FRAUEN & FORSCHUNG
GEGEN BRUSTKREBS E.V.

AUSGABE JUNI 2020

mamazone MAG

mamazone ◎ BRENNPUNKT
Die Heilungsbewährung

Gene statt Organe

Die Präzisionsonkologie

10 Die Hilotherapie
Vermeidung der Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie (CIPN) durch ein neues Heilverfahren

18 Aus der neuen Welt
Patientinnen in Tumorkonferenzen

30 Was bewährt sich hier?
Die Heilungsbewährung

34 Antioxidantien und Brustkrebstherapie
MARIE-Studie wissenschaftlich zweifelhaft

40 Beweg` Dich
Sport bei Krebs

51 Ablatio mammae
Selbstbewusst ohne Brust

INHALT

Titelthema

4 Gene statt Organe
Die Präzisionsonkologie

6 Neue Studiendesigns
Körbe und Schirme

8 Wie präzise ist
Die Präzisionsonkologie

Medizin und Forschung

10 Die Hilotherapie
Vermeidung der Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie (CIPN) durch ein neues Heilverfahren

13 Palliative Care
Die Rolle der Radiotherapie

16 Ungeahnte Möglichkeiten
Drug-Repurposing

18 Aus der neuen Welt
Patientinnen in Tumorkonferenzen

23 Schnell und präzise
Die fokussierte Magnetresonanztomographie

24 Wie gewonnen, so zerronnen
Der Heidelberger Bluttest

Kurz und fündig

26 Chemotherapie ja oder nein?
TK erstattet AGO-empfohlene Genexpressionstests

26 Wir sind frei
Urteil zur Sterbehilfe

Was mir Mut macht

27 Einig mit sich selbst sein

mamazone Brennpunkt

28 Was bedeutet
Chronische Krankheit

30 Was bewährt sich hier?
Die Heilungsbewährung

32 Früher war das Leben kürzer
Therapiefolgen

Gut zu wissen

34 Antioxidantien und Brustkrebstherapie
MARIE-Studie wissenschaftlich zweifelhaft

36 SARS-CoV-2
Was können wir selbst für uns tun?

38 Krebstherapie
Die Macht der Worte

40 Beweg` Dich
Sport bei Krebs

44 Mein Anliegen
Gesundes Haar

44 Sozialgerichtsurteil
Anspruch auf paarige Brustrekonstruktion

Aus eigener Erfahrung

46 Schwanger bekam ich die Diagnose Brustkrebs
Und dann kam das Leben dazwischen

48 Bewegende Erfahrung
Zum Glück ist sie gelaufen

50 Und überall Experten...
Anruf bei der Hotline

51 Ablatio mammae
Selbstbewusst ohne Brust

52 Die Pink Kids
Jugendliche für Jugendliche

53 Time out
Gönn` Dir eine Auszeit

Für Sie gelesen

54 Susanne Reinker
Kopf hoch - Brust raus

55 Aller guten Dinge sind drei
Gemeinsam sind wir stark

Aus den Regionen

56 **Support vor Ort**

Das Beste zum Schluss

58 Ganzheitlich aufgestellt
Das Forum Wolfgarten

59 **Impressum**

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Entstehung von Krebszellen und genetischen Veränderungen? Diese Frage stellten sich Krebsforscher weltweit, nachdem die Tumortherapie lange Zeit auf der Stelle trat. Vor 50 Jahren beschrieb ein französischer Krebsforscher den Stand der Erkenntnis mit den Worten: „Alles, was wir über Krebs wissen, kann man auf eine Visitenkarte schreiben“, und noch 2010 warnte Prof. Dr. Hans Lehrach vom Max-Plank-Institut für molekulare Genetik in Berlin unmissverständlich vor den Folgen einer unbekannten Krebsgenetik: „Wir behandeln 80 Prozent der Krebspatienten mit Medikamenten, die bei ihnen gar nicht wirken“. Neue Krebsmedikamente würden suboptimal eingesetzt, wenn Tumore zuvor lediglich nach der Histopathologie klassifiziert würden.

Seit der Entdeckung der ersten Krebsgene gilt Krebs als eine Erkrankung des Genoms – unserer Erbanlagen. Im Jahr 2008 startete das Internationale Krebsgenom-Projekt mit dem Vorhaben, diejenigen Gene zu identifizieren, die an einer Krebsentstehung beteiligt sind. Wo die Präzisionsonkologie heute steht, ist unser Titelthema.

Wie die Hilo-Therapie zur Linderung einer der am meisten gefürchteten Nebenwirkungen von Chemotherapien, der Polyneuropathie, beitragen kann, erklärt Dr. Trudi Schaper von der Internationalen Senologie Initiative ISI (Seite 10), und die Gestaltung einer einfühlsamen Palliative Care in der Radioonkologie schildert Dr. Markus Notter von der Radio-Onkologie des Lindenhofspitals im schweizerischen Bern. (Seite 13)

Die Unwägbarkeiten einer Teilnahme von Brustkrebspatientinnen an „ihrer“ Tumorkonferenz diskutiert Cornelia Stüwe mit Prof. Lena Ansmann (Seite 18), eine Chronologie zerstobener Hoffnungen auf einen Bluttest zur Früherkennung und Verlaufskontrolle bei Brustkrebs, den wir uns sehnlichst gewünscht hätten, finden Sie auf Seite 24.

Im Brennpunkt befassen wir uns diesmal mit der sogenannten Heilungsbewährung, für viele Brustkrebspatientinnen ein Thema mit erheblichen existenziellen und psychischen Nebenwirkungen. Warum sich bei zahlreichen Brustkrebspatientinnen nach fünf Jahren „die Heilung bewährt hat“, ist aufgrund fortbestehender, therapeutisch bedingter Beeinträchtigungen im Lebensalltag häufig nicht nachvollziehbar. (Seite 28)

Das „Leben mit Corona“ zehrt erheblich an unser aller Kräften, eine Möglichkeit zur Reduzierung von Ohnmachtsgefühlen erläutert Cornelia Stüwe auf Seite 36, und dass die Macht der Worte eine ganz eigene Wirklichkeit erzeugt, legt uns Dr. György Irmey von der GfBK Heidelberg dar. (Seite 38) „Selbstbewusst ohne Brust“, dazu ermuntert uns die wunderbare Initiative AMSOB (Seite 51), und Susanne Reinkers Appell „Kopf hoch – Brust raus“ und Christel Schöns drittes Mut-Mach-Buch „Gemeinsam sind wir stark“ geben uns Anregungen für ein selbstbestimmtes Leben mit Brustkrebs. (Seiten 54 und 55)

Ich wünsche Ihnen viel innere Ruhe und Gelassenheit bei der Bewältigung durch die Corona-Epidemie erzeugter Gefühle des Ausgeliefertseins und der Verletzlichkeit.

Ihre Gertrud Rust

Gertrud Rust

Gene statt Organe

Die Präzisionsonkologie

VON GERTRUD RUST

Kein Mensch gleicht dem anderen, und kein Tumor gleicht dem anderen. Diese Erkenntnis war die Basis für die Entwicklung der personalisierten Tumortherapie. Die histologischen Eigenschaften des Tumors wurden genau bestimmt und mit darauf abgestimmten zielgerichteten Medikamenten behandelt.

Die Histologie oder Gewebelehre ist die Wissenschaft vom Aufbau biologischer Gewebe. Gesunde und krankhafte Gewebe unterscheiden sich in ihrer Struktur, daraus entstand die Lehre der Histopathologie, deren Aufgabe die Identifikation krankhafter Gewebeveränderungen ist. In der Medizin dienen Gewebeproben meist der Unterscheidung zwischen gut- oder bösartigen Tumoren, und die genaue Erfassung der Tumorzelleigenschaften mit den Techniken der Histopathologie versprach die Wahl einer wirksamen Therapie.

Die typischen Eigenschaften einzelner solider Tumore und ihre Lokalisation im Körper sind auch heute noch therapiebestimmend, und für jede Tumorart gibt es besondere Therapieschemata und spezifische Medikamente.

Neue Erkenntnisse

Trotz des sehr individuellen Erscheinungsbilds unterschiedlicher Tumorarten in der Histopathologie, zeigen Tumore unabhängig von ihrer Art und der Lage im Körper jedoch ähnliche Mutationen (Erbgutveränderungen) in den Zellen, die unter anderem im Verlauf der Zellteilung eintreten können. Es entstehen „Treibergene“, die auf zentrale Signalübertragungswege einwirken und das Tumorwachstum in ganz unterschiedlichen Organen anregen. Bedeutsamer als die Information, wo ein Tumor wächst, ist heute die Antwort auf die Frage, wie er wächst.

Ermöglicht wurden diese vertieften Einsichten in das Tumorwachstum durch die Erweiterung der histopathologischen um die molekularbiologische Krebsdiagnostik, die sich mit der Struktur und Funktion der Erbsubstanz in den Zellen befasst: Wie kommunizieren die einzelnen Bausteine - DNA, RNA, Proteine - miteinander, und wie beeinflussen sie Signalwege? Gibt es aussagefähige Biomarker, die Krankheiten anzeigen? Reicht ihre Aussagekraft für eine Behandlungsplanung? Zeigen Biomarker Fehler in und an der Erbsubstanz, Auffälligkeiten bei der Aktivität von Genen oder sonstige molekularbiologische Veränderungen bei Tumorzellen an, können sie zur Krebsdiagnostik genutzt werden: www.krebsinformationsdienst.de/untersuchung/molekulare-diagnostik/molekularbiologie.php

Biomarker werden sogar als „molekulare Whistleblower“ bezeichnet, die bisher verborgen gebliebene Hinweise auf Erkrankungen liefern und entscheidend für eine individuelle Therapieplanung sind: www.roche.de/about/was-wir-bewegen/personalisierte-medizin/biomarker.html#2000HER2

Krebs als Erkrankung des Genoms

Zunehmend ändert sich das Verständnis von Krebserkrankungen als Erkrankung bestimmter Organe hin zu einer Erkrankung des Genoms - unserer Erbanlagen. Sie regeln alle Abläufe im Organismus, darunter auch die Zellerneuerung. Neue Zellen entstehen durch Zellteilung, wobei sich das Erbgut verdoppelt und auf je zwei neue Zellen verteilt wird. Bei einer fehlerlosen Erbgutverdopplung entstehen zwei gesunde Zellen mit einem normalen Lebensrhythmus, der mit dem natürlichen Zelltod, der Apoptose endet. Die Verdopplung des Erbguts im Verlauf der Zellteilung ist jedoch störungsanfällig, wodurch Zellen mit „Fehlinformationen“ im Erbgut (Mutationen) entstehen. Der normale Ablauf der Zellteilung kann dadurch entgleisen, und es bilden sich Krebszellen, die sich dem natürlichen Zelltod entziehen und sich unkontrolliert vermehren.

Eine Krebserkrankung entwickelt sich jedoch nicht nur durch Mutationen im genetischen Code, sondern auch durch gestörte Ablesevorgänge von Erbinformationen. Bereits 2016 gelang einem

Zusammenschluss von Forschern unter Leitung der Universität Leipzig die Entdeckung, dass unterschiedliche Krebsarten eine gemeinsame fehlerhafte Regulation bestimmter Gene in der Ablesung der Erbgutinformation aufwiesen, die eine Aktivierung von Zellentwicklungsgenen bewirkt hatte: www.uni-leipzig.de/newsdetail/artikel/krebs-stoerung-der-genregulation-aktiviert-zellentwicklungsgene-2016-11-24/ .

Andere Studien fanden gestörte Reparaturmechanismen bei beschädigten DNA-Abschnitten oder eine folgenschwere Fusion von Genen mit anschließender Produktion von Eiweißen, die eine unkontrollierte Zellkommunikation förderten. Derartige Genomerkrankungen fanden sich unabhängig von der Tumorart und dem Entstehungsort in den unterschiedlichsten soliden Tumoren. Diese Einsichten führten zur Entwicklung eines Behandlungsansatzes, der die einzelnen Tumorarten übergreift.

Die tumoragnostische Krebstherapie

Der aus dem Altgriechischen abgeleitete Begriff agnostisch - ohne Wissen, ohne Erkenntnis - beschreibt eine neue Art der Krebsbehandlung, die sich weder an der Krebsart, noch am Wachstumsort eines Tumors orientiert. Sie konzentriert sich stattdessen auf den Nachweis charakteristischer krankheitsfördernder Veränderungen im Erbgut (molekulargenetische Biomarker), die zu einer Störung der Signalübermittlungsfunktionen in Zellen führen: www.krebsinformationsdienst.de/fachkreise/nachrichten/2019/fk06-tumor-agnostisch-personalisierte-medizin-krebs.php .

Signalwege beinhalten eine bestimmte Abfolge von Einzelschritten zur Steuerung der Zellfunktionen. Je nach Art des Signalwegs folgen bestimmte Moleküle (molecula - kleine Masse) aufeinander, und ein beim ersten Molekül eingehendes Signal führt zur schrittweisen Aktivierung der nachfolgenden Moleküle des Signalwegs. Diese Signalwege steuern vielfältige Zellfunktionen, darunter auch die Zellteilung (Mitose), den Zelltod (Apoptose) und das An- oder Abschalten von Genen für die Ablesung gespeicherter Informationen (epigenetische Funktionen). Eine fehlerhafte Aktivierung oder eine Unterbrechung der natürlichen Signalkaskaden beeinträchtigen die Zellfunktionen und können Krebs auslösen.

Erstes tumoragnostisches Medikament

Voraussetzung für die Anwendung präzisionsonkologischer Therapien sind nachgewiesene molekulargenetische Veränderungen. Die Wirkstoffe setzen möglichst ausschließlich (selektiv) an den charakteristischen (spezifischen) Genveränderungen an, welche die Tumorentstehung und das Tumorwachstum auslösen.

Im Juli 2019 empfahl die EMA (European Medicines Agency) die Marktzulassung für die „erste gewebeunabhängige Behandlung solider Tumore mit einer spezifischen Gen-Mutation“ in der EU: www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/first-histology-independent-treatment-solid-tumours-specific-gene-mutation_en.pdf .

Die Zulassung für Larotrectinib (Vitrakvi®) erfolgte im September 2019 durch die europäische Kommission. Zum Einsatz kommt Vitrakvi® bei einer genau definierten Genmutation, der NTRK-Genfusion, die zur Produktion von Eiweißen mit wachstumsfördernder Wirkung auf Krebszellen führt.

Es bleibt die Frage nach den Ursachen vermehrter Schädigung unserer Erbanlagen und der damit verbundenen weltweiten Zunahme von Krebserkrankungen. Der Berliner Biochemiker Dr. Volker Henn erläutert Zusammenhänge unter: www.wissensschau.de/krebs_tumor/tumor_genmutation_umwelt_vererbung.php

Auch trotz zunehmender Raffinesse therapeutischer Behandlungsstrategien dürfen die eigentlich zugrunde liegenden Krankheitsursachen nicht in den Hintergrund treten.

WISSEN SCHAFFT WIRKUNG

Patienteninformation zur Misteltherapie

In deutscher, englischer und türkischer Sprache.

Broschüre kostenlos anfordern!

Aus dem Inhalt:

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

ABNOBA WIR FORSCHEN

TIM Studie zum oberflächlichen Harnblasenkarzinom

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

Neue Studiendesigns

Körbe und Schirme

VON TRUDE ULLRICH

Die evidenzbasierte Medizin (EbM) fordert bei der Entscheidung über neue medizinische Behandlungen deren nachgewiesene Wirksamkeit auf der Grundlage einer methodisch-systematischen Datensammlung (Empirie). Dieses Vorgehen stelle die Voraussetzung für patientenorientierte Entscheidungen dar und begründe eine patientenzentrierte Wissenschaftlichkeit.

Als Königsweg empirischer Datenerhebung gilt die randomisierte kontrollierte Studie (RCT). Bei einer klar definierten Fragestellung wird sie als „Goldstandard" zum Erkenntnisgewinn über Ursache-Wirkungsbeziehungen bezeichnet.

In der Arzneimittelforschung wird in RCTs die über- oder unterlegene Wirkung eines Prüfpräparats gegenüber der bisherigen Standardbehandlung oder einem Placebo ohne Wirksubstanz verglichen. Diese klinischen Studien durchlaufen drei Phasen:

- **Phase 1:** Dosisfindung und Verträglichkeitsprüfung
- **Phase 2:** Prüfung der klinischen Wirksamkeit und Sicherheitsprüfung
- **Phase 3:** Bestätigung der klinischen Wirksamkeit und Vergleich mit der Standardbehandlung in Studien mit einer hohen Teilnehmerzahl und an verschiedenen Studienzenten (multizentrische Studien).

Die Studien sind zweiarmig und umfassen die Studiengruppe, die den zu prüfenden Wirkstoff erhält (Prüf-, Interventions- oder Verum-Gruppe) und die Kontrollgruppe (Vergleichs- oder Placebo-Gruppe).

Zufall und Verblindung

Die Studienteilnehmer werden randomisiert, ihre Zuordnung zur Prüf- oder Kontrollgruppe erfolgt zufällig. Eine gezielte Patientenauswahl mit bewusster Einordnung in den Prüf- oder Kontrollarm zur möglichen Einflussnahme auf das Studienergebnis soll so vermieden und unbekannte Einflussfaktoren sollen gleichmäßig verteilt werden.

Zur Sicherstellung von Objektivität bei der Ergebnisauswertung ohne Beeinflussung durch Erwartungshaltungen werden RCTs oft mehrfach verblindet. Weder Studienleiter (einfach) noch Studienteilnehmer (zweifach) noch Datenauswerter (dreifach) wissen, wer an der Prüf- oder Kontrollgruppe teilgenommen hat.

Aus Patientenkreisen ist jedoch bekannt, dass gerade das Zufallsprinzip bei der Aufnahme in die Prüfgruppe, oder nicht, die Bereitschaft zur Studienteilnahme oft erheblich schmälert. Patienten ziehen in der inständigen Hoffnung auf eine neue und besser wirksame Therapieoption die Teilnahme an der Studiengruppe vor und empfinden die mögliche Zuordnung zur Kontrollgruppe als Zeitvergeudung, bisweilen nachgerade als Zumutung. Denn klassische Studien dauern lange, und es entsteht die Angst, einen möglichen Therapievorteil durch das Prüfpräparat zu versäumen, im Fall einer fortschreitenden Krebserkrankung nur allzu verständlich. Zu Beginn bestanden gegenüber RCTs wegen der Vorenthaltung aussichtsreicher Wirkstoffe in der Kontrollgruppe deshalb beträchtliche ethische Bedenken: https://de.wikipedia.org/wiki/Randomisierte_kontrollierte_Studie

Neue Wege - neue Hoffnung

In der tumoragnostischen Krebstherapie ist das herkömmliche Studienverfahren mit randomisierter Zuweisung der Studienteilnehmer in eine Studien- oder Kontrollgruppe jedoch nicht mehr praktikabel: www.krebsinformationsdienst.de/fachkreise/nachrichten/2019/fk06-tumor-agnostisch-personalisierte-medizin-krebs.php .

In neuen Studiendesigns wird die Patientenauswahl für eine Prüfgruppe im Gegensatz zur RCT gezielt, statt zufällig getroffen. In der molekularpathologischen Diagnostik gefundene Biomarker, die in den Erbanlagen (DNA) der jeweils vorliegenden Tumore einen spezifischen, das Tumorwachstum anregenden Defekt anzeigen, leiten die Patienten in Studiengruppen mit derselben genetischen Mutation. In diesen durch einen gemeinsamen Gendefekt bestimmten Patientenkollektiven kommt das neue tumoragnostische Arzneimittel zum Einsatz, und man beobachtet, wie gut und wie lange es wirkt.

Basket-Studien

In den sogenannten Basket-Studien werden verschiedene Patientinnen mit unterschiedlichen Tumoren, die jedoch denselben genetischen Schaden (Mutation) aufweisen, in einem „Studienkorb“ - Basket – zusammengefasst. Die Organspezifität - das Auftreten des jeweiligen Tumors in einer bestimmten Körperregion - wird dabei nicht mehr berücksichtigt. Die für den gemeinsamen Gendefekt entwickelte Prüfsubstanz wird in dieser „gemischten“ Patientengruppe anschließend getestet, dabei gibt es keine Kontrollgruppe, die das Prüfpräparat nicht erhält. Das direkte Ansteuern der molekularpathologisch diagnostizierten genetischen Fehlfunktion ergibt eine hohe Aussagekraft und kann ein besonders gutes und meist lang andauerndes Ansprechen bewirken: www.krebsinformationsdienst.de/fachkreise/nachrichten/2019/fk06-tumor-agnostisch-personalisierte-medizin-krebs.php . Basket-Studien sind einarmig und werden international und an spezialisierten deutschen Zentren durchgeführt.

Umbrella-Studien

In den Umbrella-Studien werden anders als in den Basket-Studien Patientinnen mit derselben Krebserkrankung an einem bestimmten Organ, zum Beispiel Brustkrebs oder Darmkrebs oder Lungenkrebs, die jedoch unterschiedliche genetische Defekte (Mutationen) aufweist, unter einem „Studienschirm“ - Umbrella - vereinigt.

Voraus geht die Untergliederung der Krebserkrankung in einzelne Unterarten (Subtypen) mit jeweils charakteristischen Mutationen, die molekularpathologisch identifiziert wurden.

> „Untersucht werden hier mehrere Prüfsubstanzen gleichzeitig

Die Patienten nehmen an der für sie passenden Untergruppe teil, Umbrella-Studien sind damit mehrarmig.

Untersucht werden hier mehrere Prüfsubstanzen gleichzeitig (parallel), die für die maßgeblichen genetischen Mutationen dieser Krebserkrankung entwickelt wurden.

Anders als bei den Basket-Studien gibt es hier eine Kontrollgruppe mit denjenigen Patientinnen, die für diese Krebserkrankung die bisher übliche Standardbehandlung erhalten.

So erfährt man nicht nur, ob die biomarkerbasierte Behandlung der herkömmlichen Therapie überlegen ist, sondern auch, welche der jeweils eingesetzten Prüfsubstanzen bei der entsprechenden Mutation Wirkung zeigt. Gegebenenfalls können in Abhängigkeit von im Studienverlauf neu gewonnenen Erkenntnissen Prüfarme geschlossen und neue eröffnet werden.

Entsteht ein Zusatznutzen?

Auch den Forschungsergebnissen aus innovativen Studiendesigns bleibt der Hindernislauf durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nicht erspart.

Der G-BA befindet bekanntermaßen über die „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche“ Gesundheitsversorgung und legt damit den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten fest. Kranke sollen zwar von vielversprechenden Therapiefortschritten profitieren können, jedoch muss die Krankenversicherung für alle bezahlbar bleiben. Der G-BA stützt sich bei seinem Urteil auf die Befunde des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dessen Aufgabe die Prüfung von Nutzen und Schaden neuer medizinischer Maßnahmen für Patientinnen ist.

Dem ersten in der EU zugelassenen tumoragnostischen Medikament Larotrectinib wurde trotz zugestandenem, erkennbar hohen Potentials wegen mangelnder Vergleichsdaten kein Zusatznutzen zugesprochen: www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2020/larotrectinib-bei-tumoren-mit-ntrk-genfusion-daten-reichen-noch-nicht-fuer-zusatznutzen-ableitung.12768.html

„Basket-Studien lassen sich ja auch mit Kontrollgruppen durchführen“, so der stellvertretende IQWiG-Leiter PD Dr. med. Stefan Lange. Das könnte auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen, denn die EU-Zulassung für Larotrectinib gilt für Patientinnen mit lokal fortgeschrittenen oder metastatischen Krankheitsstadien ohne chirurgische oder sonstige befriedigende Therapieoptionen. Gerade diese Betroffenen möchten meist in Kontrollgruppen jedoch keine Zeit mehr verlieren, auch nicht, wie empfohlen, mit „Best Supportive Care“, der bestmöglichen unterstützenden Behandlung. Erinnert sei an dieser Stelle an das „Nikolaus-Urteil“ des Bundesverfassungsgerichts: www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2005/12/rs20051206_1bvr034798.html . In Fällen einer lebensbedrohlichen Erkrankung besteht eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auch für so genannte neue Behandlungsmethoden bei nicht ganz entfernt liegender Aussicht auf Besserung.

Wie präzise ist...

... die Präzisionsonkologie?

VON ELISABETH BRÜNSTLER

Eine medizinische Disziplin wie die Präzisionsonkologie, die in ihrem Namen das Wort „Präzision“ trägt, muss sich auch dem Problem der Nebenwirkungen stellen. Finden tumoragnostische Medikamente zielgenau ihren Weg zum Einsatzort? Hemmen sie exakt (selektiv) die Signalübertragungswege der das Zellwachstum auslösenden Treibergene? Oder bremsen sie weitere Signalkaskaden, bei denen dies nicht erwünscht ist? Die Treffsicherheit von Wirksubstanzen ist entscheidend für das Ausmaß an Nebenwirkungen, und Fortschritte in der Krebstherapie müssen sich auch an einer nachhaltigen Verminderung von Kollateralschäden messen lassen. Die allgemein ausgesprochene Empfehlung: „Erörtern Sie mit Ihren behandelnden Ärzten, ob der Therapiegewinn durch ein Medikament die damit verbundenen Nebenwirkungskosten rechtfertigt“ (Risiko-Nutzen-Abwägung) klingt vordergründig einleuchtend. In einer emotional belastenden Situation unter Krankheitsfortschritt und in der Hoffnung auf ein „lebensrettendes“ Arzneimittel ist für viele Patientinnen ein vernunftbetontes Abwägen von Vor- und Nachteilen jedoch nicht selbstverständlich.

Nebenwirkungen

Ein Arzneimittel beeinflusst Funktionen in Zellen, Geweben und Organen des menschlichen Organismus und dient der Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten. Zusätzlich zur Hauptwirkung eines Medikaments treten jedoch Nebenwirkungen auf, sie gelten als unerwünschte Arzneimittelwirkungen, bestimmen das Nebenwirkungsprofil und damit die Verträglichkeit. Nach dem Arzneimittelgesetz sind Nebenwirkungen schädliche und unbeabsichtigte Reaktionen auf ein Arzneimittel: www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/__4.html . Sie werden unterteilt in arzneistofftypische und dosisabhängige Nebenwirkungen und in dosisunabhängige unerwünschte Wirkungen. Bisher nicht beobachtete Nebenwirkungen gelten als unvorhergesehen.

Nebenwirkungen reichen von vernachlässigbaren Begleiterscheinungen bis zu schädlichen Folgen, die den Nutzeffekt eines Medikaments übersteigen können. Das Wirkprofil leitet sich aus der Art eines Arzneimittels und dessen Wirkungsort ab.

Wirksamkeit und Sicherheit sind dabei von der Dosis-Wirkungsbeziehung abhängig, die Effekte in Abhängigkeit von der Dosis beschreibt - von wirkungslos bis schädlich.

An dieser Stelle erhebt sich die Frage nach der „individuellen Dosierung“ oder der „personalisierten Medikation“.

Stoff trifft auf Lebewesen

Die Pharmakologie beschreibt als Wissenschaft der Arzneimittellehre die Wechselwirkungen zwischen Stoffen und Lebewesen. Sie unterscheidet dabei zwischen Stoffen mit Arzneiwirkung und Stoffen mit Schadwirkung.

Zwei Fragen sind dabei zu beantworten:

- Was macht ein Arzneistoff mit dem Körper? (Pharmakodynamik)
- Was macht der Körper mit dem Arzneistoff? (Pharmakokinetik)

Die klinische Pharmakologie befasst sich als humanmedizinisches Fachgebiet mit der Anwendung von Arzneimitteln im Menschen sowohl in der Phase der Zulassungsstudien, als auch nach Zulassung in der klinischen Praxis. Ziel ist eine möglichst wirksame, aber auch sichere Anwendung von Medikamenten. Hierbei ist wiederum eine enge Kooperation mit der klinischen Pharmazie wichtig, zu deren Aufgaben auch die Medikamentenüberwachung durch Bestimmung der Medikamentenspiegel im Blut gehört (Therapeutisches Drug Monitoring). Angestrebt wird dabei die Einstellung eines optimalen Wirkspiegels durch die Bestimmung der dafür notwendigen individuellen Arzneimitteldosis. Trotz der exzellenten Erkenntnismöglichkeiten dieser Fachdisziplinen leidet die Mehrheit der Krebspatientinnen unter erheblichen Nebenwirkungen, und an der individuellen Konstitution ausgerichtete Medikamentenpläne sind derzeit kein Thema. Dennoch sind auch Betroffene zu beobachten, die ihre Therapie „wegstecken“ und kaum unter Beeinträchtigungen leiden. Wie kommt es dazu?

Die Pharmakogenetik

Hoffnung bei der Beantwortung dieser Frage macht ein 2019 gestartetes Pilotprojekt unter der Leitung von Prof. Dr. Markus Nöthen, Direktor des Instituts für Humangenetik am Universitätsklinikum Bonn: „Therapieoptimierung durch Analyse des Erbguts“.

„Jeder Mensch verarbeitet Medikamente unterschiedlich. So individuell die Faktoren für die Entstehung von Krankheiten sind, so vielfältig sind auch die Einflüsse für die Wirkung und Verträglichkeit der

verordneten Arzneimittel. Neben Faktoren wie Alter, Gewicht, Lebens- sowie Ernährungsgewohnheiten und der Einnahme weiterer Medikamente, beeinflussen auch genetische Merkmale des Patienten die erwünschte therapeutische Wirkung. Unter Berücksichtigung ausgewählter Marker im Erbgut erlaubt die Pharmakogenetik eine individuelle Optimierung der Medikation. Patientenbezogene Risiken und Nebenwirkungen können somit reduziert werden“. Das pharmakogenetische Profil eines Patienten könne für die Festlegung einer optimierten Medikation entscheidend sein, sagt Prof. Nöthen, der mit seinen Arbeitsgruppen die genetischen Ursachen von Krankheiten und die Entwicklung wirksamer, individuell zugeschnittener Medikamententherapien erforscht.

