

Prostatakrebs
Die Angst vor
Impotenz

Vorsorge
Mehr Gleichberech-
tigung fordern

Krebsforschung
Der Kampf hinter
den Kulissen

Chemotherapie
Wie geht es dem
Patienten?

**MEDIA
PLANET**

Nr. 2/September 2011

DIAGNOSE KREBS

8

SCHRITTE

MEHR HINTER-
GRUNDWISSEN

PROSTATAKREBS BRUSTKREBS



Wie wichtig eine Vorsorgeuntersuchung bei Männern und die Qualität bei der Brustkrebsdiagnose ist, wird in vielen Interviews deutlich.



FOTO: SHUTTERSTOCK

ANZEIGE



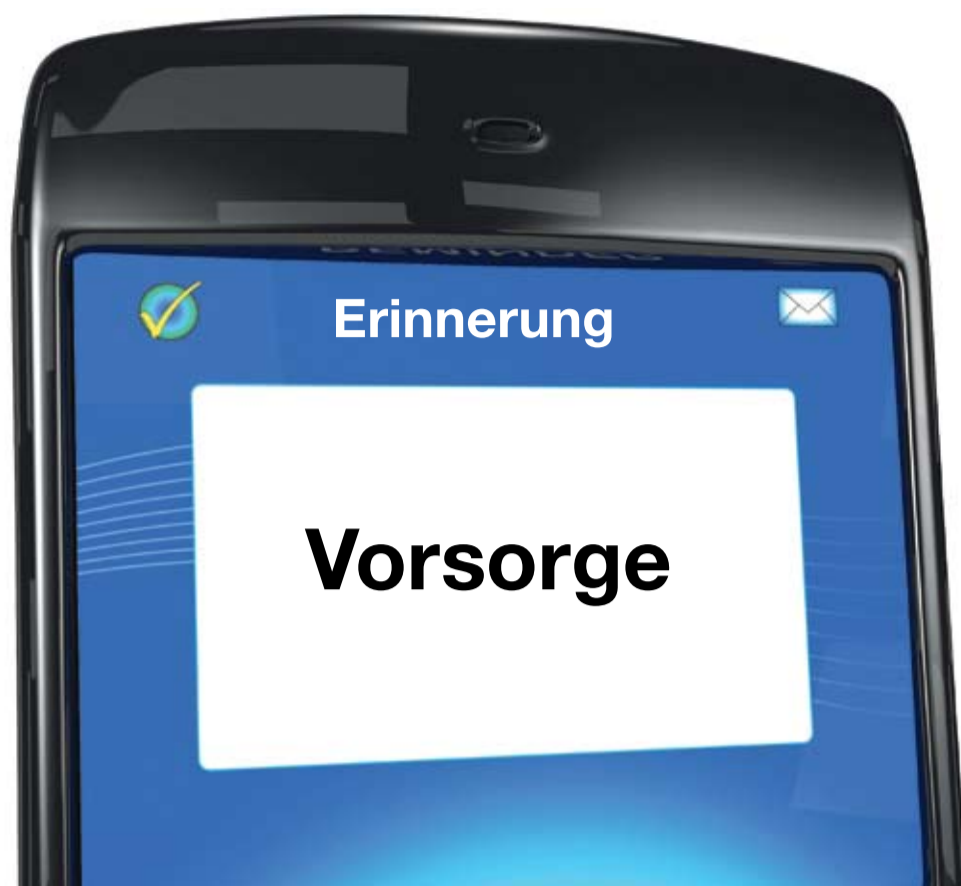
Ihr Labor fürs Leben

Wir führen täglich mehr als 30'000 medizinische Analysen durch und leisten damit einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit

UNILABS SCHWEIZ - AKTUELL 900 MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER,
72 WISSENSCHAFTLER UND 22 LABORS IN IHRER NÄHE www.unilabs.ch



CHALLENGE



REGELMÄSSIGKEIT
Vorsorgeuntersuchungen
können Ihr Leben retten,
das gilt für Frau und Mann!
FOTO: SHUTTERSTOCK

In der Schweiz ist die Krankheit Krebs nicht meldepflichtig. Präzise statistische Zahlen sind deshalb nicht erhältlich. So decken die heute existierenden Fachregister nur wenig mehr als 60% der Bevölkerung ab. Eine unerfreuliche Situation, ist doch heute trotz dieser ungenügenden Datenlage bekannt, dass rund **vier von zehn Menschen in der Schweiz** direkt oder indirekt (beispielsweise als Angehörige) von der Krankheit Krebs ernsthaft betroffen sind.

Nehmen wir doch die Krankheit Krebs, wie sie ist

Im Gespräch mit Personalverantwortlichen von Unternehmen, um nur eines von mehreren möglichen Beispielen zu nennen, vernehme ich leider immer noch und viel zu oft, das Thema Krebs sei tabu, nicht gesellschaftsfähig und deshalb für eine breitere Informationskampagne ungeeignet. Auch erhielten wir von einem Detaillisten eine Absage für eine geplante Standaktion mit der Begründung, «Krebs» sei der Kundschaft an einem Samstag vor oder nach dem Einkauf nicht zumutbar. Das Verdrängen schwieriger Tatsachen ist menschlich und auch in diesem Fall ein schlechter Ratgeber.

Auch wenn sich krebsbetroffene Prominente in den Medien offen zu ihrer Krankheit äussern, bringt es uns im Umgang mit der Krankheit und den damit verbundenen Fragen nur wenig weiter. Es braucht mehr als ein paar Schlagzeilen, um die Krankheit ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Krebs ist gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO weltweit die Todesursache Nr. 1, sie übersteigt die Zahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In der Schweiz erwarten wir diese Entwicklung in drei bis fünf Jahren. Durch die älter werdende Gesell-

schaft gewinnt das Thema Krebs zwangsläufig an Bedeutung, denn Krebs wird immer mehr Menschen direkt oder indirekt betreffen. Als Folge wächst das Bedürfnis, sich mit anderen Betroffenen, Angehörigen und Interessierten auszutauschen. Wir haben diesen Wunsch aufgenommen und planen nun in Winterthur gemeinsam mit dem Kantonsspital Winterthur ein erstes Begegnungs- und Informationszentrum. Es soll Raum bieten für den Dialog und der neue Standort unserer psychosozialen Beratungsstelle sein.

Nehmen wir doch die Krankheit Krebs wie sie ist: Im Jahresdurchschnitt 2003 bis 2007 erkrankten jedes Jahr in der Schweiz rund 36 000 Menschen neu an Krebs (54% Männer, 46% Frauen, alle Krebserkrankungen, ausgenommen nicht-melanotischer Hautkrebs). Rund 15 600 starben an der Krankheit (55% Männer, 45% Frauen). Tatsache ist aber auch, dass jedes Jahr dank der Forschung und generell verbesserten Therapieformen die Sterblichkeitsrate und die verbleibende Lebensqualität bei der Diagnose Krebs im Durchschnitt deutlich verbessert werden. Indem wir weit offener als heute in unserer Gesellschaft die Krank-

KREBS

«Krebs ist gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO weltweit die Todesursache Nr. 1.»



Rolf Huck
Geschäftsführer der Krebsliga des Kantons Zürich

heit Krebs zum Thema machen, helfen wir entscheidend mit, die Anzahl neuer Fälle zu reduzieren (Stichwort: verstärkte Prävention), die Heilungschancen erkrankter Menschen noch weiter zu steigern und die Lebensqualität trotz der Diagnose Krebs deutlich zu verbessern. Davon profitieren auch die Angehörigen und die Arbeitgeber, deren Möglichkeiten zur Reintegration von Krebsbetroffenen noch nicht ausgeschöpft sind.

Ich danke dem Herausgeber und den Autoren der vorliegenden Beilage für ihre Initiative respektive ihren Beitrag. Sie helfen entscheidend mit, einem zentralen Thema unserer Gesellschaft die nötige Plattform zu ermöglichen. Geniessen wir das Leben, im Wissen was zu tun ist, wenn es auch einmal schwierige Ansprüche an uns stellt.

In dieser Beilage «Diagnose Krebs» finden Sie qualitativ wertvolle Informationen, um sich mit dem Thema Krebs und dem richtigen Umgang mit der Krankheit auseinanderzusetzen. Helfen Sie mit, den sachbezogenen Umgang mit der Krankheit in der Öffentlichkeit zu verbessern, ohne dabei die schönen Seiten des Lebens zu kurz kommen zu lassen.



WIR EMPFEHLEN



Walter Raaflaub
Vor vier Jahren hat er einen Erfahrungsbericht über seine Prostatakreberkrankung mit dem Titel «Tote Hose» veröffentlicht.

S. 4

«Mein Urologe sieht nur meine Prostata, aber meine grosse Angst sieht er nicht.»

Schnellere Chemotherapie S. 7
Zeitersparnis bei intravenöser Medikamentenverabreichung statt oraler?

Todesfälle vermeiden S. 9
Laut Peter Cerny können viele Todesfälle vermieden werden mit systematischen Früherkennungs-Programmen.

SEITE 15



Frau Franziska Derungs
Krebs bei Kindern verläuft anders.

**MEDIA
PLANET**

We make our readers succeed!

DIAGNOSE KREBS, ZWEITE AUSGABE,
SEPTEMBER 2011

Managing Director:
Fredrik Colfach
Editorial Director:
Corinne Meier

Senior Project Manager:
Tatjana Vasic
Tel.: +41 (0)43 540 73 05
E-Mail: tatjana.vasic@mediaplanet.com

Distribution: Tages-Anzeiger
Druck: Tamedia

Mediaplanet contact information:
Anna Pollinger
Tel.: +41 (0) 43 540 73 00
E-mail: anna.pollinger@mediaplanet.com

Das Ziel von Mediaplanet ist, unseren Lesern qualitativ hochstehende redaktionelle Inhalte zu bieten und sie zum Handeln zu motivieren, somit schaffen wir für unsere Inserenten eine Plattform um Kunden zu pflegen und neue zu gewinnen.

ANZEIGE

**Der Dienstleister
für Krebsbetroffene**



krebsliga zürich

einfach da, wenns schwierig wird

Telefon 044 388 55 00 / www.krebsligazuerich.ch

Mammographie – auch für mich?

Jede Frau ab 40 bekommt früher oder später eine Überweisung zu einer Mammographie. Sei es, weil Sie selber eine Veränderung in der Brust bemerkt hat oder ihr Gynäkologe ihr dazu rät. Als Vorsichtsmassnahme wird eine sogenannte Basismammographie durchgeführt. Mittels der Mammographie können kleine Knoten und insbesondere Verkalkungen in der Brust in einem Stadium erkannt werden, in dem sie für die Patientin noch nicht tastbar sind.

Der Brustkrebs (med. Mammakarzinom) ist in den westlichen Ländern die häufigste Krebsart bei Frauen. Um einen Tumor bereits in der Entstehungsphase zu erkennen ist es wichtig sich einer Mammographie zu unterziehen. Die Untersuchung wird ab einem bestimmten Alter etwa alle zwei Jahre durchgeführt. Dies variiert je nach familiärer Belastung (bekannte Brustkrebskrankungen innerhalb der Familie) oder Vorbefund.

Die Überweisung zu einer Mammographie erfolgt über Ihren Gynäkologen oder Hausarzt. Bei der Terminvereinbarung sollte berücksichtigt werden, dass die Untersuchung zwischen den 7.

und 17. Zyklustag fällt. Aufgrund von hormonbedingten Strukturveränderungen, ist das Brustgewebe in dieser Zeitspanne weniger druckempfindlich und so am besten untersuchbar. Bei der Untersuchung werden die Brüste zwischen zwei Platten positioniert und komprimiert. Dies kann als unangenehm empfunden werden, ist aber für eine gute Qualität der Aufnahmen zwingend nötig. Der Druck wird sofort nach der Aufnahme wieder gelöst. Von jeder Brust werden jeweils zwei Aufnahmen aus verschiedenen Richtungen gemacht. Die Radiologin oder der Radiologe schaut sich die Bilder sofort an und entscheidet, ob noch weitere Aufnahmen oder eine Ultraschalluntersuchung der Brust nötig sind.

Für alle Frauen ist es wichtig, dass sie sich drauf verlassen können, dass diese Untersuchung nach den höchsten Qualitätsansprüchen durchgeführt wird. Deshalb besprechen unsere Radiologinnen und Radiologen im Anschluss an die Untersuchung persönlich mit den Patientinnen. Bei diesen Gesprächen können wichtige Details geklärt und Informationen, die der korrekten Befundstellung dienen, gewonnen werden. Ein weiteres Qualitätsmerkmal ist, dass alle Untersuchungen von 2 Fachärzten für Radiologie angeschaut und besprochen werden. Im Röntgeninstitut Cham haben wir dafür sogar die erfahrenen Spezialisten der Sonnenhof-Klinik Engeried in Bern gewinnen können. Damit erfüllen wir in Cham schon den geforderten Standard für Screening-Untersuchungen der Brust. Geben Sie sich nicht mit weniger zufrieden.

Die Röntgeninstitute der Unternehmensgruppe RI Holding AG in Schwyz, Cham, Zürich, Jona, Winterthur und Zürich-Altstetten (ab 2012) sind mit den modernsten Geräten ausgestattet. Unsere Teams verfügen über langjährige Erfahrung mit bildgebenden Verfahren und garantieren eine zuverlässige Diagnose ohne lange Wartezeiten. In Zusammenarbeit mit Fachärzten verschiedener Disziplinen betreuen wir Patientinnen und Patienten in unseren Spezialzentren von der Diagnose, über die Therapie bis zur Nachsorge.



www.radnet.ch – Medizinische Radiologie auf höchstem Niveau

Die Sprache des Lebens in lebenswichtige Medikamente umsetzen.

Wir bei Amgen glauben, dass die Antworten auf die dringendsten Fragen der Medizin in der Sprache unserer DNA formuliert sind. Als Pioniere der Biotechnologie setzen wir unser tiefes Verständnis dieser Sprache für die Entwicklung lebenswichtiger Medikamente ein, besonders für diejenigen Patienten, für deren spezifische Erkrankungen bis heute nur wenige oder keine effektiven Therapien zur Verfügung stehen – um deren Gesundheit und Lebensqualität entscheidend zu verbessern.

Weitere Informationen über Amgen finden Sie unter: www.amgen.ch.

AMGEN[®]

Pioneering science delivers vital medicines[™]



INSPIRATION

Prostatakrebs-Patienten werden stets auch mit der Angst konfrontiert, an Impotenz und Inkontinenz in Folge einer radikalen Prostatatektomie zu leiden. Doch selbst für manchen Arzt ist dies noch Tabuthema. Der Mediziner Walter Raaflaub erkrankte selbst an Prostatakrebs und erlitt dieses Schicksal. In seinem Erfahrungsbericht in Buchform plädiert er für mehr Offenheit.

Angst vor Impotenz offen ansprechen

TABUTHEMA

PROSTATAKREBS

■ Hat man als Prostatakrebs-Patient überhaupt Energie dafür, sich mit Impotenz zu beschäftigen?

Natürlich ist zunächst Krebs das Hauptthema und man will so schnell wie möglich gesund werden. Ich war nach der OP so schwach, ich konnte kaum zehn Schritte gehen. Doch nach drei bis vier Monaten versucht man, wieder ein normales Leben zu führen. Und man wird sich der Impotenz gewahr.

■ Kam für Sie Verzicht auf Geschlechtsverkehr nicht in Frage?

Zu Verzicht haben mir einige geraten. Aber meine Frau ist neun Jahre jünger als ich, wir hatten bis zu meiner Operation ein erfülltes Sexualleben und uns war das wichtig. Wir haben durch Hilfsmittel jetzt ein «normales Geschlechtsleben» wiedergefunden. Vielleicht kann die Gemeinsamkeit auch über Zärtlichkeit hergestellt werden, doch diese war mir am Anfang abhanden gekommen. Ich wollte mich meiner Ehefrau kaum nähern, weil ich wusste, es kann nicht zu mehr kommen. Diese Reaktion ist mir heute selbst nicht mehr verständlich, doch die Impotenz hat unweigerlich eine Auswirkung auf die Psyche.

■ In welchem Falle kommt es denn zu Impotenz?

