

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

- 4 *Die eigene Mitte finden und wahren. Grundlegendes zum Thema Brustkrebs. Ein Gespräch mit Ärzten und Therapeuten aus den Gemeinschaftskrankenhäusern Herdecke, Havelhöhe (Berlin) und der Filderklinik (Stuttgart)*
- 10 *Neue Lebenskraft mit der Misteltherapie. Studien zeigen: Sie verbessert die Lebensqualität und kann auch die Überlebenszeit verlängern*
- 12 *Das Potential für die Weiterentwicklung freisetzen. Die Bedeutung der Onkopsychologie für den Weg des Heilwerdens bei Krebs*
- 14 *Neues aus der Anthroposophischen Medizin*
- 16 *„Ich nehme mir Zeit, um innere Klarheit zu gewinnen.“ Sechs Brustkrebs-Patientinnen erzählen von ihrem Weg durch die Krankheit.*
- 22 *Zeit für mich. Die Reha-Klinik Schloss Hamborn.*
- 23 *Die eigene Lebensmelodie finden. Das Projekt „Was kann ich selbst für mich tun?“ am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke*
- 25 *Pflegen, umhüllen, schützen. Äußere Anwendungen bei Brustkrebs.*
- 26 *Lesenswertes zum Thema Brustkrebs*

Bitte an einen Delphin

*Jede Nacht
mein Kissen umarmend
wie einen sanften Delphin
schwimme ich weiter fort.*

*Sanfter Delphin
in diesem Meer von Herzklopfen,
trage mich,*

*wenn es hell wird,
an einen gütigen Strand.
Fern der Küste von morgen.*

Hilde Domin

Brustkrebs ist bei Frauen die häufigste Krebserkrankung. Rein statistisch besteht bei jeder neunten Frau in Deutschland das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Und steigt mit zunehmendem Alter: 2002 erkrankten bei den über 50jährigen zwei bis drei von 1000 Frauen. Aber auch bei den 35- bis 40jährigen war eine von 2.000 Frauen betroffen. Insgesamt sind etwa 40 Prozent der erkrankten Frauen jünger als 60 Jahre.

Was kann eine Frau tun, wenn sie mit der schockierenden Diagnose „Brustkrebs“ konfrontiert wird? Was kann ihr die Kraft geben, es mit einer Krankheit aufzunehmen, die ihr Leben bedroht und bei der auch die Therapie ihre weibliche

Identität zu verletzen droht? Findet sie Menschen, denen sie vertrauen kann und die sie auf ihrem Weg begleiten? Einem Weg, den jede Frau selbst finden muss – denn kaum eine Tumorerkrankung ist so individuell wie Brustkrebs. Was ist zu tun, damit sich eine Frau dem für sie oft undurchschaubaren modernen Medizin-Apparat nicht hilflos ausgeliefert und unter Druck gesetzt fühlt? Der sie zwingt, schnelle Entscheidungen zu treffen, obwohl dafür meist keine Not besteht, und der ihr damit eine echte Wahl unmöglich macht. Fragen, auf die diese Ausgabe von *medizin individuell* versucht, Antworten zu geben – immer mit dem Ziel: die Angst zu nehmen. Die Angst vor der Krankheit, vor dem Leiden, vor einer ungewissen Zukunft. Denn: „Die Angst als Mittelpunkt schwächt die eigene Lebenskraft“ sagt die Schriftstellerin Angelika Mechtel in ihrem „Krebstagebuch“.

Die Beiträge in dieser Ausgabe von *medizin individuell* wollen Mut machen. Sie wollen auf der Suche nach dem eigenen Weg durch die Krankheit und über sie hinaus Mosaiksteine zusammenfügen. Es sind Mosaiksteine der Lebenskraft. Denn Brustkrebs stellt die Frage nach dem Zusammenhang unserer seelischen mit unseren körperlichen Abwehr- und Aufbaukräften. Und die Frage danach, was uns in unserem Leben wirklich wichtig ist.



reddot design award
winner 2005

medizin individuell wurde im November 2005 mit dem international renommierten Design-Preis „red dot für hohe Designqualität“ ausgezeichnet: www.red-dot.de



Herzlich, Ihr

Peter Zimmermann

*Peter Zimmermann, Vorstand
des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke*

Die eigene Mitte finden und wahren

„Sie haben Brustkrebs.“ Eine Mitteilung, die heute jede neunte Frau im Laufe ihres Lebens hören muss. Eine Mitteilung, die jede im Innersten trifft – denn nichts ist so offenkundig weiblich wie die Brust. Nach welchen Prinzipien heute behandelt wird und in welchem größeren Zusammenhang anthroposophische Ärzte eine Brustkrebserkrankung sehen, besprach Annette Bopp mit Dr. Cornelia Herbstreit (Havelhöhe), Izabela Suberlak-Fey (Herdecke), Dr. Boris Müller-Hübenthal (Filderklinik), Dr. Alexander Ast (Herdecke) und Dr. Thomas Breitkreuz (Herdecke).

Was unterscheidet Brustkrebs aus Ihrer Sicht von anderen Krebserkrankungen?

