



Unterwegs im Pfälzer Wald © Hannelore Mosthaf

Nur für unsere Patienten,
nicht zur Weitergabe bestimmt.

Gemeinschaftspraxis für
Hämatologie, Onkologie und Infektiologie –
Zentrum für ambulante Onkologie

Dr. Franz Mosthaf, Dr. Maria Procaccianti,
Dr. Katrin Zutavern-Bechtold

Kriegsstr. 236 · 76135 Karlsruhe
Tel. 0721 / 85 35 05 · Fax 0721 / 85 35 06
www.onkologie-karlsruhe.de

Sprechzeiten Termine nach Vereinbarung

Sie erreichen uns mit öffentlichen
Verkehrsmitteln: Straßenbahn-Linien 1, 5 und 2 E,
Haltestelle „Weinbrennerplatz“



2 Stichwort

SAPV – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

3 Nachgefragt

Was bedeutet eigentlich Supportivtherapie?

4 Immuntherapie

Neue Therapiemöglichkeiten mit Checkpoint-Inhibitoren und CAR-T-Zellen

6 Stichwort

Was genau ist eigentlich Psychoonkologie

7 Multigensignaturen

Wann kommen solche Tests zum Einsatz?

8 Kurz berichtet

*Vorsorge-Darmspiegelung für Männer bereits ab 50 Jahren
Wellness mit Vorsicht genießen
Zwei Stunden pro Woche in freier Natur verbessern Gesundheit und Wohlbefinden*

Liebe Patientin, lieber Patient,

jährlich erkranken in Deutschland mehr als 60 000 Menschen an Darmkrebs, Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Darmkrebs ist eine schleichende Erkrankung, aber bei frühzeitiger Entdeckung meist heilbar. Deshalb ist am 1. Juli 2019 der Startschuss für ein neues Früherkennungsprogramm gefallen: Alle gesetzlich krankenversicherten Männer und Frauen ab 50 Jahren werden von ihren Krankenkassen schriftlich zur Darmkrebsfrüherkennung eingeladen. Bestandteile der Früherkennung sind ein Beratungsgespräch, regelmäßige Kontrollen des Stuhls auf verborgenes Blut sowie die Vorsorge-Darmspiegelung,

auf die Männer jetzt schon ab 50 Jahren ein Anrecht haben. Weitere Einzelheiten dazu finden Sie auf der letzten Seite dieser Ausgabe.

Nutzen Sie die Chance zur Früherkennung und erzählen Sie Ihren Bekannten und Freunden davon. Denn auch die größten Fortschritte in der Medizin können sich nur dann auswirken, wenn sie tatsächlich genutzt werden.

**Ihre Ärzte Dr. Mosthaf, Dr. Procaccianti,
Dr. Zutavern-Bechtold und Dr. Dangelmaier**

Pause



© Hannelore Mosthaf

Impressum

© 36 | 7 | 2019, LUKON GmbH
ISSN 1436-0942
Lukon Verlagsgesellschaft mbH
Postfach 600516, 81205 München
Redaktion: Tina Schreck,
Ludger Wahlers (verantwortlich)
Anzeigen: Lisa Westermann,
Anschrift wie Verlag
Grafik-Design, Illustration:
Charlotte Schmitz
Druck: flyeralarm Würzburg

SAPV

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Seit mehr als zehn Jahren existiert in Deutschland die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die unheilbar erkrankte Patienten mit hohem Betreuungsbedarf zuhause in Anspruch nehmen können. Das Hauptziel besteht darin, Patienten ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

Palliativmedizin: In dem Wort steckt das lateinische *pallium* für Mantel. Eine schützende Hülle für den schwerkranken Patienten wollen entsprechend ausgebildete Mediziner und sogenannte Palliative-Care-Schwester ihren Patienten bieten. Dabei geht es immer um den ganzen Menschen und auch um seine direkte Umgebung. Ein erklärtes Ziel der Palliativmedizin ist es, Patientenleid zu lindern und die Belastung von oftmals verängstigten, verzweifelten oder überforderten Angehörigen zu verringern.

SAPV-Strukturen bundesweit verfügbar

Der Gesetzgeber hat aus diesem Grund bereits im Jahr 2008 die Voraussetzungen für die Verordnung von Leistungen nach der sogenannten Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geschaffen. Nach einer eher schleppenden Anlaufphase sind die SAPV-Strukturen mittlerweile bundesweit flächendeckend aufgebaut (siehe Kasten). Die Krankenversicherungen übernehmen die Finanzierung der SAPV-Dienste.

Die SAPV ist kein „besserer Pflegedienst“, sondern übernimmt gegebenenfalls die Ko-

ordination ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen zuhause. Die Pflege als solche bleibt auch weiterhin die Aufgabe des Pflegedienstes und der Hausarzt macht nach wie vor seine Routine-Hausbesuche. Aber: das Team der SAPV ist für die Angehörigen rund um die Uhr erreichbar und kümmert sich auch in Krisensituationen um schnelle Hilfe.

