



Offenheit, geteilter Konsens, vernetztes Wissen

Aufklärung, Behandlung und Nachsorge aus Sicht der Brustkrebs-Patientin

Ursula Ganz-Blättler

Freischaffende Kultur- und Medienwissenschaftlerin, Stans

Zusammenfassung: Dieser Beitrag nimmt an, dass Wissenslücken im Umgang mit Brustkrebs nicht nur bei den akut von einer Krebsdiagnose Betroffenen bestehen, sondern ebenso bei Angehörigen der Ärzte- und Pflegeteams, die in der täglichen Arbeit mit Patient_innen auf professionelle Standards und berufsbedingte Routinen vertrauen (müssen). Das bestätigen qualitative Studien, die sich mit divergierenden Erwartungen im Rahmen medizinischer Aufklärungsgespräche beschäftigen oder, im Rückblick, mit der Zufriedenheit der Patient_innen nach chirurgischen Eingriffen und anderen in vorgängigen Aufklärungsgesprächen beschlossenen Therapien. Drei Aspekte der Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Patient_in werden exemplarisch näher betrachtet: die Bandbreite der vorgeschlagenen Behandlungsmethoden zur Bekämpfung der Krankheit, die (in der Regel unbewussten) Normalisierungstendenzen im Umgang mit dem verehrten weiblichen Körper – und der zunehmend anerkannte Bedarf von Brustkrebspatient_innen nach Austausch mit anderen von der Krankheit Betroffenen.

In search of open minds and shared consent – Information, treatment options and postoperative care from the patient's perspective

Abstract: This paper addresses *knowledge gaps* which are prone to handicap the ongoing communication process between medical/care personnel and patients of breast cancer, due to everyday routine and presumed lack of time. The respective qualitative studies do point to divergent expectations with regards to medical consultations and indicate that patients' satisfaction with therapeutic measures, which were decided in advance, might be improved. Three exemplary aspects of doctor-patient communication are then looked at closer: first the variety of treatment options offered, second the risk of expressing unconscious bias regarding patients' physical appearance and identity, and third the increasingly acknowledged desire of breast cancer patients to consult (... additionally, not alternatively) with other patients that are, or were previously affected by breast cancer and confronted with the decisions this condition entails.

Einleitung

Eine Krebserkrankung ist komplex und betrifft ganz viele Aspekte des Menschseins, auf ganz vielen Ebenen. Was zunächst auf ein mehr oder weniger «lokales» Geschehen im Körper eines Einzelnen bezogen scheint, greift beim Bekanntwerden des Befunds sofort aus auf die ganze Individualität der Betroffenen, nimmt das Umfeld mit in Beschlag und wird auch gleich zum Beispiel dafür, wie wir als Gesellschaft mit der Diagnose «Krebs» umgehen. Dazu kommt, dass mit dem immer häufigeren Auftreten der Krankheit – und mit den immer besseren Überlebenschancen – Krebs zunehmend als chronisches Langzeitgeschehen zu betrachten ist, und das nicht nur mit Bezug auf eine mögliche Metastasenbildung, sondern auch hinsichtlich der weiterbestehenden Risiken von Rückfällen und Folgeerkrankungen, die unter anderem als Neben- und Nachfol-

gen der gegen die Krankheit ins Feld geführten Behandlungen auftreten (zum Begriff der «chronischen Erkrankung» Joos in Nauber [1]).

Das wiederum bedeutet unter dem Strich, dass sich unsere Perspektiven auf Krebs zunehmend ausdifferenzieren: So wie Krebs den «ganzen Menschen» betrifft, ist von Krebs als Volkskrankheit auch das «ganze Gesundheitswesen» betroffen.

Für das medizinisch geschulte Arzt- und Pflegepersonal handelt es sich bei Krebs immer noch um ein (zwar zunehmend wahrscheinliches, aber im Einzelfall nicht vorhersehbares) Krankheitsgeschehen, das in der Regel «von wo» kommt (... etwa von der Brust, Prostata, Niere oder auch von weniger leicht eingrenzbaaren Körperregionen) und möglichst isoliert, am Ort des Geschehens dingfest zu machen bzw. einzugrenzen ist, damit sich der pathologische Befund nicht weiter in andere Körperregionen aus-

breiten kann. Im hypothetischen Idealfall eines rechtzeitig entdeckten Tumors in der Brust geht es darum, den durch Bildgebungsverfahren in Grösse und Form identifizierten Befund *in situ* zu eliminieren, was in der Regel durch chirurgische Eingriffe (Entfernung des Tumors oder des betroffenen Brustgewebes) in Verbindung mit von Fall zu Fall abzuwägenden systemischen Therapien (wie etwa Chemotherapie oder Bestrahlung) geschieht.

Dass sich die gegen Krebs gebräuchlichen Behandlungsoptionen als Folge des medizinischen Fortschritts laufend weiter ausdifferenziert haben, ist der gemeinsamen Sache der Krebsbekämpfung aus dieser Sicht nur förderlich. Wenn es nämlich in der *einen*, dem Befund angepassten Kombination unterschiedlicher Verfahren gelingt, das Wachstum bösartiger Krebszellen zu stoppen, für *jetzt* wie für *später*, bleibt die Chance der von der Krankheit betroffenen Person auf ein Weiterleben «wie zuvor» intakt.

Anders und etwas salopp ausgedrückt, lässt sich *dieser* Krebs im (statistisch ja auch immer häufigeren) Erfolgsfall dauerhaft unterdrücken und sein gebodigter Restbestand getrost zur (Kranken-)Akte legen: *Case closed*.

Was derselbe Krebs für die betroffenen Patientinnen (... und damit meine ich die Minderheit der von Brustkrebs betroffenen Männer ausdrücklich mit!) bedeutet, steht dabei auf einem anderen Blatt. Das Auftreten «in echt» eines bis dahin *denkbaren*, diffusen Gesundheitsrisikos – mit den bekannten Sterblichkeitsraten – besitzt noch immer die Macht, das ganze Dasein ins Wanken zu bringen, allen und auch den zunehmend hoffnungsvollen Prognosen zum Trotz. Gerade weil sich die Krankheit auf leisen Sohlen anschleicht, um parasitär Körper, Geist und Seele für sich zu reklamieren, wird das eigene Betroffensein in der Regel als Schock erlebt und die einschlägige Diagnose weit über den Abschluss der primären Behandlungen hinaus als furchteinflössend erfahren.

Der emotionale Ausnahmezustand erklärt, warum es keine Standardreaktion auf die Eröffnung einer Krebsdiagnose gibt ... ausserhalb der Feststellung, dass dieser Moment übereinstimmend als *disruptiv* (also: einschneidend) geschildert wird. Wobei es, bei genauer Betrachtung, um die individuelle Reaktion auf *zwei* Eröffnungen geht: Der Krebsdiagnose selbst wohnt durchaus die Macht inne, einem den Boden unter den Füßen wegzuziehen. Die nachfolgenden Informationsgespräche zu den Chancen und Risiken der in Frage kommenden Behandlungen ermächtigen demgegenüber in Ansätzen zur Zukunftsgestaltung, weil mit den langwierigen Therapien neben vielen Ängsten und Unsicherheiten auch wieder Prognosen für das *Leben danach* in den Fokus rücken. Dieser Unterschied scheint mir wichtig, weil sich die durch die anstrengenden Krebsbehandlungen Betroffenen in der Regel über Wochen und Monate in einen Schwebezustand zwischen Stärke und Schwäche, Angst und Hoffnung versetzt sehen, was wiederum die Ansprechpartner auf der ärztlichen und pflegerischen Seite in wechselnden Rollen der Beratung, der Begleitung, der Ermutigung und des Trostes fordert.