In Kooperation mit der HMG Systems Engineering GmbH und deren Mitarbeitern aus dreizehn Fachgebieten, darunter auch Molekularbiologen, Chemiker und Psychologen, sollen umfassende pharmakogenetische Untersuchungen in die klinische Routine eingeführt werden. „Damit verfolgen wir das Ziel, dass Patienten an unserem Klinikum von den neuesten wissenschaftlichen Entwicklungen in der genetischen Medizin profitieren“, so Prof. Nöthen. Die Gründerin von HMG Systems Engineering, Herta Muñoz-Galeano ergänzt: „Wir sind davon überzeugt, dass diese Medizintechnik in Zukunft jedem Patienten die richtige Medikation zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Dosis zur Verfügung stellen kann“.

www.uni-bonn.de/neues/111-2019/?searchterm=Therapieoptimierung

Eine Präzisionsonkologie ...

... sollte deshalb nicht auf die Identifikation von Genmutationen als Auslöser für Krebserkrankungen beschränkt bleiben, sondern auch die Entwicklung individualisierter Medikamentenanwendungen miteinbeziehen.

Vollständig wäre eine Präzisionsmedizin in Patientenaugen zusätzlich durch einen zielgerichteten Medikamententransport in die Krebszellen. Ein Traum sind winzige mit Medikamenten beladene Wirkstofffähren, die an Krebszellen andocken und nach Eintritt in die Zelle „ihre Ladung löschen“, indem sie den Wirkstoff im Zellinneren freisetzen. Seit vielen Jahren wird weltweit an diesem Verfahren gearbeitet, in die klinische Praxis hat es jedoch leider noch keine Fähre geschafft.

Zu bedenken wäre noch: Unser Organismus ist ein ganzheitliches fein austariertes System mit vielfältigen physiologischen Wechselbeziehungen. Vielleicht spiegeln uns Arzneimittelnebenwirkungen eben diese größeren Zusammenhänge wider.

ANZEIGE

Die Hilotherapy®

Vermeidung der Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie (CIPN) durch ein neues Thermoheilverfahren

VON DR. RER. NAT. TRUDI SCHAPER

Melanie W. hat ein aggressives, triple-negatives Mammakarzinom und muss mit einer Chemotherapie behandelt werden. Die Chemotherapie ist wohl die Therapie in der Behandlung von Krebserkrankungen, die von den Patientinnen am meisten gefürchtet wird. Zunächst ist es die Angst vor Übelkeit, Erbrechen, akuten Infektionen und Haarausfall, die im Vordergrund für die Patientinnen steht. Zuletzt ist es aber die Sorge vor der Entwicklung von schmerzhaften Nervenschädigungen an Händen und Füßen, der sogenannten Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie (CIPN), einer Langzeitkomplikation, die die Lebensqualität der Patientinnen auf lange Zeit oder irreversibel negativ beinträchtigen kann.

Zu Recht: Melanie hatte gerade ihre fünfte taxan-platinhaltige Chemotherapie erhalten, als sie heftige Schmerzen, Brennen an Händen und Füßen, Kribbeln und Taubheitsgefühl entwickelte. Ihre Sorge war groß, denn sie musste noch sieben weitere Infusionen durchhalten.

Bleibende Schäden

Während sich die Patientinnen von vielen Nebenwirkungen nach Abschluss der Chemotherapie schnell erholen, handelt es sich bei der CIPN – der Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie – oft um eine Langzeitkomplikation, die über Jahre anhält und die Lebensqualität der Patientinnen maßgeblich negativ beeinflusst. Sie geht einher mit Schmerzen, Brennen an Händen und Füßen, Kribbeln und Sensibilitätsverlust (Taubheitsgefühl), teilweise verbunden mit Problemen bei der Bewegungskoordination und dem Gleichgewicht.

ChemoCare mit Hand-Fuß- Manschetten
Foto: Luisenkrankenhaus Düsseldorf

Im Vordergrund stehen jedoch Missempfindungen und Schmerzen. In Zusammenhang mit entzündlichen Hautreaktionen an Händen und Füßen tritt als Sonderform das sogenannte Hand-Fuß-Syndrom auf. Die Beschwerden sind vielfältig: schmerzhafte Rötungen, Brennen, teilweise mit Hautabschürfungen, übermäßiges Schmerzempfinden und später auch Taubheitsgefühl.

Die CIPN tritt besonders bei Patientinnen auf, die mit taxanhaltigen Medikamenten, beispielsweise Paclitaxel behandelt werden. Aber auch andere Medikamente aus der Krebsbehandlung, wie Platinanaloga (Cisplatin, Oxaliplatin, seltener Carboplatin), Vinca-Alkaloide (vor allem Vincristin, seltener auch Vinorelbin) oder 5-Fluoropyrimiden (5-FU) können zu entsprechenden Ausprägungen führen.

Beim Auftreten akuter Symptome während der Chemotherapie müssen oft die Therapieintervalle verlängert, die Dosis reduziert oder im schlimmsten Fall sogar die Chemotherapie abgebrochen werden.

Dies kann den langfristigen Therapieerfolg negativ beeinflussen. Die Problematik der Polyneuropathie ist offensichtlich.

Kühlung bringt Linderung

Seit Oktober 2016 führt die Selbsthilfegruppe ISI e. V. – Internationale Senologie Initiative – ein Projekt durch, bei dem Brustkrebspatientinnen vorbeugend Hände und Füße während der Chemotherapie mit einem Kühlgerät kühlen. Die Patientinnen werden nach jeder Chemotherapiegabe zu ihren Nebenwirkungen befragt. Die Ergebnisse werden dokumentiert und ausgewertet.

Um in der Medizin unerwünschte Nebenwirkungen einer Therapie einschätzen zu können, bedient man sich der sogenannten Toxizitätsgrade nach den Common Toxicity Criteria – CTC, gleich Allgemeine Toxizitätskriterien.

Abstufungen

- **Grad 0:** besagt, dass keine Nebenwirkungen bestehen.
- **Grad 1:** beeinflusst das Alltagsleben der Patientin nicht. Ggf. werden erste Symptome der Polyneuropathie wie Überempfindlichkeit auf Reize und beginnendes Kribbeln an Händen und/oder Füßen beschrieben.
- **Grad 2:** Es kommen Brennen oder ein leichtes Taubheitsgefühl mit Empfindungsstörungen hinzu. Es sind Beschwerden, die die Aktivitäten der Patientin im täglichen Leben beeinträchtigen. Schon jetzt können einfache, feine motorische Fähigkeiten, wie das Öffnen einer Wasserflasche oder das Öffnen von kleinen Knöpfen an Hemden und Blusen, beeinträchtigt oder gar unmöglich sein.
- **Grad 3:** bedeutet eine weitere Steigerung der Behinderungen. Starke Schmerzen und/oder ausgeprägte Beschwerden machen es den Patientinnen unmöglich zu arbeiten oder Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen. Die Unterscheidung zwischen Kälte und Wärme ist häufig kaum oder gar nicht mehr möglich – Leitsymptome sind Taubheitsgefühl, Kribbeln und Schmerzen.

Die Hilotherapie

Bei der Hilotherapie handelt es sich um ein computergesteuertes, gradgenaues Thermoheilverfahren. Das Gerät ist ausgestattet mit Hand-/Fußmanschetten und ist mit demineralisiertem Wasser befüllt. Es kann auf eine gradgenaue Kühltemperatur eingestellt werden und ermöglicht eine kontinuierliche Kühlung der Extremitäten. Durch die Kühlung ziehen sich die Nerven versorgenden Blutgefäße zusammen (Vasokonstriktion) und die Durchblutung der Akren (Hände und Füße, Finger- und Zehenspitzen) wird reduziert. Damit gelangen weniger toxische Substanzen an die Nervenendigungen in den Extremitäten. Auch der Sauerstoffbedarf des Gewebes sowie der Stoffwechsel werden reduziert, und die Nerven an Händen und Füßen weniger verletzt. Darüber hinaus vermindert sich der Austritt von Chemotherapeutika über die Schweißdrüsen (Reduktion der Entstehung des Hand-Fuß-Syndroms) und Schmerzrezeptoren werden positiv beeinflusst.

„Patienten mit einer taxanhaltigen Chemotherapie nutzen bei uns die Hilotherapie vorbeugend. Mit einer Temperatur von 10 bis 12 °C werden Hände und Füße kontinuierlich 30 Minuten vor Beginn, während und bis 60 Minuten nach der Chemotherapie gekühlt. Die Patienten empfanden diese Kühlung als wesentlich angenehmer als herkömmliche Kälteträger“.

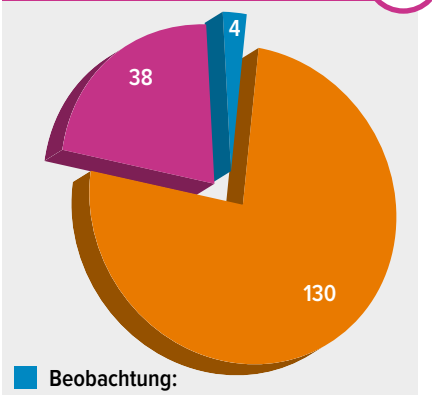
Verschiedene Praxen und Kliniken bedienen sich konventioneller Kälteträger wie unter anderen Eishandschuhe und Eispads, um während der Chemotherapie Hände und Füße zu kühlen. Die aggressive Kälte von Eispads, die aus einer Gefriertruhe mit bis zu -20°C kommen, ist für viele Patienten jedoch nicht tolerabel und gewährleistet keine kontinuierliche Kühlung der Hände und Füße. Ebenfalls müssen die Kälteträger während der Therapie ausgetauscht werden, da sie die Temperatur nicht halten. Dies ist unpraktikabel für das Pflegepersonal.

Hilotherm ChemoCare Foto: Hilotherm GmbH

Die Ergebnisse

„Wir haben Daten von 172 Patientinnen ausgewertet. 130 Patientinnen entschieden sich für die prophylaktische, vorbeugende Anwendung des Thermoheilverfahrens (Abb. 1).

VERTEILUNG DER PATIENTEN Abb. 1



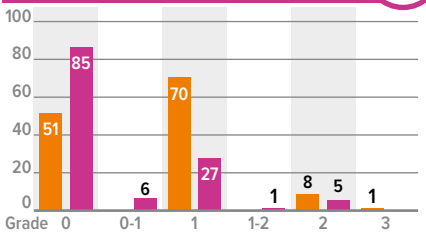
Beobachtung:
keine Kühlung zu keiner Zeit

Primäre Kühlung:
vorbeugende Kühlung von Händen und Füßen mithilfe der Hilotherapie während jeder Chemotherapie

Sekundäre Kühlung:
reaktive Kühlung erst nach Auftreten erster Symptome von CIPN für alle restlichen Chemotherapiezyklen

Die Patientinnen kühlten Hände und Füße bei jeder Chemotherapiebehandlung, beginnend mit der ersten taxanhaltigen Chemotherapie. Nur acht Patientinnen entwickelten kurzfristig Symptome der CIPN mit Schmerzen und Beeinträchtigungen im Alltag (Grad 2), eine Patientin gab den Toxizitätsgrad 3 an (Abb. 2). Da die Symptome nicht anhaltend waren, konnte die Chemotherapie mit geplanter Dosierung im geplanten Zeitintervall wei-

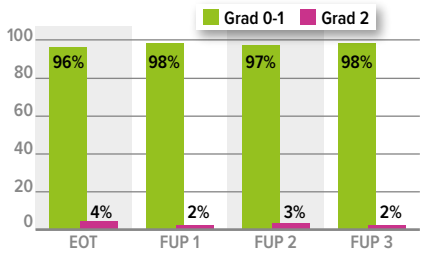
ENTWICKLUNG DER CIPN WÄHREND DER CHEMOTHERAPIE Abb. 2



Höchster Grad der Nebenwirkung: Auftreten von CIPN-Symptomen trotz prophylaktischer Hilotherapie

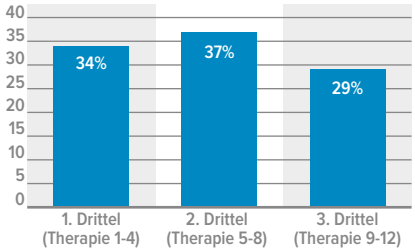
End of Treatment: vier Wochen nach letzter Chemotherapie

LANGZEIT FOLLOW UP PROPHYLAKTISCHE HILOTHERAPIE IN % Abb. 3



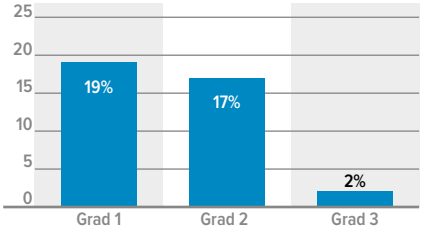
EOT: 4 Wochen nach letzter Chemotherapie (n=125);
FUP1: 4 Monate nach letzter Chemotherapie (n=113);
FUP2: 7 Monate nach letzter Chemotherapie (n=96);
FUP3: 10 Monate nach letzter Chemotherapie (n=54);

BEGINN VON CIPN SYMPTOMATIK OHNE PROPHYLAKTISCHE HILOTHERAPIE (n=38) Abb. 4

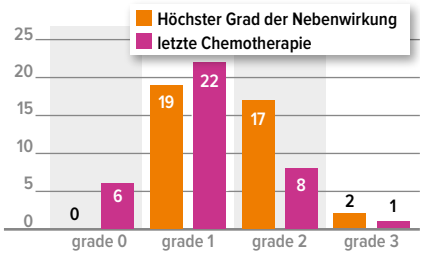


Ohne prophylaktische Kühlung entwickelten 100 % der Patientinnen Symptome der CIPN: 34 % bereits im 1. Drittel, 37 % im 2. Drittel und 29 % im 3. Drittel

HÖCHSTER GRAD DER CIPN OHNE PROPHYLAKTISCHE HILOTHERAPIE (n=38) Abb. 5



ENTWICKLUNG DER TOXIZITÄTEN WÄREND DER REAKTIVEN, SEKUNDÄREN HILOTHERAPIE Abb. 6



tergeführt werden. Vier Wochen nach der letzten Therapie reduzierte sich die Anzahl der Patientinnen mit einer Grad 2 Toxizität nochmals – jetzt gaben nur noch fünf Patientinnen eine vorübergehende Grad 2 Toxizität an, keine Patientin litt unter Grad 3 Symptomen (Abb. 2)."

„Zusammenfassend wurde beobachtet, dass von den Patientinnen, die das kontrollierte Thermoheilverfahren vorbeugend angewandt haben, 93 Prozent ohne limitierende Symptome verblieben. Sie waren zu keiner Zeit in ihrem Alltag negativ beeinträchtigt. Wir mussten bei keiner unserer Patientinnen eine Dosisreduktion vornehmen oder die Chemotherapie vorzeitig beenden. Vier Monate nach der letzten Chemotherapie waren bereits 98 Prozent unserer Patientinnen ohne limitierende Symptome. Die Ergebnisse zeigen sich als nachhaltig: Sieben und zehn Monate nach Ende der Chemotherapie sind weiterhin 97–98 Prozent unserer Patientinnen ohne Beschwerden (Abb. 3)".

> **Sie waren zu keiner Zeit in ihrem Alltag negativ beeinträchtigt**

42 Patientinnen begannen ihre Chemotherapie ohne prophylaktische Kühlung (Abb. 1).

In dieser zweiten Gruppe konnte gezeigt werden, dass ohne kontrollierte, vorbeugende Hand-Fuß-Kühlung, alle Patientinnen Symptome der CIPN entwickelten (Abb. 4).

Diese Patientinnen kühlten nach Auftreten der Symptome ihre Hände und Füße (sekundäre, reaktive Hand-Fuß-Kühlung) für alle noch ausstehenden Chemotherapiezyklen und konnten sowohl ein Fortschreiten der Symptomatik verhindern, als auch eine Linderung erfahren (Abb. 5 + 6).

Der Einsatz der sekundären, reaktiven Hilotherapie nach Einsetzen der CIPN verhindert das Fortschreiten der Symptome und lindert diese.

Rund 200 Patientinnen nutzten bereits dank der Selbsthilfegruppe ISI e.V. die vorbeugende Kühlung mittels des Thermoheilverfahrens. Schwere, nicht reversible Ausprägungen der Chemotherapie-induzierten Polyneuropathie (CIPN) konnten vermieden werden. Die Langzeitprognose für viele Patientinnen mit einer Krebserkrankung hat sich durch viele innovative Therapiekonzepte in den letzten Jahren stark verbessert, daher sollte auch die Vermeidung schwerer Langzeitkomplikationen, die die Lebensqualität der Patientinnen stark beeinflussen, mehr in den Fokus gesetzt werden.

Fazit

„Erfreulicherweise hören immer mehr Patientinnen und auch behandelnde Ärzte von dieser Methode und wenden sie an. Wir hoffen, dass die Therapie bald nicht nur in vielen Kliniken und Praxen angeboten wird, sondern dass sich auch bald die Krankenkassen an den anfallenden Kosten beteiligen werden, zumal die Anwendung für Patientinnen und Pflegepersonal so simpel ist".

KONTAKT

Dr. rer. nat. Trudi Schaper
Leiterin der Studienzentrale am Brustzentrum Luisenkrankenhaus, Düsseldorf
Vorsitzende Internationale Senologie Initiative ISI e.V.
E-Mail: schaper@luisenkrankenhaus.de
Telefon: 0172/8 67 64 63

Palliative Care

Die Rolle der Radiotherapie

VON DR. MED. MARKUS NOTTER

Der Begriff „palliative Care“ war lange kaum bekannt, im Vordergrund stand die Heilung einer Krebserkrankung mit allen Mitteln. Das Begleiten, Beistehen in einer unheilbaren Krankheitssituation bis zum Tod wurde selten als eigenes medizinisches Fachgebiet gelehrt, oder nur am Rande erwähnt. Heute gilt die Aufnahme der palliativen Betreuung in ein onkologisches Gesamtkonzept als Qualitätskriterium für die Betreuung in einem spezialisierten Tumorzentrum, und sie wird nicht mehr als letzte Instanz allein mit dem Lebensende und der Vergänglichkeit assoziiert. Das frühzeitige Einbinden in die Therapieplanung kann dem betreuenden Team und den Patientinnen die Behandlung erleichtern und bisweilen auch nebenwirkungsreiche, kostspielige und wenig wirksame Therapien ersparen. Nur das offene Gespräch mit den Betroffenen hilft zu klären, was wirklich benötigt werden wird. Die Hoffnung auf eine langfristige Stabilisierung der Krankheit bleibt so erhalten, lässt aber doch Raum für Gespräche über das Lebensende.

Was ist palliative Care heute?

Hauptaufgabe ist zwar eine umfassende Symptomkontrolle, aber eine Beschränkung allein darauf verfehlt den Charakter dieser Betreuungsform. Im Zentrum steht der Mensch, und die gemeinsame Entscheidungsfindung für mögliche Massnahmen ist das tragende Element. Das umfasst die offene, behutsame und menschenwürdige Aufklärung über die Krankheitssituation und auch den Einbezug von Angehörigen. Möglich wären eine Patientenverfügung oder ein „Notfallplan“ zur Gestaltung der Betreuung zu Hause im familiären Umfeld und welche weiteren Pflegemöglichkeiten es gäbe.

Bild eines Patienten

Die Geburt eines Menschen ist ein großes Ereignis, warum nicht auch sein Tod? Wie steht es um mein Lebensende? Fragen zu stellen und unter Einbezug spiritueller Bedürfnisse und psychologischer Belastungsfaktoren miteinander Antworten zu finden, das bedeutet Palliative Care. Wesentlich ist dabei ein interdisziplinäres Vorgehen mit allen in der Betreuung involvierten Fachpersonen. Die Konzentration auf das rein Medizinische wäre einengend, die Gesamtperspektive und das menschliche Umfeld dürfen mit einfließen, auch seelsorgerische Tätigkeiten oder sogenannte alternativ medizinisch tätige Personen. Gerade der offene, „umarmende“ Charakter soll zum Tragen kommen. Empathie und das Eingehen auf die Wünsche eines Kranken sind essenziell, die Aufmerksamkeit liegt dabei nicht auf der Krankheit, sondern auf dem Menschen.

Angst vor Schmerzen

Große Angst besteht oft vor schwersten Schmerzen, dagegen gibt es heute eine ganze Reihe von Medikamenten und Verabreichungsformen. Außer der Überdeckung mit starken Schmerzmitteln kann auch ursächlich vorgegangen werden, dazu zählen direkte Infiltrationen betroffener Regionen mit Schmerzmitteln oder

chirurgische Eingriffe. Auch Chemotherapien sind in gewissen Situationen überlegenswert. Die interventionelle Radiologie zerstört mittels Radiofrequenzsonden mit Hilfe von Ultraschall oder Computertomographie gezielt Tumorherde oder trennt sie via Kathetereinführung von der Blutversorgung (Embolisation). Auch die endoskopische Tumorabtragung ist möglich.

Rolle der Radiotherapie

Bei Schmerzen durch Knochenmetastasen verschafft die Bestrahlung äußert effizient und rasch Linderung, die Mobilität kehrt zurück und eine noch stärkere Invalidität wird vermieden. Wirbelsäulenmetastasen können zur Kompression des Rückenmarks mit nachfolgender Lähmung führen. Außer der notfallmässigen chirurgischen Entlastung ist auch die sofort eingesetzte Radiotherapie eminent wichtig, vor allem wenn die chirurgischen Möglichkeiten begrenzt oder unzumutbar sind. In einer Strahlenklinik ist die Behandlung von schmerzhaften Knochenmetastasen selbstverständlich. Andere tumorbedingte Schmerzursachen sind Kapselspannungen bei Lebermetastasen und der Druck auf Nerven durch das Tumorwachstum. Bei tumorbedingten Einengungen der Atemwege oder der Speiseröhre kann die Radiotherapie von außen oder direkt in der Luft- oder Speiseröhre das Tumorwachstum hemmen und zur Erleichterung führen. Die Bestrahlung von Organmetastasen erhält die Lebensqualität und vermeidet Funktionsausfälle.

Mit möglichst wenigen Bestrahlungssitzungen soll ein Optimum an Wirkung ohne übermäßige Nebenwirkungen erreicht werden. Gerade so viel wie nötig. Ein Gleichgewicht zwischen Machbarem und Notwendigem zu finden ist eine anspruchsvolle, aber auch sehr dankbare Aufgabe für den Strahlentherapeuten, die nur gemeinsam mit dem Patienten gelingt. Sogenannte einfache Techniken genügen oft nicht, sondern nur hochkomplexe Bestrahlungstechniken erzielen die gewünschte Wirkung ohne zu große Risiken. Die Anpassung der Gesamtbehandlungsdauer reicht von der „klassisch“ fraktionierten Bestrahlung mit kleinen täglichen Einzeldosen bis zur beschleunigten „hypofraktionierten“ Bestrahlung mit erheblich verkürzter Behandlungszeit. Die sogenannte Radiochirurgie soll mittels einer Hochdosis-Einmalbestrahlung eine „unblutige“ Tumorzerstörung von außen erreichen.

Bestrahlungstechnik und -planung

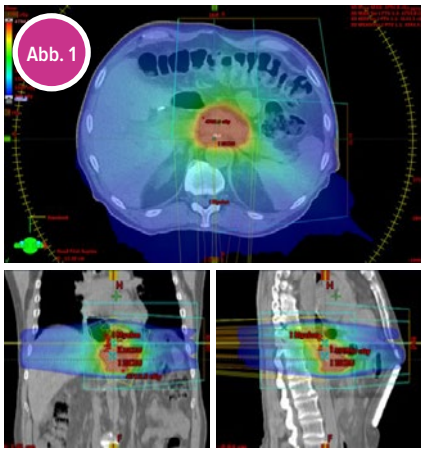
Die hoch präzise Bestrahlung eines Tumorherdes erfordert eine reproduzierbare Lagerung des Patienten mit entsprechenden Hilfsmitteln. Eine in der zukünftigen Bestrahlungsposition durchgeführte Computertomographie dient als 3-D-Datensatz für die Planung. Der Bestrahlungsplan berücksichtigt außer wichtigen Parametern wie Tumorausdehnung, Zielvolumendefinition und benachbarten kritischen Organe oder Strukturen auch die Gesamtsituation des Patienten und die mit ihm vereinbarte Therapiestrategie. Es folgt die Einstellung des Patienten am Bestrahlungsgerät über eine Simulation der Bestrahlung.

Das Spektrum der Bestrahlungstechniken reicht von einem einzigen Stehfeld über mehrfache Bestrahlungsfelder (3-D-Planung), von intensitätsmodulierten oder sogar Volumen-modulierten Rotationsbestrahlungen (Abb. 1) bis hin zur stereotaktisch geführten Einmalbestrahlung mit Höchstdosen (Abb. 2).

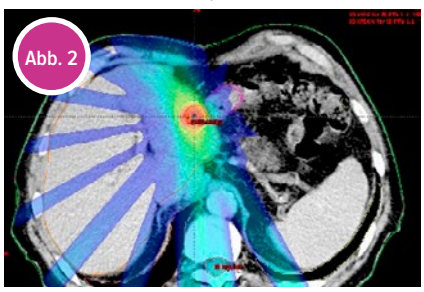
Bei dieser exakten Technik werden Tumorzellen gezielt abgetötet, vorausgesetzt, zu schonendes Gewebe liegt nicht im Bestrahlungsgebiet. Die Wahl der Therapietechnik wird im Bestrahlungsteam gemeinsam mit Planungsspezialisten und Physikern evaluiert.

Ergebnisse

Häufig erleben Patientinnen bereits bei Abschluss einer fraktionierten Bestrahlungsserie eine beginnende Linderung, sicher beurteilbar ist der Erfolg aber erst etwa vier Wochen nach Behandlungsabschluss. Verschiedene Studien konnten ähnlich gute Ansprechraten unabhängig

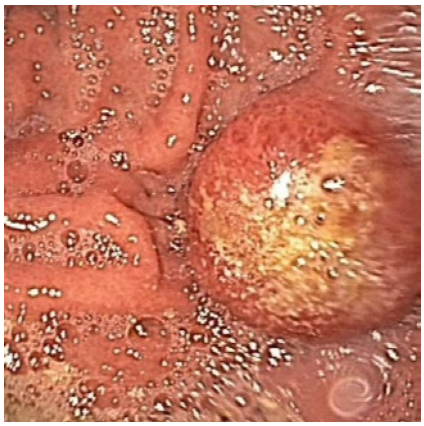


Volumen-modulierte Rotationsbestrahlung. Ziel: Schmerzbeinflussung retro-peritoneal

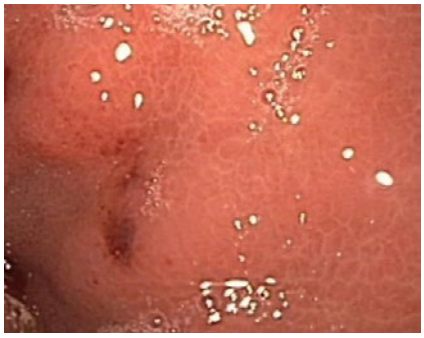


Stereotaktische Bestrahlung einer Lebermetastase

Fotos: Radio-Onkologie Lindenhofspital Bern



Magenwandmetastase vor...



.. und nach Radiotherapie (Zusatzbefund bei Patient aus Abb. 1)

vom gewählten Konzept zeigen. Neueste Daten belegen eher bei der stereotaktischen Bestrahlung eine gute Schmerzlinderung, auch scheint sie viel länger anzuhalten. Nach zwei Wochen berichten zwei Drittel der Behandelten über eine komplette oder erhebliche Schmerzabnahme, nach neun Monaten erleben drei Viertel eine Besserung.

Erneute Bestrahlung

Bei nicht genügender Wirkung oder Wiederauftreten von Schmerzen im gleichen Gebiet lässt sich eine Bestrahlung in vielen Fällen wiederholen. Begrenzend wirken die Vorbelastung an Risikoorganen wie dem Rückenmark, das vorbestrahlte Volumen sowie die damalige Fraktionierung. Höhere Einzeldosen sind für gesundes Gewebe belastender als kleinere, mehrfach applizierte Einzeldosen. Die errechnete Gesamtdosis ist deshalb nicht gleichermaßen biologisch verträglich. Mögliche Risiken werden deshalb vor einer erneuten Bestrahlung mit dem Patienten besprochen.

Nebenwirkungen

Die palliative Radiotherapie ist meist gut verträglich, Müdigkeit tritt als Allgemeinsymptom der gesamten Krankheitssituation auf. Unterschiedliche Akutreaktionen entstehen je nach Lokalisation nur im Bestrahlungsfeld. Etwa ein Drittel aller Patienten berichtet unter der Schmerzbestrahlung zu Beginn über vermehrte Beschwerden („pain flare"), bedingt durch eine reaktive Gewebsschwellung. Abhilfe bringen hier eine angepasste Schmerzmitteldosierung oder kurzfristig auch Steroide (Kortisone). Nach zwei bis drei Tagen klingen diese Schmerzen ab, und meist erleben die Patientinnen eine rasche Verbesserung ihres Zustandes. Der „pain flare" ist möglicherweise auch ein Vorzeichen für eine gute Therapiewirkung. Andere mögliche Nebenwirkungen gemäß der geplanten Bestrahlungsregion werden den Patientinnen dargelegt.

