

Krebsratgeber

Was macht Menschen zu Helden?

NICHT VERPASSEN:

Martina Hagspiel

Warum es egal ist, wie über Krebs gesprochen wird.

Seite 10

Spot the Dot

Marije Kruis, die Gründerin der Initiative Spot the Dot, darüber, warum Hautkrebs immer noch unterschätzt wird und wie wir das ändern können.

Seite 14

Helga Thurnher & Elfi Jirsa

Zwei Pionierinnen in der Krebsselfhilfe.

Seite 18

IN DIESER AUSGABE



FOTO: PB HOFFHEIM

03

Univ.-Prof. Dr. Richard Greil
Der Vorstand der Universitätsklinik Salzburg für Innere Medizin III im Interview über Fortschritte in der Krebsbehandlung



FOTO: PHOTO FURGLER

08

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Marija Balic
Die Leiterin des Brustzentrums am LKH Graz über Emotion und Wissensvermittlung in der onkologischen Patientenbetreuung



FOTO: ZVG

17

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe
Der Vorstand der ÖGHO über Helden des Krebsalltags und warum ein neues Auto eigentlich nichts wert ist

Industry Manager: **Paul Pirkelbauer** Layout: **Juraj Prikopa**
Managing Director: **Bob Roemké**
Medieninhaber: **Medioplanet GmbH**, Bösendorferstraße 4/23, 1010 Wien, ATU 64759844 - FN 322799FG Wien
Impressum: <https://medioplanet.com/at/impressum/>
Druck: **Mediaprint Zeitungsdruckerei Ges.m.b.H. & Co.KG**
Distribution: **Kurier Zeitungsverlag und Druckerei GmbH**
Kontakt bei Medioplanet: **Tel: +43 676 847 785 121**
E-Mail: hello-austria@medioplanet.com ET: 24.06.2021

Blieben Sie in Kontakt:
@MedioplanetWorld @austriamediaplanet

VORWORT

Vom Erfahrungsaustausch bis zur politischen Relevanz

Hilfe zur Selbsthilfe: Selbsthilfeorganisationen sind und bleiben die erste Anlaufstelle für Patient(inn)en und ihre Angehörigen. Nun kommt Rückenwind.



FOTO: L. SOHELD

Helga Thurnher
Obfrau der Allianz der onkologischen PatientInnenorganisationen und Obfrau der Selbsthilfe Darmkrebs



Kontakt:
Die Allianz onkologischer PatientInnenorganisationen

Obfrau Helga Thurnher

0676 / 934 07 46

info@dieallianz.org

www.dieallianz.org

Mitglieder:

Lungenkrebsforum Österreich
vertreten durch Franz Buchberger
www.lungenkrebsforum-austria.at

Multiples Myelom Selbsthilfe Österreich
vertreten durch Thomas Derntl & Sonja Pearsall
www.multiplesmyelom.at

Chance for Cancer Survivors
vertreten durch Michael Feilmayr
www.cancersurvivors.at

Kein kollektives Jammern, sondern eine Begegnung mit Vertrauensvorschuss

Die Geschichte der Selbsthilfe ist eine von Eigeninitiative, Erfahrungsaustausch und Selbstbestimmung. Das sind historisch gesehen die Kernelemente der Selbsthilfe. Oftmals kämpft sie mit ein paar Vorurteilen – allen voran der Irrglaube an ein kollektives Jammern.

In Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen finden sich Menschen – Patient(inn)en oder Angehörige –, die ein gemeinsames Thema verbindet, die unter der gleichen Krankheit, derselben körperlichen Einschränkung oder seelischen Konfliktsituation leiden. Diese sind in der physischen Welt oder in digitalen Räumen organisiert.

Patient(inn)en und ihre Angehörigen können sich dort das Wissen, die Erfahrung und die Kompetenz aneignen, die sie brauchen, um ihre Krankheit besser bewältigen zu können. Verbindliche Begegnungen und ein gewisser Vertrauensvorschuss inklusive.

Patientenvertreter(innen) erbringen aber auch wichtige ergänzende Leistungen, die der institutionelle und professionelle Sektor nicht übernehmen will und kann. Dazu gehören zum Beispiel tiefgreifendere Information über die einzelnen Erkrankungen, ergänzende Hilfe und Betreuung, aber auch die Förderung der Früherkennung und der Awareness.

Selbsthilfeinitiativen dienen Patient(inn)en auch als organisierte Lobbystruktur, denn Patientenorganisationen bilden aus Einzelfällen eine Gruppe. Schließlich geht es auch darum, sich als „Verbraucher(in)“ im Versorgungsmarkt „Gesundheit“ besser behaupten zu können. So kommt es, dass Vertreter(innen) dieser Organisationen inzwischen akzeptierte und gefragte Partner(innen) der professionellen Versorgung im Gesundheitswesen geworden sind. Man spricht hier von qualifizierten Patient(inn)en, der englische Begriff ist „Patient Advocacy“.

Patient Advocacy ist also das Schlagwort der Stunde, das auch in Österreich die Situation der onkologischen Patient(inn)en weiter verbessern kann.

Um diesem Ziel einen deutlichen Schritt näherzukommen, wurde nun die Allianz der onkologischen Patientenorganisationen in Österreich gegründet. Der Verein ist ein Zusammenschluss von Patientenorganisationen und Interessenvertreter(inne)n und soll eine breit gefächerte Expertise aus dem Bereich der Onkologie bündeln und den Austausch zwischen allen Interessengruppen im Bereich der Onkologie fördern.

Ein geflügeltes Wort, das Gutes will

In erster Linie geht es bei Patient Advocacy um die Stärkung der Interessen von Patientinnen und Patienten. Die Patientenvertreter(innen) sollen bei den

Entscheidungen für mehr Transparenz und Patientenorientierung sorgen, einschließlich der Berücksichtigung von Aspekten wie Erfahrung und Lebensqualität. Es geht darum, Patient(inn)enrechte zu erkennen und zu wahren, Angst vor den Herausforderungen zu nehmen und Patient(inn)en dabei zu stärken, die Verantwortung für ihren Körper und ihre Behandlung mutig zu übernehmen.

Historisch gesehen begann die Bewegung der Vertretung von Krebspatient(inn)en in den 1980er-Jahren in den USA. Davor gab es nur wenige, die ihre Interessen durch die engagierte Unterstützung politischer Ziele, Ideen oder Initiativen wahrnahmen.

Bis heute geht es im Bereich der Onkologie bei Patient Advocacy konkret um die aktive Interessenvertretung für Menschen mit Krebs in der Öffentlichkeit, in gesundheitspolitischen und medizinischen Gremien sowie gegenüber Forschung, Krankenkassen und der Pharmaindustrie.

Ebenfalls wichtig: Krebs ist nicht gleich Krebs. Aufgrund einer Vielzahl von unterschiedlichen Herausforderungen gehören qualifizierte Patient(inn)enstimmen zu den treibenden Kräften, wenn es um Transparenz, Behandlungsqualität und die verbesserte Versorgung in den einzelnen Indikationen geht. Auch beim Zugang zu innovativen Therapielösungen, optimiertem Studiendesign, dem Fokus auf Lebensqualität, Awareness und Erfahrungsaustausch spielen Patientenvertreter(innen) oftmals eine entscheidende Rolle.

Patient Advocacy in der Praxis

Die Realität sieht heute noch anders aus, die Vision einer optimalen Versorgung von Patient(inn)en ist noch ein Stück weit entfernt. Die Gründe dafür? Qualifizierte Patient(inn)enstimmen sind in Gremien, Ausschüssen und an Verhandlungstischen noch viel zu selten eingebunden. Denn in vielen Fällen wird über statt mit uns Patient(inn)en gesprochen.

Die Allianz der onkologischen Patientenorganisationen möchte diesen Umstand ändern und zielt auf ein solidarisches, bedürfnisorientiertes, qualitätsgesichertes, transparentes und flächendeckendes Versorgungssystem.

Dazu braucht es allerdings die Einbindung von Patientenorganisationen in Forschung und Entwicklung, gestärkte Patientenorganisationen, deren Einbindung in Fachgremien und Expert(inn)enrunden, gut ausgebildete Patient(inn)enstimmen, mündige Patient(inn)en und die Etablierung von Shared Decision Making, also der partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Ärzt(inn)en und ihren Patient(inn)en, in der Medizin.

Wir freuen uns darauf, an diesen Zielen gemeinsam arbeiten zu dürfen. ■

Kurvenkratzer InfluCancer
vertreten durch Martina Hagspiel
www.influcancer.com

CCI Europe
vertreten durch Anita Kienesberger
www.cci-europe.eu

Myelom- Lymphomhilfe Austria
vertreten durch Elfi Jirsa
www.myelom-lymphom.at

Hoffnungsvoll - Frauen und Krebs
vertreten durch Sabine Spitz

Frauenselbsthilfe nach Krebs Vorarlberg
vertreten durch Monika Jäger & Ida Mader
www.frauenselbsthilfe.at

Karl Landsteiner Institut für Krankenhausorganisation
vertreten durch Guide Offermanns & Andrea Schweiger
www.karl-landsteiner.at

NF Kinder Austria
vertreten durch Claas Röhl
www.nfkinder.at

GIST Support Austria
vertreten durch Rainer Sawdyk
www.gistsupport.at

EUPATI Austria
vertreten durch Sabine Spitz
www.at.patientsacademy.eu

Selbsthilfe Darmkrebs
vertreten durch Helga Thurnher
www.selbsthilfe-darmkrebs.at



FOTO: ZVG

Univ.-Prof. Dr. Dr.h.c. Christoph Zielinski
Ärztlicher Direktor Wiener Privatklinik Betriebs-Ges.m.b.H. & Co.KG

Das Central European Cancer Center an der Wiener Privatklinik als nationales und internationales Referenzzentrum für Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen im privaten Rahmen

Die immensen Fortschritte in der Früherkennung, aber insbesondere in der Therapie von Krebserkrankungen haben zu einer deutlichen Verbesserung der Prognose von an Krebs erkrankten Patient(inn)en geführt. So hat in den letzten 25 Jahren die Sterblichkeit an Krebserkrankungen um ca. 25% abgenommen.

Diese Fortschritte sind auf immer besser werdende Untersuchungen, den Einsatz

von exakten Analysen von verdächtigem Gewebe, und der Identifikation von Tumoren zurückzuführen. Hinzu kommen gezieltere chirurgische Verfahren sowie ein neuer Zugang zur Strahlentherapie. Basis für alle diese Verfahren ist eine enge Verflechtung von medizinischen Spezialisierungen von Radiolog(inn)en und Patholog(inn)en bis zu internistischen Onkolog(inn)en und Strahlentherapeut(inn)en. Im Tumorboard werden

dann Therapieentscheidungen auf Basis vorliegender diagnostischer Ergebnisse diskutiert.

Am Central European Cancer Center der Wiener Privatklinik präsentieren wir nicht ohne Stolz alle die genannten Diagnose- und Therapieverfahren. Daher ist das Central European Cancer Center an der Wiener Privatklinik in den letzten Jahren zu einem internationalen Referenzzentrum geworden. ■

Sponsored by **Wiener Privatklinik**



Es braucht und gibt Hoffnung

Die Krebsmedizin macht große Fortschritte und nimmt verstärkt Therapiebereiche außerhalb der reinen Tumorbehandlung ins Visier. Ein Expertengespräch mit Univ.-Prof. Dr. Richard Greil.



FOTO: P8 HOHERER

Univ.-Prof. Dr. Richard Greil
Vorstand Universitätsklinik Salzburg für Innere Medizin III

Was würden Sie nach Ihrer Erfahrung als das Wichtigste bei der Krebsbehandlung bezeichnen?

Das Wichtigste ist ein ganzheitlicher Therapieansatz. Dabei muss verstanden werden, dass Krebserkrankungen grundsätzlich eine Systemkrankheit sind, schon von der Tumorbiologie her. Krebs ist grundsätzlich keine lokale Erkrankung, sondern nimmt den gesamten Körper in Anspruch. Das gilt auch aus psychosozialer Sicht, weil der Mensch letztlich in all seinen Erwartungen, seinen Zukunftsaussichten, in seinen beruflichen und privaten Beziehungen betroffen ist. Derartige existenzielle Ereignisse setzen eine Reihe von Dingen in Gang, die man aus Sicht der heilenden Kräfte im Blick behalten muss. Das beginnt bei der optimalen Therapie der Tumorthherapie und den Kampf darum die neuesten Studien in weltweiter Konkurrenz anbieten zu können; geht über den maximal notwendigen Einsatz auch politisch dafür zu sorgen, dass Patienten den frühest möglichen Zugang zu Innovation bekommen können, und reicht bis zur Sexualmedizin.

Worauf sollte im psychosozialen Bereich besonderes Augenmerk gelegt werden?

Es braucht natürlich entsprechende Kenntnisse und auch entsprechende Strukturen. Das reicht von der psychoonkologischen Betreuung bis zur Lebensstilberatung oder eben zur Sexualmedizin. Dafür haben wir eigene Ambulanzen für Krebspatienten aufgebaut. Außerdem haben wir ein Fortbildungsprogramm auf nationaler und internationaler Ebene ins Leben gerufen. Es ist ein klassisches Tabuthema, aber ganz wichtig.

Warum ist das so besonders wichtig?

Es sind sehr viele Aspekte, die für Patienten

wichtig sind. Wir müssen immer bedenken, dass es hier um Menschen geht, die in ihrem Selbstverständnis, in ihrem Selbstbewusstsein und mit Blick auf ihre Zukunft aus der Balance gekommen sind. Man muss dazu wissen, dass ungefähr ein Drittel aller Partnerschaften während einer Krebserkrankung scheitern. Das Alleinsein ist dann eine zusätzliche Belastung.

Welche Entwicklungen stehen uns hier gesamtgesellschaftlich noch bevor?

Wir sollten bedenken, dass Krebserkrankungen derzeit jeden zweiten Mann und jede dritte Frau im Lauf seines beziehungsweise ihres Lebens betreffen. 2030 wird Krebs in Europa die häufigste Todesursache sein. Heute ist er das bereits bei den unter 80-Jährigen. Die Zahl der Todesfälle durch Krebs wird bis 2035 um 24 Prozent ansteigen. Allerdings werden von den Erkrankten sehr viel weniger Menschen sterben. Wir erleben eine deutliche Abnahme der Krebssterblichkeit, je nach Krebsart sinkt die Krebssterblichkeit um bis zu fünf Prozent pro Jahr.

Das gibt ja Anlass zur Hoffnung ...

Es braucht in diesem Bereich auch Hoffnung – unsere Intention ist und sollte auch weiterhin sein, dass bis zum Jahr 2050 in Österreich kein Mensch mehr an Krebs sterben sollte. Wir haben einen extrem beschleunigten medizinwissenschaftlichen Fortschritt und der ist in keinem Bereich so rasch wie bei Krebserkrankungen. Gleichzeitig ist Krebs die komplexeste Erkrankung überhaupt. Wenn wir diese Fortschritte weiterhin machen, die wir derzeit etwa bei Immuntherapien sehen, wenn wir die neu hinzukommenden Methoden beachten, was etwa die Involvierung künstlicher

Intelligenz in den Diagnose- und Therapieplan betrifft, dann kann und muss man optimistisch sein.

Wie kommt es dazu?

Hier spüren wir auch die Auswirkungen davon, dass die Europäische Kommission dieses Jahrzehnt zum Jahrzehnt der Bekämpfung von Krebserkrankungen gemacht hat. Auch die deutsche Bundesregierung hat das getan. Das sind nicht nur Namen, dahinter stecken auch enorme Investitionen, die wirklich Erfolge zeigen. In Österreich hatten wir lange bei den Fünfjahresüberlebensraten deutlich bessere Zahlen als Deutschland. Das liegt an einer wesentlich zentralisierteren Onkologie, aber auch an einem deutlich schnelleren Zugang zu neuen Therapien. Wir müssen dafür kämpfen, dass das so bleibt. Vor allem aber braucht es signifikant mehr Investitionen in die Grundlagenforschung sowie die translationale Krebsforschung in Österreich, wir hinken hier deutlich hinterher. Die Tatsache, dass Österreich fast das einzige Land ist, in dem keine öffentlichen Mittel für die Durchführung akademischer klinischer Studien zur Verfügung stehen ist inakzeptabel.

Haben Sie in Ihrer Laufbahn besonders inspirierende Beispiele für Helden des Krebsalltags erlebt?

Es gibt eine Diskrepanz zwischen der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Krebs und dem, was man mit den Patienten erlebt. Mich hat oft beeindruckt, welchen unglaublichen Lebenswillen und welche hohe Kompensationsfähigkeit Krebspatienten haben. Das hat auch anderen Menschen in ihrem Umfeld oft Mut gemacht, auch wenn sie die Krankheit selbst gar nicht haben. ■

Text
Philipp Jauernik

MAT-AT-2100770 1.0 06/2021

Einatmen – Ausatmen

Prim. Dr. Markus Rauter, Vorstand der Abteilung für Lungenkrankheiten am Klinikum Klagenfurt, spricht über die altbekannten Risikofaktoren für Lungenkrebs und erklärt, warum Früherkennung so wichtig ist.



FOTO: KÄRNTNER ARZTEZEITUNG

Prim. Dr. Markus Rauter
Vorstand Abteilung für Lungenkrankheiten
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

Herr Primarius Rauter, gibt es nur den einen Lungenkrebs?

Mittlerweile unterscheiden wir da zwischen unterschiedlichsten Arten. Wenn man Lungenkrebs hört, denkt man ganz klassisch an den tabakassozierten Lungenkrebs. Davon abgrenzbar gibt es aber auch genetische Lungenkrebsformen, die ohne exogene Schadstoffexposition entstehen können und bei denen wir die Ursache messen können, warum aus der gesunden eine Krebszelle wird. Wie bei anderen Krebsformen auch gilt beim Lungenkrebs, dass sich gesunde Zellen im Rahmen einer Krebsentstehung – auch Karzinogenese genannt – so verändern, dass sie unheimlich wachsen und auch länger leben. Dadurch entsteht ein Gewächs im Bereich der Lunge.

Ist Lungenkrebs früh erkennbar?

Die Lunge hat per se keine Schmerzfasern und sie ist ein „Überschussorgan“, sprich, im Alltag haben wir nur einen kleinen Teil von ihr in ständiger Verwendung. Daher kann in vielen Fällen ein Gewächs in der Lunge schon lange Zeit bestehen oder sich gar ausdehnen, bevor sich Symptome entwickeln. Meistens treten sie erst auf, wenn das Gewächs in den Randbereich der Lunge einwächst – etwa in das Rippenfell, in die Brustmuskulatur – oder wenn die Krebserkrankung in das Gefäßsystem einbricht

und zu Ansiedelungen in anderen Organen führt.

Welche Symptome sind das dann?

Knochenschmerzen, Kopfschmerzen oder neurologische Symptome wie Krampfanfälle oder Ausfallserscheinungen. Wenn daraufhin die Krebserkrankung diagnostiziert wird, ist sie in den meisten Fällen schon sehr weit fortgeschritten und gilt dann auch als nicht mehr heilbar.

Gibt es Risikogruppen, die häufig von Lungenkrebs betroffen sind?

Seltene, genetische Lungenkrebsarten treten häufiger bei Frauen in jüngeren Jahren auf, und das ganz ohne Risikofaktoren, da sie ja auf einer Veränderung des Erbguts beruhen. Dem steht der klassische Raucherkrebs gegenüber, der meist bei Patienten mit langjähriger Nikotinanamnese in niedrigeren sozioökonomischen Schichten auftritt. Auch Menschen, die beruflich als Schweißer oder in der chemischen Industrie tätig waren, sind häufiger betroffen.

Sind Asthma oder Allergien auch Risikofaktoren für Lungenkrebs?

Nein, da ist kein Zusammenhang nachzuweisen.

Stichwort kleinzelliges und nicht kleinzelliges Lungenkarzinom. Was muss ich mir darunter vorstellen?

Das kleinzellige Lungenkarzinom ist seltener als das nicht kleinzellige und macht etwa ein Viertel der Lungenkarzinome aus. Es wächst sehr schnell, meist liegen bei Diagnosestellung schon Fernmetastasen vor. Das nicht kleinzellige Lungenkarzinom ist deutlich häufiger und wird in unterschiedliche Typen unterteilt. Die zuvor von mir erwähnten genetischen Lungenkrebsarten etwa beziehen sich fast ausschließlich auf das nicht kleinzellige Lungenkarzinom.

Ist Lungenkrebs gut therapierbar?

