Die psychoonkologische Basisdokumentation bei HNO-Tumorpatienten

Nachsorge nach Rehabilitation bei Brustkrebs – Implementierung und Evaluation eines bewegungsbezogenen Nachsorgekonzepts

ASCO-Telegramm 2008

tumorzentrum aktuell

Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V.

Rehabilitationsklinik
Bad Salzelmen

1/2008

Den Krebs zu besiegen ist unser Ziel.

Mit vereinten Kräften.

Wir von Roche arbeiten mit Leidenschaft an der Zukunft der Krebsmedizin, um den Patienten den Schrecken der Krankheit zu nehmen. Unsere jahrzehntelange Erfahrung und innovativen Forschungstechnologien sind die Basis für neue, richtungsweisende Therapien in der Onkologie. Symptome nicht nur behandeln, sondern langfristig Krebs besiegen:
Das ist für uns kein Traum, es ist das Ziel.

Roche

www.roche-onkologie.de

Roche Onkologie

Die treibende Kraft

Editorial Seite 05

- Mitgliederversammlung des Tumorzentrums und Neuwahl der Vorstände Seite 06

Aus Wissenschaft und Forschung

- Die psychoonkologische Basisdokumentation bei HNO-Tumorpatienten Seite 08
  Christiane Motsch, A. Hackstedt, B. Marten-Mittag
- Nachsorge nach Rehabilitation bei Brustkrebs – Implementierung und Evaluation eines bewegungsbezogenen Nachsorgekonzepts Seite 13
  Barb Heinz
- Neue Konzepte bei ZNS-Metastasen: „Lapatinib - basierte triple Therapie des HER2 positiven Mammakarzinoms“ Seite 16
  Joachim Bischoff

Berichte

- ASCO-Telegramm Seite 17
- Zur ganzheitlichen Betreuung krebskranker Kinder und ihrer Familien Seite 20
  Uwe Mittler
- Änderungen für Tumormeldungen Seite 23
- Änderung der Krebsfrüherkennungsrichtlinien: Hautkrebs-Screening Seite 23
- Kosten-Nutzen-Analyse der präventiven Koloskopie in Deutschland Seite 24
- Brustkrebsinzidenz bei 45-59jährigen Frauen rückläufig? Seite 25

Termine Seite 27

IMPRESSUM

Herausgeber
Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V.
Universitätsklinikum A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
http://www.med.uni-magdeburg.de/tzm/
e-mail: tumorzentrum@med.ovgu.de

Redaktion
Prof. Dr. G. Gademann
Dr. B. Böhme

Layout
Müller Marketing
Agentur für Marketing & Kommunikation
www.muellermarketing-md.de

Druck
Druckerei Lohmann
Markt 23
39435 Egeln

Titelfoto
Rehabilitationsklinik Bad Salzelmen

Juli 2008

Editorial

An der Entstehung von Tumorerkrankungen sind genetische Belastungen zu ca. 20 %, Umweltfaktoren dagegen zu ca. 80 % beteiligt. Die wichtigsten externen Faktoren sind Rauchen, Fehlernährung und Bewegungsmangel. Dies sind gleichzeitig auch wichtige Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
Wir Ärzte wissen um die Bedeutung dieser Risikofaktoren. Die allgemeine Bevölkerung kennt ihre Bedeutung für die Gesundheit zunehmend besser. Der Begriff Umweltfaktor ist natürlich falsch. Er erlaubt es, die Frage nach den Ursachen nach Außen zu projizieren. Im Zweifelsfall sind es aus Patientensicht dann Pestizide, Abgase, Kernkraftwerke oder andere Umweltquellen, denen man die Schuld an einer Tumorerkrankung zuschieben kann, zur eigenen Entlastung. Bei den genannten Risikofaktoren handelt es sich eben nicht um Umweltfaktoren, sondern um die Gesundheit gefährdende Verhaltensweisen.

Warum ist ungesundes Verhalten eines Menschen trotz bestem Wissen um die Gefahren desselben so schwierig zu verändern? Warum ist es schwierig, trotz aller Aufklärung, das Rauchen einzustellen? Ohne Zweifel hat Nikotin ein sehr hohes Suchtpotential. Andererseits darf die psychische Abhängigkeit durch die rituelle Handlung des Rauchens einer Zigarette nicht unterschätzt werden. Ein durchschnittlicher Raucher, der 20 Zigaretten pro Tag raucht, unterzieht sich ca. 7.000 mal pro Jahr diesem komplexen, mehrere Minuten dauerndem Ritual. Eine solche eingeschliffene psychische Gewohnheit einzustellen ist vermutlich genauso schwierig, wie die Entwöhnung von dem Suchtmittel Nikotin selbst. Ähnliches gilt für ungesunde Ernährungsgewohnheiten, übermäßigen Alkoholkonsum oder die Vermeidungsreaktionen, wenn es um körperliche Bewegung geht. Wie ändert man ein vieltausendfach vollzogenes schädliches Ritual? Woher nimmt man die Motivation für eine nachhaltige Verhaltensänderung?

Das übliche ärztliche Vorgehen ist die sachliche Information des Patienten über die drohenden Schäden, gern im Charakter eines Appells. Natürlich geht ohne gute Aufklärung um die Wirkweise eines schädigenden Faktors oder schädigenden Verhaltensweise gar nichts. Wenn der Arzt den Sachverhalt seinen Patienten erklärt, bedeutet dies aber nicht, dass der Patient auch zuhört. Selbst wenn er zuhört oder den Sachverhalt in einem Buch oder einer Zeitung liest, bedeutet es nicht, dass er den Sachverhalt auch versteht. Wenn er ihn versteht, bedeutet das noch lange nicht, dass er hieraus die aus ärztlicher Sicht richtige Konsequenz einer Verhaltensänderung zieht. Wenn er sich dennoch durchringt und eine Verhaltensänderung beginnt, bedeutet dies noch lange nicht, dass er sie durchhält. Hält er sie durch, wird er seine Chancen gesund zu bleiben verbessern, wie wir aber alle aus Erfahrung wissen, wird der Schutz nicht hundertprozentig sein. Lediglich die Wahrscheinlichkeit die Erkrankung zu vermeiden wird verbessert.

Offensichtlich erreicht der sachliche Appell des Arztes nur einen kleinen Teil seiner Patienten. Eine nachhaltige Verhaltensänderung erfordert das Zusammenwirken von Information, Einsicht, emotionaler Bereitschaft des Betreffenden und wahrscheinlich irgendeines Belohungssystems, das den Verhaltenswandel positiv verstärkt. Es ist uns Ärzten bis heute nicht gelungen, den Prozess der Motivation zur nachhaltigen Verhaltensänderung wirklich zu verstehen und im Sinne unserer Patienten günstig zu beeinflussen. Dies zeigt die Tatsache, dass Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch und anderes mit Risiko behaftetes Freizeitverhalten auf bevölkerungsweiter Ebene bisher nicht wirklich signifikant zurückgedrängt werden konnten.

Wo können wir in dieser Lage heute ansetzen? Werfen wir einen Blick über den Zaun unserer Profession, zu den Pädagogen. Denken wir an unsere eigene Schulzeit zurück: wenn man Kinder und Jugendliche erziehen will, ist neben der guten sachlichen Aufbereitung und Darstellung der zu lernenden Information die Persönlichkeit und Vorbildfunktion des Lehrers ganz entscheidend und unverzichtbar für den Erfolg.
Warum sollten gerade wir Ärzte von dieser Regel eine Ausnahme darstellen? Wie kann ein Arzt, der

selbst raucht, sich falsch ernährt, sich nicht bewegt, in der Beratung und Prävention seiner Patienten zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise eine Wirkung erzielen? Wie sollte das gehen? Ein solcher Arzt mag im Bereich der medizinischen Versorgung seiner Patienten sehr gute Arbeit leisten, das steht außer Frage. Für die Prävention und die Motivation seiner Patienten zu einer gesünderen Lebensweise wird er wenig bewirken können. Fangen wir also bei uns selbst an. Schauen wir auf uns selbst, analysieren wir unsere eigenen Schwächen und streben wir zunächst einmal nach Verhaltensänderung bei uns selbst.

Priv. Doz. Dr. med. B. Anger
Chefarzt Abteilung Onkologie und Pneumologie
der Rehabilitationsklinik Bad Salzelmen

Dr. med. S. Olbricht
Oberärztin Abteilung Onkologie und Pneumologie
der Rehabilitationsklinik Bad Salzelmen

Badepark 5
39218 Schönebeck

Mitgliederversammlung des Tumorzentrums und Neuwahl der Vorstände

Prof. Dr. G. Gademann – bisheriger und neuer Vorsitzender

Am 18. Juni fand die diesjährige Mitgliederversammlung statt, die satzungsgemäß die Neuwahl des Gesamtvorstandes und des Geschäftsführenden Vorstandes vorzunehmen hatte.
Der Vorsitzende des Geschäftsführenden Vorstandes, Prof. Dr. Gademann, gab einen Überblick über die Aktivitäten des Tumorzentrums im Berichtszeitraum. Am Ende der abgelaufenen 4jährigen Amtszeit galt der besondere Dank den Mitgliedern des Gesamtvorstandes und des Geschäftsführenden Vorstandes.

In den Gesamtvorstand wurden gewählt:

Prof. Dr. Dr. J. Bernarding,
Direktor des Institutes für Biometrie und Medizinische Informatik, Universität Magdeburg

Dr. med. J. Bischoff,
Leitender Oberarzt der Universitätsfrauenklinik

Prof. Dr. med. B. Bonnekoh,
Leitender Oberarzt der Klinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsklinikum Magdeburg

PD Dr. med. J. Fahlke,
Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg

Prof. Dr. med. G. Gademann,
Direktor der Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Magdeburg

Dr. med. E. Kettner,
Chefärztin der Klinik für Hämatologie/Onkologie, Klinikum Magdeburg gGmbH

Prof. Dr. med. U. Mittler,
Vorsitzender der Stiftung Elternhaus im Universitätsklinikum Magdeburg

Prof. Dr. med. A. Roessner,
Direktor des Institutes für Pathologie, Universitätsklinikum Magdeburg

Gemäß Satzung wurden in den Gesamtvorstand berufen:

Dr. med. H. Friebel,
Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Dr. med. R. Uhle,
Onkologische Praxis Magdeburg, als Vertreter der KV Sachsen-Anhalt

Dipl.-Wirtsch. V. Rätzel,
Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Magdeburg

M. Antkowiak,
Magdeburger Krebsliga e. V.

T. Wagener,
Regionalgeschäftsführer der Barmer-Ersatzkasse

Dr. med. S. Olbricht,
Oberärztin der Rehabilitationsklinik Bad Salzelmen

PD Dr. med. K. Ridwelski,
Chefarzt der Klinik für Chirurgie, Klinikum Magdeburg gGmbH

Dipl.-Med. G. Krötki,
Oberärztin, Palliativstation, Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg

Aus dem Gesamtvorstand heraus wurden folgende Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes gewählt:

Vorsitzender:	Prof. Dr. med. G. Gademann	**Schatzmeister:**	Prof. Dr. med. U. Mittler
1. Stellvertreter:	PD Dr. med. J. Fahlke	**Schriftführer:**	Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. J. Bernarding
2. Stellvertreter:	Dr. med. E. Kettner		

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder des Tumorzentrums,

nach den Regeln unserer Satzung muss der Gesamtvorstand alle 4 Jahre neu bestimmt werden. Einige Mitglieder werden direkt gewählt, ein weiterer Teil durch die Zuordnung in Bereiche, die das Tumorzentrum betreffen, berufen.

Ich bin glücklich, dass wir eine ausgewogene und tatkräftige Vorstandsmannschaft erhalten bzw. neu gewinnen konnten, sowohl durch Wahl als auch durch Berufung.
Frau Dr. med. Olbricht, die nun in den Gesamtvorstand als Vertreterin der Rehabilitation berufen wurde, möchte ich besonders herzlich für ihre engagierte Tätigkeit im Tumorzentrum seit der Gründung danken.

Auch im Geschäftsführenden Vorstand hat sich einiges geändert. Es ist uns gelungen, Frau Dr. med. Kettner, Chefärztin der Klinik für Hämatologie/Onkologie im Klinikum Magdeburg gGmbH für die Vorstandsarbeit zu gewinnen. Sie nimmt damit die Stelle ein, die Frau Prof. Dr. med. Franke freigegeben hat, sie war ja bereits 2007 in der Mitgliederversammlung mit dem Ehrenvorsitz geehrt worden.

Das Tumorzentrum ist nach einigen Jahren der finanziellen Unsicherheit nun diesbezüglich in ruhigeres Fahrwasser gekommen. Mit einer stärkeren Angliederung ans Universitätsklinikum Magdeburg stehen nun Ressourcen zur Verfügung, die eine Stärkung des Tumorregisters ermöglichten. Mit der Aufnahme von Herrn Prof. Dr. Dr. Bernarding, Direktor des Institutes für Biometrie und Medizinische Informatik wurde dem wichtigen Anteil des Tumorregisters Rechnung getragen.

Nun heißt es für alle, nicht nur für den Vorstand, und schon gar nicht nur für den Geschäftsführenden Vorstand allein, die Geschicke des Tumorzentrums für die nächsten 4 Jahre in eine weiterhin positive Richtung zu lenken. Wir benötigen dazu die Vorschläge, das Mitdenken und Mitarbeiten von allen Mitgliedern und rufen jeden auf, sich gemeinsam für die Onkologie in unserer Region stark zu machen. Dies können Sie tun, indem Sie die regelmäßigen

Fortbildungsveranstaltungen des Tumorzentrums besuchen, die Meldungen der Krebserkrankungen zügig und vollständig an das Tumorzentrum erfolgen, Ihre Vorschläge und Kritik an uns richten, wobei natürlich auch aufmunternde Worte entgegengenommen werden.