Verordnung durch den Onkologen oder Hausarzt

Mitglied im SAPV-Team sind unter anderem speziell ausgebildete Palliativmediziner, die auch am Wochenende und an Feiertagen Hausbesuche machen oder Medikamente verordnen können. Auf diese Weise lassen sich Krankenhauseinweisungen oft vermeiden. Ebenfalls im Team sind meist auch Seelsorger der großen Weltreligionen, denn die spirituelle Begleitung ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Palliativmedizin. Dabei geht es keinesfalls um irgendeine Form der Missionierung, sondern um das Angebot, sich auszutauschen über Gedanken, die für die letzte Lebensphase typisch sind.

Die SAPV bildet einen wichtigen Baustein in der gesamten Palliativversorgung einer Region. Über ihren Einsatz entscheidet letztlich der Onkologe oder Hausarzt, der den Patienten begleitet. Er verordnet den Einsatz und sorgt so für die Finanzierung durch die Krankenversicherung des Patienten.

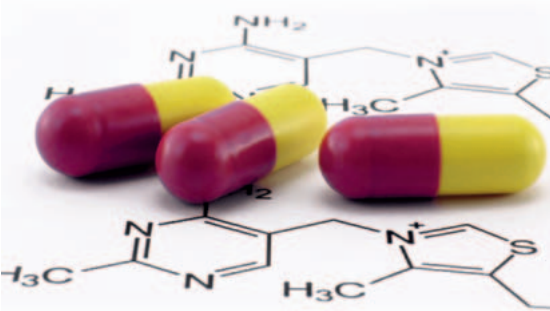
Wo finde ich das nächste SAPV-Team?

Bereits 2008 hat der Gesetzgeber den Anspruch jedes Krankenversicherten auf die SAPV in § 37b des Sozialgesetzbuches V (SGB V) formuliert. Über die Versorgungsmöglichkeiten in unserer Region können Sie sich auch im Internet informieren: www.palliativ-portal.de unter Adressen/Adress-Suche. Das Portal bietet darüber hinaus ständig aktualisierte Informationen auch zu grundsätzlichen Fragen der Palliativmedizin.

Empathie für Patienten entscheidend

Palliativversorgung bedeutet Leiden zu lindern. Der Satz „Wir können nichts mehr für Sie tun“ sollte eigentlich keinem Arzt über die Lippen kommen, schon gar nicht einem Palliativmediziner, ganz einfach, weil er nicht zutrifft. Psychosoziale, spirituelle und medizinische Versorgung ermöglichen tatsächlich ein menschenwürdiges Leben bis zum Schluss. Dazu braucht man Kompetenz und Empathie für die betroffenen Patienten. <<

Was bedeutet eigentlich Supportivtherapie?



Nicht nur die Krebserkrankung selbst, sondern auch ihre Behandlung mit aggressiven Therapien kann schwerwiegende Folgen haben. Vom Durchfall über Hautrötungen bis hin zu bleibenden Herzschäden reicht das Spektrum. Neben der eigentlichen Behandlung der Krankheit kümmern wir uns im Rahmen der Supportivtherapie deshalb zusätzlich um unterstützende Maßnahmen, mit denen sich belastende Symptome der Therapie verhindern oder mildern lassen. Die wichtigsten Fragen und Antworten zu diesem Thema haben wir hier zusammengestellt.

Wie können Sie mich als Patienten mit der Supportivtherapie unterstützen?

Das hängt von Ihren konkreten Beschwerden ab. Alle Therapiemaßnahmen haben das Ziel, die Erkrankung möglichst wirksam – deshalb manchmal auch sehr aggressiv – zu bekämpfen. Ein Beispiel: Wenn eine Tumorthherapie bekanntermaßen sehr schnell zu Übelkeit und Erbrechen führt, behandeln wir Sie parallel oder oft auch vorbeugend mit einem geeigneten Arzneimittel. Dafür stehen uns heute verschiedene Medikamente zur Verfügung, mit denen wir solche Beschwerden in den Griff bekommen.

Wie sieht es bei anderen unerwünschten Nebenwirkungen aus? Lassen die sich auch so effektiv behandeln?

Ja. Krebspatienten leiden manchmal unter einer sogenannten Anämie, einer Blutarmut.

Das heißt, die Menge der für den Sauerstofftransport wichtigen roten Blutkörperchen im Blut ist unter eine Mindestgrenze abgesunken. Bestimmte Substanzen verstärken die Anämie, und weil der Organismus nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird, kommt es zu Abgeschlagenheit und Müdigkeit. Unbehandelt kann eine Anämie lebensbedrohlich werden. Als unterstützende Maßnahmen kommen sowohl bestimmte Medikamente zur Förderung der Blutbildung wie auch Bluttransfusionen in Frage. Verhindert hingegen ein Eisenmangel die Bindung von Sauerstoff in den roten Blutkörperchen, sind manchmal Eiseninfusionen notwendig, wenn das Eisen aus Tabletten nicht ausreichend aufgenommen wird.

Kann eine Krebstherapie auch die Bildung von weißen Blutkörperchen beeinträchtigen?

Dies ist eine bekannte Nebenwirkung, besonders wenn bestimmte Therapeutika in kurzem zeitlichem Abstand gegeben werden. In der Folge wird die Immunabwehr des Patienten geschwächt und es kann zu Infektionen kommen. Das ist der Grund, warum man während der Chemotherapie Infektionsrisiken – Besuch öffentlicher Veranstaltungen, öffentlicher Nahverkehr etc. – meiden sollte. In manchen Fällen ist die medikamentöse Ankurbelung der Blutkörperchen-Produktion notwendig.