Lungenkrebs ist sogar heilbar – aber nur, wenn man ihn früh genug diagnostiziert und nur die Lunge selbst befallen ist. Meist ist das aber nicht der Fall. Die Behandlungsmöglichkeiten für alle anderen Fälle haben sich in den letzten Jahren massiv verbessert. Neben einer Chemotherapie haben wir seit einigen Jahren auch die Möglichkeit einer Immuntherapie. Dank dieser Therapien kann ein Lungenkrebs zu einer chronischen Erkrankung werden. Bis vor wenigen Jahren war das noch nicht möglich. ■

Sponsored by Sanofi



Text
Lukas Wieringer

Die drei Standbeine der Krebstherapie

Krebs ist nicht nur heimtückisch, sondern auch komplex. Und genauso komplex ist seine Behandlung. Doch es gibt drei Standbeine der Krebstherapie, um die sich alles dreht.

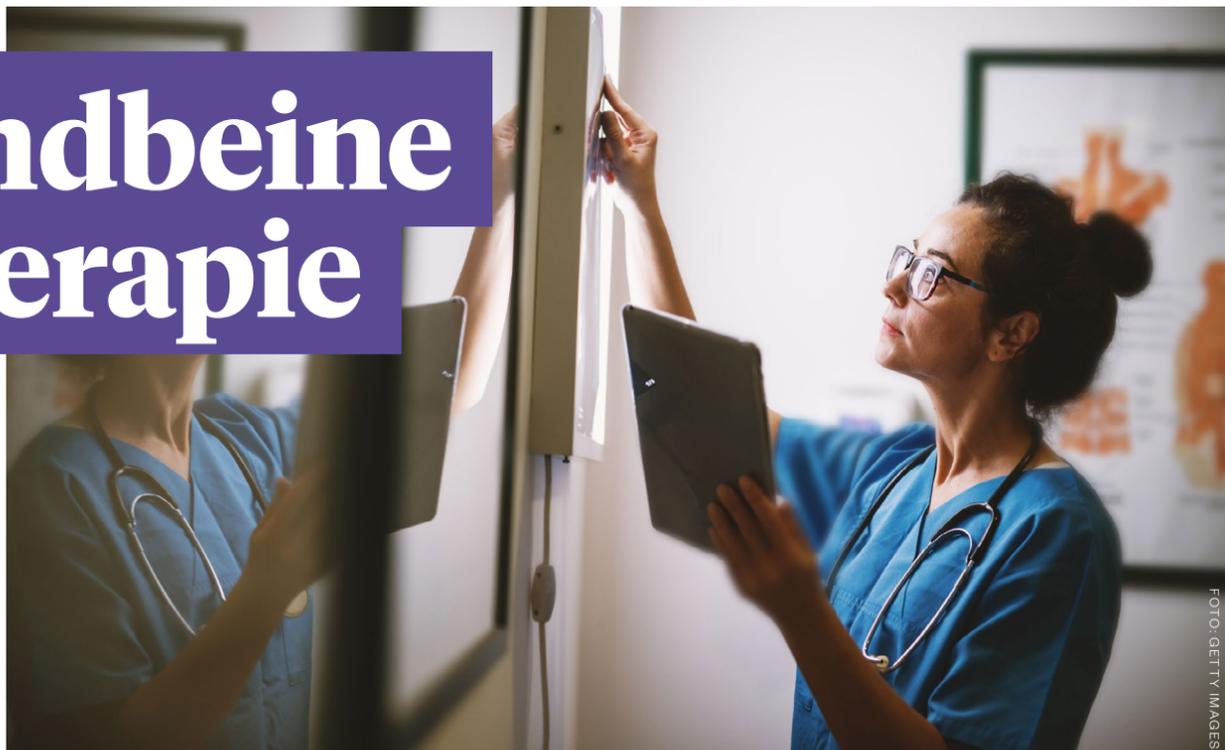


FOTO: GETTY IMAGES

Krebs kann jeden treffen und kein Betroffener ist auf ihn vorbereitet. Doch die Medizin hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten massive Fortschritte in der Krebstherapie gemacht. Heute ist es immer öfter möglich, bestimmte Krebserkrankungen zu chronischen Krankheiten zu machen. Neben diesen komplexen Therapien gibt es drei essenzielle Standbeine der Krebstherapie, um die sich alles dreht.

Standbein 1: die Operation

Bei vielen Krebserkrankungen ist die Operation die erste und manchmal auch die einzige Therapiemaßnahme. Sofern es je nach Krebsart und Lage im Körper möglich ist, wird der Tumor zusammen mit einem ihn umgebenden Saum von gesundem Gewebe entfernt. So kann der Operateur möglichst sichergehen, dass keine Tumorstelle mehr in der betroffenen Körperregion verbleiben. Wenn ein Tumor im Frühstadium vollständig und mit ausreichendem Sicherheitsabstand entfernt wird, kann der Patient davon ausgehen, geheilt zu sein. Zumindest sofern keine Lymphknoten- oder Fernabsiedelungen, auch Metastasen genannt, vorhanden sind. Bei zahlreichen Tumorerkrankungen wird jedoch sicherheitshalber noch eine Nachbehandlung mittels Strahlen- oder Chemotherapie durchgeführt. Denn wenn einzelne, in bildgebenden Untersuchungen nicht sichtbare Tumorzellen erhalten geblieben sind, könnte das im weiteren Verlauf der Erkrankung zu einem Rückfall und einem neuen Aufblühen der Tumorerkrankung führen. Das soll verhindert werden.

Text
Lukas Wieringer

Standbein 2: die medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie wird meist mit der Chemotherapie gleichgesetzt, was zumeist auch der Fall ist. Dabei werden Zytostatika verwendet, um die Zellteilung zu hemmen und so Tumorzellen abzutöten oder zumindest an ihrem Wachstum zu hindern. Es gibt eine große Anzahl verschiedener Chemotherapien, die in ihrer Wirkung und auch in ihrer Verträglichkeit sehr unterschiedlich sind. Meist werden diese Zytostatika intravenös verabreicht und so über die Blutbahn in alle Regionen des Körpers transportiert – auch dorthin, wo sie nicht hinsollten. Die Chemotherapie wirkt im ganzen Organismus und ist daher für ihre Nebenwirkungen bekannt und gefürchtet. Bestimmte Tumoren aber, beispielsweise Brustkrebs oder Prostatakrebs, können auch hormonabhängig wachsen. In solchen Fällen wird eine antihormonelle Therapie eingesetzt, um das Zellwachstum zu hemmen. Doch in Sachen Nebenwirkungen hat sich die medikamentöse Therapie stark weiterentwickelt. Neue Therapien greifen Tumorzellen gezielter an als bisher und schonen damit gesundes Gewebe deutlich effektiver. Das verringert die Nebenwirkungen und die unerwünschten Nebeneffekte deutlich. Dazu zählen etwa monoklonale Antikörper. Diese Substanzen hemmen nicht die Zellteilung, sondern die Gefäßneubildung. Einige dieser neuen Medikamente sind vielversprechend und wirken zielgerichtet auf bestimmte Tumorzellen.

Standbein 3: die Strahlentherapie

Im Gegensatz zu der medikamentösen Therapie ist die Strahlentherapie eine Therapie, die nur im Bereich des Bestrahlungsfelds wirkt. Dies gilt sowohl für die erwünschte tumorzerstörende Wirkung als auch für etwaige zu erwartende Nebenwirkungen. Die Strahlentherapie wird in zwei unterschiedliche Bereiche eingeteilt. Die Bestrahlung vor der Operation kommt bei bestimmten Krebsarten wie etwa Speiseröhrenkrebs zum Einsatz, um die Größe des Tumors zu verringern und ihn bei einer Operation leichter entfernen zu können. Meist wird die präoperative Strahlentherapie auch in Kombination mit einer Chemotherapie angewendet. Neben der Schrumpfung des Tumors kann mithilfe einer Strahlentherapie auch die Abtötung bösartiger Zellen in der Umgebung die Heilungschancen verbessern. Der zweite Anwendungsbereich der Strahlentherapie ist die Bestrahlung nach der Operation. Sie kommt primär dann zum Einsatz, wenn das Rückfallrisiko nach einer erfolgten operativen Entfernung des Tumors gesenkt werden soll oder muss, etwa bei Brustkrebs. In den letzten Jahrzehnten erfuhr die Strahlentherapie eine so rasante Weiterentwicklung wie kaum eine andere medizinische Disziplin. Bei der Strahlentherapie gibt es zwei unterschiedliche Ziele: die kurative und die palliative Strahlentherapie. Die kurative Strahlentherapie kommt zum Einsatz, wenn eine Heilung grundsätzlich noch möglich ist. Bei der palliativen Strahlentherapie geht es darum, eine Linderung der Symptome für den Patienten zu erreichen und so die Lebensqualität zu steigern. ■

Leitspital: Fortschritt durch Vernetzung

Die Krebsforschung macht große Fortschritte, die für Patienten viele Vorteile haben. Ein Gespräch mit Doz. Dr. Ansgar Weltermann über die Rolle des Ordensklinikums Linz als Leitspital.



FOTO: FEELIMAGE

Univ.-Doz. Dr. Ansgar Weltermann
Leiter Zentrum für Tumorerkrankungen am Ordensklinikum Linz

Herr Doz. Weltermann, könnten Sie uns kurz Ihre Rolle im Ordensklinikum Linz beschreiben?

Seit vier Jahren leite ich das Zentrum für Tumorerkrankungen im Ordensklinikum Linz. Hauptaufgabe des Zentrums ist Medizinische Qualitätssicherung sowie die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit für eine optimale Versorgung von Krebspatienten.

Können Sie uns einen Einblick geben, was das praktisch heißt?

Wir erheben medizinische Kennzahlen, die zur Beurteilung der Versorgungsqualität wichtig sind. Auf dieser Datenbasis können die Fachexperten ihre Behandlung verbessern. Gerade bei den langwierigen Behandlungen und Therapien ist die Analyse sehr komplex. Wir untersuchen die gesamte Kette der Behandlung. Zudem unterstützen und organisieren wir als Zentrum die Durchführung von Tumorboards, Qualitätszirkeln und M&M-Konferenzen, in denen Patientenfälle aber auch Organisatorisches miteinander besprochen werden.

Das Ordensklinikum ist Onkologisches Leitspital für Oberösterreich. Was heißt das und welchen Auftrag hat es dadurch?

Der Auftrag ist, innovative Konzepte in der onkologischen Versorgung von Patienten zu entwickeln. Ein Beispiel ist die Entwicklung der Krebsakademie Linz, eine professionelle Ausbildungsplattform. Hier erhalten Berufsgruppen wie ambulante Pflegefachkräfte, Arzthelfer, Diätologen, Pharmazeuten oder Physiotherapeuten eine berufsgruppenbezogene vertiefende Ausbildung in der Onkologie. Das betrifft Personen innerhalb und außerhalb des Spitalsbetriebs, also etwa auch Pharmazeuten oder Physiotherapeuten. Leitspital bedeutet also, die onkologische Versorgung in der gesamten Region zu verbessern. Ärztliche Mitarbeiter des Ordensklinikums sind führend in die Erstellung und Weiterentwicklung der Leitlinien des Tumorzentrums OÖ involviert.

Betrifft das auch die Forschung?

Ja, Forschung ist ein wesentlicher Bestandteil eines Tumorzentrums. Das betrifft zum einen die Durchführung klinischer Studien, in denen beispielsweise innovative Medikamente in der Krebsbehandlung untersucht werden. In den letzten 2 Jahren haben Kollegen im Viszeralonkologischen Zentrum, allen voran Herr Priv. Doz. Dr.

Holger Rumpold, akademische Projekte zur besseren Risikoeinteilung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren durchgeführt und publiziert. Diese Studien helfen, Patienten zukünftig besser zu behandeln.

Wo sehen Sie die größten Hoffnungen für die Zukunft hinsichtlich unterschiedlicher Behandlungsmethoden?

Für die meisten soliden Tumorintensitäten wie etwa Brust- oder Darmkrebs hat die Chirurgie einen großen Stellenwert, wenn es um die Heilungschancen geht. Jedoch wird das Vorgehen immer differenzierter. Beispielsweise kann beim Rektumkarzinom in einem frühen Stadium eine reine Radiochemotherapie ausreichen, sodass der Patient nicht mehr operiert werden muss. Der Patient wird nach der Strahlentherapie überwacht und muss nur im Fall eines Rückfalls des Tumors operiert werden. Wir stimmen also die Konzepte immer besser auf den Patienten ab, um nicht nur wirksamere, sondern auch schonendere Behandlungsverfahren zu gewährleisten. Dabei nehmen wir immer auch neue Methoden und Innovationen mit auf und sind als Leitspital sicherlich Vorreiter für die gesamte Region. ■

Sponsored by
Ordensklinikum
Linz



Ordensklinikum
Linz
Barmherzige Schwestern Elisabethinen

Text
Philipp Jauernik

Mistel, Mut und Instagram

Heidi Streimetweger hat neben ihrer Chemo auch eine Misteltherapie angewandt. Im Interview spricht sie über die Therapieentscheidung und erzählt, wie sie nach einem Jahr krebsfrei sich selbst und anderen Mut macht.



FOTO: CLEMENT BB UNSPLASH

Wie sind Sie zur Misteltherapie gekommen?

Bereits bei meinem Erstgespräch, als ich die Diagnose triple-negativer Brustkrebs mit einem schnell wachsenden, bösartigen Tumor erhielt, hat mir meine behandelnde Ärztin die Empfehlung zur Misteltherapie gegeben. Daher habe ich mich dafür entschieden.

Was ist denn überhaupt die Misteltherapie und wie haben Sie sie angewandt?

Ich habe relativ zeitgleich zur ersten Chemo mit der Misteltherapie begonnen und sie etwa ein halbes Jahr durchgeführt. Die Misteltherapie wird über eine Spritze verabreicht und wird – je nach Hautreaktionen – zwei- bis dreimal pro Woche angewandt. Am Anfang habe ich sehr stark auf die Misteltherapie mit handflächengroßen roten Flecken auf der Haut reagiert. Je größer der Fleck, desto länger lässt man sich mit der nächsten Spritze Zeit und reduziert gleichzeitig die Dosis. Je kleiner der Fleck wird, desto schneller setzt man die nächste Spritze. Sobald sich dies eingependelt hat, steigt man auf die nächste Stufe der Misteltherapie um.

Inwiefern haben Sie gemerkt, dass die Misteltherapie wirkt?

Das ist aus heutiger Sicht für mich schwer zu beschreiben, weil ich ja nicht weiß, wie alles ohne die Misteltherapie verlaufen wäre. Die Misteltherapie stärkt das Immunsystem und mildert die Nebenwirkungen der Chemo. Für mich war es sicherlich die richtige Entscheidung und es hat mir sehr gutgetan. Als ich die Diagnose erhielt, hatte ich eine 30-prozentige Überlebenschance. Nach vier Chemos war der Tumor komplett

weg – darüber waren die Ärzte sehr verwundert, weil sie das in dieser Form so noch nie gesehen haben. Die Misteltherapie ist etwas Natürliches und kein Humbug. Es gibt sehr viele positive Erfahrungswerte, dass die Mistel unterstützend wirkt.

Wie geht es Ihnen heute?

Im April letzten Jahres hatte ich meine letzte Chemo, im Mai 2020 wurden mir beide Brüste abgenommen, die heuer wieder aufgebaut werden. Heute geht es mir sehr gut – ich bin seit einem Jahr krebsfrei!

Wie kann man anderen Menschen, die vielleicht in einer ähnlich schwierigen Situation wie Sie waren oder sind, Mut machen?

Ich habe meine Mutter an Krebs verloren und eineinhalb Jahre vor meiner Diagnose auch meine Schwester. Ich wusste also genau, was auf mich zukommen wird. Das hat die Situation für mich nicht leichter gemacht. Zu diesem Zeitpunkt hätte ich einfach jemanden gebraucht, mit dem ich mich austauschen oder bei dem ich mir Informationen einholen kann. Mit der Diagnose hat es mir den Boden unter den Füßen weggerissen und ich habe mich irgendwie verlassen gefühlt. Du bist schwer krank und musst dich dann auch noch mit der ganzen Bürokratie beschäftigen. Ich wurde auf Instagram sehr aktiv und habe darauf viele tolle Rückmeldungen bekommen. Viele schreiben mir, dass ich für sie eine Mutmacherin bin. Aber auch mir tut dieser Austausch gut. Ich bin ein sehr positiver Mensch, aber irgendwann habe auch ich meine Durchhänger. Darüber zu reden und sich auszutauschen, das hilft einfach! ■



FOTO: GÜNTHER STREIMETWEGER

Heidi Streimetweger
Krebspatientin und Misteltherapie-Anwenderin

MISTELTHERAPIE AUS ÄRZTLICHER SICHT

Die sich von der Mistelpflanze (*Viscum album*) herleitende Misteltherapie wird als Teil der ergänzenden Komplementärmedizin oft bei soliden Tumoren (Karzinome, Sarkome) eingesetzt, vor allem von jenen Patientinnen und Patienten, die aktiv einen Beitrag für ihre Gesundheit leisten möchten. Die Misteltherapie sollte immer durch ärztliche Expertise gut abgestimmt zur konventionellen onkologischen Therapie erfolgen. Auf diese Weise unterstützt sie die Betroffenen dabei, besser mit ihrer onkologischen Erkrankung zurechtzukommen und die oft belastenden Therapien auch durchzustehen. Die erforderliche regelmäßige subkutane Selbstapplikation verleiht der Patientin beziehungsweise dem Patienten eine aktivere Rolle, stärkt die Wahrnehmung des eigenen Körpers und unterstützt das Immunsystem. Auf diese Weise kann sie auch dazu beitragen, dass unerwünschte Wirkungen reduziert werden.

Der Effekt der Misteltherapie wird dabei meist wie eine Art „Batterieaufladung“ empfunden, die tumorbedingte Erschöpfung (Fatigue) nimmt ab, was sich in der Folge positiv auf Stimmung und Zuversicht auswirken kann. Die Misteltherapie führt in meiner Beobachtung oft auch zu einer proaktiven Auseinandersetzung mit dem Krankheitsgeschehen, was entscheidend für den Krankheitsverlauf sein kann und gar nicht hoch genug einzuschätzen ist. Es verbessert sich das Schlafverhalten, der Appetit nimmt zu, ebenso Vitalität und Lebensfreude – somit insgesamt die Lebensqualität. Ein großer Vorteil der Misteltherapie ist auch

FOTO: ZVG



Dr. Karl Postlbauer
Arzt für Allgemeinmedizin, Komplementärmedizin

ihre gute Verträglichkeit und Sicherheit in der Anwendung. Viele von einem Tumor betroffene Patientinnen und Patienten verspüren den großen Wunsch, etwas zusätzlich „selbst zu tun“ – mit der Misteltherapie bekommen sie ein sehr gut geeignetes und nebenwirkungsarmes Instrument dafür in ihre Hand. ■

Text
Magdalena Reiter-Reitbauer

Sponsored by **Germania Pharmazeutika GmbH**

Warum sich immer mehr Onkologen über den Patientenwunsch nach einer Misteltherapie freuen

In den letzten Jahren hat die Behandlung von Krebskrankheiten durch „Präzisionsmedizin“ einen großen Aufschwung genommen. Dies führt, trotz aller Erfolge, zu einer Therapieaufsplitterung, die den Nöten vieler Krebspatient(inn)en nur teilweise gerecht wird. Gegenüber diesen auf die Zellzerstörung zielenden Therapieprinzipien ist der Ansatzpunkt der Misteltherapie die synergistische Unterstützung der Abwehrkräfte – also ein Miteinander, kein „Anstatt“!

So, wie sich zuvor der Tumor in der Interaktion mit dem zunehmend ausgeschalteten Immunsystem entwickelt hat, unterstützt die Mistel eine Rückentwicklung durch einen aktiven Sterbeprozess der Tumorzellen (Apoptose), der nun seinerseits anregend auf das Immunsystem wirkt.

Der wichtige Prozess der Apoptose wird maßgeblich durch eine begleitende Misteltherapie unterstützt, die damit auch die Maßnahmen der gezielten

Tumorzerstörung oft entscheidend ergänzt. Dadurch und – ganz nebenbei – durch die deutliche Reduktion therapiebedingter Nebenwirkungen spendet sie den Patientinnen und Patienten häufig auch jene Energie, die Therapien gut durchzuhalten, was dann oft sogar höhere Dosierungen der onkologischen Standardtherapie erlaubt.

Das macht sich, klinisch sehr positiv, unter anderem in der Reduktion der häufig quälenden Fatigue (Erschöpfung),

verbessertem Schlaf und Appetit bemerkbar und erhält viele Patienten auch unter belastenden Therapien arbeitsfähig, ja trägt entscheidend dazu bei, dass diese auch Bewegung und sogar Sport machen können.