Oligometastasen

Besonders dank modernster nuklearmedizinischer Methoden gelingt es nicht nur immer besser, Tumore im Frühstadium festzustellen, sondern auch Metastasen frühzeitig zu erfassen. Statt therapeutischem Nihilismus ist hier ganz im Gegenteil gezieltes aktives Handeln gefragt! Ein metastasiertes Krankheitsgeschehen gilt definitionsgemäss als nicht mehr heilbar. Gegen die bekannten und möglicherweise noch nicht erfassten Metastasen werden zunächst systemische Medikamente empfohlen. Soll man Metastasen zusätzlich „gezielt lokal" behandeln? Zunehmend steigt der Wert der fokussierten, oft stereotaktisch geführten Bestrahlung. Gelingt nämlich eine gezielte Abtötung der wenigen bekannten Herde, kann häufig eine über Monate, teilweise sogar Jahre anhaltende komplette Rückbildung der Erkrankung gesehen werden. Die lokale Zerstörung eines Tumorherdes kann sich so auf das Überleben auswirken, sei es durch die operative Entfernung oder durch eine hoch fokussierte Bestrahlung. Damit soll nicht die Überlegenheit der einen oder anderen Methode betont werden, sondern es gilt abzuschätzen, welche zumutbar ist und welche Funktionseinbussen zu erwarten sind. Die stereotaktisch geführte Strahlentherapie bietet den großen Vorteil des gleichzeitigen Angehens mehrerer Metastasen, sogar in verschiedenen Organsystemen. Dies kompromittiert jedoch nicht eine gleichzeitig laufende Systemtherapie. Es gibt allerdings bisher erst wenige randomisierten Studien für diesen Ansatz der sog. „metastases directed therapy", aber erste Ergebnisse belegen die Bedeutung dieses Konzeptes. So konnte in einzelnen Mitteilungen durch die gezielte Bestrahlung von Lymphknoten- oder Fernmetastasen die tumorprogressionsfreie Zeit bis zum notwendigen Beginn einer erneuten Systemtherapie ohne zusätzliche Behandlung nahezu verdoppelt werden. Dadurch verbessern sich die Lebensqualität und die Überlebenszeit. Weitere Bestätigungen dieses Konzeptes werden bald erwartet.

> **Die lokale Zerstörung eines Tumorherdes kann sich so auf das Überleben auswirken**

Fazit

Die Radiotherapie ist bei vielen, vor allem auch schmerzhaften Tumormanifestationen eine nebenwirkungsarme Behandlungsoption mit guter Erfolgsrate. Unabhängig von der gewählten Fraktionierung und der Technik werden erhebliche Schmerzlinderungen erreicht, und zunehmend reifen moderne Bestrahlungstechniken wie die stereotaktische Radiotherapie bei geeigneten Behandlungssituationen zu neuen Standards. Unabdingbar ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Es geht bei der Palliative Care nicht nur darum, mittels der Bestrahlung zu einer wirkungsvollen Symptomlinderung beizutragen, sondern es besteht vor allem beim frühzeitigen Einsatz die Hoffnung auf eine längerdauernde Stabilisierung der Krebserkrankung. Im Vordergrund steht dabei stets die Lebensqualität der Betroffenen, die nur sie am besten definieren können. Was gibt es Schöneres, als wenn uns ein Patient mitteilt, es gehe ihm gut und er benötige zum gegenwärtigen Zeitpunkt gar keine Therapie, obwohl er unheilbar erkrankt ist! Da hätten wir ihn mit dem „Mantel" der optimal auf ihn bezogenen Betreuung warm gegen die raue Außenwelt umhüllt - Palliation im tiefsten Sinn des Wortes.

KONTAKT

Dr. med. Markus Notter
Radio-Onkologie Lindenhofspital
Bremgartenstraße 117
CH - 3012 Bern

Ungeahnte Möglichkeiten

Drug-Repurposing

VON GERTRUD RUST

Drug-Repurposing bedeutet den Einsatz eines Medikaments für einen anderen Zweck als den ursprünglich zugelassenen, oft spricht man auch von Repositioning oder Neupositionierung in weiteren therapeutischen Handlungsfeldern. Die Umnutzung von Medikamenten hat eine lange Geschichte, und nicht selten beruhen die Erkenntnisse zu neuen Einsatzmöglichkeiten auf Zufallsbefunden oder entpuppen sich gar als „willkommene Nebenwirkungen".

Spektakuläre Beispiele

Der vor über dreißig Jahren von Pfizer zur Gefäßerweiterung bei Angina Pectoris entwickelte Wirkstoff Sildafenil erwies sich bei der Erweiterung der Herzkranzgefäße als nicht nachhaltig, die Studien wurden abgebrochen. Dennoch gaben die Studienteilnehmer restliche Testtabletten nicht zurück, denn eine unerwartete Gefäßerweiterung an anderer Stelle war erfolgreicher als an den Herzkranzgefäßen. Viagra war geboren, bis heute ein Verkaufsschlager. Auch als Medikament gegen Lungenhochdruck wird Sildafenil heute eingesetzt.

Der gegen Bluthochdruck geplante Einsatz des Wirkstoffs Fluoxetin von Eli Lilly senkte nicht den Blutdruck, sondern hob auffallend die Stimmung der Studienteilnehmer. Seit 1990 ist es in Deutschland als Antidepressivum zugelassen und begründete eine neue Substanzklasse zur Behandlung von Depressionen.

Das Multitalent Acetylsalicylsäure - Aspirin - stillt nicht nur Schmerzen, es senkt auch Fieber und hemmt neben Entzündungen zusätzlich die Bildung von Blutgerinnseln. Sogar ein Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Krebserkrankungen wird aufgrund dieser Eigenschaften diskutiert: www.dkfz.de/de/presse/veroeffentlichungen/einblick/einblick-archiv/01_2017/Aspirin.html

Und die Wirkstoffe Raloxifen und Tamoxifen erfüllten zwar nicht den seinerzeit vorgesehenen Zweck als „Pille danach", bewähren sich aber seit langem in der Osteoporose- und Brustkrebstherapie.

Metformin

Das bereits 1947 zugelassene Anti-Diabetikum Metformin von Merck wird seit Jahrzehnten erfolgreich zur Behandlung des Typ-2-Diabetes eingesetzt und gehört zu den am besten untersuchten Medikamenten. Seit langem gibt es bei Diabetikerinnen jedoch auch Hinweise auf mögliche Zusammenhänge mit dem Neuauftreten von Brustkrebs (Inzidenz) sowie dem Verlauf einer Brustkrebserkrankung bei gleichzeitiger Metformin-Therapie.

Frauen mit Diabetes Typ 2 (mangelhafte Insulinwirkung) haben nicht nur ein erhöhtes Brustkrebsrisiko, sondern auch eine ungünstigere Prognose: www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/aktuelle-themen/news/diabetes-mellitus-bei-brustkrebserkrankung-unguenstig.html

Dieser Nachteil könnte durch eine Behandlung mit Metformin ausgeglichen werden. Es senkt den Blutzuckerspiegel durch Beeinflussung des Glukosestoffwechsels und hemmt dabei die Neubildung von Glukose in der Leber. Es verbessert die Insulinwirkung auf die Muskeln, sodass diese mehr Glukose aus dem Blut aufnehmen und verbrauchen können. Und es verzögert die Glukoseaufnahme aus der Nahrung im Darm. Als Folge der damit bewirkten Senkung des Blutzuckerspiegels durch Metformin wird auch eine Beeinflussung des Wachstums von Krebszellen diskutiert (antiproliferative Wirkung), da diese ihre Hauptwachstumsenergie aus Zucker beziehen.

Ausgewählte Studien

Ein US-Forscherteam um den Brustkrebsspezialisten Rowan T. Chlebowski fand 2012 bei Diabetikerinnen unter Metformintherapie ein niedrigeres Brustkrebsrisiko im Vergleich zu Nicht-Diabetikerinnen: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22689798 .

Die Schweizer Forschergruppe am Biozentrum der Universität Basel unter Leitung des Molekularbiologen Prof. Dr. Michael N. Hall zeigte 2016 in einer präklinischen Studie eine Wirkverstärkung der krebshemmenden Eigenschaften von Metformin durch die Kombination mit dem Blutdrucksenker Syrosingopin. Die Wirkstoffkombination trieb Krebszellen in den natürlichen Zelltod, die Apoptose: https://advances.sciencemag.org/content/2/12/e1601756 .

Die Folgestudie 2018 beschrieb die gleichzeitige Blockade zweier wichtiger

Schritte in der Energieproduktion von Krebszellen durch den kombinierten Einsatz von Syrosingopin und Metformin. Die Autoren sprachen von einer möglicherweise praktikablen Antikrebs-Strategie für die beiden Wirkstoffe: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6302548/ .

Die ALTTO – Studie ...

... bestätigte die Ergebnisse einer Metanalyse aus 2015, die neben einer Verbesserung des krankheitsspezifischen Überlebens auch eine Verlängerung des Gesamtüberlebens unter einer Metformin-Therapie bei an Brustkrebs erkrankten Diabetikerinnen belegt hatte.

Dr. Amir Sonnenblick und Kollegen vom Hadassah-Hebrew University Medical Center in Jerusalem untersuchten in der ALTTO-Studie primär Patientinnen mit HER2+ - Tumoren, die ein Jahr mit unterschiedlichen Kombinationen von Trastuzumab und Lapatinib behandelt wurden. An der Studie nahmen HER2+- Brustkrebspatientinnen mit und ohne Diabetes teil, nur ein Teil der Diabetikerinnen standen unter einer Metformin-Therapie. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug viereinhalb Jahre.

Bei diabetischen HER2+ - Patientinnen **ohne** Metforminbehandlung zeigte sich ein schlechteres krankheitsfreies Überleben (DFS), die Zeit bis zur Metastasenbildung war verkürzt (DDFS), ebenso die Gesamtüberlebenszeit (OS). Das Risiko für Tumorrezidive, eine Metastasierung und das Sterblichkeitsrisiko war im Vergleich zu Nicht-Diabetikerinnen nahezu verdoppelt. Dieser Nachteil war jedoch auf Diabetikerinnen beschränkt, deren HER2+- Tumore zusätzlich hormonpositiv waren.

Mit Metformin behandelte Diabetikerinnen zeigten unabhängig vom Hormonrezeptorstatus ein vergleichbares Therapieergebnis (Outcome) wie Nicht-Diabetikerinnen.

Im Vergleich zwischen Diabetikerinnen mit und ohne Metforminbehandlung spricht Sonnenblick von einem heilsamen Effekt des Metformins, bei anderen Diabetesmedikamenten bestünde keine bedeutsame oder sogar eine negative Beziehung zum Krankheitsverlauf. Die Art und Weise, wie Metformin eine krebshemmende Wirkung genau entfalte, sei noch nicht abschließend geklärt und müsse in weiteren Studien untersucht werden: Amir Sonnenblick et al.: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28375706

Natürlich sei Metformin ein Mittel gegen Krebszellen, so der Mikrobiologe und Genetiker Prof. Dr. Mathias Heikenwälder vom Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg, jedoch wären Nebenwirkungen zu berücksichtigen, und die für eine Metformin-Therapie geeigneten Patientinnen müssten sorgfältig identifiziert werden.

ANZEIGE

Aus der neuen Welt

Patientinnen in Tumorkonferenzen

VON CORNELIA STÜWE

Auf der Webseite der Carl von Ossietzky Universität in Oldenburg in Niedersachsen liest frau: „Lena Ansmann, geboren in 1985, studierte zwischen 2004 und 2010 Public Health an den Universitäten Bremen, Malmö und Bielefeld. Von 2010 bis 2015 war sie am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften (IMVR) der Universität zu Köln als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. In 2014 promovierte sie an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln mit einer kumulativen Dissertation zum Thema „Die Arzt-Patient Interaktion und der Kontext Krankenhaus - Untersuchungen zu sozialer Unterstützung durch Ärzte in der Versorgung von Brustkrebspatienten“. Ihre Dissertation wurde mit dem Reinhold-Schwarz-Förderpreis für Psychoonkologie ausgezeichnet.“ (1)

Von Anfang an war ihr beruflicher Werdegang mit der Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten verknüpft, und auch laufende Forschungsprojekte wie „Maßnahmen zur Unterstützten Kommunikation“ (MUK), „Partizipative Implementierung eines Kommunikationskonzepts zur Verbesserung der professionellen Gesundheitskompetenz“ (PIKoG) und das „Rückmeldeverhalten von PatientInnen zu therapieinduzierten Nebenwirkungen in der palliativen Behandlung“ (MONA-T) reihen sich nahtlos in diesen Themenkreis ein.

Auch die 2017 begonnene und von der Deutschen Krebshilfe e.V. geförderte Sondierungsstudie „Patient involvement in multidisciplinary tumor conferences in breast cancer care – an exploratory study“ (PINTU), die Teilnahme von Brustkrebspatientinnen an Tumorkonferenzen, gehört dazu. (2) Die Erfahrungen der Teilnehmerinnen werden dargestellt in der Veröffentlichung „How do breast cancer patients experience multidisciplinary tumor conferences? - A description from the patient perspective“ - „Wie erleben Brustkrebspatientinnen multidisziplinäre Tumorkonferenzen? - Eine Beschreibung aus Sicht der Patientin“. (3)

Cornelia Stüwe, mamazone Ostholstein im Gespräch mit Prof. Dr. Lena Ansmann

mamazone: *Frau Prof. Ansmann, Sie sind Leiterin der Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung. Was verbirgt sich hinter diesem Begriff?*

Prof. Dr. L. A.: Die Organisationsbezogene Versorgungsforschung ist ein noch junger Forschungsbereich, zumindest in Deutschland. Er begründet sich darin,

dass wir teilweise immense Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen verschiedenen Einrichtungen (Organisationen) sehen. Unser Ziel ist es zu erklären, worin sich „gute“ und „weniger gute“ Organisationen in der Versorgung unterscheiden. Bei den erklärenden Faktoren geht es häufig sowohl um Strukturen und Prozesse innerhalb der Organisationen, als auch um die Organisationskultur. Wir erforschen also, welche Organisationsmerkmale mit einer guten Versorgungsqualität zusammenhängen und wie man Organisationen dahingehend verändern kann. In diesem Zusammenhang geht es auch häufig um Fragen der wissenschaftlichen Bewertung und Umsetzung von Veränderungen in der Versorgung.

mamazone: *Sie benötigen sicher ein weit verzweigtes Netzwerk für Ihre Tätigkeit. Welche Berufsgruppen gehören dazu? Gibt es eine internationale Komponente?*

Prof. Dr. L. A.: Mein Schwerpunkt liegt bisher in der Onkologie, daher setzt sich mein wissenschaftliches Netzwerk auch zu einem Teil aus onkologisch tätigen Professionen zusammen. Dort versuche ich mit möglichst vielen Berufsgruppen in Kontakt zu kommen und sie in Studien einzubeziehen, unter anderem verschiedene Fachärzt*innen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter*innen und Psychoonkolog*innen. Denn meine Forschungsthemen müssen sich natürlich aus der Versorgung ergeben und für diese Personengruppe relevante Probleme sein. Auch Selbsthilfevereinigungen sind in vielen meiner Forschungsprojekte vertreten und bringen die Patientenperspektive gewinnbringend ein. Die Versorgungsforschung ist per se ein interdisziplinäres Fach, sodass ich mit Kolleg*innen aus verschiedensten Disziplinen kooperiere. Dazu gehören Soziolog*innen, Psycholog*innen, Ökonom*innen, Pädagog*innen und Gesundheitswissenschaftler*innen. Die internationale Komponente ergibt sich aktuell aus einer intensiven Kooperation zwischen der Universität Oldenburg, an der ich tätig bin, und der Rijksuniversiteit Groningen in den Niederlanden. Die beiden Universitäten sind nur 75 Autominuten voneinander entfernt und liegen in einer soziodemographisch und infrastrukturell sehr ähnlichen Grenzregion. Das eröffnet uns die einmalige Möglichkeit, die Versorgung der Bevölkerung

> **Eine vertrauensvolle unterstützende Beziehung sowie verständliche Informationen sind in diesem Zusammenhang für viele Patient*innen zentral**

in dieser Grenzregion zu untersuchen und Einflüsse der beiden Gesundheitssysteme in einem natürlichen Experiment beobachten zu können. Dazu haben wir als Brücke zwischen beiden Universitäten kürzlich das Crossborder Institute of Healthcare Systems and Prevention gegründet (https://uol.de/fk6-k-o-g/forschung/cross-border-institute-of-healthcare-systems-and-prevention).

mamazone: *Welches sind Ihre Forschungsschwerpunkte?*

Prof. Dr. L. A.: In der onkologischen Versorgung interessiert mich seit Beginn meiner Forschungskarriere die Kommunikation zwischen Patient*innen und den Versorgenden. Eine vertrauensvolle unterstützende Beziehung sowie verständliche Informationen sind in diesem Zusammenhang für viele Patient*innen zentral. Was oft vergessen wird ist, dass neben den individuellen Kommunikationskompetenzen auch die Rahmenbedingungen für eine gelungene Kommunikation entscheidend sind. So konnten wir zeigen, dass die Arbeitsbelastung von Ärzt*innen oder der Zusammenhalt im Team die Kommunikation zwischen Patient*innen und den Versorgenden prägt. In diesem Zusammenhang sind wir auch auf das Thema der Patient*innenteilnahme an Tumorkonferenzen gestoßen und beleuchten in der PINTU-Studie nun verschiedene Perspektiven auf und Erfahrungen mit der Patient*innenteilnahme.

mamazone: *Im Juni 2019 beobachtete ich als Zuhörerin an der 39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie in Berlin eine sehr kontroverse Diskussion über den freien Vortrag des Soziologen Christian Heuser von der Universität Bonn. Es ging um die Teilnahme von Brustkrebspatientinnen an multidisziplinären Tumor-*

Rijks Universität in Groningen (links) und Campus Haarentor (rechts) Foto: Fruggo, © Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Soll ich in die Tumorkonferenz? Foto: Robert Kneschke - stock.adobe.com

konferenzen und deren Machbarkeit aus Sicht der behandelnden Berufsgruppen. Aus der PINTU-Studie, die von Prof. Nicole Ernstmann aus der Uniklinik Bonn und Ihnen geleitet wird, berichteten Christian Heuser und Annika Diekmann in ihrer Veröffentlichung: „Patientinnenteilnahme an Tumorkonferenzen: ein wichtiger Faktor für eine gemeinsame Entscheidungsfindung?“ (4) Wie kam es zu dieser Fragestellung?

Prof. Dr. L. A.: Während meiner Forschungstätigkeit am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln war ich für eine jährliche Patientinnenbefragung in den NRW-Brustzentren zuständig. In dem Vorgängerprojekt WORG OUT: „Work Organization and Patient-Reported Outcomes – Arbeitsorganisation und Patient*innenerfahrungen“ (www.imvr.de/de/forschung/abgeschlosseneprojekte/worgout) haben Frau Ernstmann und ich beobachtet, dass zwischen sechs und zwölf Prozent der befragten Patientinnen zur eigenen multidisziplinären Tumorkonferenz eingeladen wurden. Das traf überwiegend auf vereinzelte Zentren zu. Weltweit gibt es zu dem Für und Wider der Patient*innenteilnahme jedoch kaum Studien. Uns hat brennend interessiert, wie die Patient*innenteilnahme in den Zentren realisiert wird und welche Vor- und Nachteile sie für die Patient*innen, aber auch die Versorgenden bringt. Wichtig ist uns bei diesem kontroversen Thema die Ergebnisoffenheit unserer Forschung sowie die Tatsache, dass wir die bereits in einigen Zentren praktizierte Patient*innenteilnahme unvoreingenommen beobachten. Seit 2017 fördert nun die Deutsche Krebshilfe e.V. das Forschungsprojekt PINTU.

Die Deutsche Krebshilfe fördert das Projekt PINTU

mamazone: *Wie wurde methodisch vorgegangen?*

Prof. Dr. L. A.: In der PINTU-Studie haben wir zunächst 30 Interviews mit Versorgenden in sechs Brustzentren in NRW geführt. Die Hälfte der Versorgenden hatte bereits Erfahrung mit der Patient*innenteilnahme an Tumorkonferenzen. Mithilfe der Interviews sollten die Erwartungen an und Erfahrungen mit der Patient*innenteilnahme untersucht werden. Im nächsten Schritt begannen wir mit der Rekrutierung von Patient*innen, die an der eigenen Tumorkonferenz teilnahmen oder nicht teilnahmen, weil sie nicht zur Teilnahme eingeladen wurden. Die Patient*innen werden sowohl vor und nach der Tumorkonferenz, als auch vier Wochen später mit einem Fragebogen zu den Erwartungen und Erfahrungen sowie der Kommunikation und emotionalen Befindlichkeit befragt. Gleichzeitig sitzt unser Forschungsteam regelmäßig in den Tumorkonferenzen dabei und beobachtet diese. So untersuchen wir, ob es hinsichtlich der Entscheidungsfindung und Kommunikation Unterschiede nach Teilnahme oder Nicht-Teilnahme von Patient*innen gibt. Die Tumorkonferenzen werden dafür audio- und teilweise videoaufgezeichnet. Das Thema der Entscheidungskommunikation wird momentan von Barbara Schellenberger für eine Veröffentlichung aufbereitet.

mamazone: *Auf der Homepage der CvO-Universität in Oldenburg steht: „Ein zentrales Instrument multidisziplinärer Versorgung in der Onkologie sind sogenannte multidisziplinäre Tumorkonferenzen (MTK). In MTK werden die Diagnose und weitere Behandlung von Krebspatient*innen im Behandlungsteam diskutiert und Therapieempfehlungen entwickelt. Die von der Deutschen Krebshilfe e. V. geförderte Vorgängerstudie WORG OUT konnte zeigen, dass in einigen nordrheinwestfälischen Brustzentren Patient*innen selbst an der Besprechung ihres Falls im Rahmen der MTK teilnehmen. Die Studienlage zu Risiken und Nutzen der Patient*innenteilnahme liefert jedoch bislang keine gesicherten Erkenntnisse.“ Was hat das Team der PINTU-Studie herausgefunden?*

Prof. Dr. L. A.: Wir konnten zunächst zeigen, dass die Versorgenden die Machbarkeit der Patient*innenteilnahme im Versorgungsalltag kritisch sehen. Die teilweise positiven Erfahrungen und Chancen legen jedoch nahe, dass die Teilnahme für ausgewählte Patient*innen sinnvoll und machbar sein kann. Gleichzeitig konnten wir erkennen, dass Versorgende, die bereits Erfahrungen mit der Teilnahme von Patient*innen hatten, mehr poten-

zielle Vorteile für die Patient*innen sahen als Versorgende ohne Erfahrung mit der Teilnahme. In den Beobachtungen der Tumorkonferenzen erkennen wir eine große Bandbreite der Realisierung der Patient*innenteilnahme. Da wir aktuell noch Daten zu dieser Thematik erheben, können wir noch kein abschließendes Fazit ziehen. Was wir schon sagen können ist, dass Patient*innenteilnahme nicht gleich Patient*innenteilnahme ist.

mamazone: *PINTU läuft noch bis Mai 2020. Wann ist mit Ergebnissen zu rechnen?*

Prof. Dr. L. A.: Wir werden uns im Frühjahr an die Auswertung der Beobachtungen und der Befragungen machen und diese auf den Kongressen in 2020 bereits präsentieren. Dort können wir dann zum ersten Mal auch Ergebnisse zu den Erfahrungen der Patient*innen darstellen. Parallel arbeiten wir an der Veröffentlichung der oben beschriebenen Interviewergebnisse.

mamazone: *Es könnten sich sehr unterschiedliche Risiken und Vorteile für die Beteiligten ergeben. Ist eine Diskussion zwischen Patient*innen und professionell Tätigen vorgesehen?*

Prof. Dr. L. A.: Die Ergebnisse des Projekts werden in einem Workshop mit Vertreterinnen der Frauenselbsthilfe nach Krebs und professionell Tätigen diskutiert werden. Zudem werden wir die Ergebnisse in Form einer Informationsbroschüre für Patient*innen verbreiten.

mamazone: *In der Zeitschrift „Breast" wurden zu Beginn 2019 die Erfahrungen von Brustkrebspatienten mit der Teilnahme an Tumorkonferenzen aus dem Vorgängerprojekt beschrieben. Welche Rückmeldungen halten Sie für besonders bedeutsam?*

Prof. Dr. L. A.: In diesem Artikel hat Annika Diekmann erste Ergebnisse der jährlichen Patient*innenbefragung in den NRW-Brustzentren hinsichtlich der Patient*innenteilnahme an Tumorkonferenzen aufbereitet. Sie hat dabei auch offene Antworten der Patient*innen im Fragebogen ausgewertet. Diese zeigten, dass nur wenige Patient*innen die Teilnahme an der Tumorkonferenz bereuten. Dennoch wurde sowohl von positiven Erfahrungen wie Unterstützung und Informationsvermittlung, als auch von negativen Erfahrungen wie Verständnisproblemen und Überforderung seitens der Patient*innen berichtet. Die Frage der Vor- und Nachteile ist also noch immer nicht geklärt. Dies zeigte uns nochmals, dass wir mit der PINTU-Studie auf dem richtigen Weg sind und dieses Phänomen genauer untersuchen sollte.

> **Die Frage der Vor- und Nachteile ist noch nicht geklärt.**

mamazone: *Dr. Kamal S. Saini und Kollegen von der Breast International Group kamen 2011 in einer internationalen Überblicksstudie in 39 Ländern zu dem Ergebnis, dass nur drei Prozent der PatientInnen in den befragten Zentren in Westeuropa, jedoch 50 Prozent der Patientinnen in Osteuropa an MTK teilnehmen. (5) Worauf führen Sie diese Unterschiede zurück? Und gibt es Erfahrungen oder Studienergebnisse aus diesen Ländern über Nutzen und Risiken dieser Form der gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision making)?*

Prof. Dr. L. A.: Die Studie von Saini et al. stellt relevante Ergebnisse zu Tumorkonferenzen weltweit dar. Allerdings wird die Teilnahme von Patient*innen nur kurz erwähnt. Zudem ist die Stichprobe über West- und Osteuropa sehr ungleich verteilt, sodass unklar ist, wie gut die Daten die realen Unterschiede widerspiegeln. Es bleibt zudem ungeklärt, wie die Patient*innenteilnahme verstanden und realisiert wird. Diesen Aspekt können wir auch – wie oben erwähnt – in unseren Studien immer wieder beobachten.

mamazone: *Internationale Studien haben gezeigt, dass Entscheidungen in multidisziplinären Tumorkonferenzen unter Berücksichtigung von Patientenpräferenzen zu besseren Patientenergebnissen führen. (8-11) Eine weitere Arbeit von Heuser et al. unter Ihrer Mitwirkung hatte zum Thema: „Gesundheitskompetenz und Patientenbeteiligung an multidisziplinären Tumorkonferenzen in der Brustkrebsbehandlung" (6). Wie definieren Sie Gesundheitskompetenz?*

Prof. Dr. L. A.: Ich greife gerne auf die Definition von Sørensen aus dem Jahr 2012 zurück: „Unter Gesundheitskompetenz

Informationssuche im Netz Foto: goodluz - stock.adobe.com

wird das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um ihre Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern.“ Bei Gesundheitskompetenz geht es also nicht nur darum, Informationen zur Gesundheit finden und verstehen zu können, sondern sie auch in gesundheitsrelevantes Handeln umzusetzen. Dies fällt vielen Patient*innen schwer. In Bezug auf die Teilnahme an Tumorkonferenzen konnten wir zeigen, dass Patient*innen mit einer hohen Gesundheitskompetenz eher an der Tumorkonferenz teilnahmen, vermutlich weil sie sich dazu eher in der Lage sehen.

mamazone: *Nach dem aktuellem Stand der Wissenschaft führt das bessere Verständnis von Diagnose und Therapie auf Betroffenenseite zu einer gesteigerten Therapietreue, verursacht jedoch einen organisatorischen Mehraufwand auf der professionellen Seite. Möglicherweise steigern mehr Kenntnisse aber auch die Angst mancher Patientinnen und beschränken den medizinischen Austausch. Wie denken Sie darüber?*

Prof. Dr. L. A.: Das sind genau die bisher diskutierten Vor- und Nachteile der Patient*innenteilnahme, mit denen wir uns in der Studie beschäftigen. Diese wurden allesamt auch in den beschriebenen Interviews genannt. Eine gesicherte Abwägung der Vor- und Nachteile können wir jedoch erst nach vollständiger Auswertung unserer Daten liefern.

mamazone: *Frau Prof. Ansmann, ich danke Ihnen für dieses zukunftsweisende Interview und wünsche Ihnen viel Erfolg bei Ihren Forschungen.*

KONTAKT

Prof. Dr. Lena Ansmann
(0)441 798-4165
lena.ansmann@uni-oldenburg.de
Literaturquellen in der Redaktion

EIN KOMMENTAR VON CORNELIA STÜWE

Ursula Goldmann-Posch formulierte eines unserer Ziele folgendermaßen: „Als moderne und außergewöhnliche Patientinnen-Initiative will mamazone Frauen, die heute von Brustkrebs betroffen sind oder morgen schon betroffen sein könnten, dazu befähigen, eine qualitätsgesicherte, moderne Brustkrebsbehandlung aktiv einzufordern und mit zu tragen.“ (7) Eine Teilnahme von Brustkrebsbetroffenen an „ihrer“ MTK ist somit meines Erachtens ein wichtiger Schritt, die erste Therapieentscheidung zu verstehen, den persönlichen Bedürfnissen anzupassen und somit aktiv mit zu gestalten. Die Auswirkungen auf die Struktur der medizinischen Versorgung und insbesondere die Befindlichkeiten der beteiligten professionell Tätigen sind für mich als Brustkrebspatientin zweitrangig.

Bei der oben erwähnten Diskussion auf dem Senologie-Kongress 2019 in Berlin traten Bedenken der medizinischen Fachkräfte zutage. Patientinnen könnten fachlich und seelisch überfordert werden und einen erhöhten Bedarf an psychologischer Betreuung generieren. Außerdem ermächtigten sich einige Diskutanten aus der Fachwelt zu der Behauptung, es ginge bei den Empfehlungen der MTK um objektive Fakten, bei denen subjektive Patientinnenwünsche nur stören könnten. Sollte entgegen meinem derzeitigen Kenntnisstand bei Tumorkonferenzen tatsächlich rein objektiv entschieden werden, ist mir unbegreiflich, warum dann Experten ihre wertvolle Zeit in Gruppendiskussionen über doch objektiv vorliegende Gegebenheiten investieren. Was muss denn dann noch diskutiert werden?

