

2018 / 2019

ÖSCHELBRONNER

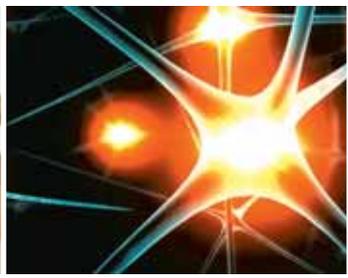
akzente



Klinik Öschelbronn · AnthroMed Öschelbronn · Carl Gustav Carus-Institut

Öschelbronner Akzente · Anthroposophische Medizin und Forschung





Der menschliche Leib – ein Tempel des Geistes

Liebe Leserin, lieber Leser,

„Tue Deinem Leib des Öfteren etwas Gutes, damit Deine Seele Lust hat, darin zu wohnen“, fordert uns sanft die Karmeliterin und Mystikerin Teresia von Avila auf. Und Paulus nimmt sich unserem menschlichen Leib als Geschenk Gottes so liebevoll an, dass er ihn als Tempel des Heiligen Geistes erkennen kann. Die Zuwendung und pflegende Kraft, die aus diesen Worten spricht, wirkt selbst leibaufbauend und erhaltend.

Die Beiträge in diesem Heft laden Sie dazu ein, die vielfältigen Therapie-Angebote der Klinik Öschelbronn wahrzunehmen und auf sich wirken zu lassen. Der neue leitende Arzt der Klinik, Dr. Michael Sarrach, führt ein in die Prozesse der Tumor-bedingten Erschöpfung, der Fatigue. Er beschreibt die Möglichkeiten der anthroposophischen Medizin und Bewegungstherapie, die Lebenskräfte neu zu stärken – aber auch, wie die Auszeit als Geschenk einer möglichen Neubesinnung angenommen werden kann. Dr. Corinna Falk, Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, beschreibt, wie sich Stress, psychische und körperliche Schmerzen trotz ihrer Verschiedenheit neuronal gleichartig auswirken und gegenseitig beein-

flussen können. Sabrina Förster, Leiterin der Physiotherapie, zeigt die positiven Auswirkungen einer moderaten medizinischen Trainingstherapie sowohl für die Krebsprävention als auch für die prognostischen Perspektiven ihrer Überwindung auf. Birgit Breit, Gesundheits- und Krankenpflegerin, charakterisiert das Spektrum der von den Pflegenden eingesetzten Wärmewickel, die die Durchblutung anregen und die Verbindung der Seele mit ihrem Leib nachhaltig stärken.

In dieser täglichen Arbeit spricht sich aus, mit wie viel liebevoller Pflege alle Mitarbeiter der Klinik den Patienten beim Wiederaufbau ihrer Leiblichkeit behilflich sind. Seit einigen Jahren gibt die gesamte Mitarbeiterschaft ihre Gestaltungskräfte zugleich auch in die Neukonzeption und Realisierung des Klinikgebäudes als Hülle für die therapeutische Gemeinschaft. Nun konnte mit der Grundsteinlegung diese innere Arbeit in einem Festakt wahrnehmbar gemacht werden, wovon wir Ihnen gerne berichten.

Mit den Leibgestaltungskräften und ihrem Abdruck in der Knochenbildung setzt sich die Mineralogin und Krebsforscherin Dr. Roselies Gehlig auseinander. Sie zeigt, wie ein Übermaß der Knochenbildungskräfte an

der Krebsentstehung beteiligt sein kann und beschreibt Wege, dem therapeutisch zu begegnen. Über vier Jahre wurde die Krebsforschung in Öschelbronn durch eine EU-geförderte Kooperation mit namhaften Universitäten verstärkt. Wir stellen Ihnen Ergebnisse hieraus vor, die das Zukunftspotential der Mistel beeindruckend demonstrieren. Auch die Forschung in Öschelbronn plant einen Neubau – wir zeigen Ihnen, wie die Laborforschung von den neuen Raumkonzepten profitieren wird. Forschung lebt von der Vernetzung – Dr. Rainer Scheer lebt diese Einsicht seit über 20 Jahren und beschreibt die Vorbereitung zum 7. Mistelsymposium, das die Forschung zur Misteltherapie wesentlich geprägt hat. Inzwischen wird durch randomisierte Studien wie der zum oberflächlichen Harnblasenkarzinom eine sehr fundierte wissenschaftliche Grundlage zum Nutzen der Misteltherapie geschaffen, zu deren aktuellem Stand wir berichten.

Thomas Göbel, dem wissenschaftlichen Gründer des Carl Gustav Carus-Instituts, verdankt die anthroposophische Krebsforschung den Impuls, Goethes Forschungsmethode fruchtbar anzuwenden – wir gedenken seines 90. Geburts-



tages. Als Gastautorin dieser Ausgabe danken wir Dr. Michaela Glöckler, der langjährigen Leiterin der Medizinischen Sektion am Goetheanum, für ihre Beschreibung von Wegen zur seelischen Gesundheit.

Viel Spaß beim Lesen und Entdecken von Neuem wünschen Ihnen

Maria Wert

Geschäftsführerin der Klinik Öschelbronn gGmbH, der AnthroMed Öschelbronn und AnthroMed Ludwigsburg, stationäre und ambulante Centren für Integrierte Medizin, Schmerz- und Krebstherapie

Matthias Nabrotzki

Allgemeinmediziner und Arzt für Anthroposophische Medizin in der AnthroMed Öschelbronn und Ludwigsburg

Dr. Rainer Scheer

Ausschuss Öffentlichkeitsarbeit der Gesellschaft zur Förderung der Krebstherapie e.V.

Dr. Gero Lenewit

Leiter des Carl Gustav Carus-Instituts in der Gesellschaft zur Förderung der Krebstherapie e.V.

Inhalt

Wir bauen fürs Leben – bauen Sie mit!	4
Gute Pflege – Ist diese heute in Krankenhäusern noch möglich?	12
Jeder Einkauf zählt!	14
Beruflicher Werdegang – Dr. Michael Sarrach	15
Die chronische Schmerzerkrankung	16
Cancer related fatigue – Fatigue bei Tumorpatienten	18
Medizinische Trainingstherapie (MTT) Bewegung für das Leben!	22
Wieviel Wärme braucht der Schmerz?	24
Wodurch entsteht seelische Gesundheit?	26
Knochenbildungs-Prozesse als treibende Kräfte für die Krebserkrankung	28
Das Potenzial der Mistel in der modernen Krebstherapie	32
Neue Forschungslabore und Büroräume für das Carl Gustav Carus-Institut	36
TIM Studie	39
Nach dem 6. Mistelsymposium ist vor dem 7. Mistelsymposium.	40
Thomas Göbel zum 90. Geburtstag	42
Die Öschelbronner Gespräche	43
Spende/Mitgliedschaft	44
Impressum	46
Forschung im Carl Gustav Carus-Institut	47
Jahrbuch für Goetheanismus	47



Wir bauen fürs Leben – bauen Sie mit!

Neubau der Klinik Öschelbronn und der AnthroMed Praxis

*„Es war ein öffentliches
Bekenntnis zu
unseren Grundsätzen, zu
unseren Werten,
zu unseren Visionen.“*

Was lange währt, wird endlich gut.

Nach einer langwierigen Planungs- und Vorbereitungsphase läutete der Spatenstich am 19. September 2017 den Beginn der Bauzeit der neuen Klinik Öschelbronn ein.

Mit der Entscheidung zum Komplettneubau hat die Klinik Öschelbronn, ganz nach Tradition der Gründer, großen Mut bewiesen. Denn diese Entscheidung ist ein wichtiger Meilenstein für das weitere Bestehen, für die Zukunft der Klinik und der Praxis hier am Eichhof.

Unter einer goldenen Oktobersonne wurde mit der Bürgermeisterin Förster, mit den Architekten, Bauleitern und vielen Mitarbeitern in freudiger Stimmung der erste gemeinsame Spatenstich vollzogen. Genau zehn Monate später, am 19. Juli 2018, feierte die Klinik und die Praxis AnthroMed mit Vertretern der Politik, den Baubeteiligten sowie Freunden und Fürsprechern der Einrichtungen die Grundsteinlegung.

Grundsteinlegung! Schon in dem Wort ist Substanz, Fundament und auch Zukunft angelegt.

Dabei ging es für die Klinik Öschelbronn und die Praxis AnthroMed nicht nur um einen formalen Akt, bei dem ein paar nette Worte gesagt werden. Nein, es ging um viel, viel mehr!

Es war ein öffentliches Bekenntnis zu unseren Grundsätzen, zu unseren Werten, zu unseren Visionen. Es ging um das geistige Fundament der Klinik und der Praxis, das nicht in Stein gemeißelt ist, sondern auf den Menschen gründet, die sich tagtäglich mit viel Engagement und Herzblut zum Wohle unserer Patienten einsetzen.

Die Mitarbeiter haben sich unter der Projektleitung von Frau Vogt, Stationsleitung der Klinik Öschelbronn, seit Monaten Gedanken gemacht und sich symbolische Gaben überlegt. Diese wurden feierlich, direkt auf der Baustelle, dem Grundstein — dem Pentagon-Dodekaeder,

der aus Kupfer in Handarbeit von dem Künstler Roman Schlenker aus Schützingen hergestellt wurde — übergeben.

Der Grundstein symbolisiert die Keimzelle des Neubaus und fasst zusammen, was diesen Klinik-Neubau ermöglicht hat: die Initiative, der Mut und die Hingabe aller Mitarbeiter/innen für ein neues „Gesundungshaus.“ Der Grundstein soll uns auch in Zukunft an unsere Ideale, Visionen und Potenziale erinnern, um für die Patienten hier einen heilenden Organismus zu schaffen.

Die Fertigstellung des Neubaus ist für Anfang 2020 geplant. Wir hoffen, liebe Leserinnen und Leser, Ihnen in unserer nächsten Akzente-Ausgabe über die Vollendungsschritte des Neubaus berichten zu dürfen.

Bis dahin herzlichst
Ihre **Maria Wert**
Geschäftsführerin



v. l.: Maria Wert, Jürgen Kurz, Katja Mast, Gunther Krichbaum, Dr. Hans Werner, Hans Rivoir, Dr. Hans Broder von Laue



Erster Landesbeamte Wolfgang Herz



Bürgermeisterin Birgit Förster



Festakt zur Grundsteinlegung im Saal der Klinik Öschelbronn



Dr. Claudia Gerlach mit Dr. Hans Werner



Baustellenführung mit Bauleiter René Böck (rechts)



v. l.: Sybille Czika, Brigitte Wessels, Dr. Lars Gerlach

„Wir, die Pflegenden der Station A, übergeben dem Grundstein ein fertiges Anwendungstuch wie es so bei dem Patienten angewendet wird und in seinem Organismus wirkt. Da auch die Klink als ein Organismus betrachtet werden darf, möchten wir, dass, im übertragenen Sinne, diese Anwendung in diesem Klinikorganismus wirksam wird [...] So möge also diese Anwendung künftig für den Organismus Klinik Öschelbronn harmonisierend, stärkend, wärmend, rhythmisierend, beruhigend und gelassen machend wirken.“



Sebastian Weiss



Jürgen Kurz und Wolfgang Herz

„Wir, das Patientenmanagement, legen ein Bild hinein, bei dem das Blau das Sich-innerlich-erhalten darstellt und das Gold symbolisiert die Mitte. Wir wünschen uns für die neue Klinik sowohl ein Bewahren des anthroposophischen Grundgedankens in der Patientenversorgung und im Miteinander, als auch eine offene Geisteshaltung für das Neue.“



v. l.: Dr. Thushira Weerawarna, Gunther Krichbaum, Katja Mast, Hartmut Keller, Wolfgang Herz, Jürgen Kurz

Unser Grundsteinspruch

*Es walte hier die Geisteskraft in Liebe,
es wirke hier das Geisteslicht in Güte
durch die helfenden Mitarbeiter,*

*die aus ihrer Herzenssicherheit,
die aus ihrer Seelenfestigkeit*

dem kranken Menschenwesen helfen,

*für seines Leibes Gesundheit,
für seiner Seele Helligkeit,
für seines Geistes Schaffenskraft.*

*Dem sei geweiht diese Stätte.
Helferwille finde in ihr*

*Kraft-begabte,
Licht-vergebene,
mutige Menschentat.*

*In ihrem Herzen
gedenken des Geistes,
der hier walten soll,
die Menschen,*

*welche den Stein zum Sinnbild hier versenken
auf dass er festige die Grundlage,
auf der wir leben und gemeinsam wirken wollen.*

*Befreiende Weisheit im Denken,
erstarkende Liebeskraft im Herzen,
sich offenbarender Geist im helfenden Tun.*

*Dies möchten wir bekennen:
In reiner Absicht - Mit gutem Willen.*

*Ex deo nascimur
In Christo morimur
Per Spiritum sanctum reviviscimus*

Öschelbronn, den 19. Juli 2018

Der Grundstein
ist ein Pentagon-Dodekaeder.
Die Form gehört zu den „Platonischen
Körpern“ und besteht aus zwölf Flächen
in Form eines Fünfecks. Die „Zwölfheit“
steht für das Bild der kosmischen
Ordnung; die „Fünfheit“
symbolisiert das Bild
des Menschen.

Die Mitarbeiter der Klinik Öschelbronn legen ihre symbolischen Gaben in den Grundstein – den Pentagon-Dodekaeder.

Der Grundstein der Klinik symbolisiert die Keimzelle des Neubaus. Er soll an die Ideale, Visionen und Potenziale der Mitarbeiter erinnern, um für die Patienten einen heilenden Organismus zu schaffen.



Ellen Hangstörfer beginnt mit der Grundsteinrolle



Andrea Stuchetz · Empfang



Veronika Jaufmann · Aufnahme/Diagnostik



Dr. Horst Markmann · Kinderarztpraxis AnthroMed



Maik Schröder · Ärzte Klinik Öschelbronn



Lia Kern-Wiegand · Patientenmanagement



Thomas Schwemin, Anne Kamm · Pflegestation A



Donald Büscher · Pflegestation B



Hanna Vogt · Pflegestation C



Birgit Scharer · Service



Sabrina Förster · Physiotherapie



Josef Ulrich · Kunsttherapie und Heileurythmie



Martina Faas · Hyperthermie



Siegfried Czika · Haustechnik



Dirk Wiegand · IT



Biljana Golubovic · Verwaltung



Sebastian Weiss verschließt den Grundstein



Die Klinik-Gründer: Dr. Hans Werner, Hans Rivoir, Dr. Hans Broder von Laue

„Der Beitrag der Physiotherapie zum Grundstein ist ein Tuch aus Seide. Wir wünschen der Klinik Freude, Kraft, Ausdauer, Stärke, Flexibilität und weiterhin ein gutes Gelingen der Behandlung unserer Patienten! Das Wichtigste von Allem ist, unseren Leitsatz nie zu vergessen.“

*Mut zum Sein
Vertrauen ins Werden*



v. l.: Elke von Laue, Maria Wert, Gabi Griesbaum, Dirk Wiegand, Svenja Boehm, Volker Kirch, Sascha Scheit

„Wir, das Hyperthermie-Team, therapieren mit Wärme. Wir haben eine Sonne gemalt und in die Strahlen unsere guten Wünsche geschrieben. Mögen Patienten, Mitarbeiter und Besucher etwas spüren, das weit über die Verbindung verschiedener Baumaterialien hinausgeht: einen „inneren Neubau“, einen guten Geist, der Zuwendung, Hingabe und Wärme beinhaltet.“



v. l.: Maria Wert, Andreas Rivoir, Dr. Lars Gerlach, Sebastian Weiss, Sybille Czika, Dr. Horst Markmann, Brigitte Wessels, Josef Ulrich

Werden Sie Baupate und unterstützen Sie uns durch eine Spende!

Die Klinik Öschelbronn ist ein Akutkrankenhaus, das im Jahre 1975 von zwei engagierten Anthroposophischen Ärzten, Dr. Hans Werner und Dr. Hans Broder von Laue, und einem visionären Unternehmer, Hans Rivoir, mit Privatmitteln errichtet worden ist. Es ist eines der führenden regionalen Centren für Integrative Medizin, Schmerz- und Krebstherapie. Mit ihrer Doppelkompetenz in traditioneller und komplementärer Medizin ist die Klinik Öschelbronn einzigartig in Deutschland. Neben der stationären Behandlung bietet die Klinik auch eine ambulante Betreuung in den beiden Medizinischen Versorgungszentren in Öschelbronn und Ludwigsburg oder in der Tagesklinik an, die direkt der Klinik angeschlossen ist.

Die Kosten des Bauprojekts belaufen sich auf insgesamt rund 32,5 Millionen Euro, wovon das Land 18 Millionen Euro fördert. Der restliche Betrag wird durch Eigenmittel, Kredite und Ihre Spenden finanziert. Die Bauzeit wird voraussichtlich Anfang 2020 abgeschlossen sein.

Werden Sie Baupate und unterstützen Sie uns durch eine Spende, damit eine Klinik entstehen kann, in der die Belange des ganzheitlichen Therapieansatzes zur Geltung kommen können:

Baupate Silber

Spendensumme ab 1.000 €

Ihre Unterschrift wird auf einer Spendentafel am Neubau angebracht.

Baupate Gold

Spendensumme ab 10.000 €

Ihre Unterschrift wird auf einer Spendentafel am Neubau angebracht und Sie dürfen entscheiden, wo genau am Neubau Ihre Spende verbaut wird.

