

Onkologie im Wandel : eine kritische Standortbestimmung

Autor(en): **Krohmann, Hella**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapie = Fisioterapia**

Band (Jahr): **31 (1995)**

Heft 11

PDF erstellt am: **21.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929482>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

TAGUNGSBERICHT

Onkologie im Wandel — eine kritische Standortbestimmung

An der Klinik für Tumorbiologie (Tumor Biology Center) der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg fand ein Symposium zum Thema «Onkologie im Wandel — eine kritische Standortbestimmung» statt.

Prof. C. Unger: Neue Wirkstoffe in der Onkologie — Hoffnungen und Erwartungen

In Deutschland gibt es zurzeit rund 225 000 Krebstote pro Jahr, und man rechnet mit 358 200 Neuerkrankungen. Noch überwiegen die kardiovaskulären Erkrankungen, aber im Jahr 2000 werden die Krebserkrankungen diese Grenze erreicht haben. Bei Männern steht das Lungenkarzinom, bei Frauen das Mammakarzinom an erster Stelle. Es gibt praktisch kein Organ, das nicht vom Krebs befallen werden kann.

Wo steht die Krebsmedizin heute? Bei den Hämatoblastosen konnten erfolgreiche Medikamente entwickelt werden, ebenso für akute Leukämien. Aber schon beim Mamma-Ca stagniert die

Therapie. Es müssen also mittels biologischer Testsysteme neue Substanzen gefunden und bekannte modifiziert werden. Die Aktivität der Substanzen muss erhöht und die Toxizität gesenkt werden. Auf empirische Erfahrungen kann man sich heute nicht mehr ausschliesslich verlassen. Die Risiken von Antikrebsmitteln sind im voraus nicht immer einschätzbar. Es hat sich gezeigt, dass sie manchmal sekundäre Neoplasien verursachen.

Im Grunde hat die Natur schon vorgedacht. Die meisten Mittel, wie zum Beispiel Zytostatika, sind Naturprodukte (z. B. Pilze, Pflanzen), die der Mensch wiedergefunden hat. Um den Bedarf an Mitteln abzudecken, reicht die natürliche Produktion aber nicht aus. So muss es die Aufgabe der Forschung sein, diese Naturstoffe zu imitieren («Drug Design»). Der Kliniker muss die Wirksamkeit sowie Nebenwirkungen überprüfen und die Wirkstoffe optimieren. Zurzeit steht die Wissenschaft an der Wende vom Naturstoff zum Drug Design.

PD Dr. G. Gastl: Probleme und Perspektiven in der Immuntherapie von Tumoren

Die Geschichte des Immunsystems ist ca. 100 Jahre alt. In der Krebstherapie ist das Immunsystem die Stützlatte. Es behält seinen festen Platz in der Gesamttherapie. Zellen können aber das Immunsystem unterlaufen, d. h. das Tumorantigen muss für das Immunsystem erkennbar sein. T-Zellen senden viele Signale. Der Referent verglich das Immunsystem mit dem Ying-Yang-Prinzip, d. h., es gibt einen aktiven und einen passiven Anteil. Das Immunsystem muss befähigt werden, die Toleranzschwellen des Tumors zu unterbrechen. Beeinflusst von den Massenmedien, wollen die Patienten vom «Immunsystem» geheilt werden. Es ist zum Schlagwort geworden und gibt der Scharlatanerie breiten Spielraum. Aber was ist das Immunsystem klinisch? Wird es durch ein Antigen oder durch einen Spaziergang stabilisiert? Die Therapie ist oft nicht kostspielig, jedoch der Nachweis im Labor.

Denn ob Mittel oder Bewegung, beide unterliegen zirkadianen Rhythmen, und diese müssen ebenfalls labormässig bewiesen werden. Die Interpretation kann grösser als der Effekt sein. So kommt die Analyse dem «Spielzeugkasten-Prinzip» gleich. Frage: Soll man sich mit einem Durchbruch zufrieden geben oder zwanzig Jahre warten? Die Forschung muss sich zweifellos den Immuntoxinen und den Tumorzellen widmen.