Prostatakrebs verläuft nicht immer aggressiv. Man greift nur ein, wenn aufgrund des gemessenen Ferments PSA ein Wachstum des Karzinoms festgestellt wurde. Bei der kleinen Operation, bei der die Prostata wie eine Orange ausgehöhlt wird, gibt es keine Erektionsstörungen, obwohl die Ejakulation rückwärts in die Blase statt nach aussen geht. Und bei der radikalen Prostatatektomie kommt es darauf an, ob der Operateur beide Seiten der Prostata entfernen muss. In diesem Falle resultiert in 60 bis 100 Prozent eine totale Impotenz. Ein Operateur informiert normalerweise darüber - doch die Realität ist düsterer, als die Urologen das den Patienten normalerweise sagen.

■ Was meinen Sie damit?

Ein Urologe zu sein und über Potenzprobleme zu sprechen, das sind zwei verschiedene Dinge. Das habe ich auch aus den Briefen der Leser meines Buches herausgelesen. Einer schreibt: «Mein Urologe sieht nur meine Prostata, aber meine grosse Angst sieht er nicht.» Man sollte sich als Patient trauen, das direkt anzusprechen und auch den Arzt zu wechseln, wenn man sich nicht aufgehoben fühlt. Mein Kredo ist, dass das Verhältnis zum Arzt besser werden muss. Daran hapert es und das habe ich immer wie-

der in 16 Jahren Hausarzt-Dasein erfahren. Die Urologen schieben die genaue Orientierung über die Folgen leider gelegentlich an den Hausarzt zurück.

■ Sie sind das Thema im ersten Jahr nach der Operation 2003 angegangen - wie früh sollte man sich damit beschäftigen und Hilfsmittel einsetzen?

Je früher, desto besser. Nach einer radikalen Operation haben alle Patienten Erektionsstörungen. An den meisten urologischen Kliniken wird ihnen noch während der Hospitalisation ein Potenzmittel gegeben, damit sich die winzigen Gefässe öffnen. Das begrüsse ich sehr.

■ Welche Mittel gibt es denn für diese Patienten im Falle von Impotenz?

Zum einen die bekannten Tabletten. Und dann die Injektion in die Schwellkörper des Penis. Die dritte Möglichkeit ist die bereits seit vielen Jahrzehnten bekannte Vakuumpumpe. Ganz Mutige können auch eine Penisprothese wählen, bei der zwei flüssigkeitsgefüllte Zylinder anstelle der herausoperierten Schwellkörper in den Penis montiert werden.

■ Wie ist das mit der Libido - bleibt sie erhalten?

Die Lust vergeht leider ein bisschen. Nicht aufgrund der Hilfsmittel, doch es wird vermutet, es liege daran, dass bei einer radikalen Operation auch die Samenblasen entfernt werden. Letztlich ist jedoch die einzelne Empfindung noch genau gleich. Nur müssen meine Frau oder ich uns einen Schub geben. Das Ganze wird dadurch eher eine geplante Sache.

■ Sie litten auch unter Inkontinenz. Impotenz oder Inkontinenz, was ist für Sie das grössere Übel?

Inkontinenz, denn es ist so beschämend, störend und erniedrigend, wenn der Urin immer läuft und man Windeln tragen muss. Seit ich mir einen künstlichen Blasenschliessmuskel implantieren liess, bin ich wie ein neuer Mensch. Ich habe lange gewartet, weil sich der Eingriff so komplex anhört. Eine Manchette wird um die Harnröhre, ein Ventil in den Hodensack und ein Ballon als Reservoir in den Unterbauch gelegt, das alles mit Schläuchlein verbunden. Doch ich bin zu hundert Prozent zufrieden damit und habe inzwischen schon fünf Betroffenen konkret dazu geraten. Ich bin heute ein glücklicher Mensch mit all diesen Eingriffen und Hilfsmitteln.

YVONNE VON HUNNIUS
redaktion.ch@mediaplanet.com

PROFIL

■ **Walter Raaflaub**, geboren 1941, studierte auf dem zweiten Bildungsweg Medizin. Zuvor war er Lehrer sowie Volontär der Leprahilfe Emmaus Schweiz in der Türkei. Von 1990 bis 2006 führte er in Schönried eine Praxis für Allgemeinmedizin FMH. Vor vier Jahren hat er einen Erfahrungsbericht über seine Prostatakrebs-Erkrankung mit dem Titel «Tote Hose» veröffentlicht. Inzwischen liegt das Buch in der dritten Auflage vor und wurde in diesem Frühjahr auch ins Französische übersetzt.

ANZEIGE



Das Leben hat so viel zu bieten. Nutzen Sie die schönen Momente, um Kraft zu tanken. Denn man braucht viel Kraft, um mit Krebs zu leben oder ihn zu überwinden. Wir unterstützen Sie dabei, indem wir besonderen Wert auf die Aktivierung Ihrer Abwehrkräfte legen. Wir setzen sowohl auf schulmedizinische Erkenntnisse als auch auf komplementäre Behandlungen wie die Misteltherapie. Begleitet von einem breiten therapeutischen Spektrum. Wir sehen nicht nur die Krankheit, sondern Ihre individuelle Persönlichkeit als Ganzes.

Lukas Klinik
Zentrum für integrative
Tumorthherapie
und Supportive Care

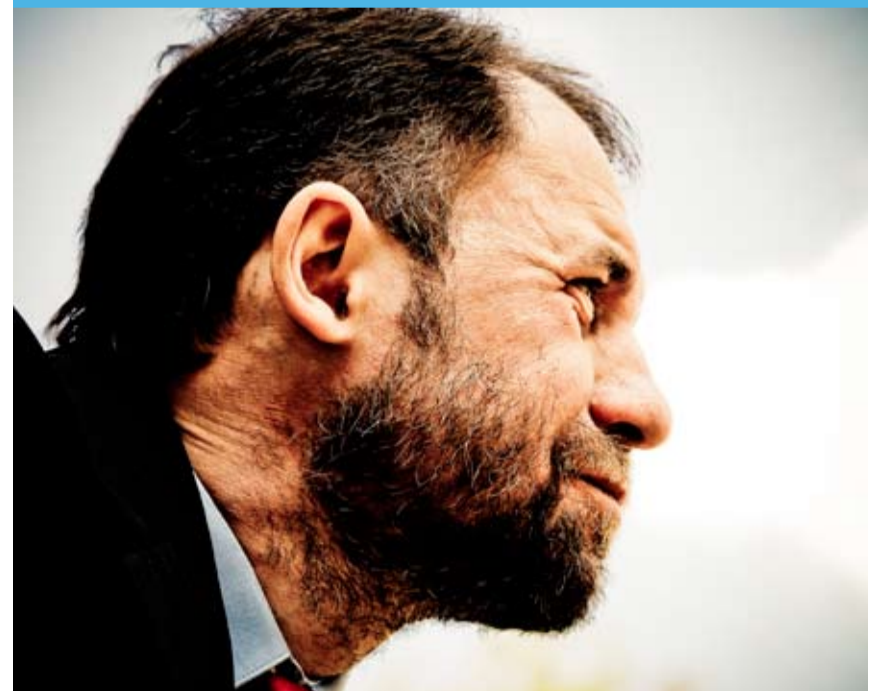
Infoline +41 (0)61 702 09 09
Mo 17-20, Mi 8-14, Fr 14-17 Uhr
www.lukasklinik.ch

AnthroMed
KLINIKNETZWERK



LUKAS KLINIK
Das Leben wartet.

TIPP



DIE PROSTATAKREBSVORSORGE wird ab einem Alter von 50 Jahren empfohlen.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Männer, nutzt die Vorsorge

■ Der Prostatakrebs kann während eines langen Zeitraums keine Beschwerden verursachen, deshalb ist die Vorsorge gut geeignet, schlimmeres zu verhindern. Bei Gesundheitsexperten gehen die Meinungen auseinander, ob,

wann und wie Früherkennung durchgeführt werden soll.

! **Mehr Informationen unter:**

www.krebsliga.ch

SCHRITT

1

FOLGEN VON PROSTATAKREBS



PROSTATAVERGRÖSSERUNG
Nach der Operation wegen einer Prostatavergrößerung erhält er die Diagnose Prostatakrebs. Einige Monate später unterzieht er sich einer radikalen Prostatektomie.
FOTO: DAVID MAUPLÉ

Mehr Gleichberechtigung in der Vorsorge

Männer werden bei der Prävention benachteiligt, findet Gesundheitsökonom Karl Ehrenbaum: Im Vergleich zum Brustkrebs werde der Prostatakrebs stiefmütterlich behandelt.

Mit umfangreichen Präventionskampagnen konnten die Todesfälle aufgrund von Brustkrebs gesenkt werden. Dagegen hat Karl Ehrenbaum selbstverständlich nichts. Doch der Gesundheitsökonom hat gerechnet und Zahlen verglichen. Dabei ist ihm ins Auge gestochen, dass prozentual mehr Männer an Prostatakrebs sterben als Frauen an Brustkrebs. Prostatakrebs, nach dem Lungenkrebs die häufigste Todesursache bei Männern, ist für 4,3 Prozent der männlichen Todesfälle verantwortlich, Brustkrebs für 4 Prozent bei Frauen. «Doch die Krankheit ist kaum ein Thema in der Bevölkerung», zeigt sich Ehrenbaum besorgt. Eine weitere Ungleichbehandlung stellt er zudem bei der Kostenübernahme fest: Männer müssen sowohl Vorsorgeuntersuchung ohne vorhergehende Beschwerden als auch minimal-invasive Behandlungen selber bezahlen, es sei denn, sie haben eine Zusatzversicherung. Dagegen werden Brustuntersuchungen und -behandlungen über die Grundversicherung abgedeckt. In Kantonen, die grossangelegte Mammographie-Screening-Programme lanciert haben, wird den Frauen auch der Selbstbehalt erlassen.

Für Männer kein Thema

«Männer müssen mehr für Gesundheitsthemen sensibilisiert werden», ist Ehrenbaum überzeugt. Denn gerade der Prostatakrebs habe eine gute Prognose,

wenn er in einem frühen Stadium entdeckt werde. Frauen seien sich der Risiken bewusster, wohl auch weil sie seit jeher präsenter waren im Gesundheitswesen. «Die Gesundheit ist weiblich», stellt Ehrenbaum fest.

Irritiert habe den Versicherungsexperten, dass sich nicht alle Ärzte dieses Missstands bewusst sind. Als Mitglied einer Arbeitsgruppe der Krebsliga hat er seine Zahlen kürzlich präsentiert und damit Erstaunen ausgelöst. Um mehr Männer für das Thema zu sensibilisieren, müsste auch die Ärzteschaft eingebunden werden, findet Ehrenbaum. Die Medien sollten das Thema vermehrt aufgreifen und es brauche Kampagnen auf verschiedenen Kanälen, um breite Bevölkerungsschichten zu erreichen.

Mehr vorsorgen statt heilen

Um auf die Ungleichheit aufmerksam zu machen, ist Ehrenbaum mit der Krebsliga, dem Bundesamt für Gesundheit und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz in Kontakt. Denn es brauche auch politische Entscheide: Ebenso wie Mammographien sollten Prostata-Vorsorgeuntersuchungen und minimal-invasive Behandlungen kassenpflichtig werden, findet der Betriebswirt.

Generell investiere die Schweiz zu wenig in die Prävention. Auch dazu hat er Zahlen bereit: Mit etwa zwei Prozent der Gesundheitskosten gibt die Schweiz nur etwa die Hälfte wie andere OECD-Länder für präventive Massnahmen aus. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis falle zudem nicht immer günstig aus: Wenn man das Via-Secura-Programm um 250 Millionen Franken aufstocke, könne man die Zahl der Verkehrstoten von 300 auf 250 jährlich reduzieren, schätzt Ehrenbaum. Würde zusätzlich der gleiche Betrag für Aufklärung über so häufige Krankheiten wie Prostatakrebs aufgewendet, könnten noch viel mehr Menschen gerettet werden.



Karl Ehrenbaum
Betriebswirt, Versicherungsexperte und Geschäftsführer der im Juni gegründeten Ehrenbaum Health Consulting GmbH

RITA STEINER

redaktion.ch@mediaplanet.com

ANZEIGE

Onkologie Zentrum Spital Männedorf

Wenn Sie onkologische Fachkompetenz in persönlicher Atmosphäre suchen...

- 1 Dr. med. Cornelia Dröge
- 2 Dr. med. Adrian Dubs
- 3 Prof. Dr. med. Ursula Kapp
- 4 Dr. med. Urs Strebler

... wir sind für Sie da!



Spital Männedorf

Onkologie Zentrum, Tel. 044 922 30 00, www.spitalmaennedorf.ch

TIPP

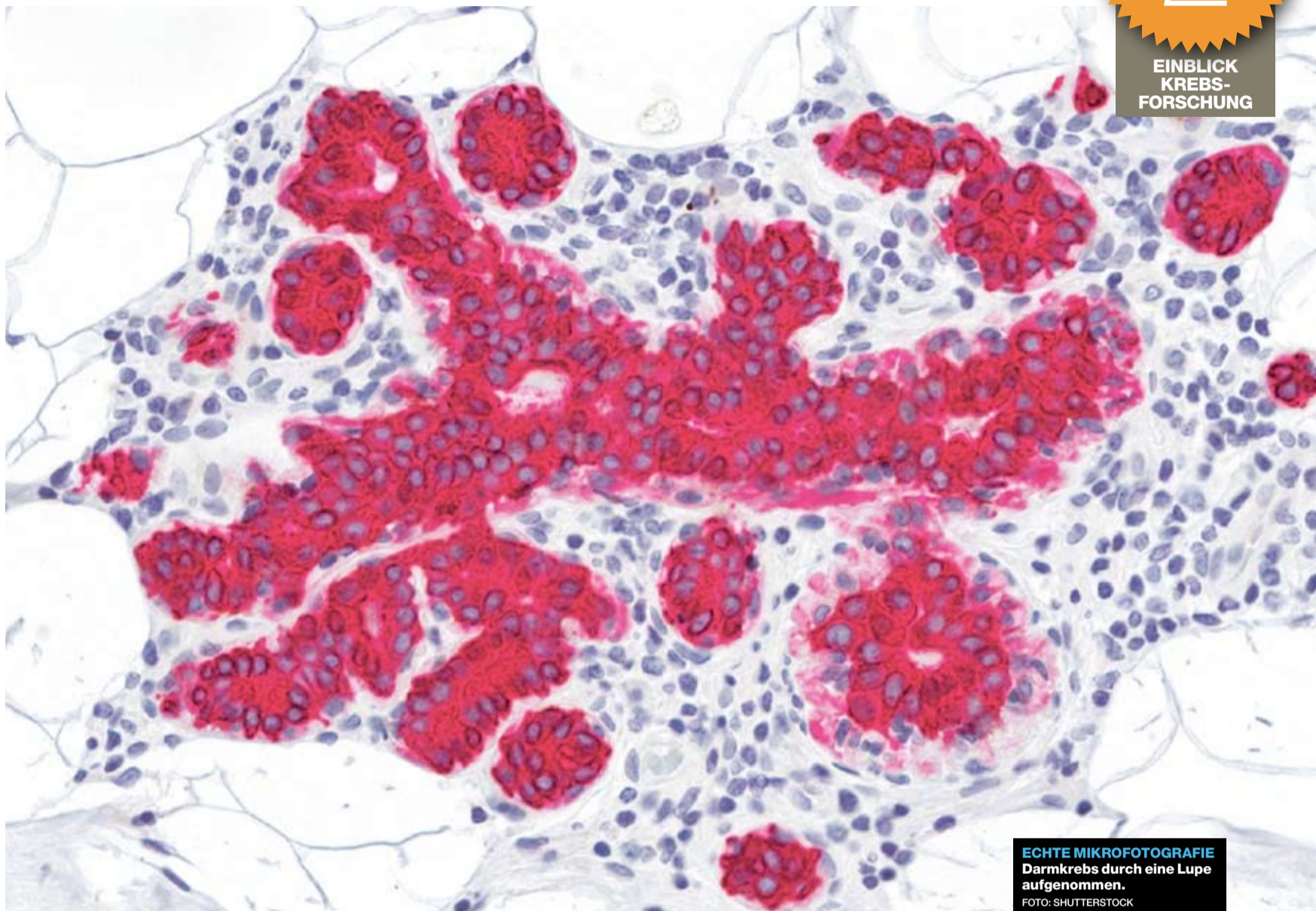


DIE BLAUE SCHLEIFE
Sie ist das Symbol für die Solidarität mit Prostatakrebs-erkrankten.
FOTO: SHUTTERSTOCK

NEWS

SCHRITT

2

EINBLICK
KREBS-
FORSCHUNG

ECHE MİKROFOTOGRAFIE
Darmkrebs durch eine Lupe
aufgenommen.
FOTO: SHUTTERSTOCK

Kampf gegen Krebs braucht Forschung

■ **Frage:** Wie können Patienten möglichst früh von Ergebnissen der Krebsforschung profitieren?