Baupate Platin

Spendensumme ab 100.000 €

Ihre Unterschrift wird auf einer Spendentafel am Neubau angebracht und Sie erhalten eine Einladung zur Mitgestaltung.

Ihre Unterstützung ist steuerlich abzugsfähig.

Wir freuen uns, wenn Sie unsere Arbeit durch eine Baupatenschaft unterstützen. Die Klinik Öschelbronn ist gemäß § 5 Abs. 1 Nr.9 KStg als gemeinnützig anerkannt. Das heißt, Ihre Spende ist im Rahmen der Sonderausgaben bzw. Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig. Für jede Spende stellen wir Ihnen gerne eine Spendenbescheinigung aus.

Unsere Bankverbindung:

Klinik Öschelbronn Gemeinnützige GmbH Sparkasse Pforzheim Calw
IBAN DE09 6665 0085 1102 1035 60 BIC PZHSDE66XXX

Möglichkeiten zur Spende für unseren Neubau finden Sie auf Seite 44.



Gute Pflege

Ist diese heute in Krankenhäusern noch möglich?

Ein Beispiel dafür ist die Klinik Öschelbronn. So wurde Jörg Wolf, Regisseur des Wissenschaftsmagazins SWR-Odysso, 2017 bei einer Recherche über das Thema „**Woran scheitert gute Pflege?**“ auf unser Haus, die Klinik Öschelbronn, aufmerksam.

Er hatte in unterschiedlichen Gesprächen mit Verwandten und Bekannten viel Positives von unserer Klinik gehört, die (offensichtlich) ein deutlich anderes Konzept und eine andere Ausstrahlung besitzt.

Dieses Konzept hat ihn nun genauer interessiert: Wie ist es in Öschelbronn möglich, dass man den Patienten mehr Zuwendung zukommen lässt, mehr Zeit und auch ganz andere Therapieangebote hat, als sie das klassische Krankenhaus kennt?

Dieses „**andere Krankenhaus**“ sollte den Zuschauern dann in einem Kurzfilm vorgestellt werden. „Natürlich kann unser Bericht dann nur ein Schlaglicht sein und keine umfassende Abbildung Ihrer Einrichtung“, so die Aussage des Regisseurs, „aber man sollte eine Vorstellung davon bekommen, warum in Öschelbronn die Pflege einen etwas anderen Weg geht und vielleicht auch, wie das möglich ist.“

So war dann im Januar 2018 das Filmteam zwei Tage hier vor Ort. Das Ergebnis war ein sehr stimmiger Bericht über die Klinik Öschelbronn.

Im Folgenden finden Sie Auszüge aus den gefilmten Interviews. Den ganzen Bericht können Sie, lieber Leser, liebe Leserin, in der Mediathek unter SWR-Odysso sowie auf unserer Homepage

www.klinik-oeschelbronn.de anschauen.

Dass unser Konzept Bestand hat, zeigt sich dadurch, dass die Klinik Öschelbronn bereits seit 40 Jahren erfolgreich arbeitet. Das Haus hat bewiesen, dass gute Medizin und gute Pflege durchaus nicht zum wirtschaftlichen Ruin führen müssen, sondern eine Klinik attraktiv machen.



Sybille Czika
Pflegedienstleitung

*„Ich bin so perplex, dass es so etwas überhaupt gibt.
Die liebevolle Aufnahme tut mir einfach nur gut.“*

Sprecher: Warum gibt es neben der Schulmedizin in Öschelbronn weitere Therapieangebote?

Leitender Arzt Dr. Sarrach: Da Chemo- und Antikörper-Therapien für Patienten körperlich sehr belastend sind, bieten wir zusätzlich aufbauende Therapien an. Diese helfen den Patienten, die anstrengenden Therapien besser zu überstehen und mit den Nebenwirkungen besser klarzukommen.

Sprecher: (Frage an zwei Pflgende) Was verbinden Sie mit Ihrem Beruf?

Frau Breit: Ich liebe meinen Beruf; für mich der schönste Beruf, den es gibt. Dies hängt jedoch auch mit der Entwicklung in unserem Haus zusammen.

Frau Dettinger: Man bekommt so viel Dankbarkeit von den Patienten. Dies macht für mich meinen Beruf aus und motiviert mich jeden Tag aufs Neue.

Sprecher: (Frage an PatientInnen) Wie erleben Sie die Pflege in Öschelbronn? Spüren Sie einen Unterschied zu anderen Einrichtungen?

Patientenaussagen: Ich bin so perplex, dass es so etwas überhaupt gibt. Die liebevolle Aufnahme tut mir einfach nur gut. Super Betreuung. Die Schwestern kommen oft ins Zimmer, fragen wie es einem geht, ob man noch Hilfe benötigt... Ich erlebe es an-

ders als in anderen Häusern. Dort wartet man manchmal ganz schön lange bis überhaupt jemand kommt.

Sprecher: Dieses außergewöhnliche Pflegekonzept geht doch nur mit Privatpatienten?

Geschäftsführerin Frau Wert: Der Anteil der Privatpatienten ist vergleichbar mit dem Anteil in anderen Häusern. Wir behandeln vorwiegend gesetzlich versicherte Patienten, da wir als Versorgungskrankenhaus in der Region einen entsprechenden Auftrag haben.

Sprecher: Wie gelingt es Ihrem Haus, trotz der geringen Krankenkassensätze die nötige Zeit für gute Pflege anzubieten?

Frau Wert: Damit die Pflegemitarbeiter diese Zeit zur Verfügung haben – denn unsere Patienten schätzen diese intensive Betreuung sehr – werden sie bei patienten-fernen Aufgaben von anderen Berufsgruppen entlastet, z.B. bei der Speisenversorgung oder bei Organisations- und Reinigungstätigkeiten.

Sprecher: Wie finanziert Ihr Krankenhaus diese besondere Pflege?

Frau Wert: Dabei helfen die Spezialisierung (auf Onkologie und Schmerztherapie) und die erweiterten Therapieangebote. Diese führen zu einer starken Nachfrage für unser Haus und damit einer guten Auslastung.

Natürlich entstehen auch uns, aufgrund unserer medizinischen Ausrichtung, zusätzliche Kosten, die andere Häuser nicht haben. Diese gleichen wir jedoch durch flache, schlanke Strukturen sowie effiziente patientenzentrierte Prozesse aus.

Dazu gehört u. a. die zentrale Patientenaufnahme, bei der die Datenerfassung sowie alle Untersuchungen direkt nacheinander stattfinden. Alle Ergebnisse münden in einen Therapieplan für den kompletten Aufenthalt des Patienten.

Übersichtliche Patientenlogistik, der Einsatz einer digitalen Patientenakte, in die alle Daten von allen Mitarbeitern eingegeben werden. Mitarbeiter des Hauses können auf diese Daten zugreifen. Das macht die Prozesse schneller und effektiver.

Sprecher: Reichen diese Dinge alle aus, um die Finanzierung zu sichern oder gibt es noch externe Geldquellen?

Frau Wert: Wir hätten gerne Sponsoren, haben sie aber leider nicht. Unser wirtschaftlicher Druck ist also noch größer als bei anderen Krankenhäusern, da Verluste bei uns nicht ausgeglichen werden können.

Wir müssen uns selbst finanzieren, um überleben zu können.

Jeder Einkauf zählt!

dm-Gründer Götz Werner kassierte für die Klinik Öschelbronn

Anlässlich des 10-jährigen Bestehens der dm-Filiale in Pforzheim-Eutingen ging am 24. März 2018 eine sehr großzügige Spende an unsere Klinik.

Die Einkünfte zweier Kassen von 12 bis 13 Uhr flossen in dieses Spendenprojekt, das von Martina Faas, Fundraising-Verantwortliche der Klinik Öschelbronn, und Angelika Witt, Filialleiterin dm-Eutingen, initiiert wurde. Eine der Kassen wurde von dm-Gründer Götz Werner persönlich bedient.

Die Aktion, die vorab von dm angekündigt wurde, fand zahlreiche Unterstützer, die sich mit der Klinik verbunden fühlen: Mitarbeiter, ehemalige Mitarbeiter, Klinik-Gründer, Freunde, Verwandte, Spender, Förderer, Bekannte waren gekommen, um Herrn Götz Werner an der Kasse in Aktion zu sehen.

Zu den ersten in der langen Kundenschlange der Wartenden gehörte Dr. Hans Broder von Laue, einer der Gründer der Klinik Öschelbronn.

„Wir kennen uns seit 36 Jahren“, erklärte Herr Dr. von Laue, dem diese Aktion auch sichtlich Spaß machte. „Die grundlegende Finanzierung der Klinik steht zwar, aber es fehlen noch zwei Millionen Euro, um die besonderen Therapieformen der Klinik im Neubau abbilden zu können.“



Götz Werner an der Kasse mit Dr. Hans Broder von Laue und Elke von Laue

Da die räumliche Situation der Klinik Öschelbronn nicht mehr den modernen Standards eines Klinikbetriebs entspricht, war ein Neubau zwingend erforderlich. Mit dem Neubau wird die Klinik ihr Bettenangebot von 70 auf 120 Betten erweitern. Ihre beiden medizinischen Aufgaben, die Onkologie und die Schmerztherapie, sind weiterhin Schwerpunkte der Klinik Öschelbronn.

„Das war anstrengend“, sagte der dm-Gründer nach seinem Kassendienst, und „Es war schwierig, mit den vielen Geräuschen und der musikalischen Untermalung – das Piepsen des Scanners und der Kasse.“ Um 13 Uhr, am Ende der Aktion warteten noch zahlreiche Kunden an den beiden „Spenden“-Kassen. Die Filialleiterin begann mit der Auszahlung der beiden „Öschelbronner Kassen“. Zehn Minuten später kam sie mit einem riesigen Scheck, auf dem die überraschend hohe Summe von 5.000,- Euro eingetragen war.

Wir danken an dieser Stelle Herrn Götz Werner, dem dm-Unternehmen und allen, die diese Aktion mit ihrem Kauf unterstützt haben.



Übergabe des Schecks von Götz Werner an Sybille Czika und Martina Faas



Beruflicher Werdegang – Dr. Michael Sarrach

Geboren am 10. Juli 1960 in Paderborn. Die ersten drei Schuljahre in Frankfurt (Waldorfschule). Die letzten zehn dann in Freiburg i.Br. (Waldorfschule Schwimmbadstraße).

Nach dem Abitur Zivildienst in Hamburg (18 Monate) in der Betreuung von körperbehinderten Menschen.

1982 Beginn des Studiums von Volkswirtschaftslehre und Politologie in Hamburg, parallel Arbeit in der ambulanten Pflege.

1985 Entscheidung für das Medizinstudium. Wechsel an die Universität Heidelberg.

Praktisches Jahr in Pforzheim. Beginn der ärztlichen Tätigkeit als AiP (Arzt im Praktikum) 1992 im Kreis Krankenhaus Bad Friedrichshall in der Gastroenterologie. Intensivzeit, Notarztweiterbildung.

1996 bis 97 Arbeit in einer Allgemeinarztpraxis, dann doch Entscheidung zur Internistenausbildung und Wechsel nach Essen in die Abteilung Geriatrie im Knappschafts Krankenhaus.

Nach Beendigung der Ausbildung zum Internisten Weiterbildung zum Hämatologen und Onkologen in den Kliniken Essen-Süd.

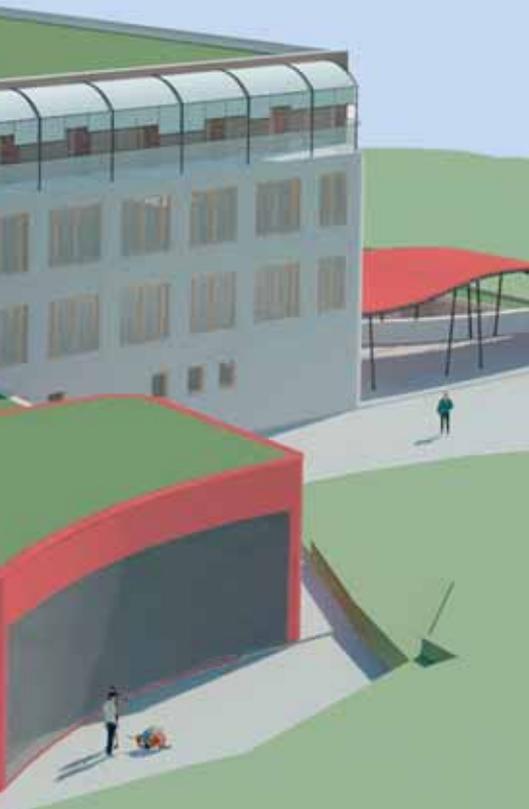
Danach wieder zurück ans Knappschafts Krankenhaus, diesmal aber in die Pneumologie.

Nach Erwerb der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie ab 2005 Tätigkeit zunächst als Funktionsoberarzt, dann als Oberarzt.



2010 Wechsel ans Gemeinschafts Krankenhaus Herdecke als Leitender Oberarzt. In den ersten drei Jahren einziger Onkologe im Krankenhaus und zuständig für die Versorgung sowohl der ambulanten als auch der stationären onkologischen Patienten.

2017 dann das Angebot (von der Geschäftsführerin Frau Wert), in der Klinik Öschelbronn ab 1. Oktober 2017 die ärztliche Leitung zu übernehmen.





Die chronische Schmerzerkrankung

„Das Gehirn kann Stress, seelischen und körperlichen Schmerz streng genommen nicht differenzieren.“

Wenn wir uns verletzen, sprechen wir von einer Läsion. Das heißt, wir finden eine geschädigte Struktur, die wir gegebenenfalls mit Hilfe von bildgebenden Verfahren nachweisen können. Oft ist dann auch klar, was zu tun ist.

Bei chronischen Schmerzen finden wir oft keine eindeutige Läsion, die diesen Schmerz erklären kann, was bei Patient und Arzt oft große Verunsicherung auslöst und zu vielfältigen Untersuchungen führt mit zunehmender Frustration und der Sorge, sich die Schmerzen nur einzubilden. Seit vielen Jahren ist aber bekannt, dass sich jenseits der Läsion das Schmerzwahrnehmungsorgan, also die Perzeption verändern kann. Bei chronischen Schmerzen haben wir eigentlich immer auch eine Veränderung der perzeptiven Seite des Schmerzes.

Es gibt mittlerweile eine sehr umfassende Forschung, wie unser Schmerzwahrnehmungsorgan funktioniert. Unsere Nervenendigungen mit ihren Rezeptoren, das heißt freien Wahrnehmungsorganen, die überall im Körper verteilt

sind, nehmen streng genommen nur Druck, Dehnung, Temperatur und chemische Reize wahr, aber keinen Schmerz. Diese Reize werden zum Rückenmark weitergeleitet und dort verschaltet. Was dann zum Gehirn weitergeleitet wird, hängt von der Schmerzschwelle im sogenannten Tor (oder englisch: „gate“) im Rückenmark ab, das wiederum von verschiedenen Vorerfahrungen geprägt ist. Nochmal komplizierter wird es dann im Gehirn, wo durch den Vergleich mit früheren Erfahrungen im limbischen System der Wehcharakter der ankommenden Reize bestimmt wird. Noch spannender wird es, wenn man bedenkt, dass diese Schmerzwahrnehmungsverarbeitung nicht nur durch eine Läsion, sprich körperlichen Schmerz, sondern genauso durch seelischen Schmerz oder Stress angestoßen werden kann. Das Gehirn kodiert diese Information in den gleichen Netzwerken und kann Stress, seelischen und körperlichen Schmerz streng genommen nicht differenzieren.



So ist es schon lange bekannt und gut erforscht, wie insbesondere durch frühkindlichen Stress eine massive Überempfindlichkeit im Schmerzwahrnehmungsorgan auf allen Ebenen entstehen kann. Man nennt das stressinduzierte Hyperalgesie, also Schmerzüberempfindlichkeit. Das führt dazu, dass schon bestimmte Körperhaltungen, der einfache Druck der Matratze oder sonstige kleine Sinnesreize auf der Haut, in den Gelenken, Muskeln oder Faszien als Schmerz interpretiert und empfunden werden, ohne dass es dazu einer Läsion bedarf. Wenn das noch durch feine strukturelle Veränderungen wie eine beginnende Arthrose, verhärtete Muskulatur, verklebte Faszien oder auch neuroinflammatorische, also feine entzündliche Prozesse verstärkt wird, kann es zu heftigen chronischen Schmerzzuständen kommen. Auch kann akuter Stress oder das Gefühl von Hilflosigkeit im Schmerzgedächtnis gespeicherten Schmerz wiederum akut machen.

Entscheidend ist, dass in der ärztlichen Untersuchung die läSIONALE und die perzeptive Seite des Schmerzes sorgfältig erkundet und ernst genommen wird. Dazu gehört neben bildgebenden Verfahren insbesondere die manuelle Untersuchung, möglichst durch einen erfahrenen Schmerzspezialisten. Genauso wichtig ist die Bestimmung der Schmerzschwelle. Dazu dienen Anamnese, Triggerpunkte und ein einfacher Klammertest (Algopeg). Auch für die perzeptive Seite des Schmerzes gibt es ein bildgebendes Verfahren. Das sind die sogenannten „pain drawings“ Schmerzzeichnungen, die der Patient in einem vorgegebenen Körperschema selbst einzeichnet und die dem erfahrenen Schmerzarzt oft zusätzlich sehr klare Auskunft geben, auf welchen Ebenen sich das Schmerzgeschehen abspielt.

