

Angriff auf die Weiblichkeit

In einer großen Serie stellt die Frankfurter Neue Presse die sechs häufigsten Krebserkrankungen vor. Brustkrebs ist eine davon: Jede zehnte Frau in Deutschland erhält im Laufe ihres Lebens die Diagnose. Entgegen früheren Jahren ist die Chance auf Heilung gestiegen: Neue Diagnose- und Behandlungsmethoden sagen dem Krebs den Kampf an – und gewinnen ihn immer öfter.

Wenn Frauen einen Knoten in ihrer Brust ertasten, gerät ihre Welt aus den Fugen. Folgt die Diagnose Krebs, beginnt für die Frau, die nun in erster Linie Patientin ist, ein anderes Leben. Wenn bislang Arbeit und Familie, Planung und Organisation den Alltag bestimmten, die eigenen Belange erst weit nach „die Kinder zum Sport fahren“ und „nach der Arbeit schnell einkaufen“ kamen, kehrt sich die Prioritätenliste mit der Diagnose Krebs schlagartig um.

Prof. Dr. Christine Solbach, Leiterin des Brustzentrums der Universitätsklinik Frankfurt sagt: „Wenn ich einer Patientin die Diagnose eröffne, kommt sehr bald ihre Sorge um die Familie und wie nun alles weitergehen soll zum Ausdruck.“ Anders, als bei den meisten Krebserkrankungen, die im späteren Lebensalter auftreten, trifft Brustkrebs Frauen häufig in jüngeren Jahren. Etwa jede vierte Frau ist noch keine 55 Jahre alt, jede zehnte ist unter 45.

Brustkrebs ist zudem der Krebs, an dem Frauen mit Abstand am häufigsten erkranken. Jede zehnte Frau in Deutschland erhält im Laufe ihres Lebens diese Diagnose. Aber es ist auch der Krebs, der große Chancen auf Heilung hat. Statistiken des Zentrums für Krebsregisterdaten des Robert Koch Instituts weisen 75.000 Neuerkrankungen für 2014 in Deutschland aus. 2010 waren es noch rund 70.000 Neuerkrankungen und knapp 17.500 Sterbefälle. Insgesamt errechnen die Statistiker für 2010 eine 5-Jahres-Überlebensrate von 87 Prozent. Fünf Prozent der Mammakarzinome sind bereits zum Zeitpunkt der Diagnose metastasiert – die Chance auf Gesundung liegt dann deutlich niedriger, als bei lokal und regional begrenzten Tumoren.

Eine Ursache für Brustkrebs wird in hormonellen Einflüssen vermutet. Dazu zählen ein frühes Einsetzen der Regelblutung und eine späte Menopause, also die Zeitspanne, die der Körper einer Frau regelbedingten monatlichen hormonellen Schwankungen ausgesetzt ist. Negativ können sich auch Hormontherapien in den Wechseljahren auswirken oder Hormongaben allgemein. Im Vergleich erkrankten Frauen seltener an Brustkrebs, wenn sie Kinder zur Welt gebracht und gestillt haben.

Nur ein geringer Teil, fünf bis zehn Prozent der Erkrankungen, geht auf erbliche

Ursachen zurück, nämlich auf Mutationen der Brustkrebsgene I und II, die auch Eierstockkrebs auslösen können. Als sich die Schauspielerin Angelina Jolie vor zwei Jahren vorsorglich das Brustdrüsengewebe und kürzlich auch die Eierstöcke entfernen ließ, drang vielfach erstmals ins Bewusstsein, dass Brust- und Eierstockkrebs überhaupt erblich bedingt sein können. Eine Nachricht, wie sie deutlicher nicht aufzeigen könnte, dass Brustkrebs mehr als jeder andere Krebs die offensichtliche Weiblichkeit angreift. Zugleich ist er der Krebs, den die Frau selbst an sich ertasten kann, weil er nicht in einem inneren Organ sitzt.

Den Knoten selbst ertasten

Die Krebsvorsorge liegt also mit in den Händen einer jeden Frau, doch nur etwa 15 bis 30 Prozent der Frauen tasten selbst. Viele verlassen sich auf die jährliche Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt. Dennoch haben in 60 bis 80 Prozent aller Fälle die Frauen selbst den Knoten in der Brust entdeckt, der, wenn er zufällig tastbar ist, schon eine deutliche Größe erreicht haben kann.