■ **Antwort:** Forschungsergebnisse kommen beispielsweise in Form einer verfeinerten Diagnostik möglichst früh wieder Patienten zugute, wenn innovative Technik und klinisch-diagnostische Fragestellungen zusammengebracht werden, sagt Marianne Tinguely vom UniversitätsSpital Zürich.



«Gute Forschungsergebnisse kommen nur mit enger Teamarbeit zustande.»

MD PD Dr. med. Marianne Tinguely
Fachärztin für Pathologie und Molekularpathologie
FMH am UniversitätsSpital Zürich.

Wenn Fragen in der Krebsdiagnostik durch die aktuellen technischen Möglichkeiten nicht beantwortet werden können, ist Raum für Forschung von Marianne Tinguely, Fachärztin für Pathologie und Molekularpathologie am UniversitätsSpital Zürich. Diese soll natürlich letztlich wieder den von Krebs Betroffenen zugutekommen. Im Idealfall ein Kreislauf, der die Medizin im Kampf gegen den Krebs Schritt für Schritt weiterbringt. «Meine Hauptaufgabe am Institut für klinische Pathologie besteht darin, Gewebeproben von Patienten auf krankhafte Veränderungen hin zu untersuchen.» Die Krebsdiagnostik nimmt hier eine bedeutende Rolle ein. Die Aussage «Krebs» alleine reicht jedoch bei weitem nicht aus. So besteht ihre Aufgabe darin, eine genaue Unterscheidung der sehr unterschiedlichen Krebsarten zu treffen und nach Tumormerkmalen zu suchen, die als Grundlage für eine optimale, individuelle Therapie dienen. Und diese alltägliche Arbeit ist es, die oft neue Forschungsansätze bringt.

Klar geregelter Ablauf

Forschungsprozesse gehorchen klaren Regeln. Der eigentlichen Forschungsarbeit voraus gehen ein Literaturstudium und die Ausarbeitung eines Pro-

jektantrages. «Dort muss ich ziemlich genau angeben, was ich machen will, und dabei begründen, wie viel Zeit, Personal und Geld ich benötige», sagt Tinguely. Den Antrag unterbreitet sie der Krebsliga oder einer Stiftung, die das benötigte Geld sprechen. Erst wenn diese organisatorischen Hürden genommen sind, kann die eigentliche Forschungsarbeit im Labor beginnen. Im Sinne einer Qualitätskontrolle werden Zwischenergebnisse in institutseigenen Foren kritisch diskutiert und periodische Zwischenberichte über den Fortgang der Studien an die Geldgeber geliefert. Das ist nicht nur wichtig für die externen Partner, sondern verschafft auch stets intern den besten Überblick.

Kooperationen immer wichtiger

«Gute Forschungsergebnisse kommen nur in enger Teamarbeit und im Austausch mit anderen Forschungsgruppen zustande», sagt Tinguely. Universität und ETH Zürich bilden dabei in diesem Fall ein ideales Umfeld, um Kooperationen mit Grundlagenforschern einzugehen, da hier international anerkannte Experten forschen. «Das Zusammenbringen von innovativer Technik und klinisch-diagnosti-

scher Fragestellung bringt den Vorteil, dass Forschungsergebnisse möglichst früh wieder dem Patienten zugute kommen, zum Beispiel in Form einer verfeinerten Diagnostik», sagt sie.

Ansprüche steigen

In Ansätzen sei in der Schweiz auch ein Trend vorhanden, für Forschungsprojekte grosse Konsortien zu bilden – gemäss Tinguely sei dies im Ausland längst die Regel. «Es wird in Zukunft wohl so sein, dass Forschung vermehrt in grösseren Kollaborationen durchgeführt wird, denn die Anforderungen an Forschungsprojekte hinsichtlich technischer, personeller und somit auch hinsichtlich finanzieller Ressourcen sind gestiegen.» Bei seltenen Tumoren würden auch internationale Kooperationen zunehmend ein Thema.

Ethische Fragen stets vor Augen

In ihrer Forschung beschäftigt sich Tinguely mit Lymphomen. Das sind Tumorerkrankungen der Abwehrzellen. Forschung betreibt sie patientennahe, d.h. mit Tumorgeweben, die zur Diagnostik ans Institut gesandt und dort archiviert werden. Nach Abschluss der Diagnostik wird das Rest-

gewebe stets in einer institutseigenen und eidgenössisch akkreditierten Biobank archiviert. «Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, das Gewebe von Patienten zehn Jahre lang aufzubewahren», sagt sie.

Die Forschung an Geweben sei streng reglementiert, weshalb sie für jedes Projekt die Zustimmung der kantonalen Ethik-Kommission brauche, bevor sie am Gewebe Analysen durchführen darf. «Das ist alles sehr aufwändig, aber zum Schutze des Patienten eine notwendige Voraussetzung, um an gut dokumentierten Geweben forschen zu können», so Tinguely.

Normalerweise betreut Tinguely drei bis vier Forschungsprojekte gleichzeitig, davon meistens zwei eigene Projekte. Die Forschungsarbeit betreibe sie mit grosser Begeisterung, obwohl diese nur einen Teil ihrer Tätigkeit am UniversitätsSpital Zürich ausmache, sagt Tinguely und betont: «An erster Stelle steht die Patientenversorgung als Pathologin.» Zudem lehrt sie an der Universität Zürich.

Mehr Wissen und mehr Fragen

Dank rasanten technischen Fortschritts konnten in den letzten Jahren in der Erforschung von Krebserkrankungen viele neue Erkenntnisse gewonnen werden. Doch bei jedem Fenster, das man neu öffne, finde man eine grosse Anzahl an neuen Fragestellungen, die es anzugehen gilt, so Tinguely. Für sie ist und bleibt Forschung eine spannende Arbeit. Ohne sie wäre der Kampf gegen den Krebs wohl aussichtslos.

DANIEL VIZENTINI
redaktion.ch@mediaplanet.com



FACTS

Krebserkrankungen in der Schweiz

Jährlich erkranken laut Zahlen der Krebsliga Schweiz rund 36 000 Schweizer an Krebs. Davon sind rund 16 000 Betroffene Frauen, was einem Anteil von 45,8 Prozent aller Erkrankten entspricht, und rund 19 000 sind Männer. Im Vergleich mit 40 europäischen Ländern lag die Schweiz 2008 in Bezug auf Neuerkrankungsfälle an 16. Stelle bei Männern und an 15. Stelle bei Frauen.

Rund 9000 Männer und rund 7000 Frauen sterben in der Schweiz jedes Jahr an den Folgen ihrer Krebserkrankung.



Männer

■ **1. Prostatakrebs:** An Prostatakrebs erkranken pro Jahr fast 5800 Männer. Damit ist Prostatakrebs die häufigste Krebsart überhaupt.

■ **2. Lungenkrebs:** Jährlich erkranken rund 3700 Menschen an Lungenkrebs, das sind 10 Prozent aller Krebserkrankungen. Zwei Drittel der Betroffenen sind Männer.

■ **3. Dickdarmkrebs:** In der Schweiz erkranken pro Jahr rund 4000 Menschen an Dickdarmkrebs. Mit 11,3 Prozent ist er die dritthäufigste Krebsart bei Männern.



Frauen

■ **1. Brustkrebs:** Mit 5300 Fällen ist Brustkrebs die häufigste Krebsart bei Frauen: Auf Brustkrebs entfällt mit 31,9 Prozent fast ein Drittel aller Krebsdiagnosen bei Frauen.

■ **2. Dickdarmkrebs:** 11,1 Prozent aller diagnostizierten Krebserkrankungen bei Frauen betreffen den Dickdarm.

■ **3. Lungenkrebs:** Ein Drittel aller Betroffenen sind Frauen. Der Anteil der diagnostizierten Lungenkrebskrankungen bei Frauen liegt bei 7,6 Prozent.

INSPIRATION

Orale Chemotherapie ist zeiteffizienter

■ **Frage:** Geht eine Chemotherapie rascher vor sich, wenn die Medikamente statt intravenös oral verabreicht werden?

■ **Antwort:** Eine Studie hat gezeigt, dass sich der Patient dann weniger lang im Behandlungszentrum aufhalten muss – somit wird die Therapie effizienter und mehr Zeit kann in die Betreuung der Patienten investiert werden.

An einer Chemotherapie arbeiten verschiedene Fachleute wie Mediziner, Pharmazeutiker und Pflegefachkräfte. Und um diese Zusammenarbeit optimal zu gestalten, sollte eine Therapie qualitative Kriterien, wie patientenzentrierte Fürsorge, mit quantitativen Kriterien, wie Effizienz und finanziellem Gleichgewicht, verbinden. Der Druck bezüglich der dafür nötigen Ressourcen wird aber immer grösser. Gemäss einer Erhebung des britischen Gesundheitsdepartements ist in Europa die Nachfrage nach Chemotherapie von grosszelligem Lungenkrebs und metastatischem Brustkrebs in den letzten Jahren rasant angestiegen. Aus dem Grund hat das Kent Oncology Centre in England untersucht, inwiefern Zeit und somit personelle Ressourcen gespart werden können, wenn das gleiche Medikament in der Chemotherapie dem Patienten nicht als Infusion, sondern über den Mundweg verabreicht wird. Das Ergebnis: Ein Wechsel von intravenös zu oral steigert tatsächlich die Kapazität der Chemotherapie. Es wurden jedoch grosse Unterschiede festgestellt zwischen den insgesamt acht untersuchten Onkologiezentren in Deutschland, Dänemark, Italien und Spanien.

Weniger Zeitaufwand

Für die Untersuchung wurde ein Tag in der Chemotherapie von insgesamt 121 Patienten mitverfolgt, davon 81 mit Lungenkrebs und 40 mit Brustkrebs. Gemessen wurde die Dauer von vier Prozessen der Therapie: Der Bluttest, die Untersuchung und Verschreibung der Medikamente durch den Arzt, die



Herr Prof. Roger D. James vom Krebszentrum in Kent

Vorbereitung und Abgabe der Arzneimittel durch den Pharmazeutiker und die Überwachung nach der Behandlung durch die Pflegefachkräfte. Bei 72 Patienten wurde das Medikament oral verabreicht, bei 49 intravenös.

Über den ganzen Behandlungstag gemessen, haben die Patienten, die das Medikament über den Mundweg erhalten haben, rund 85 Minuten weniger Zeit aufwenden müssen. Lediglich in einem untersuchten Onkologiezentrum dauerte die Behandlung bei dieser Verabreichungsform ein wenig länger. Die Zeiteinsparungen waren am grössten bei der Vorbereitung und Abgabe der Arzneimittel mit 35 Minuten und bei der Überwachung nach der Behandlung mit 30 Minuten. Die Untersuchung und Verschreibung der Medikamente dauerte praktisch gleich lang. Von einer Zeitreduktion profitieren also neben den Patienten die Pharmazeutiker und Pflegefachleute. Die Ärzte können diese Zeit nutzen, um eine bessere Arzt-Patienten Beziehung aufzubauen.

Ermöglicht die Behandlung zu Hause

Die Unterschiede zwischen den untersuchten Krebsbehandlungszentren in Europa wurden nicht weiter untersucht. Sie könnten gemäss Professor Roger D. James vom Krebszentrum in Kent auf die Art der Anlage und der Behandlung, die Zusammensetzung des

Teams der verschiedenen Fachleute und die Vergütungsart der Zentren zurückzuführen sein.

Für die Vorbereitung einer intravenösen Chemotherapie ist eine zeitaufwändige Vorbereitung der Arzneimittel nötig, weshalb einige Zentren diese extern anfertigen lassen. Ein Wechsel von einer intravenösen zu einer oralen Behandlung könnte die Abhängigkeit externer Aufbereitung reduzieren und den lokalen Apotheken damit mehr Kontrolle über die Vorbereitung und Abgabe der Medikamente verleihen, womit flexiblere Arbeitsmethoden ermuntert würden. Die orale Chemotherapie, schreibt James, erleichtere die patientenzentrierte Fürsorge, indem es die Möglichkeit einer Behandlung zu Hause erlaube. Indes könnten die Beschaffungskosten bei der oralen Form höher sein. Dennoch werde die Anzahl erhältlicher Medikamente für die orale Chemotherapie in Zukunft wahrscheinlich wesentlich steigen, so James.

Patienten ziehen orale Behandlung vor

Die patientenzentrierte Fürsorge wird dank der verkürzten Wartezeiten optimiert. Zudem ziehen die meisten Patienten die orale Behandlung einer intravenösen vor. In einer Umfrage unter 59 an Brustkrebs erkrankten Frauen antworteten 58 Prozent, eine orale Chemotherapie sei «von Vorteil» und würde ihnen ermöglichen, «sich weniger krank zu fühlen». 40 Prozent sagten, sie würde «weniger Aufwand erfordern als eine intravenöse Therapie». Eine andere Untersuchung unter Lungenkrebspatienten beider Geschlechter zeigte, dass knapp drei Viertel der Patienten in einer Behandlung mit zwei auf unterschiedliche Art verabreichten Medikamenten – eines oral und eines intravenös – lieber weiterhin eines über den Mundweg statt beide über eine Infusion erhielten.

DANIEL VIZENTINI

redaktion.ch@mediaplanet.com

«Nicht zum hilflosen Helfer werden.»

Die Diagnose Krebs ist für Betroffene und Angehörige zuerst einmal ein Schock. Aus wissenschaftlichen Untersuchungen weiss man, dass sich die soziale Unterstützung positiv auf die Krankheitsbewältigung und den Krankheitsverlauf auswirkt.

«Patienten mit einem intakten sozialen Netzwerk erhalten in der Regel mehr Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung», sagt Ursula Kapp, Leitende Ärztin für Onkologie-Hämatologie und Innere Medizin am Spital Männedorf. «Patientenbefragungen haben gezeigt, dass der Lebenspartner für den Umgang mit der Krebserkrankung die wichtigste Person darstellt.» Dies zeige sich auch darin, dass Krebspatienten beim Besuch der Sprechstunde häufiger als bei anderen Erkrankungen von ihren Partnern begleitet werden. Das sei sinnvoll, so Kapp, weil die Angehörigen einen grossen Einfluss auf die Betroffenen ausüben. Angehörige möchten die Patienten selbstverständlich so wenig wie möglich leiden sehen: «Sie müssen daher gut über die Therapie und deren Nebenwirkungen informiert sein. Nur gut informierte Angehörige können hilfreich sein.»

Professionelle Hilfe beiziehen
Zuhören, Nachfragen und Gefühle zeigen, sei wichtig beim Umgang der Angehörigen mit dem Patienten, betont Ursula Kapp: «Noch wichtiger ist jedoch, dass die Autonomie des Patienten

respektiert wird. Zuviel Engagement und Einflussnahme kann auch ein Zeichen der eigenen Hilflosigkeit und Angst sein.» Da Angehörige die wichtigste Stütze der Patienten sind, sei es dann besonders wichtig, im Bedarfsfall professionelle Hilfe hinzuzuziehen, «um nicht selber zum hilflosen Helfer zu werden». Wenn die Tumorerkrankung heilbar oder mit einer Therapie gut kontrollierbar ist, sei eine positive Einstellung wichtig, um die Therapie mit ihren Nebenwirkungen durchzustehen. Bei einem aussichtslosen Tumorverlauf den Patienten aufzufordern, zu kämpfen, sei indes kontraproduktiv: «Dann muss man einfühlsam versuchen, den Weg des Abschieds begreifbar zu machen, um auch dann noch die möglichen schönen Momente zu erleben.»