Als Vorsitzender werde ich mich auch die nächsten 4 Jahre bemühen, das Tumorzentrum zusammen mit der Geschäftsführung aus dem Vorstand heraus zu leiten, mit neuen Ideen zu füllen und diese umzusetzen. Ich werde mich allerdings in den nächsten Jahren auch nach einer Nachfolge in diesem Amt umsehen. Jedem von uns muss bewusst sein, dass die Leitung des Tumorzentrums eine ehrenamtliche Aufgabe neben vielen anderen Aufgaben und eine zusätzliche Belastung zur beruflichen ist.

Aus diesem Grunde müssen Sie sich alle angesprochen fühlen, für das Tumorzentrum im Sinne der prospektiven und retrospektiven Qualitätssicherung zu wirken. Das Tumorzentrum braucht jeden von Ihnen und wird Ihnen dafür dankbar sein.

Mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. med. G. Gademann
Vorsitzender des Vorstandes

Die psychoonkologische Basisdokumentation bei HNO-Tumorpatienten

Ch. Motsch, A. Hackstedt, B. Marten-Mittag

Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Einleitung

Malignome stellen für den Patienten eine prägende emotionale Belastung dar. Naturgemäß werden durch die Malignomerkrankung Gefühle von Trauer und Angst ausgelöst, die auch Bestandteile der Krankheitsverarbeitung sein können und nicht immer als psychopathologische Symptome zu werten sind. Trotzdem ist die psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen neben somatischen Begleiterkrankungen sehr hoch: je nach Tumorart und -stadium sind bis zu 50 % psychische Störungen anzunehmen. Mithilfe der psychoonkologischen Basisdokumentation sollte geklärt werden, inwieweit psychosoziale Stressoren wie Angst vor erneuter Tumorerkrankung, vor sozialem Abstieg, vor sozialer Isolation in den Blickpunkt rücken (4, 5).

Methodik

Die psychoonkologische Basisdokumentation ist ein Forschungsprojekt, das seit 2001 von der Deutschen Krebshilfe gefördert wird. In der Studienzentrale in München wurde eine Datenbank aufgebaut, in der bundesweit die Daten von bisher 4.107 Patienten mit Malignomen aller Organe und Fachbereiche unter organmedizinischen und psychischen Aspekten erfasst wurden. Ein geschulter Interviewer schätzt die Situation und das Befinden des Patienten auf einer fünfstufigen Ratingskala ein.

Die Einschätzung sollte nach einem persönlichen Erstgespräch erfolgen und das subjektive Erleben der Patienten während der letzten drei Tage erfassen. Es wird grundsätzlich das subjektive Empfinden des Patienten und nicht die Symptomstärke eingeschätzt. Dokumentiert werden:

- soziodemografische und medizinische Angaben (15 Items)
- somatische Belastungen (4 Items + Summenwert)
- psychische Belastungen (8 Items + Summenwert)
- zusätzliche Belastungsfaktoren (4 Items)
- Indikationsstellung zur psychoonkologischen Betreuung (1 Item)

Vom Patienten wird jede somatische bzw. psychische Belastung mit einem Punktwert von 0 bis 4 beurteilt, wobei der höchste Punktwert der stärksten Beschwerdeintensität entsprach (0 leidet nicht, 1 leidet wenig, 2 leidet mittelmäßig, 3 leidet ziemlich, 4 leidet sehr). Daraus lässt sich ein psychischer und ein somatischer Summenscore bilden. Der Summenwert der somatischen Belastungen beträgt maximal 16, der der psychischen Belastungen maximal 32 (Tab. 1) (5).

Tabelle 1: Beurteilungskriterien somatische und psychische Belastungen

Somatische Belastungen	
Kriterien	
Erschöpfung/Mattigkeit	(0 – 4)
Schmerzen	(0 – 4)
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	(0 – 4)
weitere somatische Belastungen	(0 – 4)

Psychische Belastungen	
Kriterien	
Schlafstörungen	(0 – 4)
Stimmungsschwankungen/Verunsicherung	(0 – 4)
Kognitive Einschränkungen	(0 – 4)
Hilflosigkeit/Ausgeliefertsein	(0 – 4)
Angst/Sorgen/Anspannung	(0 – 4)
Scham/Selbstunsicherheit	(0 – 4)
Trauer/Niedergeschlagenheit/Depressivität	(0 – 4)
weitere somatische Belastungen	(0 – 4)

Patientengut und Ergebnisse

Bei 150 Patienten, die sich an der Univ.-HNO-Klinik Magdeburg wegen eines Larynx- bzw. Pharynxkarzinoms einer radiochirurgischen Therapie unterzogen hatten, wurde durchschnittlich 62 Monate nach Erstdiagnose eine psychoonkologische Basisdokumentation durchgeführt. Die Erhebungen wurden im onkologischen Dispensaire vorgenommen. Das mediane Alter der Patienten betrug zum Explorationszeitpunkt 61 Jahre. Das männliche Geschlecht dominierte mit 77 %. Bei 89 % der Patienten war eine lokale Tumorkontrolle zu verzeichnen. Bei 83 % erfolgte in den zurückliegenden zwei Monaten keine onkologische Kausaltherapie. Die in der Datenbank erfassten übrigen Patienten fungierten als Referenzgruppe (Tab. 2).

Bei 83 % der HNO-Karzinompatienten waren Komorbiditäten zu verzeichnen. Im Vergleich dazu ließen sich nur bei 40 % der Referenzgruppe (Datenbank) weitere somatische Erkrankungen objektivieren. Im Vordergrund standen bei den HNO-Karzinompatienten arterielle Hypertonie, koronare Herzerkrankung, degenerative Veränderungen der Gelenke und der Wirbelsäule, Erkrankungen des Nervensystems und der Leber sowie chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen. Die multimorbiditätsfördernden Risikofaktoren wurden abgeklärt. 68 % der Patienten bestätigten einen chronischen Tabakabusus, 56 % einen chronischen Alkoholabusus nach Tumortherapie. In ca. der Hälfte der Fälle lag ein dualer Missbrauch vor. HNO-Karzinompatienten waren mit zunehmender Überlebenszeit in jeder Altersgruppe chronisch krank.

Tabelle 2: Charakterisierung der interviewten Malignompatienten

	HNO (n=150)	Referenzgruppe n=4.107)
Tumorlokalisation	Mundhöhle, Larynx, Oro-/Hpopharynx (T1 12 %, T2 16 %, T3 %, T4 33 %)	Mamma, Ovar, Uterus, Colon, Rektum, Magen, Bronchien, Prostata, Hoden, blutbildendes System
medianes Alter	61 Jahre	58 Jahre
Geschlecht	männlich 77 %	weiblich 68 %
Krankheitsdauer	62 Monate (12 – 144)	21 Monate (0 – 1.249)
onkologische Kausaltherapie in den vergangenen 2 Monaten	17 %	83 %

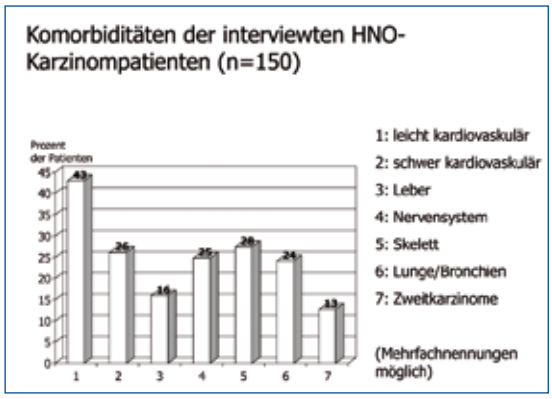


Abb. 1: Komorbiditäten der interviewten HNO-Karzinompatienten

Erstaunlicherweise war das Krankheitsempfinden bei HNO-Karzinompatienten geringer ausgeprägt als bei den Kranken der Referenzgruppe. Der durchschnittliche Summenwert somatischer Belastungen betrug bei den HNO-Karzinompatienten 3,5 gegenüber 5,6 in der Referenzgruppe.

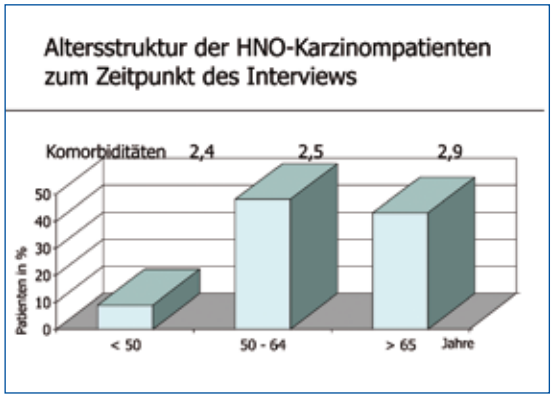


Abb. 2: Altersstruktur der HNO-Karzinompatienten zum Zeitpunkt des Interviews einschließlich Komorbiditäten

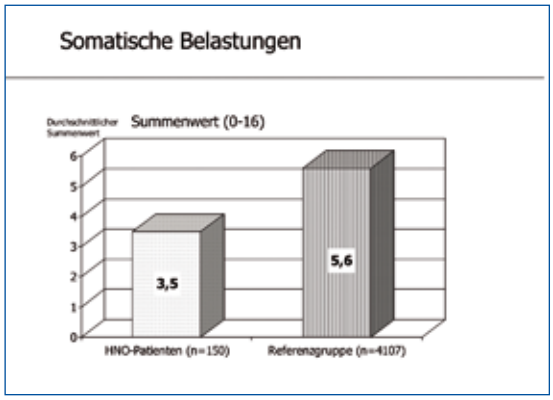


Abb.3: Somatische Belastungen bei HNO-Karzinompatienten und Referenzgruppe

Überraschend waren HNO-Karzinompatienten psychisch sehr stabil. Ein durchschnittlicher Score von 4,6 bei HNO-Karzinompatienten stand ein durchschnittlicher Score von 10,5 in der Referenzgruppe gegenüber. Die Summenwerte somatischer und psychischer Belastungen, die von den HNO-Karzinompatienten angegeben wurden, sind in Tabelle 3 detailliert aufgeführt.

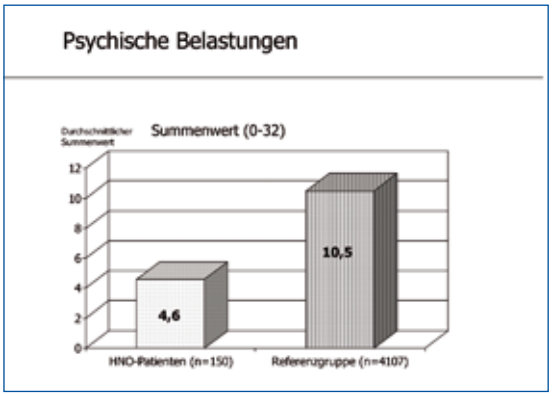


Abb. 4: Psychische Belastungen bei HNO-Karzinompatienten und Referenzgruppe

Beeindruckend war die Diskrepanz zwischen der nachweislich hohen Komorbidität der HNO-Tumorpatienten und der geringen Anzahl empfundener somatischer Belastungen. 49 % (n=74) der Patienten gaben sowohl die Häufigkeit somatischer Belastungen als auch die Anzahl psychischer Belastungen mit 0 – 4 an. Es ist anzunehmen, dass bei diesen Patienten die psychosoziale Gesundheit nicht gefährdet ist. Die initial diagnostizierte T-Kategorie hatte keinen Einfluss auf die vom Patienten empfundene Häufigkeit somatischer und psychischer Belastungen.

Tabelle 3: Summenwerte somatischer und psychischer Belastungen bei HNO-Tumorpatienten

	Somatische Belastungen	Psychische Belastungen
Summenwert 0 – 4	66 %	59 %
Summenwert 5 – 8	27 %	22 %
Summenwert 9 – 12	7 %	10 %
Summenwert 13 – 16	-	6 %
Summenwert 17 – 24	-	3 %

Patienten mit einem permanenten Tracheostoma, ein Drittel der interviewten HNO-Karzinompatienten, gaben signifikant häufiger somatische Belastungen an (T-Test, p=0,046). Die vermutete Annahme, dass psychische Belastungen bei Dauerkanülenträgern gravierender sind, ließ sich nicht bestätigen (T-Test, p=0,373).

Multimorbidität wurde definiert als Tumorerkrankung assoziiert mit mindestens 3 Komorbiditäten. Multimorbide Patienten hatten signifikant zahlreicher somatische und psychische Belastungen als nicht multimorbide Patienten (T-Test, p<0,05). Angaben zum sozialen Umfeld und zum sozioökonomischen Status sind in Abbildung 5 enthalten.

Wirtschaftliche Probleme fanden sich in beiden Gruppen in nahezu gleicher Häufigkeit. Dreimal soviel Patienten der Referenzgruppe gaben relevante Störungen im familiären Bereich an als HNO-Karzinompatienten. Tumorerkrankungsassoziierte psychische Störungen sind eine bisher wenig berücksichtigte Komorbidität. Unter Berücksichtigung aller Aspekte war bei 9,3 % der HNO-Tumorpatienten eine professionelle psychosoziale Unterstützung indiziert, in der Referenzgruppe bei 63,3 % der Fälle. Eine Gefährdung der psychosozialen Gesundheit lag bei 18 % (n=27) der HNO-Patienten vor.

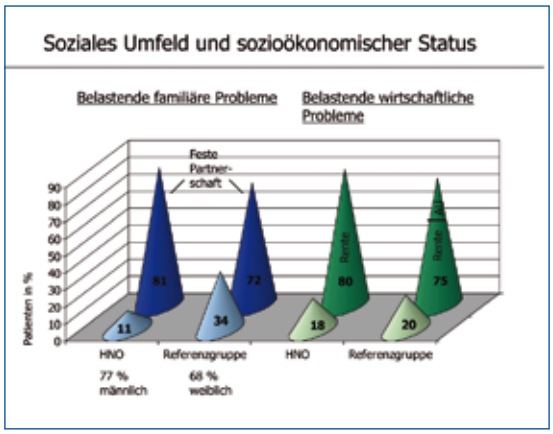


Abb. 5: Soziales Umfeld und sozioökonomischer Status

Diskussion

Nicht nur die Inzidenz von Krebserkrankungen nimmt altersabhängig zu. Ca. 80 % aller 65jährigen Menschen leiden an einer zumeist chronisch verlaufenden Erkrankung (12). Nach Yancik (1996) liegen bei 55 bis 64jährigen Krebspatienten 2,9, bei 65 bis 74jährigen 3,6 und bei über 74jährigen 4,2 Komorbiditäten vor. HNO-Karzinompatienten waren in der Regel jeden Alters komorbide (13).

