

**12. Jan. 10.06.43**

# **RES070\_Der\_Krebsinformationsdienst**

Ich bin Holger Klein.

Willkommen zum Forschungspodcast der Helmholtz-Gemeinschaft.

Resonator Krebs macht Angst, weil jeder kennt irgendjemanden, der Krebs hat oder Krebs hatte oder vielleicht sogar schon daran gestorben ist.

Angst ist die Folge von Unwissen, also von mangelnder Information.

Wenn ich mich also hinreichend informiere, sollte meine Angst verschwinden.

Probiere ich aus.

Ich rede nämlich mit dem Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg, genauer mit dessen Leiterin Susanne Weg-Remers.

Hallo Frau Weg-Remers.

Hallo Herr Klein.

Was muss ich wissen über Krebs?

Also was ist das überhaupt?

Krebs bedeutet, dass Zellen, die Sie in Ihrem Körper tragen, anfangen unkontrolliert zu wachsen.

Das heißt, Sie hören nicht mehr auf die Signale, die Ihre Umgebungszellen Ihnen

senden, die Ihnen mitteilen, stopp, hör auf zu wachsen.

Jetzt ist genug.

Wir brauchen keine weiteren Zellen hier an diesem Fleck, sondern Krebszellen zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich dieser Wachstumskontrolle aus der Umgebung entziehen und sich unkontrolliert vermehren.

Das ist schon mal das erste Merkmal einer Krebszelle.

Das zweite ist, dass die Krebszelle dann auch beginnt, in die Umgebung einzuwandern.

Wie?

Sie respektiert nicht die Grenzen, die beispielsweise ein Organ vorgibt, sondern sie fängt an, infiltrieren, so nennen wir das, in die Nachbargewebe einzuwachsen.

Warum kann die das?

Die erwirbt neue Eigenschaften in dem Verlauf, während sie eine Krebszelle wird.

Was heißt die erwirbt die?

Also die verändert ihre DNA?

Nee, das kann sie ja gar nicht, oder?

Doch, Krebs ist eine Erkrankung der DNA, ist eine Erkrankung der Gene und ist dadurch gekennzeichnet, dass Zellen neue Eigenschaften erwerben, wie die gerade genannten, Entzug gegenüber der Wachstumskontrolle und Einwachsen in die Umgebung.

Und das machen die dadurch, dass sie Mutationen in den Genen, in ihren Genen

haben, die für diese entsprechenden Funktionen zuständig sind.

Das heißt normalerweise würde ich, also wenn ich jetzt für doofe gesprochen, also wenn ich jetzt eine Niere und eine Leber nebeneinander lege, dann würden die Zellen aus der Leber einen Teufel tun, in die Niere reinzuwandern.

Nein, die Leberzellen wissen, sie sind Leberzellen und sie haben diese und jene Aufgaben und um die zu erfüllen, produzieren sie Eiweiße auf der Basis ihrer Gene und üben dann entsprechend die Funktionen aus, zu denen sie bestimmt sind.

Und die Krebszelle, produziert die auch Eiweiße?

Die produziert auch Eiweiße.

Alle Funktionen von Zellen werden ja durch Eiweiße und die dadurch entstehenden Funktionen vermittelt.

Ich habe in Bio, glaube ich, nicht aufgepasst oder ist es zu lange her?

Wie kann sich die Zelle dieser Wachstumskontrolle entziehen?

Bzw. was ist überhaupt diese Wachstumskontrolle?

Also wo kommt die her normalerweise?

Zellen tragen auf ihrer Oberfläche und auch im Zellinneren Eiweißstoffe.

Es kommt immer wieder auf die Eiweißstoffe zurück.

Also die Eiweiße sind die Botenstoffe in der Zelle oder wie muss ich mir das vorstellen?

Die Eiweiße sind sozusagen die, wie könnte man das beschreiben?

Ich habe das nämlich wirklich noch nie ernsthaft verstanden.

Okay, dann versuche ich mal mein Bestes heute.

Es gibt dann immer so Dinge und dann wird halt die DNA abgelesen und solche Sachen, das hat sich mir noch nicht so richtig erschlossen.

Dann fangen wir mal ganz vorne an vielleicht.

Okay, fangen wir ganz vorne an.

Ja, also sie haben Zellen in ihrem Körper und alle Zellen entstehen ja aus der Eizelle, die mit einer Samenzelle verschmolzen sind und alle tragen dann dasselbe Erbgut, dieselbe DNA, die sich zur Hälfte von Vater und zur Hälfte von der Mutter her leitet.

Und jetzt haben sie natürlich in ihrem Körper sehr viele unterschiedliche Zellen, die sich entwickeln, indem sie sich vermehren und die Zellen üben zum Teil sehr unterschiedliche Funktionen aus.

Sie haben Knochenzellen, die im Prinzip für den Knochenaufbau da sind.

Sie haben Nervenzellen, die zum Teil ganz lange Ausläufe haben und deren Aufgabe es ist Nervensignale weiterzuleiten und zu verarbeiten.

Sie haben Hautzellen, die sie vor den Umgebungseinflüssen schützen.

Also es gibt ganz unterschiedliche Zelltypen und wie kommt es, dass aus einer Erbinformation so unterschiedliche Zelltypen entstehen?

Ein Auge oder ein Fuß.

Ein Auge oder ein Fuß.

Woher wissen die Zellen das hier an der Stelle?

Ja genau, woher wissen die das eigentlich?

Ein Auge oder ein Fuß machen sollen und das wissen sie, weil die Zellen miteinander reden.

Und das machen sie durch sogenannte Botenstoffe.

Alle immer?

Alle immer.

Alle Zellen reden permanent miteinander?

Nein.

Mein Fuß redet mit meinem Auge?

Sagen wir so, ihr Fuß.

Die Zellen, die ihren Fuß bilden, die reden miteinander.

Das Auge ist natürlich auch irgendwo mitbeteiligt.

Wenn sie beispielsweise sagen, sie wollen ihren Fuß irgendwo hinsetzen, dann sieht ihr Auge, da auf dem Boden liegen Glasscherben, setze vielleicht deinen Fuß besser nicht dorthin.

Dann geht ein Signal vom Auge ins Gehirn, das Gehirn verarbeitet das Signal und gibt dann über andere Nervenzellen ihren Muskelzellen, die den Fuß bewegen, das Signal, sei mal vorsichtig, setz da den Fuß nicht hin, weiche lieber aus und setz ihn ein Stückchen weiter.