Was tun Sie, wenn für ein bestimmtes Symptom kein Medikament zur Verfügung steht?

Wir versuchen immer, es erst gar nicht zur Ausbildung von Symptomen kommen zu lassen. Vorbeugend können wir schon eine Menge tun, auch bei solchen Beschwerden, die, wenn einmal aufgetreten, nur schwer behandelbar sind. Ein Beispiel dafür ist die chronische Entzündung der Schleimhäute. Bereits vor der Behandlung mit einschlägigen Medikamenten empfehlen wir deshalb eine sorgfältige Mundhygiene mit mehrmals täglichen Mundspülungen. Scharfe Gewürze und schleimhautreizende Speisen sind in dieser Zeit tabu. Wenn die Mundschleimhäute trotzdem entzündet sind, kann man mit Kamillentee spülen. Bei Entzündung von Schleimhäuten im Genitalbereich hat sich auch die mehrmals tägliche Pflege mit kalt gepresstem Olivenöl bewährt.

Das hört sich ja stark nach alternativer Medizin an.

Ich würde eher von komplementären, also ergänzenden Verfahren reden, die in der Tat auch unterstützend wirken können. Yoga, Meditation und eine Anpassung des Lebensstils können in hohem Maße supportiv, also unterstützend wirken und so dazu beitragen, die unerwünschten Wirkungen einer Tumorthherapie zu mildern.

Aber die Supportivtherapie ist nicht gleichzusetzen mit der Komplementärtherapie?

Nein, überhaupt nicht. Die Supportivtherapie bedient sich auch komplementärmedizinischer Verfahren, allerdings nur, wenn ihre Wirkung nachgewiesen ist. ◀◀



Immuntherapie

mit Checkpoint-Inhibitoren und CAR-T-Zellen

Welchen Stellenwert die Immuntherapie in der Behandlung von Krebspatienten derzeit hat, wird unter anderem durch die Verleihung des Medizin-Nobelpreises im Jahr 2018 deutlich. Der US-Amerikaner James P. Allison und der Japaner Tasuku Honjo wurden für ihre Entdeckung sogenannter Checkpoint-Rezeptoren auf spezialisierten Immunzellen, den sogenannten T-Zellen, geehrt. Checkpoint-Rezeptoren sind für die Regulation der T-Zell-Aktivität und damit für die Steuerung des Immunsystems von großer Bedeutung. Die auf Grundlage dieser Entdeckung entwickelten Checkpoint-Inhibitoren spielen heute in der Immuntherapie von Krebserkrankungen eine überaus wichtige Rolle. Im Jahr 2018 zündete mit der Einführung von CAR-T-Zellen sozusagen die zweite Stufe der onkologischen Immuntherapie. Das Verfahren steht in zunehmend mehr Zentren zur Behandlung von Patienten mit bestimmten, besonders aggressiven Blutkrebsarten zur Verfügung.

Grundsätzlich ist unser Immunsystem in der Lage, auch Krebszellen erfolgreich zu bekämpfen. Allerdings haben Tumorzellen die Fähigkeit, sich dem Zugriff von Abwehrzellen zu entziehen. Wie genau, das haben die beiden Nobelpreisträger aufgeklärt. Krebszellen können an sogenannte Checkpoint-Rezeptoren von spezialisierten Abwehrzellen (T-Zellen) andocken. Sobald das geschieht, stellt die Abwehrzelle ihr Tötungsprogramm sofort ein, das Tumorgewebe kann weiter wachsen. Die „normale“ Funktion von Checkpoint-Rezeptoren im Organismus besteht darin, gesunden Körperzellen die notfallmäßige Abschaltung der Abwehrreaktion zu ermöglichen, um sich vor einer überschießenden Abwehrreaktion des Immunsystems zu schützen. Tumorzellen missbrauchen diesen „Not-Ausschalter“, um den Angriff der körpereigenen Immunabwehr einzubremsen.

Checkpoint-Inhibitoren lösen die Immunbremse

Mit neuen Medikamenten, sogenannten Checkpoint-Inhibitoren, ist es mittlerweile möglich, das Andocken von Tumorzellen an Checkpoint-Rezeptoren der Abwehrzellen zu unterbinden. Damit wird sozusagen der Fuß von der Immunbremse genommen, die Abwehrreaktion gegen die Tumorzelle kommt in Gang. Besonders beim schwarzen Hautkrebs, bei bestimmten Lungenkrebsarten und auch bei bestimmten Tumoren von Niere und Harnblase sowie beim Hodgkin-Lymphom ist diese Therapiestrategie sehr erfolgreich (Abb. 1).

Checkpoint-Inhibitoren sind durchweg Antikörper, also Proteine, die in ihrem Aussehen einem Y-Molekül ähneln. Sie binden mit ihren kurzen Y-Ärmchen an eine jeweils ganz spezifische Struktur. Antikörper derselben Spezifität werden als monoklonal bezeichnet. Im Labor lassen sich monoklonale Antikörper gegen nahezu jede beliebige Struktur herstellen. Rezeptor-blockierende Antikörper werden in der Onkologie häufig als Medikamente eingesetzt, um Signalwege zur Förderung des Tumorwachstums zu unterbrechen.