Die Mistelpflanze ist somit ein wertvoller und preiswerter Helfer der Onkologen, die Therapie kann von jedem Hausarzt durchgeführt werden. Verzichten Sie nicht auf diese wertvolle Unterstützung aus der Natur! ■



Nähere Informationen finden Sie unter:
www.misteltherapie.at

CAR-T-Zelltherapie



Univ.-Prof. Dr. Hildegard Greinix
Klinische Abteilung für Hämatologie
LKH-Universitätsklinikum Graz

FOTO: ZVA

Wofür steht „CAR-T“ und was steckt dahinter?

Chimäre Antigenrezeptor-T-Zelltherapie (CAR-T-Zelltherapie) ist eine neue Form der Immuntherapie zur Behandlung von Leukämien und Lymphomen. Sie beruht auf der gentechnischen Veränderung von bestimmten weißen Blutkörperchen, den T-Lymphozyten. Für die Herstellung werden T-Zellen mittels Leukapherese aus dem Blut des Patienten gewonnen, wobei das gesamte Blutvolumen mehrmals durch ein Gerät (Zellseparator) gefiltert wird. Danach wird in diese weißen Blutkörperchen in einem speziell ausgestatteten Labor ein neuer Rezeptor eingebracht, sodass diese gentechnisch veränderten T-Lymphozyten spezifisch die Leukämie- und Lymphomzellen erkennen, an diese binden können, dabei aktiviert werden und eine Zerstörung der Leukämie- und Lymphomzellen bewirken. Da die T-Lymphozyten mit einem neuen Antigenrezeptor aus verschiedenen Bausteinen, die normalerweise nicht zusammen vorkommen, verändert werden, wird der neue Antigenrezeptor als chimär (abgeleitet vom Mischwesen „Chimäre“, das in der griechischen Mythologie eine Zusammensetzung aus Löwe, Ziege und Schlange darstellt) bezeichnet.

Bei welchen Krebsarten kommt die CAR-T-Zelltherapie hauptsächlich zum Einsatz?

Derzeit sind in Europa nur CAR-T-Zelltherapien von den Arzneimittelbehörden zugelassen, die bei akuten lymphatischen Leukämien bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bis 25 Jahre, bei erwachsenen Patienten mit diffus großzelligem B-Zell-Lymphom und Mantelzelllymphom eingesetzt werden. Sehr bald wird es in Europa auch eine CAR-T-Zelltherapie für Patienten mit wiederkehrendem und nicht auf andere Behandlungen ansprechendem multiplem Myelom geben. Klinische Studien mit CAR-T-Zellen laufen auch bei verschiedenen

anderen Erkrankungen wie akuter myeloischer Leukämie, chronischer lymphatischer Leukämie, anderen Lymphomarten und soliden Tumoren wie dem Prostatakarzinom und Glioblastom.

Was sollten Patienten im Vorfeld wissen? Gibt es bestimmte Befürchtungen, die immer wieder auftauchen?

CAR-T-Zelltherapien sind derzeit von den Arzneimittelbehörden nur für Patienten zugelassen, deren Erkrankung nach mindestens zwei verschiedenen Vorbehandlungen wiederkehrt oder die auf diese Vorbehandlungen in Form von Chemoimmuntherapien nie angesprochen haben. Da diffus großzellige B-Zell-Lymphome eine sehr rasche Wachstumstendenz haben, ist es sehr wichtig, dass die Patienten möglichst bald im Krankheitsverlauf und möglichst rasch in einem CAR-T-Zellzentrum vorgestellt werden, damit diese Behandlung rasch geplant werden kann. In der Regel dauert es vier bis fünf Wochen, bis nach der Sammlung der weißen Blutkörperchen die gentechnisch modifizierten T-Lymphozyten im CAR-T-Zellzentrum eintreffen. Dieser Zeitraum muss so überbrückt werden, dass das Lymphom zurückgedrängt wird und die Patienten möglichst geringe Beschwerden haben und in gutem Allgemeinbefinden bleiben, damit die CAR-T-Zelltherapie nach Eintreffen der Zellen auch durchgeführt werden kann. Ist die Lymphomerkkrankung zu diesem Zeitpunkt nicht stabil, kann es leider vorkommen, dass die Patienten die CAR-T-Zelltherapie nicht mehr erhalten können. Das ist auch der Fall, wenn sie eine aktive Infektion haben, die nicht unter entsprechender Behandlung abgeklungen ist.

Gibt es spezielle Nebenwirkungen bei der CAR-T-Zelltherapie, auf die man achten sollte?

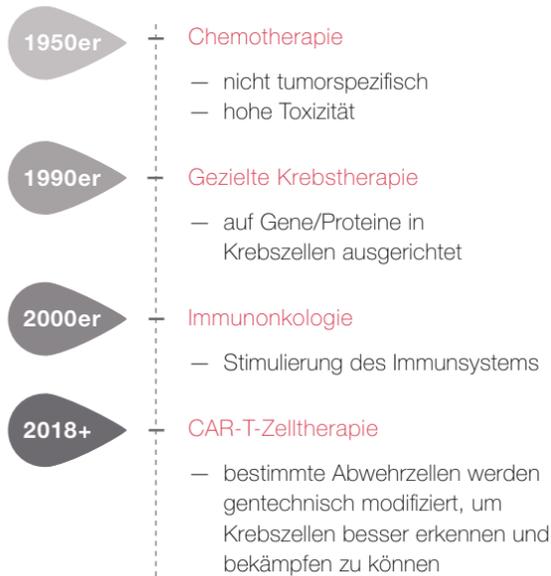
Ein Cytokine Release Syndrome (Zytokinfreisetzungssyndrom, CRS) tritt als akutes bis subakutes Krankheitsbild mit Fieber

nicht infektiöser Ursache, grippeähnlichen Symptomen, niedrigem Blutdruck und Sauerstoffmangel nach Gabe von CAR-T-Zellen auf. Beim CRS handelt es sich um eine Ausschlussdiagnose. Das bedeutet, dass zuerst alle anderen Ursachen für diese Symptome ausgeschlossen werden, bevor eine CRS diagnostiziert wird. Insbesondere infektiöse Ursachen stellen eine wichtige Differenzialdiagnose dar, die eine entsprechende Diagnostik und die zeitnahe Einleitung einer antibiotischen Therapie erforderlich macht.

Daneben können neurologische Beschwerden auftreten, die Immuneffektor-assoziiertes Neurotoxizitätssyndrom (ICANS) genannt werden. Im Rahmen eines ICANS können eine Vielzahl neurologischer Symptome wie Kopfschmerzen, Zittern, Sprachstörungen, Veränderungen des Schriftbildes, Veränderungen des Gemütszustandes oder Agitation einzeln oder kombiniert auftreten. Ein ICANS tritt als vielgestaltiges Krankheitsbild in Erscheinung, das leicht- und schwergradig verlaufen kann und bei dem es sich auch um eine Ausschlussdiagnose handelt. Die Abklärung erfordert immer den Ausschluss neurologischer Nebenwirkungen anderer Ursache. ICANS ist nach dem CRS die häufigste Nebenwirkung einer Therapie mit CAR-T-Zellen. Die Neurotoxizität tritt je nach CAR-T-Zell-Präparat typischerweise fünf bis sechs Tage nach CAR-T-Zell-Gabe auf und weist eine Dauer von im Median sechs bis 17 Tagen auf.

Zur Behandlung des CRS und des ICANS werden je nach Schweregrad intravenöse Flüssigkeit, Sauerstoff über die Nasenbrille, Tocilizumab und Kortison zur Unterbrechung der Zytokinausschüttung eingesetzt. Die Mitarbeiter aller CAR-T-Zellzentren sind auf das Auftreten dieser Komplikationen speziell geschult und wissen daher sehr gut, wann sie Patienten engmaschig überwachen müssen und welche Behandlungen umgehend durchzuführen sind. ■

Meilensteine in der Onkologie



Anwendung der Therapie

CAR-T-Zelltherapien werden nur in eigens zertifizierten Zentren Anwendung finden.

ZERTIFIZIERTE CAR-T-ZENTREN



Die Betroffenen

Das diffus großzellige B-Zell-Lymphom (DLBCL)

ist mit einer Inzidenz von 7/100.000 Einwohnern eine der aggressivsten Formen von Lymphdrüsenkrebs. Unbehandelt versterben die Betroffenen meist rasch an der Erkrankung.¹

Die PatientInnen sind bei Diagnose etwa **60–70** Jahre alt.²

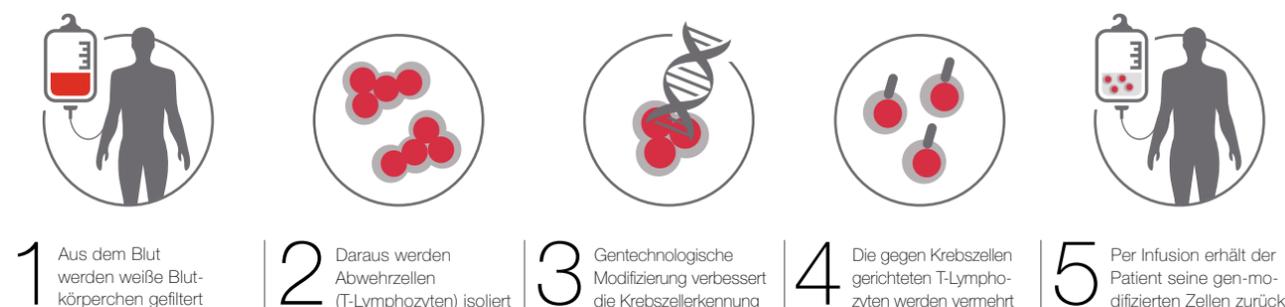
Die Menschen leiden unter einer ausgeprägten Anämie, sind anfällig für **Infektionen** oder neigen zu **Blutungen**.³

Etwa zwei Drittel

der PatientInnen können mit einer Erstlinientherapie geheilt werden. Für ungefähr ein Drittel gibt es aber keine kurativen Optionen. Diese PatientInnen haben eine mediane Überlebensrate von nur ca. 6 Monaten und sind dringend auf neue wirksame Therapien angewiesen.⁴

Neue Option CAR-T-Zelltherapie

Die **CAR-T-Zelltherapie** ist eine vollständig personalisierte Behandlungsmethode. PatientInnen werden eigene Abwehrzellen (sog. T-Zellen) entnommen. Diese werden anschließend im Labor gentechnologisch modifiziert und vermehrt. Anschließend werden diese den PatientInnen wieder reinfundiert, um bestimmte Krebszellen im Körper erkennen und gezielt angreifen zu können.



DIE THERAPIE WIRD NUR 1X VERABREICHT.

Referenzen

- 1 Onkopedia, April 2021; Lenz G., Chapuy B., Glaß B., Keil F., Klapper W., Nickelsen M., Urban N., Schmidberger H., Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom, 17. 5. 2021
- 2 Br J Cancer. 2011 Nov 22; 105(11):1684–92.
- 3 Hohloch K, Zettl F. 2016 Behandlungsstrategie bei Lymphomen im höheren Alter. Internistische Praxis 2016; 56(3): 483–501
- 4 Blood. 2018 Feb 1;131(5):587–588.
- 5 © Manuela Eber

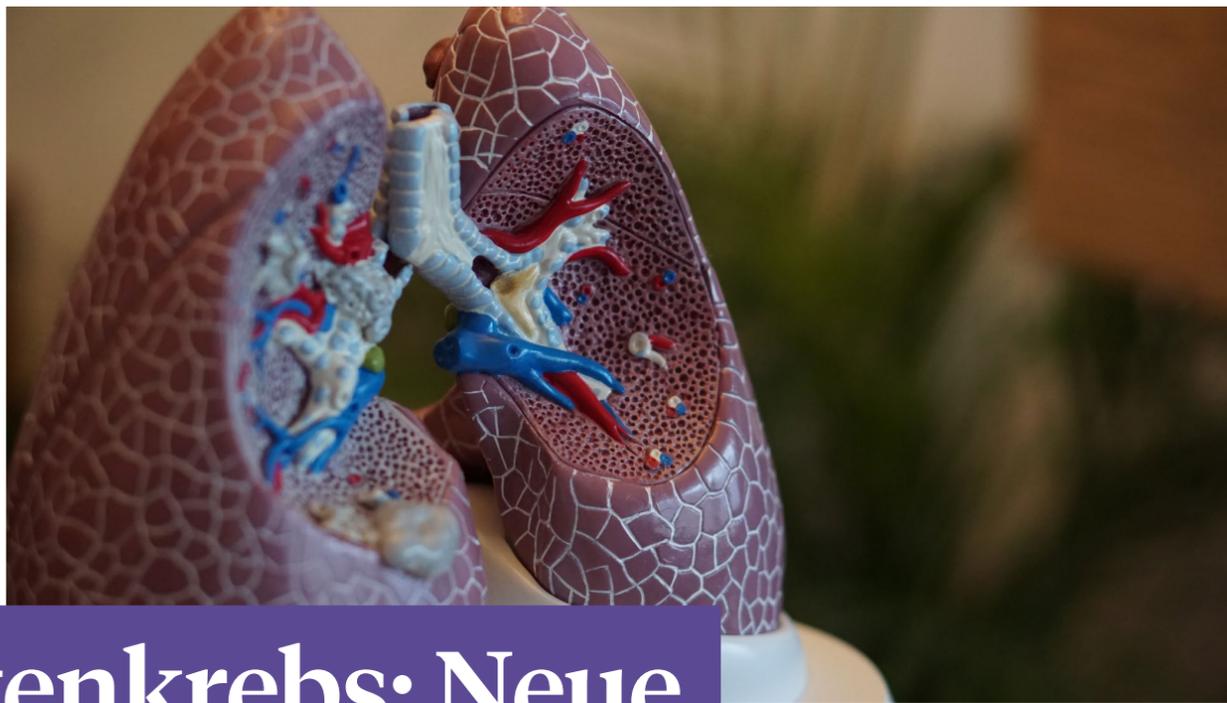


FOTO: ROBINNA WERNER/EIJER UNSPLASH

Lungenkrebs: Neue Behandlungen, altes Risiko

Die Behandlung von Lungenkrebs hat sich in den letzten Jahren auch dank heimischer Forscher(innen) stetig und deutlich weiterentwickelt. Der Risikofaktor ist jedoch derselbe geblieben, erklärt Maximilian Hochmair, Leiter der pneumo-onkologischen Ambulanz der Klinik Floridsdorf.



FOTO: ZVA

Oberarzt Dr. Maximilian J. Hochmair

Leiter der pneumo-onkologischen Ambulanz + Tagesklinik, Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie
Karl Landsteiner Institut für Lungenforschung und pneumologische Onkologie

Wie ist es um die Versorgung von Krebspatient(inn)en in Österreich bestellt?

Das österreichische Gesundheitssystem gehört sicherlich zu den Top-5-Ländern in der Krebsversorgung. Beim Lungenkarzinom gibt es ein sehr enges Zusammenspiel zwischen den Lungenfachärzt(inn)en und den onkologischen Therapiezentren. Es gibt einen sehr guten Zugang zu neuen Therapien und Substanzen. Das trifft auch auf Neuentwicklungen zu, die sich gerade in der Zulassungsphase befinden.

Wie stellt man sicher, dass Patienten wirklich an jenen Therapiestudien teilnehmen, die für sie auch sinnvoll sind?

Das ist die Aufgabe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie der Therapiezentren. Nicht zugelassene Therapien kommen nur dann zum Tragen, wenn die Patienten ansonsten austherapiert sind, das heißt, wenn das gesamte Repertoire an sinnvollen und möglichen Behandlungen ausgeschöpft ist. Manchmal sind Patienten auch bereits zu schwach für zugelassene Therapien. In solchen Fällen kann man dann auch auf nicht zugelassene Therapien zurückgreifen, um die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Wie hat sich die Versorgung der Krebspatienten weiterentwickelt?

Ich habe meine Laufbahn 2002 an der Berliner Charité begonnen. Im Bereich der Lungenkrebstherapie herrschte weitgehend Stillstand. Die Behandlung war stark standardisiert. Mittlerweile schreitet die Entwicklung extrem schnell voran, was ein radikales Umdenken in der Therapie eingeleitet hat.

Wo liegen die großen Neuerungen?

Jede Patientin und jeder Patient ist ein Individuum. Man hat schon immer versucht, die Wünsche der Patienten in der Behandlung zu berücksichtigen. Mittlerweile haben wir aber auch die Möglichkeiten, die Therapie exakt auf die Patienten

abzustimmen. Biomarkeranalysen und die Bestimmung von Rezeptoren helfen dabei, den Tumor genau zu bestimmen, um Ansatzpunkte für eine Behandlung zu identifizieren. Zunehmend wird versucht, diese Bestimmung von Tumorzellen und etwaigen Resistenzen nicht nur durch eine Biopsie des betroffenen Lungengewebes, sondern auch über das Blut zu bestimmen. Das ist eine viel präzisere Bestimmung als früher, wo man nur zwischen kleinzelligen und nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen unterschieden hat. Auf diese NSCLC – non-small-cell lung cancer – entfallen mit rund 85 Prozent auch die meisten Erkrankungen. In dieser Gruppe sind Adenokarzinome am häufigsten, gefolgt von Plattenepithelkarzinomen und großzelligem Karzinom. Gerade bei den Adenokarzinomen haben wir dank Immuntherapie und zielgerichteter Therapie große Fortschritte gemacht.

Was zeichnet die zielgerichtete Therapie aus?

Anders als etwa bei einer Chemotherapie richten sich diese Therapien spezifisch an einen Angriffspunkt des Tumors. Dabei wird jener Rezeptor an der Tumorzelle blockiert, der das Wachstum der Zellen auslöst. Die Therapie lässt sich bei etwa 25 bis 30 Prozent der NSCLC-Patient(inn)en anwenden, die eine solche Treibermutation vorweisen.

Was versteht man unter Immuntherapie?

Manche Krebszellen senden Botenstoffe aus, die die Wirkung des Immunsystems blockieren. Die Abwehrzellen greifen die Krebszellen dann nicht an. Bei der Immuntherapie werden intravenös Antikörper verabreicht, die diesen Mechanismus aushebeln. Der Tumor verliert so seine Tarnkappe und wird wieder vom Immunsystem erkannt und in der Folge bekämpft. Bei rund einem Viertel der Patienten, die eine Immuntherapie erhalten haben, wird die Prognose grundlegend verbessert. Gleichzeitig sind die Nebenwirkungen deutlich



Es gibt in Österreich einen sehr guten Zugang zu neuen Therapien und Substanzen.

geringer als bei einer Chemotherapie. Manche Patienten sind aber resistent gegenüber der Immuntherapie. Der Erforschung dieser bisher unbekanntem Resistenzmechanismen kommt daher eine hohe Priorität zu.

Was bedeutet das für die Patienten?

Gerade im fortgeschrittenen Stadium einer NSCLC-Erkrankung haben sich die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung deutlich verbessert. Umfangreiche Tests im Vorfeld der Behandlung helfen aber nicht nur dabei, passende Therapien zu finden, sondern auch, den Patienten wenig effektive Behandlungen zu ersparen. Es kommen kontinuierlich neue, effektivere Substanzen hinzu. Gleichzeitig lernen wir aber auch immer mehr über die Kombination und den bestmöglichen Anwendungszeitpunkt von Therapien. Ist der Krebs aber bereits metastasiert, können wir nicht heilen, sondern die Patienten nur palliativ begleiten. Hier liegt noch viel Forschungsarbeit vor uns, bis wir hier auch wirkliche Behandlungserfolge vorweisen können. Darum sei auch hier noch einmal darauf hingewiesen, dass viele Lungenkrebs-erkrankungen vermeidbar wären. Fast neun von zehn werden durch das Rauchen ausgelöst. Damit ist Lungenkrebs eine der wenigen Krebserkrankungen, für die sich ein konkretes und auch vermeidbares Risikoverhalten benennen lässt. ■

Text
Werner Sturmberger

Diese Kampagne wird unterstützt von **Boehringer Ingelheim**.
Bei dieser Logoplatzierung handelt es sich um eine entgeltliche Einschaltung.



**Boehringer
Ingelheim**

Ich lebe – denn das Leben ist mir wichtiger als der Tod!

Claudia Havelka (53) hat Brustkrebs. Dieser hat sich in den vergangenen zehn Jahren in ihrem ganzen Körper breitgemacht. Im Interview erklärt die Wienerin, wie sie auch mit der Diagnose „unheilbar“ Spaß am Leben hat.