„Akuter Stress oder das Gefühl von Hilflosigkeit im Schmerzgedächtnis können gespeicherten Schmerz wiederum akut machen.“



Dr. Corinna Falk

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Suchtmedizin, anthroposophische Medizin (GAÄD)
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Gestalttherapeutin (DVG), Spezielle Traumatherapie (DeGPT), anthroposophische Psychotherapie (DtGAP)

Cancer related fatigue – Fatigue bei Tumorpatienten



„Während meine noch verbliebenen Krebszellen zur Schnecke gemacht wurden, war ich selbst zur Schnecke geworden.“

„Unter Fatigue bei Tumorpatienten verstehen wir eine krankheits- oder therapiebedingte anhaltende, lähmende physische, seelische und geistige Erschöpfung.

Was früher als geringe Belastung vom Patienten angesehen wurde, ist nun eine Überforderung geworden. Die Aktivität und Vitalität, das „Funktionieren“ im privaten und beruflichen Umfeld ist deutlich eingeschränkt.

Die Erschöpfung bessert sich auch nicht durch ausreichenden Schlaf.“

So lautet, etwas umformuliert, eine Definition der Deutschen Fatigue Gesellschaft.

Die Mammazone-Begründerin, Frau Goldmann-Posch, fasst ihre eigenen Erfahrungen mit Fatigue infolge von Bestrahlung und Chemotherapie im Rahmen ihrer Brustkrebserkran-

kung folgendermaßen zusammen:

„Während meine noch verbliebenen Krebszellen zur Schnecke gemacht wurden, war ich selbst zur Schnecke geworden. Das war eine große Kränkung und Herausforderung für mich. Auch Fühlen, Denken, Verstehen, Handeln und Gehen im Schneckentempo.“

Fatigue ist eine der häufigsten Beschwerden von Krebspatienten.

Die Ursachen sind multifaktoriell, ohne dass das Geschehen letztlich exakt geklärt wäre:

Der Tumor selbst hat einen Einfluss auf die Entstehung der Fatigue, u. a. durch Bildung von Zytokinen (z. B. TNF-Alpha, Interleukinen und Interferonen), die zu inadäquater Erythropoetinproduktion und verkürzter Erythrozytenüberlebenszeit führen, was eine Anämie bewirkt.

Daraus kann man schon eines der Prinzipien der Fatigue-Therapie ableiten, nämlich die effektive Tumorreduktion (und, wenn indiziert, die Gabe von Erythropoetin).

Tatsächlich kann man beobachten (insbesondere in der Therapie der aggressiven Lymphome, aber auch der Kleinzelligen Bronchialkarzinome), wie eine schnelle Tumorreduktion durch Chemotherapie auch die Fatigue-Beschwerden der Patienten deutlich bessern kann.

Andererseits haben diese Therapien allerdings selbst wieder einen Fatigue-induzierenden Effekt, dessen pathophysiologische Ursachen noch nicht gänzlich geklärt sind.

So kann das Fatigue-Syndrom auch nach erfolgreicher Chemotherapie bei 30-40% der Patienten viele Jahre anhalten, was insbesondere bei Patienten, die noch im Arbeitsleben stehen, einschneidende soziale Folgen haben kann.

Beispielsweise leiden Patienten mit Hodenkarzinom, einer Erkrankung, die vor allem junge Männer zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr trifft, häufig noch zehn bis zwanzig Jahre später unter Fatigue als Folge der zwar in der Regel kurativen, aber eben auch sehr aggressiven Therapie.

Zur Diagnostik des Cancer Fatigue-Syndroms existieren eine Reihe von Fragebögen (EORTC QLQ-C30, Brief Fatigue Inventory BFI, Fatigue Assessment Questionary, FAQ und andere), die sich in der Praxis allerdings nicht durchgesetzt haben.

Dies mag auch an der Komplexität des Krankheitsbildes liegen, dessen exakte Diagnose dadurch erschwert wird, dass

- die Symptomatik der Fatigue unspezifisch ist,
- die subjektiven Beschwerden das Krankheitsbild definieren,
- man den Patienten ihre Belastung oft nicht ansieht,
- die Ausprägung der Beschwerden von Patient zu Patient schwanken kann,
- es keine verlässlichen Labor- und Funktionstests für die Fatigue gibt.

In der Praxis wird daher eher die Anwendung visueller Analogskalen empfohlen, mit denen die Intensität der Beschwerden der vergangenen Woche ermittelt werden (0 = nicht müde, 10 = stärkste Müdigkeit).

Werte über 5 deuten auf eine schwere und ernst zu nehmende Beeinträchtigung der sozialen Funktionen des Betroffenen.

Entscheidender als Skalen oder Fragebögen ist meiner Ansicht nach das differenzierte Anamnesegespräch, das der Komplexität der Erkrankung am ehesten gerecht wird.

Eine wichtige Aufgabe ist es, den Zusammenhang der Fatigue mit depressiven Störungen zu klären, da Ermüdbarkeit und Antriebsmangel auch zu den Hauptsymptomen der Depression zählen.

Allerdings liegt nur bei einem Drittel der von Fatigue-Betroffenen gleichzeitig eine Störung im Sinne einer Depression vor.

Allgemein gesagt ist das Problem des Fatigue-Patienten eher ein „Ich will, aber ich kann nicht.“ Im Gegensatz zum depressiven Patienten hängt die Erschöpfung nicht mit Trauer, Hoffnungslosigkeit und mangelnder Lebensfreude zusammen, sondern es fehlt einfach die Kraft, die Ideen in Taten umzusetzen.

„Es wird deutlich, dass auch Psychoonkologen und Psychotherapeuten ein unverzichtbarer Bestandteil des therapeutischen Teams sind.“

Weil ihr Krankheitsbild so unspezifisch und schwer zu definieren ist, leiden die Fatigue-Patienten häufig darunter, von ihren Angehörigen nicht ernst genommen zu werden, die sich wundern, warum die ehemaligen Krebspatienten nicht wieder im Alltagsleben einwandfrei funktionieren, da der Krebs ja schließlich geheilt ist. Es ist unsere Aufgabe als Therapeuten, nicht ebenfalls diesen Fehler zu begehen und die Beschwerden unserer Patienten als Lappalien und „Befindlichkeitsstörungen“ abzutun, sondern in Gesprächen mit den Angehörigen diese für die Problematik zu sensibilisieren, ebenso wie die Beschwerden des Fatigue-Patienten durch die Einleitung entsprechender therapeutischer Maßnahmen zu lindern.

Es wird deutlich, dass auch Psychoonkologen und Psychotherapeuten ein unverzichtbarer Bestandteil des therapeutischen Teams sind.

Therapeutische Gesichtspunkte

Es ist klar, dass bei der Vielzahl der beschriebenen Ursachen auch viele unterschiedliche therapeutische Möglichkeiten zum Einsatz kommen müssen: Die Anämie wird mit Transfusionen und/oder Erythropoetin behandelt, die Malnutrition (Unterernährung) und Kachexie (sehr starke krankheitsbedingte Abmagerung) durch entsprechende (ggf. auch intravenöse) Ernährung, die unerwünschten Arzneimittelwirkungen (Chemotherapie) durch Dosisreduktion und Therapieumstellung, um nur ein paar Beispiele zu nennen.

Darüber hinaus hat man (unter anderem in Studien) einen positiven Einfluss auf die Fatigue durch verschiedene nicht-medikamentöse Therapien festgestellt:



1) Sport und Bewegung

- am besten: 3-5 Trainingseinheiten/Woche (mind. 2 x/Woche)
- Intensität: 40-80% der maximalen Herzfrequenz (moderates Training)
- 15-30 min Ausdauer
- oder Intervall: 30 sek Belastung, 60 sek Erholung
- erst unter Anleitung, dann selbstständig
- bei geschwächten Patienten: Flexibilitäts- und Dehnübungen
- Gewöhnungsphase: kontinuierliche Steigerung der Intensität

2) Psychoedukation/kognitive Verhaltenstherapie

- gezielte Beratung über Fatigue, Entlastung der Patienten
- Abbau von Ängsten, Hilfen beim Umgang mit Stress
- Fördern von Verarbeitungsstrategien

3) Aktivitäts- und Energiemanagement

- Einteilung der Kräfte, Aufgabenplanung
- Einlegen von Pausen und Ruhephasen

4) Entspannungstechniken/Achtsamkeit

- Progressive Muskelrelaxation
- Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR)

Anthroposophische Aspekte

Ein wesentlicher Ansatz aus der anthroposophischen Medizin ergibt sich aus der Beobachtung, dass ein zentrales Problem des Patienten mit Cancer related Fatigue die Störung des Rhythmischen Systems ist, das zwischen Nerven-Sinnes-Pol und Willenspol vermittelt.

Das Rhythmische System ist in der Dreigliederung nach Rudolf Steiner durch seine vermittelnde Funktion eine wesentliche Quelle aller Gesundheits- und Heilungsprozesse.

Desweiteren zeigt sich beim Fatigue-Patienten, dass nach dem morgendlichen Aufwachen Erschöpfung und Müdigkeit bestehen bleiben, der Schlaf ist zeitlich ausreichend, führt aber nicht zur Erholung.

Das kann darauf hinweisen, dass die oberen Wesensglieder (Astralleib und Ich) – die sich ja im Schlaf von physischem und Ätherleib trennen – nach dem Aufwachen und am Tage zu wenig in die beiden unteren Wesensglieder eingreifen können.

Hier kann als medikamentöses Prinzip die Misteltherapie hilfreich sein, die ja eben dieses Eingreifen der oberen Wesensglieder fördert und vermittelt.

So konnte in Studien gezeigt werden, dass die Misteltherapie zu einer Verminderung der Cancer Fatigue unter laufender adjuvanter Chemotherapie führt.

Hier eine (kleine!) Auswahl der anthroposophischen Therapiemöglichkeiten:

Misteltherapie

Bei Schlafstörungen:

- Kupfersalbe (Einreibung von Unterschenkel und Füßen)
- Lavendelöl (ebenfalls Einreibung von Unterschenkeln und Füßen) oder als Wickel

Medikamentöse Unterstützung des Schlafs:

- Bryophyllum 50%, 1 Teelöffel zur Nacht
- Calmedoron, 20 Tropfen/Globuli zur Nacht

Stabilisierend bei Angst und Depression:

- Aurum/Hyoscyamus comp (3 x 20 Tropfen)
- Aurum/Stibium/Hyoscyamus (3 x 10 Globuli)

Aufbauend und die Lebenskräfte fördernd, vitalisierend:

- Levico comp 3 x 10 Globuli
- Aurum/prunus 3 x 10 Globuli oder auch subcutan (2-3 x wöchentlich)

Bei Müdigkeit und Konzentrationsmangel

- als Folge von Chemo- oder Strahlentherapie, insbesondere bei Hirntumoren und zerebralen Metastasen und bei Lymphomen und Leukämien:
- Helleborus niger (D5-D12) , 2-3 x wöchentlich eine Ampulle s.c.

Selbstverständlich sind auch alle Maßnahmen, die den Wärme-Organismus (als den Träger der Ich-Organisation) anregen, bei der Behandlung des Fatigue-Syndroms sehr hilfreich.

Dazu zählen im anthroposophischen Behandlungskonzept – neben der Misteltherapie – die Heileurythmie, die Rhythmische Massage nach Ita Wegmann und die äußeren Anwendungen, die durch die Pflegenden und Physiotherapeuten durchgeführt werden. Als Beispiele seien hier erwähnt: Bienenwachsauflagen, Öldispersionsbäder mit Rosmarinöl und Ingwerwickel.

„Der Mensch ist nur da ganz Mensch, wo er spielt“, sagt Friedrich Schiller, der in seinen „Ästhetischen Briefen“ seine ganz eigene Dreigliederung formulierte, indem er zwischen der Extreme des Stofftriebs auf der einen und des Formtriebs auf der anderen Seite, den Spieltrieb als vermittelndes und gesundendes Element in die Mitte stellte.

Der Spieltrieb ist, nach Schiller, die künstlerische Betätigung des Menschen, die (dem rhythmischen Pol der Steinerschen Terminologie entsprechend) die Einseitigkeiten des Verstandes mit den Einseitigkeiten des Stoffwechsel-Willenspols versöhnt.

Störungen im Rhythmischen System sind eine Hauptursache für das Cancer Fatigue Syndrom. Daher denken wir, und sehen es auch tagtäglich bei unseren Patienten, dass die Kunsttherapie immer auch eines der wesentlichen therapeutischen Prinzipien in der Behandlung des Cancer Fatigue Syndroms sein sollte.

Abschließen möchte ich mit dem Hinweis, dass sowohl die Tumorerkrankung als auch die Fatigue den Menschen zunächst einmal aus der gewohnten Lebens-, Gefühls- und Denkroutine herausreißen. So schwierig und leidvoll das oft ist, es ist auch immer eine Chance, den bisherigen Lebensplan neu zu überdenken, die Prioritäten neu zu ordnen. Insofern kann auch das Fatigue-Syndrom manchmal eine Hilfe sein, indem es den Menschen zur Atempause zwingt, es ihm unmöglich macht, die bisherigen Tretmühlen und Hamsterräder weiter zu bedienen.



Alle hier gemachten Vorschläge sollen daher nicht missverstanden werden als der Versuch, den Tumorpatienten möglichst schnell wieder zu einem nützlichen Mitglied der Gesellschaft zu machen. Vielmehr plädiere ich dafür, dass der Patient sich immer die Auszeit nimmt, die er für seine notwendige Neu-Orientierung braucht.

Dr. Michael Sarrach

Leitender Arzt



Medizinische Trainingstherapie (MTT) Bewegung für das Leben!

„Man geht heute davon aus, dass körperliche Aktivität das Risiko an Krebs zu erkranken, reduzieren kann.“

Früher galt für alle Krebspatienten: möglichst schonen und wenig Belastung. Das ist mittlerweile überholt. Heute sind Mediziner und Wissenschaftler von einem positiven Zusammenhang von körperlicher Aktivität und der Verfassung bzw. Psyche von Krebskranken überzeugt.

Man geht heute davon aus, dass körperliche Aktivität das Risiko an Krebs zu erkranken, reduzieren kann.

Zudem konnte gezeigt werden, dass Patienten, die sich sowohl vor als auch nach der Diagnose regelmäßig

bewegt haben, eine bessere Prognose aufwiesen, die Krankheit zu überstehen. Jüngste wissenschaftliche Untersuchungen legen darüber hinaus nahe, dass körperliche Aktivität bei bestimmten Krebsarten (u. a. Brust-, Dickdarm- und Prostatakrebs) das Risiko eines Rezidivs senken kann.

Ferner kann körperliche Aktivität sogar während und nach der Behandlung einen positiven Einfluss auf verschiedene Nebenwirkungen der medizinischen Therapie nehmen, wie z.B.

Zum Fatigue-Syndrom

Das Gefühl von ständiger, chronischer Erschöpfung (Fatigue-Syndrom) ist eine häufige Nebenwirkung, vor allem der Chemotherapie.

Hier vermag eine Kombination von Kraft- und Ausdauertraining dieses Fatigue-Syndrom zu reduzieren, sodass sich die Patienten wieder fitter fühlen und an mehr Aktivitäten des Alltags teilnehmen können.

Bei Gelenk-Schmerzen

Regelmäßige körperliche Aktivität und Krafttraining können zu einer Reduzierung der subjektiv wahrgenommenen Gelenk- (Arthralgie) und Muskelschmerzen führen.

Bei der Polyneuropathie

Periphere Sensibilitätsstörungen, auch Polyneuropathie genannt, machen sich meist in Händen und Füßen bemerkbar und können häufig als Nebenwirkung der Chemotherapie auftreten.

Trainings- und Bewegungstherapie in Form von Gleichgewichtstraining gelten zurzeit als vielversprechender Ansatz zur Verbesserung der Polyneuropathie-Symptomatik.

Mit der **Medizinischen Trainingstherapie (MTT)** als ein gerätegestütztes Bewegungs-Training hat man ein Instrument, durch das man sowohl die Leistungs- und Belastungsfähigkeit als auch die Widerstandsfähigkeit des menschlichen Organismus steigern kann.



Sabrina Förster

Leitung Physiotherapie

Unsere Angebote

In der Klinik Öschelbronn entwickeln wir mit und für unsere Patienten ein auf Ihre jeweilige Gesundheits- und Kräftesituation abgestimmtes Trainingsprogramm. Dieses können Sie bei uns, jedoch auch zu Hause, mit einfachen Mitteln weiterführen, um den begonnenen Üb- und Aufbauprozess kontinuierlich fortsetzen zu können.

Damit können wir Ihnen, neben der Betreuung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, ebenfalls eine ambulante Weiterversorgung anbieten.

Unser Trainingsbereich ist mit verschiedenen Trainingsgeräten zum Kraft- und Ausdauertraining ausgestattet. Hierbei finden die verschiedensten Geräte ihren Einsatz.

- **Ausdauergeräte** wie Fahrradergometer, Rudergerät
- **Krafttrainingsgeräte** ausgelegt auf spezielle Muskelgruppen wie Beinpresse und Vertikalzug
- **Wackelbrett, Trampolin** oder auch **Posturomed** für das Gleichgewicht

Durch eine anhaltende und dann auch regelmäßige Therapiearbeit ist eine

- Leistungssteigerung im Bereich der verbesserten intramuskulären Koordination, Verbesserung der Herzarbeit,
- Sturz-, Arthrose- & Osteoporose-Prophylaxe und
- Abbau von kardiovaskulären Risikofaktoren nachzuweisen.

