

# Wissen-Schaff(f)t: Oberredaktöse für Tumorentitäten

Bericht über ein Pressegespräch in der Universitätsfrauenklinik

**I**n meinem Mail-Postfach landet so einiges für die Redaktion und dank meines Wohnsitzes in Berlin gibt es die Möglichkeit, solche Termine mal wahrzunehmen. Bei Veranstaltungen der grünen Bundestagsfraktionen zu gesundheitlichen Themen wechseln wir Berlinerinnen uns ab, vier jetzt fünf Lachesis-‘Funktionärinnen’ sitzen in Berlin: Regionalstelle Ost, Geschäftsstelle, Öffentlichkeitsarbeit und die Redaktion nun sogar zu Zweien.

Interesse weckt bei mir ein Pressegespräch an der Charité, also der universitären Medizin in Berlin, über „Highlights aus der Onkologischen Forschung: Berichte vom 46. Kongress der American Society of Clinical Oncology (ASCO)“.

## AUTORIN

### Silvia Mosen

Mariannenstraße 30  
10999 Berlin

Tel: 030 / 612 857 50

[frauenbewegung@freenet.de](mailto:frauenbewegung@freenet.de)

Heilpraktikerin (HP)

Physiotherapeutin

Linguistin M.A.

Manuelle Lymphdrainage,

Visualisierungen, Shiatsu,

Fußreflex, Beckenboden

Noch vor meiner Wiederwahl als Redaktionsleitung melde ich mich an. Dann sitze ich mit Erinnerungen an unsere Tagung in der U-Bahn, blättere in den Unterlagen. Dann sitze ich vor wohltrapierten Klarsichtmappen mit Fotokopien und CDs, auf die als Sponsor der Name eines Pharmaunternehmens gedruckt ist. Vorn ein langer Tisch mit Namensschildern, nur ganz außen warten schon zwei Frauen hinter ihren – die einzigen ohne akademischen Titel. Mit reichlich „akademischer“ Viertelstunde Verspätung erscheinen die Herren Ärzte, mehrheitlich Professoren. Die Moderatorin stellt alle vor, die beiden Frauen sind „Patientenvertreter“ [!]. Die eine ist die Vertreterin einer Stiftung, wird aber

im Laufe der Veranstaltung nur angesprochen mit „Sie als Patientin“.

In seinen begrüßenden Worten spricht der Chefarzt von „Tumorentitäten“. Entität? Da-Sein im Gegensatz zum So-Sein? Dass ich hier an mein Philosophie-Studium vor 20 Jahren erinnert werde, hatte ich nicht erwartet.

Dann geht es los mit dem Thema Brustkrebs. Ein Arzt berichtet von einer neuen Studie über die Sentinel-Methode. Bei dieser Operationstechnik werden erst mal nur die Wächterlymphknoten in der Achsel entfernt, d.h. die wenigen, wo alle Lymphe zuerst durchfließt. Bei Nichtbefall sei davon auszugehen, dass auch der Rest der Lymphknoten in der Achsel frei von Metastasen sei. Bisher sei Standard, bei negativem Befund (d.h. alles gut) die axillären Lymphknoten zu belassen, nur bei befallenen Lymphknoten die gesamte Achsel von Lymphknoten auszuräumen, was nicht selten zu einem Lymphödem am Arm und Sensibilitätsstörungen innen am Oberarm führen könne.

Überraschenderweise habe die Studie gezeigt, wenn trotz befallener Wächterlymphknoten die anderen Lymphknoten verblieben, sei die Überlebensrate nicht verschlechtert. Die Wächter seien nur diagnostisch entfernt worden, um dann die adjuvante Therapie individuell zu planen, also z.B. die Chemo nach der OP. Es sähe so aus, als ob Mikrometastasen keinen Einfluss auf die Prognose hätten. Es wurde betont, die Überlebensraten seien nicht besser – was auch nicht zu hoffen wäre, aber sie wären gleich gut bei wesentlich schonenderer Therapie.



All das wird referiert abwechselnd in einem Fachkauderwelsch (ob die Kolleginnen von der Presse alle wissen, was eine Axilladisektion ist?), dann wieder total banal geplappert, was angesichts der Tatsache, dass der Arzt offenkundig nicht muttersprachlich ist, noch zu peinlicher Erheiterung führt: „Wir müssen die Frau schönen [!], nicht alles kaputt machen!“ Die Umlaute im Deutschen sind tückisch. Ich denke an so manche Frau, die ihre Brustrekonstruktion bereut hat: Da wurde nicht geschont, sondern nur geschönt bzw. das versucht.

Als Lymphtherapeutin erinnere ich mich an Patientinnen am Anfang meiner Berufslaufbahn und heute. Vor über zehn Jahren wurden grundsätzlich alle zu findenden Achsellymphknoten und die Brust meist komplett entfernt. Damals habe ich Arme gelympht, also mit Manueller Lymphdrainage behandelt. Dann wurde zunehmend brusterhaltend operiert, die Ödeme verlagerten sich in die Brust. Jetzt behandle ich meist Patientinnen, die Brust erhaltend operiert sind und nur die (tumorfreen) Wächterlymphknoten entfernt bekommen haben. Lymphdrainage brauchen sie trotzdem: nicht für den Arm, sondern für die Flanke seitlich der Brust.