Singer et al (2005) diagnostizierten bei 23 % der Laryngektomierten psychische Störungen (10, 11). Bei kritischer Wertung der von den eigenen Patienten empfundenen psychischen Belastungen muss davon ausgegangen werden, dass bei 18 % der Patienten die psychosoziale Gesundheit bedroht ist.

Einer 2007 publizierten US-amerikanischen Studie zufolge ist die Suizidrate bei Kopf-Hals-Karzinomen 4mal höher als die der übrigen Bevölkerung (14). Mc Caffry beschreibt einen Zusammenhang zwischen dem Abusus legaler Drogen und psychischer Störung (9). Ein Drittel alkoholabhängiger HNO-Karzinompatienten erfüllten die Kriterien einer Major Depression (8, 9).

Veränderungen der sozialen Bedingungen stellen ein ernstes Risiko dar. Verantwortlich für eine als hoch empfundene psychische Belastung scheinen Probleme im Familien- bzw. Freundeskreis zu gelten.

Die Tumorerkrankung durchkreuzt das Leben aller Familienmitglieder und erfordert bei deren Bewältigung von allen Flexibilität und Belastbarkeit. 81 % der HNO-Karzinompatienten leben in fester Partnerschaft und haben Kontakt zu ihren Kindern. 89 % der HNO-Patienten waren mit den familiären Bindungen zufrieden. Die Ehefrauen der HNO-Patienten, evtl. auch durch die stärkere emotionale Bindungsfähigkeit des weiblichen Geschlechts, werden dieser Rolle gerecht. Sie gaben bei Bedarf konstant Unterstützung im ADL-Bereich (Activities of Daily Living). Ein gut ausgebildetes soziales Netzwerk ist eine wesentliche Bewältigungshilfe für den Tumorpatienten (7).

Die psychoonkologische Basisdokumentation wurde bisher im Akut- und Rehabilitationsbereich sowie in der stationären und ambulanten Betreuung eingesetzt. Ein Vergleich der eigenen Untersuchungsergebnisse mit der Referenzgruppe (Datenbank) war nur bedingt möglich. Bei übereinstimmender Altersstruktur zeigten sich deutliche Differenzen hinsichtlich der Geschlechtsverteilung, des Zeitpunktes der psychoonkologischen Basisdokumentation und der Tumorremission.

Versucht man die eigenen Untersuchungsergebnisse im Konsens zur Referenzgruppe zu interpretieren, muss man schlussfolgern, dass Patienten weiblichen Geschlechts, Patienten in der diagnostischen Phase, während der Akutbehandlung und bei instabilen Familien- und Partnerschaftsverhältnissen besonders von psychischen Störungen betroffen sind.

Literatur

1. Babin, E., Sigston, E., Hitier, M., Dehesdin, D., Marie, J. P., Choussy, O.: Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. Eur Arch Otorhinolaryngol 2008; 265:265-270
2. Drabe N, Zwahlen D, Büchi S., Moergeli H., Zwahlen RA, Jenewein J: Psychiatric morbidity and quality of life in wives of men with long-term head and neck cancer. Psycho-oncology 2008; 17:199-204
3. Duffy, S. A., Khan, M. J., Ronis, D. L., Fowler, K. E., Gruber, St. B., Wolf, G. T., Terrell, J. E.: Health behaviors of head and neck cancer patients the first year after diagnosis. Head & Neck-DOI 10.1002; 93-102
4. Gil F.P.: Depression bei Tumorpatienten. Med Review 2007; 8:7-9
5. Herschbach P, Brandl T, Knight L, Keller M: Einheitliche Beschreibung des subjektiven Empfindens von Krebspatienten: Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). Dt. Ärzteblatt 2004; 173-176
6. Kangas, M., Henry, J. L., Bryant R. A.: Predictors of Posttraumatic Stress Disorder Following Cancer. Health Psychology 2005, Vol. 24, No. 6, 579-585
7. Karnell LH, Christensen AJ, Rosenthal EL, Magnuson JS, Funk GF: Influence of social support on healthrelated quality of life outcomes in head and neck cancer. Head Neck 2007; 29:143-146
8. Katz M.R., Kopek N., Waldron J., Devins G. M., Tomlinson G.: Screening for depression in head and neck cancer. Psycho-Oncology 2004; 13:269-280
9. McCaffrey, J. C., Weitzner, M., Kamboukas, D., Haselhuhn, G., LaMonde, L., Booth-Jones, M.: Alcoholism, depression, and abnormal cognition in head and neck cancer: A pilot study. Otola-ryngology-Head and Neck Surgery 2007; 136:92-97
10. Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R-D., Köhler, U., Krauß, O., Schwarz, R.: Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132:2071-2076
11. Singer S, Herrmann E, Welzel C, Klemm E, Heim M, Schwarz R: Comorbid Mental Disorders in Laryngectomees. Onkologie 2005; 28:631-636
12. Wedding, U., Merkel, U., Farker, K., Höffken, K.: Onkologische Pharmakotherapie alter Patien-ten. Internist 2003; 44:977-985
13. Yancik R, Havlik RJ et al: Cancer and comorbidity in older patients: a descriptive profile. Ann Epidemiol 1996; 6:399-412
14. Zeller, J. L.: High Suicide Risk Found for Patients With Head and Neck Cancer. JAMA 2006, Vol. 296, No. 14

Korrespondenzadresse

PD Dr. Christiane Motsch
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
e-mail: christiane.motsch@med.ovgu.de

Nachsorge nach Rehabilitation bei Brustkrebs – Implementierung und Evaluation eines bewegungsbezogenen Nachsorgekonzepts

Barb Heinz

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Institut für Sportwissenschaft
Lehrstuhl Training und Gesundheit

Ungesunde Ernährung und körperliche Inaktivität sind nach Angaben der WHO (WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2003) die zwei hauptsächlichen Risikofaktoren für die am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen, wie Herzkreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes. Insgesamt geht die WHO davon aus, dass 1,9 Mill. Todesfälle auf Bewegungsmangel zurückzuführen sind (www.who.int/dietphysicalactivity/en/, Zugriff am 04.05.08).

Während in Deutschland 43,7 Prozent der Bevölkerung an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung stirbt, sind es bei den Krebserkrankungen jährlich 26,4 Prozent.
Brustkrebs ist bei den Frauen die häufigste Krebserkrankung, das Risiko beträgt in Deutschland 9,2 Prozent. Dabei betreffen etwa 40 Prozent der Neuerkrankungen Frauen zwischen dem 35. und 59. Lebensjahr (Statistisches Bundesamt, 2007; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2005). Das hat in der gesundheitspolitischen Diskussion dazu geführt, dass im Rahmen der Aktion „gesundheitsziele.de“ die Verminderung der Mortalität und die Erhöhung der Lebensqualität als Ziele formuliert wurden. Im engen Zusammenhang damit steht die Verbesserung der Versorgungskette von der Früherkennung über die Therapie bis hin zur Nachsorge (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2005, S. 7).
Körperliche Aktivität ist als wesentlicher Bestandteil eines gesunden Lebensstils anerkannt und die Wirkungen auf die physische und psychische Gesundheit sind durch zahlreiche Studien in Prävention und Therapie chronischer Erkrankungen gut belegt. Dieser Zusammenhang besteht jedoch nicht per se, vielmehr müssen in die Betrachtungen weitere Variablen, wie Art des Sport- und Bewegungsprogramms bzw. der körperlichen Aktivität, Häufigkeit, Dauer und die individuelle körperliche Leistungsfähigkeit einbezogen werden (vgl. u. a. Woll & Bös, 2004; Knoll, 1997; Schlicht, 1995).

Der Zusammenhang von körperlicher Aktivität und onkologischen Erkrankungen ist erst seit geraumer Zeit Gegenstand von Forschungsarbeiten. In der Primärprävention von Brustkrebs ist die Forschungslage gegenwärtig auf der Grundlage fundierter epidemiologischer Studien so, dass von einer Reduzierung des Risikos von 30 bis 40 Prozent durch körperliche Aktivität in der Freizeit und im Beruf ausgegangen werden kann (vgl. Lötzerich & Peters, 2007, S. 128-129; Dimeo, 2001, S. 238-239; Lee, 2003).
Die Grenzen liegen derzeit in methodologischen Problemen. Körperliche Aktivität zu erfassen ist sehr schwierig, da es an standardisierten Erhebungsinstrumenten fehlt. Begleitende Maßnahmen einer körperlichen Belastung während der Therapie haben in einigen Studien gezeigt, dass die mit der Krebsbehandlung einhergehenden Nebenwirkungen reduziert werden konnten (vgl. im Überblick Dimeo, 2001, S. 239-241; Baumann, 2007; Lötzerich & Peters, 2007).
In der Rehabilitation von Krebserkrankungen ist die Sporttherapie inzwischen zu einem festen Bestandteil geworden (vgl. Schüle, 2007, S. 172). Entsprechend der “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF; WHO, 2001) sollen bewegungstherapeutische Interventionen dazu beitragen, die physische Leistungsfähigkeit wieder herzustellen oder zu verbessern (Funktionen), zu einem körperlich aktiven Lebensstil hinzuführen, die berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen sowie an Alltagsaktivitäten und sozialen Aktivitäten wieder teilzuhaben (Aktivität und Partizipation).
Der Nachsorge am Wohnort (Rehabilitationssport) kommt innerhalb der Rehabilitationskette (vgl. Abb. 1) ein besonders hoher Stellenwert zu. Nur dadurch können die in der stationären oder ambulanten Rehabilitation erzielten Therapieerfolge dauerhaft gesichert werden. Die Annahme, dass in einer drei- bzw. vierwöchigen Maßnahme ausreichende Voraussetzungen für die eigenständige Umsetzung der erforderlichen Verhaltensänderungen mit Blick auf einen gesunden und körperlich aktiven Lebensstil geschaffen werden, konnte sich nicht bestätigen. Auch die Empfehlungen im Reha-Entlassungsbericht und die weitere Einflussnahme durch den Hausarzt, haben nicht zu der erforderlichen Konstanz geführt. (vgl. Raetzell, 2004, S. 13). Wirklich erfolgversprechend sind Therapien, die dauerhaft angelegt sind, die Nachsorgemaßnahmen in das Gesamtkonzept mit einbeziehen und inhaltlich durch die unterschiedlichen Leistungserbringer verzahnt sind (vgl. Raetzell, 2004, S. 14-15).

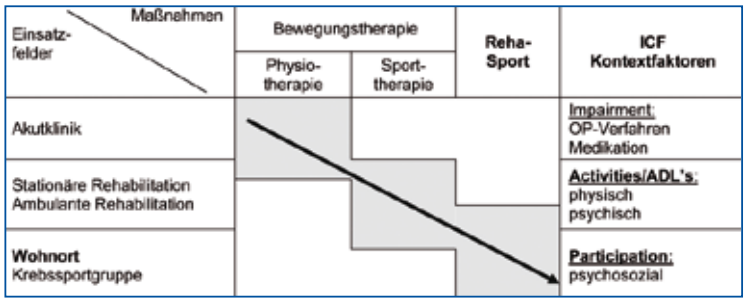


Abb. 1: Einordnung von Bewegungstherapie und Sport in die Rehabilitationskette auf der Grundlage der ICF (International Classification of Function, Disability and Health bei Tumorpatienten, nach Schüle, 2007, S. 172 und Pfeifer et al., 2007, S.66)

Zielsetzungen und Maßnahmen für sporttherapeutische Interventionen bei Krebserkrankungen (Mammakarzinom) sind im Indikationskatalog Sporttherapie - Innere Erkrankungen auf der Grundlage der ICF zu finden und richten sich im physischen Bereich auf die Verbesserung der spezifischen Beweglichkeit, auf Haltungs-, Koordinations- und Körperwahrnehmungsschulung und im psychosozialen und edukativen Bereich auf die Verbesserung der Handlungskompetenz, Aktivierung, Beratung für alltägliche Verhaltensweisen, Motivation und die Vermittlung von positiven Bewegungserfahrungen und -erlebnissen (vgl. Schüle & Schnieders, 2004, S. 270).
Als ergänzende Leistung wird dabei u. a. die Überleitung in eine wohnortnahe, indikationsspezifische Reha-Sportgruppe explizit ausgewiesen, nicht nur, um die erzielten Verhaltensänderungen zu stabilisieren, sondern auch, um noch bestehende funktionelle Einschränkungen weiter zu verbessern und damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen.
In Deutschland entstand die erste Krebssportgruppe vor etwa 25 Jahren. Derzeit gibt es mit Stand von 2006 ca. 650 Krebssportgruppen, deren Teilnehmer fast ausschließlich an Brustkrebs operierte Frauen sind. Der Schwerpunkt dürfte in Nordrhein-Westfalen liegen. Ein Vergleich zu der Zahl der Herzgruppen, das sind ca. 6.500 in Deutschland und mit Blick auf die epidemiologischen Daten, ist das immer noch sehr bescheiden (vgl. Schüle, 2007, S. 172-173). In Sachsen-Anhalt sind Krebssportgruppen nicht so häufig zu finden.