Ebenso lässt sich in den Bereichen der Motivation, des Angstabbaus, des Selbstvertrauens und des Selbstbewusstseins oder auch aufgrund nachlassender Schmerzsymptomatik, eine Steigerung der Lebensqualität und Lebenskraft erkennen.

Neben der MTT bieten wir Ihnen im ambulanten Bereich u. a.:

- **Rhythmische Massagen**
- **Allgemeine Krankengymnastik** oder **Physiotherapie**
- **Lymphdrainage**
- **Krankengymnastik nach Bobath**
- **Manuelle Therapie**



Wieviel Wärme braucht der Schmerz?

*„Ihre „Lebensmelodie“,
ihr Lebensgrundgefühl ist
wie „eingefroren“ auf
körperlicher, seelischer und
auch auf geistiger Ebene.“*

Das therapeutische Spektrum von Wickelanwendungen mit Natursubstanzen in der Klinik Öschelbronn ist in seiner Vielfalt einzigartig.

Mit unterschiedlichsten Wärmequalitäten wird versucht, dem kranken und blockierten Organismus auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene einen „Reiz“ zu geben, um die Selbstheilungsregulation anzuregen, die Organfunktion zu unterstützen und die Abwehrkräfte zu steigern.

Die Wärmequalitäten des Ölwickels (z.B. Aconitöl-Schulternackenwickel) sind sanft und mild umhüllend und wirken entspannend und schmerzlindernd.

Die feuchtheißen Wasseranwendungen mit Heilpflanzenzusätzen (z.B. Schafgarbe-Teeleberwickel) führen über einen intensiven thermischen Reiz zu einer Blutgefäß-

reaktion: Die Blutgefäße weiten sich; dies führt zu einer Durchblutungssteigerung, Vertiefung der Durchwärmung, Entspannung und Schmerzlinderung.

Bei den sogenannten Kataplasmen (Breiumschläge) wie z.B. beim Ingwernieren- oder Lungenwickel entsteht eine fast aggressive Wärmequalität, die zusätzlich zur Blutgefäßerweiterung zu einer intensiven Hautreizung führt: eine Herausforderung für den Organismus!

Damit Sie eine Vorstellung bekommen, wie wir Pflegende über eine therapeutische Zielformulierung zur Wahl des Wickels und der Heilpflanze finden, nehme ich Sie mit in unseren Stationsalltag.

Kommt ein Patient nach ärztlicher Aufnahme und Diagnostik auf Station, führen wir mit dem Patienten ein Pflege-Anamnesegespräch über seine aktuelle Krankheitssituation bezüglich:

- **Wärmehaushalt**
- **Schlafvermögen**
- **seelischer Zustand**
- **Stoffwechselsituation**
(Verstopfung, Durchfall)
- **Einlagerungen**
- **Schmerzsituation**
akut/chronisch
 1. Lokalisation
 2. Schmerzqualität:
 - a) brennend, bohrend, elektrisierend oder
 - b) drückend, dumpf, krampfartig
- **Kräftehaushalt**
- **Erkrankungstendenz**
Liegt eine akut entzündliche Erkrankung (z.B. Bronchitis, Arthritis o.a.) oder eine chronisch verhärtete Erkrankung vor (z.B. Tumor, Rheuma o.a.)?

Aus allen genannten Antworten entwickelt sich eine therapeutische Zielformulierung.

Nun stellt sich z.B. die Frage, welcher körperliche und seelische Zustand vorliegt, um einen Ingwernierenwickel anzuordnen?

Stellen Sie sich vor, Sie sind an einem bitterkalten Tag zu lange im Freien. Sie frieren und haben ein starkes Kälteempfinden. Menschen im chronischen Schmerzzustand, Fibromyalgiepatienten, Patienten nach Chemotherapien und depressive Menschen erleben sich tagtäglich in diesem Kältezustand. Ihre „Lebensmelodie“, ihr Lebensgrundgefühl ist wie „eingefroren“ auf körperlicher, seelischer und auch auf geistiger Ebene.

Wie sollen in diesem Zustand Entscheidungen gefällt werden? Wie kann ein inneres Feuer wieder entzündet werden?

Schon nach der ersten Behandlung mit einem Ingwernierenwickel erlebt der Patient eine tiefe, von innen kommende Durchwärmung im gesamten Organismus. Reaktiv führt die Durchwärmung zu einer Vertiefung der Atmung, muskulären und seelischen Entspannung und Schmerzlinderung.

Der Ingwer als Wärmevermittler führt zu einem positiven Körpergefühl, der den Weg hin zur Gesundheit kraftvoll unterstützt.

„Schon nach der ersten Behandlung mit einem Ingwernierenwickel erlebt der Patient eine tiefe, von innen kommende Durchwärmung im gesamten Organismus.“

Dies war nur ein kleiner Ausschnitt der therapeutischen Arbeit der Klinik Öschelbronn, anhand dessen wir Ihnen einen kleinen Einblick geben wollten über die therapeutische Vielfalt der Wickelanwendungen sowie der professionellen Arbeit der Pflegemitarbeiter.



Birgit Breit

Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fachkraft für Naturheilkunde





Wodurch entsteht seelische Gesundheit?

Was seelische Gesundheit ist und wodurch sie entsteht, wurde vielfach erforscht. So konnte Abraham Maslow in seinem Buch „Motivation und Persönlichkeit“ (1) zeigen, dass eine Seele umso gesünder ist, je klarer der Mensch sich seines spirituellen Kerns bewusst ist. Da er selbst naturwissenschaftlich gebildet war, hatte er zunächst Mühe, diesen Tatbestand bei den Menschen, die er untersuchte, anzuerkennen. Es waren aber gerade diejenigen, die über spirituelle Erfahrungen verfügten, die seelisch am widerstandsfähigsten und gesündesten waren. Das brachte ihn dann zu seinem Konzept der „peak experience“, d. h. Höhepunkt-Erfahrung im seelischen Erleben als Quelle seelischer Gesundheit.

Ähnliche Erfahrungen machte der Forscher Aaron Antonovski (2), der in den siebziger Jahren den Begriff der Salutogenese prägte, was „Gesundheitsherkunft“ bedeutet. Er

entdeckte bei der Untersuchung des Gesundheitszustandes älterer Frauen in Israel, dass unter den gesündesten Menschen, die er fand, auch Menschen waren, die den Holocaust überlebt hatten. Was sie schützte und stützte war die innere Geistgewissheit und klare spirituelle Identität. Dadurch hatten die Betroffenen die Möglichkeit, auch schwierigste Lebensereignisse und traumatische Erfahrungen positiv in ihr Schicksal zu integrieren. Das brachte Antonovski dazu, der Frage nachzugehen, wie und wodurch Gesundheit entsteht. Zu seinem Erstaunen fand er heraus, dass es letztlich der Zustand des Gefühlslebens ist, der darüber entscheidet, wie gesund sich ein Mensch erlebt oder nicht:

- **das Gefühl, etwas zu verstehen,**
- **das Gefühl der Sinnhaftigkeit einer Sache,**
- **das Gefühl, etwas zu können.**

Er nannte diese drei Gefühle Kohärenzgefühle. Denn Kohärenz bedeutet Zusammenhang. Jeder weiß, wie rasch man sich schlecht fühlt, wenn man sich isoliert erlebt und unter Beziehungsverlusten zu leiden hat. Ja, es macht gerade das Wesen zum Beispiel auch der Depression aus, dass man sich wie aus dem Lebenszusammenhang herausgefallen erlebt und nicht mehr warm und selbstverständlich in Freud und Leid verbunden. Umgekehrt erlebt man sich gestärkt, wenn man etwas beobachtet oder über etwas nachdenkt und es zu Einsicht und Verständnis kommt, worum es dabei geht. Auch Kinder kommen begeistert aus der Schule, wenn sie etwas gelernt bzw. verstanden haben. Umgekehrt fühlen sie sich lustlos und oft auch gelangweilt, wenn sie erleben, dass sie nicht wirklich mitkommen und die anderen rechts und links an ihnen vorbeiziehen. Entsprechend ist es

mit der Sinnhaftigkeit. Sinnloses erleben zu müssen, hat etwas Kränkendes. Besonders schmerzlich ist es, wenn man in seinem Leben eine sogenannte Sinnkrise hat oder schwere Erfahrungen nicht mehr sinnhaft in die eigene Biografie integrieren kann. Und mit der Handhabbarkeit verhält es sich entsprechend. Wer fühlt sich nicht gut, wenn etwas gelungen ist, oder auch elend, wenn man sich als Versager fühlt.

In der Resilienzforschung (3) (Resilienz bedeutet Widerstandsfähigkeit), insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, hat man herausgefunden, woran es liegt, dass es manchen Kindern möglich ist, trotz problematischer Einflüsse wie Gewalt, Alkoholismus und Drogen im häuslichen Milieu dennoch später gesund und lebensstüchtig zu werden: Es war die Tatsache einer verlässlichen, vertrauensvollen menschlichen Beziehung. Dabei kam es nicht darauf an, ob diese Beziehung im unmittelbaren Familienzusammenhang hergestellt werden konnte, oder ob es ein Mensch in der näheren Umgebung war, zu dem das Kind – oft auch ganz von sich aus – Kontakt aufgenommen hat. Hier wird besonders deutlich, dass die Quelle seelischer Widerstandskraft und Gesundheit der Kern der menschlichen Persönlichkeit, seiner Beziehungs- und Bindungsfähigkeit ist. Damit ist aber zugleich auch die Frage beantwortet, die unser Titelthema ist: „Wodurch entsteht seeli-

sche Gesundheit?“ Sie entsteht durch die aktive Beziehungstätigkeit der menschlichen Persönlichkeit. Von der Art, wie wir die Beziehung mit uns selbst, mit den Menschen und Dingen in unserer Umwelt und mit „Gott“ pflegen, hängt es ab, wie gesund oder seelisch krank wir uns erleben.

In seinen Vorträgen für die Lehrer führt Rudolf Steiner (4) aus, wie die Seelenkräfte des Denkens, Fühlens und Wollens im Laufe der körperlichen Reifung zwischen Geburt und Erwachsenwerden schrittweise in Erscheinung treten und vom Kind und Jugendlichen erlebt und gehandhabt werden. Er geht aber auch der Frage nach, woher diese starken seelischen Kräfte und Kompetenzen kommen. Er macht dabei die großartige Entdeckung, dass es dieselben Kräfte sind, die sich von der Embryonalentwicklung an in Wachstum und Entwicklung körperbezogen geltend gemacht haben als plastische Bildekräfte, Differenzierungskräfte und ganzheitlich wirksame Integrationskräfte. Haben diese Kräfte ihre Arbeit in Wachstum und Entwicklung jedoch getan, können sie schrittweise ihre körperbezogene Tätigkeit verlassen und jetzt der vom Menschen selbst gesteuerten Tätigkeit im seelisch-geistigen Innenleben dienen: die plastischen Kräfte als Gedankentätigkeit, die Differenzierungskräfte als Gefühlstätigkeit und die Integrationskräfte als Willensvermögen. Mithilfe dieses Ansatzes kann man

noch differenzierter verstehen, warum das Sich-Anschließen an die geistige Dimension unserer menschlichen Existenz für das seelische Leben so gesund ist. Kommen doch unsere seelischen und geistigen Kräfte aus der geistigen Welt, bilden nach der Empfängnis als im Leib wirksame Gestaltungskräfte unseren Körper und erhalten ihn bis zum Tod, um sich aber dann schon während des Erdenlebens schrittweise aus der körperlichen Tätigkeit wieder zu lösen und für die seelische Tätigkeit zur Verfügung zu stehen. Im Tode wird dann der Leib abgelegt, während wir in unseren Seelenkräften fortbestehen. Zeitlebens sind wir alle „Geist getragen“, auch wenn wir es nicht wissen (wollen). Seelisch erleben wir uns jedoch umso gesünder, je bewusster wir uns als geistige (und nicht nur materielle) Wesen auf der Erde erleben und betätigen können.



Dr. med. Michaela Glöckler

Goetheanum
Freie Hochschule für
Geisteswissenschaft
Postfach
4143 Dornach (Schweiz)

(Nach einem Vortrag, den Frau Dr. Glöckler am 21. April 2018 im Rahmen der Vortragsreihe „Öschelbronner Gespräche“ hielt.)

Literatur

1 Abraham H. Maslow: Motivation und Persönlichkeit, Walter Verlag Olten 1977

2 Aaron Antonovsky: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen 1997

3 Emmy E. Werner, Ruth S. Smith: Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. McGraw-Hill 1989

4 Rudolf Steiner: Die gesunde Entwicklung des Menschenwesens. GA 303, Dornach 1987

Knochenbildungs-Prozesse als treibende Kräfte für die Krebserkrankung

Die Krebserkrankung wird üblicherweise so beschrieben, dass sie mit „wucherndem Zellwachstum“ verbunden ist. Dass sie aber, organisches betrachtet, durch *Prozesse der Verknöcherung (Ossifikation)* vorangetrieben wird, wie Rudolf Steiner vor fast 100 Jahren äußerte, mag daher zunächst erstaunen, wenn nicht gar Zweifel erregen. Welche Phänomene sprechen denn dafür? Und wie kann man diese Erkrankung therapieren?

Die Tendenz zum Verknöchern zeigt sich schon darin, dass viele Karzinome mikrokristallinen *Karbonat-Apatit* bilden – ein karbonathaltiges Kalziumphosphat, das in ähnlicher Weise auch unser Knochenmineral aufbaut. Besonders häufig findet sich solcher „Mikrokalk“ bei Brustkrebs (*Abb. 1*). Am extremsten mineralisieren *Karzinomide*; das sind Karzinom-ähnliche, neuroendokrine Tumoren, deren Zellen Nervenzellen ähneln, aber gleichzeitig Funktionen wie innere Drüsen haben (hormonelle Wirksamkeit). Sie kommen im Magen-Darm-Pankreas-Ovarial-Bereich oder in den Bronchien bzw. der Lunge vor. Zwar selten, können sie in Einzelfällen vollständig und kompakt über 4-8 cm „verknöchern“ und sogar „Knochenbälkchen“ ausreifem, lamellärem Knochenmaterial bilden. Das tun sonst gesunderweise unsere Gliedmaßenknochen mit ästhetisch beeindruckender

Architektur vor allem in ihren Gelenkköpfen, als Reaktion auf äußere mechanische Belastungen (*Abb. 2*). Hingegen kommt es in Karzinoiden zu einer unregelmäßigen Anordnung von „Knochenbälkchen“ (*Abb. 3*), wobei aber gar keine Knochenbildungszellen anwesend sind – diese „Knochenbälkchen“ müssen also durch die Tumorzellen selber entstehen. Der Tumor verhält sich so, als sei er ein Knochen!

Der *Karbonatgehalt des Tumor-Apatits* – auch Metastasen können Mikrokalk bilden – gibt einen Hinweis auf die Schwere der Krebserkrankung. Dieses Karbonat verringert sich bei der Krebserkrankung im Rahmen der Progression von ca. 2 auf etwa 1 % (vgl. Knochen-Apatit: 6-7 %). Ein geringerer Karbonatanteil macht den Tumor-Apatit chemisch weniger löslich, schlechter reaktionsfähig, aber kristallographisch stabiler – er wird dem Apatit des Mineralreichs ähnlicher (*Abb. 4*). So entsteht inmitten des Organismus quasi ein Stück „anorganische Außenwelt“.

Untersucht man die Umgebung einer Knochen-Metastase, so fällt auf, dass der Knochen-Apatit Karbonat anreichert. Dadurch wird er leichter löslich, allerdings auch anfälliger für die weitere Ausbreitung von Knochen-Metastasen. Es findet also gewissermaßen eine Verschiebung von Karbonat aus dem Tumor her-

aus in seine Umgebung hinein statt, bzw. der Tumor-Apatit verringert seine Fähigkeit zur Karbonataufnahme, während der Knochen-Apatit Karbonat verstärkt anreichert. Hier zeigt sich im Chemischen ein Bild für die Verlagerung bestimmter Kräftewirkungen. Was für Kräfte könnten das sein?

Um diese Frage zu beantworten, hilft ein Blick ins Tierreich: Kalziumkarbonat (Kalk) findet man als äußere Schalen bei Muscheln, Schnecken und Vogeleiern (*Abb. 5*). Muscheln und Schnecken sind als niedere Tiere seelisch noch nicht so reich in ihren Verhaltensmöglichkeiten wie z. B. ein Hund oder eine Katze. Auch ein Vogelembryo kann noch nicht den Verhaltensreichtum zeigen, den er als geschlüpfter Vogel an den Tag legt. Letzterer braucht keine äußere Kalkschale mehr, er hat ein Innenskelett aus Karbonat-Apatit – das Karbonat ist im stützenden Knochen in das Innere des Organismus hineingenommen. Niedere Tiere leben mit ihrer Seele mehr in den Vorgängen ihrer Umgebung als im eigenen Inneren; sie haben vorwiegend eine „Außen-Seele“. Anders die höheren Tiere und der Mensch: Sie verfügen über einen großen *inneren Seelenreichtum*. Dazu gehört auch – im Gegensatz zu den Pflanzen, die nur Lebewesen und noch keine Seelenwesen sind – eine hochaktive, innere Verdauung,

die Nahrungssubstanzen auflöst, um dann körpereigene Substanzen aufzubauen. Der jeweilige Umgang mit dem Karbonat zeigt uns also, auf welche Weise die Seele in den Tieren und im Menschen tätig ist.