Text
Doreen Brumme

Frau Havelka, wie geht es Ihnen, haben Sie Schmerzen?

Sie meinen jetzt gerade? Nein. Heute ist ein guter Tag. Meine Hippiekommune (Metastasen) schmerzt nur manchmal. Und selbst wenn – dann stehe ich trotzdem auf und lebe dankbar den Tag, der vor mir liegt. Ich kann es mir nicht leisten, auf jedes Ziepen zu hören. Würde ich auf alle Schmerzen meines Körpers reagieren, dann käme ich vor Sorge nicht mehr zum Denken. Mit Sorgen, Ängsten, gar Hysterie würde ich mir selbst viel an Lebensqualität rauben. Der Spaß am Leben bliebe damit auf der Strecke.

Das heißt, Sie verdrängen Ihren Krebs?

Nein, dafür ist er zu präsent! Ich räume ihm nur nicht die höchste Priorität in meinem Leben ein. Die hat für mich immer noch das Leben selbst. Ich weiß, meine Zeit ist begrenzt, der Tod erwischt mich. Das ist seit meiner Geburt der sicherste Fakt in meinem Leben (lacht). Ich habe aber keine Angst vor dem Tod, die hatte ich auch nicht, als ich noch gesund war. Ich weiß, ich spiele auf Zeit – es ist eben keine Langspielplatte (lacht). Ich gehe abends ins Bett und bin dankbar für das, was ich tagsüber tun konnte. Mein letzter Gedanke vor dem Einschlafen ist: Ich freue mich auf morgen!

Wie erleben Sie Ihre Tage?

Ich lebe von Tag zu Tag. Ich stehe früh auf und gehe recht früh schlafen. Der regelmäßige Ablauf hilft mir. Ich trinke in der Früh meine Tasse Kaffee. Wobei, seit einigen Tagen schmeckt er mir nicht mehr. Gut, dann trinke ich halt Tee. Ich kämpfe nicht gegen meinen Körper, wenn er plötzlich Kaffee verabscheut. Ich gebe nach, hake das ab.

Dann schaue ich, was ich mir für diesen Tag als Ziel setze. Schaffe ich die Schritte zum Aufzug, um die vier Etagen zum

Postkasten zu fahren? Schaffe ich die 50 Meter zum Mistkübel? Wische ich Staub oder lasse ich es? Der ist schließlich morgen auch noch da (lacht). An guten Tagen male ich nach Zahlen oder mache Häkelarbeiten. Das bringt mir große Freude. Und das ist es, was zählt. Ich habe mit dem Häkeln etwas gefunden, was mich dazu bringt, morgens aufzustehen. Angefangen habe ich mit einem profanen Schal. Gerade häkele ich mit großem Spaß Drachen, die verkaufe ich sogar zweimal im Jahr auf dem Markt. So mancher hat mich schon gefragt, warum ich das tue und für wen. Und wenn ich dann antworte, dass die Handarbeit mich glücklich macht, dann schauen die Fragenden oft verdutzt drein. Viele haben in unserer Leistungsgesellschaft verlernt, einfach so Dinge zum Spaß zu tun – das kann sich nur einer wie ich auf dem Abstellgleis leisten ...

Wie meinen Sie das?

Mit der Diagnose Krebs stehe ich plötzlich auf dem Abstellgleis des viel befahrenen Bahnhofs, der für unsere Gesellschaft steht. Die Züge, also die Gesunden, fahren ein und aus wie immer. Nur ich stehe plötzlich abseits und schaue dem Treiben zu. Anfangs nahmen sich die Züge noch die Zeit für ein Schwätzchen mit mir, der Kranken, doch schnell schon lief alles wieder nach Fahrplan. Sie rasen an mir vorbei. Wie sehr ich auch versuche mitzuhalten, ich akzeptiere inzwischen, dass der Krebs mich ausbremst. Ich kann den Fahrplan nicht mehr einhalten, mit mir lassen sich keine verlässlichen Pläne mehr machen.

Reagierte Ihr Umfeld mit derselben Akzeptanz?

Als sie von meiner Diagnose erfuhren, reagierten die Menschen um mich herum entweder, als läge ich schon im Sterben, oder mit dieser für unsere Zeit typischen

lösungsorientierten Haltung, dass gegen jede Krankheit ein Kraut gewachsen sein müsse. Jede Behandlung – ich bin seit vier Jahren nahezu ununterbrochen in Chemotherapie – weckte neue Hoffnung, in mir und bei anderen. Doch Familie und Freunde verkraften es zunehmend schlechter als ich, wenn die Behandlung nicht anschlägt wie erhofft. Sie können mit ihrer Ohnmacht meiner unheilbaren Krankheit gegenüber nicht umgehen. Längst muss ich Trost spenden und Hoffnung auf die nächste Behandlung machen: Wenn's die jetzt nicht gebracht hat, dann bringt's halt die nächste!

Sie leben allein – hätten Sie gerne jemanden an Ihrer Seite?

Ich bin gelernter Single. Ich kann das. Wenn ich allein bin, kann ich mich auch mal hängen lassen, ohne dass immer gleich einer fragt, was los ist. Sicher, manchmal ist es schwer, die Hippiekommune zu ertragen und sich mit den alltäglichen Dingen des Lebens wie Finanzen rumzuschlagen, aber ich bin nicht einsam! Ich habe Familie und Freunde. Und mir ab und an in den Hintern treten, um dies und das zu tun, das kann ich gut selbst (lacht).

Was wünschen Sie sich von Ihren Mitmenschen?

Ich wünsche mir, dass wir ehrlich zueinander sind. Wer mich fragt, wie es mir geht, sollte meine ehrliche Antwort erwarten und sich nicht insgeheim ein oberflächliches „Gut!“ erhoffen. Doch mit meiner Ehrlichkeit können die wenigsten umgehen. Dann fragt mich lieber nicht! Es wäre auch einfacher, wenn Besucher mehr Verständnis dafür aufbrächten, dass ich sie kurz nach der Ankunft bitten muss, wieder zu gehen, weil ich plötzlich nicht mehr kann. Wir müssen wieder lernen, schwach zu sein, Schwäche zuzugeben und zuzulassen. Neuerdings werde ich auf den Wiener Straßen angefeindet, wenn ich meine Fastglätze bedecke. Dann werde ich als eins der „Kopftuchweiberln“ abgestempelt. Wo ist denn die Toleranz der Wiener? Meine Glätze kennt ablehnende Blicke – jetzt kommen diese auch bei Kopftuch, Kapperl oder Haube? Mir geht's längst nimmer um Schönheit. Ich werde mich nicht verstecken, nur weil man mir, anders als zum Beispiel bei einem Diabetiker, meine unheilbare Krebserkrankung ansieht.

Und was wünschen Sie sich für sich?

Ich wünsche mir Kraft für noch viele Tage, auch wenn sie jetzt mit Tee starten (lacht).

Herzlichen Dank, liebe Frau Havelka, dass Sie uns eine Stunde Ihrer Zeit für dieses Gespräch geschenkt haben! ■



FOTO: KREBSHILFE/SABINE HAUSWIRTH
Claudia Havelka
Krebspatientin

AT-4970, 06/2021

Sponsored by Daiichi-Sankyo & AstraZeneca

Daiichi-Sankyo

AstraZeneca

Zwischen Emotion und Wissensvermittlung

Wie Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs umgehen und welche Rolle Behandler(innen) dabei spielen, erklärt Prof. Dr. Marija Balic im Interview.

Auf Basis Ihrer Erfahrung als langjährige Spezialistin: Wie gehen Patientinnen mit der Diagnose um?

Zu Beginn ist es immer ein Schock. Gleichzeitig ist es notwendig, dass sich die Patientinnen mit der Diagnose auseinandersetzen. Die Mehrheit der Patientinnen fasst dann Mut, zusammen mit dem Wunsch nach einem guten Leben mit einer möglichst guten Lebensqualität. Es hängt aber natürlich auch davon ab, welche Brustkrebsart vorliegt. Bei langsameren Erkrankungen gewöhnen sich die Patientinnen zumeist daran, dass sie gut damit leben können und dass sie ihr Leben mit gewissen zusätzlichen Erfahrungen, die die Erkrankung mit sich bringt, meistern können. Bei schnelleren, aggressiveren Erkrankungen ist die Ausgangslage anders – gerade auch wenn die Patientinnen durch Beschwerden eingeschränkt sind. Dann steht das Bekämpfen der Erkrankung als akute Bedrohung im Vordergrund.



FOTO: PHOTO.FURGLER
Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Marija Balic
klinische Abteilung für Onkologie an der Universitätsklinik für Innere Medizin, LKH- Univ. Klinik Graz, Vizepräsidentin der ABCSG (Austrian Breast & Colorectal Cancer Study Group)

Wie sollte die Arzt-Patienten-Kommunikation im besten Fall ablaufen?

Ich versuche einzuschätzen, wo die Patientinnen überhaupt stehen, wie der Informationsstand ist und welche Erwartungen sie haben. Es geht dabei um gutes Zuhören, um dadurch rausfiltern zu können, wie der Wissensstand ist. Das ist wichtig, um die Patientinnen abzuholen und gemeinsam arbeiten zu können.

Das heißt, es geht dabei um ein Ausloten zwischen Emotionen und Wissensvermittlung?

Genau! Bei Patientinnen, die man schon aus früheren Situationen kennt und bei denen es dann zu Metastasierungen kommt, hat man natürlich eine andere Gesprächsbasis als bei primär metastasierten Patientinnen, bei denen man das Thema gleich im ersten Gespräch erfassen muss.

Gibt es psychologische Unterstützung für Patientinnen?

Mittlerweile hat sich die psychoonkologische Begleitung in allen Abteilungen etabliert. Das begrüße ich, weil es Bereiche gibt, die ich als Onkologin nicht abdecken kann. Auch das versuche ich in Gesprächen abzuschätzen, ob Patientinnen für das psychologische Zusatzangebot offen sind.

Welchen Einfluss hat die Corona-Pandemie auf die Situation von Patientinnen?

Die Pandemie hat einen sehr vielfältigen Einfluss. So besteht etwa eine physische Barriere durch den Einsatz von Masken und Abstandsregeln. Dadurch ist ein großes Stück der Empathie gegenüber Patientinnen verdeckt und die Spontanität

der Kommunikation eingeschränkt. Wir haben gelernt, auch mit Masken Empathie und Verständnis vermitteln zu können. Im onkologischen Bereich ist das Verständnis für die Maßnahmen groß, und auch die Akzeptanz für die Impfung ist hoch. Gerade bei Patientinnen mit metastasierten Brustkrebskrankungen spielt natürlich auch die begrenzte Lebenszeit eine Rolle und damit auch der Wunsch nach mehr Freiheit.

Welche inspirierenden Erfahrungen haben Sie vielleicht auch insbesondere im letzten Jahr gemacht?

Inspirierend für mich sind vor allem die zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten und die vergrößerte Palette an Medikamenten, die uns heute zur Verfügung stehen. Wir können heute bei einer Mehrheit unserer Patientinnen bessere Therapien mit weniger Nebenwirkungen einsetzen und ihnen damit auch eine bessere Lebensqualität ermöglichen. Im letzten Jahr habe ich außerdem einige inspirierende Momente erlebt, in denen sich Patientinnen mit schwerstem klinischem Bild dank neuester medikamentöser Ansätze wieder zur Normalität hin entwickeln konnten. Da ist man dann wirklich wieder mit Freude Onkologin! ■



Wie Krebs eine Partnerschaft beeinflusst

Bettina Weidinger und Mag.a Heidemarie König vom Österreichischen Institut für Sexualpädagogik über Sexualtherapie, die Bedeutung von Sex nach einer Krebserkrankung und das Wohlfühlen im eigenen Körper:



FOTO: NADJA MEISTER

Bettina Weidinger
Pädagogische
Leitung des
Österreichischen
Instituts für
Sexualpädagogik
Sexualpädagogin,
Sexualberaterin,
Supervisorin
Leitung Lehrgang
Praxisorientierte
Sexualpädagogik



FOTO: ZVG

Mag.a Heidemarie König
Gesundheits- und
Klinische Psycho-
login, Neurofeed-
backtherapeutin,
Sexualpädagogin,
Sexualberaterin, Leg-
asthietrainerin,
Leitung Lehrgang
Praxisorientierte
Sexualpädagogik

Eingangs mal die allgemeine Frage: Wie läuft eine Sexualtherapie grundsätzlich ab? Sind immer beide Partner in den Sitzungen dabei oder gibt es auch Einzelstunden? Mit welchen Erwartungen sollten die Betroffene und der Partner in die Therapie gehen?

Am Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapien arbeiten wir angelehnt an das Gesundheitsmodell Sexocorporel. Wir gehen davon aus, dass die Art und Weise, wie Menschen ihre Sexualität gestalten, die Folge eines Lernprozesses ist, der mit der Geburt beginnt und mit dem Tod endet. Sexualität ist also Teil eines Menschen und nicht unbedingt nur Teil eines Paares. Wir arbeiten daher in erster Linie mit Einzelpersonen, bieten aber die Möglichkeit von sogenannten Brückengesprächen für das Paar, um einen Transfer von der Einzelberatung in die Paarsituation zu unterstützen. Stellt sich allerdings heraus, dass die sexuelle Fragestellung vor allem die Folge einer Beziehungsproblematik ist, überweisen wir in eine Paartherapie.

Wie beeinflusst eine Brustkrebserkrankung die Partnerschaft? Was sind die häufigsten Probleme, mit denen Paare in einer solchen Situation konfrontiert sind?

Jede schwere Erkrankung ist ein Angriff auf die körperliche Integrität. Brustkrebs löst damit eine Art Körperkrise aus, die das Selbstverständnis im Umgang mit dem eigenen Körper ins Wanken bringt. Menschen, die vor der Diagnose einen sehr guten Zugang zum eigenen Körper hatten, haben es leichter, diese Krise zu bewältigen, als jene, die bereits davor in einer Unsicherheit mit dem Körper waren. Die persönliche Verunsicherung hat unterschiedliche Auswirkungen auf die Beziehung zum Partner beziehungsweise zur Partnerin: Positive Rückmeldungen von außen werden wichtiger, wenn eine Unsicherheit besteht. Befindet sich der Partner aber selbst in einer Überforderung, kann es passieren, dass genau diese notwendigen, stabilisierenden Rückmeldungen ausbleiben.

Hinzu kommt, dass eine Körperkrise zu weniger Berührungskontakt führen kann. Der als krank erlebte Körper wird weder von der Patientin noch von der Partnerin oder dem Partner berührt. Genau das wäre aber wichtig: Durch die Berührung wird Zuwendung und Anerkennung gezeigt. Das klappt nicht immer sofort. Es braucht also auch Zeit, um Eigenberührungen und Paarberührungen wieder zulassen zu können.

Probleme entstehen immer dann, wenn das Paar keine Lösungsschritte für die neue, verunsichernde Situation findet. Dann entsteht Erstarrung. Wichtig ist also, einen Prozess zuzulassen – und genau das benötigt manchmal Unterstützung von außen.

Auch interessant in dem Zusammenhang: Wie individuell sind diese Probleme? Gibt es bestimmte „vorgefertigte“ Lösungswege, die immer wieder zur Anwendung kommen, oder ist es eher so, dass jedes Paar seinen eigenen Weg aus der Krise – sofern man das so bezeichnen kann – finden muss?

Beides. Ganz allgemein lässt sich sagen, dass es für beide Personen wichtig ist, die eigene Betroffenheit allein mit externen Personen zu besprechen. Zusätzlich braucht es sogenannte Inseln der Stabilität und „Normalität“, also Aktivitäten für sich allein, aber auch als Paar, wo sich beide abseits der Erkrankung erleben können. Das kann die Arbeit sein, eine Party oder ein Urlaub. Dafür braucht es aber manchmal einen Input von außen. Die Diagnose kann eine Bündelung von Gedanken auslösen, die sich ausschließlich um die Erkrankung drehen. Das ist auch wichtig, um einen Umgang damit zu finden. Parallel dazu sind die Fragen „Was ist an mir beziehungsweise an uns gesund? Was macht mich/uns glücklich?“ wesentlich. Die Herausforderung liegt darin, die Erkrankung ernst zu nehmen und sich selbst wie auch als Paar als ein Ganzes zu erleben, wo es viele positive Aspekte gibt, aber eben auch die Krankheit. Wie das konkret gelingen kann, was dabei unterstützend wirkt, ist dann wieder sehr individuell.

Bei der Diagnose Brustkrebs fühlen sich viele Betroffene direkt in ihrer Weiblichkeit und Sexualität bedroht. Um es deutlicher zu formulieren: Sie fürchten im Falle einer Brustamputation den Verlust des Frauseins. Wie stark sind Ihrer Meinung nach diese Sorgen gesellschaftlich begründet und wie begegnet man ihnen am besten?

Gesellschaftlich gesehen wird die Entwicklung eines positiven Zugangs zu den eigenen Brüsten gar nicht unterstützt. Das führt bei vielen Frauen dazu, dass die Brüste als Objekte wahrgenommen werden, die in erster Linie einen sexuellen Symbolwert haben. Letzteres wird durch mediale Darstellungen unterstützt. Ein praller, großer Busen ist wichtig, um als Frau gesehen zu werden. Für manche Frauen ist eine Brustrekonstruktion

daher sehr wichtig, weil sie genau diesen Konstruktionen entsprechen möchten, um sich in ihrem Körper wohlfühlen zu können. Das ist absolut legitim und sollte jedenfalls unterstützt werden.

Unabhängig davon, ob eine Rekonstruktion angestrebt wird oder nicht, geht es immer auch darum, den neuen Körper auch als solchen anzunehmen – ganz unabhängig davon, wie dieser aussieht. Das funktioniert natürlich nicht innerhalb weniger Wochen, sondern kann Monate und auch Jahre in Anspruch nehmen. Das Um und Auf ist dabei die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, also weniger das Betrachten im Spiegel, sondern vielmehr das tägliche Berühren und Bewegen des gesamten Körpers. Denn Körperintegrität folgt sehr basalen Prinzipien: Je mehr der Körper sanft und bewusst berührt wie auch bewegt wird, desto leichter ist es für Menschen, diesen Körper zu akzeptieren. Da dies in einer Körperkrise nicht so einfach möglich ist, ist es ratsam, sich dafür Unterstützung zu holen.

2018 hat sich Angelina Jolie als Vorsichtsmaßnahme beide Brüste amputieren lassen. Damit hat sie auf ihr hohes Brustkrebsrisiko reagiert, da ihre Mutter 2007 an Brustkrebs verstorben ist. Wie groß war für Sie die Wirkung dieses Schrittes? Hat das etwas verändert bei Ihren Patientinnen?

Die positive Auswirkung dieser medial sehr wirksamen Maßnahme war und ist mit Sicherheit, dass gesellschaftlich ein größeres Bewusstsein für die Brustkrebsprävention entstanden ist. Irritierend an dieser sehr drastischen Vorgangsweise war die Leichtigkeit, mit der die Brustamputation nach außen kolportiert wurde. Brüste sind, im Idealfall, integrierter Teil des Körpers. Die Auseinandersetzung mit einer möglichen Brustamputation kann in eine sehr starke Krise führen und braucht daher Zeit und Begleitung. Durch die mediale Präsenz bemerkten wir bei manchen Klientinnen, dass sie eigene Ängste und Fragestellungen nicht artikulieren konnten, da sie davon ausgingen, dass diese kein Thema sein dürften. Für die Entscheidung für oder gegen eine Amputation – wie auch für die Verarbeitung einer solchen – ist eine differenzierte Auseinandersetzung auf emotionaler wie auch medizinischer Ebene wichtig. Ziel ist ja, dass die getroffene Entscheidung ein Leben lang als sinnvoller und richtiger Weg erlebt werden kann. ■



Lesen Sie auch:
Eine Brustkrebspatientin und ihr Partner erzählen, wie sie es schaffen, als Team mit der Krankheit umzugehen auf blickaufsie.info

Weitere Infos
www.sexualpaedagogik.at

IHR LEBEN MIT METASTASIERTEM BRUSTKREBS



Handbuch:
Es geht um mich!

Ratgeber:
Sexualität und Brustkrebs

Jetzt kostenlos bestellen oder downloaden auf
www.pfi.sr/ratgeber



Lesen Sie Stellungnahmen Betroffener, entlastende Perspektiven und wertvolle Informationen zu Krankheit, Behandlungsmethoden und Lebensqualität.

www.pfizer.at
Pfizer Corp. Austria GmbH, Wien; PP-ONC-AUT-0321/05.2021



FOTO: CARO STRASNIK



Egal wie du über Krebs sprichst, Hauptsache, du tust es!