Seit zwischen 2005 und 2009 deutschlandweit das Mammografie-Screening zur Krebsfrüherkennung für Frauen über 50 Jahren eingeführt wurde, stieg die Zahl der Diagnosen, da schon kleinste Veränderungen und Krebsvorstufen erkannt werden. Was nicht immer positiv zu bewerten ist, denn das kann dazu führen, dass übertherapiert wird. Das heißt, eine Krebsbehandlung wird eingeleitet, die im Grunde überflüssig wäre. Denn nicht jede Krebsvorstufe entwickelt sich auch zu einer

lebensbedrohlichen Erkrankung. Hier sind sich selbst die Experten uneinig. Es heißt, auf eine Frau, die gerettet wird, kommen zehn, die unnötig operiert werden. Zudem verursacht das Screening durch die Reihenuntersuchung völlig gesunder Frauen enorme Kosten. Und jede Mammografie geht für die Patientin mit der Angst einher, es könne ein bösartiger Tumor entdeckt werden, erst recht, wenn ein „unklarer“ Befund vorliegt. Dass Tumore noch rechtzeitig entdeckt werden können, gibt dennoch für viele Frauen den Ausschlag, am Screening teilzunehmen.

Dazu raten auch die Ärzte aufgrund der Heilungschancen. „Als ich in den 90er Jahren anfang, als Ärztin zu arbeiten, hat man noch ohne vorherige Diagnose den Knoten entfernt, gegebenenfalls eine Schnellschnittuntersuchung durchgeführt und Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt. Heute hat sich das Behandlungskonzept erheblich geändert“, sagt Solbach. Es wird individuell auf die Patientin zugeschnitten: Zunächst wird nach einer Gewebeentnahme genau untersucht, um welche Art Mammakarzinom es sich handelt, denn die Tumorbiologie, dass heißt die Eigenschaften des Tumors, haben heute eine größere Bedeutung als die Größe eines Befundes. Die wichtigste Frage ist: Wie gefährlich ist der Tumor? Wie groß ist er? Wo sitzt er? Ist er schnell wachsend oder nicht, spricht er auf eine Hormonbehandlung an, ist er lokal begrenzt oder hat er schon gestreut? Dann: Wie alt ist die Patientin, wie ist ihre Konstitution, wie sind ihre Lebensumstände? Kann brusterhaltend operiert werden und wie?

Sind alle Faktoren bedacht, wird das Behandlungskonzept erarbeitet. Je nach Eigenschaften des entdeckten Tumors, kann zunächst eine Chemotherapie erfolgen, die zur Verkleinerung führt. Nach einer brusterhaltenden Operation – die weitaus häufiger ist als die komplette Entfernung der Brust – schließt sich immer eine Bestrahlung an, um einen Rückfall zu verhindern. Die neueste Technik ermöglicht sogar eine Bestrahlung des Gewebes noch während des Eingriffs.

Das Risiko von Metastasen wird im Anschluss an die

Operation zudem mit Medikamenten gesenkt. Mediziner unterscheiden verschiedene Tumorarten – der Großteil der Brustkrebstumore, etwa 60 bis 70 Prozent, spricht auf eine Hormonentzugsbehandlung an. Das bedeutet für die Frauen allerdings Symptome, wie sie in den Wechseljahren auftreten, meist für mehrere Jahre, je nach Behandlungsdauer. Eine weitere Option bietet die Antikörpertherapie, die bei rund 15 Prozent aller Fälle in Frage kommt: Die Patientinnen bekommen per Infusion ein Medikament, das direkt an den Krebszellen andockt und die Zellteilung hemmt. Tumore können auch auf beide Verfahren ansprechen. Bei besonders aggressiven Karzinomen – etwa 10 bis 15 Prozent – bleibt jedoch nur die Chemotherapie. Betroffen sind häufig jüngere Frauen. Auch wenn das Risiko der Metastasierung hoch ist, empfehlen die Ärzte eine Chemotherapie.

