krebsarten Die Mika-App

VON TRUDE ULLRICH

Mika steht für „**Mein interaktiver Krebsassistent**“ und ist ein Medizinprodukt nach deutschem Medizinproduktegesetz, dessen Inhalte von Onkolog*innen und Psychotherapeut*innen geprüft werden. Die Anwendung erfolgt unter Berücksichtigung der höchsten Datenschutzrichtlinien.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erweiterte im Frühsommer die Zulassung für alle Krebsarten und schreibt dazu:

„Die Mika App ist eine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) zur Unterstützung der Linderung psychischer und psychosomatischer Folgen von Diagnosen und Therapien von Malignomen. Die Anwendung erreicht eine Linderung durch Dokumentation von Belastung, Symptomen und Nebenwirkungen im Verlauf sowie ressourcenaktivierender Patientenedukation in den Bereichen Gesundheitskompetenz, Stressmanagement, Bewegung und Ernährung.“

Hersteller ist das Digital Health Unternehmen Fosanis GmbH in Berlin, das im September für die Mika-App mit dem Phar-

ma Award für das innovativste Produkt in der Kategorie „Digitale Gesundheitsanwendungen“ ausgezeichnet wurde.

Was leistet Mika und wie erleichtert er uns den Krankheitsalltag?

„Dein digitaler Krebs-Assistent begleitet Dich durch die Therapie und unterstützt Dich mit praktischen Tipps, Expertenwissen zu Tumorerkrankungen und persönli-

chen Empfehlungen zur Förderung Deiner Gesundheit und Lebensqualität,“ so der Hersteller.

Wichtig: Die Mika-App gibt es auf Rezept, die Zulassung gilt zunächst für eine Erprobungszeit von einem Jahr.

Auch stellt die Mika-App Fragen und unterbreitet anhand der Antworten personalisierte Handlungsempfehlungen.

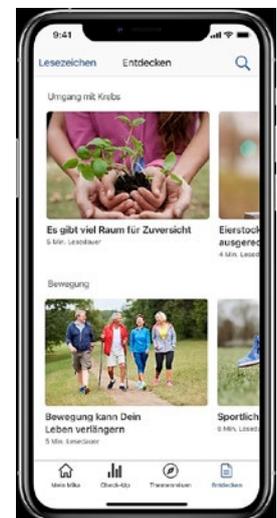
Weitere Informationen unter: <https://www.mitmika.de/>



Förderung der mentalen Gesundheit und Resilienz



Hilfe bei der Kontrolle der Symptome



Medizinische Informationen von Experten Fotos: Fosanis



Brustkrebs

„Meine Gesundheitsverlaufsgeschichte“

VON NANNETTE HÖLLRIEGL

Gerne teile ich meine Erfahrungen mit vielen Betroffenen. Meine Entscheidungen, meine Erfolge, aber auch meine Zweifel und anfängliche Unsicherheiten, sollen Mut und Trost zugleich sein, in ein neues anderes Leben noch einmal richtig durchzustarten. Viele Wege führen nach Rom ... so sagt man. Aber welcher Weg ist für mich persönlich der richtige Weg? Wer sagt mir, welcher Weg der richtige für mich ist? Meine Entscheidungen waren abhängig von vielen Gesprächen mit Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen, mit fachlich kompetenten Freunden, Bücher unterschiedlichster Ausrichtungen zu dem Thema Krebs, aber auch und letztendlich der allerwichtigste Entscheidungsfaktor überhaupt, war meine Intuition und mein Bauchgefühl. Im August 2020 habe ich durch Zufall einen Knoten unterhalb des linken Schlüsselbeines entdeckt. Nach der anschließenden Biopsie war das Ergebnis klar: Mammakarzinom, tripel-negativ mit einem Durchmesser von zwei cm. Mir zog es den Boden unter den Füßen weg, und die darauffolgenden Tage waren ein Tal der Tränen. Immer wieder stellte ich mir die Frage: warum ich? Nach

dem ersten Schock und Gesprächen mit dem Gynäkologen, der mir mindestens 16 Chemotherapie-Sitzungen empfohlen hat, war für mich klar, dass dies nicht mein Weg aus der Krankheit sein wird.

Sich informieren und entscheiden

Ich habe mich selbst informiert, habe Bücher gelesen und mich nach vielen Gesprächen mit Ärzten und Freunden entschieden, zu einem Informationsgespräch in die Fachklinik für onkologische Akutbehandlungen, das Clinicum St. Georg in Bad Aibling, Chiemsee zu fahren. Ich hatte meine kompletten Unterlagen dabei, und mein Mann und mein Sohn begleiteten mich nach Bad Aibling zu einem ersten Beratungstermin. Hier wurde ich darüber informiert, welche Therapien für mich sinnvoll und zielführend sein könnten.