Ob hier die laufend zunehmende Komplexität der zur Auswahl stehenden, aufeinander aufbauenden Thera-

pieschritte den zuversichtlichen Blick nach vorne eher klärt oder trübt, hängt von vielen Faktoren ab und nicht zuletzt von der Zeit, die der Entscheidungsfindung als solcher zugewiesen bzw. von Arzt und Patientin übereinstimmend eingeräumt wird.

Diese Zeit kann eine Zeit der Ruhe und Einkehr sein oder die Zeit zum Einholen einer Zweitmeinung – oder auch die Zeit zum eigenen Selbststudium einschlägiger Wissensressourcen praktischer wie theoretischer Art.

Zeit braucht es aber auch einfach, um die Dinge sacken zu lassen. Um ein Beispiel zu geben für das *gut Ding, das Weile haben* will: Wenn von ärztlicher Seite zum Schluss eines aufklärenden Gesprächs nachgefragt wird, ob noch Fragen offen sind, liegt dem Gegenüber ein zögerliches «Nein» eher auf der Zunge als ein überzeugtes «Ja». Gemeint ist ein «nein, bisher nicht» ... und das stillschweigende Einverständnis, dass ärztliche Zeitreserven begrenzt sind. Es hilft schon, wenn die Patientin die Praxis mit der Gewissheit verlässt, dass sie auch später noch mit den offen gebliebenen Fragen auf offene Ohren und ein kompetentes Gegenüber trifft, in welcher dialogischen Form auch immer.

Anmerkungen zur Methodik

Dieser Beitrag handelt zwar *auch* vom Dilemma der Patientin zwischen Wissen-Müssen und Wissen-Wollen und von der nachvollziehbaren Hoffnung, angesichts der drohenden Gefahr den *richtigen* Entscheid zu treffen. Vordringlich angesprochen sind aber Ärzt_innen und Pflegenden, und zwar in ihrer wichtigen, häufig unterschätzten Funktion als Vermittlungsinstanz von Expertenwissen. Den Hintergrund der Ausführungen bildet eine Literaturrecherche zum Informationsbedarf von Brustkrebsbetroffenen, flankiert von schriftlichen Selbstzeugnissen unterschiedlicher Couleur und Zielsetzung und ergänzt um selektive Kontrollfragen an (andere) ehemalige Brustkrebspatientinnen im näheren Umfeld der Autorin.

Aus Sicht der Geistes- und Sozialwissenschaften sind Lebenskrisen und der individuelle wie kollektive Umgang damit nicht einfach «Privatsache», sondern eine Form des *sozialen Dramas* [2] und damit eine gesellschaftliche (Herkules-)Aufgabe von existenzieller Tragweite. So sieht das auch Becker [3], der im Brustkrebs (als derzeit häufigsten Todesursache von Frauen in ressourcenreichen Gesellschaften wie der unsrigen) nichts weniger als die nächste umfassende «global healthcare challenge» erkennt – und dabei neben den gewaltigen Fortschritten in der Geburtsmedizin (mit sinkenden Sterblichkeitsraten von Gebärenden weltweit) auch die laufenden Umwälzungen im Zuge der feministischen Emanzipation als wichtige Ursache erwähnt. Diese hätte nämlich die erheblich erweiterten Handlungsräume für die (andere) Hälfte der Weltbevölkerung überhaupt erst geschaffen und den Angehörigen des weiblichen Geschlechts damit neue, flexible Lebensentwürfe jenseits der (... zumindest aus brustkrebspräventiver Sicht nach wie vor wünschbaren ...) Mutterrolle eröffnet.

Zu diesen flexiblen Lebensentwürfen gehört auch ein «Denken in flexiblen Körpergrenzen», wie es Slatman [4] und de Boer [5] (und [6, 7]) vertreten: De Boers phänomenologisch inspirierte Doktorarbeit von 2016 verortet den Schlüssel zur Zufriedenheit brustoperierter Patientinnen – ähnlich wie Sarasin Ricklin [8] – im aktiv gestalteten, veränderbaren Selbstbild durch die betroffenen Patientinnen. Das heisst, dass die entsprechenden Fremd- und Selbstwahrnehmungen nicht gegeben sind, sondern Gegenstand ergebnisoffener Aushandlungsprozesse, die wiederum mit länger etablierten gesellschaftlichen Vorstellungen von «Weiblichkeit» und anderen körperorientierten Leistungsnormen wie «gesundes Aussehen» oder «Jugendlichkeit» in Einklang zu bringen sind. Entsprechend wird hier das Arzt-Patientinnen-Gespräch als richtungweisender Schauplatz des Abgleichs unterschiedlicher Idealvorstellungen und Erwartungshaltungen näher betrachtet. Zum einen, weil

- jede im Rahmen diagnostischer Aufklärungsgespräche erörterte Behandlungsoption Gefahr läuft, im Moment ihres Vorzugs gleichwertige Alternativen zu *schliessen* und unbrauchbar zu machen für Anschlussüberlegungen. Und zum anderen, weil
- das *ganze* Arsenal zwischenmenschlicher Kommunikationsmöglichkeiten ausgerechnet in Krisensituationen (wenn also Wissensnotstände auf berufsrollenbedingte Routinen der Wissensvermittlung treffen) Gefahr läuft, beschränkte Ausschöpfung zu erfahren. Das wird im letzten Teil dieser Ausführungen im Zusammenhang mit dem Begriff des *shared decision-making* und mit dem Ruf nach *ganzheitlichen* Ansätzen in der Krebsmedizin aufgegriffen.

Brusterhalt und Brustaufbau – die Krux mit den Begriffen

Die im ursprünglichen Sinn umfassende Entfernung der weiblichen Brust als Radikalmassnahme gegen bösartige Tumore (seit 1894) wurde in den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts durch die gezieltere Entfernung des Tumors in Kombination mit Bestrahlung ergänzt [2]. Beiden chirurgischen Verfahren kam bei ihrem Aufkommen umwälzende Bedeutung zu; mit der gewebesparenden Variante der *lumpectomy* (gegenüber *mastectomy*) konnten neben der schieren Risikoabwägung auch Kriterien des Patientenwohls berücksichtigt werden. Dass sich die ursprüngliche Kontur der Brust mehr oder weniger erhalten liess, eröffnete neue Aspekte für die Behandlung wie für den prüfenden Blick in den Spiegel: Das Überleben war jetzt nicht mehr ausschliessliches Ziel, jedenfalls nicht ein «Überleben um jeden Preis».