Ein Überblick über vorzugsweise randomisierte, kontrollierte Studien der letzten Jahre zu bewegungsbezogenen Interventionen in der Brustkrebsnachsorge zeigt, dass durch körperliche Aktivität – zunächst unabhängig von der Art der Aktivität und der Belastung – positive Wirkungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit und psychosoziale Parameter erzielt werden können. Die Studien unterscheiden sich erheblich in der Dauer der Intervention, im Studiendesign in Bezug auf die Studienart, die Anzahl der Probanden, die Einschlusskriterien, weiter in der Art der körperlichen Aktivität und in der Belastungsgestaltung. Für evidente Aussagen liegen noch immer zu wenige Studien vor, die über einen ausreichend langen Zeitraum in der Nachsorge intervenieren, mit einem optimalen Stichprobenumfang arbeiten und vor allem auch die Nachhaltigkeit der körperlichen Aktivität und die Bindung an eigenständige körperliche Aktivität im Blick behalten. Häufig fehlen detaillierte Beschreibungen der untersuchten Intervention oder konkrete Empfehlungen für die bewegungstherapeutischen Maßnahmen im Ergebnis der Studie. Offen sind noch immer die Kriterien für ein indikationsbezogenes Sport- und Bewegungsprogramm hinsichtlich der Zielsetzungen, der Inhalte (Art der Aktivität), der Dosis (Häufigkeit, Dauer, Intensität) und der erforderlichen Verhaltensorientierung (vgl. Heinz, 2007).

Die vorangestellten Überlegungen haben dazu geführt, in Abstimmung mit dem Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V. und allen Akteuren in der Rehabilitationskette der Region, Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, niedergelassene Ärzte, ein bewegungstherapeutisches Nachsorgekonzept zu implementieren, das auf die spezifischen Bedürfnisse der Brustkrebspatientinnen abgestimmt ist. Im Anschluss an die stationäre Rehabilitation soll das Konzept in Weiterführung der Zielsetzungen im Indikationskatalog Sporttherapie im Rahmen des Rehabilitationssports in einem Verein durchgeführt und im Hinblick auf den Inhalt, Dosis-Wirkungs-Beziehung (Häufigkeit) und Verhaltensänderung evaluiert werden.
Rehabilitationssport wird seit einigen Jahren von den RV-Trägern als Angebot in der Nachsorge bereitgestellt und ist durch seinen Gruppencharakter (Verstärkung der Motivation der Teilnehmerinnen), die Wohnortnähe, die erforderliche Langfristigkeit, die Kostenübernahme durch die RV-Träger, unabhängig von der Budgetierung der Hausärzte, als erfolgversprechende Nachsorgemaßnahme anzusehen (vgl. Gerdes, Bührlen, Lichtenberg & Jäckel, 2005, S. 125-126).

In Anlehnung an das von Pfeifer (vgl. Baldus, Huber, Pfeifer & Schüle, 2007, S. 66) entwickelte „ICF-orientierte Interventionsmodell für Prävention und Rehabilitation“ werden in der Intervention auf der Basis der ICF-Klassifikation drei Ebenen berücksichtigt: Wissen, Handeln und Emotion. Die Auswahl der Inhalte, die in unterschiedlichen Modulen aufbereitet sind, erfolgt unter didaktisch-methodischem Aspekt und soll zur Entwicklung von Entscheidungskompetenz, Handlungs- und Sozialkompetenz sowie zur Bewegungskompetenz der Teilnehmerinnen beitragen.
Insgesamt geht es nicht nur darum, die Folgen der Brustkrebserkrankung zu mindern und damit die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern, sondern dauerhaft zu einem körperlich aktiven Lebensstil und zur Teilhabe am sozialen Leben beizutragen.

Literatur

1. Baldus, A., Huber, , Pfeifer, K. & Schüle, K. (2007). Modell einer Qualitätssystematik für die medizinische und berufliche Rehabilitation (MBR). In H. Deimel, G. Huber, K. Pfeifer & K. Schüle (Hrsg.), Neue aktive Wege in der Prävention und Rehabilitation, S. 55-84. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

2. Baumann, F.T. (2007). Bewegung, Sport und Krebs in der Akut- und Rehabilitationsphase – historische Hintergründe und State oft the Art. In H. Deimel, G. Huber, K. Pfeifer & K. Schüle (Hrsg.), Neue aktive Wege in der Prävention und Rehabilitation, S. 111-140. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

3. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2005). Heft 25, Brustkrebs. Berlin: Robert-Koch-Institut.

4. Dimeo, F.C. (2001). Körperliche Aktivität und Krebs: Eine Übersicht. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 52 (9), 238-244.

5. Gerdes, N., Bührlen, B., Lichtenberg, S. & Jäckel, W.H. (2005). Rehabilitationsnachsorge. Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung. Regensburg: S. Roderer Verlag.

6. Heinz, B. (2007). Projektskizze: Nachsorge nach Rehabilitation bei Brustkrebs. Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität, Institut für Sportwissenschaft, unveröffentlicht.

7. Knoll, M. (1997). Sporttreiben und Gesundheit: eine kritische Analyse vorliegender Befunde. Schorndorf: Hofmann.

8. Lee, I-Min (2003). Physical Activity and Cancer Prevention – Data from Epidemiologic Studies. Medicine & Science in Sports & Exercise, 03, 1823-1827.

9. Lötzerich, H.H.H. & Peters, C. (2007). Bedeutung sportlicher Aktivität in der Primär- und Sekundärprävention von Tumorerkrankungen. In H. Deimel, G. Huber, K. Pfeifer & K. Schüle (Hrsg.), Neue aktive Wege in der Prävention und Rehabilitation, S. 125-140. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

10. Schlicht, W. (1995). Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport. Schorndorf: Hofmann.

11. Schüle, K. (2007). Zum aktuellen Stand von Bewegungstherapie und Krebs. Bewegungstherapie und Gesundheitssport 22, 170-175.

12. Schüle, K. & Schnieders, S. (2000). Anhang. In K. Schüle, G. Huber (Hrsg.), Grundlagen der Sporttherapie, S. 265-287. München: Urban & Fischer.

13. Todesursachen in Deutschland-Fachserie 12 Reihe 4 (2007). Gestorbene in Deutschland an ausgewählten Todesursachen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

14. WHO – World Health Organization (ed) (2002). International Classifikation of Function, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO.

15. Woll, A. & Bös, K. (2004). Wirkungen von Gesundheitssport. Bewegungstherapie und Gesundheitssport 20, 97-106.

16. Raetzell, H.-E. (2004). Nachsorge in der Rehabilitation: Einführung in das Thema. In R. Deck, N. Glaser-Möller & O. Mittag (Hrsg.). Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung, S. 13-15. Lage: Jacobs-Verlag.

Korrespondenzadresse

Dr. habil. Barb Heinz
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Institut für Sportwissenschaft
Lehrstuhl Training und Gesundheit
e-mail: barb.heinz@ovgu.de
Telefon: 0391/6716126

Neue Konzepte bei ZNS-Metastasen: „Lapatinib - basierte triple Therapie des HER2 positiven Mammakarzinoms“

ZNS-Metastasen zählen zu den schwerwiegendsten Ereignissen im Verlauf der systemischen Ausbreitung von Tumorerkrankungen. Dies ist einerseits in der ungünstigen Prognose, zum anderen durch die bislang limitierten Behandlungsmöglichkeiten begründet. Beides gilt in besonderem Maße für die Meningeosis neoplastica. Darüber hinaus ist nicht definiert, welche der drei Optionen intrathekale oder systemische Chemotherapie bzw. Radiatio als Standard anzusehen ist. Innerhalb der soliden Tumoren scheint das Mammakarzinom bei Vorliegen einer Meningeosis carcinomatosa die beste Prognose zu besitzen. Gleichzeitig handelt es sich auch um das Malignom mit der höchsten Inzidenz, möglicher Weise mit steigender Tendenz, legt man die Entwicklung bei parenchymatösen Hirnmetastasen zugrunde. Letzteres ist zumindest für die Subgruppe mit HER2 Überexpression inzwischen gut dokumentiert. Interessanterweise ist der Verlauf innerhalb dieser Patientenpopulation günstiger, wenn eine Vorbehandlung mit dem Antikörper Trastuzumab stattgefunden hat. Da dies heutzutage meistens der Fall ist, ist das Kollektiv mit ZNS-Metastasen eines HER2 positiven Mammakarzinoms als interessante Zielgruppe für Therapieoptimierungsstudien anzusehen. Dabei bleibt unter anderem zu untersuchen, ob die bei Hirnmetastasen beschriebenen Aspekte auch bei HER2 positiven Mammakarzinomen mit meningealen Befall zu beobachten sind. Es stellt sich zudem die Frage, inwieweit deren Outcome durch den Einsatz von potentiell liquorgängigen Substanzen aus dem Bereich der small molecule-Inhibitoren verbessert werden kann. Als erster Vertreter dieser neuen Substanzklasse konnte der duale Tyrosin-Kinase-Hemmstoff Lapatinib seine Wirksamkeit bei Hirnmetastasen von HER2 positiven Mammakarzinomen unter Beweis stellen. Eine Steigerung der Effektivität konnte durch die Hinzunahme von Capecitabine erreicht werden. Gleichzeitig ist die Kombination aus beiden Substanzen seit 2006 bereits von der amerikanischen Food & Drug Administration (FDA) in der Indikation metastasiertes Mammakarzinom mit HER2 Überexpression nach Anthrazyklin-, Taxan- und Trastuzumabvorbehandlung zugelassen. Ein positives Votum der europäischen Behörde EMEA liegt außerdem vor.

Auf der Basis dieser Ergebnisse befindet sich derzeit eine prospektive, multizentrische Phase II Studie in Vorbereitung, in der Stellenwert einer Tripel-Therapie, bestehend aus Lapatinib, Capecitabine und dem intrathekal zu verabreichenden Zytostatikum Depocyte bei HER2 positiven Patientinnen mit meningeal metastasiertem Mammakarzinom untersucht. Diese Konstellation bietet die Chance, gleich mehrere Fragestellungen innerhalb eines wissenschaftlichen Projektes zu evaluieren:

1. Profitieren Meningeosis Patientinnen von einer Kombination aus intrathekaler und systemischer Therapie, die gleichzeitig 2 Substanzen mit Wirksamkeit bei Hirnmetastasen beinhaltet?

2. Sie ist eine der ersten Studien weltweit, die den Stellenwert einer Meningeosis Therapie an einem homogenen Kollektiv untersucht, das gleichzeitig günstige Zusatzkriterien aufweist (Mammakarzinom, HER2 Überexpression, Trastuzumabvorbehandlung).

3. In einem biologischen Begleitprogramm wird zusätzlich nach Surrogat-Markern gefahndet, die zu einer Verbesserung der Diagnostik und des therapeutischen Monitorings bei Meningeosis Patienten beitragen können.

Weitere Einzelheiten: Es handelt sich um ein sogenannten Investigator Initiated Trial, die von der Konzeptidee bis zur Umsetzung sich in der Obhut eines ärztlichen Wissenschaftlerteams befindet. Die Studie wird während der gesamten Laufzeit von einem Scientific-Board klinisch und wissenschaftlich begleitet. Der interdisziplinäre Charakter wird durch die Beteiligung neurologischer, hämato-onkologischer und gynäkologischer Zentren aus ganz Deutschland realisiert. Die Studienleitgruppe setzt sich dabei im Wesentlichen aus Mitgliedern universitärer Zentren in Magdeburg, Göttingen und der Charité in Berlin zusammen.

Auf Grund der Seltenheit des Patientengutes und zahlreicher Besonderheiten im Umgang mit diesem speziellen Krankheitsbild ist generell eine Betreuung in den darauf spezialisierten Zentren unumgänglich. Um möglichst vielen der betroffenen Patientinnen eine Teilnahme an der hier dargestellten Studie ermöglichen zu können, ist eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Fachdisziplinen auch auf überregionaler Ebene notwendig. Entsprechende Informationsveranstaltungen werden zum gegebenen Zeitpunkt in dem Umfeld der einzelnen Studienzentren stattfinden.

Nähere Auskünfte erteilt jederzeit das Studiensekretariat der Universitätsfrauenklinik Magdeburg A.ö.R. unter der Telefonnummer: 0391/6717438, Fax: 0391/6717317 oder per Mail an sabine.schiefler@med.ovgu.de

Das Studienleitzentrum:
Die Universitätsfrauenklinik Magdeburg besitzt einen ausgewiesenen gynäko-onkologischen Schwerpunkt mit einem breiten Studienangebot von der Prävention bis zur Palliation inklusive der Supportivtherapie. Besondere Erfahrung besteht dabei beim Einsatz neuer zielgerichteter Substanzen mit Angiogenesehemmerstudien beim Mamma-, Ovarial- und Zervixkarzinom. Bei weltweiten Zulassungsstudien wurden 2006 die ersten und meisten Patientinnen mit Lapatinib und 2008 mit Sunitinib beim Mammakarzinom in Deutschland behandelt.

Leiter der klinischen Prüfung
Dr. med. Joachim Bischoff
Geschäftsführender Oberarzt der
Universitätsfrauenklinik Magdeburg A.ö.R.
Gerhart-Hauptmann-Straße 35
39108 Magdeburg
Telefon: 0391/6717310
Fax: 0391/6717317
e-mail: joachim.bischoff@med.ovgu.de

ASCO-Telegramm 2008

Vom 30.05. bis 03.06. fand in Chicago die 44. Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology (ASCO) statt. In Kurzform veröffentlichen wir einen Bericht von Dr. med. Joachim Bischoff.

Systemische Tumortherapie im Umbruch

Alle Jahre wieder trifft sich die internationale onkologische Fachwelt im Frühsommer in Amerika, um die neusten wissenschaftlichen Daten aus dem Bereich der Diagnostik, Prävention sowie Therapie von soliden Tumoren und hämatologischen Neoplasien zu diskutieren. Chicago stand 2008 als Austragungsort im Kongresskalender. Es zeichnete sich auch dieses Mal frühzeitig ab, dass sich das Meeting weiterhin auf Rekordkurs befinden würde. Stellvertretend hierfür stand weniger die Teilnehmerzahl, als vielmehr das stetig wachsende Spektrum neuer Therapieansätze, die in den zahlreichen Sessions und Postersitzungen vorgestellt wurden. Auch bei Mammakarzinomen signalisiert die beständig wachsende Zahl tumorspezifischer Targets die neue Dimension des Verständnisses vom molekularen Ursprung onkologischer Erkrankungen.