Die beratende Ärztin, Fr. Dr. Hudi, nahm sich sehr viel Zeit für mich, um mir die Vorgehensweise und Möglichkeiten der Behandlungen genau zu erklären. Ich habe mich sofort gut aufgehoben gefühlt und erhielt bereits zwei Woche später einen Aufnahmetermin in der Klinik.

Verschiedene Therapieschritte

Vorher führte ich noch ein strenges Heilfasten durch und habe mich dabei richtig gut gefühlt.

Ich reiste einen Tag vor dem Behandlungstermin an, am Abend zuvor begann ich zu fasten, um am nächsten Morgen bereits einen niedrigen Blutzuckerspiegel zu haben. Dieser wurde später auf der Liege minütlich überprüft, bis der Wert unter 30 war. Anschließend bekam ich 40 Prozent der regulären Chemotherapie-Dosis und zusätzlich Insulin als Infusion.

Da Krebszellen zuckeraffin sind, werden sie durch die Erniedrigung des Zuckerspiegels geschwächt und so besonders angreifbar für die Chemotherapie, während gesunde Zellen jedoch größtenteils verschont bleiben.

Hinterher bekam ich eine leckere Obstplatte und ein Getränk, um den Blutzuckerspiegel schnell wieder auf den normalen Bereich anzuheben. Nun konnte ich zur nächsten Behandlung weitergehen. Diese bestand aus einer lokalen Hyperthermie im befallenen Brustareal für eine Stunde. Hier sei erwähnt, dass dies eine sehr angenehme Behandlung auf einer bequemen Liege mit Entspannungsmusik war.

Gleich im Anschluss folgte ein Entgiftungs-Fußbad mit galvanischem Strom, und ich konnte beobachten, wie Säuren und Schlackstoffe in einer halben Stunde gelöst wurden. Das klare Wasser verfärbte sich in dieser Zeit bis zu einem dunkelbraunen Ton. Ich kannte dieses Fußbad und die sensationelle Wirkung bereits aus meiner aktiven Zeit als Fußpflegerin und genoss die persönliche Zuwendung des stets bemühten Pflegepersonals.



Danach wartete bereits eine freie Liege zur Magnetfeldtherapie auf mich, hier durfte ich eine Stunde entspannen und die Behandlungen in Ruhe nachwirken lassen. Denselben Behandlungsablauf wiederholte ich eine Woche später und einen Monat danach noch einmal.

Der Tumor ist weg

Die Schwestern und der zuständige Assistenzarzt Dr. Feller waren zu jedem Zeitpunkt einfühlsam und sehr kompetent in Ihrem Tun. Ich habe mich nach den Behandlungen jedes Mal wirklich sehr gut gefühlt, sodass ich nach der Behandlung mit meinem Mann am Abend sogar noch ins Kurkonzert gehen konnte.

Nach der Behandlung in St. Georg war der Tumor im Ultraschall bereits in der Klinik in Bad Aibling nicht mehr erkennbar.

Vier Wochen später wurden weitere, genaue bildgebende Untersuchungen im Klinikum rechts der Isar in München vorgenommen. Man bestätigte mir, dass der Tumor nicht mehr vorhanden war. Im Dezember 2020 wurde noch eine minimal-invasive Operation in München im SENO MVZ zur operativen Behandlung der Brust von Prof. Dr. Heitmann durchgeführt.

Und auch hier ergab der anschließende pathologische Befund ein negatives Ergebnis.

Die Bestrahlung

Trotz aller guten Nachrichten habe ich mich auf dringendes Anraten von Ärz-

ten im Nürnberger Brustkrebszentrum zusätzlich zu einer Bestrahlungstherapie entschlossen. Die 28 Bestrahlungen wurden im Klinikum Nürnberg Nord durchgeführt. Leider musste ich bereits nach etwa zehn Bestrahlungen feststellen, dass sich meine bestrahlte Haut dunkelbraun bis schwarz verfärbte. Der leitende Arzt erklärte mir, dass dies völlig normal sei und sich nach ein bis zwei Jahren wieder normalisieren würde. Diese Tatsache wollte ich nicht einfach so hinnehmen und ergriff abermals die Eigeninitiative.

Durch meinen Beruf als Kosmetikerin wusste ich um die wunderbare Wirkung der Aloe Vera Pflanze, allerdings ist die Reinheit und Qualität der Verarbeitung dieser ältesten erforschten Gemüsepflanze enorm wichtig für den Erfolg der Anwendung. Ich habe hierfür ein Unternehmen gefunden, das Produkte herstellt, die genau diese Anforderungen erfüllen.

Hier konnte ich aus einem Füllhorn unterschiedlichster Produkte für mich eine ganz besondere Anwendungsmethode finden.