Und das sind dieselben Botenstoffe, die auch dafür verantwortlich sind, dass die Zellen in meinem Auge miteinander reden, um sich gegenseitig zu versichern, dass sie ein Auge sein sollen?

Das sind zunächst mal Nervensignale, die solche Langstreckenkommunikation im Körper bewirken.

Worüber wir vorhin geredet haben, als es um das Thema Krebs ging, war eher so die Kommunikation in der unmittelbaren Nähe, in der unmittelbaren Nachbarschaft.

Das geschieht nicht durch Nervensignale, die quasi elektrisch weitergeleitet werden über die Nervenzellen, um diesen ganz schnellen Informationstransport zu vermitteln, sondern das geschieht im Regelfall durch Botenstoffe.

Das können Eiweiße sein, das können aber auch kleine biochemische Moleküle sein und mit denen kommunizieren die Zellen untereinander und sagen sich beispielsweise unter anderem auch "Wachse mal, vermehre dich, weil wir brauchen hier mehr Zellen an dieser Stelle" oder sie sagen auch zueinander "Halt, stopp, nicht mehr wachsen, hier sind gerade genug Zellen vorhanden" und sie sagen, also sie reden miteinander auf diese Art und Weise, um dafür zu sorgen, dass unser Körper so aussieht, wie er aussieht und nicht ein großer Amorphazellhaufen wird.

Das heißt die Zelle hat, das ist jetzt ein bisschen, das ist jetzt etwas philosophisch wahrscheinlich, aber die Zelle hat im Grunde eine Vorstellung davon, wie es um sie herum aussehen muss und wo das Ende der Leber erreicht ist.

Also eine Leber hat, was weiß ich, 100.000 Leberzellen und die Zellen wissen halt, wir sind jetzt 100.000 und wir hören jetzt mal auf.

Wie kommt es dann, dass Einzelne sagen "Nö"?

Wenn solche Wachstumssignale bei einer Zelle eingehen, dann geschieht das, indem praktisch so ein Botenstoff, ein Eiweiß oder ein kleines Molekül an einen sogenannten Rezeptor an der Zelloberfläche oder im Zellinneren, da gibt es unterschiedliche Typen, andockt.

Und wenn ein solcher Signalstoff an einen Rezeptor andockt, bewirkt das die Aussendung von Signalen, die dann innerhalb der Zelle weitergeleitet werden bis zum Zellkern.

Und wenn es jetzt um eine Funktion der Zelle geht, nämlich sich zu vermehren, dann bedeutet das ja, dass im Zellkern zunächst mal die Erbinformation verdoppelt werden muss.

Weil man muss ja jedem, jeder der Tochterzellen, die sich dann bilden soll, ein Informationspaket an Erbinformation mitgeben.

Und diese Signalwege, die zu diesen entsprechenden Eiweißmolekülen im Zellkern gehen, die dann diese Vermehrung des Erbguts bewirken und dann die nachgeschalteten Vorgänge bei der Zellteilung, die können zum Beispiel mutieren.

Da kann sich im Laufe der Jahre im Körper eine Veränderung einschleichen und es gibt beispielsweise Mutationen, die machen, dass die Zellen dann unkontrolliert wachsen.

Dass also solch ein Signalweg, der für die Weiterleitung eines Wachstumssignals verantwortlich ist, dass der einfach permanent feuert, auch ohne dass ein entsprechender Botenstoff oben am Rezeptor andockt.

Und dann wird die Zelle letzten Endes unkontrolliert.

Sie vermehrt sich und vermehrt sich und vermehrt sich.

Und das ist eine wichtige Eigenschaft, die Zellen erwerben müssen, um einen Tumor zu bilden.

Mutation ist was Zufälliges.

Das heißt, das passiert halt einfach so.

Das passiert einfach so und das passiert eigentlich im Körper ständig.

Und deswegen haben wir in unseren Zellen auch ein paar Reparatursysteme, die eigentlich normalerweise die Mutationen beheben.

So müssen Sie sich vorstellen, dass wir da zwei oder drei kleine Werkzeugkoffer haben, die gucken, ist das alles korrekt überschrieben worden, umgeschrieben worden, wenn sich das Erbgut verdoppelt und manchmal funktionieren diese Werkzeugkoffer halt nicht richtig.

Und dann entsteht durch Zufall eine Mutation.

Wir wissen auch mittlerweile durch die Ergebnisse der Krebsgenomforschung, dass es in den allermeisten Fällen nicht ausreicht, nur eine Mutation zu haben in einer Zelle, damit sie krebswird und bösartig wird.

Sonst müssen mehrere, also zwischen fünf, zehn, zwanzig, hundert Mutationen zusammenkommen, damit eine Zelle tatsächlich bösartig wird.

Identische Mutationen oder können das wahllos Mutationen sein, die Hauptsache sie funktioniert nicht mehr richtig?

Ja, also es müssen Mutationen sein, die in unterschiedliche Funktionsbereiche der Zelle dann eingreifen und dort Effekte haben.

Wir haben gerade eben über ein Beispiel gesprochen, dass in einem solchen Signalweg der Wachstum kontrolliert eine Mutation stattfindet.



Das ist ein wichtiger Faktor.

Ein anderer wichtiger Faktor ist, dass die Zelle eben anfängt in die Umgebung einzuwachsen und dafür müssen Zellen, die normalerweise an einem Ort sitzen, die müssen praktisch die Eigenschaft erlangen, sich zu bewegen.

Ja, verstehe.

Das sind dann die Metastasen, oder?

Wenn die sich bewegen können.

Oder bin ich jetzt schon viel zu weit rausgeschwommen?

Sie sind schon zwei Schritte weiter rausgeschwommen.

Man weiß halt nichts, ich stelle es immer wieder fest, ich weiß halt eigentlich nichts über Krebs.

Gut, ja, also die haben die Eigenschaft erworben sich zu bewegen und dann wandern die so in die Leber rein.

Dann wandern die so in die Leber rein oder in den Darm oder wo immer praktisch der Tumor jetzt am Entstehen ist.

Und dann kann es eben auch vorkommen, dass Zellen noch eine weitere Eigenschaft erwerben, nämlich beispielsweise sich aus diesem Tumorzellverband zu lösen, in Lymphgefäße oder in Blutgefäße einzuwandern und davon zu schwimmen.