War es in den letzten Jahren vorrangig monoklonale Antikörper gegen Wachstumsfaktorrezeptoren und deren Liganden, die sich inzwischen beim Mammakarzinom etabliert haben, so rückt nun die nächste Generation an zielgerichteten Therapien zielstrebig heran, was auch in der Zahl an Veröffentlichungen zu diesen small molecules während des diesjährigen ASCO-Meetings seinen Niederschlag fand. Lapatinib hat nun kürzlich als erster Vertreter der Klasse der Tyrosin-Kinase-Inhibitoren eine Zulassung für das metastasierte Mammakarzinom in Deutschland erhalten.

Endokrine Therapie im metastasierten Stadium

Fortschritte der antihormonellen Tumortherapie sind zukünftig insbesondere durch Kombinationen mit Biologicals zu erwarten. Beispielhaft konnte dies bereits in Gestalt des Synergismus zwischen Anastrozol und Trastuzumab in der TANDEM Studie gezeigt werden. Diese Strategie trägt der Interaktion (sogenannter Cross talk) zwischen dem Östrogenrezeptor und verschiedenen Mitgliedern von Rezeptor-Tyrosin-Kinasen Rechnung. Unter anderem ist eine endokrine Resistenz mit einer Überexpression von verschiedenen Mitgliedern der HER-Familie vergesellschaftet. Das Prinzip einer dualen Rezeptorblockade verfolgt auch die Kombination aus Anastrozol und dem oralen EFGR-Tyrosin-Kinase-Hemmer Gefitinib. Letztere Substanz konnte in der Monotherapie des metastasierten Mammakarzinoms bisher nicht überzeugen.

Zusammen mit dem Aromatasehemmer erzielte das small molecule eine Steigerung des progressionsfreien Überlebens auf 14,5 gegen 8,2 Monaten bei der alleinigen Gabe von Anastrozol (HR = 0,55), ohne dass sich dieser Effekt in ähnlicher Weise bei der Remissionsrate abbilden würde (2,3 vs. 12 %). Diese Phänomen unterstreicht den Charakter von Biologicals als „Non-Cytotoxic-Drugs“. Daten zum Überleben liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor. Darüber hinaus macht unter anderem die klei-

ne Fallzahl von 93 Patientinnen eine Bestätigung dieser präliminären Ergebnisse durch größere Phase III Studien erforderlich.

Angiogenesehemmung

Bevacizumab ist der erste Angiogeneseinhibitor, für den ein Stellenwert beim Mammakarzinom gezeigt werden konnte, indem der VEGF-Antikörper die Wirksamkeit von Paclitaxel signifikant erhöht (Miller et al., NEJM 2007) (Abb.1). Auf der Basis dieser Daten wurde der Einsatz dieser Kombination auch von der AGO-Mamma-Kommission empfohlen (Abb.2). Der gleiche Ansatz wurde nun für das Taxanderivat Docetaxel in einer randomisierten Phase III Studie (AVADO) überprüft (Abb.3). Gleichzeitig kamen 2 verschiedene Dosierungen von Bevacizumab zum Einsatz, so dass ein 3armiges Design gewählt wurde. Analog zur Paclitaxelstudie konnte ein signifikanter Vorteil für die Kombinationstherapie sowohl beim Ansprechen als auch beim progressionsfreien Überleben nachgewiesen werden. Dies galt sowohl für die niedrigere Dosierung von 7,5 mg Bevacizumab pro Kilogramm Körpergewicht (RR=55 %, p=0,0295, PFS=8,7 Monate, p=0,0035) als auch für die bisherige Zulassungsdosis von 15 mg (RR=63 %, p=0,0001, PFS=8,9 Monate, p<0,0001). Auffällig ist allerdings, dass die Ansprechrate der Docetaxeltherapie mit 44 %, wie auch das progressionsfreie Überleben von 8 Monaten, ungewöhnlich hoch ausfielen. Zum Gesamtüberleben liegen noch keine Angaben vor. Unabhängig von manchen überraschenden Aspekten dieser Ergebnisse manifestieren sie in jedem Falle den Stellenwert von Bevacizumab beim Mammakarzinom, wobei sie zukünftig auch die Verwendung der niedrigeren Dosis von 7,5 mg rechtfertigen.

Abb. 2

Weitere VEGFR-Inhibitoren

VEGF Trap ist ein löslicher Rezeptor, der aus den extrazellulären Domänen von VEGF-R1 und 2 sowie dem FC-Anteil des humanen Immunglobulins G besteht. Dieses Molekül bindet an VEGF-A und PIGF und neutralisiert beide Wachstumsfaktoren gleichzeitig. Abgesehen von der substanzspezifischen Heiserkeit ist das Toxizitätsprofil im Wesentlichen mit Bevacizumab deckungsgleich. Erste klinische Daten wurde auf dem ASCO 2007 vorgestellt.

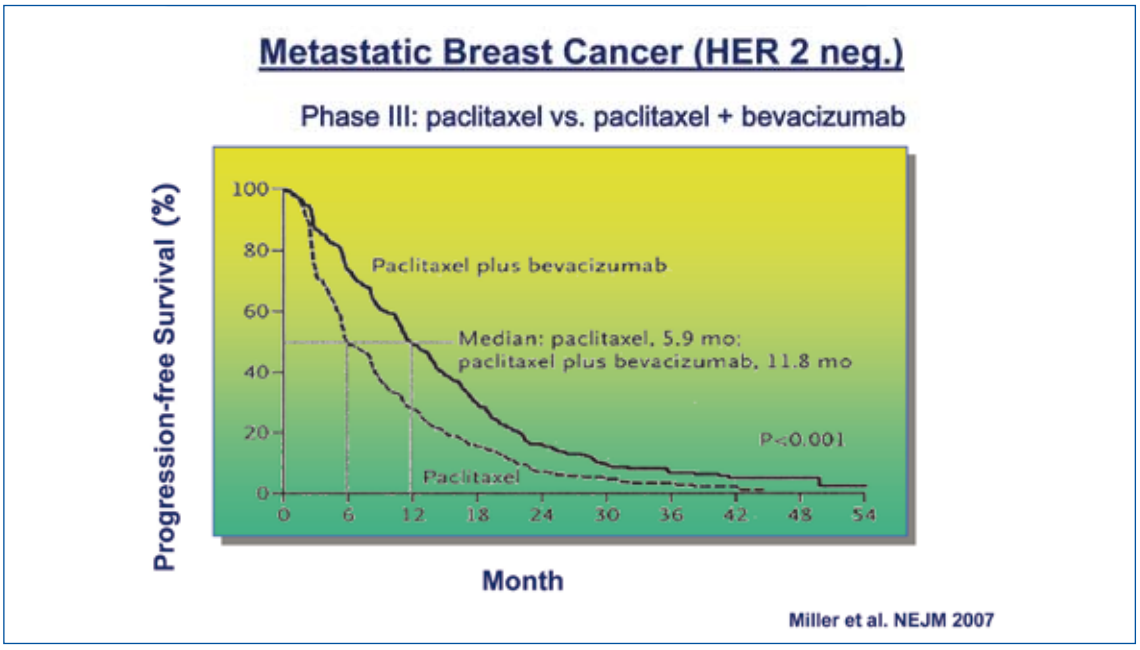


Abb. 1

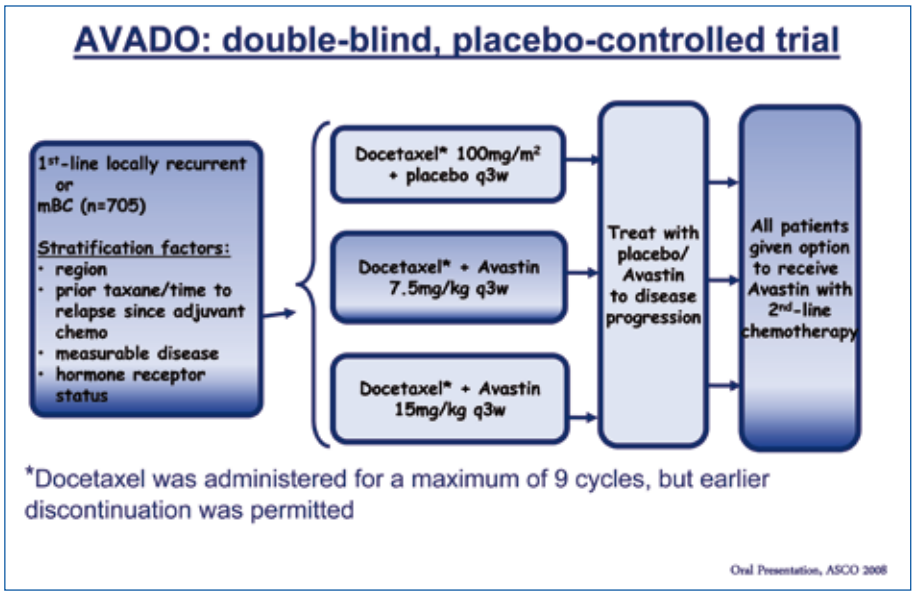


Abb. 3

Small-Molecule-Inhibitoren, welche die Tyrosin-Kinase-Aktivität der VEGF-Rezeptoren hemmen, haben bereits bei verschiedenen Malignomerkrankungen Eingang in die klinische Routine gefunden. Die beiden in der Indikation metastasiertes Nierenzellkarzinom zugelassenen Substanzen sind gleichzeitig gegen mehrere Intrazelluläre Zielstrukturen gerichtet. So hemmt Sorafanib zusätzlich die Raf-Kinase, die als zytoplasmatisches Enzym zum Typ der Serin-Threonin-Kinasen gehört. Sie fungiert als Downstream-Mediator innerhalb der Signaltransduktionskaskade unterhalb der Rezeptorebene. Sunitinib blockiert wiederum den C-Kit-Rezeptor, der möglicherweise beim triple-negativen Mammakarzinom, ebenso wie die VEGF-Expression eine besondere Rolle spielt. In Kombination mit Docetaxel liegen für den zuletzt genannten Angiogenese-Hemmer vielversprechende Daten einer Phase I-Studie an einem kleineren Kollektiv mit metastasiertem Mammakarzinom vor. Auf der Basis dieser Ergebnisse wird die Kombination derzeit im Rahmen einer randomisierten Phase III-Studie überprüft (Abb.4). Bei generell guter Verträglichkeit dieser Substanzgruppe ist jedoch neben den Angiogenese-Hemmer typischen Nebenwirkungen (Hypertonie, Epistaxis) das Risiko eines Hand-Fuß-Syndroms und einer Diarrhoe zu beachten. Unter Sunitinib kam außerdem eine Hypothyreose auftreten und die Hämatotoxizität von Zytostatika verstärkt werden.

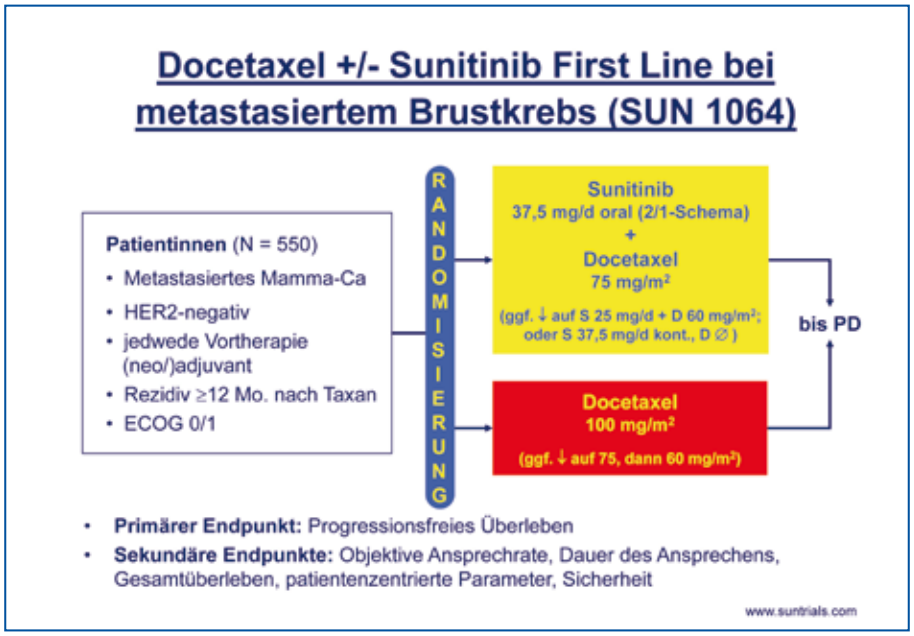


Abb. 4

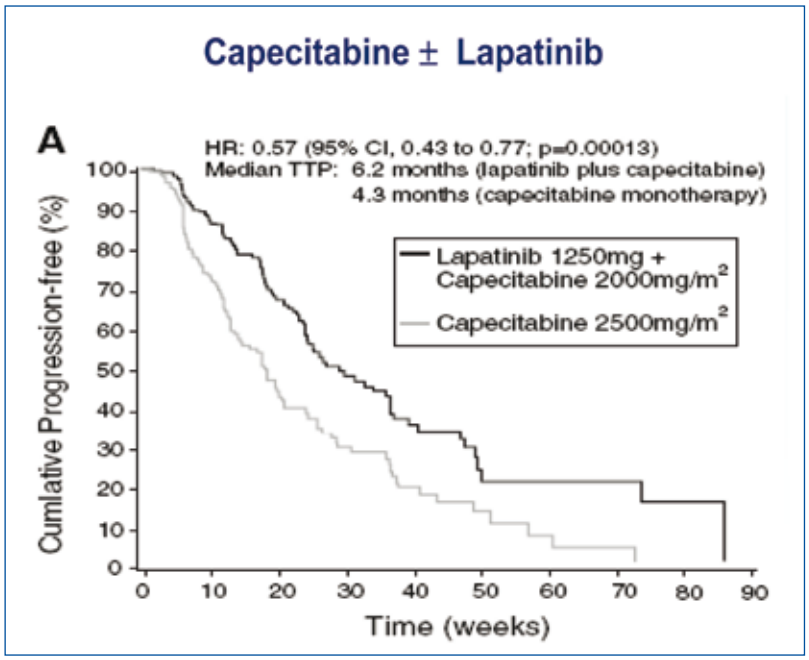
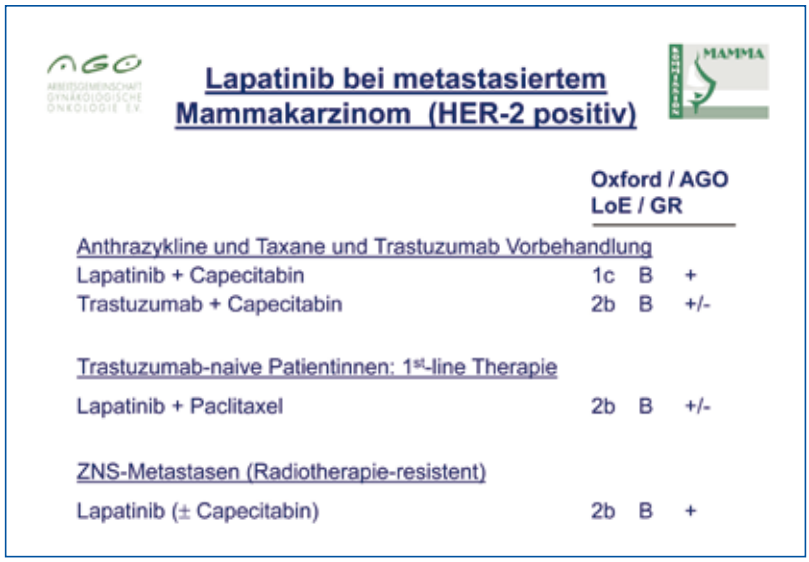