Mit dieser Behandlung, welche aus einer extra milden Seife, zwei Spezialprodukten und einem Spray besteht, gelang es mir, meine bestrahlten Hautareale bereits drei Wochen nach der letzten Bestrahlung wieder zu regenerieren und an die andere Seite anzugleichen. Der behandelnde Arzt traute seinen Augen nicht, als er mich kurz darauf wieder untersuchte. Ich erinnere mich noch genau an seine ersten Worte, als er meine Haut sah: „**Sie sind ein Wunder!**“

Ich erläuterte ihm meine Vorgehensweise und dass dieses Ergebnis wirklich nur auf die phantastische Sofortwirkung der naturreinen Aloe Vera Produkte zurückzuführen ist. Sein Rat war, meine positiven Erfahrungen doch unbedingt an Betroffene weiterzuleiten, damit möglichst viele Menschen davon profitieren können. Mittlerweile konnte ich bereits etlichen Frauen die Aloe-Vera-Behandlung empfehlen, auch hier waren die Ergebnisse sensationell.

Aus meiner eigenen Betroffenheit habe ich inzwischen ein Pflegepaket zusammengestellt, das speziell von Betroffenen mit Strahlenschäden und Verbrennungen der Haut angewendet werden kann. Dieses spezielle Pflegepaket inklusive genauer Beschreibung reicht für etwa vier Wochen.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern von ganzen Herzen die Kraft, Ihre Krankheit anzunehmen und sich über jeden noch so kleinen Erfolg zu freuen.

Bewahren Sie sich zu jedem Zeitpunkt eine positive Lebenseinstellung und blicken Sie immer nur nach vorn, was zurück liegt ist vorbei.

Haben Sie den Mut, Ihren eigenen Weg zu gehen und freuen Sie sich auf ein erfülltes weiteres Leben.

Herzlichst,
Ihre **Nannette Höllriegl**

BEZUG UND INFORMATIONEN

Nannette Höllriegl

E-Mail: info@nannette-hoellriegl.de

Mobil: 0160/96 42 71 22

Gerald Hüther

Liebslosigkeit macht krank



VON GERTRUD RUST

Es ist längst üblich, dem Lebensstil eine zentrale Rolle bei Erkrankungen zuzuschreiben, auch bei Krebs.

Der Neurobiologe Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Gerald Hüther nähert sich diesem Thema auf seine ganz besondere Art. Was hält uns gesund, was macht uns krank und vor allem: Wodurch werden unsere Selbstheilungskräfte derart beeinträchtigt, dass sie ihre Aufgabe nicht mehr erfüllen können?

Der Vorgang der Selbstheilung beschreibt nach seiner Auffassung die ständig natürlich stattfindenden Selbstorganisationsprozesse im Körper, die auf spezielle Weise dazu beitragen, Störungen im normalen Zusammenwirken von Zellen und Organen und deren Funktionen auszugleichen. Als prominentes Beispiel sei hier die DNA-Reparatur genannt, die Fähigkeit von Körperzellen, schädliche Veränderungen ihres Erbguts zu beseitigen. Ist dieses Selbstheilungspotential jedoch beeinträchtigt, kommt es zu Reparaturfehlern, und Zellen entarten. Auch die Wundheilung, die Überwindung von Infektionen und die Rekonstitution nach einer Operation gründen auf Selbstheilungsvorgängen.

Was schadet unserem Heilungspotential?

Gerald Hüther schreibt dazu: „Kein Mensch kann die in ihm angelegten Potentiale entfalten, wenn er in seiner Würde von anderen verletzt wird oder er gar selbst seine eigene Würde verletzt.“

Als Gründer der „Akademie für Potentialentfaltung“ beschäftigt sich er sich mit dem Einfluss früher Erfahrungen auf die Hirnentwicklung, mit den Auswirkungen von Angst und Stress und der Bedeutung emotionaler Reaktionen für die Selbstor-

ganisation unserer Körperfunktionen, die Selbstheilung.

Alle Lebewesen benötigen zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung ihrer Strukturen und Funktionen Energie, wobei der Energieaufwand zum Funktionserhalt so gering wie möglich sein soll. Bei einer ausgeglichenen Energiebilanz spricht man von einem kohärenten Zustand.

Kann der Organismus diese erforderliche Energie jedoch nicht bereitstellen, erleiden die körperlichen Funktionen Schaden, und der Organismus wird krankheitsanfällig. Bei einem Energiemangel entsteht Inkohärenz. Zwar streben gestörte Körpersysteme wieder in die Kohärenz zurück, bei einer unausgeglichener Energiebilanz verfehlen sie jedoch ihr Ziel.

Was raubt uns Energie?