Und auch da haben wir noch keine Metastasen, sondern um das zu bewirken, müssen die Zellen auch die Eigenschaft erlangen, an einem fremden Ort anzudocken und dort einzuwandern und sich dann dort vor Ort zu vermehren in

der Umgebung, die sie dort vor Ort vorfinden.

Es bestünde also die Möglichkeit, dass in meinem Blut mutierte Zellen rumschwimmen und wandern und einfach nur, weil die nicht die Eigenschaft haben, sich irgendwo anzudocken, habe ich noch keinen Tumor?

Sie haben einen Tumor, damit ist gemeint eine Schwellung.

Also sie können schon einen Tumor haben, aber sie haben dann noch keine Metastasen.

Erst dann, wenn die praktisch wegschwimmen und woanders andocken und sich dort vermehren, dann bilden sich Metastasen.

Ich vermute, dass es in diese Richtung ohnehin Forschung gibt, aber dann wäre es doch eigentlich schlau herauszufinden, wie man verhindert, dass die Zellen aus dem Tumor, der schon da ist, sich irgendwo anders andocken können, oder?

Ja, das ist sicherlich eine Möglichkeit, wie man darüber nachdenken kann, Krebs in Zukunft zu behandeln.

Bleiben wir mal beim Brustkrebs meiner Mutter.

Warum hat meine Mutter ausgerechnet Brustkrebs bekommen?

Warum bekommen so viele Frauen ausgerechnet Brustkrebs?

Das ist eine gute Frage.

Ich denke, es bekommen viele Frauen Brustkrebs, weil die weibliche Brust ein Gewebe ist, wo sich im Laufe des Lebens sehr viele Veränderungen abspielen.

Zellen werden aufgebaut, Zellen müssen sich auch wieder rückbilden.

Erst mal im Rahmen des weiblichen Zyklus jeden Monat, von Beginn der Regelblutung bis zu den Wechseljahren und dann noch mal während Schwangerschaft und Stillzeit.

Ich würde denken, das ist bei Frauen eine Art Schwachstelle, dass dort ein Gewebe ist, was sich sehr häufig verändert.

Je häufiger sich Gewebe verändern, umso höher ist das Risiko, dass sich da unter Umständen dann mal Mutationen anhäufen und ein Tumor entsteht.

Gibt es diese Schwachstellen bei Männern auch?

Männer haben vielleicht eine äquivalente Schwachstelle, das ist die Prostata.

Also auch Prostatatumoren sind sehr häufig, etwa ebenso häufig wie Brusttumoren bei Frauen.

Also wir schätzen so nach Angaben des Robert-Koch-Instituts, was da ein Zentrum für Krebsregisterdaten führt, dass pro Jahr etwa 74.000 Frauen an Brustkrebs neu erkranken und etwa 70.000 Männer an Prostatakrebs.

Jetzt habe ich aber mal gehört, dass Prostatakrebs oft gar nicht so schlimm ist, weil die Männer, die daran erkranken, schon recht alt sind, sodass die sterben, bevor der Krebs sie dahin rafften kann.

Das ist bei Frauen aber nicht der Fall, oder?

Also bei Frauen ist es in der Tat so, dass Brustkrebs häufiger auch mal einen aggressiven Verlauf hat mit Bildung von größeren Tumoren und dann auch mit Bildung von Metastasen.

Weiß man, warum Krebs manchmal einen aggressiven Verlauf hat und manchmal nicht?

Also gut, das ist der gutartige und der bösartige Tumor, oder?

Ja, das ist... Wie so ein Volksmund?

Nicht nur.

Also es gibt auch Tumoren, die langsam wachsen, auch wenn sie Merkmale eines Krebses zeigen, sprich dieses infiltrierende Wachstum in die Umgebung, auch bis hin zur Bildung von Metastasen.

Und es gibt wieder andere Tumoren, die wachsen sehr, sehr rasch und sprechen auch auf die Therapien nicht an.

Und gutartige Tumoren grenzen wir nochmal dadurch ab, dass sie keine Metastasen bilden und auch nicht infiltrierend wachsen in der Regel.

Also einfach nur ein Geschwür?

Eine geschwulzt, ja.

Ein abgegrenzter Knubbel, den man irgendwo hat.

Sind das auch so Fragen, die dem Krebsinformationsdienst gestellt werden?

Ja.

Also was rufen hier für Leute an?

Also ich habe so das Gefühl, als ich ihre Webseite mir angeguckt habe, habe ich gedacht, Telefonseelsorge.

Ist es so was?

Jein.

Also es rufen bei uns vor allen Dingen Patienten und Angehörige an, das ist richtig.

Also etwas mehr als drei Viertel unserer Telefonnutzer oder auch der E-Mail-Nutzer sind persönlich betroffen und haben aus ihrer individuellen Situation heraus Fragen.

Und da dreht es sich schon natürlich auch häufig um ein Thema wie das, mit dem wir jetzt ins Gespräch eingestiegen sind.

Wie kommt es, dass man Krebs bekommt?

Dahinter steckt auch dann die Frage, warum gerade ich oder warum gerade mein Angehöriger?

Was haben wir falsch gemacht?

Haben wir was falsch gemacht?

Das ist, glaube ich, etwas, eine Frage, die sich sehr viele Krebspatienten und sehr viele Angehörige stellen und die man aber ja im Einzelfall in der Regel doch nicht befriedigend beantworten kann, weil es eben in den allermeisten Fällen eine zufällige Erkrankung ist.

Und dann fragen die aber auch sehr häufig nach, ja, was kann ich jetzt in meiner speziellen Situation tun?

Häufig, wenn dann die Diagnose da ist, ist ja auch schon ein Behandlungsvorschlag gemacht worden von behandelnden Ärzten.

Viele Anrufer wollen sich rückversichern, wollen nochmal hören, ist das wirklich so okay, was mir mein Arzt da vorgeschlagen hat?

Wenn wir jetzt beim Beispiel Brustkrebs sind, eine typische Frage wäre, ja, bei mir ist Brustkrebs festgestellt worden und der Arzt hat jetzt gesagt, ich soll erst eine Chemotherapie machen und dann die Operation.

Ist das überhaupt vernünftig?