Abb. 5

HER2 positive Erkrankung

Bei dieser Subgruppe von Mammakarzinomen sind in den letzten Jahren sicherlich die größten Fortschritte erzielt wurden. In Gestalt von Lapatinib steht nun seit wenigen Tagen erstmals in Deutschland ein Tyrosin-Kinase-Inhibitor für die Therapie des Mammakarzinoms zur Verfügung (Cameron et al., Breast Cancer Treat 2008, Abb.5). Die Zulassung wurde von der europäischen Behörde EMEA in der metastasierten Situation nach Anthrazyklin-, Taxan- und Trastuzumabvorbehandlung erteilt, und zwar ausschließlich in Kombination mit Capecitabine. Dies entspricht auch den Empfehlungen der AGO-Mamma-Kommission (Abb.6). In Chicago wurden nun weitere Daten zu diesem dualen HER1/2 Inhibitor vorgestellt, unter anderem die Kombination mit Trastuzumab im Vergleich zur Monotherapie mit Lapatinib. Erstmalig wurde somit eine reine Kombination zweier Biologicals beim Mammakarzinom untersucht. Bei der Interpretation der von O'Shaughnessy präsentierten Resultate ist zu berücksichtigen, dass knapp 1/3 der Patientinnen im Vorfeld der Studie teilweise mehr als 6 Therapieregime unter Einschluss von Trastuzumab erhalten hatten. In Anbetracht dessen signalisiert eine Verbesserung der Überlebensrate nach 6 Monate von 70 % auf 80 % bzw. nach 12 Monaten von 36 % auf 45 % (entspricht einem Gesamtüberleben von 51,6 Wochen vs. 39,0 Wochen,



Lapatinib bei metastasiertem Mammakarzinom (HER-2 positiv)

	Oxford / AGO LoE / GR		
Anthrazykline und Taxane und Trastuzumab Vorbehandlung			
Lapatinib + Capecitabin	1c	B	+
Trastuzumab + Capecitabin	2b	B	+/-
Trastuzumab-naive Patientinnen: 1st-line Therapie			
Lapatinib + Paclitaxel	2b	B	+/-
ZNS-Metastasen (Radiotherapie-resistent)			
Lapatinib (± Capecitabin)	2b	B	+

Abb. 6

p=0,106) durch die kombinierte HER2 Blockade, dass Patientinnen auch in diesem sehr späten Erkrankungsstadium noch von Therapien mit Biologicals profitieren können. Dass in einer solchen Situation andererseits kaum noch mit signifikanten Tumorrückbildungen zu rechnen ist, bildet sich in den Ansprechraten von 10,3 % für die Kombination und 6,9 % für die Monotherapie ab. Andererseits lässt sich daraus ableiten, wie wichtig es ist, die Substanzen bereits in einem früheren Erkrankungsstadium zu testen. Die Überprüfung des synergistischen Effektes zwischen Trastuzumab und Lapatinib sowie der direkte Vergleich beider Substanzen in der adjuvanten bzw. neo-adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms erfolgt bereits seit längerem im Rahmen der (NEO) ALTTO Studien sowie der Gepar Quinto Studie. Um so wichtiger ist daher eine Aussage bezüglich des Sicherheitsprofils: Im Rahmen dieser ersten größeren Kombinationsstudie beider Substanzen wurden keine wesentlichen überlappenden Toxizitäten inklusive kardialer Aspekte beobachtet. Für Lapatinib bestätigte sich das bekannte Nebenwirkungsspektrum mit Fokus auf Diarrhoe, Skin rash und Fatigue, ohne dass sich hieraus relevante Probleme im klinischen Management ergeben hätten.

ZNS-Metastasen

Darüber hinaus wird der Stellenwert von Lapatinib in speziellen Indikationen wie etwa bei ZNS-Befall weiter evaluiert. Die bereits bestehenden Hinweise auf Aktivität dieses liquorgängigen small molecules bei Hirnmetastasen – auch in Kombination mit Capecitabine - wurden nochmals durch eine Auswertung aus dem Expanded Access Programm in Chicago bestätigt. Basierend auf diesen Daten wird demnächst von der Universitätsfrauenklinik Magdeburg A.ö.R. aus eine bundesweite Multicenter-Studie für HER2 positive Mammakarzinom-Patientinnen mit einer Sonderform eines ZNS-Befalls, der sogenannten Meningeosis Carcinomatosa, starten. Der Gegenstand der wissenschaftlichen Untersuchungen ist die experimentelle Kombination aus einer intrathekalen Therapie mit liposomalen Cytarabin und der systemischen Therapie mit Lapatinib und Capecitabine. Erstmals weltweit wird in einem biologischen Begleitprogramm auch eine Biomarkeranalyse aus dem Liquor von Patientinnen mit HER2 positiven Mammakarzinom durchgeführt und mit Serumproben und Parametern aus dem Primärtumor korreliert (Abb. 7).

Abb. 7

Weitere HER2 Inhibitoren

Grundsätzlich kommen alle Mitglieder der EGFR-Familie als Dimerisationspartner für HER2 in Betracht und spielen eine mehr oder weniger große Rolle bei der Entstehung und malignen Progression des HER2 positiven Mammakarzinoms. Angesichts der erfolgreichen Umsetzung des dualen Wirkprinzips von Lapatinib in die klinische Praxis bleibt nun zu klären, inwieweit ein weitergehendes Multitargeting durch Pan-HER-Inhibitoren weitere Behandlungsfortschritte erbringen kann. Erste Tyrosin-Kinase-Hemmer dieses Typs befinden sich bereits in der Erprobung. Sie zeichnen sich zusätzlich durch eine irreversible Bindung an die intrazellulären Rezeptor-Domainen aus, was möglicher Weise ebenfalls die Effektivität erhöht (HKI-272=Neratinib).

Ein anderer Ansatz zur Optimierung der HER2 gerichteten Therapie ist die Einführung von Antikörpern, welche die Rezeptor-Dimerisation auf direkte Weise verhindern. Dies gelingt, indem sie an einem anderen Epitop der extrazellulären Domaine als Trastuzumab binden.

Pertuzumab, ein erster Vertreter dieses Wirkprinzips, konnte bereits zeigen, dass es nach Vorbehandlung mit Trastuzumab in Kombination mit diesem eine gewisse Wirksamkeit besitzt. Ein Update einer 2007 während des ASCO vorgestellten Studie wurde in Chicago präsentiert.

Korrespondenzadresse
Dr. med. J. Bischoff
Universitätsfrauenklinik Magdeburg A.ö.R.
Gerhart-Hauptmann-Straße 35
39108 Magdeburg
e-mail: joachim.bischoff@med.ovgu.de

Mitglied in der AGO-Mamma-Kommission

Literatur beim Verfasser.

Zur ganzheitlichen Betreuung krebskranker Kinder und ihrer Familien

U. Mittler

Im September 2006 erfolgte die feierliche Einweihung des Elternhauses für krebskranke Kinder, so dass seit dem Umzug der Abteilung Pädiatrische Hämatologie und Onkologie auf den Campus des Magdeburger Universitätsklinikums im Oktober 2006 großzügige Wohnmöglichkeiten für die Eltern krebskranker Kinder in unmittelbarer Nähe der kinderonkologischen Station zur Verfügung stehen.

Der im Juni 1990 von vor allem betroffenen Eltern, Ärzten und Kinderkrankenschwestern gegründete Magdeburger Förderkreis krebskranker Kinder e. V. schuf die finanziellen Voraussetzungen für den Bau des Elternhauses, das überwiegend mit Spenden-, zum kleineren Teil mit Fördergeldern von Toto-Lotto Sachsen Anhalt, der Deutschen Krebshilfe, der ARD-Fernsehlotterie und Deutschen José Carreras-Leukämiestiftung errichtet wurde. Die Resonanz auf dieses Projekt des Förderkreises war überwältigend.
Um nun den Betrieb des Elternhauses finanziell abzusichern, wurde im Dezember 2004 die Stiftung „Elternhaus am Universitätsklinikum Magdeburg“ gegründet, die sich ebenfalls überwiegend auf Spendenmittel stützt.

Medizinische Situation

Maligne Erkrankungen im Kindesalter sind im Gegensatz zum Erwachsenenalter relativ selten. Die Inzidenz von Krebserkrankungen bei Kindern < 15 Jahren liegt bei 14/100.000 pro Jahr. In Deutschlang beträgt die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen 1800.
Wichtig für die vollständige Erfassung aller Erkrankungsfälle war die Gründung des Kinderkrebsregisters 1980 in Mainz.

Während es sich bei den Erwachsenen überwiegend um Karzinome der Schleimhäute und Drüsen der verschiedensten Organe handelt, dominieren bei Kindern Leukämie, Lymphome, ZNS-Tumoren, Neuroblastome und Wilms-Tumoren, also embryonale Tumoren, die aufgrund einer gestörten Organ- und Gewebsentwicklung entstehen. Wegen der Seltenheit maligner Erkrankungen bei Kindern war eine Zentralisierung von Diagnostik und Therapie in pädiatrisch-onkologischen Zentren notwendig, in denen die einzelnen Abteilungen die erforderliche Erfahrung gewinnen.
Diese kinderonkologischen Zentren arbeiten in gemeinsamen prospektiven Studien zusammen, um sichere Aussagen über die geprüften Therapiekonzepte zur ständigen Verbesserung der Behandlung zu erhalten.
Heute werden in Deutschland über 90 % aller Kinder mit Krebserkrankungen einheitlich innerhalb solcher Studien behandelt, wobei die Versorgung sowohl die kompetente Diagnostik und Therapie, die Langzeitnachsorge, die psychosoziale Behandlung und die Palliativbehandlung einschließt.

Im Mittelpunkt der Behandlungskonzepte der malignen Systemerkrankungen und soliden Tumoren steht die Chemotherapie, bei den soliden Tumoren zusätzlich die ständig verbesserten lokalen operativen und/oder strahlentherapeutischen Maßnahmen. Zahlreiche Referenzzentren wurden zur Erhöhung der Qualität der onkologischen Diagnosen etabliert.
Die Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft, die alle Aktivitäten auf diesem Schwerpunktgebiet der Kinder- und Jugendmedizin organisiert. Durch die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Krankenkassen und Ärzte zur Sicherung der Qualität der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen 2006 sind die Anforderungen an die kinderonkologischen Zentren verbindlich formuliert worden.
Aufgrund der bundesweiten multizentrischen interdisziplinären Therapieoptimierungsstudien konnten die Heilungschancen der Kinder und Jugendlichen in den letzten 30 Jahren von weniger als 10 – 20 % heute auf über 75 % angehoben werden (Abb. 1).