„Stress und Angst sind Gift für jede Selbstheilung“, so Hüther. Er betrachtet

dabei auch frühkindliche Erfahrungen, Lernmuster, die sich in neuronalen Schaltzentren abbilden. Das Gefühl: „Ich muss die Erwartungen meiner Eltern und weiterer sozialer Bezugspersonen erfüllen, sonst werde ich aus menschlichen Gemeinschaften ausgegrenzt,“ verursacht Stress und macht Angst. Deshalb hätten die Menschen auch verlernt, wachsam

„Das tut Dir nicht gut, hier stimmt etwas nicht, willst Du das eigentlich, was Du machst?“

auf ihre Körpersignale zu hören, die ihnen rückmelden: „Das tut Dir nicht gut, hier stimmt etwas nicht, willst Du das eigentlich, was Du machst?“ Die erlebte Fremdbestimmung, der man sich unterwirft, um „den sozialen Anschluss“ nicht zu verlieren, kostet enorme Energien, bis der Körper in Form einer Erkrankung die Notbremse zieht. Das Zulassen von Fremdbestimmung und das Überhören körperlicher Warnsignale bezeichnet Gerald Hüther als lieblosen Umgang mit sich selbst. Die Verweigerung von Zugewandtheit an Mitmenschen, die nicht den eigenen Vorstellungen entsprechen, ist das Gegenstück, die „gesellschaftliche Liebslosigkeit“. Das macht krank, ist Gerald Hüther überzeugt, und wir kennen alle die „unerklärliche Selbstheilung“, auch von Krebspatient*innen, die sich einem krankmachenden Milieu entzogen haben.



ISBN: 978-3-451-60099-9

WEITERE INFORMATIONEN

www.gerald-huether.de

Auszeiten für die Seele

Ich bin dann mal bei mir

VON GERTRUD RUST

Dieses Buch ist ungewöhnlich. Wir treffen auf Verena Carl, eine vielbeschäftigte Journalistin und Buchautorin, bereits zweimal mit dem Hamburger Förderpreis für Literatur ausgezeichnet, die mit ihrer Familie in Hamburg lebt.

Und wir lernen die Diplom-Psychologin und Autorin Anne Otto kennen, die in Hamburg eine eigene Coaching-Praxis betreibt und mit ihrer Familie ebenfalls in derselben Stadt lebt. Sie berät Menschen in Veränderungssituationen und unterstützt bei der Suche nach einer gelingenden Neuorientierung.

Ein begleiteter Selbstversuch

Nach einer zunächst sehr vorsichtigen Annäherung an den Begriff „Selbstfürsorge“ entstand schließlich langsam die Einsicht, Selbstfürsorge sei im täglichen Leben wesentlich und stünde jeder und jedem zu.

Anne Otto spricht von einem „Anker in sich selbst“, der es ermöglichen könne, sich weniger von äußeren Gegebenheiten unter Druck setzen zu lassen und der dabei helfe, tiefer zu spüren, was gerade mit einem los sei.

Man fühlt sich hier unmittelbar an Gerald Hüthers Konzept einer krankmachenden Lieblosigkeit gegenüber sich selbst erinnert, denn Otto beschreibt das Ignorieren der eigenen Körpersignale, das Überschreiten eigener Grenzen und eine Verausgabung bis zur Erschöpfung. Anne Otto nennt das „Selbstentfremdung“.

Nicht nur ihr, sondern auch Verena Carl war dieser Zustand bekannt, und so entstand der Vorsatz, nach Wegen zu



ISBN: 978-3-407-86663-9

forschen, um wieder zu sich selbst zu finden.

Zwölf Monate, zwölf Themen...

... zwölf Auszeiten für die Seele, von Januar bis Dezember 2020.

Jedes einzelne Monatskapitel ist einem besonderen Weg der Fürsorge für sich selbst gewidmet. Anne Otto stellt Verena Carl zu Beginn eine Methode zur Anwendung in der Praxis vor, und besonders interessant ist nun der schriftliche Austausch der beiden Frauen darüber, wie die „Erprobung im echten Leben“ aussieht, welchen Nutzen sie erbringt oder auf welche Schwierigkeiten sie stößt. Es werden damit „Real World Data“ erfasst, und jeder Monat schließt mit einer Nachbetrachtung der eingesetzten Übung und dem Hinweis auf Alternativen.

Es geht um:

- Die Metta-Meditation, eine buddhistische Meditationsform zur Kontaktaufnahme mit sich selbst,
- die Slow Art, das längere Betrachten eines Bilds oder einer Skulptur im Museum um die Wirkung zu empfinden,
- das Arbeiten mit den Händen, zum Beispiel Gärtnern oder Backen und dessen Effekt auf Stimmung und Wohlbefinden,
- das achtsame Arbeiten, gelassen und konzentriert,
- das bewusste Träumen, die Aufzeichnung der Traum Inhalte,
- sich weniger ärgern durch Impulskontrolle,
- einfühlsam essen und auf die Sättigung achten,
- die Lust auf Neues, die Erprobung neuer Wege, das Zulassen neuer Erfahrungen,
- geeignete Filme zur Selbststärkung,
- das intensive Erleben von Natur, sie zu riechen und zu hören,
- Kontaktfasten, die Kontaktbeschränkung auf ein bekömmliches Maß und
- Großzügigkeit und Dankbarkeit.

Schmunzelnd liest man im „Ausblick“ am Ende den Untertitel „Ich bleib` dann mal bei mir.“ Der Weg zu sich selbst scheint fruchtbar gewesen zu sein. Verena Carls anfängliche Befürchtung, sich durch die vielfältigen Übungen Zusatzstress einzuhandeln, hat sich nicht bewahrheitet.

