

«Wirksame Krebsnachsorge benötigt ein nachhaltiges Konzept»

Ziele und Umfang einer onkologischen Nachsorge sind stark von der individuellen Situation der Betroffenen abhängig. Während zu Beginn der Nachsorge die möglichst frühe Detektion von Rezidiven im Vordergrund steht, geht es nach einigen Jahren vor allem um die Identifikation und Kontrolle von Spätnebenwirkungen. Über ein bislang wenig erforschtes Gebiet der modernen Onkologie informiert Prof. Dr. med. Jörg Beyer, Chefarzt an der Universitätsklinik für medizinische Onkologie und Spezialist für urogenitale Tumoren am Inselspital Bern.

Interview | Klaus Duffner

OncoMag: Prof. Beyer, wann ist die Nachsorge nach einer Krebsbehandlung sinnvoll?

Jörg Beyer: Nachsorge ist wichtig, wenn sie Konsequenzen hat, wenn wir also ein Wiederauftreten eines Tumors erwarten, entdecken und behandeln können. Wenn ein Hodgkin-Lymphom, ein Hodenkrebs, ein Mamma- oder ein Kolonkarzinom nach einigen Jahren rezidiert, können wir die Erkrankung noch mit Aussicht auf Heilung oder zumindest auf eine deutliche Lebensverlängerung behandeln. Um möglichst erfolgreich zu sein, wollen wir bei diesen Entitäten ein Rezidiv natürlich möglichst früh entdecken. Da hilft die Nachsorge.

Und wann ist die Nachsorge nicht sinnvoll?

Bei anderen soliden Tumoren ist es oft deutlich schwieriger. Wenn ein Rezidiv auftritt, können wir die Krebserkrankung oft nicht mehr heilen und auch die Chance auf Lebensverlängerung ist begrenzt. In solchen Situationen ist die Nachsorge mit einem grossen Fragezeichen versehen. Wenn wir ein Rezidiv früher erkennen, ohne dass wir durch eine Intervention heilen oder die Lebenszeit zumindest deutlich verlängern können, dann haben wir einen Menschen lediglich früher erneut krebskrank gemacht – mit allen negativen Konsequenzen. Die Nachsorge bringt nur dann etwas, wenn wir den Patienten durch eine In-

tervention heilen oder die Lebenszeit zumindest deutlich verlängern können.

Nicht ganz einfach, den Patienten zu sagen: «Wir warten ab, wir machen jetzt gar nichts, entweder Sie haben Glück oder nicht.»

Ja, viele Patienten können das so nicht akzeptieren und haben zu grosse Erwartungen an die Nachsorge. Vielen Betroffenen ist nicht klar, dass im Fall eines Rezidivs eine Heilung nicht mehr möglich ist. Wenn jemand trotzdem regelmässige Nachsorgeuntersuchungen wünscht, machen wir das natürlich.

Haben Sie ein Beispiel?

In einer der wichtigsten klinischen onkologischen Studien der vergangenen Jahrzehnte aus Grossbritannien wurde bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom die Nachsorge analysiert. In der ersten Gruppe untersuchte man die Patientinnen mit CT und anderen Methoden, wenn Beschwerden auftraten. In der zweiten Gruppe fanden hingegen regelmässige Nachsorgeuntersuchungen mit wiederholten Tumormarker- und CT-Kontrollen statt. Tatsächlich wurden Rezidive in der zweiten Gruppe eher erkannt und die Patientinnen erhielten frühzeitiger eine Chemotherapie. Dennoch war das Überleben in beiden Gruppen genau



Prof. Dr. med. Jörg Beyer, Chefarzt der Universitätsklinik für medizinische Onkologie, Inselspital Bern

gleich. Doch die Patientinnen, bei denen das Rezidiv später diagnostiziert wurde, hatten die bessere Lebensqualität, weil sie weniger Diagnostik und Chemotherapie erhielten und weil sie durch die spätere Rezidiv-Diagnose weniger psychisch belastet waren.

«Zu häufige und falsche Nachsorgeuntersuchungen können ebenfalls Schaden anrichten.»

Welchen Schluss ziehen Sie aus diesen Resultaten?

Man sollte sich genau überlegen, für wen welche Nachsorge am besten geeignet ist, welche Ziele mit der Nachsorge verfolgt werden, was für eine Art von Krebs vorliegt, wie alt die Betroffenen sind und welche Komorbiditäten vorliegen. Nachsorge ist gut an der richtigen Stelle, zur richtigen Zeit, bei der richtigen Person in der richtigen Art und Weise. Ganz allgemein und für alle Krebsarten lässt sich der Nutzen einer Nachsorge gar nicht beantworten.