Weil sich die Krebsmedizin seither noch viel weiter ausdifferenziert hat und insbesondere im Bereich der Brustentfernung neue gewebesparende Optionen entwickelt hat, die spezifisch auf den Erhalt des Brustmuskels abzie-

len, aber auch auf eine Wiederverwendung der Haut und/oder der Brustwarzen, sind heutige Aufklärungsgespräche von zwei grundsätzlichen «Logiken» bestimmt. Auf der einen Seite steht zur Disposition, was medizinisch *muss*; auf der anderen Seite, was ästhetisch *kann*. Und das Dilemma des ärztlichen *Nichtwissens* ergibt sich nur schon aus der Frage, welche Gewichtung wohl die Krebspatientin vornimmt, wenn es darum geht, irgendwann in naher Zukunft zu einem befriedigenden Resultat hinsichtlich Risikoabschätzung wie *cosmetic outcome* zu kommen. Ganz persönlich, sei es aufgrund des Körperbewusstseins, im Zusammenhang mit familiären Dispositionen oder vorgängigen Krebserfahrungen – oder, ganz banal, als stimmige Folgerung aus einer Lebensplanung, die sich komplett jenseits statistischer Durchschnittswerte abspielt.

Um prospektiven Krebsüberlebenden die grösstmögliche Bandbreite an medizinischen Optionen zur Verfügung zu stellen, lohnt es sich, aufmerksam zu bleiben für den eben genannten Unterschied zwischen *Müssen* und *Können*. Damit meine ich: Auch wenn sich immer weniger Frauen der ursprünglichen Standardmethode einer radikalen Mastektomie unterziehen *müssen*, bleibt diese ja trotzdem als unter bestimmten Umständen in Erwägung zu ziehende *Möglichkeit* erhalten; sie ist und bleibt als solche den anderen inzwischen gebräuchlichen Methoden einer Tumorentfernung (mit Brusterhalt oder Brustaufbau) gegenüber ebenbürtig. Vielleicht nicht als erste Wahl und ziemlich sicher nicht als bevorzugte Option des auf, genau, Brusterhalts und Brustaufbaus spezialisierten plastischen Chirurgen ... aber doch als *Option unter anderen*.

Dazu eine Beobachtung aus sprachwissenschaftlicher Sicht: Der Hinweis auf die Möglichkeit einer Ektomie ohne Wiederherstellungsabsicht scheint den plastischen Chirurg_innen im angelsächsischen Raum schneller auf der Zunge zu liegen als ihren Kolleg_innen im deutschen Sprachraum (als Beispiele [9, 10]). Das lässt sich insofern begründen, als die einschlägige Terminologie (also: *lumpectomy* und *mastectomy*) sowohl fachsprachlich wie allgemeinsprachlich gebräuchlich ist und in der Regel denselben Nominaldefinitionen folgt. Heisst: Etwas wird im Wortsinn entfernt (= Ektomie des bösartigen Knotens oder der Brust), wobei sich im Anschluss an diese Grundunterscheidung die in der Praxis gebräuchlichen Varianten der beiden unterschiedlichen Verfahren im Detail weiter ausdifferenzieren lassen.

Deutsche Alltagssprache vertraut demgegenüber auf praxisnahe Realdefinitionen und scheut auch nicht davor zurück, medizinische Fachbegriffe auf ihren Gebrauchswert herunter zu brechen. Das hat beim Begriff «Mastektomie» (als Brustentfernung) zu einer leichten Bedeutungsverlagerung insofern geführt, als der Begriff – und zwar spezifischer als im englischen Sprachgebrauch – als Entfernung der *Brustdrüse* zu verstehen ist und nicht als (... sehr viel weniger gebräuchliche) Totalentfernung inklusive Muskel und Haut (dazu stellvertretend der Eintrag «Mastektomie» im Online-Lexikon «Doc Check» [11]).

Es fehlt bei einem solchen Sprachgebrauch nur noch wenig (nämlich der Perspektivenwechsel vom Wege-

schnittenen hin zum Stehengelassenen), um im ärztlichen Aufklärungsgespräch aus der Entfernung des Tumors den sachlich korrekten deutschen «Brusterhalt» zu konstruieren und aus der Mastektomie den prospektiven, in Aussicht gestellten Prozess eines «Brustaufbaus», in mehreren möglichen Varianten der Ausführung. Um zu diesen Varianten zu gelangen, braucht es zwar die vorgängige Entfernung von Teilen der Brust – aber im Fokus steht, was re- oder besser: neu konstruiert wird. Der Schnitt als solcher tritt in den Hintergrund bzw. wird instrumentalisiert als Mittel zum Zweck (des nachfolgenden Aufbaus).

Worauf ich hinaus will: Wer dazu neigt, den medizinischen Fachbegriff der Mastektomie in seinem Beratungsalltag weniger als «brustentfernende» denn als «brustaufbauende» Grundoperation zu verstehen, tut gut daran, den dritten Weg einer Brustentfernung *ohne* Aufbau stets im Hinterkopf zu behalten und als Eventualität explizit zu benennen, sei es für jetzt oder für später. Es ist wichtig, diesen Weg zur Sprache zu bringen und für entsprechende Rückfragen seitens der Patientin gewappnet zu sein, und zwar ungeachtet der eigenen Haltung zur *Amputation* und im Wissen, dass man die Patientin in diesem Fall auch weiter verweisen kann auf das ausgewiesene Fachpersonal für *alternative* Folgeoperationen – gemeint hier im Sinne der ganzen Bandbreite an Innovationen, die die Epithetik wie auch die Tätowierkunst mittlerweile zu bieten haben (dazu die Webseiten im Anhang A).

Bei genauer Betrachtung ist da nämlich nach dem erfolgten Schnitt, nicht *nichts*, sondern wie bei den gewebesparenden Methoden eine Basis, die der Patientin ohne Aufbauwunsch wie auch der Patientin eines komplika-

tionsbedingten «Rückbaus» zur Verfügung steht, um ihre Oberweite ganz nach Bedarf und Wunsch und jedenfalls flexibel zu gestalten.

Wie ein entsprechender Entscheidungsbaum basierend auf der Betonung des zu entfernenden Gewebes (... und die zu treffenden Folge-Entscheidung) aussehen könnte, illustriert Abbildung 1.

Die Gefahr solcher *ausblendenden* sprachlichen Gepflogenheiten lassen sich aber auch in anderen Bereichen der spezialisierten Krebsbehandlung finden und selbstkritisch hinterfragen. Ich denke dabei etwa an die Aufklärungsgespräche zu systemischen Therapien, wo das Ausmass der Vergiftungssymptome und die Aussicht auf mögliche bleibende Schäden zur Disposition stehen und umfassend zu kommunizieren sind [12]. Auch hier gilt, wie im Fall der operativen Therapien, dass die Vielfalt der Optionen zwar das Überleben zunehmend wahrscheinlicher macht, zum guten Glück, aber auch immer wieder neue (und: beide Seiten herausfordernde) Fragen aufwirft hinsichtlich der Lebensqualität im *Leben danach*.