„Ich kann mich leichter durch mein Leben bewegen und ganz nebenbei einbeziehen, was ich gelernt habe“, so ihr Fazit. Selbstfürsorge sei kein Dekoschnörkel, sondern ein Wärmestrom, der auch andere einbeziehe.



Eva Schumacher-Wulf

Mamma Mia

Wir gratulieren zum 15. Geburtstag



VON GERTRUD RUST

Sehr gut kann ich mich noch daran erinnern, als ich vor vielen Jahren mein erstes Mamma Mia Heft aufschlug und kaum meinen Augen trauen wollte. Im Editorial hielt eine junge, fröhlich wirkende Frau mit blonden Locken eine Mamma Mia in den Händen. Was will sie denn damit, durchfuhr es mich spontan. Sie wird doch nicht etwa ... doch, Eva Schumacher-Wulf war an Brustkrebs erkrankt. Mit gerade mal 34 und zwei kleinen Kindern im Alter von einem und vier Jahren.

Von Anfang an aktiv

Trotz einer Brustkrebserkrankung kann man also ein Magazin für Patientinnen schaffen und Mitbetroffenen mit Informationen zur Seite stehen. Für mich war das zunächst völlig unvorstellbar.

Siebzehn Jahre sind seitdem vergangen, und bereits im zweiten Jahr nach ihrer Erkrankung gab Eva Schumacher im September 2006 gemeinsam mit einer Freundin die erste Mamma Mia heraus. Bis heute ist sie Chefredakteurin, und bis heute erscheint das Heft zuverlässig viermal pro Jahr.

Ansporn für Eva Schumacher war nach ihren eigenen Schilderungen die schwierige Suche nach Fachinformationen in patientenverständlicher Sprache, wahrlich zu dieser Zeit eine geradezu kommunikationsbehindernde Wissensbremse. Was man braucht, aber nicht hat, stellt man selbst her oder: „Aus Steinen, die einem in den Weg gelegt werden, kann man Schö-



nes bauen“. Man kann sich lebhaft vorstellen, wie wohl „die Wissenschaft“ auf eine Zeitschrift zum Thema Brustkrebs reagiert haben mag, geschrieben von Nichtmedizinerinnen, vermutlich war Mamma Mia das erste Patientinnen-Magazin in Deutschland.

Mamma Mias Anspruch

„Für Frauen, die mitreden wollen!“ Ihnen und ihren Angehörigen sollen die vermittelten Fakten dabei helfen, einen Weg durch die Krankheit zu finden. Wissenschaftlich fundierte Informationen sind als Basis dafür gedacht, eine echte Auseinandersetzung mit der Erkrankung, den unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten und einem Leben mit Krebs zu ermöglichen. Wissen soll bei den Betroffenen die Angst mildern und Mut machen, sich der Erkrankung zu stellen.

„Unser Ziel war es, Patientinnen und Patienten, aber auch Angehörige, in verständlicher Sprache über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu informieren. Denn nur so können sie gemeinsam mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt Entscheidungen treffen, hinter denen sie auch stehen“, so Eva Schumacher-Wulf.

Mamma Mia wächst

Zum eigentlichen Brustkrebsmagazin kamen im Verlauf der Jahre Sonderausgaben zu speziellen Themen hinzu, wie zum Beispiel die Erkrankung an Eierstockkrebs, die fortgeschrittene Brustkrebserkrankung, über die Verschiedenartigkeit von Tumoren und sogar ein kleines Büchlein für Kinder krebskranker Mütter „Der Zauberkopf“.

Seit vier Jahren findet zudem jährlich ein Patientenkongress statt, und auch bei Facebook und auf Instagram ist Mamma Mia aktiv.

2019 wechselte Mamma Mia vom GeKo Eigenverlag zum Kölner atp Verlag. Geschäftsführer sind die Diplombiologin Sabine Reineke und der Onkologe PD Dr. Jens Ulrich Rüffer. „Der atp Verlag verfolgt das Ziel, durch persönliche Einblicke und facettenreiche Aufklärung einen mündigen und aktiven Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu erreichen. Dabei versteht er sich als Begleiter und Partner der Autoren auf dem Weg zu mehr Information und Wissen.“ Die Chefredaktion von Mamma Mia liegt weiterhin in Eva Schumacher-Wulfs bewährten Händen.

Die Breast Care Nurse

Ratgeberin und emotionale Stütze

VON BIGGI WELTER, MAMAZONE GARMISCH-PARTENKIRCHEN

Breast Care Nurses sind vertrauensvolle Kontaktpersonen für Brustkrebspatientinnen - auch am Klinikum Garmisch-Partenkirchen. Sie sind speziell ausgebildete Onkologische Pflegefachkräfte, begleiten erkrankte Patientinnen durch den gesamten Behandlungsweg und sind zuverlässige Ansprechpartnerinnen für die Fragen und Nöte von Brustkrebspatientinnen. Zu ihren Aufgaben zählen eine fachlich kompetente Behandlung und eine menschliche und umfassende Betreuung. Am Brustzentrum Garmisch-Partenkirchen erfüllen die beiden Brustschwestern Carole Berner und Mandy Krause diese wertvolle Aufgabe.