T-Zellen lassen sich scharf stellen

Antikörper „können“ allerdings nichts anderes, als an ihre spezifische Struktur zu binden, sie sind Teil des Abwehrsystems, sind aber außerstande, selbst aktiv gegen bösartige Zellen vorzugehen. Tumorzellen zu töten ist Aufgabe spezialisierter Abwehrzellen. Zu diesen Abwehrzellen gehören auch jene T-Zellen, die von Tumorzellen über die Besetzung von Checkpoint-Rezeptoren lahmgelegt werden können.

Checkpoint-Inhibitoren lösen die Immunbremse, sie bringen die durch die Tumorzellen blockierte Immunabwehr wieder in Gang. Was aber kann man tun, wenn die Immunabwehr Krebszellen von vornherein nicht eindeutig erkennt, wenn es zu gar keiner Aktivierung des Immunsystems gegen Krebszellen kommt, wenn also T-Zellen die bösartigen Zellen als zu vernichtende Ziele nicht erkennen? Dann gibt es nunmehr die Möglichkeit, diese T-Zellen auf ein bestimmtes Ziel gewissermaßen scharf zu stellen. Mit anderen Worten: Solche ganz gezielt modifizierten T-Zellen erkennen die bösartige Zelle und sorgen für ihre Vernichtung. Das ist das Wirkprinzip von CAR-T-Zellen. Dabei handelt es sich um T-Zellen, die an ihrer Außen-

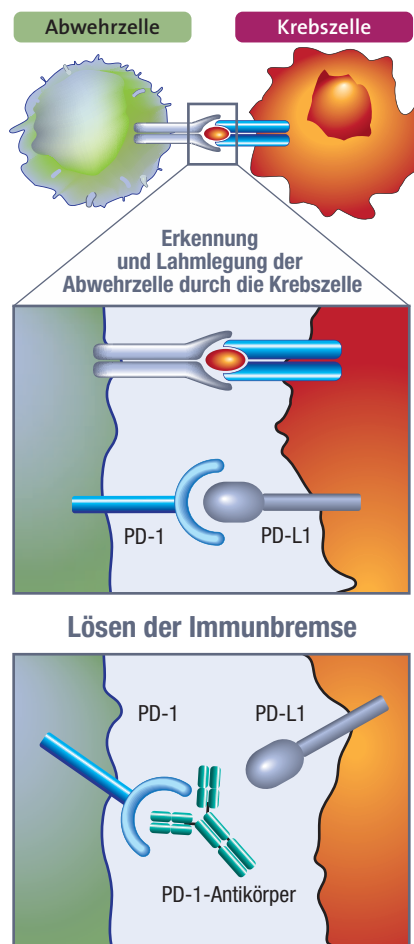


Abbildung 1: Checkpoint-Inhibitoren lösen die Immunbremse. Den „Not-Ausschalter“ auf der Abwehrzelle bezeichnen Wissenschaftler als PD-1, das Gegenstück auf der Krebszelle als PD-L1. Wenn PD-1 und PD-L1 eine Verbindung eingehen, erlischt die Aktivität der Abwehrzelle (oben). Medikamentös kann man diese Deaktivierung durch einen PD-1-Antikörper (oder auch durch einen PD-L1-Antikörper) blockieren, die Immunbremse ist gelöst (unten).

seite mit einer Art Antenne ausgestattet sind, die im Prinzip genauso wie die kurzen Y-Ärmchen der Antikörper eine genau definierte Struktur erkennen. Diese Außenantenne ist im Zellinneren gekoppelt an verschiedene Domänen, die eine Verbindung zum Zellkern, der Steuerzentrale der Zelle, herstellen.

Die Außenantenne ist tatsächlich genauso aufgebaut wie die kurzen Y-Ärmchen eines Antikörpers; die sich anschließenden Domänen innerhalb der T-Zelle ähneln zum Teil Bestandteilen derjenigen Rezeptoren, die T-Zellen natürlicherweise tragen. Den so zusammengesetzten Rezeptor bezeichnen Experten als chimären Antigenrezeptor oder CAR, T-Zellen mit derartigen Rezeptoren deshalb als CAR-T-Zellen (Abb. 2).

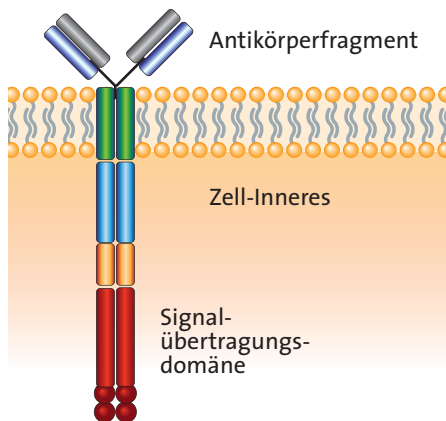


Abbildung 2: Chimäre Antigenrezeptoren oder kurz CAR bestehen auf der Zellaußenseite aus einem Antikörperfragment zur Erkennung der Krebszelle und sind im Zellinneren mit Domänen zur Signalübertragung verbunden. Letztere enthalten Elemente des Rezeptors, den T-Zellen natürlicherweise tragen, um ihre Angriffsziele zu erkennen.