Weiblichkeit oder Endlichkeit? Die Krux mit den Selbstbildern

In der plastischen Chirurgie sind Fragen der Ästhetik (von griechisch *aisthesis*, verstanden als individuelle und kollektive Wahrnehmung) von zentraler Bedeutung. Dabei ist die art- wie die patientenseitige Wahrnehmung nicht frei

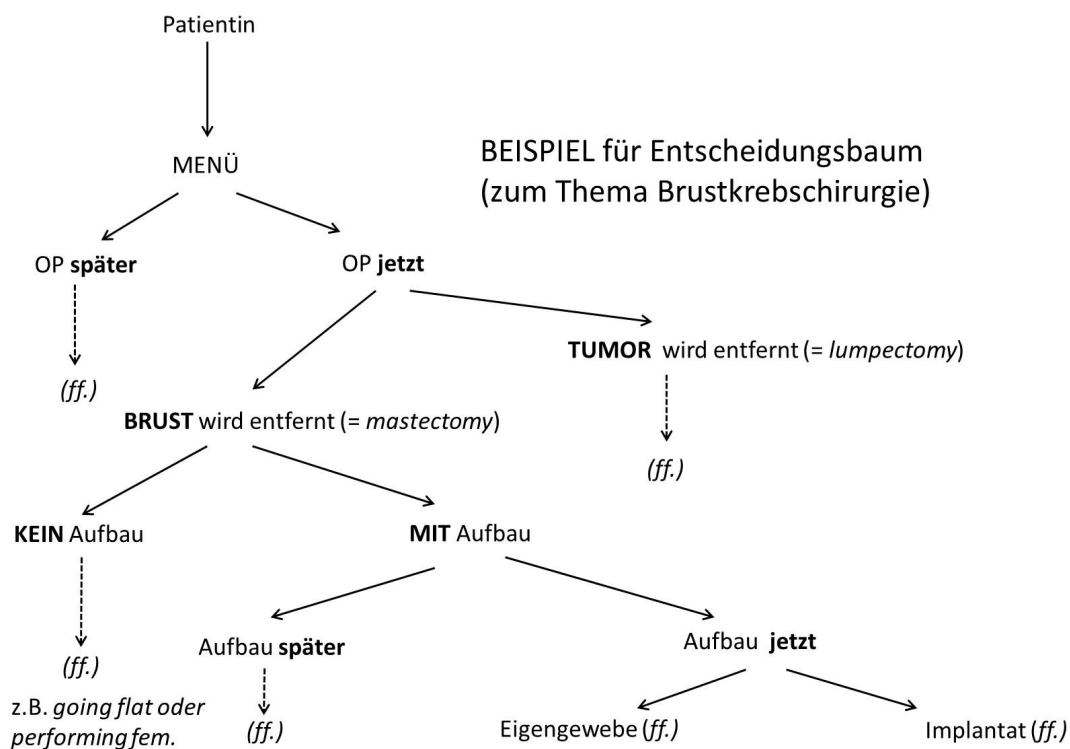


Abbildung 1. Beispiel für Entscheidungsbaum (zum Thema Brustkrebschirurgie). Mit «OP später» ist gemeint, dass zunächst eine neoadjuvante systemische Therapie appliziert wird. «Aufbau später» kann bedeuten, dass die Schnittführung einen späteren Aufbau antizipiert [31] oder dass ein Aufbau erst später ins Auge gefasst wird [1].

von gesellschaftlichen Erwartungen. Diese Erwartungen spielen als Kriterien bei der therapeutischen Entscheidungsfindung genauso eine Rolle wie persönliche Vorlieben oder die individuelle Spezialisierung auf bestimmte (zum Beispiel chirurgische) Verfahren. Auch Schönheitsstandards sind zeit- und kulturabhängig und Moden unterworfen – und damit alles andere als «gesetzt».

Die äussere Form der weiblichen Brust ist ein besonders heftig umkämpfter Schauplatz gesellschaftlicher (Wunsch-) Vorstellungen, und ihr Symbolwert entsprechend hoch. Dabei kann vergessen gehen, dass der Brust nicht nur Bedeutung hinsichtlich einer (wie auch immer definierten) Weiblichkeit zukommt, sondern in erster Linie materieller Wert als Bestandteil unserer Körperoberfläche und «Aussengrenze», mit all den taktilen und sensorischen Kapazitäten des sinnlichen Erlebens, die unser individuelles Körperbild prägen [13].

Dieses Körper- oder Selbstbild muss im Lauf eines Lebens immer wieder revidiert und veränderten Gegebenheiten angepasst werden, nicht nur im Fall wortwörtlich *einschneidender* Massnahmen wie im hier diskutierten Fall operativer Eingriffe zur Krebsbekämpfung.

Letztlich ist beides, das Fremd- und Selbstbild (hier: als «Frau») wie das intrinsische Körperbild, Gegenstand von lebenslangen Aushandlungsprozessen – und das, was Medizin an (Re-)Konstruktion zu leisten vermag, lediglich Ausgangspunkt und Hintergrund einschlägiger Bedeutungszuweisungen – ein Prozess und nicht *the real thing* [8]. Dieser Umstand enthebt zwar die rekonstruierend tätige plastische Chirurgie einiger perfektionistischer Ansprüche, zum Glück. Er löst aber nicht das Problem der ärztlichen Mitverantwortung hinsichtlich der Bewältigung vielfacher traumatischer Erfahrungen bei Krebs, die von der körperlichen Versehrung über massive Kontrollverluste bis hin zur Trauer um unwiederbringlich verlorene Lebensträume reichen.

Es ist spannend zu beobachten, wie die in qualitativen Studien befragten Akteure der einschlägigen Entscheidungsfindung (also: Patient_innen, nahestehende Bezugspersonen sowie Vertreter_innen der Ärzteschaft) mit normalisierten Rollenmustern von «Weiblichkeit» und «Versehrung» umgehen ... und wie unterschiedlich die Strategien der Bewältigung sein können. Zwei der Beobachtungen seien hier zusammengefasst, stellvertretend:

Wenn in der Öffentlichkeit Brustkrebs unhinterfragt als Frauenkrankheit wahrgenommen wird und diese Wahrnehmung an der weiblichen Brust als «Tatort» dingfest gemacht wird, führen das La, Jackson und Shaw [14] auf die weltweite Erfolgsgeschichte der *Pink-Ribbon*-Aufklärungskampagne zurück. In den entsprechenden, als *hyperfeminin* bezeichneten Darstellungen von Brustkrebsüberlebenden als «Heldinnen» bleiben die Bedrohungen ebenso wie die Anstrengungen des Kampfes in der Regel ausgeklammert. Das heisst, man muss sich beides zur Geschichte des gemeinsam errungenen Triumphs über die Krankheit «dazu» denken; es sind quasi die Betriebskosten der Heilung.