Wie geht es mit der Nachsorge weiter, wenn der Krebs nach Jahren tatsächlich verschwunden ist?

Mehrere Jahre nach erfolgreicher Krebstherapie ist das Ziel der Nachsorge vor allem, Spätnebenwirkungen der Therapie zu erkennen und zu behandeln. Zu diesem Zeitpunkt ist das Thema der Nachsorge nicht mehr das Rezidiv, sondern

es sind die möglichen Schäden, die durch Chemotherapie, Bestrahlung oder Chirurgie bei der Krebsbehandlung ausgelöst wurden. So haben beispielsweise Patientinnen, die in jungen Jahren wegen eines Hodgkin-Lymphoms im Bereich des Oberkörpers bestrahlt wurden, nach 10 oder 20 Jahren ein höheres Risiko für Brustkrebs. Aber es sind nicht nur die Zweitkarzinome. Noch nach Jahrzehnten haben

«Leider ist die Nachsorge wissenschaftlich kaum erforscht.»

Menschen, die in jungen Jahren zum Beispiel eine intensive Chemotherapie erhalten haben, ein erhöhtes Risiko für ein metabolisches Syndrom oder dafür, an einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall zu sterben.

Besteht auch das Risiko, dass durch Nachsorgeuntersuchungen Schäden induziert werden?

Wir wissen, dass zu häufige und falsche Nachsorgeuntersuchungen ebenfalls Schaden anrichten können. Falsch positive Befunde führen zu Folgeinterventionen mit entsprechenden Nebenwirkungen. Ganz abgesehen von der psychischen Belastung, die ein «falscher Alarm» auslöst. Bei jungen Patienten ist vor allem die Strahlenbelastung im Rahmen der Nachsorge ein grosses Thema. Ein älterer Mensch wird einen strahleninduzierten Tumor wahrscheinlich nicht mehr erleben. Aber Kinder und junge Erwachsene haben durchaus ein Risiko, eine durch diagnostische Röntgenstrahlen induzierte Krebserkrankung zu erleben. Als ich als Arzt in der Onkologie begann, machten wir die ersten fünf Jahre alle drei Monate ein CT. Nach heutigem Wissen war das völlig übertrieben. Durch Röntgendiagnostik ausgelöste Krebserkrankungen sind häufiger als wir denken.

Wie planen Sie die Nachsorge in der Praxis?

Wir haben eine ganze Batterie von Möglichkeiten, die wir passgenau einsetzen müssen. Ich behandle häufig Männer mit Hodentumoren. Deren Nachsorge hängt davon ab, wie die Primärtherapie durchgeführt wurde. Haben wir den Tumor lediglich entfernt und danach eine «aktive Surveillance» betrieben oder haben wir eine adjuvante Strahlentherapie oder Chemotherapie eingesetzt? Für den Zeitpunkt des Rezidivs ist das entscheidend: früh oder spät. Bei einer «aktiven Surveillance» tritt ein Rezidiv meistens im Bauchraum auf. Wenn dort aber eine adjuvante Bestrahlung erfolgte, tritt ein Rezidiv nicht im Bauchraum auf, sondern in der Lunge oder am Hals. Je nachdem, wie die Primärbehandlung erfolgte, sind Höhe des Rezidivrisikos, der Zeitpunkt und der Ort des Auftretens also komplett unterschiedlich. Dies müssen wir berücksichtigen. Ich muss die Nachsorge also ganz genau an die Primärtherapie anpassen, sonst schaue ich vielleicht zur falschen Zeit in die falsche Richtung.

Das klingt ungemein komplex.

Das Thema Nachsorge ist tatsächlich viel komplizierter, als man gemeinhin denkt. Leider ist die Nachsorge wissenschaftlich aber kaum erforscht. Während uns für die Diagnostik von Krebserkrankungen und natürlich für die Behandlung eine Vielzahl von Studien zur Verfügung steht, gibt es zum Thema Nachsorge nur ganz wenige Untersuchungen, die unser Handeln rechtfertigen.

Wie häufig sind therapiebedingte langfristige Nebenwirkungen überhaupt?