Angehörige mehr berücksichtigen

Wenn Angehörige in die Sprechstunde mitkommen, bestehe oft die Tendenz, dass sie gegenüber dem Patienten die eigenen Ängste und Probleme mit der Erkrankung nicht zeigen wollen, um die Erkrankten nicht zu belasten, sagt Ursula Kapp. Daher würden die Erwartungen der Angehörigen gegenüber den Ärzten selten artikuliert. «Mittlerweile wissen wir, dass ein Bedarf besteht, die Bedürfnisse von Angehörigen in der klinischen Arbeit mehr zu berücksichtigen und bewusst anzusprechen.» Auch müssten die bestehenden Hilfsangebote besser kommuniziert werden: «Eine bessere Abdeckung der Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen kann den wichtigsten Bezugspersonen unserer Patienten helfen, ihre schwierige Aufgabe möglichst gut zu bewältigen.»

CHRISTIAN LANZ

redaktion.ch@mediaplanet.com



Frau Prof. med. Ursula Kapp
Leitende Ärztin Spital Männedorf

ANZEIGE



Spitzenmedizin im Kleinen – integrierte Versorgung Knonauer Amt



Das umfassende Grundversorgungsangebot beinhaltet auch die Behandlung und Betreuung der häufigsten onkologischen Erkrankungen. Dank des Kompetenzzentrums Palliative Care und der integrierten psychotherapeutischen Begleitung finden Patienten in jeder Situation den ihnen entsprechenden Therapieansatz und können Angehörige unterstützt werden.

NEWS

SCHRITT

3

NETZWERKE
UND STUDIEN

QUALITÄTS- SIEGEL FÜR BRUSTZENTREN

■ **Frage:** Macht es einen Unterschied, wo eine an Brustkrebs erkrankte Frau behandelt wird?

■ **Antwort:** Ja, es ist wichtig, dass Brustkrebs-Patientinnen in Zusammenarbeit mit einem Brust-Zentrum behandelt werden, in dem verschiedene Spezialisten eng zusammenarbeiten.

Verschiedene Studien belegen, dass ein entscheidender Faktor ist, wo eine Frau mit Brustkrebs behandelt wird. «Diese zeigen Unterschiede in den Überlebenschancen von bis zu 40 Prozent», sagt Rageth. Einer der Gründe, weshalb der Mediziner Christoph Rageth vor zehn Jahren das Brust-Zentrum im Zürcher Seefeld mitgründete. Angefangen mit einer Partnerin und zwei Praxismitarbeiterinnen, arbeiten dort heute 35 Leute im 1000 Quadratmeter grossen Brustzentrum, unter anderem mehrere Gynäkologen, Radiologen, Onkologen sowie ein Chirurg, eine Psychologin und eine auf Brustkrebs spezialisierte Pflegefachfrau – eine sogenannte «breast-care-nurse». Zudem arbeitet das Brust-Zentrum mit externen plastischen Chirurgen sowie einem Netz von rund hundert Ärzten, welche Patientinnen dem Zentrum zur Abklärung zuweisen und danach gemeinsam weiterbehandeln. Auch die Frauenkliniken des Zürcher Universitätsspitals und des Spitals Zollikerberg



PD Dr. med. Christoph Rageth
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitbegründer des Brust-Zentrums im Zürcher Seefeld, Präsident der SGS.

stehen mit dem Brust-Zentrum in enger Kooperation. «Der interdisziplinäre Austausch ist sehr wichtig», sagt Rageth. Dadurch könnten die Patientinnen besser betreut werden.

Bald Zertifizierungen in der Schweiz

«Brust-Zentrum ist aber nicht gleich Brust-Zentrum», warnt Rageth. Der Begriff sei nicht geschützt, und «manche, die sich Brustzentren nennen, verdienen diesen Namen nicht», sagt er. Die Europäische Gesellschaft der Brustkrebs-Spezialisten (EUSOMA) hat deshalb vor elf Jahren Qualitätsrichtlinien eingeführt, die ein Brust-Zentrum erfüllen muss, um eine Zertifizierung zu erhalten. 25 Zentren wurden seit dem von der EUSOMA zertifiziert, darunter eines im Kanton Tessin und das Brust-Zentrum Seefeld gemeinsam mit jenem der Frauenklinik der Universität Zürich. In Deutschland hat man darauf eigene Richtlinien eingeführt und über 250 Zentren eine Zertifizierung verliehen, davon zwei in der Schweiz: Die Kantonsspitaler Luzern und Baden.

In Anlehnung daran hat man hierzulande in den letzten fünf Jahren an eigenen, auf die Schweiz zugeschnittenen Brustzentrums-Richtlinien gearbeitet. Die Krebsliga und die Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) lancieren nun ihr eigenes Qualitätssiegel, mit dem Ziel, die Qualität zu fördern, Orientierungshilfe zu bieten und die Transparenz zu erhöhen. Im Herbst läuft das erste Zertifizierungsverfahren, im Frühjahr 2012 sollen die ersten fünf Zertifizierungen erteilt werden. «Langfristig wer-

den zehn bis 15 Zentren in der Schweiz zertifiziert», sagt Rageth, der als Präsident der SGS amtiert.

Konferenzen und «breast-care-nurse» werden Pflicht

Auf der Homepage der Krebsliga sollen die zertifizierten Zentren aufgelistet werden. In der Schweiz sind die Anforderungen an die Anzahl Operationen etwas geringer als in Deutschland. «Dafür sind unsere Richtlinien strenger, was die Ausbildung der Onkologen und die Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen betrifft», sagt Rageth. In der Schweiz würden die Netzwerke in den Vordergrund gestellt, und die zertifizierten Zentren müssten an Studien teilnehmen.

«Die Zentren müssen ihre Qualifikation nachweisen und ihre Zahlen bekannt geben», sagt Rageth. Das bringe viele Pflichten mit sich, zum Beispiel in der zur Verfügung gestellten Kapazität – eine «breast-care-nurse» ist Pflicht – und der Infrastruktur. Ein «Fünf-Punkte-Plan» muss von den zertifizierten Kliniken und den Mitgliedern des Ärztenetzwerks befolgt werden. Demnach soll vor jeder Operation eine interdisziplinäre Besprechung im Brustzentrums-Kernteam stattfinden, ein erfahrener Chirurg soll die Operation assistieren, nach der Operation soll für die weitere Planung wieder eine Konferenz durchgeführt werden, die Patientin soll regelmässig zu Nachkontrollen eingeladen werden und jedes Brust-Zentrum muss Daten sammeln und in einer Datenbank zur Verfügung stellen.

DANIEL VIZENTINI

redaktion.ch@mediaplanet.com



ZEITSTRAHL



Geschichte der Brustkrebs-Behandlung

■ In der Schweiz sterben jährlich etwa 1400 Frauen an Brustkrebs. Im selben Zeitraum sterben 6 x mehr, nämlich über 9200 Frauen, an einer Herzkrankheit. Trotzdem löst eine Brustkrebs-Erkrankung grosse Angst aus, da diese Krankheit mit teils verstümmelnden und nebenwirkungsreichen Behandlungen einhergeht.

MIT FREUNDLICHER UNTERSTÜTZUNG VON DR. MED. STEPHANIE VON ORELLI

■ **70er–80er-Zeitraum:** Die Behandlung von Brustkrebs hat sich in den letzten 40 Jahren stark verändert. Nachdem am Anfang des letzten Jahrhunderts die Therapie stark auf die möglichst radikale Ausmerzungen des lokalen Tumorleidens fokussiert war und eine Brustentfernung inklusive Brustmuskel die Folge war, wurde bereits Anfangs der 70er Jahre eine weniger radikale Methode ohne Brustmuskelfernung empfohlen.

Anfangs der 80er Jahre wurde durch Forscher in Italien, der USA und Frankreich, eindrücklich gezeigt, dass die lokalen Massnahmen der verstümmelnden Operationen auf das Überleben der Patientin nur einen geringgradigen Einfluss haben. Es wurde somit erkannt, dass eine Brustkrebs-Erkrankung eine so genannte Systemerkrankung ist und somit den ganzen Körper betrifft. Schliesslich wurde Anfang der 80er Jahre die brusterhaltende Therapie eingeführt, bei welcher mit zusätzlicher Nachbestrahlung dieselben lokalen Rückfallraten auftraten wie bei einer Brustentfernung.





SPEZIALISTEN
Brustzentren müssen laut PD Dr. med. Christoph Rageth ihre Qualifikation nachweisen und ihre Zahlen bekannt geben.
FOTO: BRUST-ZENTRUM

Dem Brustkrebs den Kampf ansagen

Immer mehr Frauen erkranken an Brustkrebs. Mit systematischen Früherkennungs-Programmen können viele Todesfälle vermieden werden, sagt Radiologe Peter Cerny.

In der Westschweiz sowie in den Kantonen St. Gallen und Thurgau sind sie bereits seit längerem etabliert: Breit angelegte Mammographie-Screenings sollen die Todesfälle bei Brustkrebs verringern. Peter Cerny hält diese systematischen Vorsorgemassnahmen für äusserst sinnvoll: «Mit der besseren digitalen Technologie können heutzutage bösartige Veränderungen entdeckt werden, solange sie noch klein sind», erklärt der Radiologe. Mit der Selbstuntersuchung der Brust könnten drei von vier Tumoren nicht ertastet werden. Sind sie bereits so gross, dass man sie von Hand spürt, haben viele schon die Lymphknoten befallen. Dann sind grössere Eingriffe nötig und die Überlebenschancen kleiner. Dabei seien Mammographien lange stiefmütterlich behandelt worden, sagt Cerny, nicht zuletzt aus Gründen der Bildqualität. Doch Brustkrebs-Erkrankungen sind im Zunehmen begriffen: War vor 30 Jahren etwa jede zwölfte Frau im Laufe des Lebens einmal betroffen, so ist es heute jede siebte bis achte. Die Gründe dafür sind nicht vollumfänglich bekannt.

Deutschschweiz hinkt hinterher

Die meisten Deutschschweizer Kantone würden sich zu zögerlich verhalten, was Screenings betrifft, bemängelt der Arzt. Denn nur mit systematischen Pro-

grammen könnten breite Bevölkerungsschichten erreicht werden: Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden per Post alle zwei Jahre zur Kontrolle aufgeboten. Erfahrungsgemäss machen etwa 70 Prozent mit. Durch den Erlass des Selbstbetrags können auch finanziell schlechter gestellte Frauen motiviert werden.

Um ihre Wirkung zu entfalten, müssen Screenings gemäss dem Radiologen gut organisiert sein: Es braucht Aufnahmen guter Qualität, die von zwei Radiologen beurteilt werden. Mitgeteilt wird der Befund vom Vertrauensarzt. Liegt etwas Verdächtiges vor, veranlasst dieser Weiterabklärung, möglichst in einem spezialisierten Brustzentrum. Dort berät ein interdisziplinäres Experten-Gremium über weiteres Vorgehen und gibt Empfehlungen ab.

Vorsorge lohnt sich

Dabei sei wichtig, die Betroffenen nicht unnötig zu beunruhigen: Ein grosser Teil der entdeckten Knoten ist gutartig, vor allem in jüngeren Jahren. Wie schnell ein bösartiger Tumor wächst und ob er zum Tode führt, könne man zu Beginn nie sagen. «Er ist jedoch potenziell lebensbedrohlich und kann mit früher Diagnose und Therapie beeinflusst werden», betont der Arzt.

Dass auch wirtschaftliche Interessen der Ärzte, Spitäler und Gerätehersteller eine Rolle spielen, will der Spezialist nicht ganz vom Tisch wischen. Natürlich sei mit höheren Untersuchungszahlen eine schnellere Amortisation der Geräte möglich. Doch mit 160 Franken pro Brustuntersuchung seien die Tarife nicht besonders lukrativ. Brustkrebs-Screenings seien die am besten untersuchten Präventionsprogramme und das Verhältnis von Kosten und Nutzen sei sehr günstig. Cerny ist überzeugt: «Das Wohl der Frauen steht im Vordergrund.»



Peter Cerny ist freiberuflicher Radiologe und praktiziert an der Privatklinik Engeried in Bern (eine Klinik der Sonnehof AG).

RITA STEINER

redaktion.ch@mediaplanet.com



BRUSTKREBSMONAT

Krebsliga Zürich

- **Infowoche** «Angehörige von Krebsbetroffenen»
- **Zeit:** 26.9.2011 bis 30.9.2011, jeweils von 18.30 bis 20 Uhr
- **Ort:** Winterthur, Uster, Wallisellen, Zürich

Pink Ribbon Charity Walk 2011

- **Zeit:** Sonntag, 4. September 2011, 12 Uhr
- **Ort:** Stadion Zürich

Krebsliga Schweiz

- **Alle Termine** und Veranstaltungen rund um den Brustkrebsmonat Oktober finden Sie auf der Homepage der Krebsliga Schweiz.

Krebsliga Aargau

- **Vortrag:** Diagnose Brustkrebs: Und dann wie weiter?
- **Zeit:** Dienstag, 4. Oktober 2011, 18 Uhr, Kantonsspital Aarau, Tellstrasse 15, Cafeteria im Haus 40, und Mittwoch, 5. Oktober 2011, 16 Uhr, Beratungsstelle der Krebsliga Aargau, Schwertstrasse 4

Brustzentrum UniversitätsSpital Zürich

- **Vortrag:** Was gibt es Neues zum Brustkrebs?
- **Zeit:** Dienstag, 25. Oktober 2011, 18.30 Uhr
- **Ort:** Universitätsspital, Hörsaal Nord 1C, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich
- **Im Brustkrebsmonat Oktober** lädt das Brustzentrum des UniversitätsSpitals zu einer Informationsveranstaltung rund um das Thema Brustkrebs ein. Im Rahmen von drei Vorträgen werden Einflussfaktoren wie Lifestyle und familiäre Vorbelastung sowie neue Aspekte der Therapie beleuchtet.

Mehr Informationen unter:

- www.pink-ribbon.ch
- www.krebsliga.ch
- www.krebsliga-zh.ch

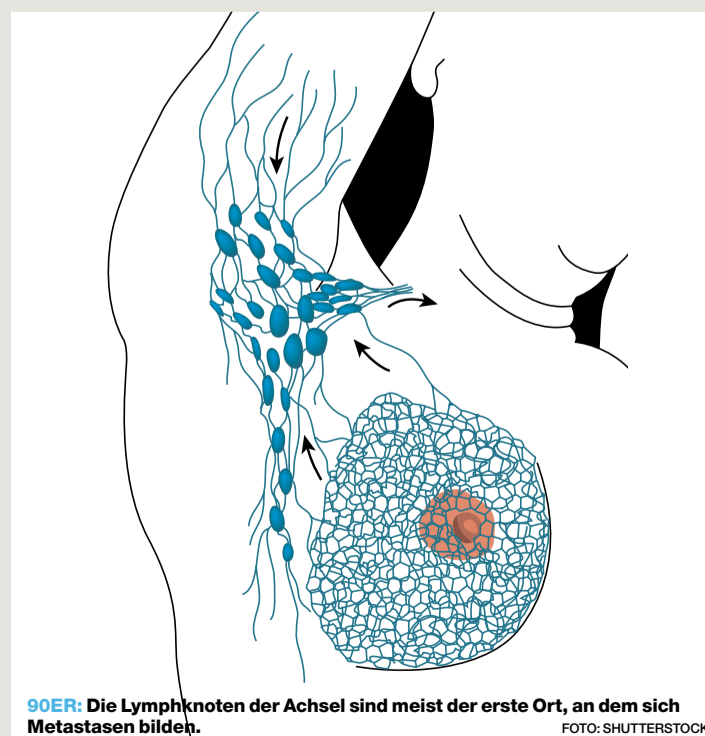
■ **80er–90er-Zeitraum:** In den 80er und 90er Jahren wurden verschiedene Chemotherapien, also medikamentöse Therapien getestet, welche die Zellen abtöten, die nach der Operation im Körper verblieben sind.