PD Dr. H.B. Bartsch: Rehabilitation für onkologische Patienten: verlorene Zeit — gewonnene Gesundheit?

Der Referent stellte einleitend die Frage: Was kann man dem Patienten entsprechend seinen Bedürfnissen anbieten? Die Nutzung der immunologischen Mechanismen ist unbestritten. Der Patient aber braucht erst einmal Hilfestellung — psychisch und klinisch. Die Idee ist nicht neu. Sie kommt aus den USA und basiert auf der Rehabilitation von Kriegsverwehrten.

Kurmedizin und Rehabilitation sind zwei sehr unterschiedliche Belange, die von den stürmischen Winden der Gesundheitsreform erschüttert wurden. Der Kostenträger stellt kritische Fragen an die Erfolge. Im Gesamtvergleich steht die Rehabilitation von Krebspatienten in einer ungleichen Gewichtung. Der grösste Anteil betrifft den Bereich des Bewegungsapparates allgemein, die Onkologie hat dabei den geringsten Anteil.

Welche Ziele muss eine onkologische Rehabilitation beinhalten?

An erster Stelle steht die Krankheitsbewältigung, sowohl privat als auch beruflich. Wie sieht die klinische Realität aus? Der Patient wird häufig mit dem Satz abgefertigt: «Fahren Sie in Urlaub – machen Sie sich ein paar schöne Tage.» Es ist nur un schwer zu erfassen, welche Schlussfolgerungen ein Patient aus solchen Hinweisen ziehen muss. Eine Umfrage: «Was vermissten Sie in der Therapie?» ergab folgende Ergebnisse:

- **Zuwenig Information über Erkrankung, Therapie, Zukunftsperspektiven einschliesslich Schmerzen, Begleitsymptome, psychische Belastungsfaktoren.**
- **Hinweise zu: «Was kann ich selbst tun?» fehlten häufig.**

Alles Fragen, die in ein tiefes Loch fielen. Die Ziele einer vernünftigen Rehabilitation sollten lauten:

- Wo liegen die Defizite und Bedürfnisse?
- Wo gibt es Ressourcen?

Die Ziele müssen medizinisch und psychisch-sozial postuliert werden, der die Eigenverantwortlichkeit des Patienten einbezieht. Dazu gehört entsprechende Fach-

kompetenz und Beratung. Mit der Einbeziehung aller medizinischen Fachbereiche müssen die Defizite erkannt werden, und es muss ein den Bedürfnissen des Patienten angepasstes, überzeugendes Betreuungskonzept erstellt werden, das vom Patienten selbst formuliert werden sollte. Diese Vorgehensweise muss von der Akutklinik ausgehen, sich über das Anschlussheilverfahren und den Allgemeinmediziner fortsetzen, wobei der ideale Zeitpunkt eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt.

Die Rehabilitation soll unter Berücksichtigung der Funktionseinbussen die körperliche Leistungsfähigkeit stabilisieren. Neben der Verringerung von Schmerzen ist ein positives Denken bezüglich des Körperempfindens von Bedeutung. Hinzu kommen spezielle Beratungen, z.B. für Stomaträger bei radiologischen Darmschädigungen bezüglich Ernährung und Verhaltensweisen.

Ist das ambulant möglich? Der Übergang von der Akutklinik in die Phase der Rehabilitation erfordert eine individuelle Betreuung. Häufig fehlen ausreichende Informationen, oder Informationen werden falsch interpretiert. Beides kann den Genesungsverlauf negativ beeinflussen. Einzel- und Gruppengespräche zur Unterstützung der Coping-Strategien sind stationär durch ein Team sicher besser durchführbar. Regelmässige Teambesprechungen, Gesamtkonferenzen und Qualitätskontrollen sind dabei dem Ziel dienlich. Das alles ist mit einer Rehabilitation bei Störungen des Bewegungsapparates nicht vergleichbar. Eine Rehabilitation im Sinne der ganzheitlichen Medizin ist ambulant nur schwer erreichbar. Trotzdem gibt es ein Pro und Kontra für eine klinische bzw. ambulante Durchführung.