Biggi Welter im Gespräch mit Carole Berner

mamazone: Carole, seit wann bist Du in dieser Funktion tätig?

C. Berner: Ich arbeite seit 2015 als Pflegekraft am Klinikum. Nach meiner zweijährigen Ausbildung als Onkologische Fachpflegekraft bin ich seit August 2020 in Vollzeit als Breast Care Nurse tätig. Für mich ist wichtig, dass wir eine durchgängige und ganzheitliche Unterstützung

anbieten. Das bedeutet, wir informieren und beraten nicht nur bezogen auf organisatorische Abläufe, sondern sind für die Patientinnen auch Ansprechperson für alle kleinen und großen Sorgen und für Fragen, die sich durch die Erkrankung, die Behandlung und den Heilungsprozess ergeben. Einerseits gefragte Ratgeberin, ebenso aber auch emotionale Stütze.

„Wir beraten und begleiten Krebspatientinnen - häufig vom Moment der Diagnosestellung über alle sich daraus ergebenden Behandlungen hinweg bis zur Nachsorge“.

mamazone: Wie siehst Du Deine Rolle als Teil des interdisziplinären Teams innerhalb des Brustzentrums?

C. Berner: In meiner Funktion als Breast Care Nurse bin ich häufig Bindeglied, Schnittstelle und Koordinatorin zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen. Zudem vermitteln wir Kontakte zu externen unterstützenden Angeboten wie zu Zweithaarstudios, zum „Look good - Feel better - Programm von DKMS Life und zu Rehasport- und Selbsthilfegruppen. Ein ganz wichtiger Pfeiler ist hier mamazone e.V., denn die mamazone-Regionalgruppe in Garmisch-Partenkirchen bietet monatliche Gruppentreffen an und steht unseren Patientinnen zur Verfügung, wenn sie sich mit anderen Betroffenen austauschen möchten.

mamazone: Worin siehst Du prinzipiell den Sinn von Selbsthilfegruppen?

C. Berner: Selbsthilfegruppen bieten eine wichtige Unterstützung über den akuten Zeitraum der Behandlung hinaus. In der Nachsorge, nach überstandener Erkrankung, fungieren die Teilnehmer als Berater. Dadurch, dass alle Beteiligten die Diagnose Brustkrebs er- bzw. durchlebt haben, können sie aus ihrer Sichtweise berichten und so ein anderes Verständnis vermitteln. Dieses Gemeinschaftsgefühl hilft die Situation zu bewältigen.

mamazone: Wie hast Du die Versorgung von Brustkrebspatientinnen im Verlauf der Pandemie erlebt?

C. Berner: Die Pandemie war und ist auch für uns keine leichte Zeit. Durch besondere Hygienemaßnahmen konnten zeitgemäße und fachliche Behandlungen leitliniengerecht stattfinden. Bedingt durch die Pandemie, habe ich allerdings eine erhöhte psychische Belastung bei den Patientinnen wahrnehmen können. Eine große Sorge der immungeschwächten Patientinnen ist die Ansteckungsgefahr durch soziale Kontakte. Umso angenehmer war und ist es für Patientinnen, die Breast Care Nurse an ihrer Seite zu wissen, ganz besonders in Zeiten, in denen Angehörige pandemiebedingt keinen Zutritt ins Klinikum haben.

mamazone: Herzlichen Dank für die Rückmeldung aus dem Patientinnenalltag.



1 mamazone – Ostholstein

Cornelia Stüwe - Infopoint

E-Mail: ostholstein@mamazone.de
Telefon: 0821/2684191-0,
Fax: 0821/2684191-1, Mobil: 0151/41268331

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

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

2 mamazone – Berlin

Infopoint Berlin

E-Mail: berlin@mamazone.de

3 mamazone – Hannover

Almuth Fischer - Infopoint

E-Mail: fischer@mamazone.de
Telefon: 05132/7593,
Post: Almuth Fischer, 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.