Martina Hagspiel spricht hauptberuflich über Krebs. Warum für sie dazu eine ordentliche Portion tiefschwarzer Humor gehört und warum ihre Plattform Kurvenkratzer daher bewusst mit knallbunten Farben arbeitet, erzählt sie im Interview.

Martina, du bist Gründerin von Kurvenkratzer. Kannst du unseren Leserinnen und Lesern erklären, was Kurvenkratzer genau ist?

Kurvenkratzer ist sehr viel. Angefangen hat das Ganze mit meiner Brustkrebs-erkrankung 2010 und der Idee eines Buchprojekts. Wir waren damals eines der ersten Kickstarter-Crowdfunding-Projekte in Österreich. Leider haben wir die Finanzierungsschwelle nicht erreicht, obwohl Weltstars der Fotografie auf unser Projekt aufgesprungen sind. Rückblickend war dieses Scheitern ein riesengroßes Glück, weil wir unsere Idee digital weitergedacht haben. In Videoform haben wir Krebspatientinnen und -patienten sowie Angehörige interviewt und sie erzählen lassen, vor welchen großen Herausforderungen sie gestanden sind oder ob – und das ist tief in der DNA von Kurvenkratzer verankert – daraus vielleicht auch Gutes entstanden ist. Heute ist Kurvenkratzer ein Verein und eine Agentur für digitale Gesundheitskommunikation, die Patientensprache spricht. Wir sind ein freches und buntes Onlinemagazin rund um den Lebensumstand Krebs und beschäftigen uns mit Themen wie Ernährung, Psychologie, Partnerschaft und Sexualität.

Was war deine Intention hinter Kurvenkratzer und was hat sich seit der Gründung verändert?

Es war nicht nur eine Intention, sondern es waren mehrere Beweggründe. Uns ging und geht es einerseits darum, das Thema Krebs in einer emotionalen Herangehensweise zu erklären, und andererseits darum, das Tabu rund um Krebs aufzubrechen. Neu hinzugekommen ist für uns der Bereich der Patient Advocacy, also der Patientenmündigkeit. Alle diese Themen versuchen wir möglichst angstfrei aufzubereiten. Denn Angst beginnt schon im Kopf. Mut übrigens auch.

Der Anlass zu Kurvenkratzer war ja deine eigene Brustkrebs-erkrankung vor zehn Jahren. Wie ging es dir damals und wie geht es dir heute?

Mir war damals nicht bewusst, dass ich es mit einem Tabu zu tun habe. So richtig gemerkt habe ich es erst, als Menschen auf meine Krebsglatze reagiert haben. Das war wie eine Art Sozialstudie. Manche verstanden nicht, warum ich kein Kunsthaar tragen wollte, manche verhielten sich deplatziert und manche reagierten mit Neugierde und sind offen auf mich zugegangen. Letzteres war mir übrigens am liebsten. Ich hatte

damals Angst vor dem Sterben, wusste nicht über meine Rolle als Patientin Bescheid und war, so wie mein Umfeld auch, einfach überfordert. Einer der Gründe für die Entstehung von Kurvenkratzer war daher auch, den drei Dialoggruppen – Patientinnen und Patienten, Angehörige sowie medizinisches Personal – jeweils die andere Perspektive zu zeigen.

Was hat sich für dich persönlich durch deine Krebserkrankung verändert?

Sehr viel. Grundsätzlich geht es mir heute gut, aber ich bin mit Langzeitfolgen wie Fatigue, Knochenschmerzen und geringerer Belastbarkeit konfrontiert. Ich messe heute Dinge wirklich daran, ob sie mich glücklich machen oder nicht, und treffe darauf aufbauend radikalste Entscheidungen. Das wird nicht immer vom Umfeld so gut verstanden. Aber ich weiß nicht, wie lange ich leben werde. Wenn ich den Löffel abgebe, dann immerhin mit wehenden Fahnen.

Was passiert, wenn man den Krebs besiegt hat? Wie macht man weiter, und kehrt man dann einfach zurück in die „Normalität“?

Man geht aus einer Krebserkrankung anders raus, als man reingegangen ist. Es

gibt danach eine neue Art der Normalität, in der du bewusster und aufmerksamer in deinen Beziehungen oder auch bei der Ernährung und der Bewegung bist. Nach den Traumatisierungen der Diagnose und der Therapie entstehen oftmals auch depressive Verstimmungen – das darf man auch nicht ignorieren. Obwohl man vielleicht schulmedizinisch gesehen wieder gesund ist, ist dein Körper gleichzeitig von der Erkrankung gezeichnet und man hat eine Seele mit viel Erfahrung. Die Kombination daraus macht das Leben einfach ein bisschen anders.

Nahezu jeder Mensch hat in seinem Leben entweder selbst oder in seinem Umfeld mit Krebs zu tun. Warum ist es für viele dennoch so ein Tabuthema?

Spannende Frage. Ich habe eine Theorie dazu: Im Volksmund führt Krebs zum Tode, und der wird in unseren Breitengraden stark tabuisiert. Viele Menschen verstehen nicht, dass die meisten Krebspatientinnen



Ich habe das große Glück, in meinem Umfeld Menschen zu haben, die mit einem schwarzen Humor gesegnet sind.

und -patienten überleben und nicht sterben. Denn das ist nach wie vor in unseren Köpfen drin. Mit quasi Todgeweihten zu sprechen, das fällt nicht jedem leicht.

Viele Menschen schweigen vielleicht auch aus Angst, etwas falsch zu machen. Wie ist denn dein soziales Umfeld mit deiner Krebserkrankung umgegangen?

Ich habe das große Glück, in meinem Umfeld Menschen zu haben, die mit einem schwarzen Humor gesegnet sind. Somit haben wir oft über viele Themen, die einfach Angst machen, scherzhaft sprechen können. Vielleicht kennen einige den Irrwicht aus Harry Potter. Der Irrwicht ist ein Schreckensgespenst, das sich in der größten Angst zeigt. Indem man den Irrwicht lächerlich macht, verliert er seine Macht. Diesen Vergleich finde ich grandios.

Warum ist für dich denn generell das Reden über Krebs so wichtig?

Das Gehirn empfindet Schmerz als weniger schmerzhaft, wenn man ihn teilt. Ich wünschte mir, ich wäre früher in die Selbsthilfe gegangen. Mein Umfeld und auch ich, wir hatten alle einfach viel zu wenig Wissen. Fälschlicherweise habe ich immer gedacht, in der Selbsthilfegruppe würden nur jammernde alte Schachteln sitzen. Aber es tut einfach gut, sich mit anderen Erfahrenen auszutauschen. Die Patientenorganisationen haben aufgrund der Corona-Pandemie gerade keine Chance, Selbsthilfe vor Ort durchzuführen, beziehungsweise müssen auf digitale Kanäle ausweichen. Dadurch ist auch der Zugang zu Selbsthilfe barrierefreier geworden. Heute tauschen wir uns über Facebook-Gruppen aus, man kann aktiv daran teilnehmen oder stille



FOTO: ZVG

Beobachterin sein. Das hilft, weil dadurch viele Knock-out-Kriterien auf dem Weg zur sich physisch treffenden Selbsthilfegruppe wegfallen.

Stichwort Corona: Die Pandemie hat vieles auf den Kopf gestellt – auch beim Thema Krebs?

Die Corona-Pandemie hat in der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten vieles ins Arge gedreht. So erfolgen zum Beispiel Arzt-Patienten-Gespräche ohne Begleitpersonen, mit Maske und Mindestabstand. Das ist nicht lustig. Es ist ohnehin schon nicht lustig, aber die Pandemie verschärft die Situation noch einmal. Mittlerweile gibt es auch Studien, die belegen, dass seit der Pandemie weniger Krebsdiagnosen gestellt werden. Das hat damit zu tun, dass die so wichtige Früherkennung leider massiv leidet und nicht mehr so gut funktioniert. Nur weil COVID-19 da ist, heißt das nicht, dass Krebs weg ist.

Heute können Menschen, die mit dem Lebensumstand Krebs leben, auch online über YouTube, Instagram und Co. ihre Geschichten teilen. Wie siehst du das?

Wir arbeiten bei Kurvenkratzer auch mit Krebsbloggerinnen und -bloggern als Role Models. Ich bin sehr dankbar, dass es sie gibt, weil dadurch Krebs menschlich wird. Bei uns können Menschen sich ganz unkompliziert anmelden und drauflosbloggen. Wir wollen diesen einfachen Zugang unterstützen. Es sind ganz erstaunliche Geschichten, die da aus Menschen hervorbekommen.

Ist Kurvenkratzer selbst für dich eines jener Beispiele, dass man auch eine sehr negative Erfahrung in etwas Positives verwandeln kann?

Klar. Ich werde immer wieder gefragt, warum ich mich nach all den Jahren immer noch mit dem Thema Krebs beschäftige und ob ich nicht lieber damit abschließen wolle. In Wahrheit ist das aber ein total schöner Aspekt für mich. Wir haben mit einem coolen Team und vielen Sinnstiftern in unserem Kosmos etwas Wunderbares und Positives geschaffen. Gleichzeitig passiert es in unserem Job aber auch, dass liebe Menschen versterben. Wir kennen harte Schicksalsschläge und müssen damit umgehen. Unser knallbuntes Marketing ist dazu genau der richtige Kontrast.

Euer Magazin ist frech und humorvoll – Humor und Krebs, wie passt denn das zusammen?

Ausgesprochen gut. Denn das ist für mich die größte Ressource, um durch dunkle Zeiten durchzumarschieren. Es darf auch gelacht werden – denn das ist immer wie ein kleiner Kurzurlaub.

Du hostest auch einen Podcast mit dem Namen „Let’s talk about Krebs, Baby!“, in dem du dich unter anderem mit Langzeitfolgen, Sexualität oder dem Tod beschäftigst. Welche Reaktionen hast du bislang darauf erhalten?

Wir erhalten total positive Rückmeldungen! Podcasts sind ein sehr langsames Format, um sich in aller Tiefe mit einem Thema zu beschäftigen und verbindlich zuzuhören. Das eröffnet uns neue Dialoggruppen. Wir laden tolle Gesprächspartnerinnen und -partner ein, die über die Themen möglichst angstfrei sprechen. Wir erhalten sehr viel Lob von unserer Community, aber wir sind ehrlich gesagt auch eine sehr positive Bubble!

Es gibt in Österreich eine neue Allianz von onkologischen Selbsthilfegruppen. Welchen Stellenwert hat für dich der Faktor Vernetzung?

Im Bereich der Patient Advocacy ist bis dato in Österreich noch zu wenig passiert. Das fängt schon im Studiendesign in der Forschung an, geht weiter in politischen Gremien bis hin zum Arzt-Patienten-Gespräch. Es spannt sich also ein breiter Bogen über die gesamte Patient Journey. Es wird zwar oft über Patientinnen und Patienten gesprochen, aber ganz selten mit ihnen. Die Vernetzung von onkologischen Selbsthilfegruppen hat daher den Hintergrund, gemeinsam stärker zu sein und somit auch politische Relevanz zu erhalten. Gemeinsam sind wir stärker und lauter.

Zum Abschluss: Von welcher Frage wünschst du dir, dass sie Menschen mit dem Lebensumstand Krebs öfter gestellt wird?

Gute Frage, aber vermutlich: Wie hättest du denn gerne, dass wir mit der Situation umgehen? Denn das öffnet die Tür für Kommunikation. Schweigen entsteht ja, weil Menschen nicht wissen, was sie tun sollen. Daher lautet auch unser Slogan bei Kurvenkratzer: Egal wie du über Krebs sprichst, Hauptsache, du tust es! ■



Let's talk about Krebs, baby!

influcancer.com



Foto: Wiener Gesundheitsverbund / Agnes Schedl

Diagnose Krebs – was nun?
Wir beraten und begleiten Sie in unseren Kliniken.
Besuchen Sie die Infoplattform des Wiener Gesundheitsverbundes:

www.gesundheitsverbund.at/onkologie



Für die Stadt Wien



Bezahlte Anzeige



Reden ist Gold, Schweigen keine Alternative

Christa Bleyer hat das Herz am rechten Fleck, oft trägt sie es auf der Zunge. Dass sie seit 22 Jahren Krebspatientin ist, hat daran nichts geändert. Denn nur wer darüber redet, kann den Krebs auch bewältigen.



Christa Bleyer
Krebspatientin

FOTO: INES THOMSEN | DAS BIN ICH

Du gehst sehr offen mit deiner Krankengeschichte um. Wie wichtig ist das?

Das ist ganz wichtig. Reden, Dialog, Kommunikation – das ist ein bedeutender Teil des Genesungsprozesses. Für mich spielt der Austausch mit Betroffenen eine große Rolle. Nicht nur über Erfahrungen mit Therapien oder Krankheitsverläufen, sondern auch dann, wenn man einfach nur mal ein liebes Wort braucht. Anderen Krebskranken muss man nicht lange erklären – sie verstehen. In unserer Community pflegen wir einen Austausch auf Augenhöhe – ohne „Sudern“ oder „Jammern“. Das schweißt zusammen und gibt Kraft und Mut. Mir hilft es ungemein, Freundinnen und Freunde zu haben, bei denen ich zu jeder Tages- oder Nachtzeit anrufen kann. Ich sage immer: Ich bin meinem Krebs dankbar. Ohne ihn hätte ich so viele großartige Menschen nicht kennengelernt.

Wie hat sich die Situation durch die Pandemie verändert?

Die Kommunikation übers Handy ist noch wichtiger geworden, weil der direkte Kontakt fehlt und die meisten von uns überwiegend zu Hause sind. Die Leute freuen sich noch mehr, wenn man an ihrem Leben Anteil nimmt. Wenn beispielsweise jemand aus der Community ein Staging (Anm.: Feststellung des Ausbreitungsgrades eines Tumors) hat, dann zittern gut 100 Leute mit und warten aufs Ergebnis. Generell läuft Kommunikation vermehrt über Social Media und Videokonferenzen.

Bedingt durch die Pandemie kann man Angehörige im Krankenhaus nur selten besuchen – meistens einmal die Woche. Gerade darum wäre es wichtig, in allen Krankenhäusern ausreichend schnelles WLAN sicherzustellen – um online kommunizieren zu können. Ohne Besuch fehlt nicht nur der Beistand, sondern auch die Ablenkung. Eine schwierige Situation.

Was braucht es für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung?

Zeit ist ein wichtiger Faktor. Das fängt damit an, dass man eine gefühlte Ewigkeit braucht, um unmittelbar nach der Krebsdiagnose dem Gespräch wieder folgen zu können. Hier wäre es sinnvoll, eine Vertrauensperson mitbringen zu dürfen. Häufig verwenden Ärztinnen und Ärzte auch Fachvokabular – es fällt ihnen schwer, die Krankheit verständlich zu beschreiben. Aber es gibt auch positive Ausnahmen: So hat sich der Chef der Gynäkologie beispielsweise einmal zu mir hingewandt und ist mit mir alle Vor- und Nachteile einer OP durchgegangen. Das ist stets immens bereichernd, wenn sich ein Arzt Zeit für Erklärungen und Fragenbeantwortung nimmt. Weiters sollte Kommunikation in der ärztlichen Ausbildung einen zentralen Stellenwert einnehmen. Mediziner sollten gezielt lernen, aktiv zuzuhören und schlechte Nachrichten behutsam zu überbringen. Oft weiß das Pflegepersonal viel besser als die Ärzteschaft darüber Bescheid, wie es den Patienten geht,

weil sie auch mehr Zeit mit diesen verbringen. Dass es häufig an Zeit mangelt, ist natürlich ein allgemeines Problem des Gesundheitssystems.

Ist Zeit im eigenen sozialen Umfeld auch ein so wichtiger Faktor?

Freunde, die keine Zeit haben, sind keine Freunde. Wenn eines meiner Krebs-Mädels anruft und sagt: „Ich brauche dich“, dann fahre ich hin und bin für sie da. In einer bereichernden Kommunikationssituation ist Zeit kein Thema. Es geht einzig und allein darum, sich zu öffnen und sich zu trauen, jemandem seine Sorgen und Nöte anzuvertrauen. Natürlich muss man sich überlegen, ob das Gegenüber mit dem Gesagten gerade auch umgehen kann. Wenn jemand selbst Sorgen hat, dann möchte ich ihn nicht noch zusätzlich mit meinen Problemen belasten. Ich denke, es ist generell nicht die beste Strategie, alles für sich zu behalten – weder für einen selbst noch für das soziale Umfeld. Gerade in einer Beziehung sollte es möglich sein, dem Partner seine Sorgen und Wünsche anzuvertrauen. Denn oft führt falsch verstandene Rücksichtnahme zu Kommunikationsproblemen.

Deshalb: Redet über Krebs, brecht das Tabu und hilft anderen damit. ■



Ich bin meinem Krebs dankbar. Ohne ihn hätte ich so viele großartige Menschen nicht kennengelernt.



Christa Bleyer ist auch in einem Podcast zu hören. Zu finden unter: Langzeitfolgen x Krebs:

www.influcancer.com/podcast/

Text
Magdalena Reiter-Reitbauer

Sponsored by **Amgen**



Knochenspezifische Therapien bei Brustkrebs

Was Brustkrebs mit Knochengesundheit zu tun hat und welchen Stellenwert dabei die Therapieadhärenz einnimmt, erläutert der Brustkrebsexperte Prof. Dr. Rupert Bartsch.



Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Rupert Bartsch
Facharzt für Hämatologie und Onkologie

FOTO: RICHARDA JOST

Wir sind seit nun über einem Jahr Pandemie mit ganz unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert. Wie sieht die Situation von Krebspatient(inn)en aus?

Viele Krebspatient(inn)en sind aufgrund ihrer Erkrankung verständlicherweise ganz grundsätzlich verunsichert. Die Pandemie trägt nicht unbedingt dazu bei, diese Verunsicherung zu vermindern. Die resultierende doppelte gesundheitliche Bedrohung bedeutet für Krebspatient(inn)en sicherlich eine noch stärkere psychische Belastung als für gesunde Menschen. Im ersten Lockdown hatten viele Menschen mit bereits diagnostizierten Tumorerkrankungen Angst, in die Krankenhäuser zu kommen. Gleichzeitig wurden Therapien unterbrochen oder verschoben. Heute können wir glücklicherweise wieder weitestgehend eine normale Betreuung für unsere Brustkrebspatientinnen anbieten.

Wie sieht es mit der Früherkennung von Brustkrebskrankungen aus?

Speziell im ersten Lockdown und den Wochen danach war ein Rückgang von Screeninguntersuchungen zu beobachten, teils auf Grund unzureichender Ressourcen,

teils weil die Menschen Sorge hatten, Gesundheitseinrichtungen aufzusuchen. Das ist speziell bei aggressiven Erkrankungen, die eine schnelle Intervention notwendig machen, problematisch. Die meisten Brustkrebskrankungen sind aber Gott sei Dank im Vergleich zu Bauchspeicheldrüsen- oder Lungenkrebs weniger aggressiv und wachsen langsamer. Daher hoffe und glaube ich, dass wir im Bereich des Brustkrebses keine katastrophalen Auswirkungen sehen werden. Aber es gab im ersten Lockdown ebenfalls einen Rückgang der Screeninguntersuchungen.

Was bedeutet es für Patientinnen, wenn es zu Metastasen in den Knochen kommt?

Knochengesundheit und Brustkrebs sind eng miteinander verknüpft. Zum einen kann es in der Behandlung von Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs im Frühstadium durch die Antihormontherapie zu einem Abfall der Knochendichte kommen, was wiederum zu Knochenbrüchen im Rahmen der Osteoporose führen kann. Zum anderen sind im Falle eines Rückfalls Absiedelungen in den Knochen, also Knochenmetastasen, vergleichsweise häufig. Glücklicherweise ist das Auftreten von Fernmetastasen nach einer Brustkrebskrankung im Frühstadium heute selten geworden. Wenn es aber zu Metastasen in den Knochen kommt, gilt es, schwere Komplikationen wie Knochenbrüche oder starke Schmerzen zu vermeiden. Daher ist Knochengesundheit in der Behandlung von Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs etwas ganz Zentrales.

Welche Therapien gibt es in diesem Fall?

Wenn Knochenbrüche drohen oder bereits oder aufgetreten sind, können chirurgisch-orthopädische Eingriffe erwogen werden. Außerdem ist eine Strahlentherapie zur Stabilisierung des Knochens möglich. Darüber hinaus behandeln wir betroffene Patientinnen mit speziellen Knochenschutztherapien. Das sind Medikamente, die einerseits schmerzlindernd bei Knochenmetastasen wirken und gleichzeitig das Auftreten von Knochenbrüchen vermeiden, sodass Operationen oder Strahlentherapien gar nicht erst notwendig werden. Betroffenen Patientinnen wird diese Therapie alle vier Wochen verabreicht. Das bedeutet, dass knochenspezifische Therapien auch eine präventive Wirkung haben und darüber hinaus eine Rolle in der Schmerztherapie spielen.

Warum hat die Therapieadhärenz* hier einen besonderen Stellenwert?

Prinzipiell können Therapien natürlich nur wirken, wenn sie auch eingenommen werden. Beim Thema Therapieadhärenz geht es um das Bewusstsein des Therapieeffektes, da nur informierte Patientinnen die Wichtigkeit der Behandlung verstehen können. Gerade für die oralen Antihormontherapien bei Brustkrebs im Frühstadium ist die Adhärenz ganz wesentlich, damit die Therapien auch wirklich wirken können. Aber auch bei metastasiertem Brustkrebs spielt die Therapieadhärenz eine Rolle, etwa bei oraler Chemotherapie, antihormoneller Behandlung, bestimmten zielgerichteten Therapien oder eben Knochenschutzmedikamenten. Gerade diese knochenspezifischen Medikamente

als Zusatz zu Antitumorthérapien sind sehr wichtig, um schwere Komplikationen zu vermeiden.

Das heißt, es ist wichtig, im Gespräch zwischen Behandler(inne)n und Patientinnen zu klären, welche Therapieziele angestrebt werden und wie sich der Weg dorthin gestaltet?

Ganz grundsätzlich ist die Offenheit in der Kommunikation wichtig. So ist für Behandler(innen) von Bedeutung, Patientinnen sowohl die Behandlungsziele zu erklären als auch über Therapien und Nebenwirkungen aufzuklären. Als Aufgabe der Patientinnen könnte man es ansehen, die Behandler aktiv über aktuelle Probleme, die Lebensqualität und Nebenwirkungen zu informieren. Es ist entscheidend, dass Patientinnen mit ihren Behandler(inne)n sprechen und ihre Fragen, Zweifel, aber auch Ängste ausdrücken können.

Was möchten Sie gerne Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs noch mitgeben?

Wir können laufend neue, wirksame Substanzen und Medikamente einsetzen. Es ist uns daher in den allermeisten Fällen gelungen, eine metastasierte Brustkrebskrankung in eine chronische Erkrankung umzuwandeln. Patientinnen können dabei mit einer vergleichsweise guten Lebensqualität rechnen. In den nächsten Jahren werden sicherlich auch noch weitere Substanzen zum Einsatz kommen. Das macht uns Mut, dass dieser Weg der Chronifizierung von Brustkrebskrankungen weiter gelingen kann. ■

*Therapieadhärenz: Das Einhalten der vorgegebenen Therapiezeiten und -dosierungen.



TIPS

Nach dem Krebs gibt's nur eins: Weitermachen!

Mein Krebs kam, wuchs auf meiner Haut, wurde als böse erkannt und chirurgisch entfernt. Doch obwohl er damit weg ist, bin ich ihn nicht los.



Doreen Brumme
Journalistin und Bloggerin

FOTO: KAROLINA DOLEWIZENYI

Als mir mein Arzt im April 2000 die Diagnose malignes Melanom (schwarzer Hautkrebs) eröffnete, veränderte sich mein Leben. Ich war 28, nach der Uni im ersten Job und frisch verheiratet. Ich hatte vor nichts und niemandem Angst. Ich war bereit, die Welt zu drehen.

Der Arzt hatte mir einige Tage zuvor ein plötzlich auffälliges Muttermal von einer Stelle am Bein entfernt, die nie die Sonne gesehen hatte, und es ins Labor geschickt. In Bruchteilen von Sekunden durchlebte ich ein Wechselbad der Gefühle. Der Arzt verfolgte, wie sie sich nacheinander auf meinem Gesicht widerspiegelten. Als die Panik abebbte, wurde ich von Angst durchflutet. Eine Angst, die mich nie wieder verlassen sollte. Ich fragte den Arzt: „Wie soll ich jetzt weitermachen?“ Sichtlich erleichtert ging er zum Sachlichen über. Ich hörte ihn kaum, nickte nur zum Behandlungsplan. „Ich habe Krebs“, sagte ich wenig später erst meinem Mann und dann meiner Mutter am Telefon.

An die Tage bis zur OP, dem sogenannten Sicherheitsschnitt, bei dem das Gewebe um

“

Sie haben Hautkrebs.

das vom Krebs befallene Muttermal ebenso wie der ihm nächstgelegene Wächterlymphknoten entfernt werden sollte, um beide auf Krebszellen und damit auf Zeichen einer Streuung und eventueller Metastasen (Tochtergeschwüre) im Körper hin zu checken, kann ich mich kaum erinnern. Ich erlebte die Zeit wie hinter einer Glaswand, die alles schluckt, was Leben bedeutet: Licht, Lachen, Liebe. Die Welt drehte sich weiter, ich stand still und sah ihr hinterher. Ich spürte eine große Angst.

Am Ende hatte ich Glück. Mein Krebs hatte noch nicht gestreut, eine Chemo blieb mir so erspart. Ich steckte fünf Jahre in einem engmaschigen Nachsorgeprogramm. Bis heute fürchte ich jeden Kontrolltermin, selbst wenn das Sicherheitsnetz an Hautchecks längst grobmaschiger ist. Bis heute werden mir immer wieder Leberflecken

entfernt. Bis heute waren alle ohne Befund. Ich bin mit meinem Krebs durch.

Doch wie das so ist mit dem Leben und Sterben: Wer den Tod einmal traf, ihn weiterziehen sah, ohne ihn begleiten zu müssen, der lebt fortan anders. Ich hinterfragte alle meine Lebensziele, wurde klarer im Entscheiden, was ich wollte und was nicht. Ich entschloss mich, nicht ohne Zweifel, das Größte zu wagen und Mutter zu werden. Nach elf Fehlgeburten habe ich heute vier gesunde Kinder. Ich fülle mein Leben mit Lieblingsmenschen, mit Lieblingsarbeit, mit Lieblingssport, mit Lieblingsbüchern. Ich lebe gesund, verzichte auf Fleisch, trinke und rauche nicht. Die Sonne genieße ich geschützt und wohldosiert. Ich führe mein Leben so, dass es ein neuer Krebs mit mir richtig schwer hätte.

Der Krebs hat mich fürs Leben gezeichnet – und damit meine ich nicht nur die vernarbte Haut. Tief in Herz und Hirn lebt die Angst: Wird es meinem Körper heute gelingen, jede einzelne der Tausenden von Zellen zu vernichten, die das Zeug haben, morgen ein Krebstumor zu werden? Ich hoffe es. Und lebe weiter. ■



Die Journalistin Doreen Brumme lebt mit Mann, vier Kindern und Katze in Hamburg und bloggt als [#motherof4](https://www.instagram.com/motherof4) auf doreenbrumme.de über das Leben einer Großfamilie.

H HUMANOMED ZENTRUM ALTHOFEN
KUR & REHABILITATION



AUSGLEICH FÜR DIE ZEIT NACH DEM KREBS.
ONKOLOGISCHE REHABILITATION IN KÄRNTEN

Als Folge einer Krebserkrankung und Behandlung sind häufig nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die körperlichen Funktionalitäten und das psychische Wohlbefinden stark beeinträchtigt.

Genau hier setzt die Onkologische Rehabilitation an. Alle Therapien zielen darauf ab, körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigungen der Betroffenen weitestgehend zu reduzieren und ihnen eine konstruktive Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgestörungen zu ermöglichen.

Wer kommt zur Onkologischen Rehabilitation?

Die Onkologische Rehabilitation kommt für Patienten in Frage, die ihre primäre Krebsbehandlung – z.B. Operation, Strahlen- und/oder Chemotherapie – abgeschlossen haben.

Komplexes Rehabilitationsprogramm

Die Onkologische Rehabilitation basiert auf drei Säulen: Behandlung organischer Defekte; Überdenken und, wenn nötig, Korrigieren des Lebensstils; psychische Stabilisierung. Viele Tumorkrankten leiden an körperlicher Schwäche, Müdigkeit und Muskelabbau. Bewegungstraining, Gymnastik sowie Ausdauer- und Krafttraining haben nicht nur einen positiven Effekt auf die Muskulatur, sondern auch auf die Psyche.

Ein wichtiger Erfolgsfaktor für die onkologische Rehabilitation ist auch die Interdisziplinarität des Teams, das von onkologisch versierten Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, Psychologen, Therapeuten, Ergotherapeuten, Diätologen, Sportwissenschaftlern und Pflegemitarbeitern getragen wird.

Antrag

Die Kosten für die Onkologische Rehabilitation werden direkt zwischen der jeweiligen Sozialversicherung und dem Humanomed Zentrum Althofen abgerechnet.

Der behandelnde Arzt stellt einen Antrag auf Onkologische Rehabilitation beim zuständigen Kostenträger.

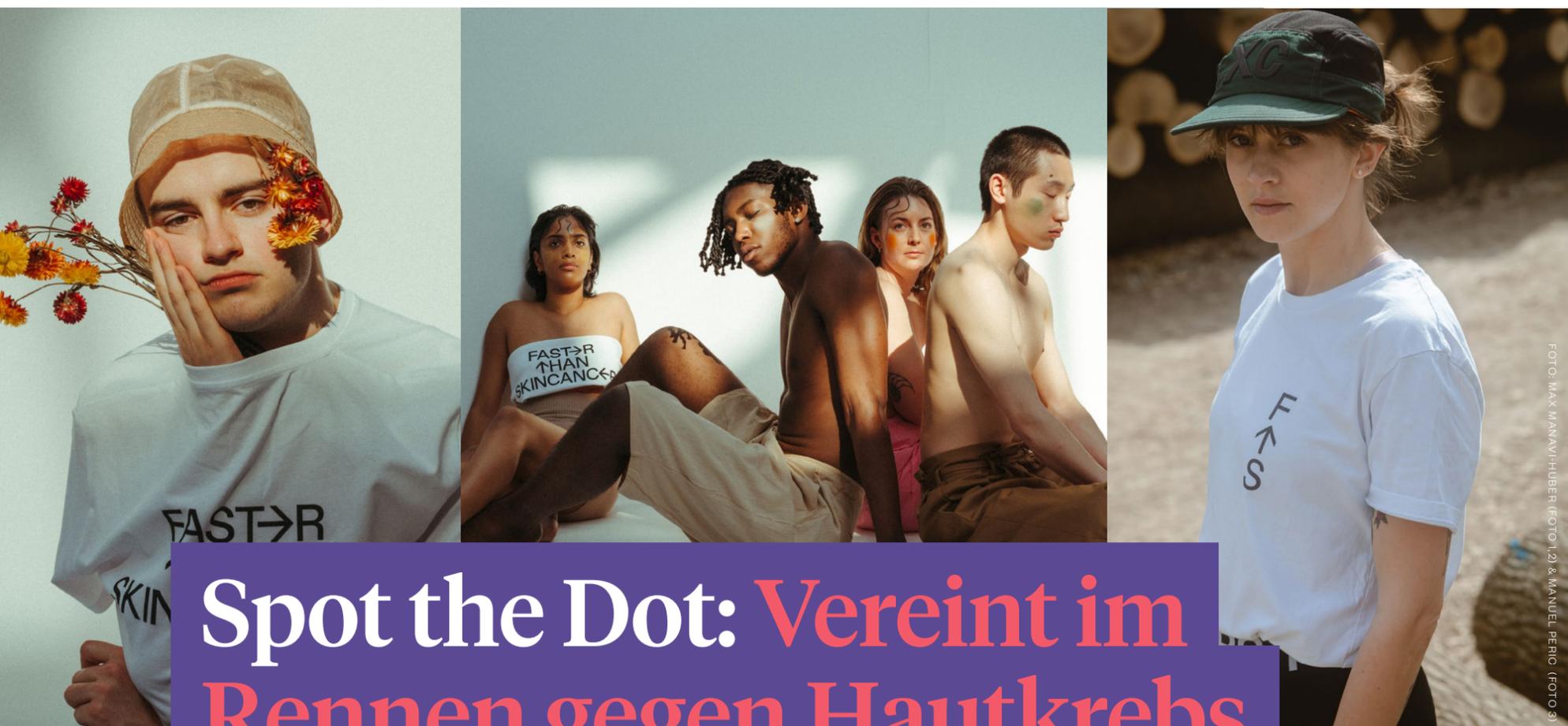


Humanomed Zentrum Althofen – Kärnten

Moorweg 30, 9330 Althofen

T: +43 (0)4262 2071-0 | www.humanomed.at

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015 & QMS-Reha®



Spot the Dot: Vereint im Rennen gegen Hautkrebs

Hautkrebs gehört zu den Top 3 der häufigsten Krebsarten unter jungen Erwachsenen. Viele Menschen beobachten Veränderungen auf ihrer Haut jedoch nicht, obwohl Früherkennung entscheidend sein kann.

Spot the Dot ist ein kleiner Verein, gegründet von Melanompatientin Marije Kruis. Der Verein arbeitet mit Künstlern und Athleten aus der ganzen Welt zusammen, um das Bewusstsein für Melanome und andere Arten von Hautkrebs zu schärfen.

Ziel von Spot the Dot ist es, die Zahl der neu diagnostizierten Hautkrebspatienten zu senken, indem über die Wichtigkeit von Sonnenschutz und Prävention informiert wird.

Gerade bei jungen Menschen gibt es enorme Unwissenheit über Hautkrebs. Sie unterschätzen die Gefahren von ungeschütztem Sonnenbaden und Solarien und wissen oft nicht, dass Hautschädigung, die in jungen Jahren verursacht wird, die Chancen auf Melanome und andere Formen von Hautkrebs im späteren Leben erhöht. „Wenn die Prävention versagt hat, streben wir eine Früherkennung an, indem wir die Menschen dazu ermutigen, Veränderungen auf ihrer Haut frühzeitig zu erkennen“, erklärt Marije Kruis, die den Verein nach

ihrer eigenen Erkrankung vor sechs Jahren gegründet hat.

Spot the Dot hat kürzlich eine neue Aufklärungskampagne gestartet. Unter dem Titel „Faster Than Skincancer – Schneller als Hautkrebs“ informieren Sportler aller Art – unter anderem Snowboard-Olympia- und -Weltcupsieger Benjamin Karl, BMX-Meisterin Irina Sadovnik und Kraftdreikämpfer Alexander Pürzel – gemeinsam mit Patienten und Ärzten über die Risiken einer Hautkrebserkrankung.

Dermatologin und „Faster Than Skincancer“-Botschafterin Dr. med. univ. Amanda Zbyszewski erklärt: „Sehr oft höre ich von meinen Patienten die falsche Einschätzung, dass sie zu jung für Hautkrebs seien. Deshalb finde ich es so wichtig, mit Initiativen wie Spot the Dot auf das Thema aufmerksam zu machen, da die Bedeutung der Prävention und Erkennung von Hautkrebs noch immer unterschätzt wird.“ Unsere Haut habe einen Memory-Effekt, UV-Strahlen und die Anzahl der Sonnenbrände gelten als wichtigster Risikofaktor, so die Ärztin.

Was können Sie tun?

UV-Licht ist der am einfachsten zu vermeidende Risikofaktor für alle Hautkrebs-typen. Aus diesem Grund raten wir allen, ihre Haut vor schädlichem UV-Licht zu schützen.

- Verwenden Sie Sonnencreme mit Sonnenschutzfaktor 30 oder höher
- Tragen Sie schützende Kleidung
- Bleiben Sie im Schatten
- Kinder sollten besonders gut vor Sonne geschützt werden

Untersuchen Sie Ihre Haut jeden Monat von Kopf bis Fuß. Selbstchecks ersetzen NICHT die jährliche Hautuntersuchung durch einen Arzt, ABER sie bieten die beste Möglichkeit, frühe Warnzeichen von Hautkrebs zu erkennen. Falls Sie eine Veränderung an einem vorhandenen Muttermal erkennen oder ein neues verdächtiges entdecken, besuchen Sie einen Arzt. Lassen Sie sich jedes Jahr durch einen Hautarzt untersuchen. ■



Sprechen Sie über das Thema Hautkrebs und folgen Sie Spot the Dot auf Social Media

Instagram:
@spot.the.dot
Facebook:
@spotthedotcampaign
Tiktok:
@spot.the.dot

Wann haben Sie das letzte Mal Ihre Haut überprüft?

Erfahren Sie mehr:
www.spotthedot.org
www.fasterthanskin-cancer.org
Onlineshop:
www.spotthedot.org/shop

SPOT THE DOT

Sponsored by **Pierre Fabre**

#schAUTHin – Initiative zur Hautkrebsfrüherkennung

Hinschauen kann Leben retten

Wenn die Salons nicht gerade geschlossen sind, haben Menschen in Deutschland etwa fünf- bis siebenmal pro Jahr dort einen Termin. Friseurinnen und Friseure haben also regelmäßig einen umfangreichen Blick auf Kopfhaut und Nacken und können daher einen wichtigen Teil zur Früherkennung beitragen, indem sie ihre Kund(inn)en auf Hautveränderungen aufmerksam machen. Aber auch die Hautstellen im Schulter- und Rückenbereich sind alleine – auch mithilfe eines Spiegels – nur schwer einzusehen. Gerade bei Männern sind diese Hautareale häufiger betroffen. Den besten Blick auf diese Stellen haben natürlich Partner(innen), aber eben unter anderem auch Physiotherapeut(inn)en, Masseurinnen und Masseur, Kosmeti-

ker(innen) sowie Sporttrainer(innen). Ein ungenutztes Potenzial, findet Pierre Fabre. Das Unternehmen setzt sich mit der Initiative #schAUTHin für mehr Bewusstsein gegenüber Früherkennungsmöglichkeiten ein. „Durch aufmerksames Hinschauen können viele Berufsgruppen einen enormen Beitrag für die Gesundheit ihrer Kundinnen und Kunden leisten“, erklärt Dr. Kai Neckermann, Business Director Onkologie Deutschland-Österreich-Schweiz bei Pierre Fabre.

Erste Anzeichen frühzeitig erkennen

Ärztinnen und Ärzte kann und soll niemand ersetzen – aber wer anderen regelmäßig auf Kopf, Schultern und Rücken schaut, kann auffällige Veränderungen der Haut erkennen. Was aber sollte beispielsweise ein(e) Friseur(in) tun, wenn ihm oder ihr bei

einem Kunden/einer Kundin ein Pigmentmal auffällig erscheint? „Sollte etwas entdeckt werden, hilft es, offene Fragen zu stellen und den Kunden oder die Kundin so auf die Hautveränderung hinzuweisen“, sagt Prof. Reinhard Dummer, stellvertretender Klinikdirektor an der Klinik für Dermatologie und Leiter des Hauttumorzentrum am Universitätsspital Zürich. Eine gute Frage sei in diesem Zusammenhang: „Kennen Sie dieses Hautmal schon in dieser Form? Hat es sich verändert, juckt oder blutet es?“ Auf diese Weise können die Betroffenen motiviert werden, einen Dermatologen oder eine Dermatologin zurate zu ziehen. Auch Kund(inn)en können selbst aktiv darum bitten, dass schwer einsehbare Stellen bei dieser Gelegenheit einmal genauer in Augenschein genommen werden. ■



Weitere Informationen
www.schauthin-hautkrebs.de

www.facebook.com/schauthin.hautkrebs



Pierre Fabre

SCHAUTHIN

Aus dem Leben mit Helden des Krebsalltags

Der Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie, Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe, über das Leben mit der Diagnose Krebs und darüber, warum das neue Auto vor der Tür eigentlich nichts wert ist.



FOTO: ZVG

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hilbe
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie

Herr Primarius Hilbe, wie erleben Sie den Alltag mit Krebspatienten?

Die Diagnose Krebs ist immer eine besondere Erfahrung, ist sie doch die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit. Die Reaktion der Menschen darauf fällt aber sehr unterschiedlich aus. Von Angst, Wut und Ablehnung bis zur Depression ist alles mit dabei. Auch wird der Krebs oft verdrängt, zumindest zu Beginn. Wir erleben die ganze Bandbreite der Psychologie einer Stressbewältigung. Fakt ist, dass man in der Onkologie immer wieder Patienten erlebt, die eine unglaubliche Kraft haben – die natürlich auch am Leben hängen und die viel investieren und auf sich nehmen, um leben zu können.

Wie ist das Verhältnis zwischen Patienten und behandelnden Ärzten?

Es herrscht eine hohe Interaktion auf einer empathischen und auch auf einer Vertrauensebene zwischen den beiden Parteien. Schließlich geht man gemeinsam über eine oftmals lange Strecke. In der Onkologie begleiten wir unsere Patienten langfristig – von der meist schockierenden Erstdiagnose über die Schritte einer Behandlung, die Suche nach dem richtigen Therapieweg für den Patienten bis hin zur letzten Lebensphase, in der nicht mehr die Tumorthherapie im Vordergrund steht, sondern primär die Kontrolle von Tumorsymptomen, wie etwa Schmerzen. Ich kenne viele Patienten, die

wirkliche Helden sind. Es ist oft unglaublich, mit welcher Geduld, mit welcher Kraft und mit welchem Lebenswillen sie ihre Krankheit ertragen. Man sieht in solchen Extremsituationen, wozu viele Menschen imstande sind.

Ist es eigentlich möglich, dem Krebs auch mit einer positiven Einstellung zu begegnen?

Ein wichtiges Thema ist die Möglichkeit nach der Therapie im Krankenhaus wieder in den Alltag zurückzufinden und nicht das ganze Leben von der Diagnose Krebs bestimmen zu lassen. Ich glaube, es ist ganz wichtig, den Krebs zwar als Begleiter zu akzeptieren, aber auch die kleinen Dinge des Alltags wichtig zu nehmen. Für viele Betroffene führt die Krebsdiagnose zu einer Lebensstiländerung oder zu einer anderen Fokussierung im Leben. All das kann man durchaus als positiven Nebeneffekt sehen und zum eigenen Vorteil nutzen.

Was wünschen sich Menschen, die kritisch krank sind?

Wenn man Gesunde fragt, was sie im Krankheitsfall machen würden, sagen die in der Regel immer, sie würden eine Weltreise machen oder ein tolles Auto kaufen. Wenn man aber mit Krebspatienten redet, erfährt man, dass ganz andere Dinge wichtig sind. In der Früh aufzustehen, gemütlich einen Kaffee zu trinken, Zeitung zu lesen und mit

den Liebsten Zeit zu verbringen, wird als viel wesentlicher und wichtiger erachtet als eine große Reise oder ein Sportwagen. Schwer kranke Menschen suchen den Alltag, nicht das Außergewöhnliche. Daran erkennt man, welchen Stellenwert scheinbar normale Dinge haben können. Darüber sollte man sich auch als Gesunder Gedanken machen und versuchen, etwas für das eigene Leben zu lernen.

Was können Angehörige tun, um Betroffenen Mut zu geben?

Wichtig ist, einfach da zu sein. Wenn intubierte Patienten auf der Intensivstation Besuch ihrer Angehörigen bekommen, beobachten wir oft, dass der Puls ruhiger wird und der Blutdruck sinkt. Auch Patienten im Sterbebett spüren, dass jemand Vertrautes da ist. Die alleinige Anwesenheit von Angehörigen entspannt die Betroffenen. Man muss als Angehöriger gar keine klugen Ratschläge von sich geben oder ununterbrochen reden. Einfach nur da zu sein, hilft am meisten.

Gibt es besondere Herausforderungen im Krebsalltag seit Corona?

Seit der allgegenwärtigen Corona-Pandemie leiden Krebspatienten unter doppelter Angst: der Angst vor der Krebserkrankung an sich und der Angst, sich als Teil einer vulnerablen Gruppe mit Corona anzustecken und daran vielleicht sogar zu versterben. Das führt dazu, dass sich Patienten stark zurückziehen, um das Ansteckungsrisiko zu verringern. Aber gerade in einer schwierigen gesundheitlichen Situation ist diese psychosoziale Isolation besonders schlecht. Hinzu kommen teilweise verschobene Operationen und schlechterer Zugang zu einer Früherkennung. All das wirkt sich ausgesprochen negativ auf den Alltag von Krebspatienten aus.

Was möchten Sie Betroffenen, Ärzten, Pflegern oder Angehörigen mitgeben?

Man lernt im jahrzehntelangen Umgang mit Krebspatienten eine wichtige Sache: Es ist nicht entscheidend, wie lange ein Leben grundsätzlich ist, sondern dass man die Zeit, in der man lebt, mit Inhalten füllt. Man lernt auch, das Hier und Jetzt bewusster wahrzunehmen und auch im Jetzt zu leben. Das Verschieben von Dingen in eine vage Zukunft kann schnell schiefgehen. Sich bewusst Zeit für seine Mitmenschen, seine Familie und Freunde zu nehmen, ist wichtig. Und was man sich auch vor Augen führen sollte: Am Ende des Tages zählt das Materielle nicht. Nur Beziehungen zu anderen Menschen bleiben übrig. Wer begleitet mich am Krankenbett? Das neue Auto vor der Tür hilft mir dann gar nichts. ■

Text
Lukas Wieringer

OeGHO
Österreichische Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie

Sponsored by **Kepler Universitäts Klinikum**

Kepler
Universitäts
Klinikum

Überzeugende Erfolge in der Kinderonkologie

Jährlich erkranken in Oberösterreich circa 50 Kinder und Jugendliche neu an Krebs. Am häufigsten werden Leukämien, Tumoren des Gehirns und des Rückenmarks sowie Lymphknotenkrebs diagnostiziert. Jede Krebserkrankung für sich ist selten, in Summe trifft es aber einen von 300 jungen Menschen zwischen ein und 20 Jahren.



FOTO: KUK

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Högl
Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am Kepler Universitätsklinikum

Zum Versorgungsspektrum der Kepler Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde gehören grundsätzlich alle Kinderkrebsarten, zu besonderen Behandlungsschwerpunkten zählen unter anderem Leukämien, Lymphome und Hirntumoren. Im Bereich der Diagnostik sind unsere Kinderonkolog(inn)en international vernetzt, um schnell und mit höchster Qualität Gewebeproben auf ihre Bösartigkeit untersuchen zu lassen. Alle Kinder werden in großen Netzwerkstudien behandelt, in denen neue Therapien zum Einsatz kommen, um noch bessere Heilungschancen zu erreichen.

Hohe Heilungsrate durch intensive Forschung

Die Erfolge stetig verbesserter Behandlungsstrategien sind beeindruckend. Derzeit liegen die Heilungschancen bei Kindern mit der Diagnose Leukämie bei 90 Prozent und bei allen anderen Tumoren kumulativ bei 80 Prozent. An der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde laufen aktuell über 30 internationale Behandlungsstudien,

deren Ansätze sehr vielversprechend sind und deren Ergebnisse kontinuierlich die tägliche Versorgung verbessern.

„Wir glauben an Fortschritt durch Forschung. Die Kinderonkologie Europas hat als erstes erkannt, dass wir seltene Krankheiten nur durch gemeinsame klinische Forschung besser behandeln können. Heute können wir praktisch jedem Kind mit einer Krebserkrankung die Teilnahme an einer internationalen Therapiestudie anbieten. Die Ergebnisse dieser Studien haben es uns ermöglicht, immer höhere Heilungsraten zu erzielen“, sagt Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Högl, der Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde.

Für die Eltern ist es natürlich wichtig, dass ihre Kinder kindgerecht und allumfassend nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen betreut werden. Der Fokus auf die Kinder und eine Betreuung in jeder Alters- und Lebensphase ist am Kepler



FOTO: OÖ KINDER-KREBS-HILFE

Uniklinikum ein besonderes Anliegen. Eine Chemotherapie kann über einen langen Zeitraum notwendig sein. Dieser Umstand erfordert viel Geduld, Verständnis, Einfühlungsvermögen und emotionalen Beistand für die gesamte Familie. Das Pflegeteam auf der Onkologie ist sowohl in den pflegerischen Kernkompetenzen wie auch in den Kompetenzen der medizinischen Versorgung spezialisiert ausgebildet und für die Familien da. ■

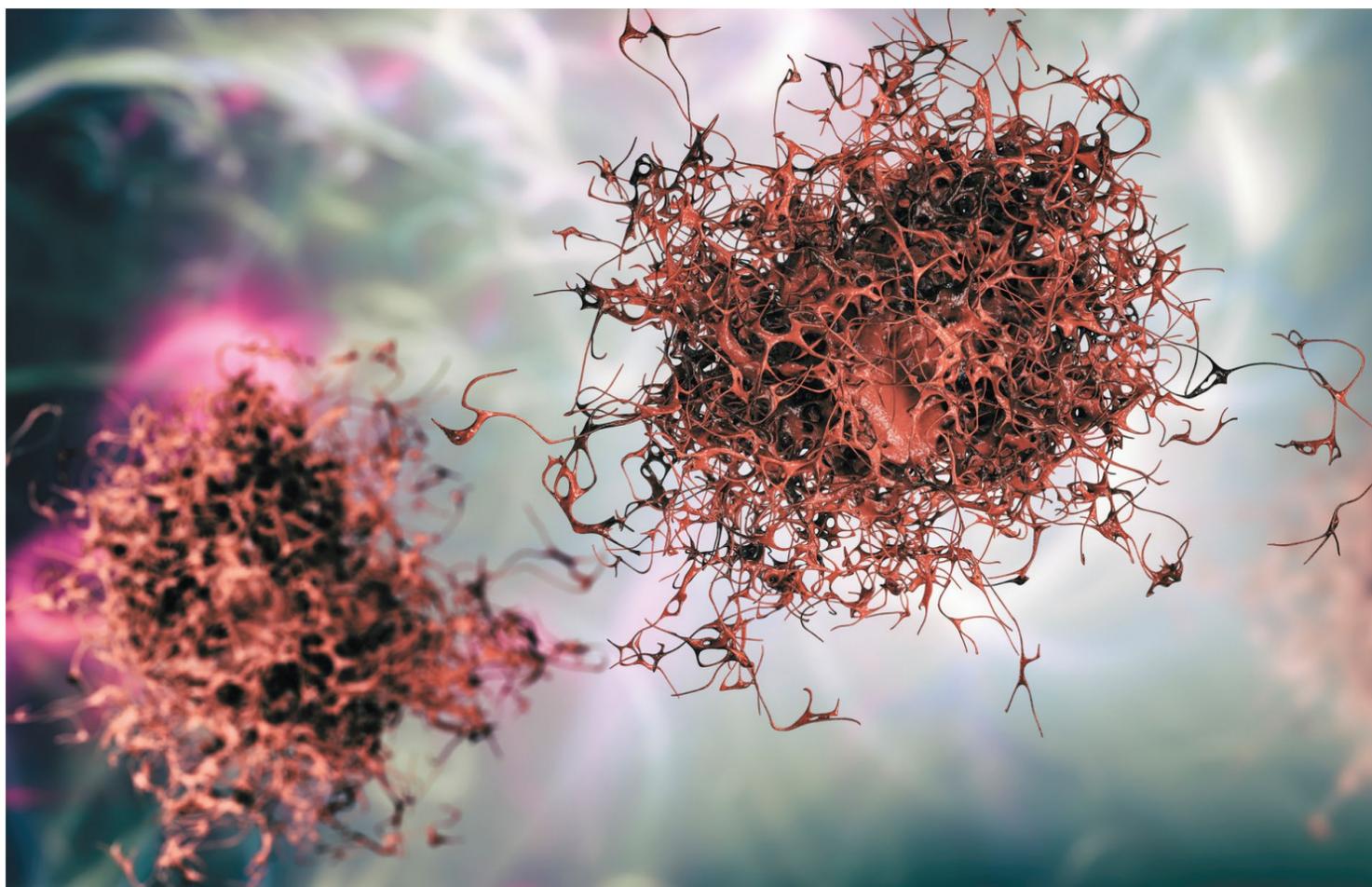


FOTO: GETTY IMAGES

Illustration einer Krebszelle

65.000 Männer in Österreich leiden an Prostatakrebs

Wird die Tumorerkrankung früh erkannt, stehen die Chancen auf Heilung gut. Der Urologe Anton Ponholzer rät darum zur regelmäßigen Prostatauntersuchung.



FOTO: ZVW

Prim. Priv.-Doz. Dr. Anton Ponholzer
Gastprofessor für Urologie an der Medizinischen Universität Wien und Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Andrologie und Urologie

Wie gut wissen Männer über die Prostata Bescheid?

Ich habe den Eindruck, dass die Prostata ein Organ ist, über das die meisten Männer nur wenig wissen. Weder was sie macht noch wo sie liegt. Dabei ist sie ein wichtiger Teil des Fortpflanzungssystems und auch jenes Organ, bei dem die häufigste Tumorerkrankung bei Männern auftritt.

Welche Risikofaktoren gibt es?

Das ist einerseits das Alter – bei rund jedem dritten Mann im Alter über 70 Jahre findet man ein Karzinom – und andererseits die familiäre Veranlagung: Hat man einen direkten Verwandten, der an einem Prostatakarzinom erkrankt ist, dann erhöht sich das Risiko um etwa 50 Prozent. Wir wissen zudem, dass der Lebensstil eine Rolle spielt. In Asien erkranken Männer seltener daran. Es ist aber schwierig, daraus konkrete Risikofaktoren abzuleiten. Das wichtigste Instrument in der Vorbeugung ist die Vorsorge und weniger der Lebensstil. Darum sollte man ab 45 Jahren regelmäßig zur Untersuchung, bei familiären Vorerkrankungen schon mit 40.

Dennoch gibt es auch Kritik an der Vorsorgeuntersuchung.

Mit der Vorsorgeuntersuchung lässt sich die Sterblichkeit um mindestens 30 Prozent senken. Man entdeckt dabei aber auch Karzinome, die zu keiner Erkrankung führen. Das Prostatakarzinom entwickelt sich in den allermeisten Fällen sehr langsam. Da

es überwiegend im fortgeschrittenen Alter auftritt, versterben Patienten häufig damit, aber nicht daran. Mittlerweile wird darum konservativer behandelt: In vielen Fällen wird beobachtet und seltener operiert.

Wie verläuft die Diagnose?

Das Mittel der Wahl ist die Bestimmung des PSA-Werts. PSA ist ein Enzym, das in der Prostata gebildet wird und im Blutserum gemessen werden kann. Bei Männern mit einem Karzinom gelangt das Enzym vermehrt ins Blut. Der PSA-Wert kann aber auch aus anderen Gründen, etwa bei einer Entzündung der Prostata, erhöht sein. Deshalb wird bei einem auffälligen Wert die Untersuchung nach ein paar Wochen wiederholt. Zur Abklärung greift man auch auf die Tastuntersuchung der Prostata zurück oder auf bildgebende Verfahren wie die Magnetresonanztomografie. Findet man auffällige Herde, dann wird biopsiert.

Was passiert, wenn ein Karzinom entdeckt wird?

Wird ein Karzinom entdeckt, muss es bewertet werden: Ist es ein fortgeschrittener Tumor oder nicht? Ist der Patient ein junger gesunder Mann oder bereits älter? Die meisten Tumoren werden mittlerweile in einem frühen Stadium entdeckt. Ist der Tumor klein und wächst sehr langsam, kann es ausreichen, das Karzinom zu überwachen. In anderen Fällen ist das Mittel der Wahl die operative Entfernung der Prostata. Die Operationstechniken haben sich in den

letzten Jahren stark weiterentwickelt – bis hin zu roboterassistierten Verfahren. Eine Alternative stellt die Bestrahlung dar. Beide Verfahren sind sehr sicher. Bei fortgeschrittenen Erkrankungen wird zusätzlich medikamentös behandelt.

Welche Fortschritte gab es in den letzten fünf Jahren?

Sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Therapie hat man große Fortschritte gemacht. Mittlerweile zieht man zur Diagnose der Prostata immer ein MRT heran. Das liefert bessere Ergebnisse als die Computertomografie oder die Knochenszintigrafie. Die roboterunterstützten Operationstechniken haben dazu geführt, dass man Patienten schneller wieder aus dem Krankenhaus entlassen kann und diese schneller wieder am Berufsleben teilnehmen können. Auch bei den Medikamenten gibt es neue Therapieansätze, die dann greifen, wenn der Tumor bereits fortgeschritten ist oder wiederkommt.

Was würden Sie Männern raten?

Wir können den meisten Patienten wirklich helfen, vor allem dann, wenn der Krebs früh erkannt wird. Die Methoden, egal ob bei Operation oder Bestrahlung, sind heute viel feiner als noch vor 20 Jahren. Mein Appell ist daher, zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen und sich so Leid und Sorgen zu ersparen. Es ist auch keine unangenehme Untersuchung und sollte schon gar kein Tabuthema sein. ■

Text
Werner Sturmberger

Diese Kampagne wurde unterstützt von **Bayer**.
Bei dieser Logoplatzierung handelt es sich um eine entgeltliche Einschaltung.



PP-NUB-AT-0122-106/2021

Kopf-Hals-Tumoren

Der Onkologe und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kopf- und Halstumoren, Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Thorsten Füreder, spricht über die Wichtigkeit der HPV-Impfung und erklärt, was Michael Douglas mit Sigmund Freud gemeinsam hat.



FOTO: IAN DOOLEY VIA UNSPLASH



FOTO: FELIOTAS MATERN

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Thorsten Füreder
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kopf- und Halstumoren

Herr Prof. Füreder, was muss ich mir grundsätzlich unter Kopf-Hals-Tumoren vorstellen?

Unter den Sammelbegriff fallen viele Tumoren, landläufig meint man aber meistens Plattenepithelkarzinome im Kopf-Hals-Bereich. Darauf entfallen etwa 90 Prozent. Klassisch sind Karzinome in der Mundhöhle, im Rachen und am Kehlkopf. Aber natürlich gibt es auch seltene Formen wie etwa Speicheldrüsentumoren oder Melanome am Kopf.

Warum fasst man all diese unterschiedlichen Formen unter dem Oberbegriff zusammen?

Das hat historische Gründe. Früher hat man die Tumorbilogie ja noch nicht gut gekannt und primär die Lokalisation gemeint. Andererseits muss man schon sagen, dass Tumoren von der Mundhöhle bis zum Kehlkopf vieles gemeinsam haben. Etwa die Risikofaktoren.

Welche wären das?

Primär das Rauchen und langjähriger Alkoholabusus. Wobei man gerade auch bei den Zungengrund- und Gaumenmandelkarzinomen erkannt hat, dass in ihrer Entstehung eine Infektion mit dem humanen Papillomavirus eine entscheidende Rolle spielen kann. Kommen dann noch Alkohol und Rauchen mit dazu, steigt das Risiko weiter an. Aber grundsätzlich gibt es diese zwei Gruppen an Risikofaktoren, nämlich Alkohol-/Nikotinabusus oder eben HPV.

Mir schießt da spontan der Name Michael Douglas in den Kopf. Bin ich da richtig?

Ja, Michael Douglas ist ganz sicher der Prototyp eines Betroffenen, vereint er doch alle Risikofaktoren in sich: Rauchen, dem Alkohol nicht abgeneigt, wobei er selbst eine HPV-Infektion als Ursache bezeichnet hatte. Als Österreicher sollte man eigentlich auch Sigmund Freud im Kopf haben. Denn

er ist mit einem Mundhöhlenkarzinom verstorben.

Wie häufig treten Kopf-Hals-Tumoren auf?

Wir haben in Österreich ungefähr 1.200 Neuerkrankungen im Jahr, weltweit ist es die sechsthäufigste Tumorart. Sprich, es tritt bei Weitem nicht so häufig auf wie Brustkrebs oder Lungenkrebs, aber wirklich selten ist es auch nicht.

Wie gefährlich sind Kopf-Hals-Tumoren?

Es kommt, wie so oft, sehr auf das Tumorstadium an. Eine Besonderheit bei den Kopf-Hals-Karzinomen ist, dass sie bei der Erstdiagnose sehr selten fernmetastasieren sind. Metastasen im Halsbereich kommen zwar öfters vor, meist sind es schmerzfreie Schwellungen, aber es ist trotzdem noch ein heilbares Stadium. Wobei wir bei der Gefährlichkeit unterscheiden müssen zwischen HPV-positiven und HPV-negativen Tumoren. Denn HPV-positive Tumoren haben eine bessere Prognose als HPV-negative Tumoren. Wenn man aber mit einem HPV-positiven Tumor raucht oder übermäßig Alkohol trinkt, macht man sich die gute Prognose wieder zunichte. Und natürlich hängt es auch vom Stadium ab. Grundsätzlich sind die Rückfallraten in höheren Tumorstadien recht hoch. Bei etwa vier von zehn Patienten kommt der Tumor zurück.

Warum sind Rauchen und Alkohol solch große Risikofaktoren?

Tabakrauch und hochprozentiger Alkohol sind ja grundsätzlich krebserregend. Und auch wenn beides quasi nur auf der Durchreise in Lunge und Magen ist, kommt die empfindliche Schleimhaut im Rachenbereich damit in Kontakt. Wenn Rauchen einen Risikofaktor für Lungenkrebs darstellt, warum soll es eine Etage höher im Kehlkopf nicht auch krebserregend sein?

Wenn ich Ihren Ausführungen folge, bekomme ich den Eindruck, dass Kopf-Hals-Tumoren männlich sein dürften, oder?

Ja, sie treten primär bei Männern auf. Wir haben ein Verhältnis von sechs zu eins. Aber der Grund dafür ist noch nicht völlig geklärt. Warum es bei HPV-Infektionen etwa vor allem die Männer betrifft, ist nicht klar. Andererseits haben wir lange Latenzzeiten. Die Grundsteine für heutige Kopf-Hals-Tumoren wurden meist schon vor Jahrzehnten gelegt. Vielleicht ändert sich dieses einseitige Verhältnis auch in Zukunft. Denn beim Nikotinabusus holen die Frauen in Österreich stark auf.

Tritt es eher bei älteren Menschen auf?

Auch da haben wir wieder zwei Gruppen. Kopf-Hals-Tumoren, die durch Alkohol und Rauchen gefördert werden, betreffen eher die Gruppe 65 plus. Die von HPV-assoziierten Tumoren Betroffenen sind durchaus etwas jünger, teilweise deutlich unter 60.

Wie sieht eine Therapie aus?

Eine Therapie muss immer interdisziplinär erfolgen. Und natürlich kommt es auch auf die Patientenwünsche an. Mancher Patient will sich keinesfalls operieren lassen, denn chirurgische Interventionen im Halsbereich sind für den Patienten in mehrerer Hinsicht einschneidend – etwa wenn ein Teil der Zunge oder der gesamte Kehlkopf entfernt werden muss. Mittlerweile hält auch die Immuntherapie Einzug bei Kopf-Hals-Tumoren, gerade bei Rückfällen. So kann es uns gelingen, den Tumor quasi zur chronischen Krankheit zu machen.

Abschließend noch zum Stichwort HPV-Impfung ...

Genau! Wir sehen, dass die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs wirkt, die Zahlen gehen zurück. Die HPV-positiven Kopf-Hals-Tumoren bei Männern aber nehmen zu. Sprich, es ist auch wichtig, Buben zu impfen. ■

**Chronische Wunden im Mundbereich?
Ungeklärte Halsschmerzen?
Schluckbeschwerden?**

Auch in dieser herausfordernden Zeit sind es Tabak und Alkohol, die Kopf-Hals-Tumore begünstigen. **Gehen Sie zum Arzt!**



Gebündelte Kräfte für mehr Selbsthilfe



Elfi Jirsa und Helga Thurnher beim Tierpark Herberstein 2017

Zwei Frauen, eine Mission: die Selbsthilfe in Österreich zu stärken. Ein Interview mit Helga Thurnher von der Selbsthilfe Darmkrebs und Elfi Jirsa von der Myelom- und Lymphomhilfe Österreich.

Frau Thurnher, Frau Jirsa, Sie haben beide langjährige Erfahrung in der onkologischen Selbsthilfe. Wie sehen Sie die Entwicklung in den letzten Jahren in Österreich?

Helga Thurnher: Gemeinsam mit dem Onkologen meines Mannes haben wir 2004 die Selbsthilfe Darmkrebs gegründet und damit absolutes Neuland betreten. Am Anfang wurden wir vor allem von älteren Ärzt(inn)en belächelt und nicht so wahrgenommen, wie es heute der Fall ist. Denn in den letzten Jahren hat sich sehr viel verändert! Wir werden anerkannt und auch die Medien haben Interesse an der Selbsthilfe. Ich hoffe, dass sich in Zukunft noch mehr zum Wohle der Patient(inn)en verändern wird.

Elfi Jirsa: Meine Sichtweise ist ähnlich und auch meine Selbsthilfegruppe wurde 2004 nach amerikanischem Vorbild gegründet. Alle Menschen mit Blutkrebskrankungen sind – wenn man das so sagen kann – bei uns willkommen. Wir bemühen uns, Kontakte herzustellen und Informationen weiterzugeben.

Ist der österreichische „Selbsthilfekosmos“ heute gut aufgestellt?

Thurnher: Die Selbsthilfe hat in Österreich noch immer nicht den Stellenwert, den sie haben könnte. In Amerika, Großbritannien, aber auch Deutschland gibt es ganz andere Zugänge. In Österreich ist die Selbsthilfe immer noch mit dem Mäntelchen des Jammerevereins besetzt. Dabei ist die Selbsthilfe so wichtig, um sich mit „Gleichgesinnten“ auszutauschen.

Jirsa: Gerade nach einer Diagnose fragen sich viele, wie es denn jetzt weitergeht. Gott sei Dank gibt es mittlerweile Ärztinnen und Ärzte, die auf die Selbsthilfe hinweisen. Wir hören immer wieder, wie wichtig die Gespräche im Rahmen der Selbsthilfe sind. Ärztinnen und Ärzte haben oftmals leider nicht die Zeit dazu. Wir weisen immer wieder darauf hin, wie wichtig in diesem Zusammenhang die flächendeckende Verfügbarkeit von Cancer Nurses wäre, um über Ängste oder über

in unserer Gesellschaft schambesetzte Themen, wie Verdauung oder Sexualität, zu sprechen.

Welche Aufgaben und Ziele, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es in der Selbsthilfe Darm- beziehungsweise Blutkrebs?

Thurnher: Ein großer Unterschied zwischen unseren beiden Krankheitsgruppen ist, dass es bei Darmkrebs zwei Möglichkeiten gibt: Entweder wird er rechtzeitig erkannt und ist heilbar oder er wird eben nicht rechtzeitig erkannt und verläuft daher zumeist tödlich. Ein chronischer Verlauf wie bei Blutkrebs kommt bei Darmkrebs eher selten vor. Daher ist es auch manchmal ein bisschen schwierig, Menschen zu finden, die bei uns mitarbeiten wollen. Genesene wollen nichts mehr davon hören und Kranken fehlt oftmals die Kraft dazu. Elfi und ich haben aber gleichzeitig auch sehr viele gemeinsame Themen, wie etwa Lebensqualität, mündige Patient(inn)en oder Patient(inn)enrechte. Außerdem wollen wir den Menschen näherbringen, dass Krebs nicht gleich Tod bedeutet.

Jirsa: Genau, daher ist auch meine wichtigste Aufgabe, dass ich ich bin. Denn ich wurde bereits 1989 mit einer Erkrankungsvorstufe diagnostiziert und wurde 2003 und 2011 behandelt. Ich bin heute 73 Jahre alt und lebe ein Leben, das viele „normale“ 73-Jährige in unserer Gesellschaft nicht leben. Die Selbsthilfegruppe hält mich jung! Helga ist für die Angehörigen ein Testimonial und ich bin es eben für Patient(inn)en.

Welchen Stellenwert haben denn Angehörige im Rahmen der Selbsthilfe, braucht es Selbsthilfe für Angehörige?

Thurnher: Es war und ist uns ein großes Anliegen, auch etwas für die Angehörigen zu tun. Als mein Mann die Diagnose Darmkrebs erhalten hat, wusste ich nicht, mit wem ich nun darüber reden könnte. Daher organisieren wir auch Treffen für Angehörige, damit auch sie über ihre Sorgen und Anliegen sprechen können. Denn

Angehörige gehören genauso betreut wie Patient(inn)en!

Wie sehen Sie die Zukunft der Selbsthilfe in Österreich?

Thurnher: Wir haben heuer die Allianz der onkologischen Patientengruppen gegründet, um Kräfte zu bündeln – auch für das politische Engagement. Wir wollen erreichen, dass Menschen, die Selbsthilfegruppen führen, geschult und ausgebildet sind. Im Rahmen der neuen Allianz möchten wir eine Ausbildung im Rahmen eines universitären Lehrgangs auf die Beine stellen.

Jirsa: Wir wollen auch, dass es nicht mehr heißt: Na ja, die kennen sich ja nicht aus. Es wird sehr viel über Patient(inn)en gesprochen, aber leider noch viel zu wenig mit Patient(inn)en und deren Vertreter(inne)n.

Welche Verbesserungen wünschen Sie sich für die Selbsthilfe innerhalb des Gesundheitssystems? Soll es von der Selbsthilfe hin zur Patient Advocacy gehen?

Thurnher: Genau das ist unser Ziel! Wir haben in Österreich fast neun Millionen Einwohner(innen) und damit auch acht Millionen Patient(inn)en – denn irgendwann wird es jede(r) einmal. Daher ist es wichtig, dass Menschen mit Ärzt(inn)en auf Augenhöhe sprechen können.

Jirsa: Denn Patient(inn)en sollen als Menschen und nicht als statistische Größe wahrgenommen werden.

Thurnher: Daher wünschen wir uns auch, dass es für das medizinische Personal eine Kommunikationsausbildung gibt. Für Ärztinnen und Ärzte gibt es das zwar, aber nicht verpflichtend. Wir haben außerdem noch Aufholbedarf im Bereich der Nachsorge.

Jirsa: Und es gibt in Österreich kaum niedergelassene Onkolog(inn)en. Für mich ist es auch ein Ziel, dass alle Patient(inn)en gut versorgt werden. Mein politisches Verständnis ist es, dass es möglichst allen gut gehen soll. Wenn man das irgendwie erreichen kann, dann sollte man das auch tun! ■

ONKOLOGIE

GEMEINSAM GRENZEN IN DER KREBSTHERAPIE VERSCHIEBEN.

Bei AbbVie kämpfen wir Seite an Seite mit Ärzt*innen, Patient*innen, Patientenorganisationen und Grundlagenforscher*innen. Unser Ziel ist es, mit innovativen Ansätzen gemeinsam neue Wege bei der Krebsbehandlung zu beschreiten. **Für ein verbessertes, längeres Leben von Patient*innen weltweit.**

abbvie

AbbVie GmbH, Lemböckgasse 61, 1230 Wien

www.abbvie.at

AT-ONC-210009-02062021

Das Wichtigste zum Schluss

Auch wenn die Medizin in der Onkologie beeindruckende Fortschritte gemacht hat, ist die Diagnose Krebs in vielen Fällen nach wie vor ein Todesurteil. Was das in Patienten auslösen kann, wie man als behandelnder Arzt damit umgeht und was Palliativmedizin alles umfasst, erklärt Dr. Matthias Unsel, von der Österreichischen Palliativgesellschaft.



FOTO: ZVZ

Priv.-Doz. Dr. Matthias Unsel, PhD
Interim. stellvertretender Leiter der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin am AKH Wien

Eine terminale Diagnose setzt oft bei Menschen eine bemerkenswerte Entschlusskraft frei, sodass sie plötzlich in der Lage sind, radikale Entscheidungen zu treffen – was in vielen Fällen zu einem glücklicheren und erfüllten finalen Lebensabschnitt führt. Warum, glauben Sie, ist das so?

Ja, tatsächlich werden die Patienten oft unmittelbar mit einer sehr schweren Situation konfrontiert. Von einem Moment auf den anderen ändert sich vieles. Verlust und Traurigkeit werden spürbar, weil das Nachdenken über ein baldiges Lebensende unumgänglich wird. Doch bei allen Schwierigkeiten spürt man das Jetzt oft sehr intensiv.

Mit diesem Wissen, dieser neuen Realität werden dann Entscheidungen getroffen, mit denen die Menschen ihren letzten Lebensabschnitt so gut wie möglich gestalten können. Hier geht es auch sehr viel um einen inneren Frieden, denn nicht nur Schmerzfreiheit ist den Menschen wichtig, sondern auch, ihre Partner, ihre Familie gut versorgt zu wissen.

Im Film „Das Beste kommt zum Schluss“ beschließen zwei Todkranke, gemeinsam eine Liste „abzuarbeiten“. Darauf sind die Dinge vermerkt, die für beide als Voraussetzung für ein erfolgreiches Leben gelten. Haben Sie so eine Liste schon mal in Ihrem Berufsalltag erlebt? Welche Aktivitäten sind den Betroffenen zum Schluss besonders wichtig?

Mir fallen da immer wieder Patienten ein, die unbedingt noch eine Reise machen wollten. Ob Karibik, Safari oder Grönland, da war fast alles dabei. Hollywood versteht es, derartige Zustände besonders in Szene zu setzen, aber oft ist die Situation subtiler. Die Patienten haben Beschwerden, und die Frage der Mobilität wird gerade in dieser Phase sehr wichtig. Die Betroffenen verbringen nach wie vor sehr viel Zeit im Krankenhaus, um Therapien nachzukommen und unterschiedliche Nebenwirkungen zu bekämpfen. Da wird diese „Hollywood-Liste“ oft kürzer und die wohltuenden Aktivitäten beschränken sich auf einen kleinen Spaziergang im Park oder im eigenen Garten. Sie rücken ins Zentrum der Wichtigkeit. Auch im Film kommt sehr gut heraus: Die Menschen machen sich Gedanken darüber, wie sie zu sich selbst und ihren Mitmenschen stehen. Die Frage „Wie kann ich so lange wie möglich bei ihnen sein?“ wird essenziell.

Natürlich sitzt bei den meisten Betroffenen – und auch bei deren Angehörigen – der Schock nach einer terminalen Diagnose tief. Gibt es eine planmäßige Vorgehensweise, nach der Sie diese Patienten begleiten, oder wird das immer individuell entschieden?

Hier sprechen Sie einen sehr wichtigen Punkt an. Es gibt einen hohen Prozentsatz an Menschen, die mit dieser Belastung nicht umgehen können und darunter leiden. Vor anderen Menschen oder medizinischem Personal nehmen sich die Betroffenen oft zusammen, aber im Inneren brodelt es gewaltig. Die Gedanken an schöne Reisen oder lustige Hollywoodfilme weichen den essenziellen Fragen des Lebens, Verlustängsten und Todesängsten. Meinen Kindern sage ich immer: „Klowörter gehören entweder aufs Klo oder in meine



FOTO: GETTYIMAGES

Ambulanz.“ Und ja, wenn man die Umstände ehrlich und offen anspricht, sich die Zeit und den Raum für ein Gespräch mit den betroffenen Menschen nimmt, dann fallen schon manches Mal derartige „Klowörter“. Die Konfrontation mit der Realität ist schwer zu verarbeiten, da gibt es dann nichts zu beschönigen. Traurigkeit und Verlust nehmen einen großen Raum ein. Das ist für alle Beteiligten kein Leichtes. Wichtig ist nur, dass man da nicht hängen bleibt und alleingelassen wird. Hier sind wir noch sehr weit weg vom optimalen Setting. Wenn Sie körperliche Schmerzen haben, können Sie ins Krankenhaus kommen, aber bei psychischen Problemen müssen Sie selbst Geld in die Hand nehmen, um Hilfe zu bekommen – und zu suchen. Es fehlt an Ressourcen und psychologisch geschultem Personal. Ein erster Anfang wäre sicher, dass Psychologen an onkologischen und palliativmedizinischen Ambulanzen leichter verfügbar sind.

Ärzte und Pflegepersonen haben aufgrund ihrer Fülle an Arbeitsanforderungen oft nicht die Zeit, die es in solchen Situationen bräuchte. Wir haben aktuell einen tollen Menschen auf unserer Station. Sie ist spezialisiert auf Gespräche in Grenzsituationen, holt die Menschen dort ab, wo sie gerade sind, und führt Gespräche mit ihnen, ohne Limitierung, solange diese eben dauern. Dadurch gelingt es oft, Sinn in aussichtslose Situationen zu bringen und Belastungen zu lindern.

Nebenbei gibt es schon länger die Möglichkeit des mobilen Palliativteams, das Menschen auch zu Hause besuchen und unterstützen kann. Aufklärung gibt es hier von unserer Sozialarbeiterin, denn leider sind derartige Angebote oft unbekannt oder werden zu spät in Anspruch genommen. Dabei wäre es gerade hier wichtig, die Menschen früh zu begleiten und abzuholen.

Täglich mit dem Tod konfrontiert zu sein, hinterlässt auch bei den Behandelnden Spuren. In welcher Form verarbeiten Sie persönlich Ihren Berufsalltag? Tauschen Sie sich über Erlebtes mit Kollegen aus oder mit Ihrer Familie – natürlich unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht?

Der Umgang mit dem täglichen Sterben und dem Tod ist tatsächlich auch für jeden von uns eine große Herausforderung. Doch vorab will ich anmerken, dass ich von vielen Patienten auch reich beschenkt werde.

Wenn man sich um einen Menschen kümmert, der an einer metastasierten Krebserkrankung leidet, kommt sehr viel Dankbarkeit zurück, und das Vertrauen, das einem von einem „fast Fremden“ geschenkt wird, ist durchaus eine Ehre,

die man zu schätzen wissen sollte. Ich denke, bei mir persönlich hat es eine gewisse Tiefe ausgelöst. Damit will ich nicht sagen, dass ich nun ein weiser Mann geworden bin, aber mit einer gewissen Oberflächlichkeit kann ich oft nicht mehr viel anfangen, so wie das oft in meinem früheren (Berufs-)Leben der Fall war. Dazu mischen sich eine gewisse Dankbarkeit dem Leben gegenüber und die Einstellung, dass vieles, mit dem wir tagtäglich hadern, eigentlich gar nicht so wichtig ist. Bei sehr traurigen Schicksalen, wie zum Beispiel von jungen Familien, die ihr Leben noch vor sich hatten, oder Menschen, deren Umstände besonders tragisch sind, ist der Austausch mit dem Team sehr wichtig. Leider wird dem oft zu wenig Raum gegeben, und so nimmt man doch einiges mit nach Hause. Hier muss man dann wirklich aufpassen, da die Familie ja mit derartigen Situationen, die für mich alltäglich sind, leicht überfordert werden kann. Selten, aber doch wird auch manchmal still und heimlich eine Träne vergossen. Bei meinen Kindern würde meine Frau von spannungslösendem Weinen sprechen – ich glaube, so weit entfernt ist das auch bei Erwachsenen nicht.

Was hat sich für Sie persönlich verändert, seit Sie bei der OGP sind? Leben Sie seitdem bewusster? Und als abschließende Botschaft: Was würden Sie sowohl gesunden als auch nicht gesunden Leserinnen und Lesern ans Herz legen?

Dank der OGP kann ich das breite und vielfältige Feld in der palliativmedizinischen Betreuung besser überblicken. Es ist sehr schön, die Fortschritte und Möglichkeiten in ihrer Entwicklung mitzubekommen. Auch die Fortbildungen sind breit gefächert und helfen mit, das Niveau kontinuierlich zu fördern. Natürlich sind auch das Kennenlernen und der Austausch mit erfahrenen Kollegen wichtig – und es ist schön zu sehen, dass sehr viele junge Menschen einen tollen Zugang zum Fach finden.

Was ich sowohl gesunden als auch nicht gesunden Lesern ans Herz legen möchte? Da fällt mir vieles ein ... Diese täglichen Versuche, sich das Leben schwer zu machen, verstehe ich mittlerweile überhaupt nicht mehr. Ich denke, wir sollten weniger über andere schimpfen und uns öfter fragen: „Baue ich auf oder führt mein Verhalten zu Unruhe? Ist meine persönliche Einstellung positiv?“ Und gerne würde ich auch noch eine Hausaufgabe für jeden Einzelnen anbieten: Lesen Sie die Worte „Reflexion“, „Haltung“ und „Resilienz“ im Wörterbuch oder auf Wikipedia nach. ■



Infos:
www.palliativ.at



Österreichische Palliativgesellschaft

Was hat die Mondlandung mit der Heilung von Krebs zu tun?

AM ANFANG STAND EINE VISION.

Unsere Vision: Im Jahr 2050 soll in Österreich kein Mensch mehr an Krebs sterben. Weltweit ist Krebs inzwischen zur häufigsten Todesursache geworden. Doch die österreichische Krebsforschung erzielt bereits jetzt internationale Spitzenleistungen, um dagegen anzukämpfen. Gemeinsam mit Ihrer Unterstützung können wir das Unmögliche möglich machen.

Spenden Sie jetzt auf wir-besiegen-krebs.at!*

Wir
besiegen
Krebs.

EINE INITIATIVE DES
SALZBURG CANCER RESEARCH
INSTITUTES



Salzburg
Cancer
Research
Institute

*Ihre Spende ist von der Steuer absetzbar.

Bankverbindung: Salzburger Sparkasse | Empfänger: SCRI-LIMCR gemeinnützige GmbH | IBAN: AT69 2040 4011 0011 0056 | BIC: SBGSAT2SXXX

Salzburg Cancer Research Institute (SCRI), Laboratory of Immunological and Molecular Cancer Research (SCRI-LIMCR) | SCRI-LIMCR gemeinnützige GmbH, 5020 Salzburg, Müllner Hauptstr. 48, E-Mail: r.greil@salk.at