Wenn Seelenprozesse im Organismus physiologisch auflösend bzw. abbauend wirken, so deutet eine verringerte chemische Löslichkeit des Tumor-Apatits, aber verstärkte Löslichkeit des Knochen-Apatits in der Nachbarschaft eines Tumors darauf hin, dass Seelisches sich aus dem Tumorgebiet herausgezogen und in seine Umgebung hinein verlagert hat. In diesem Sinne äußerte sich auch Rudolf Steiner, als er darauf hinwies, dass kohlenaurer Kalk (Kalziumkarbonat) die Anregungen des Nervensystems (= Träger des Seelischen) bis in die Knochen hineinzieht. Im Tumorgebiet ziehen sich also nicht nur die aufbauenden Lebensprozesse zurück (ersichtlich z. B. an der Mineralisierung), sondern auch die abbauend und



Abb. 2: Architektur der Knochenbälkchen im Kopf eines Oberschenkelknochens. (Foto: R. Gehlig)

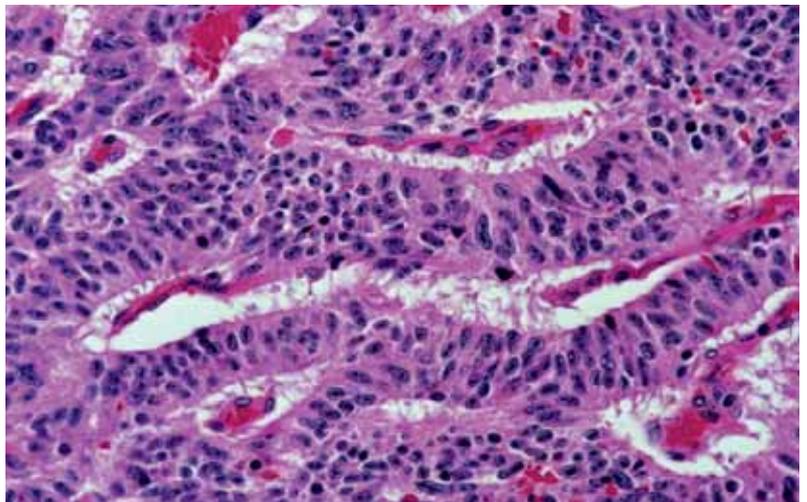


Abb. 3: „Knochenbälkchen“ in einem Lungen-Karzinoid, Tumorzellen violett angefärbt. (Foto: The Armed Forces Institute of Pathology, USA, gemeinfreies Bild, Wikimedia)

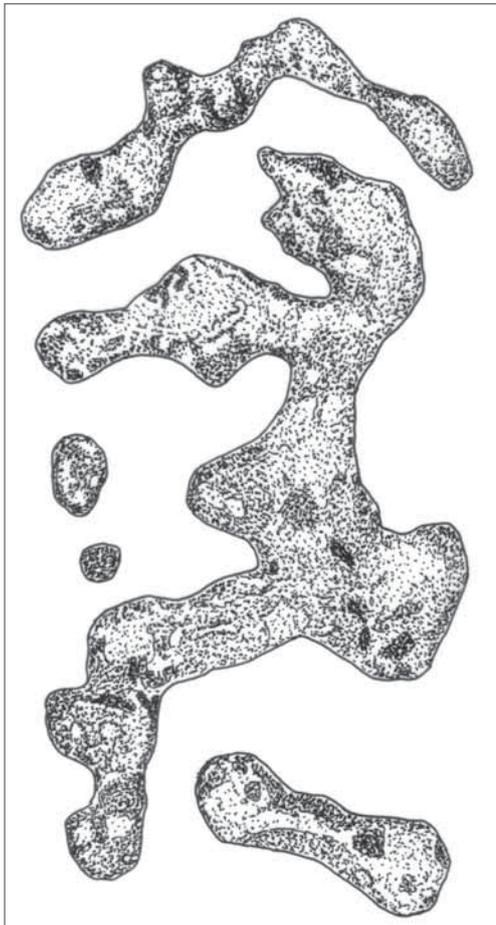


Abb. 1: „Mikrokalk“ aus Karbonat-Apatit, ohne Größenangabe. Aus der Brustdrüse einer Mammakarzinom-Patientin extrahiert. (Zeichnung nach einem Internet-Foto: R. Gehlig)



Abb. 4: Apatit aus Sludjanka, Baikalsee, Russland; Länge: 2,5 cm. (Foto: R. Gehlig)

auflösend wirkenden Seelenprozesse (erkennbar am Karbonatverlust des Tumormineral). Wenn aber Lebens- und Seelenprozesse im Tumor nicht mehr vorhanden sind, hat auch das Ich keine Möglichkeit mehr, zwischen ihnen regulierend einzugreifen. Letzten Endes *dominiert der Physische Leib*, und so lagern sich im Tumor abgestorbene Zellen (Nekrose) und kristalline mineralische Substanz ab.

Schon im gesunden Menschen gibt es Bereiche, wo der Physische Leib die Oberhand hat: die *Sinnesorgane*, speziell das Auge und Ohr. Deren Funktion ist nur dann gewährleistet, wenn sie für physikalische Wirkungen offen sind – z. B. in der klaren Linse und dem Glaskörper des Auges und den quasi mechanischen Einrichtungen von Hammer, Amboss und Steigbügel im Ohr als Überträger von Schall-Druckwellen ans Innenohr. Dabei geht nach R. Steiner im Ohr die Trennung zwischen Physischem Leib, Lebensprozessen bzw. Lebensleib, Seelenprozessen bzw. Seelenleib und der Ich-Organisation noch weiter als im Auge, denn *im Ohr lösen sie sich alle voneinander ab – ähnlich wie im Tumor*. Im Ohr und im Tumor zeigt sich eine Dominanz des Physischen. Kein Wunder also, dass es auch im Ohr zur Mineralisierung kommt: So ist das Innenohr vom Felsenbein umgeben, das ebenso hart ist wie der Zahnschmelz. Diese Zusammenhänge führten R. Steiner dazu, den Tumor als ein „*Sinnesorgan an falscher Stelle*“, speziell als eine Art von „*Ohrorgan*“ aufzufassen. Man ahnt nun auch, warum im Innenohr keine primären Karzinome entstehen, selbst wenn es chronisch entzündet ist: Das Ohr hat ja bereits eine „*krebsartige*“ Wesensglieder-Konfigu-

ration, ist von einem „*umgewandelten Krebsprozess*“ besetzt. Biochemisch korreliert das im Innenohr mit einer durch bestimmte Eiweiße ausgeprägten Hemmung der Entwicklung gewisser Zellen, die als Vorläufer von Krebszellen gelten können¹.

Die Tendenz von Karzinomen, Eigenschaften von Knochen anzunehmen, äußert sich auch darin, dass Metastasen sich häufig im Skelett einnisten (*Osteotropie*). Als osteolytische Metastasen lösen sie Knochen auf und durchlöchern diese regelrecht (z. B. beim Mamma-Karzinom, *Abb. 6 links*), während osteoplastische Metastasen eine chaotisch-regellose, übermäßige Verknöcherung über die natürlichen Knochengrenzen hinaus bewirken (z. B. beim Prostata-Karzinom, *Abb. 6 rechts*). Außerdem bilden und exprimieren Karzinome bestimmte Substanzen, die normalerweise für das Skelett typisch sind und an der gesunden Knochenbildung, im Knochenumbau, an der Ausheilung von Knochenbrüchen und Einheilung von Implantaten beteiligt sind: die *Knochenmatrix-Proteine* und andere Eiweiße. Wenn Tumorzellen sich aber ähnlich wie Knochenzellen verhalten, werden sie vom Organismus nicht als fremd erkannt und nicht eliminiert.

Des Weiteren gibt es eine *gleichsinnige Korrelation zwischen der Knochenmineraldichte und der Krebshäufigkeit bzw. Rezidivrate*: In vielen klinischen Studien zeigte es sich, dass bei älteren Frauen das Krebsrisiko signifikant steigt, wenn die Knochenmineraldichte den alterstypischen Wert übersteigt (unabhängig von einer evtl. Östrogen-Medikation und Übergewicht, die bekanntermaßen die Knochenmineraldichte fördern). So fand man bei älteren Frauen mit der höchsten Knochenmineraldichte



Abb. 5: Die äußere Kalkschale von Muscheln und Schnecken ist ein Kennzeichen ihrer noch überwiegend in der Umgebung lebenden „Außen-Seele“, die das Innere des Organismus noch nicht genügend durchdringt und nur zu begrenztem Verhaltensreichtum führt. (Foto: R. Gehlig)

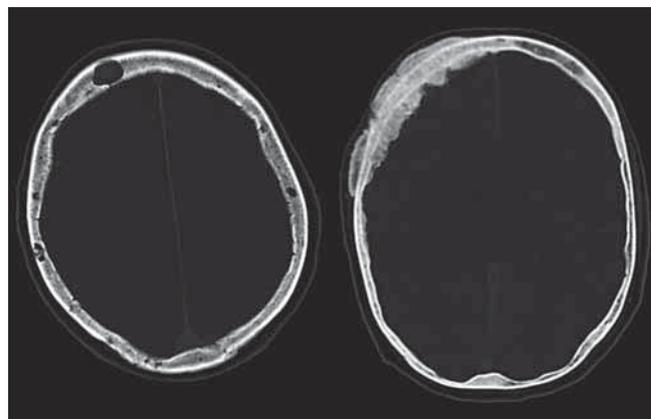


Abb. 6: Links osteolytische Läsionen (Löcher) im Schädelknochen bei Mamma-Karzinom, Röntgenaufnahmen. Rechts osteoplastische Läsionen (Knochen-Anlagerungen) im Schädelknochen bei Prostata-Karzinom, Röntgenaufnahmen. (Fotos: Hellerhoff, CC-BY-SA-3.0-Unported, Wikipedia)

¹ In sehr seltenen Fällen wurden allerdings Metastasen primärer Tumoren aus anderen Regionen des Organismus und Melanom-Metastasen im Innenohr entdeckt – die Tumorphemmung im Innenohr wirkt sich auf die Ansiedelung von Metastasen nicht mehr vollständig aus.

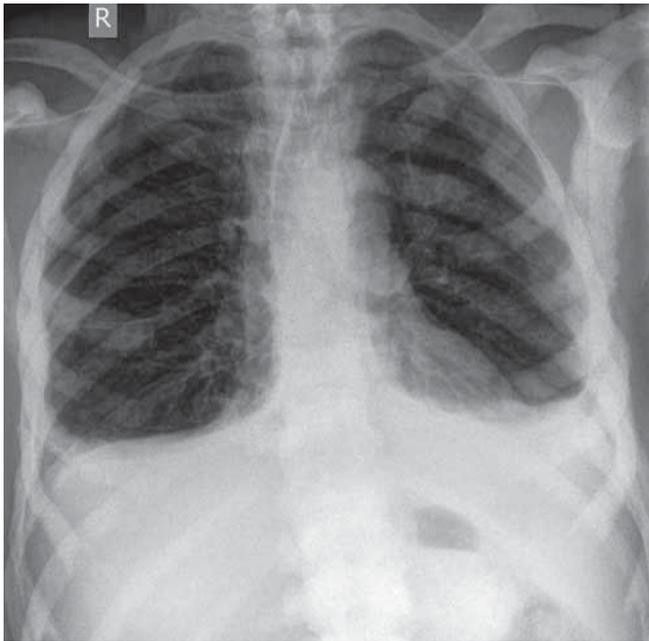


Abb. 7: Osteoplastische Metastasen mit exzessiver Verknöcherung im Brustraum eines Prostatakrebs-Patienten, Röntgenaufnahme. (Foto: Hellerhoff, CC-BY-SA-3.0-Unported, Wikipedia)

2-3 mal mehr Brustkrebs als Frauen mit niedrigster Knochenmineraldichte. Ähnliches entdeckte man bei älteren Männern mit Prostata-Karzinomen². Mit zunehmendem Alter ist es für jeden Menschen normal, dass Knochenmineral verloren geht. Bei Prostatakrebs-Patienten bleibt die Knochenmineraldichte bis etwa zum 70. Lebensjahr jedoch ungefähr konstant und ist damit überhöht. Übersteigt die Mineraldichte des Skeletts die altersgemäß typischen Werte, so kann sich das krebsfördernd auswirken. So sind Männer ohne Prostatakrebs-Vorerkrankung, aber mit erhöhter Knochenmineraldichte verstärkt in Gefahr, an Prostatakrebs zu erkranken. Prostatakrebs mit seinen ausgeprägten osteoplastischen Metastasen zeigt besonders anschaulich, dass die Krebserkrankung mit *überschießenden Ossifikationsprozessen* einhergeht (Abb. 7). So erscheint es dann auch konsequent, dass im Rahmen einer klinischen Studie aus dem Jahr 2001 die überhöhte Knochenmineraldichte bei Prostatakrebs-Patienten um 1-6,5% reduziert wurde, wenn es zu einem *partiellen Therapie-Erfolg* kam.

Viele Phänomene sprechen also dafür, dass die Krebserkrankung von *Sinnes-Nervenprozessen aus und durch gleichgerichtete, aber über die Nervenbildung hinausgehende, knochenbildende Kräfte* betrieben wird. Daher ist es verständlich, dass sich die *Weißbeerige Mistel* (*Viscum album* L.) dieser Erkrankung entgegenstellen kann – eine

Pflanze, die so „erdenflüchtig“ ist, dass sie nicht einmal auf dem Erdboden wachsen kann, sondern nur auf lebenden Wirtsbäumen. Als immergrüne Pflanze ist sie so vital, dass selbst ihre sich in den Wirtsbaum verankern- den Senker grün bleiben. Und ihre Inhaltsstoffe (u. a. Mistellektine, Viscotoxine, Polysaccharide), als Heilmittel zum Injektionspräparat verarbeitet, regen den krebskranken Menschen an, eine zu niedrige Körpertemperatur wieder anzuheben, eine verlorene Tagesrhythmik der Körpertemperatur erneut auszubilden und Fieber als therapeutisch erwünschte Reaktion zu entwickeln. Mit alledem stellt sich die Mistel den „kältenden“, ossifizierenden Prozessen der Krebserkrankung entgegen.

Durch Misteltherapie können sich Tumoren bei günstigem Ansprechen partiell und im Idealfall komplett zurückbilden, Rückschläge werden verzögert oder verhindert. Die Mistel hilft im Falle einer Krebserkrankung, gesundene Kräfte aufzurufen und den Organismus wieder besser mit einem dynamischen Zusammenspiel aller Wesensglieder zu durchdringen. Auch bei einer erfolgreichen Misteltherapie wäre daher zu erwarten, dass sie sich auf die Knochenmineraldichte im Skelett regulierend auswirkt.

(Fachliteratur bei R. Gehlig)



Dr. Roselies Gehlig

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Carl Gustav Carus-Institut seit 1982. Goetheanistisch-anthroposophische Bearbeitung von Themen der Kolloidchemie, Geowissenschaften, Fluoreszenz/ Phosphoreszenz, Biomineralisation (seit 2005 Knochenphysiologie), mit Blick auf die Herstellung der Mistel-extrakte und die Krebserkrankung.

² Trifft man bei Prostatakrebs-Patienten auf eine höhere Krebshäufigkeit bei niedriger Knochenmineraldichte, so erklärt sich dies z. B. durch Hormon-Therapie, Vitamin D-Mangel im Organismus (mittels Vitamin D wird Kalzium in die Knochen überführt) oder zusätzliche osteolytische Metastasen.

Das Potenzial der Mistel in der modernen Krebstherapie



Ergebnisse einer vierjährigen Forschungsk Kooperation mit namhaften europäischen Universitäten



Das Nichtansprechen einer medikamentösen Krebsbehandlung ist eine zentrale Frage in der Onkologie. Die Resistenz auf Chemotherapeutika kann von Anfang an im Tumor vorhanden sein oder im Verlauf einer chemotherapeutischen Behandlung entstehen. Chemoresistenz kann verschiedene Ursachen haben. So können sich Tumore auf zellulärer Ebene unterschiedliche Wege nutzbar machen, um widerstandsfähig gegenüber der Verabreichung zellabtötender Medikamente zu werden. Einer dieser Wege ist die Selbstentgiftung von Tumoren, welcher auf sogenannten Transportproteinen (ABC-Transporter) in der Membran der Tumorzellen beruht. Durch diesen Vorgang werden die aufgenommenen Wirkstoffe wie eine Pumpe aus der Zelle ausgeschleust und die notwendigen Konzentrationen in den Zellen nicht erreicht, um die beabsichtigte Wirkung zu erzielen.

Am Carl Gustav Carus-Institut steht vor allem die Forschung an der Mistel im Mittelpunkt. Die Mistelpflanze wird seit 1917 nach Empfehlungen Rudolf Steiners erstmals in der Krebstherapie eingesetzt. Sie enthält eine Vielzahl sekundärer Pflanzenstoffe, welche sowohl zellabtötende als auch immunologische Wirkungen besitzen. Eine der wirksamsten Substanzen ist das Mistellektin-1 (ML-1), welches über seine zuckerbindenden Eigenschaften an Tumorzellen binden und selbst in sehr geringen Konzentrationen Zelltod auslösen kann. Dabei wirken Lektine durch eine direkte Hemmung der Proteinbiosynthese, was zum Tod der Krebszelle durch Apoptose führt.