Zwar ist inzwischen in der medizinischen Betreuung von erkrankten Menschen die gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making) zwischen Behandelnden und Betroffenen modern geworden, es klingt so wohlfeil, doch zeigt der Alltag ein anderes Bild. Wir sprechen hier von den Real World Data, der Realität im Patienten*innenalltag oder der „Real World Evidenz“. Im Deutschen Ärzteblatt 2012 (11) ist zu lesen: „Non-Adherence (Therapie-Untreue) sorgt nicht nur für persönliches Leid, sondern auch für vergeudete Gesundheitsausgaben. Das Thema ist so alt wie die Medizin selbst: die Therapietreue. Und nach wie vor ist es aktuell. Eine WHO-Untersuchung aus dem Jahr 2003 hat ergeben, dass 50 Prozent aller Patienten ihre Arzneimittel nicht regelmäßig einnehmen. In anderen Analysen ist, je nach Art der Erkrankung, von bis zu 80 Prozent die Rede.“

Selbstverständlich bietet auch die Teilnahme an der persönlichen Tumorkonferenz keine einfache Lösung für dieses Problem. Zu beantworten ist überdies, ob alle Patientinnen an ihrer MTK teilnehmen sollten, ob sie das überhaupt wollen, ob dafür eine Vorbereitung in Form einer fachlichen Information notwendig wäre und eine psychologische Fachkraft anwesend sein sollte.

Ein weiterer Gedanke sei in den Ring der Entscheidungsfindung geworfen: Was nützt eine von den Experten ausgesprochene Therapieempfehlung, wenn die betroffene Patientin diese anschließend ablehnt? Und müsste dann die MTK nicht ein zweites Mal tagen, um die nächstbeste Therapieempfehlung zu finden?

Schnell und präzise

Die Fokussierte Magnetresonanztomographie

VON GERTRUD RUST

Die übliche Brust-MRT dauert etwa 20 Minuten und ist mit einer erheblichen Lärmbelastung verbunden. Während der Untersuchungsdauer sollte man möglichst reglos in Bauchlage verharren. Die „Röhre“ ist eng, und manche Patientinnen fühlen sich eingeschlossen, bei Vorliegen einer Platzangst geradezu unerträglich.

Bei einer Mammographie wird die Brust bis an die Schmerzgrenze gequetscht, um scharfe und damit beurteilbare Bilder zu erhalten, nicht weniger unangenehm. Zahlreiche Frauen verzichten aus diesem Grund darauf, die Teilnahmequote am Screening-Programm beträgt 49 Prozent der eingeladenen Frauen.

Früherkennungsuntersuchungen haben somit ein Akzeptanzproblem, das zu einem hohen Anteil auf den Durchführungsmodalitäten beruht. Der Ultraschall als einziges belastungsarmes Verfahren wird dagegen nur als IGeL angeboten.

Fortschritt beim MRT

Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Kuhl, Direktorin der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie an der Universitätsklinik der RTWH Aachen und im Jahr 2018 mit der höchsten Auszeichnung der Europäischen Fachgesellschaft für Brustdiagnostik geehrt, der „Gold Medal“ der European Society of Breast Imaging (EUSOBI), arbeitet seit vielen Jahren an verbesserten technischen Methoden zur Brustkrebsfrüherkennung. Für Frauen mit dichtem Drüsengewebe stuft sie die Brust-MRT als das mit Abstand treffsicherste Untersuchungsverfahren ein. Dass dieses nur Frauen mit hohem familiären Erkrankungsrisiko als Früherkennungsmethode zur Verfügung steht, stellt für Kuhl eine sehr unbefriedigende methodische Beschränkung dar, zumal zahlenmäßig weitaus mehr Frauen ohne familiäre Risiko-Situation an Brustkrebs erkranken. Schon 2014 führte sie das Konzept der „fokussierten MRT“ (abbreviated MRI) ein und konnte durch eine methodische Präzisierung eine markante Verkürzung der Untersuchungsdauer erreichen. „Die MRT wird dadurch für Patienten nicht nur viel besser tolerierbar, sondern es wird ein viel breiterer klinischer Einsatz als bislang möglich“, so Kuhl. Ein Brust-MRT gelingt so innerhalb weniger Minuten mit unverändert hoher Treffsicherheit.

Renommiert publiziert

An der im Journal of the American Medical Association (JAMA) veröffentlichten, prospektiv kontrollierten Multi-Center Studie, gefördert vom amerikanischen National Cancer Institute (NCI), waren 47 Standorte in den USA und die RWTH Aachen beteiligt. Verglichen wurde die Leistungsfähigkeit der fokussierten MRT mit derjenigen der Tomosynthese, der dreidimensionalen Mammographie.

Die Ergebnisse belegten die deutliche Überlegenheit der verkürzten MRT. Es wurden zweieinhalb mal mehr Karzinome entdeckt, sowohl invasive Tumore, als auch deren Vorstufen (DCIS). Durch die frühzeitige Diagnose aller invasiven Brusttumore entwickelte keine der teilnehmenden Frauen ein Intervallkarzinom, insbesondere nicht Frauen mit einem dichten Brustgewebe: Comstock CE et al. JAMA. 2020 Feb 25;323(8):746-756. In der ABBremas-Studie (**AB**breviated **Bre**ast **M**RI for Risk-**A**djusted **S**creening) wird die Fasttrack-MRT nun vorbehaltlich einer Förderung im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs in einer kontrollierten klinischen Studie einem weiteren Praxistest unterzogen. Wir hoffen auf baldige Ergebnisse.

Diagnose Brustkrebs
Rehabilitationsleistungen helfen

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

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

Deutsche Rentenversicherung Bund

Wie gewonnen - so zerronnen

Der Heidelberger Bluttest

VON GERTRUD RUST

„Es wär`so schön gewesen, es hat nicht sollen sein, es ist im Leben hässlich eingerichtet, dass bei den Rosen gleich die Dornen steh`n“...

Als im Februar 2019 der Ärztliche Direktor der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geschäftsführender Direktor der Frauenklinik (Zentrum) und Zentrumsleiter für gynäkologische Krebserkrankungen am Universitätsklinikum Heidelberg, Prof. Dr. med. Christof Sohn auf einer Pressekonferenz in Düsseldorf mit effektheischendem Pathos die „Weltsensation aus Deutschland - Heidelberger Bluttest zur Brustkrebsfrüherkennung“ vorstellte, wurden viele Brustkrebspatientinnen hellwach. Ein entsprechendes Forschungsprojekt war nicht bekannt, und zugrunde liegende Studienergebnisse waren in keiner wissenschaftlichen Fachzeitschrift publiziert worden. „Wir sind sehr vorsichtig im Propagieren, dass wir da tatsächlich nicht zu viel Hoffnungen wecken, aber ich bin mir ganz sicher, dass wir einen ganz wichtigen Meilenstein erreicht haben“, so Christof Sohn am gleichen Abend in den Tagesthemen.

> **Wir propagieren den Test nicht, solange wir ihn nicht evaluiert (wissenschaftlich bewertet) haben**

„Forscher des Universitätsklinkums Heidelberg entwickeln ersten marktfähigen Bluttest für Brustkrebs“ las man auf der Klinikhomepage, eine Nachricht, die der ältesten deutschen und international renommierten Universität wahrlich gut zu Gesichte stand. Zahlreiche Nobelpreisträger mit Bezug zu Heidelberg begründeten einen exzellenten Ruf, aus Heidelberg kommt Qualität, darauf durfte vertraut werden.

Der revolutionäre Test ermögliche mittels Liquid Biopsy anhand von Biomarkern eine Früherkennung von Brustkrebs, bis zu 15 Biomarker zum Nachweis auch kleinster Tumore seien identifiziert worden. Zusätzlich wäre an den Einsatz des Tests zur Therapieverlaufskontrolle zu denken, mithin ebenfalls zur Früherkennung einer beginnenden Metastasierung oder eines Rezidivs. Auch die Überwachung des individuellen Ansprechens auf eine Chemotherapie schien im Bereich des Möglichen, Voraussetzung zur Etablierung von personalisierten Chemotherapien (Pressemeldung vom 21. 2. 2019).

Weitere Informationen zur Liquid Biopsy unter: www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/diagnosemethoden/liquid-biopsy.html

Die Ernüchterung ...

... folgte schnell und schmerzhaft. „Die Krebs-Revolutionäre“ titelte FOCUS online noch am 22. 3. 2019, jedoch las man irritiert, der Test müsse noch soweit reifen, dass ihn jedes Labor anwenden kön-

ne. Weitere, größere Prüfdurchgänge auf seine Zuverlässigkeit seien vonnöten, das könne noch zwei Jahre dauern. „Wir propagieren den Test nicht, solange wir ihn nicht evaluiert (wissenschaftlich bewertet) haben“, so Sohn im FOCUS-Gespräch. „Diese Zurückhaltung ist der 58-jährige Professor seinem wissenschaftlichen Ruf und seiner Verantwortung als Arzt schuldig“, konstatierte FOCUS. War der Öffentlichkeit am 19. Februar etwa ein nicht evaluierter Test vorgestellt worden?

Bereits am 27. 2. 2019 stellten sechs medizinische Fachgesellschaften diesem Vorgehen ein vernichtendes Urteil aus: „Eine Berichterstattung, die ohne Evidenzgrundlage Hoffnungen bei Betroffenen weckt, ist aus unserer Sicht kritisch zu bewerten und entspricht nicht den von uns vertretenen Grundsätzen medizin-ethischer Verantwortung“: www.dggg.de/fileadmin/user_upload/Stellungnahme_Bluttest_Heidelberg_FINAL.pdf . Ein Gutachter befand gar, es gäbe noch nicht einmal einen Test-Prototyp, und Angaben zum diagnostischen Wert eines nicht vorhandenen Produkts könnten nicht gemacht werden. Vorstände der Heidelberger Universitätsklinik fühlten sich getäuscht, und die „Weltsensation“ fand im Mai Aufnahme in die Unstatistik des Monats von Prof. Dr. Gerd Gigerenzer. „Völlig untragbar“, urteilte der Direktor des Harding-Zentrums für Risikokompetenz in Berlin, die Falsch-Alarm-Rate läge bei 46 Prozent, damit würde bei fast jeder zweiten gesunden Frau Brustkrebs diagnostiziert: www.harding-center.mpg.de/de/unstatistik/zuverlaessiger-bluttest-aus-heidelberg-jede-zweite-gesunde-frau-wuerde-falschen-krebsbefund-erhalten .

Die Geschichte des Tests…

… reicht bis ins Jahr 2010 zurück. Seitdem leitete die junge Molekularbiologin Dr. Rongxi Yang, deren Mutter an Brustkrebs erkrankt war, an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Heidelberg das Projekt zur Entwicklung eines hoch zuverlässigen und präzisen diagnostischen Tests zur Erkennung von Brustkrebs in einem äußerst frühen Stadium. Für den Bluttest „MammaScreen“ erhielt Rongxi Yang 2016 den ersten Preis in der Kategorie „Biotech“ des European Institute of Innovation & Technology (EIT): https://eit.europa.eu/de/news-events/news/impressive-success-german-start-ups-eit-health-summit-barcelona. Im gleichen Jahr gelang die Einwerbung einer Förderung im Rahmen des „EXIST-Forschungstransfers“ des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie zur Gründung eines Start-Ups: www.uni-heidelberg.de/alumni/research-alumni/2016/02/exist-foerderung.html , und die Claudia von Schilling Stiftung verlieh Rongxi Yang den „Breast Cancer Research Junior Award 2016“: www.cvs-foundation.org/preis/preistraeger_bcrja_2016.php

Mit Hilfe der Fördermittel sollte in den zwei Folgejahren eine in Laboren einsetzbare Test-Version des MammaScreen entwickelt werden. Zwei angemeldete Patente beschrieben genau die Spezifikationen des Tests.

Ausgebremst

Im März 2017 wurde die aufstrebende junge Wissenschaftlerin jedoch ohne Angabe von Gründen von der Teamleitung entbunden. Bis heute bleibt dieser Vorgang intransparent. Im Juni kehrte sie in ihr Heimatland zurück, mit ihr verließen die ehemaligen Teammitglieder das Projekt. Rongxi Yang ist heute Professorin an der Nanjing Medical University in China.

> „Bis heute bleibt dieser Vorgang intransparent

Voraus gingen Querelen um die zukünftige Vermarktung des Tests durch das Technologieausgründungsunternehmen TTH des Universitätsklinikums Heidelberg, deutsche und chinesische Investoren und um Gewinnanteile, denn ein erfolgreicher Bluttest zur Brustkrebsfrüherkennung versprach ein Milliardengeschäft. Ein halbes Jahr nach dem Weggang Yangs wurde die HeiScreen GmbH gegründet, an der die TTH, eine Investorengesellschaft, Christof Sohn und seine Kollegin Sarah Schott Anteile hielten. Letztere arbeiteten weiter am „Projekt MammaScreen“, präsentierten sich schließlich als Entwickler des Tests und gaben ihm einen neuen Namen. Die Erfinderin ging leer aus und fühlt sich um den Lohn ihrer Arbeit betrogen. Allerdings funktionierte Rongxi Yangs Test in den neuen Händen nicht mehr.

Nach Aufdeckung dieser Chronik durch die Rheinische Neckarzeitung konstatierte eine von der Universität Heidelberg eingesetzte externe Untersuchungskommission im Sommer 2019 „Führungsversagen, Machtmissbrauch, Eitelkeit und einen Verstoß gegen die Regeln der Wissenschaftskommunikation“. Auch der Umgang mit geistigem Eigentum, Autorenschaften und die Verwertung wissenschaftlicher Ergebnisse, Erfindungen und Patente waren Gegenstand der Untersuchung. Der Dekan der Medizinischen Fakultät trat zurück, es folgten die Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums und die Kaufmännische Direktorin. Der Klinikjustiziar wurde fristlos gekündigt. Gegen Christof Sohn läuft ein Disziplinarverfahren, vorläufig sind ihm Forschung und Lehre versagt. Unter Berufung auf seine Schweigepflicht als Beamter äußert er sich nicht zu den Vorgängen.

Die Veröffentlichung eines Abschlussberichts der unabhängigen Kommission Ende 2019 wurde per Eilverfügung verhindert, während des noch laufenden Disziplinarverfahrens sei andernfalls sein Persönlichkeitsrecht tangiert, so Sohn. An dem Bluttest forscht die HeiScreen GmbH weiter, mit ungewissem Ausgang. Zerstobene Hoffnungen für fast 70.000 jährlich neu an Brustkrebs erkrankende Frauen, das ist bitter!

Chemotherapie ja oder nein?

TK erstattet AGO-empfohlene Genexpressionstests

VON ELISABETH BRÜNSTLER

Biomarker-Tests dienen der Entscheidung, ob das Rückfallrisiko bei einer Brustkrebserkrankung eine Chemotherapie als ratsam erscheinen lässt. Die Untersuchung des Tumorerbguts auf genomische Merkmale (prognostische Biomarker) eröffnet dabei individuelle Therapieoptionen. Vor dem Einsatz einer Chemotherapie ist der mögliche Nutzen durch die Abtötung von Tumorzellen dem zu erwartenden Schaden durch Nebenwirkungen gegenüber zu stellen.

Die Wahl orientiert sich am Rückfallrisiko ohne Chemotherapie. Liegt es niedrig genug, kann auf sie verzichtet werden, liegt es hoch, nehmen Patientinnen sie meist in Anspruch. Das Rezidivrisiko trotz Chemotherapie wäre dabei auch zu bedenken.

Genexpressionstests sollen genau und zuverlässig die Rückfallgefahr ermitteln. Vier Varianten stehen derzeit zur Verfügung: der EndoPredict®, der MammaPrint®, der Prosigna® und der OncotypeDX®. Sie unterscheiden sich durch Art und Anzahl untersuchter, aussagefähiger Biomarker.

Seit Januar 2020 steht der OncotypeDX® in der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenkassen. Für die weiteren drei Gentests schloss die Techniker Krankenkasse (TK) einen Vertrag mit dem Bundesverband Deutscher Pathologen und Convema und ergänzt so die derzeitige Regelversorgung. Ärzte und Patientinnen haben nun Wahlfreiheit - unabhängig vom Hersteller. Die Tests sind von der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) empfohlen, CE-zertifiziert und stehen bei der TK versicherten Brustkrebspatientinnen zur Verfügung. Wir danken!

Wir sind frei

Urteil zur Sterbehilfe

VON GERTRUD RUST

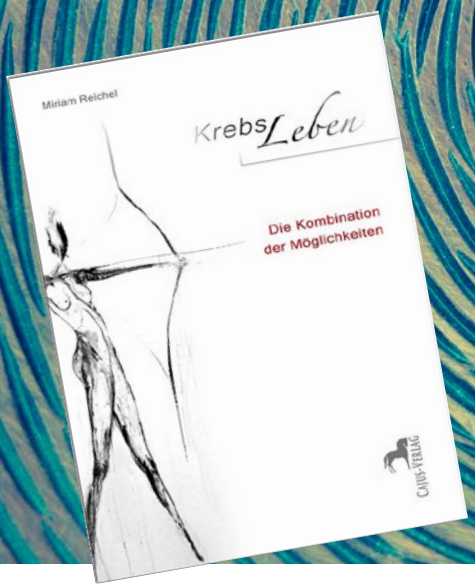
Warum möchten Menschen sterben? Wenn sie es im Leben nicht mehr aushalten! Die Bewertung der Umstände obliegt allein den Betroffenen, und falls ein gewollter Abschied aus eigener Kraft nicht mehr möglich ist, darf Hilfe in Anspruch genommen werden. Staat und Gesellschaft haben diese Entscheidung als Akt autonomer Selbstbestimmung zu respektieren: www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html

Unmissverständlich wurde in dem Urteil des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 unter seinem Vorsitzenden, Richter Andreas Voßkuhle das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts gestärkt. Ein Verbot der Hilfe durch Dritte, falls der Einzelne dieser zur Umsetzung seines Entschlusses bedarf, verstößt gegen das Grundgesetz. „Die Achtung und der Schutz der Menschenwürde und der Freiheit sind grundlegende Prinzipien der Verfassungsordnung, die den Menschen als eine zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähige Person begreift“.

Es geht um Eigenverantwortung, auch und gerade bei der Wahl zwischen Leben oder Tod. Und darum, ob autonome, die eigene Person betreffende Entscheidungen unter bestimmten Umständen durch Außenstehende beschränkt werden dürfen. Jedoch besteht „die unverlierbare Würde des Menschen als Person darin, dass er stets als selbstverantwortliche Persönlichkeit anerkannt bleibt“.

Jenseits von Befürchtungen, es könne nun eine „Sterbehilfeindustrie“ und ein Druck zu sozialverträglichem Ableben entstehen, ist erneut zu fragen, warum Menschen denn sterben möchten. Sprechen wir mit ihnen über ihre Gründe? Bieten wir Hilfe an? Zuwendung und menschliche Wärme? Ist die palliativmedizinische Versorgung angemessen und ausreichend? Oder lässt das Erleben von Schmerz, Isolation und Alleinsein den Notausgang erstrebenswert erscheinen und macht einen friedlichen Lebensabschluss zur Illusion?

Einig mit sich selbst sein



Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen,
die sich um die Dinge ziehn.
Ich werde den letzten vielleicht nicht vollbringen,
aber versuchen will ich ihn.

Rainer Maria Rilke, 1875 – 1926

Es sind die außergewöhnlichen Krankheitsverläufe, die mir besonders Mut machen. Sie gelten oft als glückliche Einzelfälle und beschreiben Patientinnen und Patienten, die aus schier ausweglosen Situationen mit vernichtenden Prognosen in einem unerschütterlichen Glauben an sich selbst einen Ausweg gefunden haben. Ich weiß nicht, ob ich jemals ein derartiges Krankheitsstadium erleiden muss und erfahre deshalb gerne von Menschen, die drastisch diagnostizierte Endstadien noch um viele Jahre überlebt haben.

Wie Miriam Reichel, der ihr Onkologe mitteilte: „Endstadium vier, gefühlt fünf, da liegt man normalerweise unter der Erde. Ich habe noch nie einen Menschen lebend mit dieser ausgebreiteten Form gesehen". Es war Morbus Hodgkin.

„Man gab mir acht Wochen, das ist jetzt 15 Jahre her", schreibt sie in ihrem Buch KrebsLeben - die Kombination der Möglichkeiten.

Was tun mit 30 Jahren und einer derart begrenzten Lebenserwartung? Miriam Reichel zog sich zurück und beschränkte den Kontakt mit einer Umwelt voll medizinischem Behandlungsdruck und guter Ratschläge auf ein Minimum. Sie las Bücher über Krankheit und Heilung, dabei musste es immer ein Happy End geben. Sie stellte bewundernswert konsequent ihre Ernährung um und begann zu visualisieren. In ihrer Vorstellung kehrte sie zweimal täglich ihren Körper sauber, ihre Knochen, ihre Lungen, ihre Leber. Und sie bewegte sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten, sie führte

> **Weitergehen trotz Schmerzen kann Wunder bewirken**

den Familienhund aus und ging trotz großer Schmerzen weiter. „Weitergehen trotz Schmerzen kann Wunder bewirken", sagt Miriam Reichel dazu. Ihre größte Belastung in dieser Zeit sei die „Einmischung Dritter" gewesen, die durch widersprüchliche Ratschläge ausgelöste Verunsicherung und der Druck, doch endlich eine medizinische Behandlung zu beginnen. Aber auch die Praxis eines zweiten Onkologen verließ sie ohne Therapieeinwilligung. „Bevormundung und Machtausübung, kombiniert mit Drohungen einer geringen Lebenserwartung", so beschreibt Miriam Reichel ihre Empfindungen. Lieber würde sie noch acht Wochen mit ihren Kindern in der Familie verbringen, als sich den Strapazen dieser onkologischen Therapie auszusetzen. Noch nie in ihrem Leben habe sie eine derart klare und zweifelsfreie Entscheidung getroffen.

Diese immense Kraft zum Widerstand gegenüber Handlungsanweisungen, die nicht einer inneren Überzeugung entsprechen, macht mir überaus Mut.

Nach acht Wochen setzte sie ihr Leben fort und fand schließlich einen Onkologen, der zu ihr passte. Miriam Reichel gestand sich und ihm in einem therapeutischen Kompromiss eine abgeschwächte Chemotherapie zu, und bereits nach dem ersten Zyklus war ihre Krankheit nicht mehr nachweisbar. Meisterhaft hatte sie ihr persönlich als geeignet erscheinende Möglichkeiten zur Genesung kombiniert. Dazu gehörte auch das Setzen scheinbar unerreichbarer Ziele, die ihr viel bedeuteten: „Bücher schreiben, auf ihrem Pferd über eine Wiese galoppieren und am Meer wohnen". Sie hat es geschafft, das macht mir unglaublich Mut.

Gertrud Rust

Was bedeutet

Chronische Krankheit?

VON TRUDE ULLRICH

Nach wie vor ist es das ausdrückliche Ziel von onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten und ein Traumziel für Betroffene, eine Krebserkrankung durch die Überführung in einen chronischen Verlauf kontrollierbar zu machen. Lange Zeit erschien diese Vorstellung jenseits jeder Realität, inzwischen erleben wir jedoch Brustkrebspatientinnen, denen eine verbesserte Früherkennung in Verbindung mit vielgestaltigeren und variableren Therapiemöglichkeiten langjährige Überlebenszeiten ermöglichen. Die moderne Krebsmedizin verfolgt einen personalisierten Ansatz, der individuell, zielgerichtet und maßgeschneidert an dem Tumorgeschehen und den Bedürfnissen der einzelnen Patientin ausgerichtet ist. Der Einbezug der Komplementärmedizin und supportive Therapiemaßnahmen machen erforderliche Behandlungen besser erträglich und können als weitere Therapiebausteine erheblich zur Lebensverlängerung beitragen.

Das Dilemma

Diese mutmachende Entwicklung wird jedoch nicht selten durch neue Schatten belastet. Der Status „chronisch krank“ führt ähnlich wie „an Krebs erkrankt“ häufig zur demütigenden Ausgrenzung im Alltagsleben. Es kommt zu sozialen Benachteiligungen, das Leistungsvermögen am Arbeitsplatz wird angezweifelt und die psychische Belastbarkeit in Frage gestellt. Die Berichte von Brustkrebspatientinnen wiederholen sich hier, und die Beispiele von Mobbing sind zahlreich. Sie reichen einerseits von „Brustkrebs ist doch heute kein Problem mehr“, verbunden mit mangelnder Rücksichtnahme, andererseits bis zu verdeckten aber spürbaren Verdächtigungen, man zöge aus der Krankheitssituation einen Vorteil und das Arbeitspensum würde zu Lasten der Kollegen verringert. Gilt eine chronische Erkrankung auch gleichzeitig als Behinderung, werden damit verbundene soziale Nachteilsausgleiche wie ein verbesserter Kündigungsschutz oder wenige Tage Mehrurlaub offen geneidet und führen zu Anfeindungen. Diese „sozialen Nebenwirkungen“ eines medizinisch erreichten Fortschritts lösen häufig eine hohe psychische Belastung aus, die am Ende in eine Depression münden kann.

Was ist chronisch?

Die Eigenschaft „chronisch krank“ ist nicht eindeutig definiert. Das Robert Koch Institut schreibt in den Gesundheitsdaten 2012 (GEDA 2012) im Faktenblatt Chronisches Kranksein: „Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrende erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen. Eine einheitliche Definition existiert nicht.“ Unter den Beispielen für chronische Krankheiten steht auch Krebs.

Das Bundesgesundheitsministerium informiert unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/c/chronisch-kranke-menschen.html: „Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert in der Regel eine intensive Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen und andere Heilberuflerinnen und Heilberufler sowie eine aktive Mitwirkung der Patientinnen und Patienten.“ Weiterhin: „Für bestimmte chronische Erkrankungen bieten die gesetzlichen Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programm oder DMP) an“. Ein DMP für Brustkrebs existiert seit dem Jahr 2001.

Dazu der Krebsinformationsdienst des DKFZ Heidelberg: „Der Begriff Disease Management steht für eine kontrollierte und sorgfältige Behandlungsplanung sowie die Ausrichtung der Diagnose- und Therapieangebote an aktuellen Qualitätsanforderungen. Das Ziel ist eine Versorgung nach dem aktuellen medizinischen Forschungsstand: www.krebsinformationsdienst.de/aktuelles/2017/news37-dmp-brustkrebs.php. 2017 legte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein überarbeitetes DMP-Brustkrebs vor. Als neuer Schwerpunkt wurde das Thema Nachsorge in-

tegriert. Den Nebenwirkungen und den Folgen einer Brustkrebstherapie solle nun mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht werden. Die Teilnahmemöglichkeit wurde von fünf auf zehn Jahre verlängert, denn: „Vielen betroffenen Frauen wird heute zu einer deutlich längeren Behandlung geraten. Insbesondere die antihormonelle Therapie ist auch Jahre nach der Akutbehandlung mit Operation, Bestrahlung und Chemotherapie für Betroffene belastend." Auch Folgeerkrankungen und psychische Aspekte sollen stärker als zuvor berücksichtigt werden: www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/684/

Eine Anerkennung als schwerwiegend chronisch erkrankt erbringt den Betroffenen eine Entlastung bei den Zuzahlungen. Nähere Informationen beim BMG unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/c/chronisch-kranke-menschen.html und beim G-BA unter: www.g-ba.de/downloads/62-492-1530/RL-Chroniker_2017-11-17.pdf

Chronisch krank und behindert?

Die Einstufung als behindert bietet Krebspatientinnen in Abhängigkeit vom Grad der Behinderung verschiedene existentielle Vergünstigungen. Aber gelten chronisch Erkrankte zusätzlich als behindert, auch im Fall von symptomlos verlaufenden Krankheitsabschnitten?

Eine Klarstellung erfolgte durch ein wegweisendes Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 11.04.2013 – AZ: C-335/11 und C 337/11: Auch chronische Krankheiten sind als Behinderung anzusehen, wenn sie einen Zustand darstellen, der durch eine ärztlich diagnostizierte heilbare oder unheilbare Krankheit verursacht wird und wenn diese Krankheit eine Beschränkung im Arbeitsleben mit sich bringt. Diese Einschränkung muss insbesondere auf physische, geistige oder psychische Beeinträchtigungen zurückzuführen sein, die die Betroffenen an der vollen und wirksamen Teilhabe am Berufsleben, gleichberechtigt mit anderen Arbeitnehmerinnen hindern können.

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) schloss sich dieser Ansicht in einem Urteil vom 19.12.2013 - AZ: 6 AZR 190/12 - an und ergänzte: Eine Behinderung kann sich insbesondere auch daraus ergeben, dass andere Menschen - auch in Wechselwirkung mit sozialen Kontextfaktoren - durch Stigmatisierung oder Vermeidungsverhalten die Teilhabe an der Gesellschaft erst verhindern. Das Arbeitsleben sei dabei als Teil der Gesellschaft zu betrachten. Für chronisch Erkrankte kann dieses Urteil mehr Diskriminierungsschutz am Arbeitsplatz ermöglichen.

Fazit: Der Weg zur Teilhabe an der Gesellschaft ist für Krebsbetroffene zwar steinig, er eröffnet sich jedoch durch eine Teilhabe am Leben.

ANZEIGE

www.biokrebs.de

menschlich, ganzheitlich, unabhängig

BiologischeKrebsabwehr 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 Heidelberg
IBAN DE46 6729 0100 0065 1477 18
BIC GENODE61HD3

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*

Was bewährt sich hier?