Mit zunehmend ausgereiften Analysetechniken neben der herkömmlichen Gewebediagnostik der Brustkrebszellen wurden auch verschiedene Marker gefunden, welche zum Beispiel eine mögliche Hormonempfindlichkeit, respektive die Aggressivität des Brustkrebses definieren. Es wurde also klar, dass nicht Brustkrebs gleich Brustkrebs ist und die Behandlung deshalb zunehmend individualisiert werden musste. Die individualisierte Therapie bedeutet zum Beispiel, dass bei hormonempfindlichen Tumoren Antihormone gegeben werden können. In den letzten 10 Jahren hat sich zudem die Antikörpertherapie mit Trastuzumab etabliert, ein Arzneistoff, welcher sich gegen Rezeptoren von Wachstumsfaktoren richtet, falls diese nachgewiesen werden können. Zudem wird aktuell intensiv an den Genprofilen der Tumore geforscht, um das Rückfallrisiko oder gar eine Metastasierung bei Patienten zu stratifizieren.



80-90ER: Die Behandlungen wurden zunehmend individualisiert, vor allem durch zunehmend ausgereifte Analysetechniken.
FOTO: SHUTTERSTOCK

■ **90er-Zeitraum:** Bis Anfang der 90er Jahre wurde zur Bestimmung der Zellstreuung die Lymphknoten-Entfernung aus der Achselhöhle durchgeführt. Diese damals sehr radikale Operation führte zur Beeinträchtigung der Armbeweglichkeit und zur Armschwelung. In den 90er Jahren wurde in Studien die Wächter-Lymphknotentechnik (Sentinel-Lymphknoten) geprüft. Die Idee bestand darin, dass ein Tumor Zellen zuerst in einen Lymphknoten abgibt und dieser somit eine gewisse Barriere Funktion hat. Erst nach einer gewissen Zeit kommt es zur Streuung, auch in die dahinter liegenden Lymphknoten.



90ER: Die Lymphknoten der Achsel sind meist der erste Ort, an dem sich Metastasen bilden.
FOTO: SHUTTERSTOCK

■ **Bis heute:** Die deutlich weniger radikale Operation hat sich schnell etabliert und so wird heute nach Anfärbung der Lymphknoten mit einem leicht radioaktiv-markierten Protein und zusätzlich mit blauem Farbstoff nur noch diese Wächterlymphknoten entfernt. Aktuell wird diskutiert, ob auch bei einem Befall dieses Wächter-Lymphknotens überhaupt eine weitere Lymphknoten-Entfernung notwendig ist oder ob die alleinige Chemotherapie ausreicht.

Neben den Therapiemöglichkeiten, welche die Chancen auf eine Heilung nach einer Brustkrebs-Erkrankung erhöhten, wurde auch die Vorabklärung zunehmend verfeinert.

So hat sich neben der Mammographie in den letzten 20 Jahren die Ultraschall-Untersuchung der Brüste etabliert. Durch die enormen technischen Fortschritte werden mit den modernen Ultraschallgeräten sogar kleine Tumore früh gesehen. Die besten Resultate in der Diagnostik werden auch heute noch mit der Kombination einer Mammographie und einer Ultraschall-Untersuchung erzielt. In den letzten 10 Jahren hat auch die Magnetresonanztomographie (MRI) einen Platz in der Brustkrebsdiagnostik gefunden. Dies vor allem bei Hochrisikopatientinnen mit familiärer Brustkrebsbelastung. Die Entwicklung in den letzten 40 Jahren bestand also im Wegkommen von der hochaggressiven lokalen operativen Therapie zugunsten einer sanfteren lokalen Therapie in Begleitung von einer Strahlentherapie und je nach Risiko einer medikamentösen Therapie, d. h. einer Chemo-, einer Antihormon- oder einer Antikörpertherapie.



BIS HEUTE: Speziell ausgebildete Radiologen können sowohl die Spezifität als auch die Sensitivität stark verbessern.
FOTO: SHUTTERSTOCK

NEWS

4

NEBEN-
WIRKUNGEN

CHEMOTHERAPIE
Sie kann helfen, den Krebs zu besiegen. Manchmal leiden die Patienten jedoch unter schweren Nebenwirkungen.
FOTO: ZVG

Nebenwirkungen der Chemotherapie bekämpfen

Frage: Können die Nebenwirkungen einer Chemotherapie lebensbedrohend werden?

Antwort: Ja. Leider können in seltenen Fällen schwerwiegende Komplikationen auftreten. Zum Glück stehen aber heute Medikamente zur Verfügung, die in solchen Situationen helfen.

Als Chemotherapie bezeichnet man die Behandlung von Tumorerkrankungen mit Zellgiften. Meistens werden diese Medikamente als Infusion verabreicht, selten in Tablettenform. Diese Zellgifte hemmen die Zellteilung und damit das Tumorwachstum und können so die Krebsknoten zum Schrumpfen bringen. «Wir setzen sie hauptsächlich bei Krebsformen ein, welche gut auf solche Medikamente ansprechen können», sagt Urs Breitenstein, Facharzt für Onkologie in Zürich. Als Ergänzung zur Operation kann die Chemotherapie vielfach die Heilungschance verbessern. In den letzten Jahren wurden vermehrt auch biologisch gezielte Medikamente in Ergänzung zur Chemotherapie eingesetzt. Die Behandlungen sind oft sehr komplex und können Nebenwirkungen verursachen. «Man muss den Patienten sehr gut kennen und einschätzen können. Die richtige Anwendung dieser Medikamente braucht viel Feingefühl», erzählt Breitenstein.

Haarausfall ist häufig

Weil die in der Chemotherapie eingesetzten Zellgifte gegen alle sich schnell teilenden Gewebe einwirken, treten dort die meisten Nebenwirkungen auf. Haare, Haut, Nägel, Schleimhäute und das Blutssystem sind besonders betroffen. «Haarausfall kommt häufig vor, ist aber vom Medikamententyp und dessen Dosierung abhängig», sagt Brei-



Dr. med. Urs Breitenstein
Facharzt FMH für Onkologie, Onkologie-HämatoLOGIE, Innere Medizin.

tenstein. Diese Nebenwirkung trete verzögert ein, meist zwei bis drei Wochen nach der ersten Behandlung.

«Die Schwächung des Gewebes durch die Behandlung kann gross sein. Deshalb wird Chemotherapie in sogenannten Zyklen verabreicht, welche Pausen beinhalten, in denen die Zellgifte ausgeschieden werden und sich der Körper erholen kann», sagt er. Dazu würden parallel unterstützende Massnahmen gegen Übelkeit, Erbrechen und Schleimhautreaktionen getroffen.

Medikamente gegen Neutropenie

Eine mögliche, gefährliche Nebenwirkung ist die Neutropenie, eine drastische Abnahme weisser Blutkörperchen im Körper des Patienten. «Der Patient ist in solchen Situationen gefährdet, Infekte zu entwickeln», sagt Breitenstein. Begünstigend für solche Infektionen sind Schleimhautprobleme, welche durch die Chemotherapie verursacht werden. «Fieber über 38 Grad

ist ein klares Zeichen einer solchen Infektion. Sie entwickelt sich häufig über offene Schleimhautstellen in der Mund- oder Darmschleimhaut und ist durch Bakterien verursacht, welche an diesen Stellen normalerweise leben», so Breitenstein. Man spricht dann von neutropenischem Fieber, welches lebensgefährlich sein kann.

Um dem entgegenwirken zu können, muss die Phase der Neutropenie durch Medikamente, welche Vermehrung der weissen Blutkörperchen beschleunigen, verkürzt werden. Gegen neutropenisches Fieber präventiv Medikamente zu verabreichen, sei nicht die Regel, wird aber bei starken Chemotherapien empfohlen. Tritt das Fieber auf, muss es auf jeden Fall behandelt werden.

Patienten psychologisch vorbereiten

Solche Komplikationen treten aber in der Regel eher selten auf. «Die meisten Patienten tolerieren die Therapie ordentlich gut», sagt Breitenstein. Selten muss eine Krebsbehandlung wegen massiven Nebenwirkungen abgebrochen werden. Eine Therapie dauere meistens über vier bis acht Zyklen, welche Erholungspausen von drei bis vier Wochen beinhalten. «Meine Erfahrung zeigt, dass die Therapie oft als weniger einschneidend erlebt wird, als von den Patienten anfänglich angenommen», sagt er. Es gäbe aber klar Nebenwirkungen, auf welche man Patienten medizinisch und psychologisch gut vorbereiten müsse. Menschen, die vor einer Chemotherapie stehen, spricht er viel Mut und Zuversicht zu. «Positiv denken» laute die Devise.

DANIEL VIZENTINI
redaktion.ch@mediaplanet.com



EINBLICK



DAS ZIEL JEDES PATIENTEN:
Das Leben wieder in vollen Zügen geniessen können.
FOTO: ZVG

Ein Leben mit Chemotherapie

Prostatakrebs ist in der Schweiz mit Abstand die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Bei Markus Keller* wurde sie leider erst spät entdeckt. Vor fünf Jahren hat der Krebs seine Knochen befallen. Der 68-Jährige befindet sich gerade in seiner dritten Chemotherapie bei Dr. Urs Breitenstein.

Wie verlief Ihre Krankheitsgeschichte?

Angefangen hat sie 1997 mit einem urologischen Befund und einer anschliessenden dringenden Prostateoperation, da der Krebs bereits weit fortgeschritten war. Darauf folgten fast zehn Jahre Hormonbehandlung. Bei einer neuen Kontrollaufnahme hat sich dann gezeigt, dass meine Knochen mit Metastasen befallen waren. Seither bin ich in onkologischer Behandlung.

Und wie läuft eine onkologische Behandlung im Unterschied zur Hormonbehandlung ab?

Hormonbehandlungen haben fast keine Nebenwirkungen. Die Chemotherapien hingegen schon. Ich bin jetzt an der dritten unterschiedlichen Chemotherapie, die erste begann 2007. Alle drei Wochen erhalte ich dreistündige Injektionen. Das wird so lange getan, wie das Mittel Wirkung zeigt – also, die Knochenschmerzen hemmt.

Wie wirkt die Chemotherapie bei Ihnen?

Jede der Therapien, die ich durchlaufen habe, hat am Anfang gewirkt. Nach etwa neun Monaten nahm die Wirksamkeit allerdings jedes Mal ab. Danach hielt man jeweils Ausschau nach einem neuen Mittel. Als zweite Therapie hat Dr. Breitenstein eine neue Kombination ausprobiert mit einem Mittel, das eher gegen andere Krebsarten wie Brust- oder Dickdarmkrebs eingesetzt wird. Das hat bei mir augenblicklich gewirkt, doch auch hier liess die Wirkung nach rund einem Dreivierteljahr nach. Als dritte Therapie wurde bei mir eine Hormontherapie appliziert. Ein halbes Jahr lang hat sie gut funktioniert, dann ging es wieder mit den Schmerzen los.

Welche Nebenwirkungen sind bei Ihnen aufgetreten. Und wie gehen Sie mit ihnen um?

Üblicherweise bekomme ich einen sehr empfindlichen Rachen. Vor allem die Zunge wird empfindlich gegen Hitze, scharfe Gewürze, Säuren oder Kohlendioxid. Gelegentlich verschluckte ich mich, auch im Schlaf. Dann habe ich häufig einen Film auf

«Ich empfehle allen meinen männlichen Bekannten, sie sollen sich regelmässig untersuchen lassen.»

Markus Keller*
ist 68 Jahre alt, vor 14 Jahren wurde bei ihm Prostatakrebs diagnostiziert. Seit vier Jahren kämpft er gegen die Metastasen in seinen Knochen.

den Augen, Nasenfluss und Ödeme an den Beinen. Die werden mit Stützstrümpfen recht wirksam kontrolliert. Manchmal verformen sich die Nägel. Das kann man mit speziellen Handschuhen und Socken ein Stück weit unter Kontrolle halten. Seit der ersten Behandlung hatte ich vollständigen Haarausfall. Was ich erst in dieser neusten Behandlung verspüre, ist eine grosse Schläfrigkeit. Zuletzt hatte ich auch starke Magenverstimmungen und Darmprobleme.

Ist auch Neutropenie bei Ihnen aufgetreten?

Ich habe chronisch einen zu tiefen Immunitätspegel. Das führte schon zu einer kritischen Situation, die aber sofort unter Kontrolle gebracht werden konnte. Wegen der Blutarmut bin ich einmal plötzlich bewusstlos gestürzt und ich fiel mit meinem Kopf gegen eine Türkante. Zum Glück habe ich ausser einer langen Narbe keine Folgen davongetragen. Heute, bevor ich aus dem Bett gehe, fühle ich zuerst, wie es um meine Durchblutung steht, und stehe erst auf, wenn die sich einigermaßen stabilisiert hat.

Und wie geht es Ihnen heute?

Ich bin müde, aber das ist inzwischen normal. Am schönsten ist es, wenn ich keine Schmerzen spüre. Dann ist mein Kopf nicht bei der Krankheit, sondern bei meinen Projekten. Wenn man die Chemotherapie absetzt, habe ich grauenhafte Schmerzen in den Knochen und Gelenken.

Welchen Ratschlag geben Sie nach Ihren Erfahrungen weiter?

Ich empfehle allen meinen männlichen Bekannten, sie sollen sich regelmässig untersuchen lassen. Ab 50 ist das angezeigt. Ich wäre froh gewesen, wenn mir jemand das gesagt hätte, bevor ich schon im fortgeschrittenen Krankheitsstadium war. Man merkt nämlich nichts. Früherkennung ist bei Krebs das A und O.

DANIEL VIZENTINI

redaktion.ch@mediaplanet.com

* NAME DER REDAKTION BEKANNT

NEWS



DEN ZUGANG ZU INNEREN HEILKRÄFTEN WECKEN, entweder durch Kreativität, den Sport, soziale Kontakte, durch die Familie oder den Glauben. FOTO: SHUTTERSTOCK

Selbstheilungskräfte aktivieren

Frage: Was kann der Patient selbst gegen seine Krebserkrankung tun?

Antwort: Nebst der medizinischen Behandlung kann der Patient gezielt seine Ressourcen aktivieren und so einen grossen Beitrag zur Selbstheilung leisten.

Nach einer Krebsdiagnose sitzt der Schock tief. Man fühlt sich gelähmt, ohnmächtig, machtlos. «Dieser erste Schock zeigt sich bei praktisch allen Krebspatienten. Der Unterschied zwischen den Patienten ist, wie lange er andauert. Das kann von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten dauern», erklärt Gerd Nagel, Professor für Onkologie und Hämatologie sowie Gründer der Stiftung Patientenkompetenz. Bis in die 60er Jahre hat man Krebspatienten ihre Diagnose häufig gar nicht mitgeteilt; man war der Meinung, sie würden diese nicht verkraften. Ganz anders der Patient von heute – er möchte genau über seine Krankheit und den medizinischen Therapieverlauf informiert werden. Und das sei laut Nagel auch wichtig: «Informierte Patienten, die bei ihrer Behandlung mitentscheiden, haben grössere Heilungschancen und bewältigen ihre Krankheit besser.»

Selbsterfahrung weitergeben

Meist stellt sich nach der Diagnose bald die Frage: Was kann ich für mich tun? Hinter dieser Frage steckt laut Nagel die Grundüberzeugung, dass man nicht nur mit Hilfe der Schulmedizin, sondern auch durch eigene Heilungskräfte zur Genesung findet. «Die Antwort zu finden, wo individuelle Kraftquellen liegen, ist jedoch manchmal ein schwieriger Prozess», so Nagel. Eine Einsicht, die er am eigenen Leib erfahren musste. Er war Ende 40 und auf dem Höhepunkt seiner Karriere als Arzt und Forscher – dann die Diagnose akute Leukämie. «Ich war mir bewusst, dass die Chancen einer Heilung sehr begrenzt sind. Ich musste, bevor ich medizinische Behandlung in An-

spruch nehmen konnte, erst wieder zu mir finden.» Und das war gar nicht so einfach. «Ich wusste nicht mehr, wo und welche meine Kräfte sind. Ich fragte mich: Wer bin ich? Und fand keine Antwort.» Nach der Diagnose sei er für zehn Tage weggefahren. Schliesslich fand er Kraft in Natur, Familie und Literatur. Heute, viele Jahre nach seiner Erkrankung, vermittelt er krebserkrankten Menschen, wie sie ihre Selbstheilungskräfte finden und gezielt nutzen können.