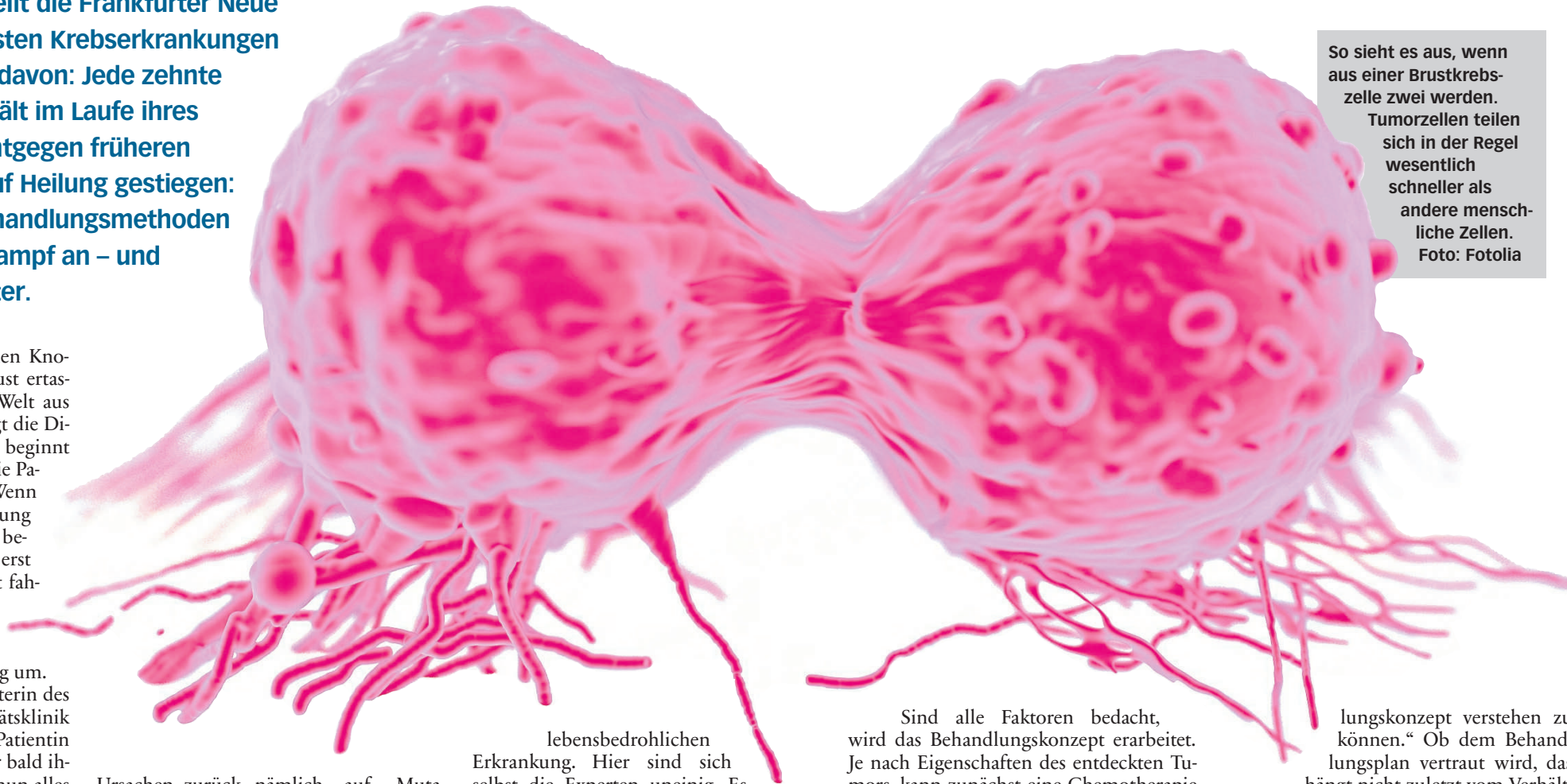
„Brustkrebs ist keine Notfalldiagnose“, erklärt Solbach. „Effektiv ist ein Behandlungskonzept, wenn die Besonderheiten eines jeden Tumors berücksichtigt werden. Die Patientin sollte eine ausreichende Bedenkzeit haben, um das Behand-

lungskonzept verstehen zu können.“ Ob dem Behandlungsplan vertraut wird, das hängt nicht zuletzt vom Verhältnis zum behandelnden Arzt ab. „In der Regel habe ich die Patientin schon drei, vier Mal in der Sprechstunde gesehen und konnte eine Beziehung zu ihr aufbauen“, sagt Solbach. Häufig informieren sich Patientinnen zusätzlich in Internetforen. Allerdings führt das oft zu größerer Verwirrung als Klarheit. Dann holen die Frauen eine Zweitmeinung bei einem anderen Arzt oder Brustzentrum ein. „Für diese Fälle haben wir inzwischen extra eine Zweitmeinungssprechstunde eingerichtet, denn wir haben immer mehr Anfragen bekommen“, sagt Solbach.