Die Heilungsbewährung

VON ELISABETH BRÜNSTLER

Ungeachtet der verlängerten Möglichkeit zur Teilnahme am Disease - Management - Programm für Brustkrebspatientinnen von fünf auf zehn Jahre und der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (AZ: C-335/11 und C337/11) sowie des Bundesarbeitsgerichts (AZ: 6 AZR 190/12) ist die Frist für eine sogenannte Heilungsbewährung nach wie vor auf fünf Jahre begrenzt.

Die Beschränkung der Heilungsbewährung bei einer chronischen Erkrankung mit gleichzeitig vorliegendem Behindertenstatus auf fünf Jahre wirft aus Patientinnensicht Fragen auf. Wie kann eine Heilungsfristsetzung dem Wesen einer chronischen Erkrankung gerecht werden, die als lang andauernd gilt und nicht vollständig geheilt werden kann? Inwiefern werden hier über fünf Jahre hinausreichende Therapieerfordernisse berücksichtigt? Und wie gehen therapiebedingte Folgeerkrankungen mit behinderndem Charakter in dieses Konzept ein?

Begriffserklärung

Die „Heilungsbewährung“ bildet die Entscheidungsgrundlage für die Bemessung des Grades der Behinderung (GdB). Sie beschreibt den nach einer Erkrankung mit darauf folgender Therapie abzuwartenden Zeitraum zur Beobachtung, ob ein Rückfall eintritt. Dies gilt für vor allem für Erkrankungen, bei denen ein Behandlungserfolg nicht sicher abschätzbar ist, wie bei Krebserkrankungen. Diese Zeitspanne umfasst auch bei Brustkrebserkrankungen regelmäßig fünf Jahre ab dem Zeitpunkt der Erkrankung. Tritt innerhalb dieser Zeit kein Rückfall auf, orientiert sich die nun erfolgende Neubewertung des GdB an konkret verbleibenden Funktionsbeeinträchtigungen: www.ifb.de/schwerbehindertenvertretung/lexikon-fuer-die-schwerbehindertenvertretung/H/heilungsbewaehrung.html

Somit entscheidet die Bewertung des weiteren Vorliegens von Funktionsbeeinträchtigungen über die zukünftige Bemessung des GdB. Diese Bewertung erfolgt jedoch nicht durch die betroffene Brustkrebspatientin selbst, sondern nach Aktenlage und mittels standardisierter Bewertungsskalen. Das Ergebnis ist regelmäßig eine Herabstufung des GdB. Die Patientin erhält die Herabstufungsmitteilung und kann sich erst durch einen etwaigen Einspruch Gehör verschaffen. Dass sich das reale Befinden zahlreicher Brustkrebspatientinnen erheblich von den für sie vorgesehenen Skalenwerten unterscheidet, ist uns aus vielen verzweifelten Anfragen bekannt.

Die Fachanwältin für Sozialrecht, Rechtsanwältin Marianne Schörnig aus Düsseldorf, äußerte sich 2017 in einem Informationsbeitrag „Problemkind Heilungsbewährung“ folgendermaßen: Ein „tückisches“ Instrument im Schwerbehindertenrecht sei die Heilungsbewährung. Dahinter verberge sich der Gedanke, eine bösartige Krankheit könne kurzfristig durch OP, Bestrahlung oder Chemotherapie beseitigt werden. Therapiefolgeschäden und nichtkörperliche Beschwerden fänden dagegen keinen Eingang in die Neubewertung: https://www.anwalt.de/rechtstipps/problemkind-heilungsbewaehrung_098204.html

Fortschritt in Sicht?

Über den Grad einer Behinderung entscheidet das Versorgungsamt, als Entscheidungsgrundlage dient die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Seit Ende 2018 liegt ein Entwurf des BMAS zur Überarbeitung der VersMedV vor, „Informationen und häufige Fragen“ zu dem geplanten Vorhaben sind einsehbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Soziale-Sicherung/informationspapier-zur-6-verordnung-zur-aenderung-der-versorgungsmedizin-verordnung.pdf .

Für die Überarbeitung werden zwei wesentliche Gründe angeführt:

- Der VersMedV ist angesichts der großen und rasanten Fortschritte in der Medizin nicht mehr auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft. Die VersMedV wurde zuletzt vor 20 Jahren grundlegend überarbeitet. Daher ist eine Überarbeitung der VersMedV, die wiederholt gefordert wird, längst überfällig.
- Die VersMedV soll nun auf eine moderne, besser einzelfallbestimmte und gerechte Teilhabeorientierung ausgerich-

tet werden. Mit dieser Neuausrichtung werden die langjährigen Forderungen von Menschen mit Behinderungen und deren Verbänden umgesetzt. Diese Ausrichtung ist überdies eine Maßnahme des nationalen Aktionsbündnisses der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention. In anderen sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Bereichen ist das Teilhabeprinzip bereits seit Jahren umgesetzt.
Zudem seien die Angaben zum GdB zukünftig verbindlich, was bedeute, sie könnten nicht unterschritten werden und bildeten somit ein schützendes Auffangnetz. Ziel der Überarbeitung sei ein gerechtes Austarieren der Begutachtungsgrundsätze.

Ob das Ergebnis der Neubearbeitung die „großen und rasanten Fortschritte in der Medizin“ auch in der Brustkrebstherapie in Form einer Heilungsbewährungsdauer von zehn statt fünf Jahren berücksichtigt, bleibt abzuwarten. Immerhin waren Erkenntnisse zu therapiebedingten Folgeerkrankungen aufgrund weit über fünf Jahre hinausreichender neuer Therapieschemata Anlass zur Verlängerung der Teilnahmemöglichkeit am Disease-Management-Programm. Überdies belegten Hongchao Pan et al. ein erhebliches Risiko für die Rückkehr der Brustkrebserkrankung bei hormonpositiven Tumoren nach Absetzen der Hormontherapie nach fünf Jahren: N Engl J Med 2017;377:1836-46. DOI: 10.1056/NEJMoa1701830 .

Nachteilsausgleich

Ein Grad der Behinderung ab 50 gilt als Schwerbehinderung. Der Nachteilsausgleich besteht zunächst in einem erhöhten Kündigungsschutz, denn ohne Zustimmung des Versorgungsamts gilt eine durch den Arbeitgeber ausgesprochene Kündigung als unwirksam. Weiterhin wird eine Zusatzwoche Urlaub im Jahr gewährt, und auf Verlangen ist eine Befreiung von Mehrarbeit möglich: https://www.anwalt.de/rechtstipps/brustkrebs-und-der-grad-der-behinderung-gdb_063560.html. Unter bestimmten Voraussetzungen kann ebenfalls ein früherer Renteneintritt beantragt werden: https://www.einfach-rente.de/rente-bei-schwerbehinderung.

Dieser Nachteilsausgleich vermindert als Daseinsfürsorge die existenziellen Sorgen vor Verarmung. Die Psychoneuroimmunologie beschreibt überdies die Beeinträchtigung der Immunabwehr durch Dauerstress mit fatalen Folgen für das Rückfallrisiko.

Die übliche Herabstufung des Behindertengrads unter 50 nach Ablauf der sogenannten Heilungsbewährung, ohne Berücksichtigung der Tumorbiologie und offensichtlich ohne Einbezug medizinischer Erkenntnisse zum Risikoverlauf bei Brustkrebserkrankungen, wird der Sachlage keinesfalls gerecht. Und warum ist eine Schwerbehinderung bei einer bekanntermaßen durch dauerhafte Genmutationen entstandenen Brustkrebserkrankung als zeitlich befristet anzusehen?

ANZEIGE

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

Vagisan® FeuchtCreme

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

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

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

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

www.vagisan.de

Früher war das Leben kürzer

Therapiefolgen

VON GERTRUD RUST

Dass der menschliche Organismus ein von der Natur sensibel austariertes Gesamtsystem mit vielfältigen Wechselbeziehungen und sich gegenseitig beeinflussenden physiologischen Abläufen ist, spürt man spätestens beim Thema Nebenwirkungen am eigenen Leib. Es gibt keine therapeutischen Maßnahmen, die nicht an anderer Stelle, als der gewünschten, ebenfalls Konsequenzen nach sich ziehen können.

Beim Lesen des in jeder Medikamentenpackung enthaltenen Beipackzettels umfasst die Beschreibung des Wirkstoffs meist erheblich weniger Zeilen als die Hinweise auf mögliche unerwünschte Nebenwirkungen. Die Angabe von Nebenwirkungen erfolgt mit den abgestuften Prädikaten „sehr häufig, gelegentlich, selten, sehr selten und nicht bekannt“, falls die verfügbaren Daten keine Angabe zur Häufigkeit erlauben.

Von dem deutschen Arzt und Pharmakologen Gustav Kuschinsky (1904 – 1992) ist folgendes Zitat überliefert: „Wenn behauptet wird, dass eine Substanz keine Nebenwirkung zeigt, so besteht der dringende Verdacht, dass sie auch keine Hauptwirkung hat.“

Vor diesem Hintergrund ist das Abwägen zwischen den Vorteilen der erwarteten Hauptwirkung und den Nachteilen durch die Folgen unerwünschter Nebenwirkungen zu sehen.

Das Konzept der zielgerichteten Therapie (targeted therapy) in der Krebsbehandlung beschreibt insofern einen schwer erreichbaren Idealzustand. Zwar sind die Medikamente zielgerichteter Therapien an den biologischen Eigenschaften des Tumors ausgerichtet, die Zielstrukturen sind teilweise jedoch auch in gesunden Zellen enthalten, wodurch es zu Nebenwirkungen kommt: https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/iblatt-zielgerichtete-krebstherapien.pdf .

Heilung und Gesundheit

Der grundlegende Heilungsbegriff schließt im Sinn der biopsychosozialen Medizin körperliche, seelische und soziale Gesichtspunkte ein. Dies betrifft den Prozess der Wiedergewinnung körperlicher und seelischer Unversehrtheit aus einem Leiden oder einer Krankheit durch Genesung. In der Medizin gilt Heilung als Wiederherstellung der Gesundheit unter Erreichung des Ausgangszustands. Verbleiben organische oder funktionelle Restschäden spricht man von Defektheilung: https://de.wikipedia.org/wiki/Heilung . Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit in ihrer Verfassung als „Zustand von vollständigem physischen, geistigen und sozialen Wohlbefinden, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet“: https://de.wikipedia.org/wiki/Weltgesundheitsorganisation .

Der ursprüngliche Ausgangszustand wird nach einer Krebserkrankung nicht mehr erreicht, es verbleiben körperliche und seelische Leiden im Sinn einer Defektheilung. Im Verlauf verbesserter Behandlungsmöglichkeiten und längerer Überlebenszeit begegnen wir leider nun den sogenannten Therapiespätschäden, die früher nicht (mehr) erlebt wurden.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie beschreibt 2019 in ihrer „Roadmap für die Erforschung von Krebs- und Bluterkrankungen in Deutschland“ als Forschungspriorität das Langzeitüberleben mit und nach Krebs: „Die Krebsüberlebenden unterliegen häufig Krebs- oder therapiebedingten Langzeitfolgen, die einer besonderen Nachsorge, aber auch Prävention und gegebenenfalls Therapie bedürfen. Diese Patienten müssen besser erfasst werden. Die Langzeitfolgen von Krebstherapien sind ein neuer, bedeutsamer Forschungsgegenstand“: https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/klinische-forschung/forschungs-roadmap/dgho_forschungs-roadmap_20190313.pdf

Eine Heilungsbewährungsfrist von fünf Jahren ab Erkrankung, die nur noch von verminderten Graden der Behinderung ausgeht und durch entsprechende Rückstufung des GdB den Nachteilsausgleich für die Therapiefolgen nach einer lebensbedrohlichen Erkrankung verhindert, verkennt grundsätzlich die Realität des Lebens nach der Primärtherapie.

Nach fünf Jahren …

… kann bei einem durch die Operation mit Entfernung von Lymphknoten oder durch eine Bestrahlung der Lymphabflusswege

erworbenen Lymphödem nicht mit einer Besserung gerechnet werden. Lymphödeme neigen zur Verschlechterung, die manuelle Lymphdrainage und Kompressionsstrümpfe sollen das Fortschreiten verlangsamen. Wer auf der rechten Seite an einem Armlymphödem leidet, wird dadurch erheblich bei der Arbeit am PC beeinträchtigt, der Arm schwillt an und bereitet Schmerzen. Im Zeitalter der digitalisierten Arbeitsplätze eine schwerwiegende Behinderung. Ebenfalls drohen durch kleine Verletzungen gefährliche Infektionen wie die Wundrose gleich Erysipel. Näheres zum Lymphödem unter: www.krebsinformationsdienst.de/leben/lymphoedem/index.php

Auch das bei verschiedenen Chemotherapien auftretende Hand-Fuß-Syndrom gleich Polyneuropathie ist nach fünf Jahren nicht gebessert, sondern führt zu massiven und andauernden Beschwerden. Taubheitsgefühle an Fingern und Fußsohlen beeinträchtigen die Feinmotorik und die Gehsicherheit, das Gleichgewichtsempfinden ist grundlegend gestört. Der Autorin ist eine Patientin bekannt, die aufgrund der Missempfindungen an den Extremitäten das Fahren eines Autos aufgrund erhöhter Unfallgefahr einstellte. Dazu beeinträchtigen Nervenschmerzen häufig den Nachtschlaf, mit der Folge erhöhten Schmerzmittelkonsums und schweren Erschöpfungszuständen. Weiterführende Informationen unter: www.krebsinformationsdienst.de/behandlung/chemotherapie/nebenwirkungen.php

Die Folgen einer Antihormontherapie besonders mit Aromatasehemmern überdauern ebenfalls die Heilungsbewährungsfrist. Der Stoffwechsel verlangsamt sich, und es kommt oft zu einer Gewichtszunahme. Normalgewicht wäre jedoch für die Rückfallvermeidung wichtig. Aromatasehemmer beeinflussen auch den Knochenstoffwechsel und vermindern die Knochendichte, es entsteht eine irreversible therapiebedingten Osteoporose. Hinzu kommen Gelenkbeschwerden und Austrocknung der Schleimhäute mit Behinderung des Sexualverkehrs, was nicht selten zu Therapieabbrüchen führt. Zur Hormontherapie: www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/hormontherapie.php

Rezidivangst, Beziehungsschwierigkeiten, finanzielle und existentielle Sorgen und die damit verbundene Ohnmacht ermüden, die Fatigue ist bei vielen Brustkrebspatientinnen der treueste Begleiter und mündet nicht selten in eine Depression. Eine normale Teilhabe am Sozialleben wird dadurch verunmöglicht: www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/survivors-krebs-ueberleben.php

Nach den ersten fünf Jahren ist zwar die wichtigste Wegstrecke einer Brustkrebserkrankung zurückgelegt, aber die Heilungsbewährung dauert weiterhin an.

ANZEIGE

Antioxidantien und Brustkrebstherapie

MARIE-Studie wissenschaftlich zweifelhaft!

VON PROF. DR. JOSEF BEUTH

Derzeit werden Patientinnen und Patienten unter Krebsstandardtherapien wie Chemo- und/oder Strahlentherapien ohne Grund durch Presseveröffentlichungen stark verunsichert, die Ergebnisse einer Arbeit zur Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln mit antioxidativen Substraten zum Inhalt haben. Diese Publikation (Audrey et al.; Am J Clin Nutr 2019;109:69-78) auf Grundlage der MARIE-Studie, durchgeführt von 2002 bis 2005, weist gravierende Mängel auf. Daher sind die getroffenen Schlussfolgerungen aus wissenschaftlicher Sicht nicht haltbar.

Die Sachlage

Der menschliche Organismus benötigt für eine optimale Funktion Mikronährstoffe wie Vitamine, Spurenelemente, Mineralien, Ballaststoffe und sekundäre Pflanzenstoffe in ausreichender Menge und in richtiger Zusammensetzung. Bei Menschen mit ausgewogener Ernährung sind Mangelzustände die Ausnahme.

Nahrungsergänzungsmittel enthalten Lebensmittel beziehungsweise Nährstoffe mit ernährungsspezifischen Wirkungen, die in Tabletten-, Kapsel-, Dragee- und Pulverform, sowie als flüssige oder feste Konzentrate verfügbar sind. Die enthaltenen Mikronährstoffe sollen wissenschaftlich gesicherte Höchstmengen nicht überschreiten, keine Nebenwirkungen hervorrufen und die normale Ernährung ergänzen. Physiologische Basis für die Empfehlung definierter Nahrungsergänzungsmittel wäre die Optimierung respektive die Aufrechterhaltung des Mikronährstoffhaushaltes.

Die Diskussion

Antioxidantien, deren Verzehr durch die Ernährung oder deren Einnahme als Nahrungsergänzungsmittel während Chemo- oder Strahlentherapie bei Krebspatienten/innen, werden kontrovers diskutiert. Diese Diskussion beruht auf der Beobachtung, dass die Wirksamkeit von Chemo- und Strahlentherapien auf der Aktivität von so genannten freien Radikalen beruht. Die Neutralisierung der therapeutisch wichtigen freien Radikale durch Antioxidantien könnte die Wirksamkeit von Chemo- oder Strahlentherapie mindern oder aufheben.

Unter dem Begriff „Antioxidantien“ werden Substanzen zusammengefasst, die direkt, wie zum Beispiel Vitamin C oder indirekt, wie vergleichsweise Selen, über den Einbau in antioxidative Enzyme antioxidativ wirken. Da antioxidative Enzyme in Krebszellen bislang nicht nachgewiesen wurden, scheint die Einnahme von indirekt wirkenden Substanzen wie Selen komplementär zur Krebsstandardtherapie unbedenklich.

Antioxidantien, beispielsweise Vitamine, Spurenelemente und sekundäre Pflanzenstoffe, sind in der Ernährung allgegenwärtig, können bei oraler Aufnahme aber nur in begrenzter Menge über den Magen-Darm-Trakt aufgenommen werden: Bei Vitamin C liegt die Grenze bei 500 mg täglich. Ob derartige über die Ernährung oder als Nahrungsergänzungsmittel aufgenommene Antioxidantienmengen die Wirksamkeit von Chemo- oder Strahlentherapien mindern, ist studienmäßig nicht belegt.

Die intravenöse Gabe von direkt wirksamen Antioxidantien, etwa 7,5 Gramm Vitamin C und mehr täglich zeitgleich zur Chemo- oder Strahlentherapie, scheint allerdings höchst bedenklich und nicht empfehlenswert. Kontrollierte klinische Studien, die die Wirksamkeit und insbesondere die Unbedenklichkeit der Vitamin C Hochdosistherapie belegen, fehlen.

Studie mit Mängeln

Eine aktuelle Untersuchung (Audrey et al.; Am J Clin Nutr 2019;109:69-78) auf Grundlage der MARIE-Studie (2002-2005) verunsichert mit der Aussage, dass die

Einnahme von antioxidantienhaltigen Nahrungsergänzungsmitteln zeitgleich zur Chemo- oder Strahlentherapie mit einer erhöhten Rezidiv- und Sterberate bei Brustkrebspatientinnen einhergeht. Da diese retrospektive, auf Fragebögen basierende Untersuchung gravierende methodische Mängel aufweist, können die Ergebnisse die getroffenen Aussagen nicht belegen. Insbesondere die Tatsache, dass die Auswertung der Untersuchungsdaten weder die Art der Antioxidantien (Vitamine, Spurenelemente, Mineralstoffe, Pflanzenextrakte oder sekundäre Pflanzenstoffe), noch deren Mischung (Mono- oder Multikomponentenpräparate), Dosierung und Einnahmedauer spezifiziert, lässt keine wissenschaftlich fundierte Aussage zu. Höchst irritierend ist zudem die Aussage, dass unterschiedlich wirkende Antioxidantien gemeinsam bewertet wurden, um überhaupt eine statistische Aussage zu ermöglichen. Aus wissenschaftlicher Sicht sind die Konzeption der Untersuchung und die daraus gefolgerten Aussagen absolut nicht haltbar und lassen Zweifel aufkommen an der wissenschaftlichen Intention der Autoren sowie des Publikationsorgans.

> **Aus wissenschaftlicher Sicht sind die Konzeption der Untersuchung und die daraus gefolgerten Aussagen absolut nicht haltbar**

Aktuelle Faktenlage „Selen“

Die aktuelle S3-Leitlinie (2019) „Brustkrebs“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) konstatiert bezüglich Selen als komplementärmedizinische Behandlung:

- „keine Hinweise auf eine Abschwächung der Wirkung antitumoraler Therapien in präklinischen wie klinischen Daten“;
- „kurzfristig auch hoch dosierter Einsatz ohne Nebenwirkungen“;
- „langfristige Gaben nur unter Spiegelkontrolle“;

Die Arbeitsgruppe Prävention und Integrative Onkologie (PRIO) der DKG schlussfolgert im aktuellen Faktenblatt „Selen“ (2019):

- „Die Verträglichkeit onkologischer Therapien mit höheren Selenwerten im Blut ist signifikant besser“.
- „Selenmangel sollte ausgeglichen werden“.
- Anorganische Selenpräparate wie Natriumselenit sind organischen Selenpräparaten wie Selenomethionin, Selenocystein und Selenhefe vorzuziehen, da Überdosierungen ausgeschlossen sind.“

Fazit

Antioxidantien, die mit ausgewogener Ernährung zugeführt werden, sind während Krebsstandardtherapien unbedenklich, da sie nur begrenzt aufgenommen werden. Antioxidantien, zum Beispiel Vitamine und organisch gebundene Selenpräparationen, die über Nahrungsergänzungsmittel oder Injektion verabreicht werden, könnten bei Überdosierung den Effekt von Krebsstandardtherapien mindern. Anorganisch gebundene Selenpräparationen wie Natriumselenit sind unbedenklich, da sie bei Überschuss ausgeschieden werden und sich im Körper nicht anreichern können.

KONTAKT

Prof. Dr. Josef Beuth
Institut zur wissenschaftlichen Evaluation naturheilkundlicher Verfahren an der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln
E-Mail: hans.beuth@uk-koeln.de

Equinovo tut mir gut!

Antihormon- oder Chemo-/Strahlentherapien 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® – Immun- und Zellschutz für eine gesunde Schleimhaut- und Stoffwechselfunktion. Equinovo® ist eine Spezialkombination mit Selen, Vitamin B7, pflanzlichen Enzymen und proteinhaltigem Linsenextrakt. Das Produkt ist nicht zur Behandlung, Heilung und Vorbeugung von Krankheiten bestimmt, es dient allein dem Ausgleich eines erhöhten Bedarfs an Spurenelementen und Mikronährstoffen und soll damit die Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens unterstützen. Vertrieb: Kyberg Pharma Vertriebs-GmbH, Keltenring 8, 82041 Oberhaching

SARS-Cov-2

Was können wir selbst für uns tun?

VON CORNELIA STÜWE – MAMAZONE OSTHOLSTEIN

Coronaviren sind seit den 1960er Jahren bekannt und lösen Erkältungskrankheiten aus, in einigen Fällen auch das **S**chwere **A**kute **R**espiratorische **S**yndrom (SARS). Wandert das seit Ende 2019 bekannte neuartige Coronavirus 2 oder CoV-2 vom Nasen-Rachenraum in die Lunge und führt dort zu Atembeschwerden, spricht man von der Covid-19 oder Coronavirus Disease 2019.

Coronaviren können Menschen und Tiere befallen. Eine gegenseitige Infizierung gleich einer Zoonose ist möglich, und die Übertragung des CoV-2 von einem Wildtier auf den Menschen wurde 2019 erstmals in China nachgewiesen.

Was macht SARS-CoV-2?

Bekannt ist, dass bei mindestens 80 Prozent der infizierten Personen die Infektion milde oder sogar symptomlos verläuft. Gerade dieser Umstand macht CoV-2 paradoxerweise jedoch gefährlich, denn auch asymptomatisch Erkrankte können die Viren auf Gesunde übertragen. Ein Teil der symptomatisch erkrankten Patienten bedarf einer Klinikbehandlung, und wiederum ein Teil davon erkrankt an Lungenbeschwerden, die im Extremfall eine intensivmedizinische Behandlung erfordern. Gefürchtet ist die Covid-19, da sie bei schwerem Verlauf zum Lungenversagen führen kann.

Durch Andocken an den Zellrezeptor ACE2 (Angiotensin-Converting-Enzyme 2) gelangt SARS-CoV-2 in die menschliche Zelle und nutzt den Stoffwechsel der Wirtszelle zur Vermehrung.

ACE2-Rezeptoren werden von Epithelzellen der Lunge, des Dünndarms, der Nieren und der Blutgefäße ausgebildet.

Das ACE2 Enzym übt eine unverzichtbare Funktion in der Blutdruckregulierung aus, diese wird jedoch durch die Anlagerung von SARS-CoV-2 nachhaltig gestört. Der Blutdruck steigt und kann nicht wieder herunter reguliert werden. In der Folge lagert die Lunge Wasser ein, es kommt zu Atemnot, und der Stress der Luftnot lässt den Blutdruck weiter steigen. Zusätzlich löst eine Überreaktion des Immunsystems einen Zytokin-Sturm mit vermehrter Freisetzung entzündungsfördernder Proteine (proinflammatorische Zytokine) aus. Diese Immunreaktion verursacht überschießende Entzündungsprozesse und beeinträchtigt zusätzlich die Lungenfunktion.

Covid-19 abmildern

Die öffentliche Aufmerksamkeit gilt Wissenschaftlerinnen, die unter Hochdruck nach virushemmenden Medikamenten zur akuten Behandlung von Covid-19, nach Möglichkeiten zur Serumbehandlung schwer Erkrankter mit Antikörperspenden bereits wieder genesener Patienten sowie einem Impfstoff zur Immunisierung gegen SARS-Cov-2 suchen. Stimmen von praktisch tätigen Ärzten aus der Versorgungsbasis, die zur Erleichterung der Krankheitsbewältigung auf einen unterstützenden weiteren Weg aufmerksam machen, verhallen dagegen ungehört.

Dr. med. Raimund von Helden, in Gemeinschaftspraxis niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Lennestadt-Meggen, Diabetologe, Vitamin-D-Experte, Netzwerkpartner der Akademie für Menschliche Medizin von Prof. Dr. med. Jörg Spitz und Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Westfalen Lippe, sieht in einer ausreichenden Vitamin-D-Versorgung einen Ansatz zur Krankheitslinderung.

Um Missverständnissen vorab vorzubeugen: Vitamin D schützt nicht vor einer Ansteckung mit SARS-Cov-2 und heilt keine Covid-19, jedoch könne nach von Helden ein Spiegel von mindestens 66 ng/ml zumindest einen schweren Verlauf abmildern und so einen Schutz vor einem tödlichen Ausgang ermöglichen. Dass gerade zur Grippezeit im Winterhalbjahr die Mehrheit der Bevölkerung einen ausgeprägten Vitamin-D-Mangel aufweist und besonders bei älteren Menschen, die zur Risikogruppe für eine SARS-Cov-2-Infektion zählen, keine ausreichende Vitamin-D-Synthese über die Haut mehr stattfindet, ist bekannt und in Studien belegt (1).

Bei Krebspatientinnen ist die Frage „Was kann ich selbst für mich tun?“ allgegenwärtig. Sie darf ebenfalls im Umgang mit dem unsicheren Verlauf einer Infektionskrankheit gestellt werden, ganz besonders dann, wenn noch keine zuverlässigen Therapieoptionen zur Verfügung stehen.

Da Brustkrebspatientinnen ohnehin eine Aufsättigung des Vitamin-D-Spiegels empfohlen wird (2), bestünde nun, vor einer möglichen Infektion, eine passende Gelegenheit dazu.

Aus der Studienlandschaft

Professor Yan Chun Li von der University of Chicago zeigte 2011 die Auswirkung eines Vitamin-D-Mangels auf eines der wichtigsten blutdruckregulierenden Systeme des Körpers, das Renin-Angiotensin-System (RAS). Ein langfristiger Vitamin-D-Mangel führt zur RAS-Überaktivierung und Blutdrucksteigerung, aktives Vitamin D hemmt diese Entgleisung durch Eingriff in die biochemischen Abläufe. (3)

Eine Forschergruppe um Adrian A. Martineau, Professor für Atemwegsinfektionen und Immunität von der Queen Mary University in London, fand 2017 in einer Überblicksarbeit (Metaanalyse) ein reduziertes Risiko für akute Atemwegserkrankungen durch die immunregulierende, entzündungshemmende und antimikrobielle Wirkung von Vitamin D. (4)

Dies ist umso bedeutsamer vor dem Hintergrund der DGHO-Information vom 18. März 2020, dass vor allem zusätzliche Infektionen der oberen Luftwege durch Bakterien und Pilze entscheidenden Einfluss auf den Verlauf von Covid-19 haben.

Auch die WHO empfiehlt Vitamin D zur Senkung des Erkrankungsrisikos an Atemwegsinfekten, und in einer Studie zur epidemischen Influenza war die Erkrankungsrate bei Probanden mit einer Vitamin-D-Supplementierung erheblich geringer. (5)

Ehab AM und Kollegen wiesen bei Kindern mit Lungenentzündung niedrige Vitamin-D-Spiegel (15 ng/ml) und Cathelicidin-Werte (<15 ng/ml) nach. Die Produktion von Cathelicidin, einem antimikrobiellen Eiweiß, wird indirekt unter anderem auch durch Vitamin D angeregt. (6)

Sadeq A. Quraishi et al., Harvard Medical School in Boston, berichteten 2015 in einer Studie: „Eine hochdosierte Cholecalciferol-Supplementierung verbessert schnell und sicher die 25-Hydroxyvitamin-D- und bioverfügbaren 25-Hydroxyvitamin-D-Spiegel bei Patienten mit schwerer Sepsis oder septischem Schock. Veränderungen im bioverfügbaren 25-Hydroxyvitamin D sind mit einem gleichzeitigen Anstieg der zirkulierenden LL-37-Spiegel verbunden.“ (7) Cholecalciferol steht für Vitamin D3 und LL-37 für das antimikrobielle Eiweiß Cathelicidin.