Genau diese «Kosten» sind jedoch für die befragten Patientinnen und deren allfällige Partner_innen längerfristig sehr präsent, inbegriffen die Rückfallrisiken nach abge-

schlossener Behandlung und praktische Fragen zu nicht auszuschliessenden Neben- und Spätfolgen. Natürlich rückt dabei der *kosmetische Outcome mit* in den Fokus, bezogen im doppelten Sinn auf das körperliche Wohlbefinden und die Attraktivität als Frau – und zwar ungeachtet der Frage, ob Patientinnen in festen Partnerschaften leben oder eine solche anstreben und ob sie mit Männern oder Frauen liiert sind bzw. liiert sein möchten. Im Vordergrund der Überlegungen zu Chancen und Risiken stehen jedoch die Therapien als solche, mit *allen* Konsequenzen für die Risikoverminderung durch (weitere) Tumore und das Wohlergehen der Patientin (zur Rolle der Partnerbeziehung bei Brustkrebs [15–17]).

Die langfristigen Prozesse der Neukalibrierung veränderter Körpergrenzen mit und nach Krebs hat ausgiebig De Boer [5] untersucht. Ihr phänomenologischer Zugang arbeitet die Aspekte der Selbstermächtigung heraus und damit jene Momente der Verarbeitung, die darüber entscheiden, was von den chirurgischen Resultaten einer Tumoresektion oder einer dauerhaften Modifikation der Brust proaktiv ins eigene Körperbild integriert wird ... vielleicht aber auch als schmückendes Accessoire (mit performativer Funktion) verbucht wird oder als lästiger bis unzumutbarer (... weil zum Beispiel unterhaltsintensiver oder Schmerzen verursachender) Fremdkörper.

Weil solche biografischen (Schreib-)Prozesse höchst divergent ablaufen, raten Rubin und Tannenbaum [18] auch wieder zum Hinterfragen der an solchen Prozessen massgeblich beteiligten medizinischen Expertise. Es sei ja nicht auszuschliessen, meinen die Autoren, dass die Favorisierung einer besonders symmetrischen (oder einer anderen besonders «schönen») Form durch die konstruktiv tätige plastische Chirurgie weniger der Perpetuierung patriarchalischer Denkmuster geschuldet sei als vielmehr der *eigenen* negativen Gefühle angesichts der elementaren Verwüstung des Lebendigen durch Krankheit und Tod. Beschönigung, nicht Bewältigung wäre dann die Inspiration, etwas plakativ gesagt. Der Phänomenologe Alfred Schütz bezeichnet diese zutiefst menschliche Gefühlslage übrigens als «Fundamentalangst» [19]: Wir wissen um die Endlichkeit unseres Tuns und müssen den Tatbestand des Kontrollverlusts zähneknirschend hinnehmen – aber wir nerven uns doch ob der Tatsache, dass alles Machbare dort an seine Grenzen kommt, wo unser Wissen endet: am Übergang.

Auch hier gibt es wieder Parallelen zur systemischen Krebsbehandlung mit ihren naheliegenden Attraktivitäts- und Körperbilddiskursen: Der Verlust von Körperbehaarung mag genauso wie der von der Anstrengung deutlich gezeichnete Leib in Tat und Wahrheit «nur» das Zeichen einer vorübergehenden Beeinträchtigung sein. Aber wir sind in dieser Zeit trotzdem *Gezeichnete* und finden uns in zumeist unliebsame Rollenerwartungen hinsichtlich Gender und Alter bugsiiert, die von uns schon im Voraus Massnahmen des Anerkennens (oder: Verschleierns) und eine entsprechende affirmative (oder auch: performative) Sicht und Haltung verlangen. Wenn La, Jackson und Shaw [14] den affirmativen bis humoristischen Umgang mit solchen Einschränkungen als *queering* bezeichnen, meinen sie da-

mit eine grundsätzliche Entscheidung, das aus traditionell patriarchalischer Sicht *Beschämende* (also die «Männerbrust» oder die «Glatze») bewusst und öffentlich umzuwenden als «wunderbar» (= *fabulous*); es geht um ein Sich-Einlassen auf das Spiel mit fließenden Geschlechtergrenzen.

Dazu noch, als wichtige Ergänzung buchstäblich am Rand: Männer mit Brustkrebs sind solchen schwierigen Bezügen noch viel mehr als Frauen ausgesetzt und sehen sich allein gelassen – weil ihre Krankheit als eine vorwiegend *weibliche* wahrgenommen wird, und als eine äusserst selten auftretende noch dazu.

Survivorship als Zeugnis, Stimme und Anschauung

Onkologisch geschultes medizinisches Personal in den unterschiedlichen Spezialisierungen kann die Brustkrebspatientin auf ihrem beschwerlichen Weg hin zu einer *neuen Normalität per default* nur ein Stück weit begleiten. Die Richtung muss jede(r) Betroffene(r) selber bestimmen und auch den Mut aufbringen zum eingeschränkten Navigieren in schwierigen Wetterlagen. Dafür gibt es ja auch die spezialisierten, nachsorgeorientierten «Lotsendienste» in Form von (stationären wie ambulanten) Rehabilitationseinrichtungen und Fachstellen für Krebs mit ihren vielfältigen, multidisziplinären Begleitangeboten.

Dieses «Stück weit» der Begleitung durch Ärzteschaft und Pflege verweist andererseits aber auch auf die Bedeutung der kontinuierlichen *hausärztlichen* Betreuung sowohl während wie nach einer Krebserkrankung. Anita Steiner lässt die fiktive Hauptfigur ihrer Überlebensgeschichte folgendes über den Hausarzt als «Vermittler» sagen:

«Lenas Hausarzt nimmt ihr keine Entscheidung ab. Etwa bei der Frage Chemo Ja oder Nein. Er liefert Fakten, erklärt die Zahlen der Statistiken, stellt die Bilder von MRI und CT in einen ganzheitlichen Zusammenhang. Er holt Drittmeinungen von Kolleginnen ein, wenn er sich nicht sicher ist, baut Brücken zwischen dem betroffenen Menschen und den Radiologinnen, Onkologinnen und Komplementärmedizinerinnen. Er ist der Platzhalter des gesunden Menschenverstandes.» [20; S. 27–28]

Die hausärztliche Versorgung braucht es nur schon, weil man Menschen im Idealfall länger kennen muss, um wirklich einen Eindruck zu erhalten von dem, was sie bewegt und was für sie in einer so umfassenden Gesundheitskrise alles auf dem Spiel steht.

Aber auch die Erfahrung anderer Krebsüberlebender – und die Schwarmintelligenz all der anderen Krebsbetroffenen «da draussen» – kann entscheidende Impulse liefern, weitere Argumente für oder wider einen Entscheid ins Feld führen und existenzielle Sorgen und Ängste relativieren.

Beides, der Hausarzt wie die Gemeinschaft der *peers*, sind dazu da, Gegensteuer zu geben und können zumindest ein paar der Erwartungsunterschiede ausgleichen, die Wei [21] und Ector, Hermens und Blijlevens [22] in ihren vergleichenden Befragungen von behandelnder Ärzteschaft und Brustkrebspatientinnen als regelhaft beschreiben (zu den sich verändernden Bedürfnissen im Lauf der Zeit auch Akechi et al. [23]). In den genannten Studien wird zum einen die Erweiterung der fachlichen Expertise um holistische (also: ganzheitliche) Ansätze empfohlen, und zwar in der ganzen Bandbreite von der psycho-onkologischen und spirituellen Unterstützung bis zur rechtlich-administrativen Hilfe bei der beruflichen und sozialen Reintegration [24]. Erwähnt wird ausserdem der Wunsch, auf das Erfahrungswissen anderer/früher betroffener Krebspatient_innen zurückgreifen zu können [25].