Vier zertifizierte Zentren

Dieser Wunsch der Frauen nach Sicherheit bedeutet für Klinikärzte einen zusätzlichen Arbeitsaufwand, der nur gering vergütet wird. Doch für die Klinik liegt in jedem Beratungstermin auch die Chance, eine neue Patientin zu gewinnen. Rund 1000 bis 1200 Frauen erkranken im Raum Frankfurt jährlich erstmals an Brustkrebs. Vier Frankfurter Kliniken bieten ein von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziertes Brustzentrum: Markuskrankenhaus, Universitätsklinik, St. Marienkrankenhaus und das Klinikum Höchst. Auch das Krankenhaus Nordwest will mit der neuen Chefärztin der gynäkologischen Klinik ein eigenes Brustzentrum aufbauen. Angesichts der vielen Möglichkeiten fällt die Wahl schwer. Ganz entscheidend ist die Meinung des niedergelassenen Gynäkologen, zu dem die betroffene Frau seit Jahren geht. Er spricht in der Regel die erste Empfehlung für eine Klinik aus. Letztlich muss sich die Patientin bei dem Arzt und in dem Krankenhaus gut aufgehoben fühlen. Nur auf dieser Grundlage schlägt auch die Behandlung positiv an.

So sieht es aus, wenn aus einer Brustkrebszelle zwei werden. Tumorzellen teilen sich in der Regel wesentlich schneller als andere menschliche Zellen. Foto: Fotolia



Krebs – die tödliche Bedrohung

2. Teil: Brustkrebs



Das Mammografie-Screening als Früherkennungsuntersuchung wird für Frauen ab 50 empfohlen. Dabei können Tumore der Brust frühzeitig entdeckt werden. Das kann Leben retten. Doch nicht jeder Befund ist behandlungsbedürftig. Die Kunst besteht darin, das eine vom anderen zu unterscheiden. Nicht immer gelingt dies. Foto: Heike Lyding

EINE PATIENTIN ERZÄHLT

Andrea Bartel, 51, Brustkrebspatientin, erzählt: Bei mir wurde vor einem Jahr die Diagnose Brustkrebs gestellt. Das war ein Schock, aber man muss sich dem stellen. Nach der dritten Chemotherapie sind mir die Haare langsam ausgegangen. Es war schlimm für mich. Ich habe schon immer auf mein Äußeres geachtet. Als der Tag X kam und ich die Hand voller Haare hatte, bin ich zum Friseur gegangen und ließ sie mir abschneiden, dann war das eben so. Ich bin kein Typ für Mützen oder Tücher. Deswegen hatte ich mir vorher schon eine Perücke machen lassen, so, wie ich die Haare getragen habe. Mit der Perücke habe ich mich

sofort pudelwohl gefühlt. Auch wenn ich anfangs immer dachte – merkt es jemand? Oder empfindlich war und meinte, alle schauen mich an. Dann war ich überrascht – und stolz – dass es keinem auffiel. Oder dass ich sogar Komplimente bekommen habe. Mein Mann hat mich immer sehr unterstützt. Zuhause habe ich die Perücke nicht getragen und er hat mir gesagt: Du siehst für mich immer hübsch aus. Das hat mir gut getan. Unangenehm war, dass auch die Haare in der Nase ausgefallen sind – ständig lief mir die Nase. Auch Wimpern und Augenbrauen fallen aus. Im Dezember habe ich an einem Schminkseminar im Markuskranken-

haus teilgenommen. Da habe ich gelernt, wie ich meine Augenbrauen mit Stift und Lidschatten zeichnen kann. Das war toll. Auch fürs Make-Up haben wir gute Tipps bekommen. Ich dachte: „Mensch, da schminkest du dich schon so lange, und dabei hättest du das mit ein paar kleinen Änderungen noch viel besser hinbekommen.“ Im November hatte ich die letzte Chemo. Jetzt kommen die Haare langsam wieder, und ich frage mich, ob ich ohne Perücke gehen soll. Wieder stelle ich mir die Frage – wie sieht das aus? Merkt es einer, dass ich eine Chemo hatte? Alles, was so selbstverständlich war bis zur Diagnose Krebs, zum Beispiel, dass man Haare

hat, ist auf einmal gar nicht mehr selbstverständlich. Wenn man Krebs hat, muss man sich sehr umstellen. Aber man muss auch mal alle Fünfe gerade sein lassen können.