Weil wäre es nicht besser, den Tumor aus der Brust rauszunehmen und dann eine Chemotherapie zu machen als andersrum?

Und dann müssen wir nochmal ein bisschen nachhaken, müssen nochmal genauer nachfragen, was ist über diesen Tumor bekannt?

Gibt es da Informationen zur feingeweblichen Untersuchung oder zur Ausdehnung des Tumors aus den Untersuchungen?

Achso, was ist in diesem speziellen Fall über diesen Tumor bekannt?

Ich dachte, es gäbe so Klassen von Tumoren, die immer gleich sind in jedem Menschen oder so.

Sagen wir mal so, es gibt natürlich schon bestimmte Gruppen von Tumoren, die man anhand ihrer feingeweblichen Merkmale oder anhand des Tumorstadiums der Ausdehnung des Tumors unterscheidet.

Das ist auch ganz wichtig für die Tumorthherapie, weil davon abhängig ist, welches individuelle Therapieschema genommen wird.

Und das basiert auf den Daten, die in wissenschaftlichen Studien gewonnen worden sind und die man dann beispielsweise, wenn genügend Daten vorhanden sind, auch in sogenannte medizinische Leitlinien gießt, die praktisch für bestimmte Subgruppen von Brustkrebs dann eine ganz konkrete Empfehlung aussprechen, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie man den behandeln sollte, damit die Überlebenschancen möglichst hoch sind.

Wie alt sind die Menschen, die hier anrufen?

Sind das eher ältere oder eher jüngere?

Sowohl als auch.

Wir wissen aus unseren statistischen Analysen, wir dokumentieren ja alle Anrufe anonym und können von daher Nutzerstatistiken machen, führen auch regelmäßige Nutzerbefragungen durch.

Wir wissen, dass die im Schnitt etwas jünger sind als der Bevölkerungsanteil, der an Krebs erkrankt, was vielleicht einfach damit zu tun hat, dass ältere Leute vielleicht eher dann ihr Schicksal akzeptieren.

Aber man kann jetzt nicht konkret sagen, es sind nur junge oder nur alte Leute, die bei uns anrufen.

Also wir hatten schon alles.

Wir hatten schon Kinder, die hier angerufen hatten.

Wir hatten auch schon sehr, sehr alte Leute, die hier angerufen haben oder eine Mail geschrieben haben oder einen Brief.

Und dann kriegen die natürlich auch von uns eine Antwort.

Bieten Sie auch so etwas wie psychosoziale Betreuung an oder sind Sie tatsächlich ein reiner Datenschleuder?

Das kommt ein bisschen darauf an, was Sie unter psychosozialen Informationen oder psychosozialer Beratung verstehen.

Natürlich schwingt in jedem Gespräch, gerade am Telefon, auch die persönliche Betroffenheit mit einer Rolle.

Wir beobachten das häufig, dass die Einstiegsfrage, die uns gestellt wird von unseren Nutzern, nicht die ist, die ihnen tatsächlich auf dem Herzen liegt.

Und häufig ist eben einfach so eine medizinische Frage der Einstieg ins Gespräch.

Aber es kommt dann in dieser Situation am Telefon auch noch ganz viel Persönliches zur Sprache.

Persönliche Ängste, persönliche Sorgen.

Und dafür haben unsere Mitarbeiter natürlich auch ein offenes Ohr und reden auch darüber.

Und man kann mit ihnen auch darüber reden.

Was wir nicht machen, ist psychosoziale Beratung im engeren Sinne.

Wenn es beispielsweise darum geht, irgendeine Leistung XY im Zuge der Krebstherapie soll jetzt von der Krankenkasse übernommen werden, ist eigentlich nicht Gegenstand des regulären Leistungskatalogs der Krankenkasse.

Also in solchen Fällen können wir nicht beraten, weil das einfach dann noch juristische Expertise umfassen würde.

Wir haben Partnereinrichtungen, an die wir dann weiterverweisen, wenn beispielsweise solchen Fragen im Raum stehen oder wenn es Fragen gibt zu einer Verrentung, bevor das Rentenalter erreicht ist oder wenn es Fragen dazu gibt, wie jetzt eine häusliche Pflege organisiert werden kann.

Da können wir weiterhelfen, indem wir Adressen nennen, indem wir Ansprechpartner nennen, die einem dann mit der Frage weiterhelfen können.



Was sind denn so, gibt es die häufigen Fragen?

Also gibt es Fragen, die immer wieder gestellt werden?

Also letzten Endes ist jede Frage anders, aber es gibt natürlich schon Fragen, die häufig gestellt werden.

Also die gerade geschilderte Frage zur Brustkrebstherapie, die ist sicherlich häufig, kommt öfter vor.

Wenn man es so als Fragentyp kategorisieren würde, könnte man sagen, es sind Menschen, die sich gerade in der Erstdiagnosesituation befinden, die also gerade erfahren haben, dass sie Krebs haben oder ein Angehöriger Krebs hat, die jetzt davor stehen, dass sie von jetzt auf gleich eine Therapie machen sollen, die ihnen erstmal Angst macht.

Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie stehen im Raum.

Das ist ja auch immer sehr, es ist halt auch sehr stark angstbesetzt, weil alles was man so kennt, Chemotherapie, da fallen dir die Haare aus und weißt ja.

Ja und dann ist es eigentlich erstmal den Menschen wichtig zu erfahren, das was man mir da vorschlägt, muss ich das wirklich machen oder es gibt auch häufig Situationen in der Krebsmedizin, wo man eben nicht ganz eindeutig eine Antwort geben kann.

Muss man jetzt hier eine Chemotherapie machen, ja oder nein?

Und dann wenden sich die Leute an uns und sagen, mein Arzt hat mir gesagt, ich soll vielleicht eine Chemotherapie machen, um meine Überlebenschancen zu verbessern.

Ich habe aber so Angst davor, was könnte man denn machen und wie könnte man das entscheiden?

Können Sie das pauschal beantworten?

Ne, pauschal kann man das nicht beantworten.

Da muss man natürlich in jede einzelne Krankengeschichte reingucken und von dem Anrufer erfragen, was genau vorliegt und dann gehen unsere Mitarbeiter hin und gucken in unserer Datenbank nach, ob sie dazu Informationen haben, was jetzt den Nutzen einer Chemotherapie angeht in dieser speziellen Situation.