Diese Behandlungserfolge sind jedoch für diese jungen Patienten zumeist mit einer sehr langen, oft über mehrere Monate dauernden und sehr be-

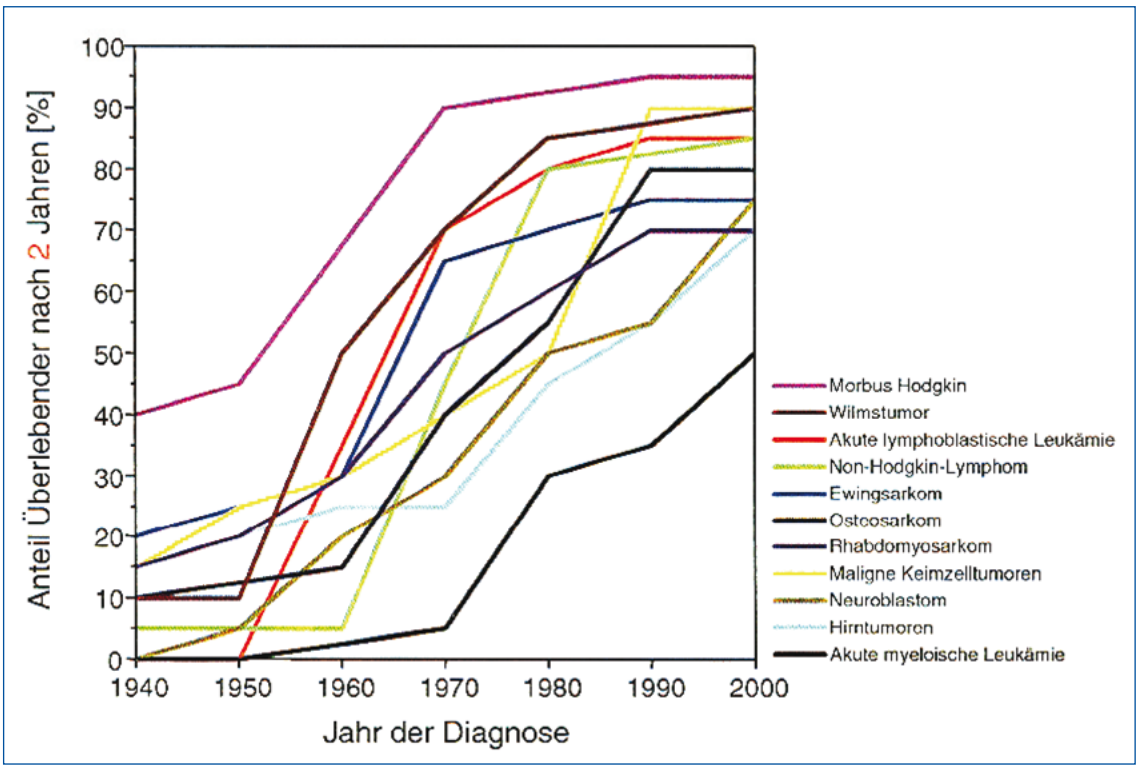


Abb. 1: Anstieg der Überlebensraten von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Erkrankungen seit 1940

lastenden Intensivtherapie verbunden. Während dieser Zeit treten nicht selten belastende Nebenwirkungen der Therapie, wie Übelkeit, Erbrechen, Infektneigung, Blutungen, Haarausfall u. a. auf.
An diese intensive Therapiephase schließen sich oft eine fast zweijährige ambulante Erhaltungstherapie und/oder regelmäßige Kontrolluntersuchungen über viele Jahre an.
Durch die Zentralisierung der Behandlung besteht für viele Familien eine große Entfernung zwischen ihrem Wohnort und der behandelnden Klinik, die z. T. 100 km und darüber beträgt.

Psychosoziale Situation

Trotz der heutigen Heilungschancen bei Leukämien von 50 – 80 % (je nach Ausprägungsform und Altersgruppe) und Organtumoren von durchschnittlich 70 %, bedeutet dies bei aller Hoffnung auf Heilung für jede betroffene einzelne Familie eine oft unerträgliche Unsicherheit, welche Aussichten gerade in ihrem konkreten Fall gelten, ob ihr Kind tatsächlich erfolgreich geheilt wird bzw. die große Angst vor einem Rezidiv.
Die Diagnose Krebs bei einem Kind oder Jugendlichen verändert plötzlich die gesamte Lebenssituation der ganzen Familie und stürzt sie oft in eine tiefe Krise. Erschütterung, Hilflosigkeit, etwas Unfassbares fassen zu müssen, sind die ersten Reaktionen der Eltern. Sie werden von der ständigen Angst wegen der Lebensbedrohung ihres Kindes durch die Erkrankung, später die starke psychische Belastung durch die vielen Krankenhausaufenthalte, die häufigen ausgeprägten Nebenwirkungen der Therapie und die Angst vor nicht selten lebensbedrohlichen Komplikationen durch die Krankheit und die Therapie geplagt. Nicht selten reagieren Geschwister des kranken Kindes mit schwerwiegenden Verhaltensstörungen auf die veränderte familiäre Lebenssituation.
Seit Mitte der 80er Jahre misst man daher neben der wissenschaftlich sauberen diagnostischen und therapeutischen Arbeitsweise der mitmenschlich stützungsfähigen und psychologisch gut durchdachten Führungsweise gleichrangige Bedeutung zu, um die vielfältigen psychosozialen Belastungssituationen der Betroffenen zu bewältigen. Folgerichtig wird daher heute die Integration eines psychosozialen Teams in die Behandlung krebskranker Kinder und Jugendlicher gefordert. Auf der Magdeburger Kinderkrebsstation arbeiten eine Psychologin, eine Sozialarbeiterin und eine Erzieherin. Auch auf eine stärkere Einbeziehung der Eltern wird zunehmend großer Wert gelegt. Besonders die Aufrechterhaltung der wichtigsten sozialen Kontakte und der Beistand durch die Eltern und Geschwister helfen den kranken Kindern, die medizinische Behandlung und

die nachfolgende Zeit leichter zu ertragen. Außerdem sollten die Eltern jegliche Unterstützung erfahren, damit sie diese schwere Belastungszeit für alle Familienmitglieder so gestalten können, dass keines von ihnen vernachlässigt wird. Vor allem die partnerschaftliche Kommunikation zwischen den Eltern und die emotionale Zuwendung für die Geschwister laufen Gefahr, unter dem psychischen Stress zu leiden.

Was leisten das Elternhaus und die Stiftung?

Das Elternhaus bietet nicht nur die Möglichkeit zur Übernachtung eines Elternteils, sondern den Familien für die Zeit der Behandlung ihres Kindes ein vorübergehendes Zuhause, einen Ort, an dem sie die Möglichkeit für Kommunikation und Geselligkeit, aber auch für Rückzug und Ruhe haben.
Das Elternhaus soll Familien zusammenführen und bietet deshalb mehreren Familienmitgliedern gleichzeitig eine Übernachtungsmöglichkeit. Dabei denken wir neben der stabilisierenden Wirkung, der Geborgenheit im Familienverband für das kranke Kind, vor allem auch an die stärkere Einbeziehung der Geschwisterkinder, die sich sonst oft ohne ausreichendes Verständnis für ihre eigenen Probleme zurückgestellt fühlen und leicht ein Gefühl des Ausgeschlossenseins entwickeln.
Für das kranke Kind ist das Elternhaus ein Platz der Geborgenheit, den es auch während der stationären Therapiezeiten stundenweise aufsuchen kann, wenn es die Behandlung erlaubt, um sich in angenehmer Atmosphäre mit der Familie zu treffen, zu spielen oder Dinge zu tun, die in der Klinik nicht möglich sind, sich zurückziehen zu können und quasi „Urlaub“ von den Belastungen auf der Station zu machen.
Weiterhin wird das Elternhaus in enger Zusammenarbeit mit den medizinischen und psychosozialen Mitarbeitern der Station für gezielte Hilfsangebote, wie z. B. Gesprächsrunden, kreative Beschäftigungen oder Entspannungsübungen usw. genutzt. Das Elternhaus bietet also alle räumlichen Voraussetzungen für die ganzheitliche Betreuung von krebskranken Kindern und ihren Familien.

In dem Elternhaus stehen fünf Einzel-, ein Doppelzimmer und ein Appartement zur Verfügung, z. T. behindertengerecht, die alle mit mindestens zwei Aufbettungsmöglichkeiten versehen sind und über ein Bad und eine Terrasse verfügen. Neben diesen Wohneinheiten können eine großzügig ausgestattete Küche mit gemütlichen Sitzmöglichkeiten, ein Spielzimmer, ein Snoezel- und ein Werk- und Bastelraum genutzt werden.
In einem Hauswirtschaftsraum besteht die Möglichkeit zum Waschen und Trocknen. Gesprächsrunden und andere Veranstaltungen können in einem Versammlungsraum mit kleiner Teeküche durchgeführt werden. Hier stehen alle modernen

Techniken der Bildpräsentation zur Verfügung sowie zwei Computerarbeitsplätze mit Internetanschluss zur Nutzung für die Patienten und ihre Angehörigen. Kostenlose Parkplätze für die betroffenen Eltern können von den betroffenen Eltern direkt am Elternhaus genutzt werden. Der Innenhof, José-Carreras-Atriumgarten bezeichnet, mit gemauerter Grillanlage, gemütlicher überdachter Sitzecke, kleinem Teich, gepflegten Pflanzrabatten sowie Spielmöglichkeiten für die Kinder bietet eine angenehme Atmosphäre.

Seit seiner Eröffnung wird das Elternhaus als vorübergehender Wohnort von außerhalb Magdeburgs wohnender Eltern dankend angenommen. Bei freier Kapazität können hier auch Angehörige von Kindern mit anderen schweren Erkrankungen wohnen. Bei Indikation für stationäre Mitaufnahme einer erwachsenen Begleitperson werden die Kosten von den Krankenkassen übernommen.
Die Stiftung „Elternhaus am Universitätsklinikum Magdeburg“ ist für die Absicherung des Betriebes und des Unterhaltes des Hauses verantwortlich. Neben diesem Hauptprojekt verfolgt sie noch andere gemeinnützige Zwecke, wie soziale Hilfs- und Betreuungsleistungen für krebskranke Kinder und deren Familien sowie Unterstützung der wissenschaftlichen Forschung nach Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten bei Krebserkrankungen von Kindern und Jugendlichen. Diese umfangreichen Aufgaben bewältigt die Stiftung in erster Linie durch das Einwerben von finanziellen Mitteln, wobei vielfältige Aktionen organisiert werden.

Diese Mittel werden nach Möglichkeit als Zustiftung für die Erhöhung des Stiftungskapitals verwendet, da der Stiftungszweck nur aus Zinserträgen des Stiftungskapitals erbracht werden kann. Zustiftungen sind jederzeit möglich auch im Rahmen von Jubiläen oder testamentarischen Verfügungen.
Wenn Sie die Stiftung „Elternhaus am Universitätsklinikum Magdeburg“ unterstützen möchten, machen Sie dies bitte mit dem Wort „Zustiftung“ deutlich. Nach dem Gesetz können nur Zustiftungen das Stiftungskapital erhöhen.

Konten für Zustiftungen:
Bank für Sozialwirtschaft
Konto-Nr.: 8 493 100
BLZ: 810 205 00

DKB, Deutsche Kreditbank AG
Konto-Nr.: 10 750 800
BLZ: 120 300 00

Literatur:

„Chronik der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie“, Herausgeber GPOH und Kompetenznetz Pädiatrische Onkologie und Hämatologie Mai 2004

Prof. Dr. med. Uwe Mittler
Vorsitzender der Stiftung Elternhaus am Universitätsklinikum Magdeburg
Tel: 0391/6 62 98 22
e-mail: uwe.mittler@med.ovgu.de

Änderungen für die Meldung von Tumorerkrankungen an das Gemeinsame Krebsregisters der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR)

Seit 2000 besteht in Sachsen-Anhalt für Ärzte und Zahnärzte eine gesetzlich geregelte Meldepflicht der Tumorerkrankungen (Gesetz zur Änderung des Gesundheitsdienstgesetzes vom 14.06.2000). Darin wird der Meldeweg über das regionale Tumorzentrum empfohlen, was im Regelfall auch praktiziert wird.

Folgende Änderungen sind zu berücksichtigen:

- Mit Inkrafttreten eines neuen Staatsvertrages (ab 1.1.2008) zwischen den beteiligten Bundesländern sind die gutartigen Tumoren des ZNS meldepflichtig geworden (ab Diagnosejahr 2008).

- Weiterhin wurde vom Verwaltungsausschuss des GKR eine neue Richtlinie zu den Aufwandsentschädigungen (ab 1.4.2008) verabschiedet:

  Für vollständige Meldungen wird eine Aufwandsentschädigung nach folgenden Sätzen gezahlt:
  Elektronische Meldung über Tumorzentren
  pro Fall 6,50 €
  Elektronische Direktmeldungen an das GKR
  pro Fall 4,00 €
  Direktmeldungen per GKR-Meldebogen
  3,00 €

Bei multiplen Basaliomen eines Patienten wird nur für die Meldung des ersten Basalioms eine Aufwandsentschädigung gezahlt.

Keine Aufwandsentschädigung wird gezahlt für:

- Meldungen zu Metastasen und Rezidiven von bereits gemeldeten Primärerkrankungen (ausgenommen Metastasen bei unbekanntem Primärtumor),
- Behandlungsmeldungen von Metastasen und Rezidiven,
- weitere Verlaufsmeldungen zu bereits gemeldeten Primärerkrankungen (z. B. Kontroll- oder Nachsorgemeldungen),
- unzulässige und unleserliche Meldebogen,
- Meldungen mit einem über fünf Jahre zurückliegenden Diagnosedatum,
- Mehrfachmeldungen der selben Krebserkrankung durch den selben Melder.

Die Tumorzentren, die die Meldungen an die Vertrauensstelle des GKR übermitteln, übernehmen auch zukünftig die Weiterleitung der entsprechenden Aufwandsentschädigung. Die Aufwandsentschädigung in Höhe von 6,50 € enthält sämtliche Einzelsätze für Meldungen, die an das Tumorzentrum erfolgt sind.

Das Tumorregister im Tumorzentrum Magdeburg wird in Absprache mit den Registern in Halle und Dessau zukünftig nachfolgende Aufwandsentschädigungen zahlen für die Meldungen

Diagnose: 2,50 €
Therapie: 1,00 €
Autopsie: 1,00 €

Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien: Hautkrebs-Screening

Die standardisierte Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs wird künftig von allen gesetzlichen Krankenkassen für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren im Zwei-Jahres-Rhythmus übernommen. Einen entsprechenden Beschluss fasste der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA).

„Mit dieser Entscheidung trägt der G-BA der Tatsache Rechnung, dass Hautkrebs in einem frühen Stadium behandelt und dann auch häufig geheilt werden kann. Davon sollen möglichst viele Patientinnen und Patienten profitieren“, sagte der Vorsitzende des G-BA, Dr. Rainer Hess. „Da es bisher keine gesicherten wissenschaftlichen Daten zu der Fragestellung gab, ob eine Ganzkörperuntersuchung der Haut zu einer Verminderung von Erkrankungen und Todesfällen führt, mussten zunächst die Ergebnisse aus dem Projekt „Hautkrebs-Screening in Schleswig-Holstein“ ausgewertet werden. Spätestens nach fünf Jahren wird der G-BA den Erfolg des Hautkrebs-Screenings überprüfen. (Pressemitteilung G-BA 16. November 2007).