Jeder besitzt Kraftquellen

Er plädiert dabei für die sogenannte «Zwei-Ärzte-Medizin» – den Schulmediziner, der operiert und Medikamente verschreibt, und den inneren Arzt in einem selbst, der weiss, was das individuell Richtige ist. Denn aus eigener Erfahrung weiss Nagel heute, dass nicht nur die Schulmedizin mit den Mitteln der Diagnostik und Therapie darüber entscheidet, wie eine Krankheit verlaufe, sondern auch die Natur des Betroffenen selbst: seine Abwehrkräfte, seine Fähigkeit zur Regeneration und Selbstheilung.

Und hier versteht sich Nagel als Scout, der beratend hilft, diese natürlichen Abwehrkräfte zu finden und zu mobilisieren. «Im ersten Gespräch versuche ich, mit dem Patienten herauszufinden, wo seine Kraftquellen liegen. Der eine findet Ressourcen im Sport, der andere in sozialen Kontakten, der Familie oder im Glauben. Auch über kreative Beschäftigungen finden manche Zugang zu inneren Heilkräften.» Es gilt dabei, für sich Fragen zu beantworten, wie: Wer bin ich? Was ist mein Ziel? Wer kann den Krankheitsverlauf beeinflussen? Genügt es, was die Medizin zur Tumorbekämpfung unternimmt, oder glaube ich auch an eigene Kräfte? Dabei kommen häufig verloren geglaubte Ressourcen zum Vorschein.

Autopilot in Richtung Heilung

Zudem rät Nagel seinen Patienten, ein Bild ihres Weges zur Heilung zu zeichnen und sich dazu einen persönlichen

Leitsatz einzuprägen. Eine Methode, die auch ihm half: «Wir glauben heute, dass Hirnfunktionen stark steuernd in diese Abwehrfunktionen eingreifen. Ziel im Patiententraining ist, das Gehirn in irgendeiner Weise zu programmieren – wie ein Pilot, der in eine Nebelwand fliegt, der stellt seinen Autopiloten ein. So kann man sich einen Autopiloten gewissermassen einbrennen, der in Richtung Heilung führt.» Für Nagel ist wichtig, Heilung als einen Prozess und sich als Patienten auf dem Weg zur Heilung anzusehen. Ob der Patient den Gipfel erreicht, könne niemand sagen. Aber durch den Prozess gewinne der Patient an Lebensqualität.

ANNA BIRKENMEIER
redaktion.ch@mediaplanet.com

PROFIL



Prof. Dr. med. Gerd Nagel ist Spezialarzt FMH für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie und war an Kliniken in Basel, Brüssel, Buffalo und New York tätig. Er ist Gründer der Klinik für Tumorbiologie an der Universität Freiburg im Breisgau sowie der Stiftung Patientenkompetenz, wo er auch heute nach seiner Pensionierung in beratender Funktion tätig ist. Er selbst war von akuter Leukämie betroffen.

Mehr Informationen im Internet
www.patientenkompetenz.ch



KURZNACHRICHTEN



Frage: Ist die Diagnose Leberkrebs immer noch ein Todesurteil?

Antwort: Nein, durch eine kreative Kombination modernster Behandlungsansätze kann die Heilungsrate heute auf bis zu 50 Prozent gesteigert werden. Auch den übrigen Patienten kann das Leben oft verlängert werden.



Prof. Dr. med. Jan Schmidt
Facharzt FMH Chirurgie und spezielle onkologische Viszeralchirurgie, Klinik im Park Hirslanden

Die Zeiten, in denen die Diagnose Krebs einem Todesurteil gleichkam, sind vorbei. Viele Arten von Krebs lassen sich heute relativ gut behandeln und heilen. Doch noch sind einige Arten schwer zu therapieren. Leberkrebs und Lebermetastasen endgültig von dieser Liste zu nehmen, ist die Lebensaufgabe von Professor Jan Schmidt von der Züricher Klinik im Park. «Man muss zwischen zwei Arten von Leberkrebs unterscheiden», so Prof. Schmidt. «Zum einen, wenn sich der Krebs direkt in den Leberzellen bildet, zum anderen, wenn Metastasen entstehen und die Leber von aussen befallen.» Für beide Arten lässt sich die Sterblichkeit auf weniger als 50 Prozent reduzieren. Der Krankheitsverlauf sei aber individuell, eine Pauschalisierung daher nicht möglich.

Bei «Unheilbarkeit» zweite Meinung einholen

Die Medizin hat auf diesem Gebiet grosse Fortschritte gemacht. Nur ist dies noch nicht jedem Arzt bekannt. Jan Schmidt: «Ich kann nur an jeden als unheilbar diagnostizierten Patienten appellieren, sich eine zweite Meinung einzuholen. Wir haben inzwischen die Möglichkeit, durch ein Zusammenspiel von diversen Ansätzen auch vermeintlich unheilbare Patienten wieder behandelbar zu machen.»

Ist beispielsweise eine Hälfte der Leber so stark von Metastasen befallen, dass eine chirurgische Entfernung dazu führen würde, dass das Organ nicht mehr arbeitsfähig wäre, sind Professor Schmidt und sein Team in der Lage, die Blutzufuhr zu dieser Hälfte stark zu reduzieren. Folge ist ein verstärktes Wachstum der anderen, gesunden Hälfte, die nach einer gewissen Zeit die volle Funktionsfähigkeit des Organs übernimmt, woraufhin der kranke Teil entfernt werden kann.

Kombination als Erfolgsgeheimnis

Aber auch andere Therapiemöglichkeiten machen deutlich, wie der Ansatz von Professor Schmidt funktioniert. Ist der Befall der Leber mit

Krebszellen so stark, dass eine chirurgische Lösung ausscheidet, können diese Zellen mittels Chemotherapie soweit verkleinert werden, dass eine anschliessende operative Behandlung ermöglicht wird. «Die Behandlung von Leberkrebs ist daher eine Teamaufgabe. Man muss den ganzen Blumenstrauß an therapeutischen Massnahmen nutzen und mit dieser Kombination die individuell beste Lösung für den Patienten finden», erläutert der aus Heidelberg nach Zürich gekommene Schmidt. Holt sich ein Patient also ausschliesslich Rat bei einem Onkologen, so läuft er Gefahr, neuere Erkenntnisse aus der Radiologie oder Chirurgie nicht für seine Heilung nutzen zu können – und umgekehrt. Der Patient ist aufgerufen, sich zu informieren, an welchen Krankenhäusern ein ganzheitlicher Therapieansatz verfolgt wird und wie häufig dort Leberkrebs behandelt wird. Somit verbessert er seine Chancen, von modernen Heilungsansätzen zu profitieren.

Kalte Leberchirurgie ermöglicht längere OP-Zeiten

Eine dieser Ansätze, die kalte Leberchirurgie, hat Jan Schmidt mitentwickelt. Dabei wird die zu operierende Leber heruntergekühlt, indem sie von der Blutzufuhr getrennt wird. In diesem Zustand bleibt das Organ auch nach Operationszeiten von bis zu sechs Stunden voll funktionsfähig, wohingegen eine durchblutete Leber bereits nach einer Stunde versagen würde. «Aber auch hier zeigt sich, dass in unserer Disziplin Teamwork nicht zu ersetzen ist. Eine solche Operation gelingt nur, wenn man eine optimale Intensivabteilung an seiner Seite weiss», so der Mediziner. Diese Fähigkeit, über den eigenen Tellerrand hinaus zu schauen, wird in Zukunft noch vielen scheinbar unheilbar kranken Patienten ein längeres Leben schenken.

JENS HENSELER
redaktion.ch@mediaplanet.com

INSPIRATION



TUMORBOARDS
Spezialisten aus allen Fachgebieten, welche mit der Behandlung und Betreuung der Patientin beauftragt sind, nehmen an diesen regelmässig stattfindenden Tumorkonferenzen teil.
FOTO: KSW

Tumorboards bündeln Expertenwissen

■ **Frage:** Für welche Krebsarten eignet sich der interdisziplinäre Ansatz des Tumorboards?

■ **Antwort:** Für alle Tumore, die mehr als einen medizinischen Fachbereich betreffen, und das sind mittlerweile rund 80 Prozent, sowie für alle seltenen Tumore, sagt Onkologie-Experte Dr. Miklos Pless.

In zahlreiche Kliniken in der Schweiz werden Krebspatienten heute interdisziplinär in Tumorboards behandelt. Dabei treffen sich Experten und besprechen Fälle - ein Vorteil für Patienten, denn so werden gleich mehrere Expertenmeinungen gebündelt. Welche Experten in einem solchen Gremium vertreten sind, sei vom Fall abhängig, sagt Dr. Urs R. Meier, Direktor der Klinik für Radio-Onkologie am Kantonsspital Winterthur. «Grundsätzlich sind bei uns mindestens ein Vertreter der Chirurgie, Onkologie, Pathologie, Radiologie und der Allgemeinmedizin im Tumorboard vertreten», so Meier. Je nach Fall würden weitere Experten hinzugezogen. Um eine noch bessere Behandlung der Patienten leisten zu können, habe man vier verschiedene Tumorboards gebildet. «Wir unterscheiden im Kantonsspital Winterthur zwischen den Bereichen Krebserkrankungen im Magen- und Darmbereich, der Lunge, sowie urologischen und gynäkologischen Tumoren», ergänzt Dr. Miklos Pless, Chefarzt der Medizinischen Onkologie sowie Leiter des Tumorzentrums am Kantonsspital Winterthur.

Vernetzung für flächendeckende Betreuung

Zudem kooperiere man über die hausinterne Zusammenarbeit hinaus mit anderen Krankenhäusern. Pless: «Die gute Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Schaffhausen, aber auch mit den Regionalspitälern Wetzikon und Bülach sowie dem Univer-



PD Dr. med. Miklos Pless
Chefarzt der Medizinischen Onkologie/Dept. Medizin, Leiter des Tumorzentrums am Kantonsspital Winterthur sowie Facharzt für Innere Medizin und Medizinische Onkologie FMH.

sitätsspital Zürich spielen eine wichtige Rolle.» Durch die enge Vernetzung sei ein guter Zugang zur medizinischen und radiologischen Onkologie für alle Spitäler in der Region gewährleistet. «Manche Spitäler haben keine Möglichkeit für eine Bestrahlung und daher senden sie Patienten für die Radiotherapie an uns. Entsprechend nehme ich an den Tumorboards dieser Spitäler wöchentlich teil», sagt Meier. Dient es der optimalen Behandlung, finden auch Verlegungen von einem Krankenhaus in ein anderes statt.

Tumorboard empfiehlt, Patient entscheidet

Bei einem Treffen werden einzelnen Patientenakten vorgestellt oder Röntgenbilder besprochen. Auf dieser Diskussionsgrundlage werden Empfehlungen abgegeben - für die beste heilende oder palliative, Tumorbeschwerden reduzierende, Therapie. Der behandelnde Arzt teilt dem Patienten diese Entscheidung mit. «Aber letztlich ist es er, der über seine Behandlung entscheidet. Falls der Patient zum Beispiel nicht operiert werden möchte, müssen wir im Tumorboard einen anderen Behandlungsverlauf ausarbeiten», so Dr. Miklos Pless. Das komme aber nur selten vor.

Dabei hat der interdisziplinäre Ansatz Vorteile. «Wir können auf Augenhöhe mit Kollegen zusammenarbeiten, das ist sehr befruchtend», sagt Meier und: «Dabei kann es schon ein-



Dr. med. Urs R. Meier
Direktor der Klinik für Radio-Onkologie des Kantonsspital Winterthur, Chefarzt und Facharzt für Radio-Onkologie FMH.

mal hitzig zugehen. Aber das ist im Sinne des Patienten, denn so werden alle Eventualitäten bedacht.» Ausserdem können so Prozessschritte verkürzt werden. Eindeutige, wissenschaftlich fundierte Erhebungen gebe es zwar nicht, «aber die Prognosen haben sich für die Heilungschancen durch diesen Ansatz stark verbessert, auch unnötige Eingriffe können vermieden werden», betont Pless.

Tumorboards gut organisieren

Als mögliche Schwachstelle in der Beurteilungskette nennen Experten die Richtlinien des Datenschutzes, die den Austausch von Patientendaten erschweren können. Pless bezeichnet die Organisation eines solchen Tumorboards generell als Herausforderung, denn es dürfen für den Patienten keine langen Wartezeiten entstehen, alles müsse reibungslos ablaufen.

Und wie kann man sich grundsätzlich als Patient vor einer Fehldiagnose schützen? «Die Diagnose muss vom mehreren Experten im Tumorboard besprochen werden», rät Pless. Existiere es eine solche Einrichtung nicht, da zum Beispiel das behandelnde Krankenhaus, in das der Patient eingewiesen wurde, zu klein ist, gebe es die Möglichkeit, eine externe Zweitmeinung einholen zu lassen.

EVELIN HARTMANN
redaktion.ch@mediaplanet.com

Wenn Mensch und Maschine zusammenarbeiten

Weniger Blutverlust, Urinabgang und Impotenz: Mit neuen Techniken wie dem Operationsroboter Da Vinci können bei Prostata-Operationen grosse Fortschritte erzielt werden, sagt der Urologe Thomas Sautter.



Thomas Sautter
leitender Arzt der Urologie am GZO Spital Wetzikon im Zürcher Oberland.

■ Welches sind die grössten Fortschritte in der Behandlung des Prostatakrebses?

Eine der wichtigsten Errungenschaften ist der Operationsroboter Da Vinci, der uns seit zehn Jahren zur Verfügung steht. Damit kann man präziser operieren und die Patienten verlieren weniger Blut. Früher mussten sie nach einer Entfernung der Prostata etwa zwei Wochen im Spital bleiben. Heute können sie nach drei bis vier Tagen nach Hause.

■ Wie muss man sich das vorstellen, von einem Roboter operiert zu werden?

Es ist keineswegs so, dass der Chirurg den Patienten der Maschine überlässt sondern er steuert die Roboterarme über eine Konsole.

■ Auch bei den minimalinvasiven Eingriffen ohne Roboter wird durch kleine Öffnungen mit Instrumenten und Kameras operiert. Welchen zusätzlichen Vorteil bringt Da Vinci?

Im Gegensatz zur konventionellen Laparoskopie ermöglichen die Roboterinstrumente eine Beweglichkeit von 360 Grad. Zudem erzeugen zwei Linsen, die ins Becken eingeführt werden, am Bildschirm eine dreidimensionale Darstellung, die bis aufs Zehnfache vergrössert wird. So können Schnitte von einem Millimeter präzise ausgeführt werden. Ausserdem zittert Da Vinci nicht.

■ Wird der Roboter für sämtliche Operationen eingesetzt?

Nein, noch nicht. Neben den Urologen benutzen es auch die Herzchirurgen und die Gynäkologen. Für einfachere Eingriffe wie etwa die Entfernung der Gallenblase sind die Wartungs- und Materialkosten noch zu hoch. Doch ich denke, dass in Zukunft immer mehr Operationen so durchgeführt werden.

■ Inkontinenz und Impotenz sind gefürchtete Nebenfolgen nach der Entfernung der Prostata. Bringt der Roboter diesbezüglich eine Verbesserung?

Genauere Vergleichsstudien von Operationen mit und ohne Roboter gibt es noch nicht. Durch die präzisere Operationsweise kann man die Nervenbündel für die Potenz und den Schliessmuskel für die Kontinenz gut schonen. Nach einem Jahr können 95 Prozent der Operierten den Urin wieder grösstenteils halten. Die Erektionsfähigkeit ist bei gut 50 Prozent wieder vorhanden. Aber natürlich kommt es darauf an, wie gut die Erektion vorher funktioniert hat. Aus medizinischer Sicht ist ein Nervenerhalt nur sinnvoll, wenn man dabei keine Kompromisse macht bei der gesamthaften Entfernung des Tumors.

■ Sie operieren am Universitätsspital Zürich und verlegen die Patienten danach nach Wetzikon. Ist ein Transport so kurz nach dem Eingriff nicht unangenehm?