Beispielsweise, ob es wissenschaftliche Daten dazu gibt, wie viel mehr Menschen mit der Chemotherapie überleben als ohne.

Ich glaube, das ist schon mal eine wichtige Information, die man hat.

Und sie reden natürlich mit den Menschen und klären sie darüber auf, mit was für Nebenwirkungen sie zu rechnen haben.

Haarausfall haben sie schon genannt, Übelkeit abweichen.

Das ist auch tatsächlich noch so, ja?

Ne, nicht unbedingt.

Bei meiner Mutter sind die Haare nämlich nicht ausgefallen, jedenfalls nicht so großartig.

Dafür hat die Wochen lang, ne Monate lang nichts mehr geschmeckt.

Also es ist nicht so, dass eine Chemotherapie automatisch Haarausfall bedeutet.

Also zum einen reagieren Menschen sehr unterschiedlich auf die Chemotherapie.

Zum anderen gibt es aber auch Chemotherapien, die man in bestimmten

Situationen eher niedrig dosiert einsetzt, weil man jetzt beispielsweise in einer fortgeschrittenen Krebserkrankung das Tumorwachstum aufhalten will, aber die Lebensqualität dabei noch gut halten will.

Da setzt man unter Umständen andere Therapeutika ein oder eine niedrige Dosierung ein, sodass der Haarausfall gar nicht mehr relevant wird.

Wie genau geht eine Chemotherapie eigentlich?

Chemotherapie, das sind Medikamente, die eigentlich klassischerweise alle ein ähnliches Ziel haben, nämlich das Ziel, das Wachstum der Tumorzellen aufzuhalten.

Und um das zu tun, greifen sie an unterschiedlichen Stellen an und das hat natürlich zur Folge, wenn man das Zellwachstum bremst, egal auf welchem Wege man das macht oder mit welchem Mechanismus man das macht, dass man auch andere schnell wachsende Zellen im Körper damit schädigt.

Es gibt also schnell wachsende und langsam wachsende Zellen im Körper?

Ja, oder es gibt auch im Körper ruhende Zellen, die sich um die Chemotherapie erstmal nichts ausmacht.

Ich nehme also ein Medikament, das das schnelle Wachstum von Zellen behindert oder verhindert, wirke also nicht nur auf den Tumor, sondern systemweit?

Richtig.

Also ich schieße mit Schrot auf meinen Körper?

Richtig.

Also es gibt natürlich seltene Varianten lokaler Chemotherapien, aber reden wir

erstmal über die Chemotherapie, die systemisch wirkt, die man also als Tablette oder als Infusion oder als Spritze bekommt und die erstmal im gesamten Körper wirkt.

Ziel ist es bei einer Chemotherapie natürlich zum einen einen Tumor zu verkleinern oder auch im Rahmen einer Krebsbehandlung, wenn man die Zielsetzung hat, den Tumor zu heilen, kleine zirkulierende Tumorzellen oder Mikrometastasen, von denen man jetzt primär nichts weiß, die sozusagen zu verkleinern, zu reduzieren und dafür zu sorgen, dass dort kein Potenzial mehr ist, um einen Rückfall zu machen.

Wirkt eine Chemotherapie nur bei schnell wachsenden Zellen?

Sie wirkt vor allen Dingen bei schnell wachsenden Zellen.

Es gibt in der Tat ruhende Tumorzellen, die ein großes Problem sind, weil aus ihnen natürlich auch ein Rückfall entstehen kann.

Entscheidend ist aber, dass jede Chemotherapie eigentlich eine Kombinationstherapie ist, mit wenigen Ausnahmen.

Das heißt, man kombiniert Medikamente, die unterschiedliche Wirkmechanismen haben, die aber alle an irgendwelchen Stellen auf diese Wachstumsregulation der Zellen abzielen.

Und Ziel ist es, die Zellen möglichst umfassend am Wachstum zu hindern und auf die Art und Weise zurückzudrängen.

Wie funktioniert es dann, dass meine normalen Zellen wieder weiter wachsen und die Tumorzellen nicht, wenn ich die Chemotherapie beendet habe?

Also letzten Endes ist das eine Frage der Dosierung der Chemotherapie.

Das ist in Studien so sorgfältig austariert worden, dass gerade wenn man mit

heilender Absicht eine Chemotherapie macht, dass möglichst die Tumorzellen alle so weit geschädigt sind, dass sie nicht wieder neu hervorkommen können.

Dass aber die gesunden Zellen des Körpers noch so weit intakt sind, dass sie sich quasi wieder erholen können, dass sich das gesunde Gewebe daraus wieder regenerieren kann.

Und die drei Systeme, die eigentlich am meisten betroffen sind, sind natürlich die Haarwurzeln.

Da ist es so, dass die Haare ausgehen.

Achso, weil Haare einfach sehr schnell wachsen.

Ja.

Ah, ok.

Und dann, wenn die Chemotherapie abgesetzt wird, kann sich aus den Haarfollikeln, aus den restlichen Zellen, die dort sind, quasi das Haarwachstum wieder herstellen.

Dann wird sehr häufig das Knochenmark geschädigt.

Dort werden unsere Blutzellen gebildet, also die roten und die weißen Blutkörperchen und auch die Blutplättchen.

Und häufig ist es so im Laufe einer Chemotherapie, dass diese Zellen einfach geschädigt sind, dass man gucken muss, dass der Mensch nicht Symptome einer Blutarmut bekommt, weil zu wenig rote Blutkörperchen da sind oder dass er nicht Infektionen bekommt, weil die weißen Blutkörperchen zu niedrig sind oder dass er ja Blutungen bekommt, weil die Blutplättchen, die für die Blutstillung und dann auch für die Blutgerinnung verantwortlich sind, weil die zu niedrig sind.

Aber auch da ist es so, das bildet sich im Regelfall nach Absetzen der Chemotherapie wieder zurück, weil im Knochenmark noch genügend gesunde Zellen vorhanden sind, aus denen sich dann die Blutbildung wieder neu herstellen kann.

Und der dritte Kollateralschaden?

Der dritte Kollateralschaden, das sind die Magendarmsymptome.

Also viele Krebspatienten klagen unter der Chemotherapie über Übelkeit, Erbrechen.

Es gibt auch Schleimhautentzündungen im Mund und im Darm, die einem sehr zu schaffen machen können, auch wenn es mittlerweile Möglichkeiten gibt, da vorbeugend vorzugehen und dafür zu sorgen, dass die Beschwerden nicht so arg sind.