CAR-T-Zellen sind also nichts anderes als spezialisierte Abwehrzellen (T-Zellen), die gegen ein exakt definiertes Oberflächenprotein von zu bekämpfenden Zellen gerichtet sind. Binden solche CAR-T-Zellen an ihre Zielstruktur, wird der Kampf gegen die Zelle eröffnet, die diese Struktur an ihrer Außenseite trägt. Da die Außenantenne von chimären Antigenrezeptoren letztlich gegen nahezu jede beliebige Struktur hergestellt werden kann, lassen sich mit Hilfe der CAR-Technologie T-Zellen gegen jedes beliebige Oberflächenprotein produzieren. Die beiden bislang zur Bekämpfung zweier Blutkrebsarten zugelassenen CAR-T-Zellen richten sich gegen CD19, ein Oberflächenprotein, das auf vielen Blutkrebszellen vorkommt.

Aufwendige Herstellung

So einfach das Prinzip der CAR-T-Zelltherapie erscheint, so komplex und aufwendig ist seine Umsetzung. Zunächst werden aus dem Blut des Patienten weiße Blutkörperchen gesammelt und die darin enthaltenen T-Zellen isoliert. Im nächsten Schritt werden sie im Labor mit der genetischen Information für den chimären Antigenrezeptor (CAR) ausgestattet. Die so entstandenen CAR-T-Zellen teilen sich weiter. Wenn genügend Zellen vorhanden sind, werden sie dem Patienten im letzten Schritt per Infusion wieder zugeführt. Die CAR-T-Zellen vermehren sich auch im Körper des Patienten weiter und sorgen idealerweise für die Abtötung aller Krebszellen (Abb. 3). Der Zeitraum zwischen der ersten T-Zell-Entnahme und der Re-Infusion von CAR-T-Zellen beträgt derzeit etwa sechs Wochen.

Die erste Patientin, bei der diese Therapie vollständig gelang, ist die inzwischen 14-jährige Emily Whitehead aus Pennsylvania (USA), die im Alter von 5 Jahren an einer besonders aggressiven akuten lymphatischen Leukämie erkrankte. Dank einer erfolgreichen CAR-T-Zell-Therapie ist sie seit mittlerweile mehr als sieben Jahren kreisfrei.

Nur in spezialisierten Zentren

Eine CAR-T-Zell-Therapie ist zwangsläufig sehr nebenwirkungsträchtig, weil mit den modifizierten T-Zellen in die Regulation der Immunabwehr eingegriffen wird. Besonders gefürchtet ist der sogenannte Zytokinsturm, sprich die unkontrollierte Ausschüttung von Botenstoffen des Immunsystems, die zu einer Überreaktion des Immunsystems führt. Mit guter intensivmedizinischer Betreuung ist diese gefährliche Nebenwirkung allerdings gut beherrschbar.

Apropos Intensivmedizin: Unverzichtbar für die CAR-T-Zell-Therapie ist eine sehr gut funktionierende und direkt am Zentrum angesiedelte intensivmedizinische Infrastruktur. Die in Europa zugelassenen CAR-T-Zell-Verfahren mit den nahezu unaussprechlichen Namen Tisagenlecleucel und Axicabtagen-Ciloleucel dürfen deshalb nur in besonders qualifizierten, meist an Universitätskliniken angesiedelten spezialisierten Zentren eingesetzt werden. Sie sind bislang zugelassen für zwei Blutkrebsarten, von denen eine bei Kindern und jungen Erwachsenen besonders häufig ist. Die Erforschung weiterer Einsatzmöglichkeiten, auch bei soliden Tumoren, hat gerade erst begonnen. <<