Petra-Alexandra Buhl sieht eine solche unterstützende Rolle von *Cancer Survivors* für andere von Krebs Betroffene in ihrem Buch «Heilung auf Widerruf. Leben mit und nach Krebs» durchaus kritisch, weil nicht allen Survivors das Vermittlergen gegeben ist. Allenfalls könnten Ehemalige

«... die drängenden Fragen von frisch Erkrankten anders beantworten als Ärzte und Pflegekräfte. Sie könnten die Patienten besser beruhigen, zuhören und mit den Kranken über ihre Ängste sprechen – sofern die Survivors ihre Gefühle und Ängste steuern können. [...] Andernfalls ist die Gefahr gross, dass sie ihre Haltungen und Ängste anderen überstülpen oder sich sogar als Vorbild empfehlen nach dem Motto: <So wie ich musst du es machen, dann schaffst du es auch.>» [26; S. 184–185]

Aufgrund der hier angemahnten möglichen Überforderungen haben sich in letzter Zeit – neben den zunehmend professionalisierten Patientenorganisationen, die es auf nationaler Ebene zu den meisten auftretenden Formen von Krebs gibt – vor allem zwei, sehr unterschiedliche Formen des informellen Supports für vernetzungswillige Survivors wie für Patient_innen mit Austauschwunsch ausgebildet. Auf der einen Seite stehen die von offiziellen Stellen initiierten Mentoringprogramme, die auch Schulungs- und Weiterbildungsangebote für interessierte *Peers* anbieten [27–29]. Ihnen stehen auf der anderen Seite bewusst niederschwellige Angebote für den geselligen Austausch Betroffener untereinander gegen; ein gutes Beispiel dafür ist die von Barbara Kundert in Basel gegründete Tavola Rosa [30].

Es kann von Vorteil sein, wenn solche Erweiterungen der Wissensbasis bereits von institutionellen Stellen und Fachpersonen mit angedacht, geprüft, gefördert und/oder empfohlen werden; dabei denke ich an Universitätskliniken und Brustzentren, aber auch an die für Fragen des Wissenstransfers prädestinierten *breast care nurses*. Wo es solche vernetzten Strukturen kaum oder gar nicht gibt, kann das ärztliche Team im Rahmen des Möglichen Sorge tragen, dass entsprechende Bedürfnisse nicht aussen vor bleiben, sondern ein Echo – und vielleicht sogar den passenden Anschluss – finden.

Ein wichtiger Nebeneffekt solcher «Kompetenzauslagerungen» von Anfang an: Wenn die Last der Konsensfindung bereits ab Diagnose und über den Abschluss der Therapien hinaus auf mehrere Schultern verteilt wird, erleichtert das ein *shared decision making* (gemeint: im Vergleich zu dem in der medizinischen Alltagspraxis leider noch recht häufig vorherrschenden und von der Autoritätsperson im weissen Kittel oft gar nicht intendierten) *informed decision-making* (dazu [25] und zum aktiven Selbstentscheiden im Sinne der *Ermächtigung* insbesondere [31, 32, 10, 33]).

Bleibt zu ergänzen, dass gerade die Fragen der Betreuung bei Neben- bzw. Spätfolgen (der Behandlung wie der Krankheit) einen zunehmenden Bedarf an einschlägigem Spezialwissen freisetzen, da längst nicht alle dieser bleibenden Schäden für die Aussenwelt unmittelbar ersichtlich bzw. nachvollziehbar sind. Kurz gesagt, nützt alle ärztliche Kunst nichts, wenn die Überlebende von Brustkrebs mit nachhaltigen Konsequenzen etwa eines Müdigkeitssyndroms (= *cancer-related fatigue*) fertig werden muss und dabei im verzweifelten Anrennen gegen Windmühlen die letzten vorhandenen Energien aufzehrt (zu den immensen Hürden beim Beantragen einer Sozialversicherungsleistung [34]).

Unter dem Strich sind kommunikative Offenheit, ein beidseitig explizit geteilter Konsens und der Rückgriff auf erweiterte Wissensnetzwerke der Schlüssel zur befriedigenden Abdeckung aller patientenseitiger Fragen und Bedürfnisse. Die entsprechenden Strategien beziehen sich im Idealfall auf längere Zeiträume, vertrauen auf (Selbst-)Reflektion genauso wie auf beherztes Handeln und berücksichtigen auch jene Ressourcen, die beim klassisch-linearen Modell der Informationsbeschaffung leicht aussen vor bleiben.

Ein gemeinsames Ziel sollte sein, dass niemand aufgrund unzulänglich erkannter Kommunikationsdefizite durch die Maschen fällt. Ein anderes gemeinsames Ziel, dass ärztliches Handeln nicht der *Weisheit letzter Schluss*, sondern eingebettet bleibt in andere – alternative oder ergänzende – Formen der Begleitung und Hilfestellung.

Nicht vergessen möchte ich in diesem Zusammenhang die ganze Vielfalt an biografischen Selbstzeugnissen in Wort, Schrift und bewegtem Bild sowie der (erstmal von Orgad [35] beschriebene) kontinuierliche Austausch brustkrebsbetroffener Frauen in elektronischen Foren (... zur Rolle ebendieser Foren als Debattierklubs für den Umgang mit Geschlechts- und andere Rollennormen auch La, Jackson und Shaw [14]). Ausbaufähig erscheint mir in diesem Zusammenhang die Idee informeller *Knowhow*- oder «Erfa»-Gruppen, die nicht notwendigerweise dem gegenseitigen Beistand in der Krise dienen, sondern schlicht dem Informationsaustausch zu gängigen Therapien, *Outcomes* und möglichen Alternativen. Solche Gruppen sind wie gesagt im Internet äusserst aktiv, aber vergleichsweise wenig präsent im *real life*. Vielleicht eine Anregung mit Zukunft?

Wenn sich der Befund «Brustkrebs» über solche nachbarschaftlich orientierten Initiativen ein Stück weit normalisieren liesse – als unvermeidliche und schwerwiegen-

de Volkskrankheit, die den *ganzen* Menschen betrifft und auch im bestmöglichen Verlaufsfall prägende Narben hinterlässt, wäre schon viel gewonnen.