Ast: Es gibt bei Brustkrebs eine Polarität, die wir bei anderen Krebsarten nicht sehen: Je nachdem, in welchem Alter sie vorkommt, hat die Krankheit unterschiedliche Ausprägungen. Die älteren Patientinnen fühlen sich häufig schon seit längerem erschöpft und ausgebrannt. Oder sie stehen an einem biographischen Wendepunkt, haben diesen aber noch nicht erkannt. Wenn diese Frauen einen Knoten feststellen, oder wenn die Mammographie einen auffälligen Befund ergibt, sagen sie oft: „Ich habe mir fast schon so etwas gedacht.“

Suberlak-Fey: Viele Frauen spüren innerlich ein diffuses „mit mir stimmt etwas nicht“. Das Seelenleben fühlt sich irgendwie anders an. Aber der Grund bleibt unklar, bis die Krankheit entdeckt wird. Bei anderen Krebsarten dagegen dominiert mehr das Körperliche: Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit.

Breitkreuz: Bei den jungen Frauen platzt die Krankheit meist mitten in

ein blühendes Leben. Sie werden davon regelrecht überrumpelt. Das sind Frauen, die gerade Kinder bekommen oder ein Haus gebaut haben, die in ihrem Beruf Karriere machen, voll im Leben stehen und vielfach ganz nach außen orientiert sind – bekannte Beispiele sind die Pop-Sängerinnen Kylie Minogue und Anastacia. Diese Frauen erleben den Ausbruch der Krankheit als etwas besonders Abgründiges: Dass es dir gut geht, ist nur Illusion, in der Tiefe bist du todkrank. Und das passt überhaupt nicht zu dem, was sie fühlen und leben.

Müller-Hübenthal: Und dann bricht auch noch die gesamte Diagnostik und Therapie so schnell über sie herein, dass sie mit ihrem inneren Verständnis gar nicht nachkommen können. Erst, wenn alles schon gelaufen ist, kommt das Bewusstsein hinterher und realisiert, was hier eigentlich geschehen ist. Und dann folgt die natürlichste Reaktion der Welt: Angst. Panik.

Herbstreit: Und genau diese Angst ist ja das Schlimmste. Angst und Panik sind

die schlechtesten Wegbegleiter – in jeder Situation, aber vor allem in dieser.

Zeit nehmen und Zeit lassen – für Beratung und Entscheidung

Wie können Sie Frauen helfen, mit diesem Schock besser fertig zu werden?

Herbstreit: In erster Linie mit einem langen, ausführlichen Gespräch. Das steht in allen anthroposophischen Krankenhäusern am Anfang jeder Therapie. Denn Frauen, die verstanden haben, was mit ihnen geschieht, und die aus ihrem Inneren heraus einen Entschluss fassen, welchen Weg sie einschlagen, vertragen die Therapie meist besser. Und – das wurde zwar noch nicht mit Studien bewiesen, ist aber eine viel beobachtete Tatsache – die Therapie ist dann sogar wirksamer. Das bestätigen auch konventionelle Onkologen. Meistens jedoch kommen die Frauen zu uns und haben keine Ahnung, was mit ihnen gemacht



worden ist oder gemacht werden soll. Geschweisedenn, dass ihnen die ganze Palette der Möglichkeiten aufgezeigt wurde. Sie fühlen sich vielmehr bedrängt, unter Druck gesetzt, ausgeliefert, hilflos – und bekommen dadurch natürlich nur noch mehr Angst.

Müller-Hübenthal: Wir machen eine Sprechstunde im wahrsten Sinne des Wortes. Da wird die medizinische Situation erörtert, aber auch der soziale und biographische Kontext, in dem die Krankheit aufgetreten ist.

Brustkrebs ist ein Angriff auf die weibliche Identität

Die Qualität der Beratung über die anstehenden Therapien und ihre Nebenwirkungen ist heute eines der Hauptprobleme, da gibt es viele Defizite, vor allem in den Brustzentren. Dabei haben wir gute Grundlagen, mit denen wir die Wahrscheinlichkeit für Erfolg oder Misserfolg einer Therapie als statistische Größe einigermaßen einschätzen können. Das spielt für den therapeutischen

Weg eine große Rolle. Angenommen, eine Chemotherapie mit sechs Zyklen verringert das Risiko, innerhalb von 10 Jahren erneut Brustkrebs zu bekommen, um 10-15 Prozent. Dann ist das für die eine Frau genug, um zu sagen: ja, das mache ich – auch mit allen Nebenwirkungen und Folgen. Und eine andere sagt: nein danke, diesen Stress muss ich nicht auf mich nehmen. Qualifiziert beraten heißt, die verschiedenen Wege aufzuzeigen, über die Prognosen offen zu sprechen, alles gut abzuwägen und Zeit zu lassen für eine Entscheidung.