Sie kennt die Sorgen und Nöte der Frauen

Weil Brustkrebs für Frauen eine ganz besondere Belastung darstellt, gibt es speziell ausgebildete Schwestern, die den Patientinnen zur Seite stehen. Gabriele Kilian ist eine von ihnen.

Die Diagnose Brustkrebs ist für Frauen nicht nur in medizinischer Hinsicht beängstigend, sondern auch in Hinblick auf ihre Weiblichkeit, ihr Körper- und Schönheitsgefühl. Um dieser besonderen Situation gerecht zu werden, gibt es extra ausgebildete „Breast Care Nurses“, die zusätzlich zum Ärzteteam für die Patientinnen da sind und auf ihre besonderen Fragen und Nöte eingehen können. Sie befinden sich an der Schnittstelle zwischen Patientin und Medizinerin und verstehen es, Dinge mit den Frauen zu besprechen, die vielleicht im Gespräch mit dem Arzt zu kurz gekommen sind.

Das Klinikum Frankfurt Höchst beschäftigt gleich zwei Breast Care Nurses.

Eine von ihnen ist Gabriele Kilian. Seit fünf Jahren betreut sie Brustkrebspatientinnen, zuvor war sie 30 Jahre als Pflegerin in der Frauenklinik tätig. „Ich bin bereits bei dem ersten Gespräch dabei, wenn der Patientin die Krebsdiagnose mitgeteilt wird“, erklärt sie.

Wie durch eine Nebelwand

Kilians Aufgabe ist es, die Patientin im Anschluss an das Gespräch weiter zu betreuen, ihr Unterstützung und Hilfe in jeder Hinsicht anzubieten. Sie nimmt sich Zeit, um auf die ersten Ängste und Sorgen der betroffenen Frauen einzugehen. „Dieser Erstkontakt ist sehr wichtig. Denn Patientinnen nehmen die schlechte Nachricht zunächst wie durch eine Nebelwand wahr. Wenn ich die Patientin dann mit in mein Zimmer nehme, ist Ruhe da zum Reden. Häufig fragen sich die Frauen, wie sie ihren Alltag nun organisieren sollen“, sagt sie. Für jede Lebenslage hält sie Infor-

mationsmaterial und Kontaktadressen bereit.

Gabriele Kilian erlebt jeden Fall als sehr individuell. Entsprechend muss sie auf die Frauen eingehen können, die sie oft über Jahre hinweg immer wieder trifft. Mit der Zeit entsteht ein Vertrauensverhältnis. Es sind sehr intime Probleme, die die Frauen umtreiben – Fragen zu Chemotherapie und Haarausfall, Operation und Brustrekonstruktion. „Natürlich muss ich immer neutral bleiben, ganz gleich, für welche Behandlung sich eine Patientin entscheidet“, sagt Kilian. Auch wer sich ausschließlich mit Alternativmedizin versorgt, ist zu respektieren, wird gleichwohl aber umfassend über die gültigen Leitlinien der Krebstherapie aufgeklärt.

Ein anderer Blick

Erstaunlich findet sie, dass auch viele sehr betagte Frauen auf einer Wiederherstellung der Brust bestehen. Dass die Rekon-

struktion nicht immer so komplikationslos verlaufe, wie es wünschenswert wäre – Breast Care Nurses haben einen anderen Blick auf die Behandlung. Sie können vielleicht eher als ein Arzt über negative Begleiterscheinungen sprechen, die sich erst später im Alltag zeigen. Davon, dass

es auch nach der Therapie noch manches Problem zu bewältigen gilt, zeugen etliche Selbsthilfegruppen. Kilian stellt auf Wunsch den Kontakt her. „Das muss jede Frau für sich selbst entscheiden“, sagt sie. „Wichtig ist, dass sich die Patientin sicher, gut beraten und aufgehoben fühlt.“



Gabriele Kilian hat eine Weiterbildung zur „Breast Care Nurse“ absolviert. Im Klinikum Höchst kümmert sie sich um Brustkrebspatientinnen. Bereits wenn der Arzt Betroffenen die Diagnose mitteilt, ist sie dabei. Foto: Reuß

INTERVIEW

„Ästhetik ist wichtig“

Wie kann die Brust nach einer Krebsoperation wiederhergestellt werden? Und wann sollte Brustgewebe vorsorglich entfernt werden? Darüber sprechen die Privatdozenten Dr. Marc Thill und Dr. Ulrich Rieger vom Agaplesion Markus Krankenhaus im Interview.