Zurück zum Anfang

Dieser Beitrag hat die Funktion, die Erfahrungen und Erlebnisse von brustkrebsbetroffenen Frauen zuhanden der onkologisch geschulten, in der Regel hochspezialisierten Ärzteschaft zu bündeln und (in wenigen, ausgewählten Aspekten) schlaglichtartig zu erhellen. Er möchte gleichzeitig den von Brustkrebs betroffenen Menschen Mut machen, zur eigenen Erfahrung zu stehen und ihr ureigenes (... *for better or worse* erworbenes) Spezialwissen im Umgang mit der Krankheit zur Disposition zu stellen. Denn viele (... nicht: alle!) Überlebenden der heimtückischen Krankheit Brustkrebs sind mehr als Kronzeuginnen einer medizinischen Fortschritts- und Erfolgsgeschichte. Sie sind Expert_innen für die eigene Befindlichkeit und verfügen über direktes, anschauliches Wissen nicht nur hinsichtlich der passiv zu erduldenen *Behandlungsoptionen*, sondern auch der aktiven *Handlungsoptionen*, die sich bei jedem strategischen Schritt der Krebsbekämpfung als Spielräume für eigenständige Risikoabwägungen und Entscheide eröffnen.

Literatur

1. Nauber T. Das hört nie auf. Zurück ins Leben nach der Krebserkrankung. Interview mit der Krebs-Überlebenden Uta Büchner und der Allgemeinmedizinerin Stefanie Joos. Nordwest-Zeitung online, 08. August 2018 [abgerufen am 26. September 2020]. Verfügbar unter https://www.nwzonline.de/gesundheits/das-hoert-nie-auf-zurueck-insleben-nach-der-krebserkrankung_a_50,2,779905481.html
2. Turner V. Das Liminale und das Liminoide in Spiel, «Fluss» und Ritual. Ein Essay zur vergleichenden Symbologie. In: Ders.: Der Ernst des menschlichen Spiels. Frankfurt: Suhrkamp; 2009. 46–79.
3. Becker S. A historic and scientific review of breast cancer: the next global healthcare challenge. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Oct;131 Suppl 1:S36–9.
4. Slatman J. Our strange body: Philosophical reflections on identity and medical interventions. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2014.
5. De Boer ML. Extended bodies: an empirical-philosophical study to women's bodily experiences in breast cancer. Doctoral thesis Datawyse/Universitaire Pers Maastricht 2016. [abgerufen am 26. September 2020]. Verfügbar unter <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/extended-bodies-an-empirical-philosophical-study-to-womens-bodily>
6. De Boer ML, van der Hulst R, Slatman J. The surprise of a breast reconstruction: a longitudinal phenomenological study to women's expectations about reconstructive surgery. Hum Stud. 2015;38:409–30.
7. Slatman J, Halsema A, Meershoek A. Responding to scars after breast surgery. Qual Health Res. 2016;26:1614–26.
8. Sarasin Ricklin E. Lebensqualität und Brustrekonstruktion: eine spezielle Berücksichtigung des Körperbilds. info@gynäkologie. 2015;4:23–6.

9. Jaggi R, Li Y, Morrow M, Janz N, Alderman A, Graff J, et al. Patient-reported quality of life and satisfaction with cosmetic outcomes after breast conservation and mastectomy with and without reconstruction: results of a survey of breast cancer survivors. *Ann Surg*. 2015;261:1198–206.
10. Vos E, Koppert L, van Lancker W, Verhoef C, Groot Koerkamp B, Hunink M. A preliminary prediction model for potentially guiding patient choices between breast conserving surgery and mastectomy in early breast cancer patients: a Dutch experience. *Qual Life Res*. 2018;27:545–53.
11. Eintrag «Mastektomie» im Online-Lexikon «Doc Check». [abgerufen am 26. September 2020]. Verfügbar unter <https://flexikon.doccheck.com/de/Mastektomie>.
12. Herrmann A, Hall A, Zdenkowski N. Women's experiences with deciding on neoadjuvant systemic therapy for operable breast cancer: a qualitative study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5:68–76.
13. Leunissen T, de Boer M, van der Hulst R, Slatman J. Exploring novel dimensions of body experience after breast reconstruction. *JPRAS Open*. 2016;7:32–41.
14. La J, Jackson S, Shaw R. "Flat and fabulous": Women's breast reconstruction refusals post-mastectomy and the negotiation of normative femininity. *J Gender Stud*. 2019;28:603–16.
15. Kayser K, Watson LE, Andrade, JT. Cancer as a "We-Disease": Examining the process of coping from a relational perspective. *Fam Syst Health*. 2007;25:404–18.
16. Sandham C, Harcourt D. Partner experiences of breast reconstruction post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;11:66–73.
17. White JL, Boehmer U. Long-term breast cancer survivors' perceptions of support from female partners: an exploratory study. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39:210–7.
18. Rubin LR, Tannenbaum M. "Does that make me a woman?" Breast cancer, mastectomy, and breast reconstruction decisions among sexual minority women. *Psychol Women Quart*. 2011;35:401–14.
19. Schütz A. Über die mannigfaltigen Wirklichkeiten. Dt. in: Ders.: *Theorie der Lebenswelt 1. Die pragmatische Schichtung der Lebenswelt* (Bd. V.1. der Werkausgabe). Konstanz: UVK; 2003. 181–222.
20. Steiner A. Mondsichel-Tattoo. *Brustkrebs und Ahnennengeflüster*. Norderstedt: Books on Demand; 2020. 27–28.
21. Wei C, Nengliang Y, Yan W, Qiong F, Yuan C. The patient-provider discordance in patients' needs assessment: a qualitative study in breast cancer patients receiving oral chemotherapy. *J Clin Nurs*. 2016;26:125–32.
22. Ector G, Hermens R, Blijlevens N. Filling the gaps of patient information and comprehension. *Curr Opin Oncol*. 2020;32:262–8.
23. Akechi T, Uchida M, Nakaguchi T, Okuyama T, Sakamoto N, Toyama T, et al. Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis. *Jpn J Clin Oncol*. 2015;45:75–80.
24. Ng ZX, Ong MS, Jegadeesan T, Deng S, Yap CT. Breast cancer: Exploring the facts and holistic needs during and beyond treatment. *Healthcare*. 2017 May 24;5(2):26.
25. Lally RM. In the moment: Women speak about surgical treatment decision making days after a breast cancer diagnosis. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36:E257–65.
26. Buhl PA. *Heilung auf Widerruf. Überleben mit und nach Krebs*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2019. 184–5.
27. Amin AL, Neuner J, Duthie EA, Finn VR, Kong AL. A one-to-one mentoring support service for breast cancer survivors. *WMJ*. 2014;113:185–9.
28. Christian K, Scott CL. Establishing the cure cancer Australia mentoring program 2017: Setting up a successful mentoring program might be easier than you think. *J Intergener Relatsh*. 2019;17:531–40.
29. Ye ZJ, Liang MZ, Qiu HZ, Liu ML, Hu GY, Zhu YF, et al. Effect of a multidiscipline mentor-based program, Be Resilient to Breast Cancer (BRBC), on female breast cancer survivors in mainland China: a randomized, controlled, theoretically-derived intervention trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2016;158:509–22.
30. Kundert B. *Tavola Rosa. Stammtisch für Frauen mit Brustkrebs in Basel* (u.a.). [abgerufen am 26. September 2020]. Verfügbar unter www.tavola-rosa.ch
31. Russell BJ, Ward AM. Deciding what information is necessary: Do patients with advanced cancer want to know all the details? *Cancer Manag Res*. 2011;3:191–9.
32. Berg V. Ein-Schnitte. Sichtbarkeiten einer Brust B. Visuelle Dimensionen einer unilateralen Brustentfernung. Seminararbeit (TS) am Institut für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaft der Universität Zürich 2016.
33. Brands-Appeldoorn A, Maaskant-Braat S, Schenk K, Roumen R. Cosmetic consequences of breast-conserving treatment for breast cancer: something worth talking about. *Oncologist*. 2019;24:172–7.
34. Kiss A. Wie soll man begutachten? Cancer-related Fatigue und was Gutachter und IV-Stellen daraus mach(t)en. *Schweizerische Ärztezeitung* 2017;98:966–9.
35. Orgad S. *Storytelling online: Talking breast cancer on the Internet*. New York: Peter Lang; 2005.