Auch da muss man einfach gucken im Laufe der Chemotherapie oder nach Absetzen der Chemotherapie, dass sich die Schleimhäute wieder herstellen und man dann diese Beschwerden nicht mehr hat und die sich zurückbilden.

Wie lange dauert so eine Chemotherapie?

Die dauert im Regelfall so mehrere Wochen bis Monate.

Und währenddessen ist man aber auch ans Bett gefesselt oder kann man da arbeiten gehen?

Also vielleicht nochmal, man darf das nicht ganz pauschal jetzt beantworten, weil es einen Unterschied macht, ob man eine Krebserkrankung hat, wo eine Chemotherapie eingesetzt wird zur Heilung, wo man einfach dann, weil das ein hehres Ziel ist, mit einer höheren Dosierung rangeht und eine Chemotherapie bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, wo es jetzt darum geht, die Erkrankung aufzuhalten.

Da ist es auch so, dass man die so lange einsetzt, solange sie wirkt und absetzt, wenn der Tumor voranschreitet und man sieht, sie wirkt nicht mehr, weil dann soll der Patient ja nicht die Nebenwirkungen auch noch aushalten müssen.

Warum wirkt die auf einmal nicht mehr?

Es kann sein, bei einer fortgeschrittenen Chemotherapie, dass Tumorzellen Resistenzen bilden gegen die Chemotherapie, gegen die Wirkmechanismen, die da vor sind, dass sich einfach noch weitere Mutationen bilden oder dass sie biochemische Mechanismen hoch regulieren, die dafür sorgen, dass die Chemotherapeutika unschädlich gemacht werden.

Und was macht man dann?

Sterben.

Dann stirbt man bzw. dann kommt auch die Situation, wo man mit palliativmedizinischen Maßnahmen Symptome behandelt.

Das heißt, man guckt gerade bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, dass man alles tut, um die Lebensqualität des Betroffenen gut zu halten.

Und das kann man tun, indem man einfach belastende Symptome lindert, medikamentös oder durch andere Maßnahmen.

Schmerzstillungen und solche Sachen.

Sie sagten, man könnte das Therapieziel Heilung haben.

Woher weiß ich denn, dass ich geheilt bin, wenn ich gleichzeitig davon ausgehen muss, dass es auch ruhende Tumorzellen oder Krebszellen in meinem Körper gibt?

Also wenn man eine Krebserkrankung hat, gibt es zuerst mal eine Behandlungsphase, die sich über mehrere Monate in der Regel hinweg streckt und dann macht man eine Reha.

Das heißt, man guckt, dass man dann mit entsprechenden physiotherapeutischen Maßnahmen, mit Ernährungsberatung, mit psycho-onkologischer Beratung wieder so weit aufgebaut wird, dass man am normalen Alltagsleben wieder teilhaben kann.

Und dann folgt die Phase der Nachbeobachtung, der Nachsorge.

Und Krebspatienten müssen in den ersten Jahren nach der Krebserkrankung regelmäßig zum Arzt, um sich untersuchen zu lassen.

Und wir sagen so als Faustregel, wenn fünf Jahre lang kein Rückfall aufgetreten ist, wenn also fünf Jahre lang Ruhe war, dann geht man in einem sehr hohen Prozentsatz davon aus, dass eine Heilung auch stattgefunden hat.

Das heißt, dass also dieser Ursprungstumor mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr wiederkommt.

Das ist so einschränkend, weil es natürlich immer wieder auch Fälle gibt, gerade bei Brustkrebs oder auch bei Darmkrebs, wo dann doch nach zehn Jahren auch mal was wiederkommen kann.

Aber die allergrößte Mehrzahl der Patienten kann sich nach fünf Jahren auch als geheilt betrachten.

Es ist also nicht irgendwie ein Knochenbruch oder so, wo man sagt, okay, er hält wieder, sondern es ist eigentlich in der Krebstherapie Heilung ein statistischer Zustand.

Richtig.



Sie sagten gerade das Wort Psycho-Onkologie.

Was ist das denn?

Eine Krebserkrankung ist natürlich eine Erkrankung, die den Betroffenen sehr, sehr belastet.

Und viele Menschen haben psychische Probleme, fühlen sich sehr verzweifelt durch die Diagnose, haben große Angst vor der Zukunft.

Und in manchen Fällen kann das so schwerwiegend werden, dass sie sich in psycho-onkologische Behandlung begeben sollten, einfach damit sie vielleicht auch aus einer Angstspirale herauskommen, die es macht, dass es ihnen schlechter geht als unbedingt notwendig.

Und dafür gibt es Spezialisten, die eine psychotherapeutische Ausbildung haben, die sie dann noch speziell für Krebspatienten weiterentwickelt haben.

Was ist denn die Besonderheit in der psychotherapeutischen Betreuung von Krebspatienten?

Ich denke, was bei Krebspatienten vielleicht noch anders ist als bei anderen Angstpatienten, ist, dass sie vor einer relativ realen Bedrohung Angst haben.

Es ist vielleicht auch nochmal etwas Besonderes, dass das eine Bedrohung ist, die aus dem eigenen Körper herauskommt.

Also nicht etwas, was von außen einen konfrontiert, sondern etwas, was sich im Inneren von einem selbst entwickelt hat.

Und dann ist es natürlich auch so, dass es Krebspatienten gibt, die eben an ihrer Erkrankung nicht nur erkranken, sondern auch irgendwann mal sterben.

Und um diese speziellen Situationen, diese sehr speziellen Lebenssituationen

adäquat betreuen zu können, ist es sicherlich sinnvoll, da eine entsprechende Weiterbildung zu machen.

Wie viele sterben überhaupt am Krebs?

Also ganz pauschal gesagt, wenn in Deutschland pro Jahr 500.000 Menschen an Krebs erkranken, weiß man, dass von denen in den nächsten Jahren etwa die Hälfte sterben wird.

Die andere Hälfte wird geheilt, also sprich lebt länger als fünf Jahre.

Wie groß die Heilungschancen sind, ist aber sehr, sehr unterschiedlich je nach Krebsart.

Ob es jetzt Brustkrebs oder Bauchspeicheldrüse beispielsweise.

Ja, genau.