Dr. Marc Thill

Für Frauen bedeutet eine Brust-OP auch einen Angriff auf ihre Schönheit. Wie gehen Sie damit um?

PD DR. MARC THILL: Sie müssen diesen Aspekt neben dem medizinischen immer mitberücksichtigen:

Wenn Sie kein Ästhet sind, können Sie kein Senologe sein.

Wie erleben Sie die Gespräche mit den Patientinnen in diesem Punkt?

PD DR. ULRICH RIEGER: Die Hauptangst der Patientin besteht sicherlich vor dem Tumor. Aber gleich darauf folgt die Frage, wie es mit der körperlichen Integrität aussieht. Wie ist meine Weiblichkeit nach der Operation?

Wann raten Sie einer Frau zur Rekonstruktion der Brust?

THILL: Beispielsweise, wenn der Tumor eine bestimmte Ausdehnung hat. Brusterhaltend zu operieren ist häufig möglich, aber nicht immer ästhetisch die schönste Lösung, weil die Brüste danach unterschiedlich aussehen. Die erste Hausaufgabe für die Patientin in dieser Situation ist, sich zu überlegen, ob und wenn ja, wie die Brust rekonstruiert werden soll. Die Frau muss selbst entscheiden, ob sie ein Implantat oder Eigengewebe bevorzugt.



Dr. Ulrich Rieger

Noch sind Implantate der Standard. Warum?

THILL: Häufig sind Patientinnen zunächst eher abgeschreckt von der Idee, mit Eigengewebe die Brust wieder aufzubauen. Die Operation ist aufwändiger.

Wenn die Frauen eine Bestrahlung nach der Operation brauchen, kann die Rekonstruktion erst später erfolgen?

RIEGER: Bestrahlung und Implantat – das passt ganz schlecht zusammen. Denn die Bestrahlung schädigt ja das noch vorhandene Gewebe. Das birgt ein erhebliches Risiko für Komplikationen. Im schlimmsten Fall muss das Implantat wieder entfernt werden. Das ist die Domäne des Eigengewebes.

THILL: Zu bedenken ist außerdem: Es ist schlimm für die Frauen, ohne ihre Brust aufzuwachen. Radikale Operationen macht man heute zum Glück weniger. Im Idealfall erfolgen onkologische Operation und Rekonstruktion in einer Operation. So kommt das Brustverlustsyndrom für die Patientin nicht zum Tragen.

Sie befürworten stark den Brustaufbau mit Eigengewebe. Die Operation ist wesentlich komplizierter – worin liegt der Vorteil?

RIEGER: Das Fettgewebe von Unterbauch oder Oberschenkelinnenseite ist dem Brustdrüsengewebe sehr ähnlich. Nimmt man es für die Rekonstruktion, verhält sich das Gewebe wie vorher. Die Brust verändert die Form im Alter, ein Implantat nicht. Das Eigengewebe vollzieht dagegen den Alterungsprozess mit.

Seit Angelina Jolies Fall machen sich viele Frauen Gedanken um einen Gentest und die prophylaktische Brustgewebeerntfernung bei erblichem Brustkrebs – wann ist das sinnvoll?

RIEGER: Zunächst sollten sich die Frauen einer genetischen Beratung unterziehen, um eine Stammbaumanalyse durchzuführen. Je nachdem, wie viele Erkrankungen es in welcher Linie des Stammbaums gab, kann das Risiko berechnet werden. Erst danach wird entschieden, ob eine genetische Testung sinnvoll ist. Allerdings können auch Patientinnen ohne diese bekannten Mutationen in den Genen BRCA 1 und 2 bei familiärer Belastung ein erhöhtes Risiko in sich tragen.

Allein die genetische Disposition reicht nicht, damit Sie eine prophylaktische Brustgewebeerntfernung empfehlen?

THILL: So ist es. Liegt eine BRCA1 oder 2 Mutation vor, besprechen wir eine prophylaktische Brustentfernung, allerdings nehmen wir dies nicht allein zum Anlass, eine so weitreichende Entscheidung mit der Patientin zu treffen. Es gibt zum Beispiel viele unklassifizierte Gene, von denen wir zur Zeit nicht wissen, ob und wie sehr sie für den Krebs verantwortlich sind. Bei einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Eierstockkrebses raten wir ab dem 40. Lebensjahr allerdings definitiv zur Entfernung der Eierstöcke.

Nächste Folge:

Hautkrebs

am Samstag, 30. Mai.