Pro: Onkologische Erkrankungen nehmen zu. In einer Klinik kann die Primärtherapie vor-

allem der Folgezustände, z. B. nach Operationen, gut fortgesetzt werden. Es gibt eine therapeutische Dichte, die Strategien können optimiert und koordiniert werden.

Kontra: Die therapeutischen Ziele sind – sowohl von Ärzten als auch für die Patienten – unscharf charakterisiert.

Was passiert nach der Entlassung aus der Akutklinik? Viele Patienten lehnen ein Rehabilitationsverfahren ab, weil ihnen der Klinikaufenthalt verleidet ist. Sie wollen nach Hause zu ihrer Familie. Die soziale Wiedereingliederung gelingt aber nicht immer, weder beruflich noch privat. Erfahrungsgemäss wird es um so schwieriger, je mehr Zeit zwischen Primärtherapie und Rehabilitation liegt. Die negative Einstellung der Patienten resultiert oft aus unzureichenden Informationen über die Möglichkeiten, die eine Rehabilitationsklinik bietet. Selbsthilfegruppen sind nur teilweise ein Ersatz, der Erfolg ist von der Qualifikation der Leitung abhängig. Insgesamt muss es das therapeutische Ziel bleiben, dass der Patient ein Höchstmass an Eigenverantwortung übernimmt.

Der Referent schloss mit dem Satz des Mediziners Dr. Rössler: «Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Störungen, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben.»

Dr. J. Weis: Konzepte und Forschungstrends in der Psychoonkologie: eine kritische Betrachtung

In den letzten zehn bis zwanzig Jahren waren die unterschiedlichsten Kritikpunkte der Entwicklung dienlich. Der Trend der Forschung muss dahingehend ausgerichtet sein, Wirkparameter zu finden und besser zu definieren. Das übergeordnete therapeutische Ziel lautet: die Le-

TAGUNGSBERICHT

bensqualität der Patienten zu erhalten und zu verbessern. In den einzelnen Krankheitsphasen unterliegen sie mehr oder minder starken Schwankungen.

Darum müssen psychologische und soziale Arbeitsweisen in die klassische Medizin integriert werden. Dazu gehören der Umgang mit Angst, Depression und Aggressivität der Patienten und die Begleitung Sterbender, die psychische Behandlung von Nebenwirkungen, z.B. Zytostatika, und chronischen Schmerzen, eventuell auch Familientherapie. An der Realisierung dieser Ziele sind viele Berufsgruppen beteiligt (z.B. Kunst- und Entspannungstherapie, Körpertherapien). Die Inanspruchnahme des Angebots hängt von den Bedürfnissen der Patienten ab. Der Arzt sieht die Bedürftigkeit oft anders als der Patient. Davon sind Indikation, Selektion und Integration psycho-onkologischer Verfahren abhängig. Die Therapieziele müssen individuell formuliert werden, damit sie in den Alltag des Patienten übertragbar sind. Die Erfolgskriterien und die Erfolgsbeurteilung orientieren sich an der Überlebenszeit und der Lebensqualität der Patienten. Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität sind Coping-Prozesse, die in die psychologische Grundlagenforschung eingehen müssen. Die Erforschung der psychischen Genese von Krebserkrankungen muss verbessert werden. Die Frage: «Gibt es eine Krebspersönlichkeit?» wird immer noch kontrovers diskutiert.

Krankheitsverarbeitung kann als das Bemühen bezeichnet werden, mit bereits bestehenden oder zu erwartenden Belastungen umzugehen. Coping ist ein dyna-

TAGUNGSBERICHT

mischer Prozess, auf den sich das soziale Umfeld positiv und negativ auswirken kann. Die Coping-Forschung ist kompliziert, da zu viele Einflüsse zwischen der Person und der Umwelt wirksam sind. Es müssen prozessorientiert, multidisziplinär nicht nur das Verhalten des Patienten, sondern auch die spezifischen Stresssituationen im Zeitablauf anhand der Lebensbiografie und der Persönlichkeitseigenschaften untersucht werden.