Breitkreuz: Es kommt darauf an, wie ich als Arzt in dieses Gespräch gehe: Erwarte ich, dass die Patientin sich entschieden hat, wenn wir uns verabschieden? Ist das Gespräch etwas, was ich nolens volens abhaken muss, während ich schon ungeduldig darauf warte, dass ich mit der Therapie beginnen kann? Benutze ich es, um Werbung zu machen für die zu unterschreibende Einverständniserklärung mit dem von mir vorgeschlagenen Vorgehen? Oder bewegen wir gemeinsam die offenen Fragen und lassen dann Zeit zum Nachdenken? Sehe ich darin eine Möglichkeit, der Patientin zu einer eigenen Kompetenz auf ihrem weiteren Weg zu verhelfen? Für uns ist dieses mindestens einstündige Gespräch eine Zeit, in der wir das Thema intensiv bewegen, und dann legen wir es erstmal wieder in die Verantwortung der Patientin – in der Hoffnung, dass sie dann auch wiederkommt und ihren Weg mit uns gemeinsam geht.

Ast: In den meisten Brustzentren geht aber alles ganz fix: da wird schnell diagnostiziert, schnell operiert, schnell therapiert. Da sind die Patientinnen wie betäubt, die sind noch gar nicht richtig in ihrer Krankheit angekommen, und dann werden sie sofort mit diesen angeblichen „Heilsbringern“ konfrontiert: Zytostatika, Aromatasehemmer, Antiöstrogene,

monoklonale Antikörper – all diese Dinge. Diese Therapien mögen im Einzelfall gut und richtig sein, aber sie sind ja keine Garantie, dass der Krebs damit verschwindet. Dennoch wird oft so getan, als seien das die einzigen Möglichkeiten, und wehe, die Frau folgt dem nicht.

Was bedeutet denn die Therapie für die Frau? Wie geht es ihr, wenn Sie dieses Therapiespektrum vor ihr aufblättern?

Müller-Hübenthal: Operation und Bestrahlung sind der schlimmste Angriff auf die Brust, den eine Frau erleben kann. Und die Therapie mit Zytostatika und/oder Hormonen nimmt das spezifisch Weibliche noch mehr heraus – sie entfremden die Frau ihrem inneren Selbst und versetzen sie in künstliche Wechseljahre. Dieser Verlust der Weiblichkeit wird seelisch sehr deutlich erfahren – in so einen Prozess kann und darf ein Arzt eine Frau nicht unvorbereitet und vor allem nicht ohne die klare eigene Entscheidung hineingehen lassen, dass sie genau diese Therapie auch will.

Breitkreuz: An dieser Stelle müssen wir leider einige ernüchternde Dinge sagen über den Berufsstand Arzt. Wenn ein Arzt eine junge Frau mit Brustkrebs vor sich hat, dann erlebt er ihre Angst und ihre Verzweiflung mit und denkt: „Das ist für sie eine absolute Katastrophe, ich muss ihr sofort einen Ausweg anbieten.“ Das ist menschlich nachvollziehbar, zeigt aber letztlich nur die eigene Angst vor dieser Krankheit und der therapeutischen Ohnmacht – denn eindeutige Erfolge kann die Medizin derzeit nicht versprechen. Und außerdem geht es häufig auch darum, die Patientin schnell in ein Programm an einem Zentrum einzubinden. Da das alles sehr standardisiert abläuft, besteht ein hoher Zeitdruck, damit sie nicht entwischt. Brustkrebstherapie ist ja ein wirtschaftlicher Faktor – das darf man nicht unterschätzen. So gerät die Frau in eine diagnostische und therapeutische Mühle, aus der sie kaum noch herauskommt.

Besteht denn kein Zeitdruck, wenn die Diagnose gestellt worden ist?

Herbstreit: Nein, keineswegs. Der Tumor ist doch auch nicht von heute auf morgen

gewachsen.

Da kann man sich doch in Ruhe überlegen, wie man ihn bekämpfen will.

Aber das machen sich nur wenige Frauen klar, und die meisten Ärzte bestärken sie sogar noch in einem blinden Aktionismus.

Breitkreuz: Die Frauen brauchen Zeit, und sie können sie sich auch nehmen.

Denn Brustkrebs stellt die Frage nach der Identität: Was ist der Sinn meines Lebens, aus welcher Inspiration kann ich schöpfen? Die Therapie mit Operation, Zytostatika, Hormonen und Bestrahlung ist ja eine Attacke auf diese bereits geschwächte Identität. Wenn ich mich aber aus meiner Mitte heraus für einen Weg entscheiden kann, ist das etwas völlig Anderes, als wenn ich von außen da hineingestoßen werde und meine Kräfte gar nicht richtig zusammenhalten kann. Wenn die Brust krank wird, betrifft das eben ein sehr besonderes Organ, und das muss man sich erst einmal klarmachen.

Die Brust – ein selbstloses Organ auf der Ebene der Herzenskräfte

Was ist denn an der Brust so besonders?