Die Bindung von ML-1 an die Zelloberfläche von Tumorzellen und die intrazelluläre Aufnahme wurde in einer Kooperation mit der Universität Utrecht (Niederlande) mikroskopisch untersucht, siehe *Abbildung 1*.

Die Ergebnisse wurden 2018 in einer angesehenen Fachzeitschrift veröffentlicht [1]. Die Bildfolge zeigt, wie die mit einem roten Farbstoff markierten Mistellektine (ML-1) bereits eine Minute nach Hinzufügen des Arzneistoffs an den Außenseiten der Zellmembranen anlagern. Dadurch werden die Umrisse der Zelle gut sichtbar (kenntlich gemacht durch weiße Pfeile). Nach 15 Minuten sind die rot markierten Mistellektine deutlich granuliert. Das zeigt, dass sie durch die Zellmembran gewandert sind und in bestimmten Zellorganellen akkumulieren. Nach 30 Minuten ist die Annäherung an den Zellkern noch weiter fortgeschritten.

Das Auslösen der Apoptose wurde in einem Zeitraum von drei Tagen in einer Bildsequenz dargestellt. Die Filme sind als „Online-Beilage“ der Veröffentlichung [1] frei verfügbar. Wenn zusätzlich noch bestimmte Zellorganellen markiert werden, wie in *Abbildung 2* gezeigt, lassen sich der Weg und die Wirkungsweise der Mistellektine weiterverfolgen. In den beiden mikroskopischen Aufnahmen von *Abbildung 2* sind die Lysosomen (linkes Bild) bzw. der Golgi-Apparat der Tumorzellen mit einem grünen Farbstoff markiert. Aus der Überlagerung der roten Marker der Mistellektine und der grünen Markierung kann durch automatisierte Bildana-

lyse die Überschneidung beider Marker und damit das Ziel der Mistellektine festgestellt werden. Die Grafik rechts in *Abbildung 2* zeigt, dass die Mistellektine nur zu einem geringen Prozentsatz zu den Lysosomen wandern, wo sie abgebaut werden würden. Etwa 50% der Mistellektine werden nach einer Stunde im Golgi-Apparat geortet, durch welchen die Mistellektine schlussendlich an die Orte der Proteinbiosynthese, die Ribosomen, gelangen. Die Ribosomen werden dann von den Mistellektinen inaktiviert, was zum Auslösen des natürlichen Zelltods (Apoptose) führt.

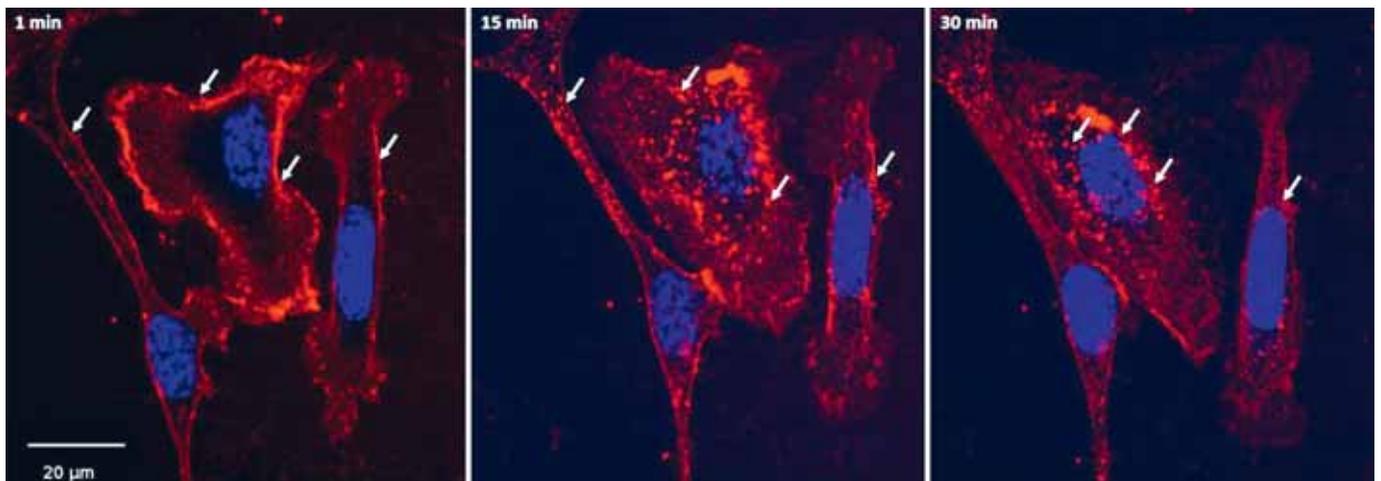


Abbildung 1: Konfokal-mikroskopische Darstellung der zellulären Aufnahme von ML-1 in der Kolonkarzinomzelllinie CT26. Zellkerne sind mit einem blauen, ML-1 mit einem roten Fluoreszenzfarbstoff gefärbt. Die Pfeile zeigen die Bindung von ML-1 an die Zellmembran und die Aufnahme in intrazelluläre Vesikel im zeitlichen Verlauf (übernommen aus [1]).

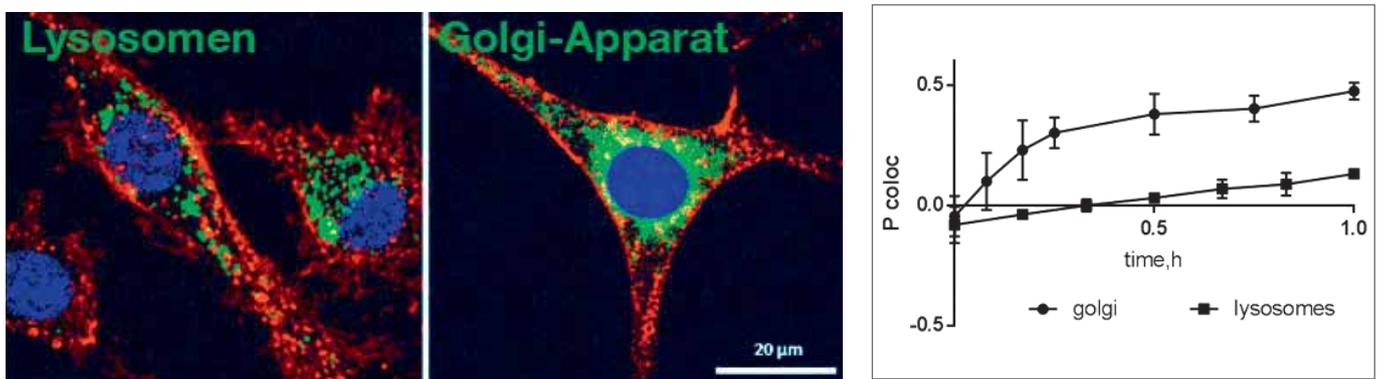


Abbildung 2: Konfokal-mikroskopische Darstellung der Co-Lokalisation von ML-1 (rot) und Lysosomen-Markern bzw. Golgi-Markern (beide jeweils grün) nach 1h Inkubation (Zellkerne: blau). Die Darstellung des Korrelationskoeffizienten nach Pearson (*P coloc*) zeigt eine teilweise zeitabhängige Lokalisation von ML-1 im Golgi-Apparat (übernommen aus [1]).

[1] N. Beztsinna, M.B.C. de Matos, J. Walther, C. Heyder, E. Hildebrandt, G. Leneweit, E. Mastrobattista, R.J. Kok Quantitative analysis of receptor-mediated uptake and pro-apoptotic activity of mistletoe lectin-1 by high content imaging. *Scientific Reports*, 2018, 8: 2768, <https://www.nature.com/articles/s41598-018-20915-y>; CC BY 4.0). Enthaltene Texte wurden übersetzt und Kontrast und Helligkeit der Aufnahmen verändert.



Durch vergleichbare Untersuchungsmethoden haben wir den Vorgang der Aufnahme von ML-1 in die Tumorzelle, die sogenannte Endozytose, untersucht. Dabei konnte gezeigt werden, dass ML-1 über eine Rezeptor-vermittelte Aufnahme in Tumorzellen eindringt, insbesondere die Caveolae- und die Clathrin-vermittelte Endozytose. Dies unterstützt die Annahme, dass das Mistellektin über die Spezifität für bestimmte Zuckerreste bzw. spezifische Rezeptoren auf der Zellmembran gebunden wird. Da sich mit dem Fortschreiten der Krebserkrankung auch die auf den Tumorzellen befindlichen Zuckerketten verändern können, ergibt sich die wichtige Frage, welche Rolle die Zuckerspezifität der Mistellektine bei der Krebstherapie hat und wie diese besondere Eigenschaft therapeutisch nutzbar gemacht werden kann. Diese Fragen sollen in künftigen Projekten des Carl Gustav Carus-Instituts bearbeitet werden.

Außerdem konnten wir zeigen, dass ML-1 weniger durch Chemoresistenz beeinträchtigt wird als das Standard-Chemotherapeutikum

Doxorubicin. Dazu wurden eine nicht-chemoresistente Variante der Brustkrebszelllinie vom Typ 4T1 mit einer chemoresistenten Variante desselben Typs 4T1 verglichen. Der Brusttumor, aus dem diese Zelllinie abgeleitet wurde, ist besonders schwer zu behandeln, da er weder Östrogen- noch Progesteron-Rezeptoren besitzt und auch keine epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptoren ausbildet, durch die er medikamentös beeinflussbar wäre. Unsere Untersuchungen zeigten, dass die chemoresistente Variante unempfindlicher auf beide Substanzen, Doxorubicin und ML-1, reagiert. ML-1 wird aber im Vergleich nur halb so stark durch die Chemoresistenz beeinflusst wie die Vergleichssubstanz Doxorubicin. Dies ist ein sehr interessantes Ergebnis, welches das Feld für weitere Forschungstätigkeiten eröffnet. Beispielsweise kann das deutlich höhere Molekulargewicht des Lektins dazu führen, dass die Ausschleusung über die erwähnten Resistenz-vermittelnden Transportproteine nicht stattfinden kann, da die Kanäle relativ fein sind, die durch diese Membranproteine (eng-

lich: Adenosintriphosphate Binding Cassette, ABC-Transporter) in der Zellmembran gebildet werden. Sie wirken daher vor allem bei Wirkstoffen mit einer relativ kleinen Molekülgröße, wie dies bei den meisten Chemotherapeutika der Fall ist. Resistenz kann auch dadurch vermittelt werden, dass bestimmte Rezeptoren auf der Zelloberfläche verloren gehen oder Signalwege in der Zelle verändert werden.

Ein weiteres Problem in der Krebstherapie besteht darin, dass die Arzneistoffe den Tumor nicht in ausreichenden Konzentrationen über die Blutbahn erreichen und somit ihre Wirkung nicht entfalten können. Dies kann durch geringe Löslichkeit des Wirkstoffs im Blut, wie dies bei vielen Chemotherapeutika der Fall ist, oder im Falle eines hochmolekularen biologischen Wirkstoffes, wie des ML-1, durch immunologische Reaktionen bedingt sein. Um dessen Bioverfügbarkeit im Blutkreislauf zu gewährleisten, ist die Einkapselung in Liposomen ein wichtiger Ansatz. Dabei wird das wässrig gelöste Arzneimittel von einer fettartigen Membran umhüllt, so dass



Universiteit Utrecht



am Ende ein mit Wirkstoffen gefülltes Vesikel (lateinisch: Bläschen) bzw. Liposomen mit einer Größe im Nanometerbereich entsteht. Diese Liposomen können mit einer Schutzschicht versehen werden, z. B. durch Verwendung von Polymeren, um die Aufnahme und Zerstörung durch Immunzellen, den sogenannten Makrophagen (griechisch: Fresszellen), zu umgehen. Diese sogenannten langzirkulierenden Liposomen können durch eine spezielle Zusammensetzung der Membran durch lokale Erwärmung auf ca. 42 °C (Hyperthermie), ihre Wirkstoffe freisetzen, um eine therapeutisch wirksame Konzentration am Tumor zu erreichen. Die Freisetzung hochmolekularer Wirkstoffe ist eine besondere Herausforderung, an der wir aktuell forschen. Die Verwendung des Spektrums der Mistelinhaltsstoffe in der Krebstherapie ist durch ihre Eigenschaften, die sie von herkömmlichen Krebsmedikamenten unterscheidet, hochinteressant und bedarf einer intensiven Weiterentwicklung. Unser Ziel ist die Bereitstellung neuer Medikamente aus der Mistel und neuer Behandlungsmethoden in der Krebstherapie.

Christoph Heyder und
Gero Leneweit



Dr. Christoph Heyder

Biotechnologe, Mitarbeiter am Carl Gustav Carus-Institut seit 2010, verantwortlich für die präklinische und klinische Forschung, Forschungsaufenthalte an den Universitäten Uppsala und Utrecht



Dr. Nataliia Beztsinna

Promotion in Biologie und Chemie in Bordeaux, Postdoktorandin für die EU-Kooperation an der Universität Utrecht 2015-2017, danach Universität Leiden, aktuell Senior Scientist bei Ocello B.V, Leiden



Maria Betânia Carreira de Matos

Studium „Biomedical Engineering“ in Coimbra/Portugal, Mitarbeiterin der ABNOBA GmbH im Rahmen des EU-Projektes, Doktorandin an der Universität Utrecht



Priv.-Doz. Dr. Robbert Jan Kok

Pharmazeut, Arbeitsgruppenleiter zu Nanomedizin und Arzneimittel-Transportsystemen an der Universität Utrecht



Priv.-Doz. Dr. Enrico Mastrobattista

Forschung zur Molekularbiologie und biomimetischen Arznei-Transportsystemen in Utrecht und Cambridge, Arbeitsgruppenleiter an der Universität Utrecht



Dr. Bárbara Miranda

Promotion in Chemie in Campinas/Brasilien und München, Postdoktorandin in Groningen/Holland. Laborleiterin der ABNOBA GmbH seit 2016



Dr. Gero Leneweit

Physiker, Leiter des Carl Gustav Carus-Instituts, Lehrbeauftragter am Karlsruher Institut für Technologie, Koordinator des europäischen Kooperationsprojektes für die ABNOBA GmbH



Neue Forschungslabore und Büroräume für das Carl Gustav Carus-Institut

*400 m² Nutzfläche.
Diese gestalten wir aktuell
nach funktionalen, sozialen
und ästhetischen
Gesichtspunkten.*

Seitdem der Bauantrag für unseren Neubau im Mai 2017 eingereicht wurde, sind wir mit großer Intensität damit beschäftigt, alle Details für den Innenausbau zu planen. Schon die Planungen zum Bauantrag stellten uns vor grundsätzliche Fragen: Wie groß wird das Carl Gustav Carus-Institut in den nächsten 20-30 Jahren werden? Welche Mindestzahl an Mitarbeitern und Fachkompetenzen brauchen wir, um arbeitsfähig zu bleiben und zukunftsfähig zu werden? Welche Impulse aus der Anthroposophischen Medizin werden wir verwirklichen können, wie viele universitäre Kooperationen werden wir eingehen und wie viele öffentliche Fördermittel werden wir für Forschungsprojekte einwerben können? Nun, in der Ausbauplanung, werden wir mit weiteren konkreten Herausforderungen konfrontiert: Welche räumlichen Anforderungen stellt eine moderne Krebstherapie-For-

schung in regulatorischer Hinsicht an uns? Wie werden wir Prüfärzney-mittel für klinische Studien in eigenen Räumen herstellen können? Wie können unsere Räume und Infrastruktur entwicklungsfähig werden, ohne mit der Realisierung des Neubaus gleich zu viel Kapital zu binden?



*Das derzeitige Labor.
Foto oben: Der Bauplatz, von Süden betrachtet*



Wir haben uns für eine Größe von knapp 400 m² Nutzfläche entschieden. Diese gestalten wir aktuell nach funktionalen, sozialen und ästhetischen Gesichtspunkten. Zusätzlich wollen wir die baulichen Voraussetzungen dafür schaffen, um Eigeninitiative zu ermöglichen, Routinehandlungen zu hinterfragen, querzudenken und Intuitionen anzuregen. Für die Planung der funktionalen Aspekte helfen uns die Erfahrungen in unserem bisherigen Labor und unsere Verbesserungswünsche, aber auch der reichhaltige Austausch mit vielen anderen renommierten Laboren durch unser EU-Projekt. Moderne Laborarchitektur versucht insbesondere, sozialen Austausch anzuregen, praktische Laborarbeit und Schreibtätigkeit durchlässiger zu machen und die Chancen der Digitalisierung zu nutzen, wodurch Dokumente und Daten wesentlich weniger Platz beanspruchen.

Unsere Laboraufteilung ist nach Osten und Westen lichtdurchflutet, während wir uns nach Süden vor zu viel Wärme schützen, um Kühlmaßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren. *Abb. 1* zeigt, wie unsere Laborarbeitsplätze nach Osten mit umlaufenden Labortischen und drei Inseln mit insgesamt 32 m Tischlänge für chemische Analytik und pharmazeutische Verfahrenstechnik ausgestattet sind. Für tumorbiologische und immunologische Untersuchungen haben wir ein Zelllabor (nach Südwesten ausgerichtet) mit separaten Räumen für Fluoreszenzmikroskopie und biologischer Analytik. Nach Westen orientieren sich Schreibplätze, die nur durch eine doppelte Glaswand vom Labor getrennt sind und somit Ruhe und Konzentrationsmöglichkeit bieten. Zugleich sind sie auf kurzem Weg direkt mit dem Labor verbunden. Nach

Norden teilen wir uns den Eingang mit der ABNOBA GmbH in einem vollverglasten Treppenhaus einschließlich Aufzug.