4 mamazone – Versmold

Manuela Paul

E-Mail: paul@mamazone.de
Telefon: 05423/43521

Manuela Willmann (Stellvertretung)

Telefon: 05424/8003742

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

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

5 mamazone – Dorsten

Ulla Westermann - Infopoint

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

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

6 mamazone – Dortmund

Eugenia Krone

Kontakt:
E-Mail: dortmund@mamazone.de
Telefon: 02305/9023636

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 - Regionalgruppen - Dortmund

7 mamazone – Märkischer Kreis (Altena)

Christiane Haupt

Kontakt:
E-Mail: christiane.haupt@hotmail.com
Telefon: 0152/29719411

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

8 mamazone – Leipzig

Ina Göhring:

E-Mail: goehring@mamazone.de
Telefon: 0176/20 17 81 48

Denise Schneider:
E-Mail: schneider@mamazone.de
Telefon: 0163/5 69 73 60

9 mamazone – Aschaffenburg

Anja Eisert

E-Mail: eisert@mamazone.de

10 mamazone – Nahe-Hunsrück

Silke Dressel

Kontakt:
E-Mail: dressel@mamazone.de
Telefon: 06752/912077

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

11 mamazone – Heidelberg-Mannheim

Renate Schoenmakers

Kontakt:
E-Mail: schoenmakers@mamazone.de
Telefon: 06221/8673945

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.

12 mamazone – Oberpfalz

Sieglinde Schärtl

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

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

13 mamazone – Neckar-Alb

Sylvie Keiper

Kontakt:
E-Mail: keiper@mamazone.de
Telefon: 07473/3794201

14 mamazone – München

Kontakt:

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

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 „Eiternschule des Klinikums III. Orden“, Menzinger Straße 48, 80638 München. Patientinnen und Angehörige sind herzlich willkommen.

15 mamazone – Augsburg

Brigitte Welter

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

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

16 mamazone – Allgäu (Mindelheim)

Emmi Worzer

Kontakt:
E-Mail: worzer@mamazone.de
Telefon: 08261/739154

17 mamazone – Weilheim (Oberbayern)

Traudl Bauer

Kontakt:
E-Mail: bauer@mamazone.de
Telefon: 0160/7942375

Gruppentreffen: Regelmäßig am letzten Mittwoch eines Monats von 19.00 bis 20.00 Uhr in 82362 Weilheim, Mehrgenerationenhaus in der Schmiedgasse 15, 2. OG (Lift), Eingang Fußgängerzone, neben K&L Ruppert. Wir freuen uns auf eine rege Teilnahme, eine Anmeldung ist nicht nötig. Trauen Sie sich!

18 mamazone – Bodensee

Dipl.-Psych. Gertrud Rust

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

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

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

19 mamazone – Garmisch-Partenkirchen

Brigitte Welter

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

Nähere Informationen:
www.mamazone.de/garmisch-partenkirchen/

SUPPORT VOR ORT



DAS BESTE ZUM SCHLUSS

Theater als Selbsthilfe

Die sTrotzenden in Berlin

Allein der Name fällt bereits ins Auge. Strotzt da jemand vor Lebensenergie und trotz seiner Erkrankung? Ein wunderbares Wortspiel. Unserer Erkrankung trotzen möchten wir alle, nur, woher holen wir uns die dafür notwendige Energie?

Die Mitglieder der sTrotzenden finden sie im Theaterspiel, in einer menschlichen Gemeinschaft, die das Theater spielen als wichtige Säule der Auseinandersetzung mit ihrer Krebserkrankung empfinden. Anlass zur Gruppengründung war die ohne Zweifel nachvollziehbare Überlegung, dass der mündliche Austausch im Sinn der Selbsthilfe zwar hilfreich sein kann, jedoch auch der künstlerische Ausdruck anflutender Gefühle den Betroffenen Hilfe, Selbstvertrauen und Anerkennung vermitteln kann.

Stimmen aus der Theatergruppe

● „Die regelmäßigen Treffen mit der Gruppe geben mir Struktur, ermöglichen mir Kontakte und helfen mir dabei, wenigstens zeitweise aus meinem grübelnden Gedankenkarussell auszusteigen.“

● „Die sTrotzenden sind und waren für mich ein Stück Autonomie in meinem fremdbestimmten Therapiealltag, der plötzlich mein Leben taktete, eine Flucht und eine Rettung, ein Festhalten eines Teils meines bisherigen Lebens zu einem Zeitpunkt, an dem alles andere zu entgleiten schien.“

● „Die sTrotzenden geben mir eine enorme psychische Stabilität und sind in den letzten Jahren zu einem wichtigen Anker in meinem Leben geworden. Hier finde ich Austausch, Offenheit, Rat und im Speziellen auch ein Spiegelbild für meine Entscheidungen, die mich durch das häufig schwer durchschaubare Dickicht der Medizin leiten.“

● „Nachdem das Leben monatelang nur aus Therapie und der soziale Kontakt nur aus medizinischem Personal bestand, war das Theaterspielen mit Gleichgesinnten eine regelrechte Offenbarung für mich. Ich fühlte mich aufgefangen und verstanden, durfte seit langer Zeit mal wieder etwas Neues ausprobieren, in einer Umgebung, die Schwächen zulässt und Stärke erzeugt.“

● „Hier kann ich sagen, was sonst keiner hören will.“

Ein menschliches Umfeld, das Schwächen zulässt und Stärke erzeugt, ist es nicht genau das, was wir als Krebspatient*innen besonders dringend benötigen? Bedeutet es nicht, dass trotz vorhandener Schwächen auch wieder eine Stärke erwachsen kann, die uns im Verlauf unserer Erkrankung stützt und uns sagt: „Der Weg ist zwar schwer, aber verlier Dein Ziel nicht aus den Augen?“ Brauchen wir nicht ganz dringend Orte, wo wir sagen können, was sonst keiner hören will?