Wie aber lässt sich Lebensqualität messen? Emotional? Körperlich? Die Beurteilung fällt in einer Rehabilitationsklinik ganz

anders aus als im privaten Bereich. Die Messdaten müssen in das gängige Leben integriert werden. Aus wissenschaftlicher Sicht ist die Randomisierung solcher Fakten ethisch problematisch. Die Psychoonkologie ist eine Frage, die alle angeht. Sie darf nicht «einfach» an den Experten delegiert werden. In der Diskussion wurde auch die Fürsorge für die Betreuer zur Vermeidung des Burn-out-Syndroms sowie der Kinder Krebskranker angesprochen.

Prof. G.A. Nagel: Hat die Medizin einen Gesundheitsbegriff?

Zuerst definierte Prof. Nagel seine Funktion als wissenschaftlicher Direktor der Klinik. **Wer ist ein solcher Mann? Als erstes übt er Macht aus, damit die Mitarbeiter unter optimalen**

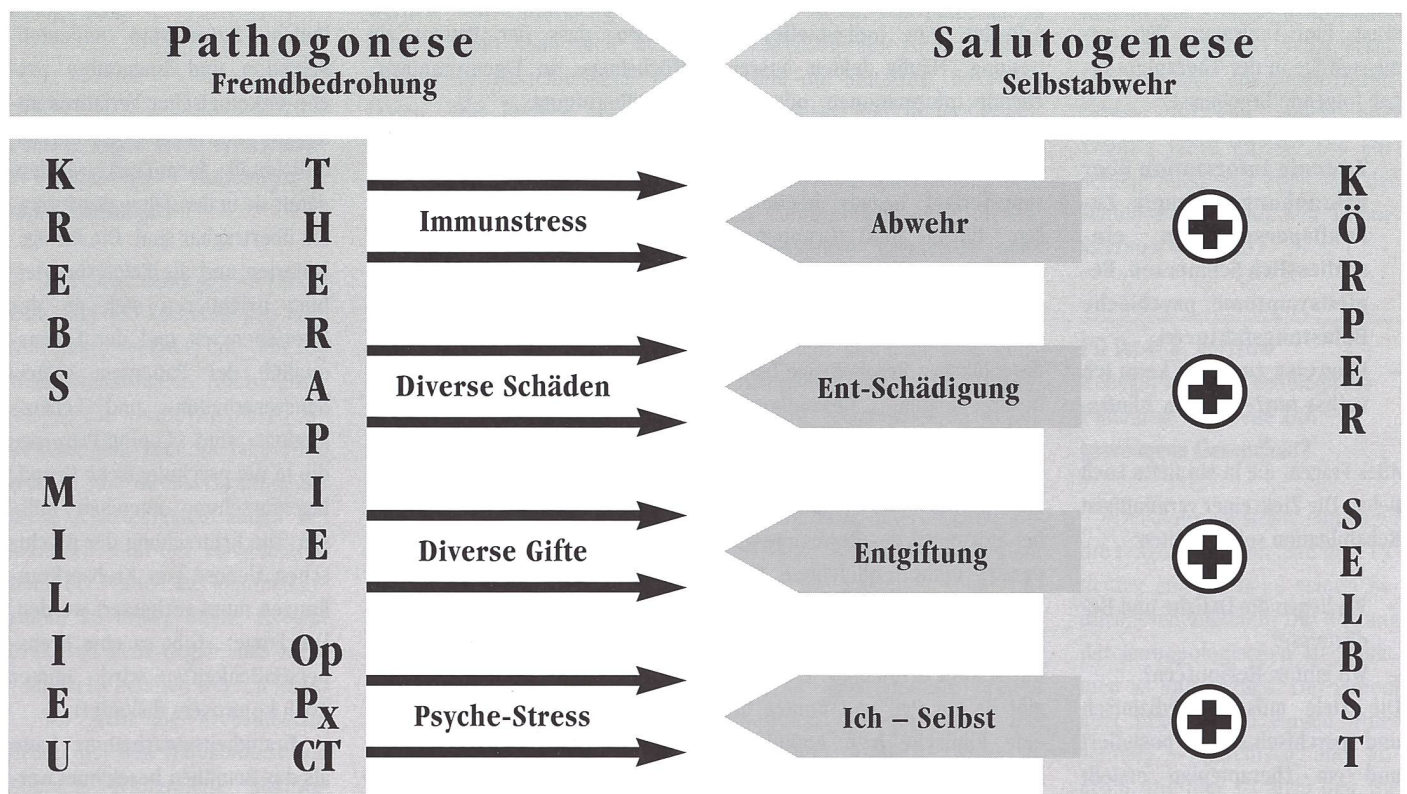
Bedingungen tätig sein können. Er muss irritieren können, damit sie nicht einschlafen, aber auch ihre Visionen umsetzen. Er muss provozieren können. Als weiteres wechselte der Referent einmal von der Perspektive des Arztes zur Perspektive des Patienten. In einem sind sich beide einig: im Anspruch auf Gesundheit. Aber was bedeutet das? Der Tumor wurde herausoperiert, für den Arzt ist der Patient erst einmal «gesund». Der Patient fühlt sich aber krank, auch dann, wenn er es nach klinischer Auffassung eigentlich nicht mehr ist. «Heil werden» ist der Gesundheitsbegriff. Dazu sagt kein Mediziner nein. Aber wie? Der Arzt hat eine pathogenetische Orientierung, der Patient eine salutogenetische. Er möchte für das, was durch die Krankheit geschehen ist, «entschädigt», «entgiftet» werden. Diese Aspekte