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs kann nach entsprechender Qualifikation von Dermatologen und hausärztlich tätigen Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internisten und Praktischen Ärzten vorgenommen werden.

Voraussetzung für die Genehmigung durch die zuständige KV zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung ist der Nachweis der Teilnahme an einem von der KV zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm mit folgenden Inhalten:

- potenzieller Nutzen und Schaden von Früherkennungsmaßnahmen,
- Kriterien zur Beurteilung von Früherkennungsmaßnahmen,
- Programm der Krebsfrüherkennungsuntersuchung, Gesundheitsuntersuchung und frühzeitige Sensibilisierung des Patienten,
- Maßnahmen zur Ansprache der Versicherten,
- Ätiologie des Hautkrebs, Krankheitsbilder, Häufigkeit,
- Risikofaktoren oder -gruppen, Anamnese, standardisierte visuelle Ganzkörperinspektion, Blickdiagnostik,
- Ablauf der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs,
- Vorstellung und Diskussion von Fallbeispielen,
- Dokumentationsmaßnahmen,
- interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Zur Untersuchung gehören:

- gezielte Anamnese
- visuelle, standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines
- Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung
- Dokumentation

Wenn ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird dieser immer durch einen Dermatologen abgeklärt, zunächst durch die visuelle Ganzkörperinspektion und gegebenenfalls durch eine erforderliche Gewebeentnahme.
Die histopathologische Beurteilung kann nur durch Pathologen sowie durch Dermatologen mit Zusatzweiterbildung in Dermatohistologie entsprechend der Vorgaben der jeweiligen Weiterbildungsordnung erfolgen.

Der Beschluss des G-BA tritt am 01.07.2008 in Kraft.

Kosten-Nutzen-Analyse der präventiven Koloskopie in Deutschland

Die präventive Koloskopie wurde in Deutschland 2002 in das Nationale Früherkennungsprogramm eingeführt. In den ersten drei Jahren nach Einführung hatten erst rund 9 % der Berechtigten das Angebot wahrgenommen.

Nach einer gemeinsamen Berechnung des Epidemiologen Professor Hermann Brenner (Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg), und des Gastroenterologen Professor Andreas Sieg, Heidelberg, erbringt das aufwändige Früherkennungsprogramm neben dem Gewinn an Lebenszeit auch finanzielle Einsparungen für das Gesundheitswesen [Sieg A , Brenner H. Z Gastroenterol 2007; 45: 945-51].

Die Studie ist eine Modellkalkulation, basierend auf einer großen Online-Dokumentation der Vorsorge-Koloskopie. Die Kosten und möglichen Einsparungen der präventiven Koloskopie wurden über einen definierten Zeitraum von 10 Jahren ausgewertet. Der Berechnung liegen rund 110.000 Darmspiegelungen zugrunde. Einbezogen wurden die Kosten für Screening- sowie für die Nachsorge-Koloskopien. Plausible Basisparameter über die Charakteristika der Screening- und Nachsorge-Koloskopie, der Adenom-Karzinom-Progression, des Wiederauftretens von Adenomen und der Kosten für Diagnose und Behandlung von kolorektalen Karzinomen wurden den verfügbaren Datenquellen entnommen.

Die Analyse ergab Netto-Einsparungen durch die Prävention kolorektaler Karzinome, die die gesamten Kosten von Screening und Nachsorge kompensieren (durchschnittliche Einsparungen zwischen 121 € und 623 € pro Teilnehmer des Früherkennungsprogramms, bezogen auf angenommene Kosten der Karzinome zwischen 21.820 € und 40.000 €).

Limitationen des Modells sehen die Autoren in der Tatsache, dass die Annahme für einzelne Modellparameter aus der Literatur entnommen werden mussten.

Brustkrebsinzidenz bei 45-59jährigen Frauen rückläufig?

Quelle: Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen, Oktober 2007

Die Daten des Gemeinsamen Krebsregisters der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen, deuten auf einen Rückgang der Neuerkrankungsrate an Brustkrebs unter den 45-59jährigen Frauen hin.

Hintergrund

Nach der starken Abnahme der Anzahl verschriebener Hormonersatztherapien (HET) bei Wechseljahresbeschwerden seit dem Jahre 2002 haben verschiedene epidemiologische Krebsregister über eine rasch darauf einsetzende Abnahme der Neuerkrankungsrate von Brustkrebs berichtet. Obwohl ein ursächlicher Zusammenhang mit den präsentierten Daten nicht bewiesen werden kann, ist es wahrscheinlich, dass ein gewisser Anteil der Reduktion der Neuerkrankungsrate auf den reduzierten Einsatz von HET zurückzuführen ist. Insbesondere in der Altersgruppe der 50-69jährigen Frauen – der Zielgruppe für Hormonersatztherapie – wurde in verschiedenen Populationen ein rapider Rückgang der Neuerkrankungsrate nach dem Jahr 2002 beobachtet. Außerdem sollen hauptsächlich die hormonrezeptorpositiven Tumoren abgenommen haben, deren Wachstum durch eine HET gefördert werden kann.

Methoden

Ausgewertet wurden Inzidenzdaten des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR) zum weiblichen Brustkrebs für den Zeitraum zwischen 1995 und 2005. Einbezogen wurden Daten von Brandenburg (BB), Mecklenburg-Vorpommern (MV), Sachsen (SN) und Thüringen (TH), basierend auf ärztlichen Meldungen (d. h. ohne DCO-Fälle). Die Erfassungsrate von Brustkrebs lag in diesen Ländern über den gesamten Auswertungszeitraum bei >90 %. Ausgeschlossen wurden jedoch Kreise, die in den jüngsten Diagnosejahren (2003-2005) nach Schätzung der Vollzähligkeit in 5%-Intervallschritten unter 85 % lagen (BB: 5 Kreise, MV: 3 Kreise, SN: 5 Kreise, TH: 5 Kreise). Bei der Darstellung der Inzidenztrendentwicklung wurde eine Glättung der Daten mit der Methode 3year running weighted median (1) verwendet. Dabei wurde sowohl der erste als auch der letzte Wert des Zeitintervalls in die Glättung einbezogen [Tukey´s end point rule (2)]. Diese Methode liefert eine eher konservative Schätzung bei Trendänderung in den jüngsten Diagnosejahren und ist robust gegenüber Ausreißern an den Endpunkten der Datenreihe. Bei fortgesetzt sinkendem (oder steigendem) Trend würde daher zum heutigen Zeitpunkt die tatsächliche Entwicklung eher unterschätzt werden. Zur Beurteilung von Trendänderungen in den Neuerkrankungsraten wurden die Ergebnisse aus der Joinpoint Regression (3) herangezogen. Man erkennt eine Abnahme der Brustkrebsrate unter den 45-49jährigen und den 50-54jährigen Frauen seit 2002 und unter den 55-59jährigen Frauen seit 2001. Die Trendkurven der 60-64jährigen und der 65-69jährigen Frauen verhalten sich sehr ähnlich. Die Inzidenz steigt stetig an, mit sich verringerndem Wachstum bzw. beginnender Stagnation seit 2000.

Bestimmung der jährlichen prozentualen Änderung der Inzidenzrate

Unter Berücksichtigung der Annahme, dass in bestimmten Altersgruppen ab 2002 eine Abnahme der Brustkrebsneuerkrankungen aufgrund des Rückgangs von HET möglich ist, wurde die jährliche prozentuale Änderung der Inzidenzrate, APC (annual percent change), mittels Joinpoint Regression für die letzten fünf Jahre (2001-2005) bestimmt. Diese Größe entspricht dem Anstieg der linearen Trendlinie, die an die logarithmierten Neuerkrankungsraten von 2001 bis 2005 angepasst wurde (Tabelle 1). Durchschnittlich wurde in allen vier Bundesländern über den betrachteten Zeitraum ein Rückgang der Inzidenz unter den 45-59jährigen Frauen beobachtet. In Brandenburg und in Mecklenburg-Vorpommern verringerte sich die Inzidenzrate am stärksten unter den 50-54jährigen, und zwar betrug die Änderung -3,3 % und -6,8 % pro Jahr, was 6 bzw. 14 Fällen weniger pro Jahr in dieser Altersgruppe entspricht. In Sachsen und Thüringen hingegen nahm die Brustkrebsrate am deutlichsten unter den 55-59jährigen Frauen ab (-4,7 % bzw. 10 Fälle weniger und -4,0 % bzw. 8 Fälle weniger pro Jahr). Zuwächse in der Neuerkrankungsrate waren eher in den höheren Altersgruppen zu verzeichnen. So stieg z. B. die Brustkrebsrate in Mecklenburg-Vorpommern bei den 65-69jährigen Frauen durch-

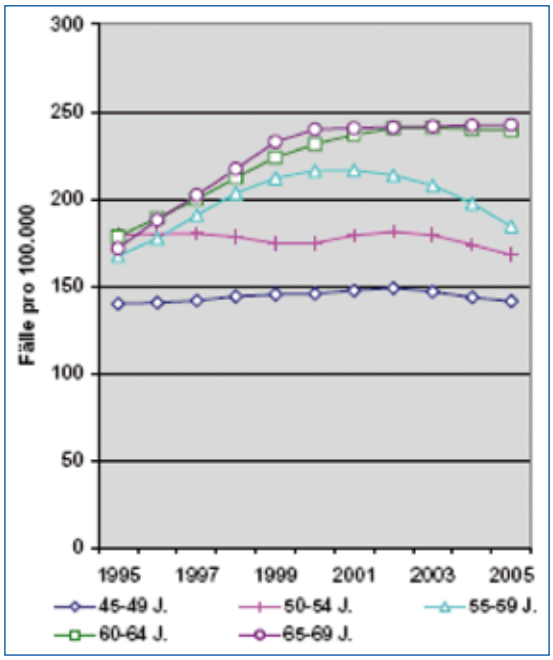


Abb.: 1 Altersspezifische Inzidenzraten des Brustkrebses (geglättet), Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen zusammen, 1995-2005

schnittlich jährlich um 4,7 % oder 10 Fälle.
Ein Rückgang der Brustkrebsinzidenz wurde unter den 45-59jährigen Frauen beobachtet. Diese Altersklasse stellt hauptsächlich die Zielgruppe für HET dar. Allein aus dieser Beobachtung kann jedoch nicht auf einen ursächlichen Zusammenhang mit der abnehmenden Zahl verschriebener HET geschlossen werden. Es ist zu bedenken, dass der Rückgang der Neuerkrankungsrate in einzelnen Ländern und Altersgruppen bereits weit vor dem Jahre 2002 eintrat. Alternative Erklärungsansätze sollten deshalb nicht unberücksichtigt bleiben, etwa wie eine Sättigung der vermehrt detektierten kleinen Brusttumoren (und damit eine darauf einsetzende Abnahme der Inzidenzrate), die auf opportunistisches („graues") Screening in der Bevölkerung zurückgehen könnte. Für eine Rolle der HET in der Trendentwicklung der Brustkrebsinzidenz spricht die biologische Plausibilität, dass insbesondere die kleinen Tumoren im Mammogramm detektierbar wären und deren Wachstum durch Entzug der Nahrungsquelle (HET) verlangsamt oder gar ein eingestellt worden sein könnte.

Literatur

1 Steve Selvin (1996): Statistical Analysis of Epidemiological Data. Monographs in Epidemiology and Biostatistics, Volume 25
2 J W Tukey (1977): Exploratory Data Analysis, Reading Massachusetts: Addison-Wesley.
3 Joinpoint Regression Program, Version 3.0; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute

Tabelle 1: Mittlere jährliche prozentuale Änderung der Brustkrebsinzidenz (roh) und der damit verbundenen Anzahl von Fällen, 2001-2005

Altersgruppen (Jahre)	Brandenburg		Mecklenburg-Vorpommern		Sachsen		Thüringen	
	*APC, %	*Fälle	*APC, %	*Fälle	*APC, %	*Fälle	*APC, %	*Fälle
45-49	-2,8	-5	-3,1	-5	-0,4	-1	-0,7	-1
50-54	-3,3	-6	-6,8	-14	-2,6	-5	-1,9	-3
55-59	-2,1	-4	-1,4	-3	-4,7	-10	-4,0	-8
60-64	-2,3	-6	3,1	8	-1,0	-2	0,3	1
65-69	1,4	4	4,7	10	0,9	2	-0,1	-2

*APC (annual percent change) : jährliche prozentuale Veränderung der logarithmierten rohen Raten
*Fälle: Anzahl der Fälle in der Bevölkerung und Altersgruppe, auf ganze Zahlen gerundet

2. Magdeburger Psychoonkologisches Kolloquium
„Perspektiven durch Psychoonkologie“

Freitag, 19.9.2008, 12.45 Uhr
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Großer Konferenzraum im Haus 18, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

Fortbildungsveranstaltung für den Bereich Pflege
Stand und Möglichkeiten der Strahlentherapie in der Onkologie

Mittwoch, 24. 9. 2008, 15.00-17.30 Uhr
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Hörsaal Haus 10, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

Fortbildungsveranstaltung: Technische Innovationen in der Strahlentherapie

Mittwoch, 26. November 2008, 17.00 Uhr
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R
Zentraler Hörsaal, Haus 22, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

Klinisch-psychoonkologische Konferenzen

Mittwoch, 17.09.2008, Mittwoch, 03.12.2008, 15.30 Uhr
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Haus 4, Bibliothek, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

10. Familien-Infotag
„Aktiv gegen Krebs“

Samstag, 25. Oktober 2008, 10.00 -15.00 Uhr
Johanniskirche Magdeburg

10. Onkotag in Salzelmen
Besser, zufriedener und länger leben mit Krebs
-Kommunikation zwischen Arzt und Patient-
Fortschritte der onkologischen Therapie 2008

Samstag, 22. November 2008, 9.00 bis 13.15 Uhr
Rehabilitationsklinik Bad Salzelmen
Badepark 5, 39218 Schönebeck

Tumorzentrum Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V.
Universitätsklinikum A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

http://www.med.uni-magdeburg.de/tzm/
e-mail: tumorzentrum@med.ovgu.de