Also es gibt Tumorarten, wo die Überlebenschancen mittlerweile sehr gut sind.

Hodenkrebs gehört dazu.

Auch Brustkrebs und Prostatakrebs sind sicherlich mit unter den Krebsarten, wo die Heilungschancen relativ gut sind.

Und es gibt andere Krebsarten, Sie haben gerade schon den Bauchspeicheldrüsenkrebs genannt, aber auch Lungenkrebs oder Krebs der Leber oder der Gallengänge, da sind die Heilungschancen nicht so gut.

Warum?

Also warum können wir Brustkrebs so gut heilen und Bauchspeicheldrüse nicht?

Ich denke, das hat verschiedene Gründe.

Also zum einen haben wir für Brustkrebs eine Möglichkeit der Krebsfrüherkennung, die ja auch im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen angeboten wird.

Das gibt es beispielsweise für Bauchspeicheldrüsenkrebs nicht.

Es gibt keine Möglichkeit der Früherkennung oder es wird nicht angeboten im Leistungskatalog?

Es gibt keine Möglichkeit der Früherkennung.

Das heißt, ich merke, dass ich Bauchspeicheldrüsenkrebs habe, wenn es schon zu spät ist?

Ja, in vielen Fällen ja.

Und dann ist es, also es ist einmal eine Frage der frühen Erkennung des Tumors.

Bauchspeicheldrüsenkrebs macht erst sehr spät durch Symptome auf sich aufmerksam, beziehungsweise die Symptome sind so unspezifisch, dass man einfach nicht aufmerksam wird und zum Arzt geht.

Und es gibt einfach keine sinnvolle Methode der Krebsfrüherkennung.

Die Bauchspeicheldrüse liegt ja hinten am Rücken vor der Wirbelsäule, also sehr weit hinten im Bauchraum.

Und man kann sie mit Ultraschall oder ähnlichen Maßnahmen nur sehr schlecht beurteilen.

Also das ist einfach keine Option, um einen solchen Tumor frühzeitig zu erkennen.

Das heißt, ich müsste mich regelmäßig in den MRT schieben lassen, um da überhaupt was sehen zu können?

Vermutlich ja.

Aber wenn Sie das tun, würden Sie wahrscheinlich im MRT auch noch jede Menge Dinge sehen, die an sich harmlos sind, die zwar auffällig sind, wo man aber nur anhand des MRT-Bildes nicht richtig weiß, wie soll man das bewerten?

Das würde mich dann wiederum in Panik versetzen.

Das würde sie in Panik versetzen zum einen.

Und das ist natürlich die Frage, wie geht man mit einem solchen unklaren Befund um?

Macht man dann weitere Diagnostik, unter Umständen auch invasiv, also sprich mit der Entnahme von Biopsien oder mit Operationen, um zu gucken, ist da irgendwas?

Und das alles steht im Moment noch in einem schlechten Nutzen-Schaden-Verhältnis.

Weil man möchte sich ja nicht unnötig biopsieren oder operieren lassen, wenn eigentlich die Wahrscheinlichkeit doch relativ hoch ist, dass es nichts ist, dass es was harmloses ist.

Gibt es eigentlich Möglichkeiten, mich selbst zu diagnostizieren?

Also eine Influenza erkenne ich, dann geht es mir mittags noch gut und am Nachmittag falle ich um und habe 39 Fieber.

Woran erkenne ich, dass ich Krebs habe?

Das kann man auch so pauschal nicht beantworten.

Es ist natürlich sehr abhängig von der Tumorart, mit welchen Symptomen, die sich bemerkbar machen könnte.

Klar, wenn es irgendwo dick wird, dann ist es recht eindeutig.

Wenn man als Frau einen Knoten in der Brust tastet, dann ist man natürlich sofort alarmiert und geht zum Arzt.

Bei Lungentumoren ist es vielleicht ein Schmerz, den man spürt oder ein starker Husten, der nicht besser wird.

Bei Darmtumoren ist es vielleicht ein unbestimmtes Gefühl im Bauch, ein Schmerz im Bauch, eine plötzliche Änderung der Stuhlgangsgewohnheiten und so ähnlich.

Wie lange dürfen solche Schmerzen anhalten?

Also weil ich habe das ständig.

Seit ich 40 geworden bin, wache ich jeden Morgen auf und mir tut irgendwas weh.

Wie lange darf mir irgendwas wehtun, bis ich nervös werden sollte?

Also vielleicht kann man so als Faustregel sagen, alles was nicht innerhalb von zwei bis vier Wochen von alleine besser wird, sollte einen mal dazu veranlassen, mit dem Arzt zu sprechen.

Sie sagten, die Leute, die anrufen, haben Angst.

Die habe ich im Prinzip auch.

Das ist so ein diffuses Ding, Krebs.

Haben wir diese Angst zurecht?

Also ich denke schon, dass wir die Angst vor Krebs zurecht haben, weil es ist immer noch eine schreckliche Erkrankung, eine, die man häufig, aber nicht immer behandeln kann.

Und wir sollten alles tun, um uns selbst und unsere Familienangehörigen vor Krebs zu schützen.

Aber können wir das überhaupt?

Das können wir.

Okay, nicht rauchen.

Das können wir.

Es gibt wirklich ein paar simple Verhaltensmaßnahmen, die man beachten kann.

Nicht rauchen ist das erste.

Das zweite ist der Schutz vor UV.

Also Solarien und Sonnenbänke sollte man meiden.

Man sollte auch nicht zu viel Sonnen baden.

Also es ist sicherlich nicht gut, sich im Hochsommer stundenlang in die Sonne zu legen, im Urlaub am Strand oder auch zu Hause im Garten.

Ohne Sonnenschutz und ohne sonstige Schutzmaßnahmen.

Wir können uns auch vor Krebs schützen, indem wir auf unsere Ernährung achten.

Es ist wichtig, dass wir uns gesund ernähren, dass wir darauf achten, kein Übergewicht zu haben, dass wir Sport betreiben.

All das sind Dinge, wo in Studien gezeigt worden ist, dass sie einen Einfluss haben auf das Krebsrisiko.

Nicht für alle, sondern für manche Krebsarten.

Aber gerade die häufigen Brust- und Darmkrebs lassen sich durch einen "gesunden" Lebenswandel mit einer ausgewogenen Ernährung und viel Sport und Bewegung reduzieren vom Risiko her.