Aktives Vitamin D wirkt somit nicht nur einer Blutdruckentgleisung und in der Folge einem Lungenödem entgegen, sondern ebenfalls zusätzlichen Infektionen mit prognoseverschlechternder Wirkung.

Dr. von Helden legt uns die Route 66 als Weg aus der Erkrankung an SARS-Cov-2 ans Herz: 66 ng/ml Vitamin D. Eine tägliche Einnahme von Vitamin D zeigte dabei bessere Ergebnisse als Bolus-Gaben (hohe Einzeldosen pro Verabreichung), jedoch erfordert das Auffüllen leerer Speicher kurzfristig höhere Dosierungen. (8; 9)

Taiwan weist die weltweit niedrigsten Zahlen bei der Ausbreitung des Coronavirus auf, und alte Menschen zeigen nur zu 10 Prozent einen problematischen Vitamin-D-Mangel, in Deutschland dagegen sind es 70 bis 80 Prozent. (11; 12)

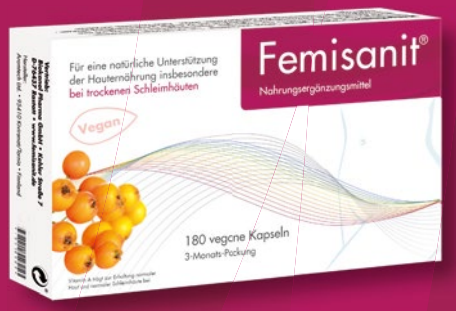
Eine deutsche Patientin wusste es besser. Sie gehörte bereits aufgrund ihres Alters zur Risikogruppe, war durch Begleiterkrankungen schwer vorbelastet, erkrankte zusätzlich an Covid-19 und: überlebte! Seit vielen Jahren hatte sie durch eine regelmäßige hochdosierte Vitamin-D-Supplementation einen Spiegel zwischen 70 und 80 ng/ml erreicht. (13) Wir gratulieren der 97-jährigen alten Dame und wünschen ihr einen gesegneten hundertsten Geburtstag.

Also, was haben wir zu verlieren, wenn wir unseren Vitamin-D-Spiegel auf mindestens 66 ng/ml anheben? Gewinnen können wir jedenfalls eine Menge.

Literaturliste in der Redaktion

Femisanit®
mit Sanddorn-Extrakt

Intimcreme
befeuchtet & pflegt zugleich



Kapseln
orale, vegane Option

10%* Online-Rabatt
www.femisanit.de
Rabatt-Code: MZ0620

*gültig bis 31.12.2020

Biokanol® Pharma

Biokanol Pharma GmbH
Kehler Straße 7 · 76437 Rastatt

Krebstherapie

Die Macht der Worte

VON DR. MED. GYÖRGY IRMEY

Worte erzeugen Wirklichkeit. Mit ihrer Kommunikation können Ärzte Gesundheit fördern oder negativ beeinflussen. Sprache kann zum Therapeutikum werden. Auch Patientinnen selbst beeinflussen mit ihren Worten und Gedanken die Heilung.

„Sie sind austherapiert." – „Vor zehn Jahren wären Sie ein hoffnungsloser Fall gewesen." – „Für Sie können wir nichts mehr tun." Schlechte Nachrichten rufen bei Patientinnen neben den seelischen auch körperliche Reaktionen hervor. Sie können den Gesundheitszustand verschlechtern und zur sich selbsterfüllenden Prognose werden. Das fand die Nocebo-Forschung heraus, die die Wirkung negativer Sätze, Gefühle und Vorstellungen auf Erkrankungen untersucht. Vielleicht gibt es eines Tages auch eine wissenschaftliche Untersuchung zur adäquaten Kommunikation des Geschehens um den Corona-Virus in der medizinischen und der nichtmedizinischen Öffentlichkeit, die deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen evaluiert.

Rationalität versus Emotion

Ärztinnen geht es im Gespräch mit Patientinnen um rationale Informationen über die Diagnose und die Planung von Therapien. Doch Krebskranke sind emotional erschüttert, oft in existentieller Sorge. Sie legen jedes Wort der behandelnden Ärztinnen auf die Goldwaage. „Ohne Chemotherapie leben Sie noch zwei Monate, mit noch zehn Monate." - „Sie werden nur noch ein halbes Jahr leben." Immer wieder berichten uns Patientinnen von solchen negativen Prognosen. Ich halte es für eine Anmaßung, praktisch ein Todesurteil zu sprechen. Wir wissen nicht, wie lange selbst schwer erkrankte Patientinnen noch leben.

> „Akzeptieren Sie die Diagnose, aber nicht die Prognose der Erkrankung

Auch Patientinnen stellen Ärzten – manchmal drängend – die Frage nach der zu erwartenden Überlebenszeit. Doch die Grundlage von Prognosen sind lediglich statistische Durchschnittswerte. Sie sagen nichts über den einzelnen Menschen aus, seine psychische Situation, seine Ressourcen und sein Umfeld. „Akzeptieren Sie die Diagnose, aber nicht die Prognose der Erkrankung". Wir raten Patientinnen zur Verinnerlichung der Aussage der renommierten Wissenschaftlerin Caryle Hirschberg, die über Spontanheilungen geforscht hat. Aufgabe von Therapeutinnen ist die verständliche Erklärung der Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten und Alternativen aufzuzeigen und vor allem deutlich zu machen: „Ich begleite Sie und bin da, egal was kommt." Es sollte auch kein Tabu sein, zum passenden Zeitpunkt über das Sterben und den Tod zu sprechen.

Prinzip Hoffnung

Vermitteln Ärztinnen Unterstützung und Begleitung, kann Angst genommen, die Lebensqualität verbessert und die Selbstheilungskräfte können gestärkt werden. Spontanheilungen bei Krebs sind zwar selten, aber sie kommen vor. Jede einzelne ist ein Beweis für das enorme Heilungspotential in jedem Menschen. Gesundheitsförderndes Denken steht in Verbindung mit der Hoffnung: „Ich kann gesund werden." Darin schwingt die Überzeugung, dass man gesund werden kann, egal wie krank man ist. „Die Hoffnung bleibt mein Freund und lässt mich aufrecht stehen", hat eine Patientin geschrieben. (Die Berichte finden Sie auf www.biokrebs.de unter www.biokrebs.de/patientenberichte)

Wirkmittel Kommunikation

Gelungene „Kommunikation kann zu einem komplementären Wirkmittel für die Behandlung werden", sagt Prof. Dr. Hart-

mut Schröder von der Europa-Universität Viadrina Frankfurt/Oder. Er beruft sich auf Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie. Trauen Therapeutinnen ihren Patientinnen die Gesundung und Heilung zu, vermitteln sie Zuversicht und Vertrauen in deren Selbstwirksamkeit. Der Inhalt des Gesprochenen muss dabei zur nonverbalen Kommunikation passen. Drücken die Stimme, die Mimik oder die Körperhaltung etwas anderes aus als das gesprochene Wort, glauben wir der nonverbalen Botschaft.

Der innere Dialog

Auch eigene Gedanken, Sätze und Erwartungen können den Verlauf von Erkrankungen beeinflussen. Selbstvorwürfe wie „ich bin selbst schuld“ oder Sätze wie „das schaffe ich nie“ können Nocebo-Effekte hervorrufen. Die persönlich empfundene Wirklichkeit ist für jeden Menschen anders. Wir konstruieren sie quasi selbst. Für eine Patientin bedeutet die Diagnose Krebs das Ende, für eine andere einen bösen Schicksalsschlag, den sie nicht beeinflussen kann, für eine dritte eine Herausforderung, die es zu bewältigen gilt. „Im Körper wirkt, wovon der Geist überzeugt ist“, schreibt die amerikanische Ärztin Lissa Rankin

Die Kraft der Erwartung

Wie eine pessimistische Erwartungshaltung körperliche Symptome hervorruft, belegte eine finnische Studie der Studienautorin Reetta Sipilä. Demnach erhöhen eine hohe psychische Belastung und die Erwartung, nach der OP unter Schmerzen zu leiden, das Risiko für akute Schmerzen nach einer Brustkrebsoperation.

„Das bringt gar nichts. Das hat nur einen Placeboeffekt und keine wissenschaftliche Evidenz“ bewertete eine Ärztin die Berichte einer Patientin, wie gut ihr Meditation und Yoga geholfen haben. Der sogenannte Placebo-Effekt wird in der Schulmedizin öfter abschätzig verwandt. Laut dem Placebo-Forscher Professor Dr. Manfred Schedlowski von der Universitätsklinik Essen können jedoch bis zu 70 Prozent der Wirkung einer „echten“ Therapie auf einem Placebo-Effekt beruhen. (https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-282010/und-es-wirkt-doch/).

Schutzfaktoren für Körper und Seele

Optimismus, Selbstfürsorge, Glaube an die eigenen Fähigkeiten, positive Gefühle wie Begeisterung und Glück sowie Verbundenheit und soziale Beziehungen (vgl. https://www.biokrebs.de/schwerpunktthema/mai-2019): Zahlreiche Schutzfaktoren stützen das Abwehrsystem, die seelische Widerstandsfähigkeit und geben Kraft in Krisen. Bewährt sind Meditation, Visualisierung, das Wiederholen positiver Aufträge und natürlich Spiritualität und Glaube. Die US-Amerikanerin Ivelisse Page bekam als 37-jährige die Diagnose Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium IV mit Metastasen in der Leber. Sie begegnete ihren Ängsten mit ihrem Glauben und Vertrauen auf Gott. Das Gebet „I will have no fear“ – „Ich werde keine Angst haben“ – begleitete sie lange Zeit. (vgl. momentum 04-2019, Seite 12)

> „Sie begegnete ihren Ängsten mit ihrem Glauben und Vertrauen auf Gott

„Sie müssen …“ Druck und Stress

„Sie müssen sich sofort operieren lassen.“ – „Sie müssen Chemotherapie machen, sonst …“ Müssen macht Druck und Druck erzeugt Stress. Angst, Überforderung und Stress können dem Immunsystem schaden. Zur Bürde durch die Krankheit selbst und den medizinischen Therapien wird zusätzlich Druck aufgebaut und der Organismus negativ belastet. Bei emotionalen Belastungen steigen bestimmte Entzündungsmarker an, fand die Psychoneuroimmunologie. Psychischer Dauerstress kann das Krebswachstum fördern, so Professor Dr. Dr. Christian Schubert von der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie in Innsbruck. Chronischer Stress geht mit einer geringeren Aktivität der natürlichen Killerzellen einher und führt zu einem schlechteren Immunschutz. Der Psychoneuroimmunologe Schubert sagt: „Bei jeder körperlichen Erkrankung spielt ausnahmslos auch die Psyche eine Rolle.“

„Sie müssen …“ nimmt Patientinnen auch die Selbstbestimmung. Als Arzt kann ich aus eigener Erfahrung und/oder aufgrund der wissenschaftlichen Studienlage empfehlen, aber nicht von oben herab die Behandlung verordnen. Denn Patientinnen erfahren dann Selbstwirksamkeit, wenn sie über ihren Heilungsweg mitentscheiden und eine aktive Rolle einnehmen. Dies gelingt nur im Dialog auf Augenhöhe.

Die Qualität des Zuhörens

Der Medizinethiker Professor Dr. med. Giovanni Maio von der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg propagiert eine verständigungsorientierte Medizin. Nur die Fähigkeit des Zuhörens und ein wirkliches Gespräch würden der Unverwechselbarkeit von Menschen gerecht. Dazu gehören Präsenz, Empathie, Mitgefühl und „professionelle Nähe zu Patienten“, wie es Professor Hartmut Schröder nennt. Eine wertschätzende Arzt-Patienten-Kommunikation sowie ein achtsamer Umgang mit Worten sind ein wichtiger Bestandteil erfolgreicher Behandlung. Worte sind ein zweischneidiges Schwert: sie können verletzen und heilen.

KONTAKT

Dr. med. György Irmey
Ärztlicher Direktor der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.
Voßstraße 3
69115 Heidelberg

Beweg´ Dich

Sport bei Krebs

VON EMMI WORZER- MAMAZONE-ALLGÄU

Als selbst Krebserfahrene weiß ich um die energieraubende und äußerst beängstigende Diagnosevermittlung und die nachfolgenden Therapieschritte. Wie auch um die Progressionsangst, eine Angst, die laut Dr. Daniela Paepke zu einer der schlimmsten Ängste überhaupt zählt (Vortrag Juni 2019 - Klinikum rechts der Isar, München - TUM). Verwundert es, dass ärztlicherseits noch in den Neunzigerjahren den Krebspatientinnen zu größtmöglicher Ruhe und bestmöglicher Schonung geraten wurde? Man befürchtete, den Patienten würden Kräfte schwinden, die sie mehr als dringend für die anstehenden Therapien bräuchten. Auch eine verminderte Wirksamkeit von Chemotherapeutika wurde nicht ausgeschlossen.

Neuorientierung

Mit dieser Legende aus dem vergangenen Jahrhundert ist es nun aufgrund der neuen Datenlage vieler Studien ein für alle Mal vorbei. Ich denke dabei an die Studienergebnisse der Deutschen Sporthochschule Köln in Zusammenarbeit mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO), oder - um zwei weitere zu nennen - die Arbeitsgruppe „Bewegung, Präventionsforschung und Krebs“ am Deutschen Krebsforschungszentrum und am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg unter der Leitung von Prof. Dr. Karen Steindorf, sowie an das Zentrum für Präventive Sportmedizin und Sportkardiologie mit der Spezialsprechstunde „Krebs und Sporttherapie“ in der Ambulanz am Klinikum rechts der Isar der TU München. Ärztlicher Direktor ist Prof. Dr. Martin Halle, dessen besonderes Interesse der Prävention und Rehabilitation auch von Krebserkrankungen gilt.

> **Bewegung und Sport müssen zukünftig mehr in die ärztlichen Empfehlungen für die Patientinnen einbezogen werden**

Selbst vom San Antonio Breast Cancer Symposion (SABCS) in den USA im Dezember 2018 berichtete PD Dr. Rachel Würstlein von der LMU München in ihrer Zusammenfassung über den großen Raum, den das Thema Bewegung in den Vorträgen zum „Einfluss des Lebensstils auf den Behandlungserfolg und das Wohlbefinden bei Brustkrebs“ einnahm: www.youtube.com/watch?v=ZCVNJdvxhkg.

Sie folgerte, dass Bewegung und Sport zukünftig mehr in die ärztlichen Empfehlungen für die Patientinnen einbezogen (implementiert) werden müssen, denn selbst nicht erkrankte Frauen mit dem hohen Risiko einer BRCA-Mutation hätten einen signifikanten Benefit (bedeutsamen Vorteil) bei sportlicher Betätigung dadurch, dass sie entweder gar nicht oder zumindest später als erwartet erkranken.

Auch die Essenz einer norwegischen Studie, so Dr. Würstlein, war eine deutlich höhere Leistungsfähigkeit und ein besseres Durchhaltevermögen über alle Therapieschritte hinweg bei erkrankten Frauen mit professioneller Begleitung bei Bewegungsinterventionen. Zusätzlich reduziere Bewegung in Verbindung mit einem regelmäßigem Schlafrhythmus - einer guten Schlafhygiene - die mit dem sogenannten „Chemobrain“ verbundenen Konzentrationsschwierigkeiten. Die Patientinnen behielten eine deutlich bessere Merk- und Denkfähigkeit.

Die SUCCESS-C-Studie unter der Studienleitung von Prof. Dr. Wolfgang Janni, Universitätsklinikum Ulm, untersuchte den Einfluss von Körpergewicht, Ernährung und Bewegung auf den Verlauf einer

Brustkrebserkrankung. Nach zwei Jahren zeigte sich ein eindeutig positiver Effekt auf die rezidivfreie Überlebensrate und die Chance auf ein krankheitsfreies Überleben bei Frauen mit körperlicher Aktivität und Gewichtsabnahme.

Auch die S3-Leitlinie zum Mammakarzinom hebt die Bedeutung von Sport- und Bewegungstherapie für den Krankheitsverlauf hervor, und im Patientenratgeber der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) 2019 ist auf Seite 102 zu lesen: „Die Mind-Body-Medizin unterstützt den gesundheitsfördernden Umgang mit Ernährung, Bewegung und Stressbelastungen mit dem Ziel, die körperlichen und seelischen Selbstheilungskräfte zu aktivieren."

Also Laufschuhe binden und los! Ein super Appell - oder? Leider ist es aber mit unserem inneren „Schweinehund" nicht so einfach: Nach den Erfahrungen des Sportwissenschaftlers PD Dr. Freerk Baumann, Deutsche Sporthochschule Köln, sinkt selbst bei einem Drittel der vor ihrer Erkrankung sportlich aktiven Frauen während und nach der Primärbehandlung das Bewegungsbedürfnis. Scheinen auch sie das Vertrauen in ihren Körper verloren zu haben? Fakt ist, dass neben einer guten sozialen Unterstützung auch Sport und Bewegung wesentlich dabei helfen, die Krankheit körperlich wie psychisch besser zu verarbeiten und die Lebensqualität zu verbessern.

Bewegung als effiziente supportive Therapieform?

Vergewissern wir uns, dass es ein Schlüsselfaktor für das Überleben unserer Vorfahren war, sich körperlich viel zu bewegen und aktiv zu sein. Diesen evolutiv physiologischen Niederschlag finden wir noch heute in unserem Stresserleben: Bei Gefahr wird über die Nebennierenrinde blitzschnell Cortisol ausgeschüttet, das einen immensen Energieschub anstößt. Sobald die Gefahr vorbei ist, wird es wieder herunter reguliert. Eine wesentliche Stellschraube der Stressregulierung ist die körperliche Bewegung.

> **„Eine wesentliche Stellschraube der Stressregulierung ist die körperliche Bewegung**

Für uns ist das heutzutage leider wegen der weitgehend ausbleibenden körperlichen Reaktion oft problematisch - für Gesunde wie für Erkrankte. Kommt es jedoch zu dauerhaftem und damit chronischem Stress - Krebspatienten haben krankheitsbedingt ohnehin einen Stressstoffwechsel - entfällt die Herunterregulierung des Cortisols. Es entsteht ein Hypercortisolismus, der gefährlich werden kann und nach Prof. Dr. Dr. Christian Schubert, Psychoneuroimmunologe an der Universitätsklink für Medizinische Psychologie in Innsbruck, krankheitsfördernde Entwicklungen anstößt.

Mit dem Einstieg in Bewegung oder der Teilnahme an einer Bewegungstherapie verhält es sich wie mit allem Neuen: Eine Runde zügiger Spaziergang kann unter Umständen gefühlt erst mal mehr Kräfte verbrauchen als ein Marsch von zehn Kilometern bei einer trainierten Person, der die wohltuenden Effekte bereits vertraut sind. Aber es lohnt sich! Ein Motivationsschub vorab: Prof. Dr. Karen Steindorf und Kollegen belegten in mehreren Studien mit Brustkrebspatientinnen für Sport und Bewegung eine geradezu therapeutische Wirkung, die auf mehreren Ebenen spürbar wird: www.onmeda.de/magazin/Sport-Bewegung-gegen-Brustkrebs.html. PD Dr. Freerk Baumann spricht von der Bewegungstherapie als „der wirkungsvollsten Begleittherapie in der Onkologie" (Vortrag Frühjahr 2018 in München). Dass eine Metastasierung bei bis zu etwa 40 Prozent Betroffener durch regelmäßige und ausdauernde Bewegung vermieden werden kann, das darf doch wirklich Ansporn sein! Dr. Daniela Paepke betonte, dass dies kein Chemotherapeutikum besser schaffen könne (Vortrag am Patientinnentag 06-2019, Klinikum rechts der Isar, TUM - München).

Bewegung macht gute Laune
Foto: © Ljupco Smokovski- stock.adobe.com

Was Bewegung bewirkt

Sie verbessert die körperliche und psychische Belastbarkeit, dämpft die Nebenwirkungen von Chemotherapie und Bestrahlung und lindert Therapiefolgen wie die Polyneuropathie und das Fatigue-Syndrom. Sie wirkt ausgleichend bei der massiv erfahrenen Verletz- und Verwundbarkeit des Körpers und dem empfundenen Verlust von Weiblichkeit. Sie mindert die Neigung zu Depressivität und auch das energiezehrende gedankliche Kreisen in Endlosschleifen um die Krebserkrankung. Bewegung schafft ein wahrnehmbares Mehr an Lebensqualität!

Sport und körperliche Aktivität wirken sich - vorausgesetzt, sie werden maßvoll, regelmäßig und ausdauernd durchgeführt - für Krebspatientinnen wie auch für Gesunde vorteilhaft auf den Stresszyklus aus. Stresshormone werden auf natürliche Weise abgebaut, und unser krankheitsbedingt schwächelndes Immunsystem wird durch die Vermehrung von Immunabwehrzellen - den natür-

lichen Killerzellen (NK) und den zytotoxischen T-Lymphozyten - gestärkt. Prof. Dr. Wilhelm Bloch von der Deutschen Sporthochschule Köln erläutert die Anregung des Immunsystems durch sportliche Betätigung: „Es kommt zu immunologischen Prozessen, die direkten Einfluss auf den Krebs haben. Nach dem Sport steigt die Aktivität von natürlichen Killerzellen, die Tumorzellen erkennen und angreifen“: www.dw.com/de/wilhelm-bloch-sport-heilt-den-krebs-nicht-aber/a-52110257

Und nicht nur das. Bei jedem moderaten Training wie Laufen, Radeln, Schwimmen oder einer anderen kontinuierlichen Bewegungseinheit werden durch die Muskeltätigkeit weitere Prozesse angekurbelt, die das Immunsystem schützen (Immunprotektion). Man weiß heute, dass die Muskulatur nicht allein und ausschließlich der Bewegung der Gelenke dient, sondern selbst sehr stoffwechselaktiv ist und ihre Hormone in Kontakt zu allen Organen stehen. Diese sogenannten „Myokine“- Botenstoffe der Skelettmuskelatur - werden bei jeder Muskelbelastung in unterschiedlicher Konzentration ins Blut ausgeschüttet, gelangen über die Blutbahn an Organe und nehmen Einfluss auf das Zellwachstum, sowohl auf die Bildung von gutartigen, wie auch bösartigen Zellverbänden. (Prof. Martin Halle in: „Lauf dem Krebs davon“, Seite 24).

Hinter der Binsenweisheit, dass Bewegung bei Übergewichtigen nicht nur eine vorteilhafte Gewichtsreduktion anschiebt und bei einem zusätzlich angepassten Essverhalten auch aufrecht erhält, steht noch ein weiterer Effekt: Die sogenannten stillen Entzündungen (silent inflammation) bilden sich zurück, systemische Entzündungsvorgänge, von denen man annimmt, dass sie die Tumorentwicklung mitbedingen (vgl. Prof. Dr. Karsten Krüger, Leibnitz Universität Hannover in „Der stille Feind in meinem Körper“, 2017, Seiten 123 bis 125).

Ein weiterer Benefit für postmenopausale, hormonrezeptorpositive Brustkrebspatientinnen: Weniger Fettzellen, gleich weniger Östrogen, gleich weniger Entzündungen, gleich Senkung des Rezidivrisikos.

Walken hilft beim Lymphödem Foto: Jenny Sturm - stock.adobe.com

Aus Gesprächen mit Leidensgenossinnen weiß ich, dass viele noch nach Jahren mindestens gelegentlich unter erkrankungsbedingten Schlafschwierigkeiten leiden. Gerade für sie bieten Bewegung und Sport einen weiteren interessanten Vorteil: Melatonin, allgemein bekannt als „Schlafhormon“, hat zwar seine höchste Ausschüttung während der Nacht, doch sollen sportliche Aktivitäten eine Erhöhung des Melatoninspiegels bewirken können (Dr. Thorsten Schulz, Leitung Trainerfortbildung „TUM Sport and Health for Life“ in „Outdoor against Cancer“, 2018, Seiten 127 bis 129). Wundert uns das? Wir kennen hoffentlich doch alle das wohlige und schlaftrunkene Körperempfinden nach einem körperlich anstrengenden Tag.

Mit kontinuierlichen Bewegungsimpulsen können auch Gelenkschmerzen, eine häufige Nebenwirkung von Aromatasehemmern, wenigstens reduziert werden. Bei mir waren sie nach einem Wochenende Intensivtraining mit Skilanglauf für ein paar Tage zwar kaum noch wahrnehmbar, kamen aber zurück. Ein knappes halbes Jahr später brachte mir eine „stark ableitende“ Übung einer Bewegungsmeditation aus dem Guo Lin Qi Gong dann glücklicherweise Schmerzfreiheit, egal ob ich die Form übte oder nicht.

> „Körperliche Aktivität ist so wichtig wie ein Krebsmedikament“

„Körperliche Aktivität ist so wichtig wie ein Krebsmedikament“, davon ist Prof. Dr. Martin Halle von der TUM München schon lange überzeugt: www.aerzteblatt.de/archiv/63651/Onkologie-Sport-ist-so-wichtig-wie-ein-Krebsmedikament . Anlässlich des Fachkongresses „Krebs und Sport“ 2014 appellierte er an die Zuhörerschaft: „Train the brain - trainiere Dein Gehirn!“ Die verbesserte Gesamtdurchblutung und die verstärkte Aktivierung spezieller Hirnzentren wie des motorischen Cortex, der wiederum in direktem Austausch mit den Sprachzentren und dem Arbeitsgedächt-

nis steht, befeuert „nebenbei“ unseren Grips. Nicht schlecht - oder? Bewegung pflegt das Herz-Kreislaufsystem, kann einer Osteoporose vorbeugen, das Risiko für Typ 2-Diabetes reduzieren, die Darmtätigkeit (Peristaltik) anregen und den natürliche Alterungsprozess verzögern - um nur einige Beispiele zu nennen. Rundum: Bewegung ist eine gesunde Sache!

Und wie fang´ ich an?

Fühle ich mich mit heraushängender Zunge durch meine körperlichen Aktivitäten nur gequält und möchte womöglich am liebsten auf der Stelle das Handtuch schmeißen, dann mache ich etwas Grundlegendes falsch, denn Bewegung soll Freude machen oder zumindest angenehm sein. Auch am Anfang!

Als Einstieg empfehle ich Ungeübten mit einem anregenden Spaziergang in der freien Natur zu beginnen. Suchen Sie sich einen schönen Landschaftsfleck aus, vielleicht mit Sitzbänken für eventuelle Zwischenpausen. Die nächsten Tage darf es dann schon ein bisschen mehr sein: Sie können an Tempo und an Länge leicht zulegen. Aber achten Sie dabei auf Ihr subjektives Empfinden. Es ist wichtig sich zu fordern, aber sich nicht zu überfordern! Behalten Sie Ihr Ziel vor Augen: „Ich trainiere und bewege mich für meine Lebensqualität!“ Anschließend darf und muss sich Ihr Körper auch wieder regenerieren. So reicht es für den Anfang, an fünf Tagen in der Woche etwa 30 Minuten aktiv zu werden, zum Beispiel flott spazieren zu gehen, Rad zu fahren oder zu schwimmen. Ich selbst habe mir meine Bewegungseinheiten, auch berufsbedingt, in möglichst drei Etappen täglich aufgeteilt. Kommen Sie beim Ausdauertraining nicht in Atemnot, wird Ihr Körper ausreichend mit Sauerstoff versorgt, und Sie üben im aeroben Bereich. So ist der gesundheitliche Nutzen am größten.

> „... dass der Stockeinsatz beim Nordic Walking wie eine Pumpe auf die Lymphgefäße wirke und Schwellungen abbaue

Auf lange Sicht gesehen sinkt das Rezidivrisiko umso besser, je regelmäßiger Sie üben (Deutsches Ärzteblatt - s.o.) Die Sportwissenschaftlerinnen Melanie Rank und Verena Freiberger und der Kardiologe Martin Halle empfehlen in „Sporttherapie bei Krebserkrankungen“ Brustkrebspatientinnen eine wöchentliche Mindestaktivität, die in etwa drei Stunden walken in mittlerer Intensität entspricht.

Prof. Dr. Gustav Dobos und Dr. Sherko Kümmel weisen in ihrem Buch „Gemeinsam gegen Krebs“ (ISBN: 978-3-89883-265-6) darauf hin, dass „der Stockeinsatz beim Nordic Walking wie eine Pumpe auf die Lymphgefäße wirke und Schwellungen abbaue“ (Seite 205).

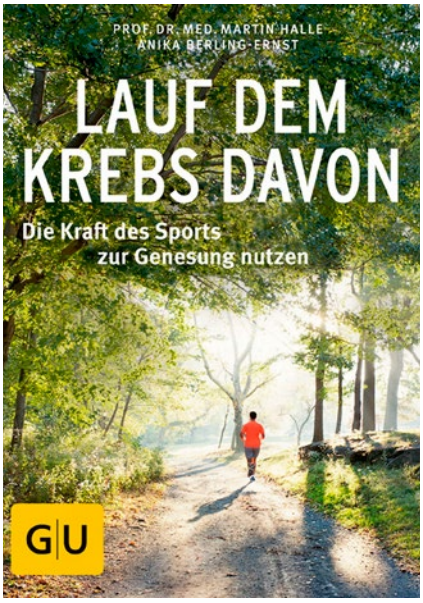
Prof. Dr. Karen Steindorf belegte in Studien, dass gegen Fatigue eher Krafttraining als Ausdauertraining wirkt: www.aerzteblatt.de/archiv/174717/Karen-Steindorf-Sport-verbessert-Lebensqualitaet-bei-Krebs .

Und noch was: Als Brustkrebspatientin haben Sie Anspruch auf die Bezuschussung von Rehabilitationssport mit 50 Übungseinheiten über einem Zeitraum von 18 Monaten: Muster 56 der Formulare der Bundesärztekammer oder Formular G0850 der Deutschen Rentenversicherung (Verordnung von Rehabilitationssport / Funktionstraining).

Patientinnen unter oder nach herzbelastenden Chemotherapien mit weiteren Vorbelastungen oder Einschränkungen (Komorbidität) sei vor Aufnahme körperlicher Aktivitäten dringend eine Rücksprache mit ihren Ärztinnen empfohlen.