wurden von Naturwissenschaftlern oft übersehen. In der Folge entwickelt der Patient seinen Mythos und fällt Scharlatanen in die Hände. «Macht euch die Natur untertan», dieser Satz hat in der wissenschaftlichen Entwicklung zu einer Leib-Seele-Trennung geführt und gleichzeitig der Paramedizin viel Spielraum gegeben. Die Medizin muss lernen, «Gesundheit» – und das trifft alle Berufsgruppen – unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse neu zu definieren.

Die Tagung wurde mit Themen zur Biotechnologie, Gentherapie, methodischen Problemen alternativer Therapieformen sowie speziellen Aspekten der Qualitätssicherung in der Onkologie fortgesetzt.

Quelle: «Krankengymnastik» 8/1994, Richard Pflaum Verlag, München.

Patienten-Selbsthilfekonzent



Klinik für Tumorbiologie Freiburg
Wissenschaftlicher Direktor: Prof. Dr. med. G. A. Nagel

Selbsthilfemittel:
UMK, Diät, Natur, Mythos

Einrichtungen für die Physikalische Therapie

Reppischtalstrasse, 8914 Aeugstertal
 Telefon 01 761 68 60 Telefax 01 761 82 43

Kölla ag
 MEDIZINTECHNIK

Unsere Preise sind messbar ♦ wir liefern den Beweis
 auf sämtliches **Klein- und Verbrauchsmaterial**

erhalten Sie bei einer Bestellung ab

Fr. 500.- — 20% Rabatt = Fr. 400.-

Abholrabatt auf sämtliche Artikel ♦ Verlangen Sie unseren Katalog



Therapieliegen von **Kölla** ♦ Produkte von **gymna** ♦ **SCANDINAVIAN MOBILITY**

PH-11/95

Gute Therapie-Liegen haben einen Namen...



Praktiko

Ein Schweizer Fabrikat aus dem Hause HESS

- Elektrische Höhenverstellung mit Fussbügel von ca. 44 - 102 cm
- Polstervarianten: 2-/3-/4-/5-/6-/7-/8teilig
- Polsterteile beidseitig mit Gasdruckfeder stufenlos verstellbar
- Fahrgestell mit Rollen Dm 80 mm, Gummi grau und Zentral-Total-Blockierung
- Alle Liegen können mit Armteilen, Gesichtsteil, Seitenschienen und Fixationsrolle ausgerüstet werden

HESS-Dübendorf: Für perfekte Therapie-Liegen

Senden Sie uns bitte eine Gesamtdokumentation

Physikalische Therapie

Unterlagen *Praktiko*-Liegen

Bitte rufen Sie uns an

Name: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel: _____

HESS-Dübendorf

Im Schossacher 15

CH-8600 Dübendorf

Tel: 01 821 64 35

Fax: 01 821 64 33

PH 11/95

HESS
CH-Dübendorf