Das hängt sehr von der Art der Therapie ab und davon, wie alt der Patient zum Zeitpunkt der Therapie war. Die besten Daten zum Thema Spätnebenwirkungen liegen aus den Regionen British Columbia, Norwegen, Schweden und Dänemark vor, wo ganze Bevölkerungsgruppen systematisch untersucht wurden. Langzeitschäden nach einer Krebstherapie sind nicht immer offensichtlich, man muss aber daran denken. Die Betroffenen selbst verkennen Be-

«Jeder ehemalige Krebspatient fährt mit Herzklopfen zur Nachsorge.»

schwerden oft oder fehldeuten diese. Sehr häufig ist zum Beispiel das Erschöpfungssyndrom. Auch Organfunktionen sind nicht selten eingeschränkt. Viele Betroffene haben Probleme mit Sexualität und Partnerschaft, beispielsweise bei mastektomierten oder hysterektomierten Frauen oder nach einer Prostataoperation bei Männern. Die wenigsten Patienten berichten spontan über solche Probleme. In der onkologischen Sprechstunde wird auch meistens nicht aktiv nach Spätkomplikationen gefragt. Dazu kommen die psychischen Belastungen durch Nachsorgeuntersuchungen. Jeder ehemalige Krebspatient fährt mit Herzklopfen zur Nachsorge. Krebs lässt niemanden unberührt, es gibt keine Betroffene, die nicht irgendwann nachts aufwachen und Angst haben. Die «Cancer Survivors» sind jedoch meist unglaublich tapfer und leidensfähig.

Welche Rolle spielt das persönliche und berufliche Umfeld?

Die meisten Betroffenen erhalten durch ihre Partner, Partnerinnen, Angehörigen oder ein Netzwerk an Freunden Unterstützung. Und sie profitieren sehr davon, wenn sie wieder in einen Routinealltag eingebunden sind. Eine gewisse Normalität zu leben, einer Beschäftigung nachzugehen und eine Aufgabe zu haben, ist ungeheuer hilfreich. Deshalb bin ich gerade bei jungen Patienten sehr gegen eine Frühberentung. Wir leben in einer Gesellschaft, in der man anerkannt wird, wenn man eine Aufgabe hat. Wer keine hat, fühlt sich schnell überflüssig. Zudem bleiben durch die Berufstätigkeit auch soziale Kontakte erhalten. Die Re-Integration in den Arbeitsprozess ist meiner Meinung nach ein extrem wichtiger Aspekt der Nachsorge.

Wer sollte die langfristige Nachsorge durchführen – der Onkologe, der Organspezialist oder der Hausarzt?

Solange noch ein mögliches Rezidiv im Vordergrund steht, der Onkologe. Aber danach, wenn es um die Wiedererlangung von Lebensqualität und «Normalität» geht, sollte der Hausarzt oder eine spezialisierte Fachpflegekraft übernehmen. Gelegentlich muss ein Psychoonkologe hinzugezogen werden. Und wir brauchen Spezialsprechstunden und Teams, die sich dem Thema widmen, um besonders schwer Betroffene zu betreuen. Im Alltag haben Onkologen oft zu wenig Zeit, um aktiv Nachsorge zu betreiben und sich um körperliche und seelische Wunden und Narben zu kümmern. Wir sind die meiste Zeit damit beschäftigt zu diagnostizieren, zu therapieren und nach Rezidiven zu suchen. Sich nach Spätnebenwirkungen zu erkundigen, nach Einschränkungen der Organfunktionen, nach der Lebensqualität oder nach Depressionen – das kann ein Hausarzt oder eine spezialisierte Pflegefachkraft oft besser. Sie nehmen sich oft mehr Zeit, und das merken die Patienten. In einer englischen Studie zeigte sich, dass regelmässige Anrufe beim Patienten durch eine Study Nurse sehr effektiv sind und zu einer hohen Patientenzufriedenheit führen. In vielen Ländern funktioniert die Nachsorge besser und systematischer als in der Schweiz.

Hat die Nachsorge bei uns einfach keinen so hohen Stellenwert?

Ich möchte es mal etwas salopp ausdrücken. Weil Nachsorge nicht so «sexy» ist wie beispielsweise die neuen Immuntherapien, ist sie auch nicht so karrierefördernd und steht daher nicht wirklich im Fokus onkologischer Tätigkeit und Forschung. Wenn ich an einer Universitätsklinik sage,

«Nachsorge bringt nur etwas, wenn wir den Patienten durch eine Intervention heilen oder die Lebenszeit zumindest verlängern können.»

mein wissenschaftlicher Schwerpunkt ist Nachsorge und die Betreuung von «Cancer Survivors», schaue ich derzeit noch in lange Gesichter. Dabei wird dieses Thema zunehmend wichtig. Mit guten Ideen und Konzepten kann man auch beim Thema Nachsorge sehr erfolgreich sein. Zum Glück haben Fachgesellschaften und Fördereinrichtungen wie etwa die Krebsliga Schweiz dies erkannt. Diese Institutionen fördern klug konzipierte vielversprechende Projekte. Am Inselspital in Bern will sich eine Expertengruppe speziell diesem Thema widmen.