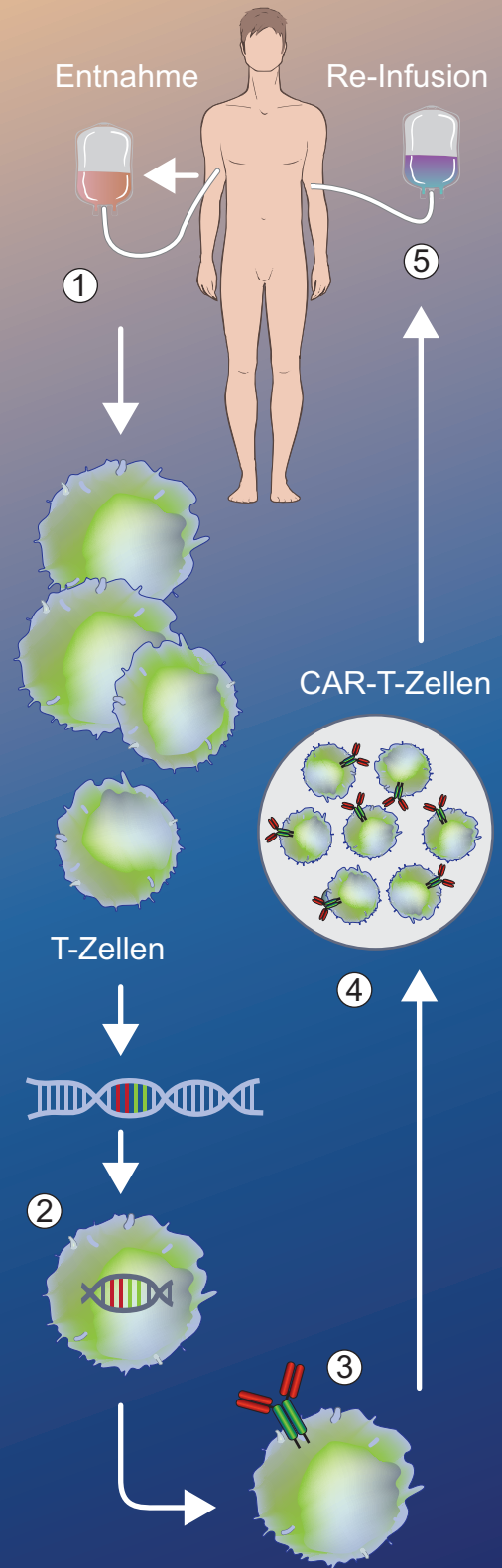


Abbildung 3: Herstellung von CAR-T-Zellen.

Aus dem Blut des Patienten werden T-Zellen isoliert (1) und genetisch so verändert (2), dass sie an ihrer Außenseite mit dem chimären Antigenrezeptor (CAR) ausgestattet sind (3). Die so entstandenen CAR-T-Zellen werden im Labor vermehrt (4) und dem Patienten schließlich per Infusion wieder zurückgegeben (5).



Stichwort

Was genau ist eigentlich Psycho-Onkologie?

Psychoonkologen sind Fachleute für Krebserkrankungen; sie kümmern sich in erster Linie um die optimale Behandlung der körperlichen Symptome. Für die psychisch-seelischen Aspekte der Erkrankung sind Psycho-Onkologen zuständig. Weil uns dazu von vielen Patienten ähnliche Fragen gestellt werden, haben wir diese gesammelt; so können Sie unsere Antworten in Ruhe zuhause nachlesen.

● **Benötigt jeder Krebspatient eine psycho-onkologische Betreuung?**

Nein, keineswegs. Viele Patienten kommen mit der seelischen Verarbeitung ihrer Erkrankung gut alleine klar. Es ist aber kein Zeichen von Schwäche, wenn man solch eine Betreuung wünscht.

● **Was genau geschieht denn beim Psycho-Onkologen?**

Das kommt selbstverständlich immer auf den Einzelfall an. Grundsätzlich aber wird zunächst die Krankengeschichte noch einmal besprochen, und zwar nicht nur die medizinische. Es geht auch um Fragen zum Arbeitsplatz, zur Kinderversorgung oder finanzielle Probleme, aber natürlich auch um die Beziehungen zum Partner oder zur Partnerin und andere persönliche Sorgen und Ängste.

● **Es hilft vielen Patienten sicher schon, über all das zu reden, aber was wird dann konkret getan?**

Um zu wissen, was getan werden soll, muss man sich zunächst über das Ziel der Behandlung klar werden. Zwei wichtige Ziele jeder psycho-onkologischen Behandlung sind:

- zu lernen, mit der Krankheit zu leben, also die Krankheit zu verarbeiten, und
- trotz der Krankheit die Selbständigkeit zurückzugewinnen, die man benötigt, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, sprich autonom zu bleiben.

● **Das hört sich gut an, aber noch einmal: Wie geht das praktisch?**

Ganz praktisch wird zunächst versucht, herauszufinden, in welchen Bereichen Unterstützung notwendig ist. Geht es um finanzielle Probleme, kann ein Sozialarbeiter hinzugezogen werden, der beim Beantragen von Förderleistungen unterstützt. Ist das Beziehungsgefüge in der Familie gefährdet, kann es sinnvoll sein, die Familie zu einer Familientherapie zu bewegen. Hadert der Patient mit seinem Gott, ist er also in einer spirituellen Krise, dann ist seelsorgerische Unterstützung notwendig.

● **Ein Psycho-Onkologe ist also im wesentlichen Vermittler?**

Ein guter Psycho-Onkologe versucht zunächst, sich einen Gesamt-Eindruck vom Patienten und seiner Krankengeschichte zu verschaffen, um dann gezielte Anregungen zur Unterstützung zu geben. Da aber ein Mensch allein nicht Experte für alles sein kann, arbeiten Psycho-Onkologen häufig in einem Netzwerk mit anderen Experten zusammen.

● **Und was macht der Psycho-Onkologe letztlich selbst?**

Viele Psycho-Onkologen sind zunächst einmal Gesprächspartner des Patienten. Gemeinsam wird besprochen, wie der Patient seine Stärke und Selbständigkeit wieder gewinnen kann. Dazu gehören meist ganz einfache, konkrete Absprachen und Vereinbarungen. Ein Patient verspricht etwa, täglich einen Spaziergang zu machen oder wieder unter Leute zu gehen, beispielsweise mit Freunden einen Film im Kino anzuschauen. In den folgenden Sitzungen wird dann besprochen, inwieweit die Absprachen auch umzusetzen waren.

● **Sind Psycho-Onkologen eigentlich immer Psychologen?**

Alle Psycho-Onkologen haben sich in ihrer Ausbildung intensiv mit Psychologie befasst. Als Psycho-Onkologen tätig sind speziell ausgebildete ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten und zum Teil auch Sozialarbeiter.