Ein anderer Arzt berichtet über neueste Studien zu Eierstockkrebs und Cervix-Ca. Bezüglich einer Studie zum Gebärmutterhalskrebs wird erklärt, bisher sei für die lokale Behandlung von „high risk“-Tumoren eine Radiochemotherapie Standard. Zeitparallel Chemo und Bestrahlung soll die Zellen empfindlicher und damit die Behandlung effektiver machen. Nun aber habe sich gezeigt, dass die Tumorbehandlung so nicht effektiver sei, wohl aber die Toxizität. Mit meinen Worten: Die geballte Giftigkeit vernichtet nicht mehr Tumorzellen, macht aber mehr Nebenwirkungen im Rest des Körpers.

Dieser Arzt wirkt allerdings enttäuscht über die (eigene!) Studie, die „keinen Benefit bezüglich der Überlebenszeit, sondern nur weniger Nebenwirkungen“ gezeigt habe. So ein Ergebnis war vom Kollegen noch gelobt worden und der Chefarzt hatte auf Nachfrage betont, relevant sei nicht nur Mortalität (Sterblichkeit), sondern auch Morbidität (chronisch krank, auch als Folge der Behandlung). Dieser Arzt nun kommentiert kalt: „Wichtig ist, was bleibt an Nebenwirkungen, nicht was kommt und wieder geht.“

Ich frage mich, was ist „Nutzen“? Überlebensrate? Lebensqualität ist nicht nur wichtig bezüglich Langzeitfolgen, sondern auch bei (reversiblen) Nebenwirkungen. Ich bin überzeugt, der Schock der Diagnose verarbeitet sich umso schwerer, je belastender die Therapie ist. Je weniger Lebensmut da ist, desto mehr Kraft kostet es, auf Gesundung oder gar Heilung zu hoffen. Was ist unnötige Panikmache, was verzögerte Behandlung?

Während ich noch weiter nachdenke, mich erinnere an meine Berufserfahrungen mit gynäkologischen Krebserkrankungen, rauscht der schon angesagte Urologe in den Raum: „Wir in der Urologie haben es ja immer eilig, weil es uns immer so drängt, hahaha.“ Der spätmittelalterliche Kollege, der

zu meiner Rechten bisher non stop mit der Kamera hantiert hat, rutscht auf seinem Stuhl hin und her. Dann klingelt es links von mir unter dem Tisch. „Wenn mein Handy klingelt, klingelt es anders“, sage ich. Der Herr zur Linken kramt, das Klingeln wird erst lauter, dann stumm. Der gerade über Prostata referierende Arzt grinst wie der Doktor aus einer Vorabendserie: „Kann ich Ihnen helfen? Mit Handys kenne ich mich auch aus!“ Was ich noch lerne: Es gibt nicht nur bezüglich Frauen menschenverachtende Sprache in der Medizin, auch die Männer kommen dran – und sie merken sogar selbst an, „kastationsresistent“ sei schon als Wort nicht schön.

Wie es denn mit dem Fortschritt in der Medizin so sei, war in der Diskussion gefragt worden. Wie lange es denn dauere, bis eine Studie in einem „Wald-und-Wiesen-Krankenhaus“ angekommen sei. Naja, die Studien müssten erst mal gemacht und dann publiziert und dann eben auch noch gelesen werden, kommt es eher kleinlaut. Und bis zu den offiziellen Leitlinien könne es schon mal fünf Jahre dauern und in manch Krankenhaus komme es auch nie an. Der Chefarzt unterbricht und wird deutlicher: „30% kommen zu den Kongressen und das sind immer dieselben, die anderen sehen Sie nie.“

Auf dem Nachhauseweg blättere ich durch die neueste Auflage vom „Klinikleitfaden Gynäkologie“. Das Wort Psycho-Onkologie ist nicht gefallen, geschweige denn etwas – Ernsthaftes – zum Thema Kommunikation. Da lese ich plötzlich „Verhalten in Krisensituationen“. Aber ich hatte mich zu früh gefreut, die Überschrift geht weiter „... des Arzt-Patient[!]-Verhältnisses in Klinik und Praxis“. Es geht darum, wie sich medizinisches Personal im eigenen Interesse verhalten soll bei Beschwerden „über einen angeblichen Behandlungsfehler“ oder wenn eine Patientin nicht nur mit Angehörigen, sondern auch Rechtsbeistand zumal unangemeldet auftaucht und z.B. Krankenakten verlangt. Sie wird sich kaum darüber beklagen wollen, dass sie als „Patient“ bezeichnet wird. ☹

#### Anmerkungen

GIULIANO, A.E. / McCall, L.M. / Beitsch, P.D. et al. ACOSOG Z0011:

[A randomized trial of axillary node dissection in women with clinical T1-2 N0 M0 breast cancer who have a positive sentinel node.](#)

Citation: J Clin Oncol 28:7s, 2010 (suppl; abstr CRA506)

Abstract No: CRA506;

[http://abstract.asco.org/AbstView\\_74\\_47842.html](http://abstract.asco.org/AbstView_74_47842.html)

SEHOULI, J. / Blohmer, J.U. / Kuemmel, S.: [Randomized phase III adjuvant study in high-risk cervical cancer: Simultaneous radiochemotherapy with cisplatin \(S-RC\) versus systemic paclitaxel and carboplatin followed by percutaneous radiation \(PC-R\): A NOG-AGO-AGO-Intergroup Study.](#) Citation: J Clin Oncol 28:7s, 2010 (suppl; abstr 5005); [http://abstract.asco.org/AbstView\\_74\\_53909.html](http://abstract.asco.org/AbstView_74_53909.html)

#### Literatur

GOERKE / STELLER / VALET: [Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe.](#) Urban & Fischer (7. aktualisierte Auflage 2008)

#### Copyright

Kunstwerk © Diana Hartung-Gräßer