Inzwischen sind die sTrotzenden auch für Gruppenmitglieder ohne Krebsdiagnose offen, denn auch bei anderen



Krankheitsbildern, wie etwa Depression, Süchten oder entzündlichen Darmerkrankungen kann das Theaterspiel eine aufbauende Wirkung entfalten. Die sTrotzenden verstehen sich deshalb als eine krankheits- und generationsübergreifende Theater- und Selbsthilfegruppe. Ein vorbildliches Konzept, denn der Austausch über Generationen und verschiedene Krankheitsbilder hinweg lässt eine menschliche Gemeinschaft mit vielfältigen individuellen Erfahrungen entstehen, die das eigene Gesichtsfeld nur erweitern können. Und ganz besonders: Die Geborgenheit im Kreis zugewandter Menschen mindert Angst und Stress, fördert Ruhe und Gelassenheit und trägt so nicht zuletzt zur Entfaltung der Selbstheilungskräfte bei.

Wie arbeiten die sTrotzenden?

Als „Expert*innen der eigenen Erfahrung“ wird postmodernes Theater mit einem autobiographischen Ansatz verfolgt. Die Basis der Theaterarbeit baut auf den vielfältigen persönlichen Geschichten auf, die untermalt mit Live Musik, Videoprojektionen und Interaktionen mit dem Publikum verarbeitet werden.

Die sTrotzenden sehen sich als Sprachrohr der oft an den Rand der Gesellschaft geschobenen Kranken und als „kreative Botschafter*innen der Selbsthilfe“. Eingefahrene Klischees über „Kranke“ sollen gebrochen und neue Seiten von Erkrankten und ihren Krankheiten vorgestellt werden. Dafür unseren höchsten Respekt!

(von Gertrud Rust)

INFORMATIONEN UND KONTAKT

www.startnext.com/eine-heldenreise

<https://vimeo.com/504974388>

E-Mail: sTrotzende@gmx.de



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): Dr. Ulrich Placzek, Dr. Maria Karsten, Gertrud Rust, Cornelia Stüwe, Elisabeth Brünstler, Trude Ullrich, Anja Eisert, Dr. Alja Battran, Prof. Dr. Langhorst, Nanette Höllriegl, Brigitte Welter

Interviewpartner in dieser Ausgabe: Prof. Dr. Friedemann Geiger

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: © contrastwerkstatt - stock.adobe.com | Seite 3: © Ann Stryzhekin, stock.adobe.com | Seite 4-5: © tinyakov, stock.adobe.com | Seite 7: © H_Ko, stock.adobe.com | Seite 8: © contrastwerkstatt, stock.adobe.com | Seite 12: © Gorodenkoff, stock.adobe.com | Seite 14: © Vladimir Voronin, stock.adobe.com | Seite 16: © mehaniaq41, stock.adobe.com | Seite 18: © Andrii Yalanskyi, stock.adobe.com | Seite 20: © vectortatu, stock.adobe.com | Seite 22: © Andrey Popov, stock.adobe.com | Seite 24: © Wolfilser, stock.adobe.com | Seiten 26-27: © volff, stock.adobe.com; © msk.nina, stock.adobe.com | Seite 28: © IHX, stock.adobe.com; © anoli, stock.adobe.com | Seite 31: © Madeleine Steinbach, stock.adobe.com | Seite 32-33: © Floydine, stock.adobe.com | Seite 35: © Oterdoom; © Kzenon, stock.adobe.com; © Ingo Bartussek, adobe.stock.com; © andrey gonchar, adobe.stock.com; © Halfpoint, adobe.stock.com | Seite 36: © anton eine/EyeEm, stock.adobe.com | Seite 38: © VK Studio, stock.adobe.com | Seite 41: © Alexander Raths, stock.adobe.com | Seite 42-43: © Alekss, stock.adobe.com; © Angel Simon, stock.adobe.com; © kuzina1964, stock.adobe.com | Seite 44: © Tomas Ragina, stock.adobe.com | Seite 46: © peterschreiber.media, stock.adobe.com | Seiten 50-51: © Nik_Merkulov, stock.adobe.com | Seite 54: © anberization, 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.

CORNELIA STÜWE
mamazone-Ostholstein
Regionalleiterin mamazone e.V.

mamazone



FOTO: HARALD POPPKE

Spendenkonto:

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



FÜR FRAUEN. GEGEN KREBS.

Vorbeugen. Bekämpfen. Therapien erleichtern.

Mehr Informationen unter:
www.msd-gesundheit.de/fuerfrauen

© 2021 MSD Sharp & Dohme GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar. www.msd.de