Weil die Apparate so teuer sind, ist nur ein gemeinsamer Gebrauch für die Spitäler wirtschaftlich. Der Transport erfolgt in Begleitung eines Notarztes und stellt für die Patienten kein Problem dar. Sie schätzen es, während des ganzen Behandlungsprozesses vom gleichen Team in ihrer Wohnregion betreut zu werden. Die Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Zürich funktioniert sehr gut.

■ Gibt es weitere Verbesserungen in der Behandlung von Prostatakrebs?

Auch die Radioonkologie hat bessere Behandlungsmethoden zu bieten: Bei der perkutanen Radiotherapie erfolgt die Bestrahlung von aussen her durch die Haut. Bei der Brachytherapie werden radioaktive Kapseln in die Prostata eingeführt.

Solange ein Karzinom nicht aggressiv ist und nicht fortschreitet, kann man sich auch mit einer regelmässigen Überwachung begnügen; dies nennt sich active surveillance.

RITA STEINER
redaktion.ch@mediaplanet.com

ANZEIGE

Vortragsreihe 2011/2012

Gratwanderung Leben mit Krebs



5. September 2011
Krebs und Körperlichkeit

7. November 2011
Spital im Busch von Tansania

Mittwochs, 19.00 bis 20.30 Uhr
Aula U1, KSW, Brauerstr. 15, Winterthur

Weitere Informationen unter
www.ksw.ch/gratwanderung

16. Januar 2012
Neue Hoffnungen mit neuen Geräten und Techniken?

5. März 2012
Krebsliga Zürich

2. April 2012
Warum lässt Gott uns leiden?

7. Mai 2012
Bericht aus der Palliativstation - erste Erfahrungen

KSW

KANTONSSPITAL WINTERTHUR



Mit neuer Kraft zurück in den Alltag

Frage: Welche Chancen birgt die onkologische Rehabilitation für den Krebspatienten?

Antwort: Sie soll den Betroffenen bei der Wiederherstellung von Selbständigkeit und körperlicher Integrität begleiten und kann ambulant, stationär oder teilstationär erfolgen.

Nach der Diagnose Krebs sieht sich der Betroffene unerwartet am Scheideweg zwischen Leben und Tod. Ob der Krebs geheilt werden kann oder nicht, das Leben ist nicht mehr dasselbe wie zuvor. Denn eine Tumorerkrankung stellt eine körperliche Belastung dar und auch die Seele leidet mit. Selbst wenn die Therapie erfolgreich verlief, haben viele Mühe, zum Alltag zurückzukehren. «Nebst körperlichen Symptomen wie Müdigkeit, Schwächegefühlen und einer Veränderung der Sinne kann die Krebserkrankung und deren Behandlung auch zu starkem Gewichtsverlust führen», erklärt Dr. med. Nic Zerkiebel, Chefarzt der Klinik Susenberg in Zürich. Doch abgesehen von den körperlichen Nachwehen einer Chemotherapie, Operation oder Bestrahlung, bleibt nach abgeschlossener Therapie die Angst, der Krebs könnte zurückkehren. Denn während in der Therapiephase aktiv etwas gegen die Krankheit getan wird, bleibt danach oft nur eines: Abwarten. Dank onkologischer Rehabilitation wird der Patient nicht sich selbst überlassen. «Jeder Krebspatient, der eine Einschränkung seiner Selbständigkeit oder Lebensqualität durch den Krebs erfährt, kann von onkologischer Rehabilitation profitieren», sagt Zerkiebel.

Erhalten einfacher als Wiederherstellen



Dr. med. Nic Zerkiebel
Facharzt FMH für Innere Medizin.

Ob unheilbar oder heilbar erkrankt, jeder Krebspatient kann ein breites Rehabilitations-Angebot von ärztlicher Betreuung über Physio- und Ergotherapie bis hin zur Ernährungsberatung und psycho-onkologischen

Unterstützung nutzen. Verschiedene Berufsgruppen arbeiten koordiniert zusammen, um gemeinsam mit den Betroffenen konkrete Behandlungsziele zu formulieren und einen entsprechenden Therapieplan zusam-

menzustellen. Wichtiges Element der onkologischen Rehabilitation ist bei der ärztlichen Betreuung die Linderung von Symptomen wie Schmerzen, Übelkeit und Atemnot durch optimale medikamentöse Einstellung. Müdigkeit, Kraftlosigkeit und das Gefühl der Schwäche können durch Physio-, Bewegungs- und Sporttherapie vermindert werden, wodurch Belastbarkeit und Mobilität zunehmen. Dabei gilt: Erhalten ist einfacher als Wiederherstellen. Je früher mit dem Wiederaufbau von Kraft und Ausdauer begonnen wird, desto besser.

Ambulant, teilstationär oder stationär?

«Die Rehabilitationsbedürftigkeit ist oft schon früh innerhalb des Krankheitsverlaufes gegeben, die Rehabilitationsfähigkeit kann beispielsweise durch eine Lungenentzündung im Anschluss an eine Chemotherapie vorübergehend eingeschränkt sein», weiss der Experte. Doch nicht nur der optimale Zeitpunkt für eine Rehabilitation ist von Patient zu Patient verschieden, auch die Therapieform muss individuell gewählt werden. Dabei ist ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitation möglich. Die Form mit der höchsten Autonomie ist die ambulante Behandlung von zu Hause aus. «Dies setzt aber eine genügende Selbständigkeit und Mobilität voraus und braucht gute Koordination der oft an verschiedenen Orten lokalisierten Therapieangebote», erklärt Zerkiebel. Der grosse Vorteil: Die Therapie kann berufsbegleitend laufen. Bei der teilstationären onkologischen Rehabilitation verbringt der Betroffene den Tagesverlauf in der Rehabilitationsstätte und die Nacht zuhause. Ist man aus medizinischen Gründen spitalbe-

dürftig, bleibt dem Patienten oft nur stationäre Behandlung.

Rehabilitationsbedarf wird zunehmen

Doch nicht nur kurative Medizin sieht Rehabilitationsmöglichkeiten vor, onkologische Rehabilitation steht auch unheilbar Erkrankten zur Verfügung. Als ärztlicher Leiter einer Klinik, in der eine der ersten Palliativ-Stationen im Raum Zürich entstand, weiss Zerkiebel, wie wirkungsvoll auch für Palliativpatienten die Kombination aus Symptomlinderung und onkologischer Rehabilitation sein kann. Autonomie sei dabei ein wichtiger Aspekt. Häufig könne durch gute Symptomkontrolle und kompensatorische Elemente die Selbstständigkeit und Lebensqualität spürbar verbessert werden. «Zudem profitieren auch die onkologischen Rehabilitationspatienten vom palliativmedizinischen Fachwissen des behandelnden Teams zur optimalen Symptomkontrolle», so Zerkiebel.

Problematisch befindet er die Koordination der Angebote im ambulanten und teilstationären Bereich. Obschon die bisherigen Ergebnisse der Therapieformen sehr erfreulich seien, brauche es weitere Studien, um Wirksamkeit und Kosteneffizienz nachzuweisen. «Der schweizweite Bedarf an Rehabilitationsangeboten wird zunehmen - der Kanton Zürich geht von einer 20-prozentigen Zunahme bis 2020 aus.» Eine weitere Schwierigkeit: «Das Angebot ist noch zu wenig bekannt, auch viele Onkologen verkennen den Nutzen der onkologischen Rehabilitation.»

FACTS

Wer übernimmt die Kosten?

Die stationäre onkologische Rehabilitation wird von Krankenkasse und Kanton übernommen. Die Klinik muss über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügen. Zudem muss die Spitalbedürftigkeit ausgewiesen werden können. Diese kann aus medizinischen Gründen gegeben sein oder wenn kein alternatives Angebot zur Verfügung steht. Wenn beispielsweise Transport nicht sinnvoll möglich, Transportfähigkeit nicht gegeben, Rehabilitationskoordination nicht sichergestellt ist. Oder auch, wenn ambulantes oder teilstationäres Therapie-Angebot nicht ad-

äquat vorhanden sind oder eine Betreuung zu Hause nicht gewährleistet werden kann.

Die ambulanten beziehungsweise teilstationären Leistungen werden als Einzelleistungen direkt mit den Krankenkassen abgerechnet. Zu den Einzelleistungen gehören unter anderem Physio- und Ergotherapie, psycho-onkologische Beratungen, Ernährungsberatung. Diese müssen durch einen Arzt verordnet werden.

Die Krebsliga Schweiz unterstützt mehrere Studien und Pilotprojekte zum Ausbau des ambulanten und teilstationären Therapieangebotes.

NENA WEIBEL

redaktion.ch@mediaplanet.com

ANZEIGE

KLINIK SUSENBERG

Haus im Grünen
am Zürichberg

Kompetente Medizin und Pflege

Private Betreuung



Onkologische Rehabilitation Palliative Care

Dr. med. Nic Zerkiebel Chefarzt
Dr. med. Christel Nigg Leitende Ärztin

INSPIRATION

Wenn man nichts mehr machen kann, ist noch viel zu tun

■ Menschen, die von einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit betroffen sind, kann dank Palliative Care eine Perspektive geboten werden. Viele Patienten und ihre Angehörigen sehen einer solchen Situation mit Angst und Sorge entgegen. Eine gesamtheitliche Sichtweise des betreuenden Teams kann hier grosse Unterstützung bieten.

SCHWIERIGE LEBENSPHASE

PALLIATIVVERSORGUNG

Eine 30-jährige Mutter von drei Kindern hat Pläne für sich und ihre Familie. Dazu gehört nicht der Besuch von Chemotherapie und die Auseinandersetzung mit dem eigenen baldigen Tod. Und wenn ein von schwerer Krankheit Betroffener unter massiven Symptomen leidet, kann es sein, dass er den Satz hört: «Tut uns leid, wir können nichts mehr für Sie tun.» Genau für diese Patienten sind Palliative Care-Spezialisten da. Markus Feuz, Pflegefachmann und Qualitätsbeauftragter bei ONKO PLUS, einer Zürcher Stiftung für mobile Onkologie- und Palliativ-Pflege, sagt: «80 Prozent der Patienten können von den Grundversorgern vollumfänglich betreut werden. Zehn bis 20 Prozent haben jedoch Erfordernisse, die nur von Spezialdiensten erbracht werden können.»

Spezialisierte Palliativversorgung

Das Palliative Care-Team bietet Unterstützung an, wenn ein Patient mit einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit konfrontiert ist. Über 95 Prozent der von ONKO PLUS betreuten Palliativ-Patienten nehmen diesen zusätzlichen Dienst wahr, während sie nach wie vor mithilfe von Chemotherapie oder Strahlentherapie gegen den Krebs kämpfen. Laut Feuz finden sie den Weg in diese



«Wenn jemand trotz schwerer Krankheit sagen kann, ein gutes Leben zu haben, und man ihm auf diesem kurzen Wegstück etwas bieten konnte, das ist mehr, als man sich wünschen kann.»

Markus Feuz
Pflegefachmann (MAS in Palliative Care) und Qualitätsbeauftragter bei ONKO PLUS, einer Zürcher Stiftung für spezialisierte mobile Onkologie- und Palliativpflege.

Betreuung auf Empfehlung ihres Hausarztes oder Onkologen und Pflegefachpersonen an Spitälern. Nicht wenige Patienten kommen erstmals in einer der von ONKO PLUS geführten Sprechstunden in den Spitälern mit den spezialisierten Pflegefachpersonen in Kontakt.

Aber die Palliativversorgung ist landesweit nicht einheitlich geregelt. «Im Kanton Zürich stehen mehrere stationäre Palliativ-Zentren für Krisensituationen zur Verfügung. Im ambulanten, sprich spitalexternen Bereich sind noch grosse Unterschiede in der Versorgung der Patienten auszumachen. Die Spitex-Organisationen sind im Palliative Care-Bereich personell unterschiedlich dotiert. Dies stellt die Gemeinden vor grosse Herausforderungen, auch finanzielle. Das ist mit ein Grund, weshalb die Gemeinden die Dienstleistungen von ONKO PLUS ‚einkaufen‘. Sie sind somit in der Lage, Versorgungslücken zu schliessen», sagt Feuz.

Notfallpläne vermitteln Sicherheit

Die Palliativversorgung wirkt ergänzend. Gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen wird der Blick auf belastende Symptome und den zu erwartenden Krankheitsverlauf gelenkt. Feuz sagt: «Wir fragen den Patienten, ob er sich bereits Gedanken über mögliche Krisensituationen und das Lebensende gemacht hat. Wichtig ist auch, herauszufinden, welche Personen im Umfeld unter der Situation am meisten leiden.» Deshalb werden auch Angehörige in den Prozess mit einbezogen.

Letztlich gilt es, konkrete Notfallpläne für unterschiedliche Situationen zu erstellen. Was kann beispielsweise bei einem Erstickenanfall oder massiven Schmerzen getan werden? Wann kann sich der Patient selbst helfen, wann braucht er seine Angehörigen und wann ist es notwendig, externe Hilfe zu holen? In vielen Fällen ist es möglich, den Patienten durch einfache, konkrete Informationen die Angst vor den noch unbekannteren Krankheitskonsequenzen zu nehmen. Das

braucht zum einen fundiertes Wissen über die Symptome und zum anderen Fingerspitzengefühl in der Beratung der Patienten und ihren Angehörigen.

Lebensqualität trotz schwerer Krankheit

Allein das Wissen, 24 Stunden am Tag per Notfalltelefon einen Palliativ-Spezialisten sprechen zu können, gibt den Patienten Sicherheit. Im Notfall wenden diese auch Mittel zur Schmerzlinderung wie Schmerzpumpen an. «Anhand der systematischen Erfassung von Symptomen erstellen wir Entscheidungskaskaden und geben Patienten und Mitarbeitenden Instrumente an die Hand, bei gewissen Problemen systematisch reagieren zu können», erklärt Feuz.

Es scheint, als könne ein Chirurg die grösseren Erfolge verbuchen. Doch für Feuz ist klar: «Es ist eine grosse Befriedigung, wenn wir die Symptome eines Patienten massiv lindern konnten. «Wenn jemand trotz schwerer Krankheit sagen kann, ein gutes Leben zu haben, und man ihm auf diesem kurzen Wegstück etwas bieten konnte, das ist mehr, als man sich wünschen kann.»

Interdisziplinarität tut Not

Inzwischen absolvieren immer mehr Pflegefachpersonen eine Weiterbildung in Palliative Care. Ein Grund zur Freude, doch: «Es braucht Verständnis in der Grundversorgung, dass Palliative Care eine Spezialisierung ist. Auch Hausärzte, Spitex und andere Akteure müssen erkennen, wo dieser Wert liegt», sagt Feuz. Die Interdisziplinarität in diesem Bereich müsse noch massiv verbessert werden und dessen Stellenwert gerade im Zuge des wachsenden Drucks auf das Gesundheitssystem weiter gestärkt werden, sagt Feuz.

YVONNE VON HUNNIUS
redaktion.ch@mediaplanet.com

SCHRITT

7

PALLIATIVE
CARE
UNERSETZLICH

5

TIPPS ZU PALLIATIVPFLEGE

www.palliative.ch

1 Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung fördert seit 1988 die Verbreitung von Palliativpflege in der Schweiz. Die Fachgesellschaft setzt sich aus allen in diesem Bereich arbeitenden Berufsgruppen zusammen und setzt sich für einen besseren Zugang zu Palliativpflege und die Sicherung und Förderung der Qualität des Angebots ein.

www.pallnetz.ch

2 palliative zh+sh ist ein Palliativ-Netzwerk der Kantone Zürich und Schaffhausen. Als eine von 15 Sektionen unter dem Dach der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung konzentriert sie sich auf die Verbreitung und Verankerung von Palliative Care im kantonalen sowie regionalen Gesundheitswesen. Verschiedene Angebote von palliative zh+sh werden regional und lokal organisiert und durchgeführt.

www.bag.admin.ch

3 Bund und Kantone wollen Palliative Care in der Schweiz fördern und haben dazu die «Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012» verabschiedet um das Angebot Schritt für Schritt zu verbessern. Dazu gehört auch die Unterstützung der Palliativ-Forschung. Auf der Seite des BAG werden für Interessierte Begrifflichkeiten erklärt sowie Kontaktstellen in der Schweiz vorgestellt.