● **Welche Patienten benötigen eine psycho-onkologische Betreuung?**

Diejenigen, die mit der Belastung nicht mehr fertig werden, die eine Krebserkrankung bedeutet. Medizinisch ausgedrückt leiden diese Patienten an einer sogenannten schweren Belastungsstörung.

● **Lässt sich sagen, wann diese Beschwerden bevorzugt auftreten?**

Häufig nach Abschluss aller therapeutischen Maßnahmen – also nach Operation, Strahlen- oder Chemotherapie. Bis dahin wurde von ärztlicher Seite immer aktiv etwas gegen den Krebs getan, jetzt gibt es nur noch einen nächsten Termin für die Nachsorgeuntersuchung. Und der Krebs macht aber weiter Angst, wir nennen das Progredienzangst. Ein Teil dieser Patienten sucht dann professionelle Hilfe.

● **Wie kommt man zum Psycho-Onkologen?**

Indem man den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin um eine Überweisung bittet.

● **Zahlt die gesetzliche Krankenversicherung die Behandlung?**

Wer in Deutschland eine psycho-onkologische Betreuung benötigt, der erhält sie – auch als Kassenpatient. Für den ambulanten Bereich gilt, dass der niedergelassene Psychotherapeut eine entsprechende Kassenzulassung haben muss und die Zusatzqualifikation „Psycho-Onkologie“ erworben hat. <<

Was sind eigentlich Multigensignaturen?

Bei manchen Brustkrebs-Patientinnen stellt sich die Frage, ob nach der Operation neben einer Antihormontherapie tatsächlich noch eine Chemotherapie notwendig ist. Ganz neuartige Testverfahren auf Grundlage sogenannter Multigensignaturen können bei dieser Entscheidung hilfreich sein.

? Welche Patientinnen profitieren von dem neuen Testverfahren?

Das sind Patientinnen mit einem weniger aggressiven Brustkrebs. Bei ihnen stellt sich die Frage, wie hoch das Risiko ist, innerhalb der kommenden 10 Jahre einen Rückfall zu erleiden, wenn wir auf die Chemotherapie verzichten.

? Das heißt bei Frauen mit aggressivem Brustkrebs stellt sich diese Frage gar nicht?

Genau, denn die benötigen auf jeden Fall eine Chemotherapie, in aller Regel in Kombination mit einem anderen zielgerichteten Medikament.

? Und wann kommen dann solche Tests zum Einsatz?

Immer dann, wenn sich das Rückfallrisiko nicht eindeutig beurteilen lässt. Nehmen wir eine Beispielpatientin: Die Frau ist 55 Jahre alt, hat ihre Wechseljahre hinter sich, und die Tumorzellen reagieren ausschließlich auf hormonelle Wachstumssignale. Die Tumorzellen teilen sich vergleichsweise langsam und sind – bezogen auf ihre innere Struktur – gesunden Zellen noch recht ähnlich. Außerdem ist nur ein Lymphknoten mit Tumorzellen besiedelt. Diese Befunde lassen darauf schließen, dass das Rückfallrisiko innerhalb der nächsten 10 Jahre so niedrig ist, dass es durch eine Chemotherapie nicht weiter abgesenkt werden könnte.

Anders sieht es aus bei einer Patientin, bei der das Rückfallrisiko nicht so eindeutig zu bestimmen ist. Das ist der Fall, wenn etwa Tumorzellen nicht nur auf hormonelle, sondern auch auf andere Wachstumssignale reagieren oder die Teilungsgeschwindigkeit recht hoch ist, die Tumorzellen gesunden Zellen schon sehr unähnlich sind, aber nur ein Lymphknoten befallen ist. Diese Frau wäre eine Kandidatin für ein Testverfahren, das auf Multigensignaturen beruht, denn mit der herkömmlichen Bewertung kämen wir zu keinem eindeutigen Ergebnis.

? Was genau wird denn mit diesen Multigensignatur-Tests gemessen?

Gesucht wird sozusagen nach einem genetischen Fingerabdruck der Tumorzellen. Bestimmte genetische Konstellationen deuten auf eine höhere Zellteilungsgeschwindigkeit und damit auf ein schnelleres Tumorstadium hin. Andere Gene verraten etwas über die Hormonempfindlichkeit der Tumorzelle. Je nachdem wie häufig diese Gene vorkommen und als Bauplanvorlage innerhalb der Tumorzelle genutzt werden, fällt oder steigt das Risiko für einen Rückfall.

? Und das so erhaltene Ergebnis ist tatsächlich eindeutig?

Sagen wir mal so: Alle Tests – in Deutschland sind vier verschiedene Tests im Einsatz – liefern ein Ergebnis, das besagt, es besteht in den kommenden 10 Jahren ein hohes oder ein niedriges Rückfallrisiko. Patientinnen, die dem Testergebnis zufolge ein hohes Rückfall-

risiko haben, profitieren von einer Chemotherapie, weil sich das Rückfallrisiko dadurch zwar nicht auf 0, aber auf bis zu 10 Prozent absenken lässt. Beträgt das Rückfallrisiko gemäß Testergebnis schon weniger als 10 Prozent, macht eine Chemotherapie keinen Sinn, denn sie würde keine zusätzliche Risikoabsenkung bringen. Die Patientin würde gegebenenfalls unter den Nebenwirkungen leiden.