Dank

für wertvolle Hinweise und Kritik geht an Vivianne Berg, Silvia Ess, Lisa Henn, Barbara Kundert, Anette Lippeck, Barbara Maier, Ursula von Moos, Jenny Slatman und Walter Paul Weber.

Autoreninformation

Ursula Ganz-Blättler war 2008–09 Brustkrebspatientin mit folgenden Stationen: Tumorentfernung (brusterhaltend), Chemotherapie und Bestrahlung, Diagnose einer BRCA 1-Mutation, präventive doppelseitige Brustentfernung und verschleppte Diagnose einer cancer-related Fatigue. Sie ist in Teilzeit als Dozentin für Kultur- und Medienwissenschaft tätig, trägt (meistens, nicht immer) Silikon-Prothesen der niederländischen Künstlerin Monique Prévo und verwahrt den Gipsabguss vom allerersten Fitting bei sich zu Hause im Bücherregal.



Dr. habil. Ursula Ganz-Blättler

Bahnhofstrasse 12
6370 Stans
ganz-blaettler@swissonline.ch

Anhang A

Weitere konsultierte Ressourcen

- Bana M et al. Onkologische Pflegekonsultationen. Ambulant behandelte Krebspatienten gezielt unterstützen. *Onkologie* 2018;2:31–35.
- Carr TL, Groot G, Cochran D, Vancoughnett M, Holtslander L. Exploring women's support needs after breast reconstruction surgery: a qualitative study. *Cancer Nurs*. 2019;42:E1–E9.
- Carr TL, Groot G, Cochran D, Holtslander L. Patient information needs and breast reconstruction after mastectomy: a qualitative meta-synthesis. *Cancer Nurs*. 2019;42:229–241.
- Holmes DM. Breast cancer patients' expressed information needs: results of a literature review. Master thesis in the School of Nursing, University of Victoria (CAN) 2008.

- Jochem C. *Brust bewusst. Alles über unseren fabelhaften Busen.* München: Wilhelm Heyne; 2020.
- Luhmann N. *Frauen, Männer und George Spencer Brown.* Zeitschrift für Soziologie 1988;17:47–71.
- Luhmann N. Die Form «Person». *Soziale Welt* 1991;42:166–75.
- Santosa KB, Qi K, Kim HM, Hamill JB, Wilkins EG, Pusic AL. Long-term patient-reported outcomes in postmastectomy breast reconstruction. *JAMA Surg*. 2018;153:891–9.
- Thomas-MacLean R. Beyond dichotomies of health and illness: life after breast cancer. *Nurs Inq*. 2005;12:200–9.

Webseiten

Beispiele für Peer-Mentoring-Programme

- Cancer Council New South Wales (AUS). Cancer Connect (Peer-Mentoring Projekt). [abgerufen am 26. September 2020]. Verfügbar unter www.cancer council.com.au/get-support/coping-with-cancer/cancer-connect/
- Taylor J. After Breast Cancer Diagnosis ABCD (Peer-Mentoring-Projekt in Milwaukee County, Wisconsin). [abgerufen am 26. September 2020]. Verfügbar unter <https://abcdbreastcancer support.org/>
- Werneburg K. «Meine Therapie ist, darüber zu reden.» Mentoringprogramm *Peer2Me* bringt junge Krebspatienten zusammen. Pressemitteilung Universität Leipzig vom 14.01.2020 [abgerufen am 26. September 2020]. Verfügbar unter <https://www.uni-leipzig.de/newsdetail/artikel/meine-therapie-ist-darueber-zu-reden-2020-01-14/>

Links zu spezifischen Informationen

- Deutsche Fatigue-Gesellschaft e.V. (zur Unterstützung bei tumorbedingten und anderen Erschöpfungszuständen). [abgerufen am 26. September 2020]. Verfügbar unter <https://deutsche-fatigue-gesellschaft.de/>
- Deutsches Netzwerk für Männer mit Brustkrebs e.V. (zur Unterstützung bei Brustkrebs und familiären Vorbelastungen). [abgerufen am 26. September 2020]. Verfügbar unter www.brustkrebs-beim-mann.de/

Links zu Epithetik und Tattoo-Portalen

- ABC Breast Care (nach Mass gefertigte Brustprothesen) in Neubeuren D. [abgerufen am 24. September 2020]. Verfügbar unter www.abcbreastcare.de/mass-brustversorgung/
- Amoena (industriell gefertigte Brustprothesen seit 1975) in Raubling DE. [abgerufen am 24. September 2020]. Verfügbar unter www.amoena.com/de
- Anita (industriell gefertigte Brustprothesen, Korsagen seit 1886) in Brannenburg DE. [abgerufen am 24. September 2020]. Verfügbar unter www.anita.com
- Brustkrebstattoos.de (deutsches Portal für Brust- und Mamillentattoos). [abgerufen am 24. September 2020]. Verfügbar unter www.brustkrebstattoos.de/home
- Knitted Knockers (gestrickte Brustprothesen) in Bellingham, WA. [abgerufen am 24. September 2020]. Verfügbar unter www.knittedknockers.org/
- New Attitude (nach Mass gefertigte Brustprothesen) in Buffalo NY. [abgerufen am 24. September 2020]. Verfügbar unter www.newattitudebreasts.com/
- P-ink.org (US-Portal für Brust- und Mamillentattoos) in Los Angeles CA. [abgerufen am 24. September 2020]. Verfügbar unter www.p-ink.org/contact
- Prevo Maatwerk (individuell gefertigte Brust-, Rücken- und Gesäßprothesen) in Maastricht NL. [abgerufen am 24. September 2020]. Verfügbar unter www.prevoomaatwerk.nl/
- Thuasne/Silima (industriell gefertigte Brustprothesen) in Burgwedel DE. [abgerufen am 24. September 2020]. Verfügbar unter thuasne.de/produkte/breastcare/

Anzeige



Auf der Suche nach der genuinen Medizin

Beat Gerber
Warum die Medizin die Philosophie braucht
 Für ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Gesundheit

2020. 384 S., Kt
 € 29,95 / CHF 39,50
 ISBN 978-3-456-86023-7
 Auch als eBook erhältlich

www.hogrefe.com

 hogrefe