Breitkreuz: Die Brust der Frau ist etwas sehr Einzigartiges. Bei den Säugetieren z.B. ist die Milchleiste am Bauch angelegt, im Bereich der Stoffwechsel- und Reproduktionsorgane. Wenn die Jungen gesäugt werden, dann schaut das Muttertier in die Landschaft oder an die Stallwand, aber nicht zu den Jungen. Bei der Frau dagegen ist die Brust viel weiter oben angelegt, in Höhe des Herzens,



also dort, wo sie ihre Mitte spürt, wo ihre Seele lebt. Und beim Stillen kann der Säugling im Arm der Mutter ihr Gesicht fixieren, und umgekehrt kann die Mutter sich liebevoll dem Kind zuwenden. Das ist etwas spezifisch Menschliches. Damit stellt die Frau ihre eigene Lebenskraft einem anderen Wesen zur Verfügung. Die Brust ist ganz und gar uneigennützig. Die Frau bildet das Organ nicht, damit sie selbst etwas

von hat, sondern um das Kind zu nähren. Es gibt ja kaum etwas Innigeres als eine stillende Mutter mit ihrem Kind. Das ist eine unendlich reiche Innerlichkeit, die sich ganz öffnen und verschenken kann.

Und was hat das mit der Krankheit Brustkrebs zu tun?

Breitkreuz: Die Brust ist nichts Statisches, sie verändert sich mit Beginn der Pubertät mit jedem Zyklus, 35-40 Jahre lang, für die gesamte Zeit der körperlichen Fruchtbarkeit. Nach der Menstruation wachsen die Milchkanälchen an ihren Endstücken aus und verzweigen sich, und wenn keine Schwangerschaft eintritt, bilden sich die Endstücke mit Beginn der Regel wieder zurück. Und so geht es hin und her – immer mit der Erwartung auf eine möglicherweise eintretende Zukunft in Person eines Kindes. Ich habe den Eindruck, dass speziell die jungen Frauen – wenn sie an Brustkrebs erkranken – sich häufig fragen: Wo ist meine Innerlichkeit geblieben? Deshalb geht es hier zentral um die Frage: Wie wahre ich meine Mitte, wie und worin finde ich meine Innerlichkeit, die mit dem Äußeren in gesunder Kommunikation steht, und aus der heraus ich dann geben und mich verschenken kann – auf welche Art und Weise auch immer. Geben und Nehmen, ohne sich zu verlieren.

Und bei den älteren Frauen?

Breitkreuz: Da ist die Brust zur Ruhe gekommen und kaum noch aktiv. Da stellt sich die Problematik anders – da ist es häufiger so, dass die Frau ihre Innerlichkeit besser schützen muss, sonst blutet sie kräftemäßig aus. Sie muss lernen, sich selbst besser abzugrenzen.

Ast: Das zeigt auch die Histologie: Junge Frauen haben oft einen Tumor, dessen Zellen sich sehr schnell teilen, die Tumore älterer Frauen dagegen haben eher eine langsame Teilungsrate.

Suberlak-Fey: Und die Kräfte, die zuvor für die leibliche Fruchtbarkeit zur Verfügung standen, werden nach den Wechseljahren für geistige und soziale Aufgaben frei – das ist ja ein ungeheurer seelischer Reichtum, der sich da häufig entfaltet, aber auch geschützt werden muss.

Was lasse ich wachsen anstelle des Rezidivs?

Was bedeutet diese Polarität für die Therapie?

Breitkreuz: Wenn es gelingt, auf Fragen wie „Was hat die Krankheit mit mir zu tun?“, „Woraus beziehe ich Kraft für die Überwindung der Krankheit?“, „Was lasse ich wachsen anstelle des Rezidivs?“ ehrliche Antworten zu finden, wenn man weiß, wofür man leben will – dann hilft das auch oft bei der Bewältigung der Krankheit, ganz gleich, welchen Verlauf sie nimmt. Denn wir machen ja keine Therapie um der Therapie willen, sondern die Therapie muss etwas ermöglichen, was dann stattfinden kann – und das ist bei jeder Frau etwas Anderes. Die Frage „Was ist ein erfülltes Leben?“ stellt sich meiner Meinung nach bei Brustkrebs ganz besonders, viel stärker und in anderer Weise als bei anderen Tumorerkrankungen.

Nun gibt es ja sehr klare Leitlinien, wie bei Brustkrebs vorzugehen ist. Folgen Sie denen?

Ast: Ja, aber wir sehen darin keinen Handlungszwang. Jede Frau ist anders. Da kann es keine Pauschalrezepte geben. Brustkrebs kann bei identischer medizinischer Klassifikation völlig unterschiedlich verlaufen. Das muss die Therapie berücksichtigen, und deshalb muss man vorher mit der Frau ausführlich bespre-

chen, was die Leitlinien sagen, und man muss sehr genau hinsehen, was davon in ihrem speziellen Fall angezeigt ist.

Müller-Hübenthal: Man weiß bis ins Molekulargenetische hinein, dass die Erkrankungen so unterschiedlich sind wie Fingerabdrücke – keiner gleicht dem anderen. Brustkrebs verlangt wie kaum eine andere Krebsart nach einer differenzierten, individuellen Therapie, und nirgendwo gibt es sie in so vielfältiger Form wie bei Brustkrebs.