Der stille Feind in meinem Körper (Karsten Krüger), ISBN: 978-3-95803-113-5

Sporttherapie bei Krebserkrankungen (Rank - Freiberger - Halle), ISBN 978-3-7945-2834-9



Lauf dem Krebs davon (Prof. Dr. Martin Halle, Anika Berling-Ernst), ISBN 978-3-8338-4573-4

Mein Anliegen

Gesundes Haar

VON EUGENIA KRONE

Eine üppige Mähne gilt auch heute noch als Symbol von Weiblichkeit und Attraktivität, und schmückendes Haar hat für die meisten Frauen eine kaum zu überschätzende Bedeutung.

Während der Chemotherapie und auch einige Monate danach tröstete ich mich mit der Vorstellung von neuen und prächtigeren Haaren als je zuvor. Das Nachsprießen der ersten Haare erlebte ich als wahres Wunder, und ich störte mich auch zunächst kaum daran, dass diese grau-weiß waren. Was soll's, ein Klacks Farbe bessert das aus. Wirklich wichtig war mir die Rückkehr der ersehnten Normalität mit dem vertrauten Spiegelbild. Meine Vergangenheit hatte mein Selbstbild geprägt, beim Blick nach vorn musste ich Entscheidungen treffen und stand vor einem Dilemma.

Trotz schonender BIO-Farben und meiner geschickten Friseurin bekam ich eine gereizte und juckende Kopfhaut. Die Antihormontherapie trocknete die Kopfhaut aus, und die Haarfülle war eher bescheiden. Ich war sehr verunsichert, denn egal, was ich tat, der Erfolg war nicht berauschend. Auch kannte ich Studien, die vor schädlichen und teilweise krebserregenden Chemikalien in Haarfärbemitteln warnten, aber ich konnte und kann leider nicht auf eine monatliche Färbung des Haaransatzes verzichten. Bin ich deshalb eitel und leichtsinnig? Vielleicht.

Ich überlegte …

wie ich die negative Wirkung des Färbens abmildern könnte und nahm mir dafür Zeit, denn das war mir wichtig. Am Färbetag erhält die Kopfhaut nun zur Fettung und Befeuchtung zunächst eine einstündige Maske aus Kokosnussöl. Da die Wirkstoffe bei Wärme besser einziehen umwickle ich die Haare mit Frischhaltefolie und einem Handtuch, am Ende spüle ich sie mit warmem Wasser aus und lasse sie an der Luft trocknen. Gefärbt wird erst, nachdem die Haare völlig trocken sind.

Dabei sollte die Haarfarbe nicht zu lange auf Haaren und Kopfhaut verweilen, 30 Minuten sind meine Obergrenze, keine Minute länger. Ein Shampoo speziell für empfindliche Kopfhaut ließ meine Haare nach dem Auswaschen trocken und leblos erscheinen, mit dem Ergebnis von Feuchtigkeitsshampoos bin ich zufrieden. Mir sind auch Pflege-Kuren wichtig, die man bei jeder Haarwäsche anwenden kann. Stellt man sie selbst her, kann das Haar nicht „überpflegt" werden, denn es sind keine Weichmacher wie Silikone enthalten. Befolgt man diese Tipps genau, erzielt man ein viel besseres Kopfhautgefühl.

Hier nun meine Lieblingsrezepte aus dem „Küchenschrank", ich habe sie mehrmals angewandt und kann sie leichten Herzens weiterempfehlen.

- **Ölkur bei trockener, schuppender und juckender Kopfhaut**

  Sie befreit sanft die Haut von schuppenden Stellen. Gut geeignet ist eine sämige Konsistenz aus Zucker und Ölen, wie Oliven-, Sesam-, Jojoba- oder Mandelöl. Die Masse mit kreisenden Bewegungen auf die Kopfhaut auftragen und einmassieren. Haare mit Frischhaltefolie und einem Handtuch umwickeln und circa 20 Minuten einwirken lassen. Gründlich mit lauwarmem Wasser ausspülen und Reste mit Feuchtigkeitsshampoo entfernen.

- **Feuchtigkeitsmaske für Kopfhaut und Haare**

  Zwei Eigelb und einen Esslöffel Honig mit dem Saft einer frisch ausgepressten Limette vermengen. Die Mischung auf die Kopfhaut auftragen, Reste auf die Haare. Haare mit Frischhaltefolie und einem Handtuch umwickeln und circa eine Stunde einwirken lassen. Gründlich mit lauwarmem Wasser ausspülen und Reste mit Feuchtigkeitsshampoo entfernen.

- **Reichhaltige Kur mit Banane, Honig und Mandelöl bei sprödem Haar**

  Eine reife Banane schälen und mit einem Esslöffel Honig und einem Teelöffel Mandelöl zu einem gleichmäßigen Brei verrühren. Dies gelingt umso besser, je reifer die Banane, und der Brei lässt sich auch mühelos wieder auswaschen. Die Kur im Haar verteilen, alles mit Frischhaltefolie und Handtuch umwickeln und etwa 30 Minuten einwirken lassen. Gründlich mit lauwarmem Wasser ausspülen und Reste mit Feuchtigkeitsshampoo entfernen.

Banane und Honig enthalten viele Vitamine und Mineralstoffe, die das Haar nähren und geschmeidig machen. In Mandelöl steckt Biotin, welches das Haarwachstum fördert.

Sozialgerichtsurteil

Die Brust ist ein paariges Organ

VON GERTRUD RUST

Was unterscheidet Kosmetik von einer medizinisch erforderlichen Maßnahme? Die Patientenmeinung differiert hier nicht selten vom Standpunkt der Kostenträger.

Kosmetische oder Schönheitsoperationen gelten als chirurgische Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit, die in erster Linie einer subjektiv empfundenen Verschönerung des Körpers dienen. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen in diesem Fall nicht übernommen.

Die medizinische Indikation gibt an (lat. indicare - anzeigen), aus welchem Grund eine Behandlungsmaßnahme erforderlich ist. Medizinische Indikationen sind bezüglich ihrer Dringlichkeit abgestuft. Unter anderem gibt es eine absolute Therapieindikation, um negative Auswirkungen auf die Gesundheit gering zu halten. Bei einer relativen Indikation ist eine Maßnahme zwar vorteilhaft, aber nicht zwingend notwendig. Lässt ein therapeutischer Eingriff keinen Vorteil erwarten, liegt auch keine medizinische Indikation vor. Wer bewertet jedoch die medizinische Notwendigkeit, das Erlangen eines Vorteils, und welche Rolle spielt dabei der Patientenwille? Welche Bedeutung hat eine gesteigerte Lebensqualität, und wer beurteilt diese? Die Auseinandersetzung darüber zwischen Patienten und den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) wird bisweilen sogar vor Gericht ausgefochten.

ISBN: 978-3-17-0260-84-9

Wegweisendes Urteil

Zahlreiche Brustkrebspatientinnen machen die Erfahrung, dass die Herstellung der Symmetrie von Brüsten nach einer einseitigen Brustkrebsoperation von den Kostenträgern lediglich als kosmetisches Problem gesehen und eine medizinische Indikation negiert wird.

Das Sozialgericht Düsseldorf kam in einem Urteil 2019 zu einem anderen Schluss.

Der Sturz einer Patientin auf ihre mit einem Silikonimplantat angeglichene Brust der Gegenseite führte zu einem Austritt von Silikonöl in das umliegende Gewebe. Die erkrankte Brust war ebenfalls mit einem Implantat aufgebaut worden. Der Antrag zur Kostenübernahme eines beidseitigen Implantatewechsels zur Wiedererlangung von Symmetrie nach der durch den Sturz notwendigen Operation wurde vom Kostenträger abgelehnt. Zwar sei die Operation beidseits medizinisch indiziert, jedoch nicht der Einsatz eines neuen Implantats auf der „gesunden Seite“ zur simultanen Rekonstruktion beider Brüste. Dies sei medizinisch nicht indiziert. Lediglich eine Bruststraffung mit der Folge einer erheblichen Asymmetrie der Brüste wurde genehmigt.

Das Gericht entschied anders: Beim chirurgischen Wiederaufbau einer Brust nach einer Krebsoperation ist die Brust insgesamt als paariges Organ einschließlich des Symmetrieerhalts als Teil einer einheitlichen ärztlichen Heilbehandlung wiederherzustellen. Hier liege ein Behandlungsgrund und -anspruch vor: SG Düsseldorf, 13.06.2019 - S 8 KR 392/18.

ANZEIGE

Nebenwirkungen lindern mit der Kraft der Natur?

newilind® Naturpräparate und Vitalstoffe für onkologische Patienten, die Beschwerden spürbar lindern und ihre Therapie aktiv unterstützen wollen.

Besuchen Sie unseren Online-Shop.
www.newilind.de

Telefonische Beratung
0 81 53 - 93 79 981

Hilfe aus der Natur
newilind®
www.newilind.de

Schwanger erhielt ich die Diagnose Brustkrebs ...

... und dann kam das Leben dazwischen

VON DOREEN FIEDLER

Mit meiner Geschichte möchte ich anderen Patientinnen Mut machen und ihnen die Angst nehmen.

Im Sommer 2018 habe ich einen Knoten in meiner Brust getastet. Ich war in der 32. Schwangerschaftswoche und 35 Jahre alt. Meiner Vertretungsärztin war sofort klar, was das bedeuten könnte, sie behielt ihren Verdacht aber noch für sich, machte eine Biopsie, und drei Tage später bekam ich die Diagnose: Brustkrebs - triple negativ, eine Woche vor unserer Hochzeit am Meer. Für uns war das ein großer Schock, denn ich hatte in meiner Familie bisher noch überhaupt keine Krebserfahrung. Später stellte sich allerdings heraus, dass mein Vater und ich die BRCA1-Mutation tragen.

Alles war wie im Nebel. Viele Fragen mussten geklärt, Entscheidungen getroffen werden.

Aber es musste weiter gehen. Für unsere kleine Familie. Also fuhren wir nach einer Woche voller Untersuchungen und den letzten Hochzeitsvorbereitungen, wie geplant an die Ostsee und heirateten - direkt am Meer und nur zu dritt, bzw. zu viert. In dieser Woche gab es nur uns.

Mein erster Sohn ...

...war zu dieser Zeit noch nicht einmal zwei Jahre alt. Ich hatte ihn noch gestillt, sonst wäre mir der Knoten in der Brust vermutlich gar nicht aufgefallen. Die therapeutische Maschinerie begann, und wir sagten uns recht schnell, wir müssen da durch und kämpfen. Zwei Chemotherapiezyklen bekam ich bereits während der Schwangerschaft, und Anfang September 2018 brachte ich meinen zweiten Sohn auf natürlichem Wege zur Welt. Das war mein großer Wunsch, denn mein erster Sohn wurde per Kaiserschnitt geboren. Die Geburt war ein Lichtblick in schweren Zeiten. Der große Bruder liebte ihn vom ersten Augenblick an, und wir genossen die erste Zeit zu viert.

Das Schlimmste an der Diagnose war für mich die Angst, womöglich meine Kinder nicht aufwachsen zu sehen, mich nicht um mein Baby kümmern zu können und meinen zweiten Sohn nicht stillen zu dürfen. Haare und Aussehen waren mir egal.

Keine Zeit für Nebenwirkungen

Insgesamt bekam ich 16 Chemotherapiezyklen. Meiner Onkoschwester habe ich dabei immer wieder gesagt: Ich habe keine Zeit für Nebenwirkungen. Und so kam es auch. Durch die Kinder blieb ich aktiv, kümmerte mich tagsüber größtenteils allein um das Baby und den Haushalt und holte den „Großen“ jeden Tag, bis auf die Chemotherapietage, vom Kindergarten ab. So die Zeit der Behandlung zu gestalten, das war mein Anspruch. Die Kleinen forderten mich und schenkten mir die größte Freude. Ich hatte zum Ende hin nur ein wenig Beeinträchtigungen beim Geschmack, mit den Gelenken, mit Polyneuropathien und den Muskeln.

Im April 2019 folgte dann die beidseitige Mastektomie mit Silikonaufbau. Nach der Diagnose BRCA1-Mutation stand die Entscheidung sehr schnell fest. Glücklicher-

weise hatte ich eine Komplettremission. Es war keine Bestrahlung notwendig, da auch keine Lymphknoten befallen waren. Inzwischen ist über ein Jahr vorbei, und es geht uns allen ausgesprochen gut. Wir genießen die gemeinsame Zeit, insbesondere die Wochenenden, viel intensiver.

Im Juni 2019 habe ich mit einer Mitbetroffenen unter dem Dach der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs einen regionalen Treffpunkt in Plauen/Vogtland initiiert. Ich stand nämlich damals mit meiner Diagnose recht allein da, in meinem Alter und zusätzlich auch noch schwanger. Während der Therapie habe ich nur sehr selten junge Patientinnen getroffen, wollte sie deshalb in unserer Region zusammenführen und ihnen gleichzeitig Mut machen, dass alles machbar sein kann. Meine Geschichte habe ich auch auf meinem Blog niedergeschrieben.

Eine Anekdote aus meiner Reha ist im Übrigen, dass ich dort gleich bei der Ankunft am ersten Tag auf eine junge Frau getroffen bin, die ebenso wie ich in der 32. Schwangerschaftswoche die Diagnose „triple-negativer Brustkrebs“ erhielt. Wir verstanden uns auf Anhieb und verbrachten die ganzen vier Wochen miteinander. Auch unsere Kinder haben gleich Freundschaft geschlossen. Schon bald ist ein Wiedersehen geplant. Wir beide sind der festen Überzeugung, es sollte so sein.

Schwangere Brustkrebspatientinnen

Vielleicht könnte man auch etwas mehr für schwangere Betroffene tun. Wer Ideen hat, darf mich gerne kontaktieren. Es gibt nicht viele, aber doch mehr, als man denkt. Noch mehr Frauen gibt es, die einen Knoten kurz nach der Geburt feststellen. Hinsichtlich Krankschreibung und Elternzeit bestehen so viele Unklarheiten, oft bin ich zwischen den Instanzen hin- und hergelaufen, und keiner hat über den Tellerrand hinaus Bescheid gewusst. Das ist sehr schade.

> „Keiner hat über den Tellerrand hinaus Bescheid gewusst. Das ist sehr schade!

Wir sind verletzlich – wir sind stark. Wir haben Sorgen – wir haben Zuversicht. Wir haben Ängste – wir haben Hoffnung. Dazwischen leben wir.

Recover Your Smile

Gegen Ende der Chemotherapie durfte ich einen Tag bei Recover your smile in München verbringen. Ein Tag voller Emotionen – gemeinsam lachen, gemeinsam weinen, einige nachdenkliche Momente, ganz viel Glitzer und unendlich viel Herz!

Und obwohl ich immer mit Tüchern in allen Variationen aus dem Haus gegangen bin, wollte ich an diesem Tag unbedingt Fotos mit Glatze machen lassen. Ich schaue mir die Bilder immer wieder gern an, auch heute noch. Das gesamte Team leistet Großartiges. Vielen Dank dafür!

Und Danke auch an all die anderen Herzensmenschen, denen wir während dieser Zeit begegnet sind, die uns unendlich ans Herz gewachsen sind und allen, die uns im Familien- und Freundeskreis beigestanden haben.

Besuchen Sie mich auf meinem Blog: www.pusteblumenwiese.de oder auf Facebook: www.facebook.com/pusteblumenwiese27.

Die Familie Foto: Recover your Smile

Die erste Zeit Foto: privat

Die Brüder Foto: privat

Bewegte Erfahrung

Zum Glück ist sie gelaufen

VON CORNELIA STÜWE

Am 16. 10. 2019 erschien in den „Lübecker Nachrichten“ ein Artikel von Sven Wehde mit dem Titel: „Frau Zindler läuft zum Glück“. Weil glückliche Frauen immer mein Interesse wecken, las ich diesen Artikel und erfuhr, dass Frau Zindler ihrem schweren Schicksal, unter anderem einer Brustkrebsdiagnose mit schlechter Prognose, trotzte. Die Überlebenschance nach der Erstdiagnose betrug nur fünf Prozent.

Neugierig geworden bat ich den Verfasser, Herrn Wehde, um Kontaktvermittlung, und wenige Tage später meldete sich Frau Zindler. Sie schrieb: „Ich freue mich sehr, dass es eine so positive Resonanz auf meinen Artikel gibt. Damit habe ich überhaupt nicht gerechnet. Für mich war das damals einfach lebenswichtig!! Und ich bin glücklich, es gemacht zu haben. Sie können mit mir Kontakt aufnehmen, ich gebe meine persönlichen Erfahrungen gerne weiter.“

Frau Schindlers Antwortkarte

Miteinander im Gespräch: Cornelia Stüwe und Yvonne Zindler

C. S.: Frau Zindler, unser erster Kontakt fiel zeitlich mit dem 19. Kongress Diplompatientin in Augsburg zusammen, wo ich weilte und Ihrem Halbmarathon in Dresden. Wie war Ihr Lauf?

Y. Z.: Sehr gut! Danke. Immer nach dem Motto: Gesundheit ist das höchste Gut - mit einem Lächeln ins Ziel.

C. S.: In welcher Situation befanden Sie sich, als Sie die Diagnose „Brustkrebs“ erhielten?

Y. Z.: Ich würde fast sagen: „am höchsten Punkt eines Berges“. Ich war verheiratet, hatte zwei Töchter, Haus, Garten, Erfolg im Job ... vier Wochen vor meinem 50. Geburtstag, und New York war schon mit Freunden gebucht – dann konnte ich aber nicht mitfliegen.

C. S.: Wie reagierte Ihr soziales Umfeld auf Ihre Erkrankung?

Y. Z.: Schockiert!! Überfordert!! Keiner traute sich, mich anzusprechen - ich fühlte mich von jetzt auf gleich ausgegrenzt.

C. S.: Welche Diagnose erhielten Sie genau?

Y. Z.: Bifokales lobuläres MaCa links, pT2 (30 mm), pN2a (6/23), M0, G2, L1, V0, R0, Her2+.

C. S.: Wie wurden Sie therapiert?

Y. Z.: Mit Chemotherapie: ETC, Bestrahlung 38 mal, fünf Jahre Hormontherapie, Herceptin ein Jahr und Zometa sechs Monate.

C. S.: Wer und was gab Ihnen Halt und Kraft, um durch die Zeit der Therapie zu kommen?

Y. Z.: Niemand! Meine Kinder und mein Sport haben mir geholfen zu „ÜBERLEBEN“.

C.S.: Worauf führen Sie Ihre Heilung zurück?

Y.Z.: Auf die Veränderungen, die ich seit meiner Erkrankung in meinem Leben vorgenommen habe, neben den genannten Therapien.

C. S.: Waren Sie vor der Diagnose schon sportlich engagiert? Wer hat Sie beim Weg zum Marathon begleitet - fachlich und mental?

Y. Z.: Ich habe etwa drei Jahre vor dem Marathon mit dem Laufen begonnen, noch vor der Diagnose. Mich hat niemand begleitet - weder fachlich noch mental.

C. S.: Sie sind auch den 42,195 Kilometer langen Marathon in New York gelaufen. Sind Sie nun im positiven Sinn süchtig nach dem Laufen, oder welchen Stellenwert nimmt das Laufen heute in Ihrem Leben ein?

Y. Z.: So in etwa kann man das wohl beschreiben. Danach kamen noch einige Ultras und Marathons. Es gehört definitiv zu meinem Leben - ohne Sport geht nichts!

C. S.: *Wie sieht heute Ihr Alltag aus? Wie geht es Ihnen heute?*

Y. Z.: Ich lebe seit zehn Jahren allein, habe zwei zuckersüße Enkelkinder, bin in Rente - arbeite aber nebenbei. Es geht mir gut, allerdings bin ich auch noch in Therapie.

C. S.: *Sie engagieren sich inzwischen auch in einer Gesprächsgruppe. Möchten Sie mehr darüber erzählen?*

Y. Z.: Ich habe die Gruppe von einer Freundin „übernommen“, die diesen Gesprächskreis immer zu Hause stattfinden ließ. Nach und nach löste sich dieser aber dann auf. Ich fand das sehr schade und habe nach einer Lösung gesucht. Ich habe mich an die Tausendfüßler-Stiftung in Kaltenkirchen gewandt, und dort hat man mir eine Zusammenarbeit angeboten. Ich kann dort einen Raum nutzen, und das erste Treffen hat bereits am 16. 10. 2019 stattgefunden - mit sechs Personen. Ich muss mich da erst reinfinden, aber ich sehe das sehr positiv. Es macht mir Spaß, und ich kann vielleicht dazu beitragen, dass Andere nicht so einen Alptraum erleben müssen, wie ich.

Verrazano Narrows Bridge Foto: NYRR Media Center

Ohne Sport geht gar nichts Fotos: privat

Zieleinlauf Foto: NYRR Media Center

Geschichtliches

Im Jahr 1958 gründete Ted Corbitt mit 47 Mitgliedern die gemeinnützige Organisation New York Road Runners mit der Vision, Menschen zum Laufen zu inspirieren. Sein Begleitname lautete: „The Father of Long Distance Running“ - Vater des Langstreckenlaufs, und er beschrieb den Sinn des Laufens mit den Worten: „Beim Laufen sinkt die Anspannung von Menschen. Fast immer steigt das Gefühl von Selbstachtung, und man akzeptiert sich ein bisschen mehr“.

Inzwischen hat die Vereinigung über 60.000 Mitglieder, und seit 1970 organisieren die New York City Road Runners alljährlich am ersten Sonntag im November den TCS New York City Marathon. Renndirektor des Marathons war von 1970 bis 1993 der umtriebige Fred Lebow, der in wenigen Jahren aus einer lokalen Laufveranstaltung einen der bedeutendsten Marathons der Welt machte. Die Laufstrecke führt heute durch alle fünf Stadtbezirke und über fünf Brücken, wobei der höchste Punkt der Strecke auf der Verrazzano-Narrows Bridge liegt. Liefen zunächst nur einige hundert Läufer durch den Central Park, waren 2016 überwältigende 51.999 Menschen am Start, von denen 51.394 das Ziel erreichten.

Fred Lebow erkrankte 1990 schwer und erfüllte sich 1992 seinen letzten großen Wunsch: Er lief „seinen Marathon“ mit der neunmaligen Siegerin Grete Waitz. Kurz vor seinem Tod im Jahr 1994 nahm ihn der US-Leichtathletikverband in seine Ruhmeshalle, die „Hall of Fame“ auf.

Startplätze werden inzwischen von Wohltätigkeitsorganisationen und Sponsoren vergeben, Läufer*Innen ohne diesen Vorteil müssen sich für einen Startplatz entweder sportlich qualifizieren oder an einer Lotterie teilnehmen.

Und überall Experten...

Anruf bei der Hotline

VON CORNELIA STÜWE

Neulich bat ich eine Freundin die Beratungs-Hotline der BARMER Ersatzkasse zu nutzen, sich über den weitverbreiteten Vitamin D Mangel zu informieren und sich dort Hilfe zu holen. In der Zeitung stand eine diesbezügliche Empfehlung.

Ihr Anliegen schilderte sie beim Anruf wie folgt: Aktueller Vitamin-D-Spiegel im Blut **12,3 ng/ml**, täglicher mehrstündiger Spaziergang mit dem Hund um die Mittagszeit am Strand, dies an 365 Tagen im Jahr und keine weiteren Medikamenteneinnahmen. Das Angebot eines Rückrufs innerhalb der nächsten zwei Stunden nahm sie an. Relativ pünktlich meldete sich ein Herr aus München vom telemedizinischen Dienst und erklärte meiner Freundin, dass Vitamin D schon wichtig wäre, es jedoch seit 1.000 Jahren in Mitteleuropa im Winterhalbjahr zu einem latenten Mangel käme. Vitamin D habe eine Halbwertszeit von sechs Wochen, was bedeute, dass bei einer Aufnahme von 1.000 IE (Internationale Einheiten) heute in sechs Wochen noch 500 IE zur Verfügung stünden. Sie könne ihre Ernährung anpassen oder natürlich auch Tabletten kaufen und nehmen, täglich sei das wegen der Halbwertszeit jedoch nicht nötig. Empfohlen wurde ihr viel Fisch, Pilze und Eigelb zu essen, falls sie das möge, sonst eben nicht. Meine Freundin erklärte, dass sie mindestens ein Mal die Woche fetten Seefisch esse und beinahe täglich ein Ei. Auch kämen relativ regelmäßig Pilze auf ihren Tisch. Damit war der Ratgeber zufrieden und empfahl ihr, es auch weiterhin so zu halten. Ende!

Empfohlene Werte

Das MAG 02-2019 berichtete auf Seite 47 von einem optimalen Wert von 20-50 ng/ml, wovon meine Freundin zweifellos weit entfernt war, erst recht als Brustkrebsbetroffene.

Zugrunde lag diesem empfohlenen Wert eine Zusammenfassung von Daten aus verschiedenen prospektiven und retrospektiven epidemiologischen Studien zum Stellenwert des Vitamin-D-Serumspiegels und seiner Beziehung zum Mammakarzinomrisiko, sowie seiner prognostischen Bedeutung für den Krankheitsverlauf.

Wie dem Beitrag des Apothekers für Klinische Pharmazie, Jürgen Barth, auf Seite 23 des MAG 02-2019 zu entnehmen ist, werden pro Kilogramm Körpergewicht 50 IE benötigt, um den Spiegel (sehr langsam) ansteigen zu lassen. 50 IE ergeben bei einer Umrechnung von einem µg pro 40 IE (IU) somit 1,25 µg.

Meine Freundin wiegt 60 Kilogramm und müsste also täglich 75 µg Vitamin D3 zu sich nehmen, dies in Form von 3,9 kg Champignon, oder 960 g Ostseehering, oder 25 Hühnereiern. Mahlzeit.

Übrigens: „Von Mitte Oktober bis Mitte März sind in unseren Breiten selbst zur Mittagszeit die Einfallswinkel der Sonnenstrahlen zu flach, um eine nennenswerte Vitamin D-Synthese zu stimulieren“, berichtete der Medizinjournalist Werner Stingl bereits 2009 in der Ärztezeitung: www.aerztezeitung.de/Medizin/10-Minuten-taeglich-an-die-Sonne-im-Winter-Vitamin-D-373162.html .

Die Hausärztin bestimmte auf Wunsch und Kosten meiner Freundin ihren Vitamin-D-Spiegel, reagierte aber weder auf die Werte von 12,3 ng/ml, noch von 53 ng/ml sechs Wochen später.

Nachtrag

Kurz darauf äußerten sich Dr. Bernd Hillebrandt, Landesgeschäftsführer der BARMER Schleswig-Hostein, der „BARMER Teledoktor“ und ein/e Redakteur/in der Lübecker Nachrichten zu diesem Thema. Unter anderem wurde folgende Empfehlung gegeben: „Besonders wichtig sind täglich wenige Minuten im Freien zur Mittagszeit. Sie kurbeln die Vitamin-D-Produktion in der Haut an - und das selbst bei bedecktem Himmel.“ (Lübecker Nachrichten vom 24./25. November 2019, Seite 18). Meine Anfrage, auf welche Datenquellen sich diese Aussagen stützen, blieb leider unbeantwortet.

Ablatio mammae

Selbstbewusst ohne Brust

VON GRIT KONRAD UND JULIA THOMAS

Bei ungefähr einem Drittel aller neu an Brustkrebs erkrankten Frauen ist es nicht möglich, das betroffene Gewebe so zu entfernen, dass die Brust erhalten werden kann. Auch eine familiäre Vorbelastung kann dazu führen, dass eine prophylaktische Brustentfernung durchgeführt wird. In einer ohnehin schwierigen und sehr belastenden Situation stehen Frauen dann sehr schnell vor der Frage, ob sie eine (sofortige) Rekonstruktion der Brust mit Implantat(en) oder körpereigenem Gewebe wünschen.

Die Erfahrung im persönlichen Austausch zeigt uns, dass Ärzt*innen in Beratungsgesprächen oftmals geradezu drängen, eine Brustrekonstruktion vornehmen zu lassen. Und wenn am Ende weder Silikonimplantate noch die Wiederherstellung mit Eigengewebe zu einem befriedigenden Ergebnis führen, werden Prothesen verschrieben. Eine brustlose Frau scheint in unserer Gesellschaft nicht sozialverträglich.

Stark bleiben

Viele Frauen haben die Erfahrung gemacht, dass behandelnde Ärzt*innen ihrem Entschluss, brustlos zu leben, völlig fassungslos gegenüberstehen. Es kostet oft viel Durchsetzungsstärke und Selbstbewusstsein, um auf das eigene Bauchgefühl zu hören und eine Brustrekonstruktion abzulehnen. Betroffene sollten jedoch darauf vertrauen können, dass ihre Entscheidung respektiert wird. Statt auf Widerstand zu treffen, sollten sie jede Form der Unterstützung finden.

Die bewusste Entscheidung für ein Leben ohne Brust, für oder gegen das Tragen von Epithesen, hat vielfältige Gründe. Die Scheu vor großen Operationen, bei denen aus Rücken- oder Bauchmuskel eine Brust geformt wird. Das mangelnde Vertrauen in Silikonimplantate und der Verzicht auf die mit Silikonimplantaten oft verbundenen Folgeoperationen. Manchen Frauen ist es wichtiger, sich uneingeschränkt bewegen zu können, anstatt der gesellschaftlichen Norm zu entsprechen. Anderen behagt es nicht, das Vorhandensein einer Brust „vorzutäuschen“ und doch genau zu wissen, dass spätestens „auf der Bettkante“ die Stunde der Wahrheit kommt. Sie möchten sich zeigen, wie sie sind und sollten Unterstützung finden.