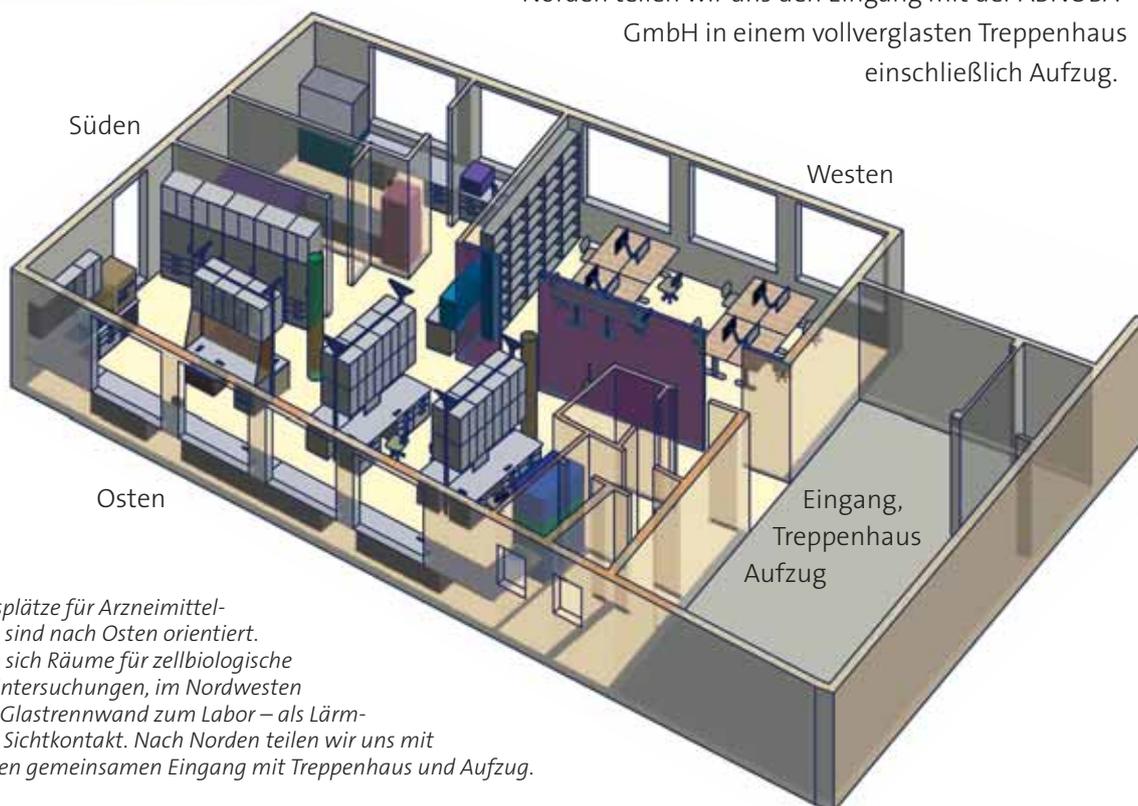


Abb. 1: Die Laborarbeitsplätze für Arzneimittelforschung und Analytik sind nach Osten orientiert. Im Südwesten befinden sich Räume für zellbiologische und immunologische Untersuchungen, im Nordwesten Schreibplätze mit einer Glastrennwand zum Labor – als Lärmschutz, aber mit gutem Sichtkontakt. Nach Norden teilen wir uns mit der ABNOBA GmbH einen gemeinsamen Eingang mit Treppenhaus und Aufzug.



Abb. 2: Teil unserer aktuellen Mineralienausstellung



Abb. 4: Skelettsammlung: Präparat einer Wüstenspringmaus (Mongolei)



Abb. 5: Kleine Reihe aus der Kaurischnecken-sammlung; Kaurischnecken sind überwiegend tropische Meeresschnecken

Wir erhalten dadurch Anschluss zu 30 m² Keller mit einem Lärmschutzraum für alle lauten Laborgeräte und Maschinen sowie unseren 180 m² Schreib- und Besprechungsräumen im ersten Stockwerk. Neben Treppenhaus und Aufzug sorgt auch die gemeinsame Medienversorgung mit Heizung, Laborventilation, Kühlung, Druckluft, Argon und flüssigem Stickstoff für optimale Synergieeffekte.

Was kann helfen, Denkgewohnheiten in Frage zu stellen und offen für Intuitionen zu werden? Wir meinen, dass der Blick in die Natur diese Möglichkeiten eröffnet. Ein besonderer Schatz hierfür sind unsere umfangreichen Sammlungen zu allen Naturreichen. Unsere mineralogischen Sammlungen und Anschauungsbildmaterial zur Mistel sollen in den Laborräumen ausgestellt werden. Sie sollen helfen, den Gefahren der Vereinseitigung und des Reduktionismus durch direkte Sinneserfahrungen zum Erdorganismus und den Gestaltprinzipien im Pflanzenreich zu begegnen. Im ersten Stock werden wir in den Fluren die Gestaltmetamorphose bei den Wirbeltieren, Schmetterlingen und Kaurischnecken ausstellen. Dieses umfangreiche Lehr-, Forschungs- und Anschauungsmaterial (Beispiele: Abb. 2-5) benötigen wir für die goethenistische Naturwissenschaft, die die Basis schafft für die Anthroposophische Medizin und Pharmazie.

Aktuell konzipieren wir die Präsentation unserer Mineraliensammlung in den Laboren. Einen Teil unserer bisherigen Ausstellungsform zeigt Abb. 2. Das Beispiel des Calcits in Abb. 3 zeigt, wie nicht allein die substanzielle Zusammensetzung



Abb. 3: Doppelbrechender Calcit – chemisch gesehen gewöhnlicher Kalk

die Erscheinung prägt, sondern der Prozess ihrer Entstehung. Calcit ist chemisch gesehen reiner Kalk, also Kalziumkarbonat. Calcit entsteht durch Abkühlung heißer, wässrig-mineralstoffhaltiger Lösungen in Gesteinsklüften und Spalten. Als Monokristall mit geometrisch glatten Oberflächen zeigt er für das bloße Auge sichtbar eine Doppelbrechung des Lichts – anders als Muschelkalk. Dieser entstand durch Sedimentbildung in den Weltmeeren, der Verbund vieler Mikrokristalle in den Sedimentschichten ist jedoch für das bloße Auge undurchsichtig. In gleicher Weise sind es die besonderen Prozessbedingungen im Pflanzenreich, aber auch im Mineral- und Tierreich, die Naturprozesse zu Heilprozessen werden lassen – eine Grundaufgabe der Anthroposophischen Pharmazie und damit unseres Neubaus.

Für eine sachgerechte Gestaltung und Ausstattung unseres Neubaus sind wir weiterhin auf Ihre Mithilfe angewiesen. Vorab danken wir von Herzen und mit unserer Arbeit für Ihre Spende! Möglichkeiten zur Spende für unseren Neubau finden Sie auf Seite 44.

Gero Leneweit



TIM Studie

Eine Phase III Studie zur Therapie beim nicht-muskelinvasiven Harnblasenkarzinom

Beim nicht-muskelinvasiven Harnblasenkarzinom (NMIBC) kann es in Abhängigkeit verschiedener Risikofaktoren häufig zu Neuerkrankungen (Rezidiv) oder einem Fortschreiten der Erkrankung (Progress) kommen. Um dies zu verhindern, besteht die unterstützende „adjuvante“ Standardtherapie nach operativer Entfernung der oft gleichzeitig an mehreren Stellen auftretenden Tumoren aus einer Serie von Instillationen eines Chemo- oder eines Immuntherapeutikums direkt in die Harnblase mit Hilfe eines Blasenkatheters.

Seit langem sind von Mistelextrakten sowohl die tumorzelltötenden Eigenschaften, als auch die lokalen bzw. den ganzen Organismus betreffenden (systemischen) Immunantworten bekannt. Daher war es naheliegend, in einem ersten Schritt die Eignung einer Lokaltherapie mit hoch dosiertem Mistelextrakt (abnobaVISCUM® Fraxini 20 mg) bei Patienten mit nicht-muskelinvasivem

Harnblasenkarzinom im Rahmen einer Dosisescalations-Studie zu untersuchen. Diese Phase I/II-Studie ist inzwischen erfolgreich abgeschlossen und hochrangig publiziert (1).

Aufgrund der guten Ergebnisse untersuchen wir diesen Therapieansatz zurzeit in einer randomisiert kontrollierten Phase-III-Studie (**TIM**: Therapeutische Instillation von **Mistelextrakt**) im Vergleich mit dem am häufigsten verabreichten Chemotherapeutikum Mitomycin C. Die Patienten werden zufällig entweder in die Chemotherapie-

Nachsorge oder in die Nachsorge mit abnobaVISCUM® zugeteilt (randomisiert). Nach einem Jahr endet die adjuvante Nachbehandlung mit Instillationen, und die Patienten werden noch ein weiteres Jahr ohne Behandlung nachbeobachtet. Am Ende der gesamten Studie wird untersucht, ob die Nachsorge-

behandlung mit Mistelinstillationen genauso wirksam Tumorrezidive verhindert wie das Instillationsschema mit dem Vergleichspräparat.

In ungefähr 40 Studienzentren (größere urologische Gemeinschaftspraxen oder Universitätskliniken, *Abb. 1*) in Deutschland und einem Zentrum in Kairo sollen über 500 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Bislang nehmen über 100 Patienten an der Studie teil bzw. haben ihre Teilnahme nach zwei Jahren zum Teil auch schon beendet. In dieser klinischen Studie wird erstmals ein Mistelpräparat mit einer onkologischen Leitlinientherapie verglichen. Der Leiter der Klini-

nischen Prüfung ist Dr. med. Stephan Tschirdewahn, Universitätsklinikum Essen. Nähere Informationen über Möglichkeiten zur Teilnahme sind beim Autor dieses Artikels erhältlich:

Dr. Jürgen Eisenbraun
ABNOBA GmbH
Hohenzollernstr. 16 · 75177 Pforzheim
Telefon 07231 315050 · E-Mail: info@abnoba.de

Literatur

1. Rose A et al., J Urol 194 (2015) 939–43; doi: org/10.1016/j.juro.2015.04.073



Abb. 1: Studienzentren in Deutschland



Nach dem 6. Mistelsymposium ...

Foto: Michaela Meyer

... ist vor dem 7. Mistelsymposium.

Die Reihe dieser Symposien wird vom 7. bis 9. November 2019 wieder in der Europäischen Akademie Otzenhausen, Nonnweiler/Saarland fortgesetzt. Die Vorbereitungen dieser Tagung haben begonnen. Details hierzu sind unter www.mistelsymposium.de zu finden.

Seit 1995 finden diese Mistelsymposien alle vier Jahre statt, als regelmäßiges Forum für Wissenschaftler und Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete und Therapierichtungen sowie für Hersteller von Mistelpräparaten und Behördenvertreter. Es werden Ergebnisse aus Forschung und Anwendung der Mistel in der Tumorthherapie präsentiert und miteinander



der diskutiert. Dadurch soll ein aktuelles, möglichst umfassendes und objektives Bild von Anwendung und Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über Mistelextrakte in Grundlagenforschung und Therapie entstehen, um neue Möglichkeiten – aber auch Grenzen – zu erkennen und diese für die Patienten nutzbar zu machen. Die Veranstalter erhoffen sich dabei auch einen interdisziplinären Dialog über die Grenzen des Symposiums hinaus, der zu weiterer Forschung und Zusammenarbeit innerhalb der Onkologie anregt.

Ferner stehen die wissenschaftlichen Beiträge jedes Symposiums einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung. Dazu werden vorher die Kurzfassun-

gen aller Beiträge in einem Ergänzungsband einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift in englischer Sprache veröffentlicht.

Die Kurzfassungen der vorangegangenen Symposien sind im Internet unter www.sciencedirect.com/science/journal/09447113/22/supp/S1 dauerhaft und frei zugänglich. Danach sind auch die Langfassungen dieser Beiträge in Buchform im KVC-Verlag Essen, www.kvc-verlag.de, erhältlich. Von jeder der vorangegangenen sechs Veranstaltungen wurden solche Bücher veröffentlicht.

Veranstaltet werden die Mistelsymposien von verschiedenen wissenschaftlichen, medizinischen und pharmazeutischen Fachgesellschaften zusammen mit der Karl und Veronica Carstens-Stiftung.



Nähere Auskünfte zu diesen Tagungen sind beim Autor dieses Artikels erhältlich:

Dr. Rainer Scheer
Carl Gustav Carus-Institut
Am Eichhof 30
75223 Niefern-Öschelbronn
Tel. +49 7233 7043-118
Fax +49 7233 7043-110
rainer.scheer@carus-institut.de



Dr. Rainer Scheer
Apotheker, Mitarbeiter am
Carl Gustav Carus-Institut seit 1990

Veranstalter

Deutsche Pharmazeutische
Gesellschaft e.V.
Gesellschaft für Arzneipflanzen-
und Naturstoff-Forschung e.V.
Gesellschaft für Phytotherapie e.V.
Karl und Veronica Carstens-
Stiftung
Gesellschaft Anthroposophischer
Ärzte in Deutschland e.V.
Zentralverband der Ärzte für
Naturheilverfahren und
Regulationsmedizin e.V.

Kooperationspartner

Arbeitsgemeinschaft für
Pharmazeutische
Verfahrenstechnik e.V.
European Society of Integrative
Oncology e.V.

Leitung und Wissenschaftliches Organisations-Komitee

Dr. Rainer Scheer
Niefern-Öschelbronn (Leitung)

Prof. Dr. Harald Matthes
Berlin (Leitung)

Prof. Dr. Susanne Alban
Kiel

Prof. Dr. Hans Becker
St. Ingbert

Prof. Dr. André-Michael Beer
Hattingen

Prof. Dr. Wolfgang Blaschek
Kiel

Prof. Dr. Reinhild Klein
Tübingen

Prof. Dr. Wolfgang Kreis
Erlangen

Dr. Gero Leneweit
Niefern-Öschelbronn

Dr. Günther Spahn
Mainz

Dr. Rainer Stange
Berlin

Thomas Göbel zum 90. Geburtstag

*11. Februar 1928 †8. April 2006



2018 begehen wir den 90. Geburtstag von Thomas Göbel, dem wissenschaftlichen Gründer des Carl Gustav Carus-Instituts. Am 11. Februar 1928 wurde er als ältester von vier Söhnen in Magdeburg geboren, wo er bereits im Elternhaus der Anthroposophie begegnete. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges, bei dem er als 17-Jähriger noch eingezogen wurde und in Gefangenschaft geriet, absolvierte er ein Studium der Forstwissenschaft. Da er nicht Teil des Systems in der DDR werden wollte, floh er in den Westen und kam 1954 in Pforzheim an.

Thomas Göbel arbeitete anfangs als Waldarbeiter, später wurde er Waldorflehrer und Lehrlingsausbilder. Bereits in diesen ersten Stufen seines Berufsweges zeigte sich, wie sich sein geistiger Reichtum mit tiefer Wertschätzung für die Werkwelt und die Vermittlung von Fähigkeiten verband. 1966 gründete er eine Initiative für die anthroposophische Krebstherapie gemeinsam mit Dr. Hans Werner, Dr. Karl Buchleitner, Dr. Gustav Brunk,

Dr. Karl Woernle, Hans Rivoir und Thomas Götte. Aus dieser Initiative folgte 1967 die Gründung des Carl Gustav Carus-Instituts. Wissenschaftlicher Ideengeber für das Institut wurde die Forschung an der Mistel, die der Entwicklung der anthroposophischen Pharmazie neue Impulse vermittelte. Thomas Göbels Verdienst als Biologe war es, dass sich die Forschergemeinschaft intensiv der Frage einer angemessenen Wissenschaftsmethode zuwandte. Rudolf Steiner hatte in seinem Lebenswerk zentral auf den naturwissenschaftlichen Vorarbeiten von Johann Wolfgang von Goethe aufgebaut. Diesem Impuls folgend, machten die Institutsgründer die Forschungsmethode Goethes zur Grundlage ihrer Arbeit – angeleitet durch Thomas Göbel, wie bereits in den „Öschelbronner Akzenten“ 2016 und 2017 dargestellt.

In einem Brief von Dr. Gustav Brunk aus dem Jahre 1973 heißt es: „Zu Beginn unserer Initiative hatten sich in Freiburg vier Ärzte und Herr Göbel klar gemacht, dass der Impuls nur zu verwirklichen ist, wenn sich diese fünf mit ihrem ganzen Sein und ihrer physischen Existenz mit ihm verbinden. Bisher hat dieses Verhalten eigentlich nur Herr Göbel ganz durchgeführt, dadurch wurde er folgerichtig zum Motor des Impulses.“ Thomas Göbel hat sich mit all seiner Kraft dieser Aufgabe gewidmet und Grundlegendes zur Gestaltbiologie der Mistel und vieler Pflanzenfamilien geleistet. Geistiges und Physisches, Seelisches und Lebendiges in ihrem Zusammenspiel zu verstehen, war sein tiefstes Bestreben, dem er sich mit aller Begabung und Fleiß zuwandte. Ihm gelang es, den Zusammenhang aller Organe eines Organismus als eine höhere Wirklichkeit wahrzunehmen. Dadurch konnte er die Durchdringung des Physischen durch das Geistige sehr anschaulich und konkret beschreiben. Viele seiner Zeitgenossen wurden von ihm in diese Arbeitsweise eingeführt und empfangen durch ihn wichtige Impulse für ihre beruflichen Aufgaben.