Wie behandeln Sie denn an den anthroposophischen Kliniken?

Herbstreit: Grundsätzlich bieten wir den gleichen Standard wie jede Universitätsklinik – mit allem Drum und Dran und auf höchstem Niveau. Aber wir bleiben auf der körperlichen Ebene nicht stehen. Kunsttherapien, Heileurythmie, äußere Anwendungen und spezielle anthroposophische Arzneimittel, die auf die Konstitution wirken, bieten der Frau Hilfen, um die vorhin angesprochene Identität auch während der Therapie zu wahren oder sie überhaupt erst einmal zu finden. Wir splitten nicht auf und machen etwas zusätzlich, sondern für uns gehört das ganz selbstverständlich mit dazu. Diese Dinge sind fest integriert in unser Behandlungskonzept und werden nicht notgedrungen oder halbherzig angeboten, nur weil die Frauen so etwas mögen.

Suberlak-Fey: Die Schulmedizin behandelt den Tumor, die Anthroposophische Medizin behandelt den Menschen. Es geht darum, Angst, Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit zu überwinden, um den eigenen Platz im Leben (wieder) zu finden und das Leben zu gestalten. Dazu gehört auch die Onko-Psychologie (siehe Seite 12) – aber leider nicht überall.

Ast: Die Frage ist doch: Ist man von dem, was man anbietet, überzeugt oder macht man es nur, damit die Anzahl der Patientinnen steigt? Und ich bin immer wieder tief beeindruckt, mit welcher Überzeugung und Hingabe gerade die Kunsttherapeuten arbeiten. Bei uns gehören sie unverzichtbar dazu, anderswo sind sie eher ein Zugeständnis, damit diejenigen Patientinnen, die sonst zu uns kommen würden, gebunden werden.

Suberlak-Fey: Da heißt es dann: „Das machen wir auch!“ Aber das sind nur „Streicheleinheiten“ für die Frauen, das ist kein gleichrangiges Therapieangebot. Vieles wird nur vorgehalten, damit die Patientinnen bei der Stange bleiben, aber nicht, damit sie auf ihrem Lebensweg vorankommen. Das erfordert mehr als ein paar Stunden Gruppentherapie.

Ein integratives Konzept, kein alternatives

Wie weit sind denn bei einem relativ kurzen Krankenhausaufenthalt von 10-12 Tagen z.B. Kunsttherapien überhaupt erfolgreich? Und wie können Patientinnen diese Anregungen später weiter umsetzen?

Ast: Wir können in den Kliniken heute nur Anstöße geben, die dann im ambulanten Bereich fortgesetzt werden müssen. Die Nachfrage zeigt, dass der Bedarf groß ist. Wichtig ist aber, dass wir diese Anstöße überhaupt geben. Wir ermöglichen das mit, indem wir als Leitende Ärzte weitgehend auf unsere Privat-Liquidationen verzichten. Das ist eine Quersubventionierung, die man bei 25-30 Prozent Privatpatientinnen nicht unterschätzen sollte.

Herbstreit: Das Krankenhaus ist heute eben ein Krankenhaus im Wortsinne, kein Genesungshaus. Es ist ein Zentrum, in dem eine bestimmte Kompetenz angeboten wird, eng vernetzt mit dem ambulanten Bereich. Es muss Brückenköpfe schaffen nach außen. Bei uns in Havelhöhe sind ein Medizinisches Versorgungszentrum und verschiedene Arzt- und Therapeutenpraxen unmittelbar an die Klinik angegliedert. Da besteht eine exzellente Zusammenarbeit – und die Patientinnen schätzen diese unkomplizierte interdisziplinäre Arbeit ungemein. Denn der eigentliche Kontext, in dem Genesung stattfindet, ist doch das eigene Zuhause.

Welchen Stellenwert hat die Misteltherapie bei Brustkrebs?

Müller-Hübenthal: Einen sehr großen! Mit einer Misteltherapie kann man schon unmittelbar mit und nach der Diagnose anfangen. Und man kann die Therapie während aller Phasen der Erkrankung

fortsetzen, auch parallel zu Chemo-, Hormon- oder Strahlentherapie – diese werden dann sogar viel besser vertragen. Die Mistel bewirkt zweierlei: Einerseits stärkt sie das Immunsystem und steigert die Lebensqualität. Andererseits macht sie die Frauen entscheidungsfähiger und bewusster, weil sie das Ich unterstützt, diese innere Identität, die Brustkrebs so in Frage stellt.

Breitkreuz: Brustkrebs-Patientinnen brauchen auch Mittel und Verfahren, die ihr helfen, ihre Kräfte zusammenzuhalten und ihren Organismus bei der Schwerstarbeit der Auseinandersetzung mit der Krankheit und auch mit den konventionellen Therapien zu unterstützen. Dazu gehören z.B. Auflagen und Einreibungen, aber auch Öldispersionsbäder und auf die jeweilige Konstitution abgestimmte anthroposophische Arzneimittel. Die antitumoralen Therapien sind ja ausschließlich destruktiv. Die Frau braucht aber auch konstruktive Verfahren, die zukunftsgerichtet sind, die Kräfte mobilisieren, um gesund werden zu können.