«Zum Sterben will ich nach Hause»

4 Ein Leitfaden für Angehörige von Christa Dettwiler, Kontrast Verlag bzw. Caritas Verlag: Der praxisorientierte Ratgeber soll Angehörigen helfen, die in Erwägung ziehen, einen sterbenskranken Menschen zuhause zu betreuen. Betreuungspersonen erhalten hier praktische Hilfe durch Tipps und auch die Schilderung der besonderen Situation, die der Sterbeprozess für Angehörige darstellt.



KURZNACHRICHTEN

Palliativpflege als Beruf

■ In der palliativen Betreuung (internationale Bezeichnung: «Palliative Care») geht es - anders als in der kurativen Medizin, die ihren Schwerpunkt auf die «Heilung» (curare, lat. = heilen) und Lebenserhaltung bzw. -verlängerung legt - um die Linderung von Leiden (pallium, lat. = Mantel). Die Zeit des Sterbens wird als eine wichtige Zeit des Lebens gesehen und wird weder hinausgezögert noch verkürzt.

Palliative Care zielt darauf ab, unheilbar kranken und sterbenden Menschen die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten.

Mehr Informationen im Internet:
www.weiterbildung-palliative.ch

BERUF PALLIATIVPFLEGE
Linderung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Leiden.
FOTO: SHUTTERSTOCK

ANZEIGE

Diagnose:

UNHEILBAR

Wir pflegen, begleiten und helfen zu Hause.

Spendenkonto:
PC 80-38332-6

www.onko-plus.ch

ONKO
PLUS

Stiftung für mobile Onkologie- und Palliativ-Pflege

NEWS

SCHRITT

8

DIREKTE SPENDEN



KINDERKREBS. Nur durch Forschung wird eine bessere Behandlung für die Kinder möglich.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Krebskranke Kinder brauchen besondere Unterstützung

Frage: Sind die Spenden, die für die Krebsforschung allgemein geleistet werden, nicht ausreichend, um erkrankten Kindern helfen zu können?

Antwort: Kinderkrebs hat eine ganz eigene Charakteristik. Kinder erkranken an anderen Formen des Krebs und der Verlauf ist anders. Die Ergebnisse der Krebsforschung für Erwachsene helfen hier wenig. Es braucht eigene Forschungsmassnahmen, um die Überlebensrate zu erhöhen und das Leiden und Belastungen zu verringern.

Was genau macht die Stiftung Kind und Krebs?

Die Stiftung kümmert sich ausschliesslich um an Krebs erkrankte Kinder. Wir sind die erste und einzige Organisation in der Schweiz, die sich mit der Förderung der Erforschung auf diesem Gebiet befasst. Wir informieren unsere Spender sehr genau darüber, wofür ihre Spenden eingesetzt werden. Dies ist ausserordentlich wichtig, da die Besonderheiten der Behandlung von Kindern mit Krebs weniger bekannt sind. Von anderen Institutionen wie Nationalfonds und Krebsligen werden Spendengelder in die allgemeine Krebsforschung investiert, was wir auch sehr begrüessen. Für neue Medikamente gegen Kinderkrebs und deren Erforschung sind jedoch besondere Mittel notwendig. Bei mehr als 33 000 an Krebs erkrankten Erwachsenen pro Jahr gegenüber nur ca. 250 Kindern wird deutlich, dass eine proportionale Verteilung der Spendengelder den Betroffenen hier nicht gerecht wird. Wir als Stiftung müssen dafür sorgen, dass das Thema Kinderkrebs stärker wahrgenommen wird und ausreichend Spenden für die dringend notwendigen Medikamenten und Therapie-Forschungen bereitstehen.

Sollte man nicht von der Pharmaindustrie eine entsprechende Forschung erwarten?

Die Pharmaindustrie muss natürlich



Franziska Derungs
Geschäftsführerin von Kind und Krebs

den wirtschaftlichen Aspekt beachten und einen erfolgreichen Absatz an Medikamenten für eine Patienten-Zielgruppe sicherstellen. Dabei bietet die grosse Zahl an Erkrankten im Erwachsenenalter eine bessere Wirtschaftlichkeit als bei der Entwicklung neuer Medikamente für wenige. Die Pharmaindustrie tut sich daher mit der Erforschung neuer, wirksamer Mittel gegen Kinderkrebs schwer. Der Krebs bei Kindern ist eben tatsächlich eine ganz ei-

gene Erkrankung, er organisiert sich anders, betrifft andere Organe und Krebszellen entwickeln sich bei Kindern wesentlich schneller als bei Erwachsenen. Daher halte ich eine Organisation wie die Stiftung Kind und Krebs für so wichtig. Wir verstehen den Kinderkrebs als eigene Krankheit und setzen uns entsprechend für seine Erforschung ein.

Was sind besondere Herausforderungen bei Ihrer Arbeit?

Unter Forschung wird etwas verstanden, das sehr viel Zeit beansprucht - der Erfolg ist nicht schnell und unmittelbar aufzuzeigen. Unsere Spender sehen die Ergebnisse erst in einigen Jahren - das ist schwerer zu vermitteln. Forschungsberichte sind da doch eher trocken und weniger eindrücklich als die Leidens- und Erfolgsgeschichte eines einzelnen Kindes.

Uns bleibt daher nur zu verdeutlichen, dass nur durch Forschung eine bessere Behandlung für die Kinder möglich wird. Neben dem Nutzen für aktuell erkrankte Kinder geht es um bessere Therapiemöglichkeiten, weniger aggressive Medikamente oder weniger Nebenwirkungen bei denen, die in Kürze erkranken werden.

Wie motivieren Sie sich immer wieder für Ihre Arbeit?

Die Erfolge unserer Forscher und die Beobachtung der Kinder in der Therapie sind Motivation genug. Wir alle - auch die Forscher - arbeiten mit den Kindern und Erfolge sind das, was uns antreibt. Die Stiftung Kind und Krebs finanziert sich ausschliesslich durch Spenden und wir sind dankbar, dass wir pro Jahr zirka 600 000 Franken in entsprechende Projekte investieren können. Inzwischen überleben immerhin 70 bis 80 Prozent der an Krebs erkrankten Kinder - vor wenigen Jahren waren es nur rund 30 Prozent. Diese Ergebnisse sprechen für sich.

TIPPS

Mein Kind hat Krebs

1 Autor: Ulrich Mack, Verlag: Vandenhoeck + Ruprecht Gm, Ulrich Mack bietet Eltern krebskranker Kinder Begleitung und professionellen Helfern Informationen für ihre Arbeit aus seelsorglicher Sicht.

Krebs bei Kindern und Jugendlichen

2 Autor: Peter Gutjahr, 25 Autoren, Verlag: Deutscher Aertze-Verlag. Kompetente Entscheidungshilfen für eine erfolgreiche Krebstherapie bei Kindern und Jugendlichen.

Mehr Informationen im Internet:

www.kindundkrebs.ch
www.zewo.ch

JENS HENSELER
redaktion.ch@mediaplanet.com



KURZNACHRICHTEN



PALLIATIVMEDIZIN. Das Spital Affoltern hat ein eigens eingerichtetes Kompetenzzentrum für Palliative Care. FOTO: ZVG

Lebensqualität trotz fortschreitender Krankheit

Frage: Was hat die Palliativmedizin Neues zu bieten?

Antwort: Die Schmerzlinderung hat grosse Fortschritte gemacht: Einerseits durch Medikamente, andererseits durch ein optimales Zusammenspiel verschiedener medizinischer Berufsgruppen.



Dr. med. Roland Kunz
Chefarzt Geriatrie / Palliative Care

«Man weiss heute, dass man das Leben eher verlängert, indem man den Stress reduziert.»

Etwas grundsätzlich Neues ist die Palliativmedizin nicht: Seit jeher hat man versucht, unheilbar Kranken das Lebensende zu erleichtern. Doch in letzter Zeit seien einige neue Erkenntnisse in die Disziplin eingeflossen, sagt Roland Kunz. Der Chefarzt leitet am Spital Affoltern ein Kompetenzzentrum für Palliative Care. In einer Villa auf dem Spitalareal werden rund zehn kranke Menschen von einem multidisziplinären Team betreut. «Statt die Diagnose zu bekämpfen, versuchen wir, die aktuelle Situation zu verbessern», erklärt der Arzt. Wenn Todkranke auf einer Akutstation gepflegt werden, wie in anderen Spitälern üblich, seien sie dem Stress und der Prozessoptimierung ausgesetzt. «Dort muss alles möglichst schnell gehen. Doch diese Menschen brauchen Ruhe statt Hektik.»

Keine Angst vor Opiaten

Die Villa Sonnenberg sei aber nicht primär ein Sterbehospiz, betont Kunz. Die kranken Menschen treten ein, um ihre oft komplexen Symptome behandeln zu lassen und danach wieder nach Hause zurückzukehren. Viele notfallmässige Hospitalisationen können vermieden werden, indem man über mögliche Komplikationen aufgeklärt. Angehörige müssten zum Beispiel wissen, wie zu reagieren ist, wenn Kranke nachts mit Atemnot aufwachen.

Das wichtigste Medikament in der Schmerzbekämpfung ist nach wie vor das Morphium. Doch der Umgang mit der uralten Substanz hat sich verändert: Während es früher erst im Endstadium verabreicht wurde, beginnt man heutzutage schon frühzeitig mit kleinen, gut verträglichen Dosen. Es stehen vielfältige Präparate und Dosierungen zur Verfügung: Pflaster geben geringe Dosen durch die Haut ab, Retardpräparate setzen den Wirkstoff langsam frei, Pumpenspritzen das Medikament direkt in die Blutbahn, wobei Betroffene die Dosis bei Bedarf selbstständig erhö-

hen können. «Unter Morphium kann man sogar arbeiten und autofahren», sagt der Präsident der Fachgesellschaft palliative.ch. Früher habe man aus Angst vor Suchtentwicklung zu lange gewartet und dann zuviel gespritzt. So sei es den Patienten häufig übel geworden..

Weniger Schmerzen, weniger Stress

Mit dem neuen Ansatz könnten den Patienten die Schmerzen zu 90 Prozent genommen werden, sagt Kunz. Für die Bekämpfung von anderen Problemen wie Appetitlosigkeit, Erschöpfung und Übelkeit stehen ebenfalls Medikamente zu Verfügung. Aber auch Physio- und Psychotherapie sowie Ernährungsberatung tragen ihren Teil zum Wohlergehen der Patienten bei.

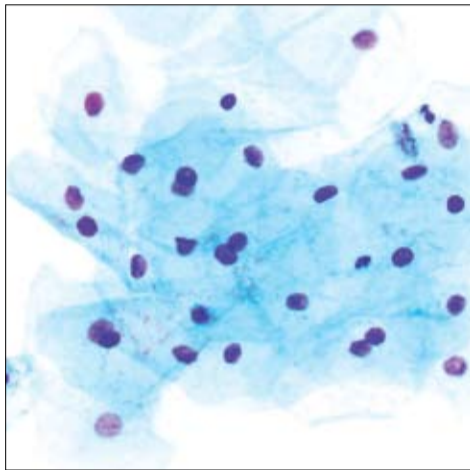
Doch nimmt man durch den frühzeitigen Einsatz von Opiaten nicht in Kauf, das Leben zu verkürzen? Im Gegenteil, sagt Kunz: «Man weiss heute, dass man das Leben eher verlängert, indem man den Stress reduziert.»

RITA STEINER
redaktion.ch@mediaplanet.com

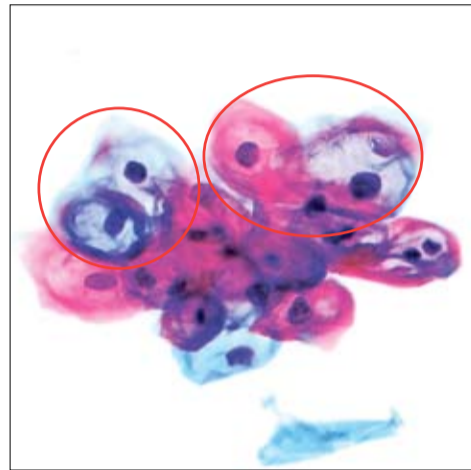
HPV-Screening-Test

Mehr Sicherheit in der Vorsorge von Gebärmutterhalskrebs

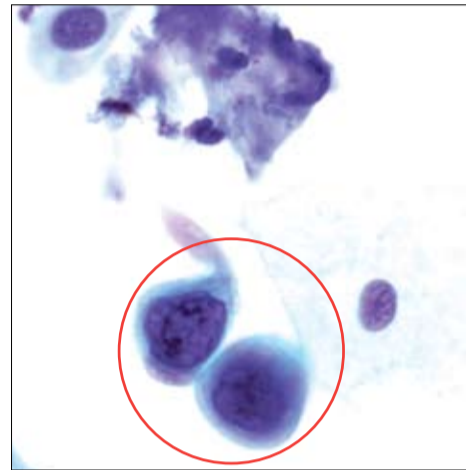
Wichtige Stufen in der Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs verursacht durch Hoch-Risiko Humanpapillomaviren (HR-HPV)



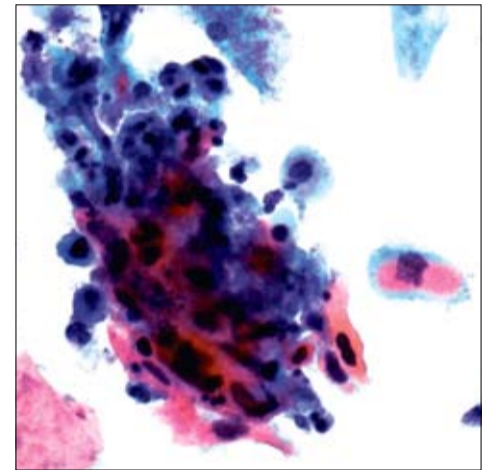
Keine Zelle mit HPV-Infektion



HPV-infizierte Zellen



Zellen mit Krebs-Vorstufen



Überwiegender Teil der Zellen bösartig

- Chronische Infekte mit **Hoch-Risiko Humanpapillomaviren** (HR-HPV) sind zu fast 100% die zwingende Ursache für die Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs.
- Bei einer **normalen Zytologie** kann eine HPV Infektion nicht ausgeschlossen werden. Frauen ab **30 Jahren** mit **chronischer HP-HRV** Infektion haben trotz unauffälliger Zytologie ein **erhöhtes Zervixkrebrisiko**.
- Die Prävalenz des **Adenokarzinoms** der Zervix Uteri (ADC) ist steigend. **HPV 18** ist häufig mit **ADC** assoziiert. Da ADC mit der Zytologie verpasst werden kann, ist der HPV-Nachweis für die Früherkennung entscheidend.
- **Labordiagnostik:** Mit einem neu entwickelten und sehr empfindlichen HPV-Suchtest (qualitative PCR-Methode) können die

wichtigsten Hoch-Risiko Humanpapillomaviren entdeckt werden. Davon sind der HPV-Typ 16 und 18 die häufigsten Verursacher von Gebärmutterhalskrebs.

- Der HPV-Suchtest in Kombination mit der Zytologie (Pap-Test/ Dünnschichtzytologie) bei Frauen ab **30 Jahren** bringt die höchste Sicherheit in der Vorsorge des Zervixkarzinoms.
- Im Rahmen der Vorsorge ist der HPV-Screening-Test noch nicht kassenpflichtig (NLP).
- **Ein negativer HPV-Screening-Test ermöglicht in Kombination mit negativer Zytologie die Verlängerung der Kontrollintervalle auf 3 Jahre.**

Literatur: Auf Anfrage



Wolfbachstrasse 17, Zürich
Routine Laboratorien und Ambulatorien

medica

MEDIZINISCHE LABORATORIEN Dr. F. KAEPPELI AG
Wolfbachstrasse 17, Postfach, 8024 Zürich
Telefon 044 269 99 99, Telefax 044 269 99 09



Hottingerstrasse 9, Zürich
Institut für Pathologie
mit Punktions-Ambulatorium

Partnerlabors:

