

Newsletter

DES ONKOLOGISCHEN ZENTRUMS TRAUNSTEIN



Kliniken Südostbayern AG
Cuno-Niggel-Straße 3
83278 Traunstein
T 0861 705-1533
F 0861 705-2465
E oz.ts@kliniken-sob.de



Ausgabe: Februar 2021

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2020 wird uns allen zwangsläufig in besonderer Weise in Erinnerung bleiben. Auch aus dem Blick unseres Onkologischen Zentrums kam vieles völlig anders als geplant. Wir arbeiteten Anfang 2020 an einer ganzen Reihe von Projekten zur Verbesserung der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten und unser geplanter großer Traunsteiner Krebskongress inklusive eines Patiententages für Anfang Mai war schon in trockenen Tüchern. Dann rollte die Coronawelle über Europa und wir waren recht plötzlich nur noch damit beschäftigt, freie Ressourcen für einen möglichen Patientenansturm zu schaffen sowie unsere Patienten und uns selber vor einer Coronainfektion zu schützen. In kurzer Zeit war sehr vieles nicht mehr so wie vorher, ganze Stationen im Krankenhaus wurden komplett neu zu Infektbereichen oder Aufnahmestationen mit vorübergehender Isolierung umfunktioniert. Themen wie Wartezeiten auf Corona-PCR-Tests, Personalengpässe durch Pflegemehrbedarf und dem einen oder anderen Krankheitsausfall, Organisation der Covid-19-Bereiche, eingeschränkte Ressourcen für die Routineversorgung sowie Besuchsverbot für Angehörige erforderten viele Diskussionen und ungewöhnlich rasche Entscheidungen, die durch aktuelle Entwicklungen und Erkenntnisse ständig neu überdacht und modifiziert werden mussten. Jede einschneidende Maßnahme wie manche Operationen oder auch Chemotherapien mussten vorher gut überlegt und ggf. modifiziert werden, um keine längere Intensivstationspflichtigkeit oder eine längere Immunsuppression zu riskieren. Trotzdem haben wir alle über den Sommer in eine neue Normalität gefunden, begleitet von weiterhin aufwendigen zusätzlichen Maßnahmen und Restriktionen. Die zweite Coronawelle seit Herbst macht manche Errungenschaften wieder zunichte, aber wir haben gelernt, bei weitem besser mit den Pro-

blemen umzugehen und deutlich schneller zu reagieren. Auch ist die initiale Angst vor dem Ungewissen gewichen und von einer neuen tatkräftigen Routine mit neu erarbeiteten Leitlinien ersetzt worden. Der medizinische Umgang mit Patienten mit einer Coronainfektion ist differenzierter, vielfältiger und komplikationsärmer geworden. Gleichzeitig darf die Angst vor einer Infektion mit dem Coronavirus nicht die Bekämpfung einer bereits existierenden, lebensgefährlichen Erkrankung wie Krebs beeinträchtigen. So haben wir unter vielen Sicherheitsvorkehrungen fast einen normalen Betrieb für die Applikation von onkologischen Therapien in Klinik, Klinikambulanzen und Praxen aufrechterhalten können.

Nachdem nun die Impfkampagnen seit den letzten Dezembertagen 2020 angelaufen sind besteht trotz derzeit schleppender Impfstoffversorgung Hoffnung auf eine zunehmende und anhaltende Abschwächung und hoffentlich zeitige Beendigung der Pandemie. Trotzdem wird uns Corona mit Sicherheit noch weit in die 2. Hälfte des kommenden Jahres sehr intensiv und auch darüber hinaus noch lange beschäftigen. Wir werden bis dahin sehr viel Neues erfahren und gelernt haben und manches davon wird uns wahrscheinlich auch langfristig erhalten bleiben. So haben nicht nur die Kliniken einen sprunghaften Schub in der Digitalisierung erfahren. In manchen Bereichen gibt es nun die Möglichkeit von Home-Office. Meetings wurden überwiegend auf virtuell umgestellt, auch innerhalb der Klinik wie z.B. bei Tumorkonferenzen, was für manche einen deutlichen Zeitgewinn durch Einsparung von Wegezeiten gebracht hat. Fortbildungen und ganze Kongresse finden seit Ende März 2020 praktisch ausschließlich virtuell statt und man muss zugeben, dass es ausgesprochen gut klappt, wenn auch die

Freude und Motivation eines persönlichen Austausches fehlt. Wir alle haben uns mittlerweile daran gewöhnt, manche persönlichen Patientenkontakte zu reduzieren und durch telemedizinische Kontakte zu ersetzen. Insofern stecken in jeder Krise auch Chancen für positive langfristige Veränderungen.

Wann und ob wir wieder ganz zur alten Normalität ohne Corona zurückfinden werden ist unklar. Fest steht aber, dass wir im Onkologischen Zentrum Traunstein weiterhin stringent an unserem kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess für Angebot, Qualität und Service arbeiten. 2020 haben sich auch einige wichtige Personalien im Onkologischen Zentrum geändert, die einen Generationenwechsel darstellen. Seien Sie gespannt, alle neuen „Gesichter“ stellen wir Ihnen in diesem Newsletter separat vor.

Für Ihr Vertrauen und Ihre Verbundenheit in diesen schweren Zeiten darf ich mich im Namen des gesamten Teams sehr herzlich bei Ihnen bedanken.

Ihr

Dr. Thomas Kubin
Sprecher des Onkologischen Zentrums
im Namen des gesamten Teams



▲ Dr. Thomas Kubin

Präzisionsonkologie –

Entwicklung der medikamentösen Krebstherapie bis hin zur personalisierten Krebstherapie

Die Therapie von Krebserkrankungen mit systemisch zu verabreichenden Medikamenten hat in den letzten Jahrzehnten eine einzigartige Entwicklung durchgemacht. In immer schnellerer Abfolge werden neue und innovative, z.T. auch hochwirksame Medikamente zugelassen, die die Auswahl des besten Medikamentes oder der optimalen Medikamentenkombination zum richtigen Zeitpunkt immer komplexer und schwieriger werden lässt. Bei der Zahl der Neuentwicklungen von Medikamenten ist die Onkologie seit Jahren mit Abstand der Spitzenreiter unter allen internistischen Fachdisziplinen.

Bis etwa Mitte der 90er Jahre bestand die Therapie von Krebserkrankungen neben „Stahl“ und „Strahl“ als lokale Therapiemaßnahmen lediglich aus Chemotherapie, also Mitteln, die systemisch wirken, aber relativ unspezifisch das Zellwachstum stören bzw. die Zellteilung verhindern und hierdurch z.T. erhebliche Nebenwirkungen verursachen können.

Das Interesse der Krebsforschung richtet sich daher seit langem auf die Entwicklung von Therapien, die spezifisch gegen den Krebs wirken, indem sie auf molekulare Eigenschaften von Krebszellen abzielen, die nur bei diesen zu finden sind, nicht oder kaum jedoch bei gesunden Körperzellen. Diese sog. zielgerichteten Therapien („targeted therapies“) weisen im Allgemeinen weniger, aber auch andere Nebenwirkungen auf als eine Chemotherapie. Prinzipiell ist auch schon die alte Antihormontherapie mit Substanzen gegen Östrogen- oder Testosteronrezeptoren eine zielgerichtete Therapie mit vergleichsweise recht guter Verträglichkeit.

Monoklonale Antikörper

Neue Erkenntnisse über die Biologie von Tumorzellen erkannten die Oberflächenmoleküle auf den Zellmembranen. Diese meist als Rezeptoren fungierenden Moleküle, also Schaltstellen für die Kommunikation der Zellen mit dem äußeren Milieu, können bei Antigenbindung auf der Oberfläche biochemische Prozesse in Gang bringen, die entlang einer

mehr oder minder langen Signalkaskade schließlich den Zellkern erreicht und diesen zur Produktion von verschiedensten Molekülen anregt, die bei Tumorzellen meist Zellteilung, Tumorwachstum, Stimulierung der Angiogenese und Metastasierung in Gang bringen können. Gegen viele diese Oberflächenrezeptoren hat man mittlerweile monoklonale Antikörper entwickelt, die diese spezifisch blockieren und damit sehr erfolgreich als Medikamente eingesetzt werden können. Die erste Zulassung 1998 war das gegen das CD-20 Oberflächenantigen gerichtete Rituximab (Mabthera), was bis heute in der Therapie von malignen Lymphomen mit großem Erfolg eingesetzt wird. Mittlerweile sind über 40 verschiedene monoklonale Antikörper gegen die verschiedensten Tumorantigene im Einsatz, sehr erfolgreich z.B. gegen anti-HER2-neu (HerceptinR) bei manchen Arten von Brustkrebs oder Bevacizumab (AvastinR) gegen die Gefäßneubildung von Tumoren. Zusätzlich sind auch eine Reihe von Antikörperkonjugaten im Einsatz, bei denen die spezifische Bindung des Antikörpers an die Tumorzelle ausgenutzt wird, indem ein an diesen Antikörper gekoppeltes Zytostatikum oder ein radioaktiver Strahler seine Wirkung nun direkt an bzw. in der Tumorzelle entfalten kann.

Zielgerichtete Therapie

Die zweite Strategie in der zielgerichteten Therapie basiert darauf, dass bei einigen Krebserkrankungen in den Tumorzellen bestimmte mutierte kleine Zellbausteine, die sogenannten Kinasen, zu viel arbeiten und so die Vermehrung der Krebszellen mitverursachen. Solche Kinasen sitzen intrazellulär am Rezeptor oder weiter unten innerhalb einer Signalkette bis hin zum Zellkern („Signaltransduktionskaskade“). Vergleichbar mit einem System, in dem über mehrere Zahnräder in einem Zahnradgetriebe mit entsprechender Kraftübertragung eine Maschine angetrieben wird, so blockieren die spezifischen Tyrosinkinasehemmer („TKI“) letztendlich das gesamte System durch Bindung an einer bestimmten Stelle, als ob man mit einer Eisenstange das gesamte Zahnradgetriebe zum Stillstand bringt. Inzwischen sind über 50 Medikamente

mit kleinen Molekülen für zielgerichtete Therapie zugelassen worden, die überwiegend in Tablettenform verabreicht werden können.

Die erste Zulassung 2001 für Imatinib erfolgte auf Grund der besonders phänomenalen Wirksamkeit der Blockade des, die chronische myeloische Leukämie auslösenden BCR-ABL-Moleküls mit > 95 Prozent kompletter hämatologischer Remission und dies meist über Jahrzehnte bei geringen, oft gar nicht spürbaren Nebenwirkungen. Weitere gut wirksame Beispiele sind die BRAF- und MEK-Inhibitoren bei Patienten mit metastasiertem Melanom, bei denen eine Mutation im BRAF-Gen vorliegt. Hier kann die überstimulierte Funktion des BRAF-Moleküls innerhalb eines Tages nachweisbar komplett heruntergefahren werden und die Metastasen können bereits in den ersten Tagen spürbar zusammenfallen. Ein weiteres Beispiel sind die Tyrosinkinasehemmer gegen spezielle Mutationen im Wachstumsfaktor-Rezeptor (EGFR) beim Lungenkrebs. Solche Patienten können mit einer Tablette pro Tag in hohem Prozentsatz für ein oder mehrere Jahre in stabile partielle oder komplette Remissionen bei metastasiertem Lungenkrebs gebracht werden, allerdings nur, wenn diese spezielle Mutation auch vorliegt. Bei Resistenzentwicklungen können derzeit in 60% der Fälle erneut gute Remissionen durch weiterentwickelte zielgerichtete Medikamente erreicht werden.

Immuntherapie

Ein weiterer Baustein der modernen Krebstherapie ist die Immuntherapie, bei der gezielt Schaltstellen des Immunsystems (Checkpoints) beeinflusst werden. Nichts hat die Krebstherapie in den letzten 5 bis 10 Jahren mehr verändert als die Einführung von Immun-Checkpoint-Inhibitoren. Hier wird nicht der Tumor bekämpft, sondern das körpereigene Abwehrsystem im Kampf gegen Tumorzellen fit gemacht und unterstützt. Derzeit erfolgreichste Maßnahme ist die Hemmung der Wiederabschaltung des Immunsystems durch den Tumor selber durch PD(L)-1-Checkpoint-Inhibitoren. Je mehr das Oberflächenprotein PDL-1 auf Tumor- und Immunzellen gefunden wird, desto höher liegt bei vielen Tu-

moren die Ansprechrate. Beispielsweise erreichen wir bei initial metastasiertem nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom bei sehr hoher Expression von PDL-1 (> 50%) allein durch eine Immuntherapie mit dem monoklonalen Antikörper Pembrolizumab 5 Jahre Überlebenszeiten von etwas über 30 %. Wenn die PDL-1-Expression nicht so hoch ist, kann man durch die Kombination von Immuntherapie mit Chemotherapie ebenso deutlich bessere Erfolge als nur mit Chemotherapie erreichen. Beim malignen Melanom als auch beim Nierenzellkarzinom können mit Immuntherapie nicht selten auch Dauerremissionen über > 5 Jahre mit Plateaubildung der Überlebenszeitkurven erreicht werden (beim metastasierten Melanom in 30-50% !), was für einige Patienten eine Heilung bedeuten dürfte.

Molekulargenetische Analyse von Tumoren

Alle Zellen im menschlichen Körper haben eine weitgehend identische Erbsubstanz. Sobald aber Krebs entsteht – aufgrund von Mutationen in der DNA –, entzieht sich die Zelle der Kontrolle. Sie beginnt zu wuchern, gibt bei jeder Zellteilung ihr falsches Programm weiter und häuft weitere genetische Veränderungen an. Krebs ist daher nicht gleich Krebs, auch dann nicht, wenn es sich um die gleiche Form und Lokalisation handelt, wie etwa beim Brustkrebs, denn das Spektrum an verschiedenen möglichen Mutationen im Tumor ist sehr groß.

Somit hat jeder Tumor seinen eigenen molekularen Abdruck, den wir heutzutage mit Hilfe der DNA-Sequenzierung bestimmen können (überwiegend durch „NGS = Next Generation Sequencing“). Hierbei wird die Tumor-DNA auf hunderte von (derzeit bekannten) relevanten Genmutationen untersucht oder das Tumorgenom gleich komplett analysiert. Meist werden pro Tumor mehrere, teilweise sogar ganz viele Genveränderungen gleichzeitig gefunden. Dieses sog. molekulare Tumorphilung erlaubt die Identifikation von prädiktiven und prognostischen Biomarkern und ist die Grundlage für individuelle Behandlungsstrategien.

Der bisherige Konsens, dass die Lokalisation eines Tumors diesen am stärksten charakte-

risiert – mit entsprechenden Konsequenzen für die Therapie, könnte in Zukunft so nicht mehr gelten. Künftig könnte die molekulargenetische Charakteristik eines Tumors – unabhängig von seiner Lokalisation – das entscheidende Kriterium sein. Entsprechend rechnet man damit, dass es immer häufiger tumorunabhängige Zulassungen für neue onkologische Wirkstoffe geben wird. Hierzu gibt es bereits 2 Beispiele: Bei einer angeborenen Störung der DNA-Reparatur, sogenannte Mismatch-Repair-Defizienz mit Entwicklung sog. Mikrosatelliten-Instabilität, entstehen oft schon in jüngeren Jahren gehäuft Tumoren in unterschiedlichen Lokalisationen wie Darmkrebs, Magenkrebs, Endometriumkarzinom und vielen weiteren. Hier ist eine Chemotherapie oft schlechter wirksam als sonst, hingegen kann eine Immuntherapie mit PDL-1-Checkpoint-Inhibitoren besonders gut wirken mit bis zu über 60% Remissionen, die z.T. auch lange über Jahre anhalten. Grund dürfte die besonders hohe Mutationslast sein, die den Tumor im Vergleich zum normalen Körpergewebe besonders fremd und damit vom Abwehrsystem besser erkennbar und angreifbar macht. Entsprechend sind seit Kurzem PD-1 Checkpoint-Inhibitoren für die Therapie von allen Tumoren zugelassen, die eine MSI-Instabilität aufweisen, egal aus welchem Gewebe sich diese Tumoren entwickelt haben bzw. unabhängig von ihrem Entstehungsort.

Das zweite Beispiel sind Tumoren, die eine Mutation im NTRK-Gen aufweisen, was etwa bei 0,5% aller Tumoren der Fall ist, aber bei Schilddrüsenkarzinomen und manchen Weichteilsarkomen auch häufiger gefunden wird. Diese Patienten haben im Allgemeinen einen ungünstigen Verlauf. Unabhängig von der Tumorlokalisation wurden bei Nachweis einer NTRK-Mutation nun seit letztem Jahr 2 hochspezifische NTRK-Inhibitoren zugelassen, die bei guter Verträglichkeit hohe Ansprechraten und Remissionszeiten von mehreren Jahren bewirken können. Um die Patienten zu identifizieren, damit sie von dieser sehr wirksamen Therapie profitieren können, ist aber eine Suche bei sehr vielen Patienten notwendig.

Präzisionsonkologie

Die Präzisionsonkologie ist ein neuer Ansatz

einer personalisierten Therapie in der Onkologie. Sie hat das Ziel, mit Hilfe umfangreicher molekularer, zellulärer und funktioneller Analysen des Tumors unseren Patienten eine maßgeschneiderte, individualisierte Behandlung anzubieten. Sie ist das Ergebnis der Weiterentwicklung von Therapien, von der zytotoxischen Chemotherapie über zielgerichtete Substanzen, dem möglichst gezielten Einsatz der Immuntherapie bis hin zur Entwicklung von tumorunabhängigen, mutationsgetriggerten (sog. „tumoragnostischen“) Wirkstoffen. Für Patienten ergeben sich dadurch neben dem effektiveren Einsatz der etablierten Behandlungsmöglichkeiten neue Therapiechancen, die es so vorher nicht gegeben hat. Denn durch das bessere molekulare Verständnis der Tumorbiologie bieten sich schon derzeit für einen nicht unerheblichen Anteil aller Patienten neue zielgerichtete oder immuntherapeutische Behandlungsmöglichkeiten an, die aktuell zwar meist verfügbar, aber noch nicht dafür als Therapiemöglichkeit entwickelt oder zugelassen sind. Dies kann die Überlebenszeiten der Patienten manchmal noch deutlich, mitunter um Jahre verlängern. Die bereits breit etablierte Diagnostik mit umfangreicher NGS-Untersuchung kostet derzeit einmalig zwischen 2500 und 4500 €, die eventuell darauffolgenden Therapien nicht selten das Mehrfache Monat für Monat.

Auch im onkologischen Zentrum Traunstein und deren Partnern ist die molekulare Analyse von Tumoren, bei denen dies erfolgversprechend ist, verfügbar und zum Standard geworden. Beispielsweise beim inoperablem nicht-kleinzelligen Lungenkrebs kann eine gute Therapieentscheidung heutzutage erst nach umfangreicher molekularer Analyse erfolgen, ob hier primär mit zielgerichteter Therapie, reiner Immuntherapie oder der Kombination von Chemotherapie und Immuntherapie behandelt werden soll, um das beste Therapieresultat für die Patienten herauszuholen. Durch eine gute Vernetzung mit universitären Partnern, insbesondere mit Molekularpathologien und ggf. Einbringung der Patienten in spezialisierte, deutschlandweit vernetzte molekulare Tumorboards, können sowohl die Analyse als auch die Therapieempfehlungen auf höchstem Niveau heimatnah angeboten werden. Im Anschluß werden dann unsererseits aufwendige Krankenkas-

... weiter Seite 4

senanträge notwendig für eine Kostenzusage der dafür nicht zugelassenen Medikamente. Mitunter müssen die Patienten in Studien lokal, regional, deutschlandweit oder international eingebunden werden, um überhaupt Zugriff auf spezielle neue Therapien bekommen zu können. ■

Dr. Thomas Kubin

KONTAKT

Lymphome, Leukämien und Plasmazytome
Dr. Thomas Kubin

T 0861 705-1243

F 0861 705-1729

E thomas.kubin@kliniken-sob.de

SAVE THE DATE!

15. Chiemgauer Krebskongress

am Samstag, den 24. April 2021
09:00 bis 13:00 Uhr

virtuell

Einladung mit Einwahllink folgt.

Auszug aus der Onkopedia-Leitlinie:

Coronavirus-Infektion (Covid-19) bei Patienten mit Blut- und Krebserkrankungen - Version vom 19. Januar 2021 [85 Seiten]

Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen oder fortgeschrittenen soliden Tumoren, deren Erkrankung nicht in Remission ist, sowie Patienten unter aktueller systemischer Therapie haben ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 und eine erhöhte Mortalität. Krebspatienten und Patienten mit Erkrankungen des Blutes wird geraten, besonders achtsam zu sein und den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden, vor allem zur freiwilligen Quarantäne, zu folgen. Gleichzeitig darf die Angst vor einer Infektion mit dem Coronavirus nicht die Bekämpfung einer bereits existierenden, lebensgefährlichen Erkrankung wie Krebs beeinträchtigen.

Bei Patienten mit fieberhaften Infekten soll frühzeitig eine gezielte Diagnostik einschl. Testung auf SARS-CoV-2, bei Symptomen einer Infektion der unteren Luftwege die bildgebende Diagnostik mittels CT Thorax eingeleitet und bei Verdacht auf COVID-19 die Isolation durchgeführt werden.

Zur medikamentösen Therapie von COVID-19 werden Arzneimittel mit sehr unterschiedlichen Angriffspunkten entwickelt und eingesetzt. Derzeit liegen nur für wenige dieser Arzneimittel Ergebnisse von Phase-III-Studien zur Wirksamkeit in Bezug auf Patienten-relevante Endpunkte vor.

Impfempfehlungen:

Die Wirksamkeit der beiden mRNA-basierten Impfstoffe ist etwa gleich hoch. Unterschiede finden sich vor allem in der Lagerung, der Applikation und im Nebenwirkungsspektrum. Der Vektor-basierte Impfstoff zeigt eine etwas geringere Wirksamkeit und ist mit weniger Akutnebenwirkungen belastet. Langzeitergebnisse zur Dauer der Wirksamkeit der Impfung und zur Sicherheit liegen für keinen der Impfstoffe vor. Bei den Empfehlungen für eine COVID-19 Schutzimpfung sind sowohl Patienten als auch das Gesundheitspersonal zu berücksichtigen.

Unsere Empfehlungen sind:

Die Schutzimpfung soll präferentiell Perso-

nen mit einem erhöhten Infektionsrisiko, Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19, Personen mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko sowie deren engen Kontaktpersonen angeboten werden.

Dazu gehören:

- + Gesundheitspersonal im Bereich der Onkologie sowie der Transplantationsmedizin; diese Personen gehören auch nach der aktuellen Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Gruppe mit der höchsten Priorität (Gruppe 1).
- + Patienten mit malignen hämatologischen Erkrankungen, insbesondere akuten und chronischen Leukämien, malignen Lymphomen und Multiplem Myelom; Patienten mit fortgeschrittenen soliden Tumoren, deren Erkrankung nicht in Remission ist oder deren Remissionsdauer <5 Jahre beträgt, sowie Patienten unter aktueller systemischer Therapie (ausgenommen Patienten mit ausschließlich antihormoneller Monotherapie). Allerdings hat diese gesamte Gruppe der Krebspatienten nach der aktuellen Rechtsverordnung der Bun-

desregulierung nur eine erhöhte Priorität (Gruppe 3) beim Zugang zur Schutzimpfung.

Der Schutz einer COVID-19-Impfung kann bei immunsupprimierten Patienten geringer sein. Konkrete Daten liegen dazu nicht vor, auch nicht zu einer schädlichen Wirkung der Impfstoffe. Angesichts der erhöhten, COVID-19-assoziierten Sterblichkeit der oben beschriebenen Krebspatienten empfehlen wir die Schutzimpfung auch bei Patienten vor, unter oder nach einer Chemotherapie, einer gezielten Therapie und/oder einer Therapie mit Immuncheckpoint-Inhibitoren.

Eine Ausnahme können Patienten nach B-Zell-Depletion oder nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation (SZT) bilden, bei denen - in Analogie zur Influenza-Schutzimpfung - die Impfantwort wahrscheinlich deutlich reduziert ist. Daher kann ein zeitlicher Abstand von mindestens 3 oder sogar >6 Monaten zur letzten Therapie erwogen werden. Allerdings beruht diese Empfehlung auf der Annahme, dass möglicherweise kein wirksamer Schutz aufgebaut wird und nicht auf einer schädlichen Wirkung. Da der Schutz durch die COVID-19 Vakzine vor allem T-Zell-vermittelt ist, stellen weder B-Zell-Depletion noch Hochdosistherapie mit hämatopoetischer SZT an sich eine absolute Kontraindikation für die COVID-19-Schutzimpfung dar, und es kann im Einzelfall sinnvoll sein, trotz fehlender B-Zellen in der Hochrisikokonstellation zu impfen.

Möglicherweise ist nach stattgehabter Impfung eines ausgeprägt immunsupprimierten Patienten nach Regeneration eine spätere, erneute Impfung sinnvoll. Eine Empfehlung zu dieser Indikation wird erst nach Vorliegen weiterer Daten möglich sein.

Die bisher zugelassenen Impfstoffe werden intramuskulär appliziert. Eine subkutane Applikation kann die Wirksamkeit beeinträchtigen. Bei Patienten mit klinischer manifester Blutungsneigung (Thrombozytopenie, Antikoagulation o. a.) wird gegebenenfalls das Anlegen eines Stauschlauchs für zwei bis drei Minuten nach der Injektion empfohlen.

Kongressbericht ASCO/ESMO 2020:

Neue Entwicklungen der medikamentösen Therapie von Tumoren des Gastrointestinaltraktes: Siegeszug der Immuntherapie in vielen Therapiesituationen

Nach jahrelanger Pause bzgl. neuer Therapiemöglichkeiten wurden im Jahr 2020 für die Tumoren des Gastrointestinaltraktes viele spannende Neuerungen veröffentlicht, welche unsere tägliche Praxis und Standards verändern werden. So wurden beim diesjährigen europäischen Krebskongress (ESMO) allein zum oberen Gastrointestinaltrakt vier „Late Breaking Abstracts“ präsentiert. Insbesondere hat nun auch bei diesen Tumorarten die Immuntherapie Einzug gehalten, obwohl die bisherigen Ergebnisse nicht so gut sind wie beim Einsatz bei Melanomen, Nierenzellkarzinomen oder Lungenkrebs.

Die große Phase III-Studie CheckMate 649 mit 1581 Patienten schloss Patienten mit lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Adenokarzinomen des Magen, gastroösophagealen Überganges (AEG-Tumoren) und Ösophagus ein. Hier zeigte sich, dass in der Erstlinientherapie die Hinzunahme des Checkpoint-Inhibitors Nivolumab zur bisher angewendeten konventionellen Chemotherapie bei Patienten mit PDL-1-positiven Tumoren eine Verlängerung des Überlebens (OS) von bis zu 3,3 Monaten im Durchschnitt erbrachte, das Mortalitätsrisiko wurde um fast 29 Prozent reduziert. Auch die Zeit bis zum Fortschreiten der Erkrankung, das progressionsfreie Überleben (PFS), war mit einer Hazard-Ratio von 0,68 signifikant verbessert.

Die vergleichbare Phase 3-Studie KEYNOTE-590 untersuchte 749 Patienten mit Plattenepithel- oder Adenokarzinomen des Ösophagus sowie des gastroösophagealen Überganges mit einer Erstlinientherapie mit Chemotherapie in Kombination mit einer Immuntherapie mit Pembrolizumab versus einer alleinigen Chemotherapie. Hier zeigte sich ebenso ein deutlicher Vorteil für den zusätzlichen Einsatz der Immuntherapie mit einer Gesamtansprechrate von 45 versus 29 Prozent und einer signifikanten Verlängerung von PFS und OS in allen Gruppen. Am besten schnitten die Ösophaguskarzinome mit einem PDL-1-(CPS)Score von > 10 Prozent ab, bei denen

das Mortalitätsrisiko um 43 Prozent gesenkt und die mittlere Überlebenszeit um 5,1 Monate verlängert wurde. Dies stellt nach der noch ausstehenden Zulassung einen neuen Therapiestandard dar.

Eine weitere Studie (ATTRACTION-4) an 724 asiatischen Patienten ergaben unter dem Einsatz von Nivolumab ähnliche Ergebnisse, allerdings war hier das Gesamtüberleben nach 2 Jahren nicht signifikant verlängert.

Im November 2020 erfolgte eine Zulassung für die Nivolumab-Monotherapie für die 2.-Linien Therapie des Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus. Gegenüber einer Chemotherapie mit Taxanen ergab sich in einer großen Phase III-Studie (CA 209473) an überwiegend asiatischen Patienten bei weniger Nebenwirkungen eine Senkung des Mortalitätsrisikos um 31 Prozent bei PDL-1-positiven Tumoren (im Mittel knapp 3 Monate längeres Überleben), bei Patienten mit PDL-1-negativen Tumoren (52 Prozent aller Studienteilnehmer) betrug die Senkung nur 16 Prozent, was nicht signifikant war. Bei diesen Patienten besteht aber auf Grund der sehr schlechten Prognose ein hoher therapeutischer Bedarf an wirksamen Therapien.

Noch größer zeigten sich die Unterschiede bei einer adjuvanten Therapie bei Ösophaguskarzinomen bzw. AEG-Tumoren im Stadium II und III, also ohne Fernmetastasierung. Hier ergab eine Behandlung mit Nivolumab i.R. der CheckMate 577-Studie einen Vorteil im krankheitsfreien Überleben (DFS) von 22,4 Monaten vs. 11 Monaten in der Placebogruppe bei Patienten mit Risikokonstellation nach Radiochemotherapie und nachfolgender Resektion mit Resttumorbefall oder initialem Lymphknotenbefall.

Auch beim hepatozellulären Karzinom (HCC) gibt es Neuigkeiten für den Einsatz der Immuntherapie. Nachdem die Standardbehandlung nach Ausreizen von lokalen Therapiemaßnahmen jahrelang die Gabe von

Multi-Tyrosinkinaseinhibitoren (TKIs) gewesen war, ist jetzt auf Grund der überzeugenden Ergebnisse eine neue medikamentöse first-line Behandlung mit Atezolizumab (PD1-Inhibitor) in Kombination mit Bevacizumab (Angiogenese-Hemmer) im Oktober 2020 zugelassen worden. Bei Leberzirrhose nur für Stadium Child A, ist diese neue Therapie nicht nur tendenziell besser verträglich, sondern führt auch zu einem besseren Gesamtüberleben. Die Ansprechrate erhöhte sich von 13 auf 33 Prozent, die 12-Monate-Überlebenszeit verbesserte sich von 54,6 auf 67,2 Prozent im Vergleich zur Standardtherapie mit Sorafenib.

In der Therapie des Kolorektalen Karzinoms ist nunmehr die frühe Testung auf die sogenannte Mikrosatelliteninstabilität (MSI) obligat geworden. Bei den meist angeborenen DNA-Reparaturdefekten („Mismatch Repair Deficiency-dMMR“) kommt es zur Entwicklung von verschiedenen Tumoren in jüngeren Lebensjahren (Lynch-Syndrom, HNPCC – hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom). V.a. in rasch teilenden Tumorzellen finden sich hierbei +/- 100-fach mehr Mutationen im Tumor als bei normaler Tumorgenese. Bei Ausfall der MMR entstehen neben zahlreichen somatischen Mutationen im Tumorzellgenom auch

Längenveränderungen der Mikrosatelliten, die als Mikrosatelliteninstabilität (MSI) bezeichnet werden. Solche Tumoren reagieren oft ungenügend auf Chemotherapie, sind aber auf Grund der vielen Mutationen deutlich besser vom körpereigenen Immunsystem als „fremd“ zu erkennen und entsprechend attackierbar. Beim Vorliegen einer hohen Mikrosatelliteninstabilität erbrachte der Einsatz von Checkpoint-Inhibitoren sowohl in der Erstlinientherapie als auch in der Second-Line einen hochsignifikanten Vorteil gegenüber der konventionellen Chemotherapie. Die Ansprechraten liegen in mehreren Studien bei 30 – 60 Prozent, während bei Mikrosatellitenstabilen Tumoren kaum Ansprechen mit Immuntherapie zu verzeichnen ist. In mehreren Studien zeigten sich nicht nur hohe Ansprechraten, sondern auch lang anhaltende Remissionen. In einer aktuellen Studie im New England Journal of Medicine wurde bei insgesamt 307 Patienten mit MSI-high kolorektalen Karzinomen mit einer Erstlinientherapie mit Pembrolizumab im Vergleich zu einer Standardchemotherapie das progressionsfreie Überleben von 8,2 auf 16,5 Monate verlängert. Bei Patienten mit Ansprechen war dies bei 83 Prozent gegenüber nur 35 Prozent anhaltend nach 24 Monaten. Die Kurven zei-

gen hier derzeit ein Plateau, so dass man ähnlich wie beim malignen Melanom, wohl auch mit Langzeitremissionen rechnen darf.

Zusammenfassend zeigen die o.g. Daten eindrucksvoll, dass die Hinzunahme von Checkpoint-Inhibitoren zur Aktivierung des Immunsystems auch bei Tumoren des Gastrointestinaltrakts Vorteile sowohl bei der palliativen als auch bei der adjuvanten Behandlung bieten. Es werden uns in den kommenden Monaten und Jahren noch viele neue Zulassungen und Therapieoptimierungen in diesem Bereich erwarten, welche für unsere Patienten eine weitere relevante Verbesserung im Überleben, aber auch in der Lebensqualität bedeuten. ■

OA Dr. Matthias Egger

Aus der Pflege

Das Hand-Fuß-Syndrom (HFS) oder palmar-plantare-Erythrodyästhesie (PPE)

Das Hand-Fuß-Syndrom ist eine Hautveränderung an den Handflächen und den Fußsohlen.

Symptome sind Rötung und Schwellung, häufig zusammen mit Schmerzen, aber auch Mißempfindungen wie Taubheitsgefühl oder Kribbeln. Es können zusätzlich Hautschuppung, Blasenbildung und Hautablösungen mit offenen Wunden, selten auch Verdickung der Hornschicht auftreten.

Ausgelöst wird es durch Chemotherapeutika, wie Capecitabin, Cytarabin, Docetaxel, pegyliertes Doxorubicin, 5-Fu, Paclitaxel, Sorafenib und Sunitinib und tritt in der Regel innerhalb der ersten Therapiewochen auf, kann sich aber auch erst mit der Zeit entwickeln (ku-

mulative Toxizität).

Man unterscheidet **zwei Typen** mit vermutlich unterschiedlichem Entstehungsmechanismus (siehe Tabelle re. oben).

Laut einer Studie niederländischer Wissenschaftler, können Capecitabin und einige zielgerichtete Arzneimittel unter Umständen die individuellen Fingerabdrücke zerstören. Einige Zeit nach Abschluss der Krebsbehandlung bilden sich die Linien auf den Fingerkuppen der meisten Patienten wieder zurück.

Eine ärztliche Bescheinigung kann bei der Einreise in ein Land mit Fingerabdruckpflicht, z.Bsp. USA, hilfreich sein. Entsperrten des Handys mit Fingerabdruck-

Funktion ist eventuell nicht mehr möglich.

Schweregradeinteilung nach WHO:

- Grad 1 (dezent) Erythem, Mißempfindungen möglich, normale Aktivität möglich
- Grad 2 Erythematöse Schwellung, Schmerz bei mechanischer Belastung palmo-plantar
- Grad 3 schmerzhaft. erythematöse Schwellung, Fissuren, Alltagsaktivitäten eingeschränkt
- Grad 4 stark schmerzhaft erythematöse Schwellung, Blasenbildung und Ulceration möglich, Alltagsaktivitäten nicht möglich

	TYP 1	TYP 2
Häufiger Auslöser	bei höher dosierten Chemotherapeutika, wie 5-Fu, Capecitabin, Doxorubicin	Multikinaseinhibitoren wie Sorafenib, Sunitinib, BRAF-Inhibitoren, wie Vemurafenib, Dabrafenib
Beginn	Bei höher dosierten Pulstherapien: nach 1-21 d Bei kontinuierlichen niedrig-dosierten Therapien: bis zu mehrere Monate	Sorafenib: 2-4 Therapie-woche Sunitinib: häufig nach 1-3 Therapiemonaten
Abklingen	1-2 Wochen nach Absetzen	1-2 Wochen nach Absetzen
Lokalisation	Flächiger, kann auch andere Körperregionen (Intertriginös, Hand-, Fußrücken) betreffen	Mehr lokalisiert, Druckstellen palmo/plantar
Klinik	schmerzhaft Erythem, Ödem, Blasen, Desquamation	schmerzhaft Kallusartige Hyperkeratosen und Blasen, z.T. umgeben von erythematösen Halo
Pathogenese	Hinweis auf Schweiß assoziierte Toxizität	Hinweise auf vaskulären Mechanismus



▲ Hand-Fuß-Syndrom (Quelle: Wikipedia)



Prophylaxe des HFS:

- + Vermeidung mechanischer Belastung (Druck, Reibung, Hitze)
- + Vermeidung von chemischen Noxen wie längerem Kontakt mit Wasser, Reinigungsmitteln
- + Behandlung von Vorerkrankungen wie Intertrigo, Mykosen, Nekrosen, Hyperkeratosen

Zusätzlich sollten die Hände und Füße mindestens 2 mal täglich mit 5 - 10 % harnstoffhaltiger Creme gepflegt werden (Evidenz besteht für Capecitabin und Sorafenib).

Evidenzbasierte Empfehlung

Unter Infusion mit Docetaxel kann eine Prophylaxe des HFS und der Nagelveränderung durch Kühlung gelingen, aber es besteht eine deutlich eingeschränkte Verträglichkeit und recht hohe Abbruchrate.

Prophylaxe mit Mapisalcreme (verschiedene Antioxidantien) oder Vitamin B6 p.o. werden nicht empfohlen, da kein eindeutiger Nutzen für den Patienten ersichtlich war.

Therapie des HFS:

- Grad 1-2:
- + Fortführung der prophylaktischen Maßnahmen
- ab Grad 3:
- + Fortführung der prophylaktischen Maßnahmen, zusätzlich
 - + Dosisreduktion der antineoplastischen Medikation
 - + antientzündliche Therapie mit topischen Steroiden (geringe Evidenz) ■

Quelle: Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen, 02/2020

Bettina Bensberg

Prostatakrebs: Hoffnung für Betroffene!

Neue Therapieoptionen bei fortgeschrittener Erkrankung geben Anlass zu Optimismus

Für mehr als 65.000 Männer in Deutschland wird auch in diesem Jahr die Diagnose Prostatakrebs zur Gewissheit werden. Obwohl meist ältere Männer betroffen sind und Prostatakrebs selten rasch zum Tode führt, sterben jährlich in Deutschland fast 13.000 Patienten an einer fortgeschrittenen Erkrankung und ihren direkten Folgen.

„Eine Verpflichtung also, sich ständig mit der Problematik und den Perspektiven auseinanderzusetzen“, so Prof. Dr. Dirk Zaak, Leiter des Prostatakrebszentrums am Klinikum Traunstein.

Die klassische Therapie des fortgeschrittenen Prostatakrebses basiert seit Jahrzehnten auf dem Entzug des männlichen Sexualhormons Testosteron, das ein Nährsubstrat für die Krebszellen darstellt. Die Therapie verursacht allerdings Beschwerden, die den Symptomen der Wechseljahre beim weiblichen Geschlecht entsprechen und der Therapieerfolg ist leider auch nicht von Dauer. Kommt es unter der Hormonentzugstherapie, die in aller Regel mit Spritzen in regelmäßigen Abständen durchgeführt wird, zu einem Fortschreiten der Erkrankung erforderte dies dann in der Folge meist den Einsatz einer Chemotherapie.

Seit einigen Jahren hat sich diese, über viele Jahre bewährte Behandlungssequenz einschneidend verändert. „Verantwortlich“ hierfür sind neue Medikamente die in den letzten Jahren zugelassen wurden. Sie heißen Abiraterone, Enzalutamid, Darolutamid oder Apalutamid, sind als Tabletten verfügbar und haben die Behandlungsabläufe revolutioniert, so Prof. Zaak. Sie greifen spezifische Schlüssel-Schloss Mechanismen (Androgenrezeptor) der Krebszelle an, blockieren diese und setzen sie außer Kraft. Im Vergleich zur alleinigen klassischen Hormontherapie konnten sie in vergleichenden Studien einen sehr positiven Effekt auf die Prognose der erkrankten Männer zeigen.

Welcher Patient heutzutage von welcher neuen Therapieform profitiert und für wen diese auch zugelassen ist, das sind relevante Fragen, die sich die Teammitglieder des Prostatakrebszentrums Traunstein in ihrer wöchentlichen Tumorkonferenz regelmäßig stellen. Um hier die bestmögliche Therapie in jedem Einzelfall zu ermitteln, treffen sich die Teammitglieder der unterschiedlichen Fachdisziplinen und diskutieren regelmäßig die individuelle Therapie. „Trotz Corona werden es auch 2020 wieder über 650 Fälle sein, die in Traunstein intensiv besprochen werden“, fügt Dr. Hofmann an. Er ist Urologe und Koordinator der Abläufe im Prostatakrebszentrum. Bereits im letzten Jahr konnte das Zentrum nachweisen, dass es in Deutschland und Europa mit den großen Referenzzentren keine Vergleiche zu scheuen braucht.

„Auch wenn die Urologische Krebsbehandlung die Domäne unseres Fachbereichs ist, so ist es heutzutage unerlässlich, sich ständig mit den anderen Fachkollegen (Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Pathologen, Nuklearmedizinern etc.) auszutauschen“ unterstreicht Dr. Josef Schuhbeck, einer der Chefärzte für Urologie am Klinikum Traunstein. Auch müssen die neuen Therapieoptionen sehr gut abgewogen werden, liegen die monatlichen Therapiekosten doch deutlich im vierstelligen Eurobereich. „Allerdings werden die Kosten bei korrekter Anwendung von den Krankenkassen übernommen“, betont Dr. Schuhbeck. Vor diesem Hintergrund ist auch die Tumorkonferenz die wichtigste Schnittstelle in der Entscheidung, ob und welche der neuen Androgenrezeptor-gerichteten Therapieverfahren zu welchem Zeitpunkt eingesetzt werden.

Neben den Androgenrezeptor-gerichteten neuen Therapieformen steht nun auch erstmals ein Medikament zur sogenannten „personalisierten Medizin“ im Rahmen der Prostatakrebstherapie zur Verfügung. Mit der Zulassung des Enzymhemmers Olaparib in Europa Anfang November wird für einen be-

stimmten Teil der Prostatakrebspatienten zukünftig hier eine weitere ambulante Therapieform zur Verfügung stehen.

Der Wirkmechanismus von Olaparib beruht darauf, dass Krebszellen unter bestimmten Voraussetzungen Reparaturvorgänge in ihrem eigenen Erbgut nicht mehr vornehmen können und absterben. „Beim Prostatakrebs weisen ca. 10 Prozent der Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren diese Voraussetzungen auf, um zukünftig mit diesem neuen Medikament behandelt werden zu können“,

KONTAKT

Prostatakrebszentrum
Prof. Dr. D. Zaak
Koordinator:
Dr. T. Hofmann

T 0861 705-1197
F 0861 705-1469
E zaak@urologie-traunstein.de

betont Dr. Patrick Weidlich, einer der drei Chefärzte für Urologie am Klinikum Traunstein. ■

Vier Fragen an die Experten des Prostatakrebszentrums Traunstein:

Prostatakrebs wird häufig als harmlose Erkrankung des älteren Mannes bezeichnet. Ist das wirklich so?

Dr. Patrick Weidlich:

Prostatakrebs ist mittlerweile die häufigste Krebsursache bei Männern in Deutschland, tritt aber nicht in jeder Altersgruppe gleich häufig auf. Die Neuerkrankungsrate bei 70-74jährigen Männern beträgt 654/100.000. Aber auch bei den 45-49jährigen kommt dieser bösartige Tumor noch mit 17 Fällen auf 100.000 Männer vor. Leider versterben auch mehr als 13.000 Männer jährlich in Deutschland an dieser Erkrankung, also immerhin mehr als dreimal so viele wie durch Verkehrsunfälle. Sehr aggressive Formen haben ohne Therapie häufig eine Lebenserwartung von nur wenigen Jahren. Insofern kann man das Prostatakarzinom nicht generell als „harmlosen Haustierkrebs“ des älteren Mannes bezeichnen, der nicht behandelt werden muss, sondern man sollte ganz individuell nach Alter und Begleiterkrankungen des Patienten sowie

Aggressivitätsform und Stadium des Tumors die weitere Abklärung und Therapie gestalten um ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen.

Macht Vorsorge da nicht durchaus Sinn?

Dr. Josef Schuhbeck

Die neuen Therapiemöglichkeiten für Prostatakrebs im fortgeschrittenen Stadium ermöglichen den betroffenen Patienten eine lange Überlebenszeit bei guter Lebensqualität. Wir dürfen mit diesem Wissen allerdings die Früherkennung des Prostatakarzinoms nicht vernachlässigen. Mit der in manchen Medien unglücklich geführten Diskussion über den Nutzen der Früherkennungsuntersuchung

wird leider nicht berücksichtigt, dass prinzipiell jeder Prostatakrebs heilbar ist, wenn er nur frühzeitig entdeckt wird. Insofern müssen wir weiter intensiv in der Vorsorge aktiv bleiben mit individuell angepassten Untersuchungsmethoden, die sich ebenfalls in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt haben.

Was dürfen Patienten im Prostatakrebszentrum in Traunstein voraussetzen?

Prof. Dr. Dirk Zaak:

In unserem seit 2012 über die Deutsche Krebsgesellschaft zertifizierten Prostatakrebszentrum erfüllen wir in Traunstein die allerhöchsten Qualitätsanforderungen, die Patienten heutzutage erwarten dürfen. Diese sehen unter anderem Mindestmengen an Behandlungen, konsequente Datenerfassung zur Qualitätssicherung, psychoonkologische Versorgung und den Einsatz neuer Diagnose- und Behandlungstechnologien (Kernspintomographie, Fusionsbiopsie, Operation, Bestrahlung, Medikamentöse Behandlungen etc.) für alle Stadien der Erkrankung von der Früherkennung bis zu fortgeschrittenen Krankheitsverläufen vor.

Das „Herzstück“ eines solchen Krebszentrums ist die Tumorkonferenz in der spezialisierte Ärzte (u.a. Urologen, Strahlentherapeuten, Onkologen, Nuklearmediziner, Pathologen, und Radiologen) fächerübergreifend die bestmögliche

Behandlung im individuellen Fall stets gemeinsam besprechen.

Wie aufwändig ist eine solchen Tumorkonferenz eigentlich?

Dr. Thomas Hofmann:

Durch die Teilnahme von Expertinnen/-en aus unterschiedlichen Fachdisziplinen soll sichergestellt werden, dass zum Beispiel bei der Wahl zwischen mehreren Behandlungsmöglichkeiten mehrere Fachrichtungen ihre

Einschätzung einbringen und dann ein Konsens im Sinne des individuellen Patienten getroffen wird.

Bei der Therapiewahl werden die aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien berücksichtigt, die wiedergeben, welche Therapieform zum aktuellen Zeitpunkt als am wirksamsten eingeschätzt wird. Übergeordnetes Ziel ist es, die Qualität der Krebsbehandlung weiter zu optimieren. Die getroffene Empfehlung der Spezialistinnen/-en, die an der Konferenz teilnehmen, wird protokolliert und dem Patienten anschließend übermittelt. Es braucht also ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz, genügend Zeit für den Austausch zwischen den Fachdisziplinen und den betroffenen Patienten, die entsprechende Logistik und ein Team, das das Patientenwohl stets im Blick behält. All dies

kann man seit Jahren als Prostatakrebspatient in Traunstein voraussetzen. ■



„Neue“ Gesichter

Dr. med. univ. Birgit Reinisch - Darmzentrumskoordinatorin

Als Kärntnerin verschlug es mich nach meiner Promotion 2005 an der Universität Graz zur Facharztausbildung ins Chiemgau.

Seit 2016 bin ich als Oberärztin für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie im Klinikum Traunstein unter Chefarzt PD DR. Schauer tätig und konnte durch Auslandsaufenthalte in Toronto, Amsterdam und London neue Perspektiven im Bereich der onkologischen Chirurgie, insbesondere in der Kolorektalchirurgie gewinnen.

Durch die Zusatzbezeichnung Proktologie verstehe ich den zunehmenden Anspruch der Chirurgie, gute onkologische Ergebnisse mit bestmöglicher Funktionalität und Lebensqualität zu vereinen.

In meiner neuen Position als Darmzentrumskoordinatorin möchte ich zum einen die Kommunikation zwischen den niedergelassen Kollegen und den Abteilungen, andererseits die individuelle Patientenführung verbessern und freue mich auf die neue Herausforderung. ■



Dr. Juliane Singhartinger - Zentrumskoordinatorin Brustzentrum

Frau Dr. Juliane Singhartinger begann ihre Facharztausbildung im Dezember 2012 am Hochschulklinikum Brandenburg an der Havel. Ihr besonderes Interesse galt schon früh der Gynäkologischen Onkologie und der Senologie. So war sie maßgeblich am Aufbau und der Zertifizierung des Gynäkologischen Krebszentrums beteiligt. Daneben vertiefte sie ihre Kenntnisse im Rahmen eines einjährigen Fortbildungsstipendiums der Berliner Charité, der „Jungen Akademie Gynäkologische Onkologie“.

Seit Oktober 2018 ist Frau Dr. Singhartinger am Klinikum Traunstein tätig und beschäftigt sich auch hier klinisch und wissenschaftlich mit der Gynäkologischen Onkologie und dem Mammakarzinom. Zum November 2020 hat sie die Funktion der Zentrumskoordinatorin des Brustzentrums übernommen. Sie ist verheiratet, hat zwei Kinder und lebt in Traunstein. ■



Dr. med. Manuel Strohmeier - Darmzentrumskoordinator

Dr. med. univ. Manuel Strohmeier begann, nach Abschluss seines Studiums der Humanmedizin in Innsbruck, seine Assistenzarztausbildung 2012 am Klinikum Traunstein. Im Rahmen seiner Ausbildung durchlief er alle Abteilungen der Inneren Medizin des Hauses. Nach Erwerb des Facharztes erfolgte der Wechsel in die Abteilung für Gastroenterologie und 2020 die Ernennung zum Oberarzt. Seit 2020 hat Herr Strohmeier gemeinsam mit Frau Dr. med. univ. Birgit Reinisch die Aufgabe des Darmzentrumskoordinators übernommen. Der zweifache Vater ist verheiratet und lebt in Traunstein. ■



Dr. med. Simon Müller Koordinator Prostatakrebszentrum

Als gebürtiger Traunsteiner kehrte ich nach meinem Medizinstudium in Regensburg zurück in die oberbayerische Heimat. Bereits im Rahmen des praktischen Jahres in Straubing konnte ich Einblicke in die Urologie gewinnen.

2018 begann ich meine Weiterbildung in der Allgemeinchirurgie in Traunstein unter Chefarzt Dr. Schauer. Hier konnte ich mir ein chirurgisches Basiswissen aufbauen, bis ich schließlich Mitte 2019 in die Urologie wechselte. Durch OA Dr. Thomas Hofmann bekam ich schnell Einblick in die Arbeit des Prostatakrebszentrums. Die raschen Entwicklungen beim Thema Prostatakarzinom in Sachen Diagnostik und Therapie, sowohl medikamentös als auch operativ sind ebenso spannend wie herausfordernd. In meiner zukünftigen Funktion als Koordinator des Prostatakrebszentrums sehe ich es als meine Aufgabe die Versorgungsqualität von Prostatakrebspatienten hier in der Region gemeinsam mit meinen Kollegen permanent zu optimieren. ■



Yvone Behrendt - Bereichsleitung der onkologischen Fachpflege im Onkologischen Zentrum

Fr. Behrendt absolvierte nach ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin an der Technischen Universität München ab 2016 ein Studium zur Gesundheitswissenschaft. Parallel arbeitete Sie im Intermediate Care Bereich des International Medical Centers an der Schön Klinik Vogtareuth.

Nach Beendigung des Studiums übernahm Fr. Behrendt zum September 2019 die pflegerische Bereichsleitung der onkologischen Stationen am Klinikum Traunstein und koordiniert federführend die Umsetzung der fachlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der onkologischen Fachpflege im Onkologischen Zentrum. ■



Darmkrebszentrum:

Chefarztwechsel in der Gastroenterologie am Klinikum Traunstein

Dr. Björn Lewerenz tritt die Nachfolge von Herrn Dr. Anton Kreuzmayr an

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, mich Ihnen als neuen Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und interventionelle Endoskopie am Klinikum Traunstein vorzustellen, deren Leitung ich seit dem 1.10.2020 übernommen habe. Ich war zuvor 16 Jahre an der München-Klinik Bogenhausen als Oberarzt und ärztlicher Leiter der Endoskopieabteilung tätig. Zudem habe ich in meiner langjährigen Tätigkeit als Koordinator des Onkologischen Zentrums maßgeblich an der dortigen Entstehung und Weiterentwicklung eines Darmkrebszentrums mit den zusätzlichen Schwerpunkten Ösophagus-Magen- und Pankreaszentrum mitgewirkt. Mit breiter internistischer Expertise und dem Schwerpunkt der interventionellen Endosko-

pie werde ich die traditionellen Schwerpunkte der Abteilung aufgreifen, ergänzen und weiterentwickeln. So werden nun alle Techniken der interventionellen Endoskopie angeboten werden, insbesondere auch, ganz im Sinne einer umfassenden Behandlung in einem Darmkrebszentrum, komplexe Abtragungen von Frühkarzinomen im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt. Im Einklang mit der Viszeralchirurgie möchte ich dazu beitragen, die Schwerpunkte des Darmkrebszentrums neu zu beleben. Ab dem 1.1.2021 werde ich die Leitung des Darmkrebszentrums von Herrn PD. Dr. Schauer übernehmen, der diese Aufgabe nun mehrere Jahre ausgefüllt hat und in der Position der stellvertretenden Leitung bleiben wird. Ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit mit den Chefärzten des Zentrums für Innere Medizin am Klinikum Traunstein

und innerhalb des von Herrn Dr. Kubin geleiteten Onkologischen Zentrums und freue mich ganz besonders auf eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen, mit dem Ziel, den Menschen in der Region eine heimatnahe, hochwertige und umfassende Behandlung anzubieten. ■



KONTAKT

Darmzentrum
Prof. Dr. Björn Lewerenz

T 0861 705-1260

F 0861 705-1770

E bjorn.lewerenz@kliniken-sob.de



Aktuelles vom Verein „Gemeinsam gegen den Krebs“

Kommunikation, Information und Unterstützung kommen für Krebserkrankte und ihre Angehörigen oftmals immer noch zu kurz. Der Kostendruck im stationären und ambulanten Gesundheitssektor lässt der Zuwendung zu den psychosozialen Problemen häufig nur wenig Raum.

Wie wir in unserem Newsletter bereits berichteten, schließt der Verein „Gemeinsam gegen den Krebs e.V.“ mit seinen Angeboten diese Lücke. Zeit, um neue Ausblicke zu geben und einen Blick zurück zu werfen.

Bisher gab es bereits eine Familien-, eine Sozial- und eine Ernährungssprechstunde. Seit kurzem wird nun eine psychoonkologische Begleitung an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung angeboten. Hierfür konnte der Verein Fr. Brigitte Jordan (Psychologin, Psychoonkologin) und Hanns-Günter Wolf (Dipl. Psych., Psychoonkologe) gewinnen. Der Verein bemüht sich trotz der Corona Pandemie und den daraus folgenden Einschränkungen das Angebot aufrecht zu erhalten.

Warum ist Psychoonkologie wichtig?

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass eine psychoonkologische Begleitung die Verarbeitung und Bewältigung einer Krebserkrankung unterstützt. Bei dieser Begleitung werden körperliche, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt. Dem Menschen soll dabei geholfen werden, mit der Situation besser umgehen zu können, die Selbstheilungskräfte zu stärken und den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Es kann unglaublich guttun, den Raum zu haben, um über die Erkrankung, die Behandlungen und Veränderungen im alltäglichen Leben zu spre-

chen und zu spüren, was das Ganze für einen bedeutet, wie es einem damit geht und was man selbst möchte. Es kann entlastend sein, Fragen in Ruhe zu sortieren, Ängste und Sorgen auszusprechen oder Gefühle wie Wut, Hilflosigkeit oder Unsicherheit zulassen zu können. Auch kann es enorm stärken, Antworten auf Fragen zu finden wie „was ist mir



▲ Psychoonkologisches Gespräch in Coronazeiten

jetzt besonders wichtig“, „was kann ich jetzt tun, damit es mir besser geht“, „auf welche Bereiche im Leben will ich meine Aufmerksamkeit richten“, „wo kann ich Kraft und Energie tanken“. Dies sind die Schwerpunkte der psychoonkologischen Tätigkeit. Auch beim Umgang und der Bewältigung von Traumata, Ängste oder Depression, die zusätzlich Kraft kosten, kann eine psychoonkologische Betreuung helfen.

Die Ziele des neuen psychoonkologischen Angebotes des Vereins sind, Patienten und Angehörige bei der Bewältigung der Erkrankung schnell, kurzfristig und unbürokratisch zu unterstützen, Fragen zu klären, Belastungen im Rahmen des Möglichen zu reduzieren, persönliche Kraftquellen zu finden und Perspektiven zu entwickeln, um beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung und die Rückkehr nach Hause zu helfen. Wenn wenige Stunden zur Unterstützung und Klärung nicht ausreichen ist der Verein behilflich eine längerfristige psychoonkologische oder psychotherapeutische ambulante Anbindung zu organisieren. Patienten und Angehörige können sich einfach beim Verein (www.gemeinsamgegenkrebs.de) melden und unkompliziert ambulante psychoonkologische Beratung bekommen.

Im Wesentlichen geht es darum, den Patienten in Krisensituationen zu unterstützen und darum, Patienten bei verschiedenen Themen, die eine Krebserkrankung mit sich bringen kann, zu beraten und persönliche Anliegen oder Probleme zu klären. Häufig reichen we-

nige Termine, um bei der Stabilisierung zu helfen und Fragen zu besprechen. Wenn sich ein längerfristiger Therapiebedarf abzeichnet, d.h. wenn die seelische Belastung durch die Erkrankung sehr ausgeprägt ist und lange andauert, ist die Kontaktaufnahme mit einem niedergelassenen Psychotherapeuten wichtig, um über einen längeren Zeitraum hinweg durchgängig Unterstützung zu bekommen.

Neben dem neuen Angebot ist die Familien- und Kindersprechstunde bereits eine tragende Säule der Patientenangebote des Vereins.

Die promovierte Ärztin und Psychoonkologin Marion Böger, selbst Mutter von drei schulpflichtigen Kindern, hat bereits die Familiensprechstunde des Psycho-onkologischen Dienstes am Universitätsklinikum Regensburg über einen Zeitraum von 12 Jahren aufgebaut. Seit knapp drei Jahren betreut sie nun für „Gemeinsam gegen den Krebs e.V.“ bislang rund 70 Familien im Chiemgau.

Im Rahmen der Familien- und Kindersprechstunde finden krebskranke Mütter und Väter sowie deren Kinder Hilfe im Umgang mit der Situation. Individuell kann in Einzel- und Familiengesprächen und in der Trauerbegleitung auf die Fragen, Bedürfnisse und Nöte aller Familienmitglieder eingegangen werden, wobei gerade Kinder durch die Krebserkrankung eines Elternteils oft sehr belastet sind.

Eine professionelle empathische Betreuung, entsprechende Räumlichkeiten und viel Zeit sind die Grundvoraussetzungen für dieses



▲ Marion Böger, Ärztin und Psychoonkologin bietet im Verein die Familien- und Kindersprechstunde an.

Projekt. Die Kosten liegen hierfür jährlich im fünfstelligen Bereich, die der Verein durch Spenden finanziert. ■



KONTAKT
 Verein Gemeinsam gegen den Krebs
 T 0176 43151575
 E info@gemeinsamgegenkrebs.de
www.gemeinsamgegenkrebs.de



SAVE THE DATE!
Virtueller Traunsteiner Krebsinformationstag
 am Samstag, den 19. März 2021
 17:00 bis 20:00 Uhr
 in Kooperation mit dem Verein
 Gemeinsam gegen den Krebs



Impressum

Redaktion (verantwort.):
 + Reinhold Frank
 + Dr. Thomas Kubin
 + Ralf Reuter
 + Prof. Dr. Dirk Zaak
 Für die Inhalte der einzelnen Beiträge sind die Ärzte des Onkologischen Zentrums Traunstein verantwortlich

Redaktionsanschrift:
 Informations- und Öffentlichkeitsarbeit der
 Kliniken Südostbayern AG
 Ralf Reuter
 Klinikum Traunstein, Cuno-Niggel-Str. 3, 83278 Traunstein
 T 0861 705-1530
 E ralf.reuter@kliniken-sob.de

STRUKTUR DES ONKOLOGISCHEN ZENTRUMS

Sprecher: Dr. Thomas Kubin
 Stellv. Sprecher: PD Dr. Rolf Schauer
 Koordinator: Reinhold Frank
 T 0861 705-1533
 E oz.ts@kliniken-sob.de
www.onkologischeszentrum-traunstein.de

Leitungsteam:
 Dr. Thomas Auberger T 0861 705-1293
 Reinhold Frank T 0861 705-1533
 Dr. Björn Lewerenz T 0861 705-1261
 Dr. Thomas Kubin T 0861 705-1243
 PD. Dr. Rolf Schauer T 0861 705-1201
 Prof. Dr. Christian Schindlbeck T 0861 705-1231
 Prof. Dr. Dirk Zaak T 0861 705-1197



In Zusammenarbeit mit dem
 Ärztlichen Kreisverband Traunstein