Ein gelingendes Leben ermöglichen

Und alles zusammen läuft auf ein großes Ziel hinaus: ein gelingendes Leben zu ermöglichen. Das ist der Leitfaden, an dem sich die gesamte Therapie zu orientieren hat. Und es ist klar: Jede Frau wird auf die Frage, was für sie ein gelingendes Leben ist, eine andere Antwort geben. Auch deshalb ist die Brustkrebs-Therapie so hoch individuell. Wir bieten sie aus einem Guss, wir sehen unsere Aufgabe darin, das alles im Blick zu haben und nicht aufzusplitten in verschiedene Teilbereiche von über- oder untergeordneter Art.

Kann man denn aber tatsächlich eine so hochgradig individuelle Therapie machen? Gibt es da nicht Probleme mit den Kassen, wenn man z.B. Medikamente einsetzt, die für diese Anwendung so nicht zugelassen sind – „off label use“ nennt sich das?

Herbstreit: Wir machen das, was uns richtig erscheint. Und wir reden mit den Kassen. Wenn man eine Therapie plausibel begründen kann, wird sie auch be-

zahlt. Wir hatten dabei noch nie Schwierigkeiten. Ich verstehe nicht, warum sich viele diesem Druck beugen und von vornherein z.B. ein Arzneimittel nicht einsetzen, nur weil es für diesen Anwendungsbereich noch keine Zulassung hat.

Ein Beispiel: Herceptin – ein Medikament aus monoklonalen Antikörpern, das sinnvoll ist, wenn der Tumor das Oberflächenmerkmal HER2-neu, im Übermaß aufweist – darf gemäß Zulassung zu Beginn der Erkrankung nur in Kombination mit Zytostatika gegeben werden. Erst, wenn schon Metastasen da sind, kann es auch alleine eingesetzt werden. Nun hatten wir kürzlich eine Patientin, die wollte auf keinen Fall eine Chemotherapie, weil sie ihrem Körper so viel Gift nicht zumuten wollte. Zu einer Herceptin-Therapie war sie eher bereit, weil der Tumor massiv HER2-neu-positiv war. Soll ich ihr jetzt das Herceptin vorenthalten, nur weil es für diese alleinige Therapie, ohne Chemo, noch keine Studien gibt? Wenn wir das nie machen, wissen wir auch nicht, wie es wirkt. Wir haben uns entschieden, das sehr genau zu dokumentieren und zu überwachen, und wir haben mit der Kasse gesprochen wegen der Finanzierung. Da gab es keinerlei Probleme, die Frau bekam diese Therapie. Und es geht ihr sehr gut damit.

Bei anderen Arzneimitteln, auch bei härtesten Zytostatika, würden wir ja auch einen solchen Therapieversuch wagen. Da ist man oft viel weniger zimperlich. Es gilt, Nutzen und Risiken gegeneinander abzuwägen. In diesem Fall war die Sache ziemlich eindeutig. Ich glaube sowieso, dass wir schon in wenigen Jahren noch viel mehr solche gezielt ansetzenden Medikamente haben werden – und wir werden kopfschüttelnd daran zurückdenken, welchen Flurschaden wir mit der Chemotherapie angerichtet haben, nur um ein kleines bisschen Benefit zu erhalten.

Müller-Hübenthal: Neue Medikamente außerhalb der Zulassung zu geben, sollte gut diskutiert und durchdacht sein, und man sollte die Beweggründe bei der Patientin hinterfragen. Die Nebenwirkungen von Herceptin sind ja auch nicht ohne.



In unserem Zentrum für Integrative Onkologie an der FilderkliniK werden die Therapiekonzepte in einem interdisziplinären Team aus Gynäkologen, Onkologen und Strahlentherapeuten eingehend besprochen. Erfahrene Spezialisten tragen ihre Meinungen zu der individuellen Situation zusammen. So wird ein willkürlicher Einsatz teurer und nebenwirkungsreicher Medikamente vermieden.

Eine Begegnung auf Augenhöhe

Breitkreuz: Manche Patientinnen kommen mit dem Wunsch nach völlig skurrilen Therapien – da werde ich in aller Regel sagen: Das kann ich nicht verantworten, dafür habe ich keine Kompetenz. Denn es geht ja um eine Begegnung auf Augenhöhe, die Patientin kann sich immer entscheiden, ob ich der Partner bin, der sie begleiten soll. Aber umgekehrt habe ich auch die Freiheit, mich zu entscheiden, wen und was ich begleiten will und kann. Es ist eine Begegnung, keine Symbiose, kein Friede-Freude-Eierkuchen. Andererseits bewahre ich mir aber auch den Freiraum, mich entgegen meinen eigenen Prinzipien aufgrund dieser Begegnung mit einer Patientin für etwas total Unkonventionelles zu entscheiden. Ich würde sogar etwas machen, von dem ich persönlich nicht hundertprozentig überzeugt bin, wenn ich merke: tu ich das nicht, wird die Patientin ihres Lebens nicht mehr froh. Allerdings dürfen die Risiken dann nicht überwiegen.

Ast: Wenn es für eine Frau wichtig ist, zum Geistheiler zu gehen, dann steht ihr das frei, aber es ist nicht mein Kompetenzbereich. Entscheidend ist doch, dass

ich die Frau nicht dafür abstrafe oder für verrückt erkläre. Das muss sie selbst entscheiden, und sie ist für mich deshalb als Mensch nicht weniger wertvoll. Die Patientinnen suchen uns als Therapie-Partner, wir müssen für sie als Mensch greifbar sein. Sie wollen nicht, dass wir uns hinter Leitlinien verstecken, sondern zu unserer Verantwortung stehen. Sie müssen sich auf uns verlassen können.

Die Frauen auf ihrem Weg begleiten

Müller-Hübenthal: Aus meiner Sicht gibt es da keinen falschen Weg. Wenn sich eine Frau für die Therapie beim Schamanen entscheidet, dann ist das eine Möglichkeit gewesen, bestimmte, für sie notwendige Erfahrungen zu sammeln. Es steht uns nicht zu, sie dafür zu kritisieren. Und wenn sie dann wieder zu uns kommt, werde ich ihr meine Kompetenz zur Verfügung stellen und ihr meine Einschätzung der Situation mitteilen. Wir erleben z.B. ziemlich häufig, dass

junge Frauen die Brust nicht operieren lassen wollen, trotz aller Argumente und Aufklärungen. Da steht es mir als Arzt aber doch nicht zu, sie deshalb zu tadeln, ihr Schuldgefühle oder womöglich noch Angst zu machen. Ich muss sie vielmehr begleiten auf diesem Weg, und bei jeder Begegnung stoße ich diese Frage noch einmal an und hinterfrage ihre Entscheidung. Und irgendwann ist diese Beziehung so innig und vertrauensvoll, dass ich das nicht mehr tun muss. Weil ich dann weiß, sie ist sich ihres Weges so sicher, da muss ich nichts mehr hinterfragen. Auch wenn wir Ärzte dem Leben verpflichtet sind und um jeden Tag kämpfen, sollte jeder Mensch die Möglichkeit haben, sich frei für seine Behandlung zu entscheiden. Und warum soll eine Frau mit Mitte 30 oder 40 ihre Biographie nicht so intensiv gestaltet haben, dass sie aus ihrem mit den Ärzten besprochenen Entschluss heraus bewusst und gezielt auf aggressive, zerstörerische Interventionen verzichtet und – rein statistisch gesehen – damit das Risiko eingeht,

ihre Biographie früher abzurufen als mit „harten“ Maßnahmen? Es steht mir nicht zu, das zu bewerten. Wir Ärzte müssen diese besonderen Patientinnen auch aktiv begleiten. Da sehe ich die anthroposophischen Kliniken in der Verantwortung.

Breitkreuz: Anderswo heißt es oft: „Wir können nichts mehr für Sie tun...“ Und ab einem gewissen Stadium hat die Schulmedizin eben tatsächlich nichts mehr in der Hand, da kann sie nichts mehr bewirken. Das ist total frustrierend – auch für den Arzt. Wir können aber immer etwas tun, ganz egal, in welchem Krankheitsstadium. Bis zur letzten Sekunde. Das ist eben genau die Stärke der integrativen anthroposophischen Medizin.



Dr. Cornelia Herbstreit ist Leitende Ärztin der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe in Havelhöhe (Berlin)



Izabela Suberlak-Fey ist Onkopsychologin und Psychologische Psychotherapeutin am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke



Dr. Boris Müller-Hübenthal ist Leiter des Zentrums für Integrative Onkologie an der Filderklinik (Stuttgart)



Dr. med. Alexander Ast ist Leitender Frauenarzt am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke



Dr. Thomas Breitkreuz ist Leitender Arzt der Abteilung für Innere Medizin im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Das MRT – eine wichtige Ergänzung bei der Diagnose und Operationsplanung



Wenn Mammographie und Ultraschall keine Klarheit bringen, ist das MRT sinnvoll.

Eine Studie aus der Uni-Klinik Bonn sorgte jüngst für Furore. Sie zeigte, dass mit der Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) besonders aggressive Tumorformen entdeckt werden können, die in Mammographie oder Ultraschall nicht auffallen. Die Radiologin Prof. Dr. Christiane Kuhl und ihr Team hatten in den vergangenen fünf Jahren über 7000

gesunde Frauen mit Mammographie und MRT untersucht. Bei 167 Frauen fanden sich Brustkrebs-Frühestformen in den Milchgängen, 152 davon (=92%) wurden im MRT richtig erkannt, aber nur 93 (=56%) in der Mammographie.

Überflüssig ist die Mammographie trotzdem nicht – sie ist zusammen mit dem Ultraschall die Basis. Aber das MRT könnte die Früherkennung und auch die Operationsplanung wesentlich verbessern. Nur: Es wird relativ selten gemacht und es ist (noch) keine Kassenleistung. Trotzdem: Wenn man hartnäckig genug ist und die Untersuchung gut begründet, werden die Kosten oft übernommen. Voraussichtlich ab 2008 wird das Brust-MRT auch in Herdecke möglich sein.