Die Vorbilder Goethe und Steiner führten Thomas Göbel dazu, sich neben den Naturwissenschaften auch intensiv mit Philosophie und Kunst zu beschäftigen. In den Naturwissenschaften galt sein besonderes Augenmerk dem Verständnis der Mistel vor dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses der Erde als eines lebendigen Organismus. In der Philosophie interessierte ihn besonders die Psychologie des Erkenntnisprozesses und die Entwicklung einer spirituellen Sineslehre. In der Kunst begeisterte er sich zunächst vor allem für die Architektur und plastische Kunst, später mehr und mehr für die Eurythmie als Herzstück eines anthroposophisch inspirierten Kulturimpulses. Wissenschaft, Kunst und später auch Religion verband er zu einer Ganzheit, zu seinem Lebensinhalt. Stets aber war die Beschäftigung mit diesen Gebieten nicht Selbstzweck, denn der medizinische Impuls der Anthroposophie stand für ihn immer im Vordergrund.

Wir sind Thomas Göbel zutiefst dankbar für sein Lebenswerk, mit dem er die naturwissenschaftliche Arbeitsweise Goethes für die Anthroposophische Medizin und Naturwissenschaft erschloss und eine geistige Grundlage für das Carl Gustav Carus-Institut legte.

Jahresthema 2018 Wege zur seelischen Gesundheit des Menschen

Vorträge und Gespräche, mittwochs 20.00 Uhr im Saal der Klinik

Noch 2018 stattfindende Vorträge:

Krankheit „überwinden“ – Das Mysterium der Gesundheit	Markus Debus	31.10.2018
Die Heilkraft des Herzens	Josef Ulrich	28.11.2018
Wie bleibe ich seelisch gesund und kraftvoll? Praktische Übungen zur Resilienz	Dr. Christian Schopper	12.12.2018

Änderungen vorbehalten



Das nächste Jahresprogramm erscheint im Januar 2019.

Wir schicken es Ihnen gerne per E-Mail oder Post zu.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an:

Brygida Eichinger

Klinik Öschelbronn · Am Eichhof 30 · 75223 Niefern-Öschelbronn

Telefon 07233 68-259 · E-Mail: b.eichinger@klinik-oeschelbronn.de

Kontaktformular für eine Spende/Mitgliedschaft im GEMEINNÜTZIGEN KLINIKVEREIN ÖSCHELBRONN e.V.

Am Eichhof 30 · 75223 Niefern-Öschelbronn · Fax 07233 68-110 · E-Mail: info@klinik-oeschelbronn.de

Titel / Vorname / Name _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Ich möchte Ihre Arbeit durch eine Spende in Höhe von € _____ einmalig/halbjährlich/jährlich unterstützen.

Ich möchte gerne Mitglied im Gemeinnützigen Klinikverein Öschelbronn e.V. werden. Bitte senden Sie mir die entsprechenden Unterlagen zu.

Mein freiwilliger Beitrag € _____ monatlich/jährlich (üblicher Jahresbeitrag: 65,- €)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00000592498

Ich ermächtige den Gemeinnützigen Klinikverein Öschelbronn e.V. bis auf Widerruf, meinen freiwilligen Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, diese auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber _____

IBAN

BIC _____

Ihre Adressdaten sind für den Postversand von Spendenquittungen notwendig. Für Mitglieder und Förderer unseres Vereins verwenden wir diese Daten auch zum Postversand der „Öschelbronner Akzente“, Mitgliederbriefe, Spendenaufrufe und Einladungen zur Mitgliederversammlung sowie der „Öschelbronner Gespräche“. Wenn Sie damit einverstanden sind, kreuzen Sie bitte die nachfolgende Zeile an. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit mit der Wirkung auf die Zukunft widerrufen. Weitere Details zum Datenschutz, insbesondere Informationen über Ihre diesbezüglichen Rechte finden Sie auf unserer Webseite www.klinik-oeschelbronn.de unter Datenschutz.

Der hier beschriebenen Verwendung meiner personenbezogenen Daten stimme ich zu.

Datum/Unterschrift _____

Bitte senden Sie uns dieses Kontaktformular unterschrieben per Post, Fax oder E-Mail (Adressen siehe oben) zu.

Wenn Sie uns lediglich einen Geldbetrag spenden möchten und sonst keine weiteren Informationen wünschen, können Sie uns das jetzt oder auch später mitteilen. In diesem Falle bitten wir Sie, Folgendes anzukreuzen:

Ich möchte in Zukunft keinerlei Informationen mehr von Ihnen erhalten.

Kontaktformular für eine Spende/Mitgliedschaft in der GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG DER KREBSTHERAPIE e.V.

Am Eichhof 30 · 75223 Niefern-Öschelbronn · Fax 07233 7043-110 · E-Mail: info@carus-institut.de

Titel / Vorname / Name _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Ich möchte Ihre Arbeit durch eine Spende in Höhe von € _____ einmalig/halbjährlich/jährlich unterstützen.

Ich möchte gerne Mitglied in der Gesellschaft zur Förderung der Krebstherapie e.V. werden. Bitte senden Sie mir die entsprechenden Unterlagen zu.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000253373

Ich ermächtige die Gesellschaft zur Förderung der Krebstherapie e.V. bis auf Widerruf, meine Spende von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, diese auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber _____

IBAN

BIC _____

Ihre Adressdaten sind für den Postversand von Spendenquittungen notwendig. Für Mitglieder und Förderer unserer Gesellschaft verwenden wir diese Daten auch zum Postversand der „Öschelbronner Akzente“, Mitgliederbriefe, Spendenaufrufe und Einladungen zur Mitgliederversammlung sowie der „Öschelbronner Gespräche“. Wenn Sie damit einverstanden sind, kreuzen Sie bitte die nachfolgende Zeile an. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit mit der Wirkung auf die Zukunft widerrufen. Weitere Details zum Datenschutz, insbesondere Informationen über Ihre diesbezüglichen Rechte finden Sie auf unserer Webseite www.carus-institut.de unter Datenschutzerklärung.

Der hier beschriebenen Verwendung meiner personenbezogenen Daten stimme ich zu.

Datum/Unterschrift _____

Bitte senden Sie uns dieses Kontaktformular unterschrieben per Post, Fax oder E-Mail (Adressen siehe oben) zu.

Wenn Sie uns lediglich einen Geldbetrag spenden möchten und sonst keine weiteren Informationen wünschen, können Sie uns das jetzt oder auch später mitteilen. In diesem Falle bitten wir Sie, Folgendes anzukreuzen:

Ich möchte in Zukunft keinerlei Informationen mehr von Ihnen erhalten.

Der GEMEINNÜTZIGE KLINIKVEREIN ÖSCHELBRONN e.V.
 bedankt sich herzlich bei allen Mitgliedern, Spendern und
 Förderern für ihre Unterstützung!

Gemäß Bescheid des Finanzamtes Mühhlacker vom 06.11.2017, St.Nr. 48050/60427 ist der Gemeinnützige Klinikverein Öschelbronn e.V. nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG als **gemeinnützig und wissenschaftlichen Zwecken dienend anerkannt.**

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich per Post oder Fax widerrufen.

SEPA-Überweisung/Zahlschein

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts _____ BIC _____

Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU-/EWR-Staaten in Euro.

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)
GEMEINNUETZIGER KLINIKVEREIN OESCHELBRONN E.V.

IBAN
D E 2 0 6 6 6 5 0 0 8 5 0 0 0 0 7 6 0 9 0 0

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)
P Z H S D E 6 6 X X X

Betrag: Euro, Cent _____

Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name des Spenders: (max. 27 Stellen) _____ ggf. Stichwort **A K Z E N T E**

PLZ und Straße des Spenders: (max. 27 Stellen) _____

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

IBAN
D E _____ **06**

Datum _____ **Unterschrift(en)** _____

SPENDE

Gemäß Bescheid des Finanzamtes Mühhlacker vom 12.09.2017, St.Nr. 48050/60484 ist die Gesellschaft zur Förderung der Krebstherapie e.V. nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG als **gemeinnützig und wissenschaftlichen Zwecken dienend anerkannt.**

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich per Post oder Fax widerrufen.

SEPA-Überweisung/Zahlschein

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts _____ BIC _____

Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU-/EWR-Staaten in Euro.

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)
GESELLSCHAFT ZUR FOERDERUNG DER KREBSTHERAPIE E.V.

IBAN
D E 8 6 6 6 6 5 0 0 8 5 0 0 0 0 8 4 6 4 3 0

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)
P Z H S D E 6 6 X X X

Betrag: Euro, Cent _____

Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name des Spenders: (max. 27 Stellen) _____ ggf. Stichwort **A K Z E N T E**

PLZ und Straße des Spenders: (max. 27 Stellen) _____

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

IBAN
D E _____ **06**

Datum _____ **Unterschrift(en)** _____

SPENDE

Die GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG DER KREBSTHERAPIE e.V.
 bedankt sich herzlich bei allen Mitgliedern, Spendern und
 Förderern für ihre Unterstützung!

Impressum

Redaktion

Maria Wert
Klinik Öschelbronn
Matthias Nabrotzki
AnthroMed Öschelbronn
Dr. Gero Leneweit
Carl Gustav Carus-Institut
Dr. Rainer Scheer
Carl Gustav Carus-Institut

Unter Mitarbeit von

Biljana Golubovic
Klinik Öschelbronn und
Christine Samstag
Carl Gustav Carus-Institut

Herausgeber

Klinik Öschelbronn
Centrum für Integrative
Medizin, Schmerz- und
Krebstherapie gGmbH
AnthroMed
Centrum für Integrative
Medizin gGmbH
Gesellschaft zur Förderung
der Krebstherapie e.V.

Gestaltung

Schmidt Werbegrafik

Fotos

Klinik Öschelbronn
Carl Gustav Carus-Institut
Gerhard Schmidt

Nachdruck oder andere Arten
der Veröffentlichung von Texten
und Fotos bzw. das Abspeichern
auf elektronischen Medien nur
mit Genehmigung der Heraus-
gebers.

Druckfehler und Irrtümer
vorbehalten. Jeder Autor ist für
den Inhalt seines Artikels selbst
verantwortlich.

Druck: Nino Druck GmbH
Neustadt/Weinstraße



PEFC zertifiziert

Dieses Produkt stammt aus
nachhaltig bewirtschafteten
Wäldern und kontrollierten
Quellen.

www.pefc.de

Forschung im Carl Gustav Carus-Institut

Öffentliche Präsentation
aktueller Forschungsergebnisse

Samstag, 18. Mai 2019

im Saal der Klinik Öschelbronn

15.00 Uhr: Mitgliederversammlung der
Gesellschaft zur Förderung der
Krebstherapie e.V.

17.00 Uhr: Öffentliche Präsentation,
Vorträge, Führungen

20.00 Uhr: Vortrag von
Dr. med. Marion Debus
(Onkologin, Klinik Arlesheim)
*Der Wärmeorganismus des
krebserkrankten Menschen – seine
Bedeutung für die Therapie*

**Alle Interessierten sind herzlich eingeladen.
Eintritt frei, Spenden erbeten.**

Gemeinschaftliches Arbeiten an Vorträgen
Rudolf Steiners

Rudolf Steiners Schrift „Anthroposophie“ aus dem Jahr 1910 (GA 45) charakterisiert, wie 7 Prozesse die Lebensgrundlage des menschlichen Organismus schaffen. Da Denkkräfte umgewandelte Lebenskräfte sind, wenden wir die Systematik dieser 7 Lebensvorgänge an, um gemeinschaftlich Vorträge Rudolf Steiners zu erarbeiten.

Zu dieser Arbeit sind Gäste herzlich eingeladen – Termine auf Anfrage
Dr. Gero Leneweit · Telefon 07233-7043-101
gero.leneweit@carus-institut.de

Arbeitsgemeinschaft Rhythmusforschung,
Chronobiologische Arbeitstagung

Donnerstag, 28.02.2019, 13.00 Uhr bis

Freitag, 01.03.2019, ca. 13.00 Uhr

Verantwortlich: Dr. Rolf Dorka

Anfragen zur Teilnahme:

Telefon: 07233 7043-104 · rolf.dorka@carus-institut.de
Änderungen vorbehalten



35 Jahre JAHRBUCH FÜR GOETHEANISMUS

Psychologie WOLFGANG SCHAD: Carl Fortlage (1806–1881),
der Entdecker des Leib-Seele-Verhältnisses. Vorwort zu
seinem nachfolgenden, wieder abgedruckten Vortrag
von 1869

CARL FORTLAGE: Ueber die Natur der Seele. Erster
Vortrag aus: Acht Psychologische Vorträge. Jena 1869

Biologie SUSANNA KÜMMELL: Aspekte der Gestaltent-
stehung von Tier und Pflanze und Sichtweisen Goethes

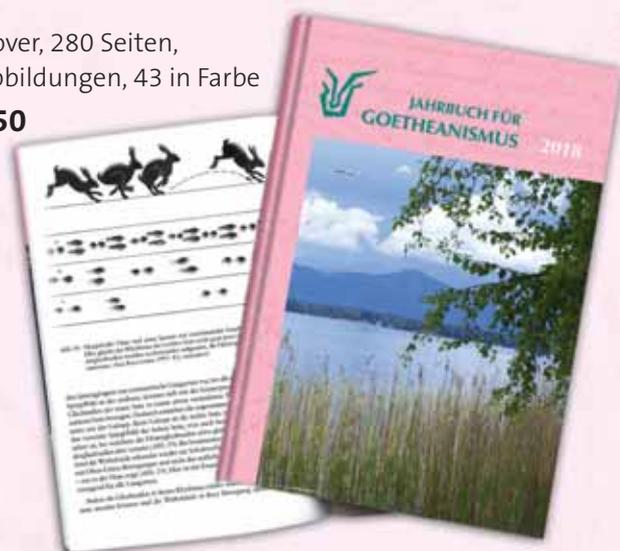
Geographie BENJAMIN BEMBÉ: Geschwister mit Gegen-
sätzen: Der Starnberger See und der Ammersee

Physik GÜNTER ALTEHAGE, WALTER HUTTER: Zur Phänome-
nologie der physikalischen Hebung. Das Konzept der
senkrechten optischen Hebung

MANFRID GÄDEKE: Ein Mirakel um Aussagen Rudolf
Steiners zu den farbigen Schatten

Register: 2018 – 35 Jahre Jahrbuch für Goetheanismus.
Übersicht über die Veröffentlichungen in den Jahrbü-
chern für Goetheanismus 1984–2018

Hardcover, 280 Seiten,
109 Abbildungen, 43 in Farbe
€ 24,50



Bestellungen an:

Tycho Brahe-Verlag

Am Eichhof 30 · D-75223 Niefern-Öschelbronn

Telefon 07233 7043-106 · Telefax 07233 7043-110

info@tycho-brahe-verlag.de · www.tycho-brahe-verlag.de

ISBN 978-3-926347-42-8

KLINIK ÖSCHELBRONN

Centrum für Integrative Medizin,
Schmerz- & Krebstherapie



Am Eichhof 30 · 75223 Niefern-Öschelbronn
Telefon 07233 68-0 · Telefax 07233 68-110
E-Mail: info@klinik-oeschelbronn.de
www.klinik-oeschelbronn.de

AnthroMed®

Öschelbronn Centrum
für Integrative
Medizin



Centrum für
Integrative Medizin gemeinnützige GmbH
Am Eichhof 30 · 75223 Niefern-Öschelbronn
E-Mail: info@anthromed-oeschelbronn.de
www.anthromed-oeschelbronn.de

Onkologie / Hämatologie,
Rheumatologie / Innere Medizin,
Allgemeinmedizin, Neurologie
Telefon 07233 68-125 · Telefax 07233 68-287

Kinder- und Jugendmedizin
pädiatrische Pulmologie
Allergologie
Telefon 07233 68-142 · Telefax 07233 68-287

AnthroMed Physiotherapie gGmbH
Telefon 07233 68-154 · Telefax 07233 68-135

AnthroMed® Ludwigsburg Centrum für Integrative Medizin



Centrum für Integrative Medizin
und Tumorthherapie gemeinnützige GmbH
Gartenstraße 15 · 71638 Ludwigsburg
Telefon 07141 979300-0 · Telefax 07141 979300-99
E-Mail: info@anthromed-ludwigsburg.de
www.anthromed-ludwigsburg.de



GEMEINNÜTZIGER KLINIKVEREIN ÖSCHELBRONN E.V.

Am Eichhof 30 · 75223 Niefern-Öschelbronn
Telefon 07233 68-0 · Telefax 07233 68-110
E-Mail: info@klinik-oeschelbronn.de
www.klinik-oeschelbronn.de

CARL GUSTAV CARUS-INSTITUT



der Gesellschaft zur Förderung der Krebstherapie e.V.
Am Eichhof 30 · 75223 Niefern-Öschelbronn
Telefon 07233 7043-100 · Telefax 07233 7043-110
E-Mail: info@carus-institut.de
www.carus-institut.de