Die Operation

Operateurinnen muss bewusst sein, dass auch brustlosen Frauen ein ansprechendes Operationsergebnis zusteht. Damit die Brustentfernungen ein ästhetisch schönes Ergebnis erbringen, dürfen nicht gegen den Willen der Frauen Dekolleté-Ansätze und Hautüberschüsse verbleiben. Auch OP-Erfahrungen hinsichtlich unterschiedlicher Schnittführungen sind wichtig.

Foto: amsob.de

Frauen, die sich für den Weg der Brustlosigkeit entschieden haben oder in diese Richtung schauen, dürfen nicht allein dastehen und müssen auch bei dieser Behandlungsmethode Unterstützung finden.

AMSOB e.V.

Dafür hat sich der gemeinnützige, überregional aktive Verein AMSOB e.V. gegründet. AMSOB bedeutet Ablatio mammae – Selbstbewusst ohne Brust. Wir sind eine Anlaufstelle für alle Frauen, die Rat und Austausch suchen. Sowohl für Frauen, die noch in der Entscheidungsfindung sind, als auch für Frauen, die sich mit ihrem neuen Selbstbild aussöhnen möchten. Wir möchten zeigen, dass Frau auch „oben ohne“ weiblich ist und glücklich durchs Leben gehen kann. Wir möchten Frauen stärken, die sich wie wir entschieden haben. Wir hoffen, mit AMSOB dazu beitragen zu können, dass die gesellschaftliche Akzeptanz für Frauen, die nach einem schweren Schicksalsschlag ihr Leben brustlos weiterleben, wächst.

KONTAKT

AMSOB e.V. Ablatio mammae
Selbstbewusst ohne Brust
Mozartweg 20, 76646 Bruchsal
www.amsob.de
Telefon: +49 (0)151 54798374
E-Mail: info@amsob.de

Foto: Jörg Lantelme

Die PINK KIDS

Jugendliche für Jugendliche

Clara, Medizinstudentin in Wien, seit Beginn bei den Pink Kids erklärt Victoria, Zahnmedizinstudentin in Frankfurt und seit neuem dabei, das Projekt.

Clara im Gespräch mit Victoria

Victoria: Clara, was heißt von Beginn an?

Clara: Das Projekt ist 2014 entstanden. Beim ersten Workshop damals war ich gerade 14 Jahre alt.

Victoria: Du warst wirklich jung! Wer hat die Pink Kids ins Leben gerufen?

Clara: Über eine Recherche für ein Schulprojekt zum Thema Brustkrebs bin ich zufällig auf die Internetseite von Pink Ribbon gestoßen. Es wurden Jugendliche gesucht, deren Mütter an Brustkrebs erkrankt waren. Ich schrieb eine E-Mail und erhielt einen Anruf von Christina Kempkes, der Kommunikationsleiterin von Pink Ribbon Deutschland. Einige Jugendliche seien ausgewählt worden und man würde uns gerne persönlich kennenlernen. Beim ersten Treffen entstand aus einer Ideensammlung, die wir in Mind-Maps festgehalten haben, schließlich das Projekt „Pink Kids".

Victoria: Wie viele Pink Kids sind aktuell dabei?

Clara: Momentan 13 junge Frauen. Unsere Zahl verändert sich immer wieder, einige gehen, andere stoßen neu dazu. Unsere Mütter sind an Brustkrebs erkrankt, manche sind geheilt, andere haben ein Rezidiv erlitten, einige sind auch verstorben.

Victoria: Was genau machen nun die Pink Kids?

Clara: Es gibt schon lange Angebote für Kinder krebskranker Elternteile, aber keine Seite speziell nur für Jugendliche. Die gehen mit dieser Belastung anders um, viele teilen sich nicht mit, zumindest nicht ihren nahen Verwandten und schon gar nicht den Eltern. Die eigenen Freunde würden meist gern helfen, aber für jemanden, der es selbst nicht erlebt hat, ist das fast unmöglich. Die erste Anlaufstelle ist dann das Internet. Wenn wir etwas wissen möchten, googeln wir eben. Dabei sollen die Jugendlichen auf eine Seite treffen, die verlässliche Informationen liefert, aufklärt und als erste Anlaufstelle die Angst nimmt.

Victoria: Und diese Plattform ist vor allem die Website www.pink-kids.de?

Clara: Richtig. Man findet uns aber auch auf Instagram und Facebook. Auf der Website haben wir Fragen, die uns selbst beschäftigt haben, in einer Fragensammlung beantwortet. Es ist aber immer möglich, uns auch persönlich zu schreiben. Auf unserer Seite stehen wir alle mit unseren eigenen Geschichten. Jede von uns hat ihre persönlichen Erfahrungen, und betroffene Jugendliche können sich an diejenigen wenden, die eine ähnliche Situation durchlebt haben. Das bleibt natürlich vertraulich und anonym. Oft hilft es, einfach mit jemandem zu sprechen, der Abstand zur eigenen Situation hat, aber trotzdem noch weiß, wie sie sich anfühlt. Auf der Website geben wir außerdem Tipps zu regionalen Fachstellen.

www.pink-kids.de

Victoria: Gibt es viele Jugendliche, die sich bei den Pink Kids melden und das Angebot bereits nutzen?

Clara: Die Klicks auf unsere Website sagen ja, trotzdem möchten wir noch mehr Jugendliche erreichen. Derzeit bringen wir in Zusammenarbeit mit zwei Pilot-Schulen das Projekt direkt vor Ort, die Schule ist ja ein wichtiger Bestandteil im Leben von Jugendlichen.

Victoria: Das klingt sehr spannend. Was genau steckt dahinter?

Clara: Als meine Mama krank wurde, war ich zwölf Jahre alt. Niemand sollte das mitbekommen. Aber meine Schulleistungen verschlechterten sich. Meine Lehrer wussten über meine Situation Bescheid, also sollten sie mich verstehen. Erst später verstand ich, dass sie meinen Zustand selbst nicht richtig einordnen konnten. Da unsere liebe Lara Lehramt studiert, entstand die Idee eines Schulprojekts. Für viele Jugendliche kann die Schule einen wichtigen Zufluchtsort darstellen, deshalb möchten wir direkt dort das Thema ansprechen.

Victoria: Was plant Ihr sonst noch?

Clara: Einige Events, aber dieses Jahr wissen wir noch nicht, was möglich ist.

Victoria: Danke Clara, ich freue mich schon auf die gemeinsame Zeit.

Foto: Pink Ribbon

Ehrenamtliches Projekt zur Hilfestellung für Jugendliche von krebskranken Eltern

Time Out – Gönn Dir eine Auszeit!

VON DEM TEAM

Wir sind eine Gruppe Medizinstudierender aus unterschiedlichen Semestern der Universität zu Lübeck und hatten zusammen mit unserem Mentor, Herrn Prof. Dr. med. Frank Gieseler, die Idee, ein ehrenamtliches Projekt zu starten. Unser Mentor kommt aus dem Bereich der Onkologie - er ist Direktoriumsmitglied des Krebszentrums Nord und leitet in der Klinik für Hämatologie und Onkologie den Bereich Palliativmedizin/Ethik in der Onkologie/Experimentelle Onkologie - und so war es naheliegend, uns in diese Richtung zu orientieren. Nach einigen Recherchen war klar, dass wir Jugendliche von krebskranken Eltern unterstützen wollen, da gerade diese Jugendlichen oft zurückstecken und viele Aufgaben im Haushalt übernehmen müssen, wie zum Beispiel auch die Betreuung jüngerer Geschwister. Ihre Bedürfnisse geraten ungewollt in den Hintergrund, da die Hauptaufmerksamkeit auf der Erkrankung des Elternteils liegt. Jugendliche neigen in diesem Alter dazu, sich dann zurückzuziehen, anstatt sich Hilfe zu holen. An dieser Stelle kommt unser Projekt „Time Out“ ins Spiel. Wir wollen die Jugendlichen an diesem Punkt abholen und ihnen die Möglichkeit bieten, mit anderen Jugendlichen eine schöne Zeit zu verbringen.

Das Time-Out-Team Foto: https://www.time-out.org/team/

MAMAZONE

Wir sind begeistert von dem Engagement dieser jungen Medizinstudierenden und danken Ihnen im Namen an Brustkrebs erkrankter Mütter aus vollstem Herzen für ihre wertvolle Unterstützung. Unser Dank gilt ebenfalls Prof. Dr. med. Frank Gieseler für die Begleitung dieses Projekts, der Schirmherrin - Frau Prof. Dr. med. Gabriele Gillessen-Kaesbach, Präsidentin der Universität zu Lübeck und der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft e.V..

Was machen wir?

Unser Ziel ist es, den Jugendlichen eine Plattform zu bieten, die ihnen die Möglichkeit gibt, sich zu vernetzen, Freundschaften zu knüpfen, sich mit Gleichaltrigen in ähnlichen Situationen auszutauschen und für einige Zeit die Situation zuhause zu vergessen. Es geht darum, unbeschwert mit anderen Jugendlichen Spaß zu haben und die Zeit für sich zu genießen – einfach mal eine Auszeit vom Alltag zu nehmen. Hierzu organisieren wir in regelmäßigen Abständen Treffen, an denen wir verschiedene Dinge zusammen unternehmen, wie zum Beispiel einen Schnupperkletterkurs besuchen, Kekse backen, einen Koch- und Spieleabend gestalten und vieles mehr. Hierbei werden nach Möglichkeit auch Wünsche der Jugendlichen berücksichtigt. Dank der finanziellen Unterstützung der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft sind die Unternehmungen für die Teilnehmerinnen absolut kostenlos. Bisher haben wir bei den Treffen immer eine gute Zeit und viel Spaß miteinander gehabt. Vor der ersten Begegnung in der Gruppe besteht die Möglichkeit, schon einmal jemanden aus dem Studententeam kennenzulernen und eventuell noch bestehende Fragen zu klären.

Da wir bisher noch eine relativ kleine Gruppe sind, freuen wir uns jederzeit über neue Gesichter!

Du bist willkommen!

Falls Du Interesse hast, uns kennenzulernen und an einer unserer Unternehmungen mitzumachen, dann schreibe uns eine Mail an mein-time-out@web.de, rufe uns an oder schicke eine Nachricht an 0177-95 71 844. Wir würden uns sehr freuen, Dich kennenzulernen!
Weitere Informationen findest Du außerdem auf unserer Website unter: www.time-out.org .

Susanne Reinker

Kopf hoch – Brust raus

VON GERTRUD RUST

Was wir im Umgang mit Krebs alles RICHTIG machen können“ - dieser Ton erregt sofort Aufmerksamkeit. Susanne Reinker schreibt an gegen unerbetene Belehrungen zur Lebensführung, gegen ungefragte ärztliche Prognosen und unsichere Statistiken, gegen Hobbypsychologen und Krebsgeschichten aus dem Bekanntenkreis, gegen die Krebsberichterstattung in den öffentlichen Medien und vieles mehr, was uns die Zuversicht auf dem Genesungsweg rauben kann. Kurzum, gegen mangelndes Einfühlungsvermögen dafür, welche Gefühle das eigene Verhalten bei einer neu erkrankten Brustkrebspatientin auslöst und ihr die Krankheitsbewältigung zusätzlich erschwert. Besondere Situationen erfordern jedoch besondere Maßnahmen, die Susanne Reinker ausdrucksstark beschreibt.

Rückblick

Im Alter von 44 Jahren erkrankte die Autorin 2007 an Brustkrebs. Kurz zuvor war ihr Buch „Rache am Chef“ erschienen, es hieß, sie habe damit den Vorgesetzten mal so richtig gezeigt, wo der Hammer hinge. Offen und direkt kommentiert sie auch die Reaktionen ihrer Umwelt auf ihre Erkrankung. Der Gynäkologe setzte bei der Diagnosemitteilung „das Gesicht auf, das er vermutlich für besonders finstere Diagnosen in Reserve hält“, sie wusste sofort Bescheid.

Warum ich? Antworten suchte Susanne Reinkers in einer chronischen Angststörung, an der sie seit langem litt, einer hochdosierten Hormonbehandlung in jugendlichem Alter gegen ihren „Großwuchs“, einer zurückliegenden Beziehung mit mehr „Krieg als Frieden“, der Mitteilung in ihrem Arbeitsumfeld, dass „Frauen nie gegen die gläserne Decke ankämen, da Männer die oberen Etagen lieber unter sich aufteilten“. Und kaum hatte sie sich als Autorin selbständig gemacht und nach einer harten Zeit mit wenig Geld und Schlaf stellten sich die ersten Erfolge ein, drohte die Brustkrebserkrankung das Erreichte wieder zunichte zu machen.

Susanne Reinker

Schluss mit Selbstmitleid …

… lautete jedoch die energische Eigenrüge, mit der Mutter als Vorbild. Diese war mit 42 Jahren an einem malignen Melanom erkrankt – ärztliche Überlebensprognose: „mit Glück noch sechs Monate“ – zwei Jahre später an Brustkrebs mit Lymphknotenbefall, Amputation, Chemo- und Strahlentherapie. „Meine Mutter rappelte sich auf und ging in den Widerstand gegen die bösen Zellen und sämtliche tragikschwangeren Prognosen sogenannter und selbst ernannter Seelen-, Ernährungs- und Gesundheitsexperten.“ Ihr Leitgedanke: „Du hast keine Chance – aber nutze sie“, schien auch der Tochter eine brauchbare Option, denn die Mutter lebt bis heute. Die drei ersten Krebslektionen Susanne Reinkers lauteten: Auf „Warum ich?“ gibt es keine klare Antwort, auf den Sensenmann zu warten ist nicht zielführend, und überlebenswichtig ist nicht nur der Widerstand gegen Krebszellen, sondern auch gegen hilfloses Betroffenheitsgebaren im sozialen Umfeld.

Konsequenzen

Auch wenn nicht alle ihre Tage „vergnügungssteuerpflichtig“ seien, sieht sich Susanne Reinkers heute als „Veteranin des Widerstands gegen den bösen K.“ und wünscht sich von ihren Mitmenschen: die Nerven zu behalten, eine starke Schulter und tatkräftige Unterstützung zu bieten, nicht etwa: „Uns hat´s erwischt und Ihr klappt zusammen?“ Den Verzicht auf Sätze wie „Du musst Dich fragen, was Dein Körper Dir sagen will.“ Oder: „In der Mitte der Nacht beginnt ein neuer Tag“. Bei „gedämpftem Ratgebersprech bekomme ich heute noch allergische Pusteln“, so Reinkers. Ärzte hören „wie man sie überlebt“ und übrigens: „Austherapiert ist ein fieses Wort“. Stattdessen: „Redet mit uns, wenn Ihr uns untersucht“ und „kein Fachvokabular bitte“. Diese Sprache, frisch von der Leber weg, macht dieses Buch ehrlich und die Autorin sympathisch. Sie spricht aus, was zu viele Brustkrebspatientinnen zu oft verschweigen.

ISBN: 978-3-96366-056-6

ISBN: 9783750407480

Aller guten Dinge sind drei

Gemeinsam sind wir stark

VON GERTRUD RUST

Christel Schöns Mut-Mach-Trilogie ist vollendet. In drei umfangreichen Sammelwerken finden wir nun wertvolle Anregungen zur Gestaltung unseres Genesungswegs.

Im dritten Band „Krebs: Gemeinsam sind wir stark“ zeigen die Berichte von Ärzten, Therapeuten und Betroffenen nicht nur das grundlegende Bedürfnis von Krebspatienten nach Respekt gegenüber ihrer Persönlichkeit, sondern auch die Verschiedenartigkeit der Charaktere, die ein ihren individuellen Bedürfnissen entsprechendes Heilungskonzept erfordern. „Kein Krebs ist gleich“ heißt es in der Onkologie, dies gilt unzweifelhaft auch für die Patientenpersönlichkeit.

Dr. med. György Irmey, Ärztlicher Direktor der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr in Heidelberg beschreibt in seinem Geleitwort die Schaffung eines Raums und einer Atmosphäre, in der Heilung erst möglich werden kann. „Menschen brauchen Impulse, um im Leben zu bleiben, nicht nur am Leben gehalten zu werden“. Nicht nur die Vielzahl der Maßnahmen sei das Wesentliche, sondern es gelte zu erspüren, in welchem Bewusstsein und mit welcher Einstellung die Wahl einzelner Therapiebausteine erfolge.

Therapie als Mosaik

„Gemeinsam sind wir stark“ bringt uns eine Fülle wertvoller therapeutischer Ansätze nahe, und bereits beim Lesen der Texte entsteht eine Anmutung, welche Vorgehensweise mit dem persönlichen Therapiemosaik harmonieren könnte.

Der Atemtherapeut Stefan Klatt bezeichnet den Atem als Bindeglied zwischen Körper, Geist und Seele. Bewusstes tiefes Atmen vermittelt das Empfinden von Dasein, „Atem ist Leben - alles, was lebt, atmet - ich atme - im Atem bin ich verbunden mit der Kraft meines Lebens“. Bewusstes Atmen ist jederzeit und überall möglich.

Die Psychoonkologin Claudia Reuthlinger schildert Wege aus dem existentiellen Schock einer Krebsdiagnose durch Neuorientierung in einem herausfordernden Lebensabschnitt, denn nach Viktor Frankl „besteht die letzte der menschlichen Freiheiten in der Wahl der Einstellung zu den Dingen“. Aus ihrer eigenen Betroffenheit weiß sie um die Erschütterbarkeit des Lebens und vermittelt Vertrauen in die Eigenkräfte und den eigenen Weg.

„Immer wieder neu: Die Hinwendung zum Lebendigsein“ überschreibt die Diplompsychologin Kerstin Steingrüber ihren Beitrag. Dieser Satz erinnert uns an die Wahl, die wir im Umgang mit unserer Erkrankung haben, an die verlorene Sicherheit und das Leben im Jetzt.

Der Psychologe Prof. Dr. Gerhart Unterberger betont die Zusammenhänge zwischen Ängsten, Dauerstress und Fatigue mit dem Immunsystem und zeigt mit dem „Hildesheimer Gesundheitstraining“ Möglichkeiten zur Entlastung.

Krebsdiät und Superfood?

Die Ärztin Susanne Bihlmaier schlägt in einer ganzheitsmedizinischen Genussreise den Bogen von Ernährungsweisheit bis Ernährungswissenschaft und setzt Wegweiser für eine gesundheitsaktive Küche. Krebserkrankungen können zwar mit „Krebsdiäten“ nicht „weggegessen“ werden, aber was Krebszellen das Wachstum erleichtert oder eher behindert und welche Ernährungsweise gesundheitsfördernder ist, sollte uns bekannt sein. Erinnert sei an dieser Stelle auch an den bedeutsamen Begriff Lebensmittel.

Dr. Volker Schmiedel erläutert eine individualisierte Nährstofftherapie bei Krebs, und die Ernährungsberaterin Anke Komorowski weist zusätzlich auf die Mitochondrien hin, Zellorganellen, die als Kraftwerke unseren Energiehaushalt regulieren. In „Futter für die Mitochondrien“ beschreibt sie die passende Ernährung für eine störungsfreie Funktion.

Heilschlaf ...

... Naturheilkunde und Komplementärmedizin, Homöopathie, Massagen, Musik, fernöstliche Bewegungslehren und viele weitere Themen regen zum persönlichen Therapiemosaik an, und mit Theodor Dierk Petzold finden wir vielleicht zu Autonomie und zur „Melodie des eigenen Lebens“.

1 mamazone-Ostholstein

Cornelia Stüwe - Infopoint

Kontakt:
E-Mail: ostholstein@mamazone.de,
Telefon: 0821/268 4191-0,
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

Kontakt: E-Mail: berlin@mamazone.de

3 mamazone-Hannover

Almuth Fischer - Infopoint

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

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

4 mamazone Bad Oeynhausen - OWL

Manuela Grandt | Iris Sparenberg Stv.

Kontakt:
E-Mail: grandt@mamazone.de
badoeynhausen-owl@mamazone.de
Telefon: 0152/52498127

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

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

5 mamazone Versmold

Manuela Paul

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

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!

6 mamazone-Dorsten

Ulla Westermann - Infopoint

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

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

7 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:** Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Am Knappschaftskrankenhaus 1, 44309 Dortmund; **Termine unter:** www.mamazone.de - Regionalgruppen - Dortmund

8 mamazone Nahe-Hunsrück

Silke Dressel

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

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

9 mamazone Heidelberg-Mannheim

Renate Schoenmakers

www.mamazone.de/mamazone/regionalgruppen/heidelberg-mannheim/

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

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 können gerne telefonisch erfragt werden.

10 mamazone-Oberpfalz

Sieglinde Schärtl

Kontakt:
E-Mail: schaertl@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.

11 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 Terminabsprache unter 08232/78812.

12 mamazone-München

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

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

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

13 mamazone-Allgäu (Mindelheim)

Emmi Worzer

Kontakt:
E-Mail: worzer@mamazone.de
Telefon: 0 82 61/7 38 91 54

14 mamazone-Weilheim (Oberbayern)

Traudl Bauer

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

Gruppentreffen: Regelmäßig am letzten Mittwoch eines Monats von 19.00 bis 20.00 Uhr in 82362 Weilheim, Mehrgenerationshaus 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!

15 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.

SUPPORT VOR ORT

mamazone

Cornelia Stüwe

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

1 Ostholstein

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

Wissen macht Mut

Christa Gress

Heidi Lehmann

Berlin 2

Almuth Fischer

3 Hannover

Heute ist mein bester Tag

Schaue immer nach vorne. Zurückblicken bremst.

Manuela Grandt

Manuela Paul

Ulla Westermann

4 Bad Oeynhausen

5 Versmold

6 Dorsten

7 Dortmund

Gemeinsam gegen Brustkrebs

Eugenia Krone

Wir klären auf! Wir machen Mut!

Unterwegs auf Kongressen und Patiententagen - Elisabeth Hantke mit dem mamazone-Mobil. Kontakt: hantke@mamazone.de

Zuhören! Mut machen! Informieren!

Renate Schoenmakers

Das Leben feiern!

Sieglinde Schärtl

mamazone Nahe-Hunsrück 8

Silke Dressel

9 mamazone Heidelberg-Mannheim

10 Oberpfalz

Mut und Selbstbewusstsein im Umgang mit der Erkrankung

Brigitte Welter

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

Ulli Kappler

Wissen schafft Sicherheit und Klarheit

Emmi Worzer

Augsburg 11

13 Mindelheim 12 München

Weilheim 14

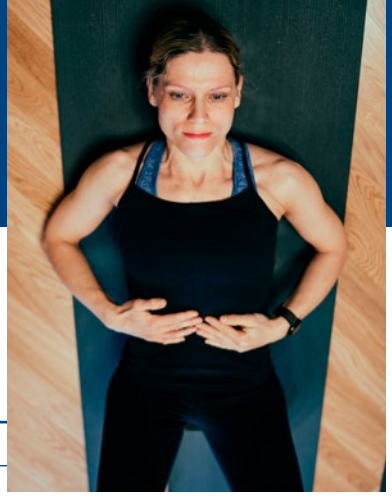
Trost spenden! Aufbauen! Weiterhelfen!

15 Singen (Htwl.)

Gertrud Rust

Traudl Bauer

Mit Mut und Wissen kann man das Beste für sich erreichen!



Ganzheitlich aufgestellt

Das Forum Wolfgarten

VON GERTRUD RUST

Die Radiologin Bettina und der Gynäko-Onkologe Matthias Wolfgarten lassen eine Vision ganzheitlicher und an Patientinnenbedürfnissen orientierter Medizin wahr werden.

Unter dem Leitgedanken „Alles unter einem Dach und Sie im Mittelpunkt“ entwickelten sie ein ambulantes, interdisziplinäres und leitliniengerechtes Therapiekonzept, ergänzt durch komplementärmedizinische Genesungsbausteine.

Das Forum Wolfgarten in Bonn vereint medizinische Experten und bietet Möglichkeiten für eine moderne und umfassende Brustkrebstherapie. Neben der radiologischen Diagnostik und der onkologischen Therapie zählen die psychologische Betreuung sowie Bewegungs- und Ernährungskurse zu den Bestandteilen dieses ganzheitlichen Therapieansatzes. Die stationäre operative Versorgung erfolgt durch Matthias Wolfgarten am Brustzentrum der GFO Kliniken Bonn. Sowohl gesetzlichen als auch privat versicherten Brustkrebspatientinnen steht dieses innovative Angebot offen.

Die Patientin im Mittelpunkt

Die ausschließliche Konzentration auf das Krankheitsbild vernachlässigt die Persönlichkeit des erkrankten Menschen. Auch wenn eine leitliniengerechte Therapie auf höchstem Niveau die stärkste Waffe im Kampf gegen Krebs sei, so spielten doch auch psycho-soziale Faktoren im Heilungsprozess eine große Rolle (Homepage). Stressbewältigung, Sport, Ernährung und der aktive Austausch mit Fachleuten und Mitbetroffenen sollten deshalb als gleichberechtigte therapeutische Elemente gelten.

„Die innovativste Behandlung kann nur dann langfristig wirksam sein, wenn es uns als Ärzten im Verlauf der Erkrankung gelingt, Patient*innen aus der Ohnmacht des „Krankseins und behandelt Werdens“ in ein selbstwirksames, aktives Gesundheitsverhalten zu begleiten,“ so das Ehepaar Wolfgarten

Aus dem Therapiemosaik

- „Iss Dich gesund!“ Auch wenn diese Ermunterung vielen Brustkrebspatientinnen eine erhebliche Flexibilität bei der Erneuerung eingespielter Ernährungsgewohnheiten abverlangt, die Bedeutung einer ausgewogenen und gesunden Ernährung für die Krankheitsprognose scheint inzwischen unstrittig. Eine individuell angepasste Ernährungsberatung, Workshops und Kochkurse betonen im Forum Wolfgarten den Stellenwert der Ernährungsmedizin für den Krankheitsverlauf. Ein hauseigener Kräutergarten lehrt nicht nur die Heilkraft der Pflanzen, sondern liefert direkt frische Zutaten.
- „Schöpfe Kraft durch Ruhe“! Starke psychische Belastungen und mentaler Stress behindern die Genesung und belasten unser Immunsystem, lehrt uns die Psychoneuroimmunologie. Im Forum Wolfgarten sind spezielle Achtsamkeits- und Entspannungstrainings Teil des Therapieangebots. Besonderes Ziel sind die Herstellung eines Gleichgewichts zwischen Körper und Geist und die Neuerweckung eines positiven Körpergefühls trotz Brustkrebs zur Stärkung von Selbstvertrauen und des Empfindens von Selbstwirksamkeit.
- „Bewegung ist Medizin!“ Dass Bewegung bei einer Krebserkrankung unter anderem das lähmende Fatigue-Syndrom und weitere therapiebedingte Nebenwirkungen lindert sowie das Rezidivrisiko senkt ist in zahlreichen Studien belegt. Das Angebot des Forums Wolfgarten enthält Ausdauer-, Kraft- und sensomotorisches Training, auch zur Förderung der Bewegungskoordination.
- „Wissen macht stark!“ Im Rahmen von Workshops, Expertenvorträgen und dem Kontakt zu Selbsthilfegruppen sollen Antworten auf drängende existenzielle Fragen gefunden werden. Das „Community-Angebot“ greift wichtige Themen auf, knüpft Netzwerke und leistet Hilfe zur Selbsthilfe. Ziel ist die Vermittlung von alltagsnahem Gesundheits- und Krankheitswissen.

Das Forum Wolfgarten bietet das, was wir brauchen, aus einer Hand. Mamazone dankt!

Foto: Forum Wolfgarten / Tom Schlegel

INFORMATIONEN UND KONTAKT

www.praxis-wolfgarten.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): Gertrud Rust, Trude Ullrich, Elisabeth Brünstler, Dr. Trudi Schaper, Dr. Markus Notter, Cornelia Stüwe, Prof. Dr. Josef Beuth, Dr. György Irmey, Emmi Worzer, Eugenia Krone, Doreen Fiedler, Grit Konrad und Julia Thomas, Pink Kids-Team, Time-Out-Team

Interviewpartner in dieser Ausgabe: Prof. Dr. Lena Ansmann, Yvonne Zindler

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: © Anatoliy Karlyuk - stock.adobe.com | Seite 3: © Liliia - stock.adobe.com | Seite 4: ©Tartila - stock.adobe.com | Seite 6: ©H_Ko - stock.adobe.com | Seite 10: ©kikisora - stock.adobe.com | Seite 13: © Baan Taksin Studio - stock.adobe.com | Seite 16: © Leigh Prather - stock.adobe.com | Seite 18: © bnenin - stock.adobe.com | Seite 24: © Elnur - stock.adobe.com | Seite 26: © kras99 - stock.adobe.com, © Corgarashu - stock.adobe.com | Seite 27: © Steidi - stock.adobe.com | Seite 28: © STUDIO GRAND WEB - stock.adobe.com | Seite 30: © chinnarach - stock.adobe.com | Seite 32: © juanjo - stock.adobe.com | Seite 34: © shironagasukujira - stock.adobe.com | Seite 36: © allvision - stock.adobe.com | Seite 38: © Kateryna Kovarzh - stock.adobe.com | Seite 40: © weyo - stock.adobe.com | Seite 44: © New Africa - stock.adobe.com | Seite 45: © deagreez - stock.adobe.com | Seite 48: © ingusk - stock.adobe.com | Seite 50: © pictworks - stock.adobe.com, © interklicks - stock.adobe.com, © adragan - stock.adobe.com, © Matthes Trettin - stock.adobe.com | Seite 54: © viennetta14 - stock.adobe.com | Seite 55: © robert - 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.

SIBYLLE THIELEN
mamazone-Vorstandsmitglied
Brustkrebsüberlebende seit 20 Jahren

mamazone

FOTO: PRIVAT

Spendenkonto:

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

DIE STIMME FÜR FRAUEN MIT BRUSTKREBS

SAVE THE DATE

Kongress
DIPLOMPATIENTIN 2020

Freitag bis Sonntag
23. bis 25. Oktober 2020

mamazones **PROJEKT DIPLOMPATIENTIN**

Anmeldung unter: www.diplompatientin.de

mamazone

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

www.mamazone.de