Die eigene Lebensmelodie finden

Ein Angebot für Brustkrebs-Patientinnen am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Nach dem Schock der Diagnose, während und nach den ersten Therapiemaßnahmen stehen Brustkrebs-Patientinnen oft ratlos vor der Frage: „Und was kann ich selbst für mich tun, um wieder gesund zu werden?“ Patientinnen dabei zu helfen, Antworten auf diese Fragen zu finden, ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anthroposophischer Kliniken ein besonderes Anliegen. In Herdecke formulierte dies der Klinikgründer, Gerhard Kienle, schon 1952 im Leitspruch für die Idee des dann 1969 endlich eröffneten Gemeinschaftskrankenhauses: „Unterstütze den kranken Menschen darin, seine individuellen Möglichkeiten zu verwirklichen, und in der Auseinandersetzung mit seinem kranken Leib, seinem Schicksal und der Umwelt neue Verwirklichungsmöglichkeiten zu erlangen!“

So ist es nur folgerichtig, dass Herdecke für Brustkrebs-Patientinnen ein neues Angebot ins Leben gerufen hat, das sich speziell diesem Thema widmet. An zwei aufeinanderfolgenden Tagen haben Frauen die Gelegenheit, sich in jeweils einstündigen Gesprächen über die derzeitige Behandlung der Krankheit ärztlich beraten zu lassen – über konventionelle ebenso wie komplementärmedizinische Möglichkeiten. Darüber hinaus offeriert ein Team von Therapeuten und Pflegenden jeweils ein- bis zweistündige Kennenlern- und Informationstermine zu onkopsychologischer Beratung, Heileurythmie, rhythmischer Einreibung nach Wegman/Hauschka, Pflege und Ernährung sowie einen abendlichen Gesprächskreis zum Erfahrungsaustausch. Ein Protokoll fasst die wichtigsten Aussagen der Einzelgespräche zusammen und wird als Dokumentation mit nach Hause gegeben.

Die Übernachtung erfolgt in einem einfachen, aber ansprechend eingerichteten Apartment auf dem Krankenhause-

gelände (auf Wunsch auch im Hotel), die Verpflegung wird von der hauseigenen Vollwertküche übernommen. Unterkunft und Verpflegung für eine Begleitperson sind ebenfalls möglich.

Dieses Angebot schließt eine wichtige Lücke, denn: „Viele Ärzte beachten und berücksichtigen nicht die Kompetenz der Patientin für sich selbst – für ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten, in der Auseinandersetzung mit der Krankheit zu wachsen und die eigene Lebensmelodie zu finden“, sagt Marlies Rogalli, die als Onkopsychologin das Projekt mit entwickelt hat. Viele Frauen, so ihre Erfahrung, ahnen nicht, welche verborgenen Kräfte und Fähigkeiten in ihnen schlummern. Ziel des Projekts sei es deshalb,

- die individuelle Kompetenz zu stärken, die dazu beiträgt, den eigenen Weg im Umgang mit der Krankheit zu finden
- Raum zu geben für das Erkennen von Zweifeln und Bedürfnissen
- Wissen zu vermitteln über ergänzende therapeutische Möglichkeiten
- Erfahrungen zu ermöglichen mit Angeboten aus Kunsttherapien und Pflege
- Mut zu machen für das Leben.

„Wir wollen zeigen: du bist nicht ganz und gar krank, du hast viel Gesundes in dir – du musst es nur entdecken“, ergänzt Claudia Wehner, die als Krankenschwester über Pflege und äußere Anwendungen berät. „Die Frauen merken: Wir haben Zeit für sie. Es geht um sie und ihre Lebensperspektive. Manche erlebt das hier zum allerersten Mal.“ Zur Sprache kommen aber auch ganz banale, alltägliche Dinge, die im Alltag so wichtig sind: Wie kann ich wieder warme Füße bekommen? Wie kann ich die Narbe pflegen? „Es ist ein großes komprimiertes Angebot, das den Blick auf die eigenen Ziele und Möglichkeiten öffnen soll – denn auf dieser Basis können Selbstheilungskräfte mobilisiert werden“, sagt Marlies Rogalli. Dann, so Claudia Wehner, „können Patientinnen gestärkt und gekräftigt hoch erhobenen Hauptes das Haus verlassen – auch wenn sie vielleicht nur noch eine Brust haben. Sie wissen, was ihr Ziel ist. Und sie haben Mut, es anzusteuern.“

Nächster Termin: 16./17.11. Interessentinnen wenden sich an das Sekretariat der Frauenklinik: Karin John, Telefon (023 30) 62-3456, Fax -4041.



Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka lassen nicht nur besser entspannen, sondern wirken auch umhüllend, wärmend, ausgleichend und zentrierend. Eine Erfahrung, die Brustkrebs-Patientinnen im Rahmen des Herdecker Projekts kennenlernen können.