? Wie sieht es mit Grenzfällen aus? Wenn zum Beispiel das Risiko 9,5 Prozent beträgt?

Dann kommt es auf verschiedene Faktoren an. Zwei der vier Tests ordnen Frauen mit grenzwertigen Befunden in eine dritte Gruppe ein: das sind Tumore mit intermediärem, also mittlerem Rückfallrisiko. Bei diesen Frauen gibt also selbst ein Multigensignatur-Test keine eindeutige Auskunft über den Nutzen einer zusätzlichen Chemotherapie. Trotzdem muss auch in solchen Fällen gehandelt werden, spricht sich gegen oder für eine Chemotherapie entschieden werden. Das müssen Arzt und Patientin dann gemeinsam sorgfältig abwägen.

? Übernehmen die Krankenkassen die Kosten für Multigensignatur-Tests?

Für einen Test hat der gemeinsame Bundesausschuss – also das Gremium, das über die Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenversicherungen entscheidet – mittlerweile grünes Licht gegeben. Noch im Laufe des Jahres 2019 ist mit der Kostenübernahme zu rechnen. <<



Kurz berichtet

Zwei Stunden pro Woche in freier Natur verbessern Gesundheit und Wohlbefinden

Jetzt ist wissenschaftlich erwiesen, was wir eigentlich schon immer gewusst haben: Wer sich regelmäßig in freier Natur aufhält, ist gesünder und fühlt sich besser als der stubenhockende Teil der Menschheit. Dabei geht es nicht in erster Linie um körperliche Aktivität, sondern um den entspannenden Aufenthalt in Parks, Wäldern oder auch am Strand. Während über die gesundheitsfördernden Effekte von Bewegung schon lange geforscht wird, ist die Untersuchung möglicher Effekte von Aufenthalt in der Natur ein noch relativ junges Fachgebiet. Wissenschaftler von der Universität im südeinglichen Exeter haben nun herausgefunden, dass Menschen, die sich 120 bis 300 Minuten pro Woche in der freien Natur aufhalten, sich körperlich und seelisch am besten fühlen. <<

Vorsorge-Darmspiegelung für Männer bereits ab 50 Jahren

Seit Ende April 2019 können Männer im Rahmen der Darmkrebsvorsorge eine Darmspie-

gelung in Anspruch nehmen, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen gezahlt wird. Bislang stand diese Untersuchung erst allen Versicherten ab 55 Jahren offen. Ab der zweiten Jahreshälfte 2019 werden Männer und Frauen ab 50 Jahren zur Darmkrebsvorsorge auch schriftlich eingeladen. Denn die Vorsorge beginnt mit 50 mit einem einmal jährlich möglichen Test auf verstecktes Blut im Stuhl, und zwar bis zum 54. Lebensjahr. Männer sind – weil bei ihnen Darmkrebs häufiger auftritt als bei Frauen – schon ab 50 zur Vorsorge-Darmspiegelung berechtigt, Frauen ab 55. Die Darmspiegelung wird zweimal alle 10 Jahre finanziert. Wenn keine Darmspiegelung gewünscht wird, ist eine Stuhluntersuchung einmal alle zwei Jahre möglich. <<

Wellness mit Vorsicht genießen

Sich selbst etwas Gutes tun, entspannen und die Seele baumeln lassen – gerade Menschen mit Krebs profitieren von regelmäßiger Entspannung. Gleichzeitig fürchten viele, dass durch Wärmeanwendungen oder mechanische Belastungen bei Massagen die Tumorerkrankung erneut ausbrechen oder sich beschleunigen könnte. Wissenschaftler des deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg betonen, dass es für diese Annahmen keine belastbaren Daten gibt. Allerdings fallen die individuellen Reaktionen auf Wellness-Anwendungen sehr unterschiedlich aus. Manche reagieren mit Hautreaktionen und das erhöhte Infektionsrisiko in Schwimmbädern und Wellness-Einrichtungen kann für Krebspatienten problematisch sein. Also: Bevor Sie ein Risiko eingehen, sprechen Sie mit uns. <<



Blutendes Zahnfleisch muss nicht sein!

Blutendes Zahnfleisch ist eine häufige Nebenwirkung einer Chemo- oder Strahlentherapie. Die Kariessanierung der Zähne und die sog. „Professionelle Zahnreinigung“ sind wichtige, aber oft nicht ausreichende Maßnahmen, um den Mundraum vor starkem Zahnfleischbluten zu bewahren.

Die Gingivitis, die leichte und reversible Zahnfleischentzündung, kann sehr gut und innerhalb kürzester Zeit mit Zahnzwischenraumbürsten therapiert werden. Voraussetzung dafür sind Bürstchen, die perfekt an die unterschiedlich großen Zahnzwischenräume angepasst sind und die die Zwischenräume sanft reinigen können.



Die Reduzierung der Entzündungsorte im Mundraum hat positive Auswirkungen für die Mundschleimhaut – weniger Belastung, weniger Zahnfleischbluten.



zweasy gmbh • Schützenstr. 16 • 54295 Trier
T: 0651.201 984 99
www.zweasy.de

Anzeige



Das **Menschenmögliche** tun.