Wir sollten darauf achten, dass wir möglichst wenig oder keinen Alkohol trinken.

Auch Alkoholgenuss erhöht das Krebsrisiko.

Also für Männer wird das nicht ganz so streng gesehen wie für Frauen.

Aber schon das Viertelwein kann das Krebsrisiko erhöhen, was man am Abend so mal trinkt.

Dann kann man sich vor bestimmten Krebsarten schützen, indem man sich impfen lässt.

Es gibt für Mädchen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen die HPV-Impfung, also die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs.

Experten diskutieren, ob sie nicht auch Sinn macht für Jungs.

Aber ich habe keinen Gebärmutterhals, glaube ich jedenfalls.

Aber wenn sie geimpft wären, dann können sie das Virus nicht an ihre Partnerin übertragen.

Und es ist ein Zusammenhang zwischen Kopf-Hals-Tumoren und Human-Papillom-Viren nachgewiesen worden.

Also da scheint es auch das Risiko zu erhöhen, wenn man mit denen infiziert ist.

Also das wäre eine Impfung und die zweite Impfung gegen Hepatitis B.

Hepatitis B ist ein Krebs?

Ne, Hepatitis B ist eine Leberentzündung und die Leberentzündung kann chronisch werden.

Und wenn sie chronisch wird, kann sie zu Krebs führen.

Sie kann chronisch werden, sie muss das nicht.

Aber wenn man sich davor schützen möchte, kann man sich impfen lassen.

Das ist mittlerweile auch eine der Standardimpfungen, die im Kindesalter angeboten werden.

Aber wir Älteren, wir haben das zum Teil noch nicht standardmäßig bekommen.

Ich dachte immer beim Impfen geht es ja darum, das Immunsystem dazu zu bringen, irgendwelche Eindringlinge abzuwehren, weil es die schon kennt.

Genau.

Warum kann ich das eigentlich nicht mit jedem Krebs machen?

Weil nicht jeder Krebs auf der Basis einer Virusinfektion entsteht.



Das ist gut gesichert.

Ach, das heißt die entstehen auch auf Basis einer?

Also eine gesunde Leber, die bekommt selten einen Leberkrebs.

Sie bekommt vielleicht schon mal Lebermetastasen, aber wenn...

Jetzt gucken Sie mich so fragend an.

Ja, ja, nein, reden Sie bitte weiter.

Ich hätte jetzt gefragt, was ist denn bitte der Unterschied zwischen einem Leberkrebs und Lebermetastasen?

Ja, dann erkläre ich das gerade.

Lebermetastasen entstehen von einem Tumor, der in einem anderen Organ sitzt, beispielsweise im Darm oder auch in der Brust.

Die Leber ist ein Organ, was Tumorzellen häufig gut finden.

Deswegen metastasieren Tumoren häufig in die Leber hinein.

Sie gehen auch gerne in den Knochen.

Und das ist dann im Prinzip, wenn man Lebermetastasen hat, eine fortgeschrittene Krebserkrankung, die man auch ein Stück weit in Abhängigkeit vom Ursprungstumor behandeln muss.

Es kann also sein, dass man in meiner Leber Metastasen findet, ohne dass man weiß, wo eigentlich der Tumor ist und aufgrund der Lebermetastasen erstmal nachguckt, wo der Tumor sein könnte?

Den Fall gibt es auch.

Das ist sehr selten.

Aber das gibt es auch und es passiert auch schon mal, dass man dann sucht und sucht und keinen Ursprungstumor findet.

Das ist das sogenannte Kapp-Syndrom.

Achso, dann hat man Lebermetastasen und man hat nur Lebermetastasen?

Man hat nur Lebermetastasen oder vielleicht auch Metastasen im anderen Organ, aber den Ursprungstumor findet man nicht.

Weil er nicht da ist oder weil er so gut versteckt ist?

Entweder weil er so gut versteckt ist oder weil er nicht da ist.

Man hat solche Patienten, man sucht überall und es kann zum einen sein, dass der Tumor sich wirklich irgendwo verbirgt, an einer Stelle, wo man ihn nicht findet und so klein ist, dass man ihn nicht findet.

Es wird aber auch die Hypothese ausgesprochen, dass bei manchen Patienten dieser Ursprungstumor klein war, Metastasen gestreut hat und sich dann zurückgebildet hat oder vom Immunsystem so gut bekämpft worden ist, dass er quasi nicht mehr existiert.

Trotzdem sind die Metastasen da.

Sind die Metastasen dann auch noch gefährlich oder sitzen die einfach nur rum?

Die sind dann auch gefährlich.

Die haben natürlich die gleichen Eigenschaften wie der Ursprungstumor auch oder haben sich sogar noch weiterentwickelt und bilden dann eben Metastasen und können auch ihrerseits dann noch weitere Tochtergeschwülste in anderen Organen bilden.

Also das haben wir jetzt.

Wir haben zum einen die Lebermetastasen.

Wir haben bei irgendeinem bekannten Primärtumor, wir haben die Lebermetastasen beim Kapp-Syndrom, also wo man den Ursprungstumor nicht findet.

Und wir haben die primären Leberzellkarzinome.

Das sind Tumoren, die quasi von der Leber selber ausgehen.

Und wo nicht fremde Zellen von woanders eingewandert sind, sondern wo eine Leberzelle selber sich verändert hat und zur Krebszelle geworden ist.

Und diese primären Leberzellkarzinome, die entstehen in der Regel auf der Basis einer Lebererkrankung und dazu gehört, jetzt kommen wir wieder zurück zum Ausgangspunkt, die Hepatitis B zum Beispiel.

Und gegen die kann man impfen.

Dazu gehört auch die Hepatitis C.

Gegen die kann man leider nicht impfen.

Gegen die kann man sich aber anderweitig oder vor der kann man sich anderweitig in Acht nehmen.

Und dazu gehören natürlich auch alkoholbedingte Lebererkrankungen oder

stoffwechselbedingte Lebererkrankungen.

Hepatitis C, das ist das, was ich im Bordell kriege, oder?

Ja, im Bordell oder im Südostasienurlaub oder auch wenn Sie Drogen nehmen würden und Spritzen tauschen würden mit infizierten Drogenabhängigen.

Oder auch wenn Sie als Krankenpfleger, Krankenschwester, Arzt Patienten betreuen und sich an einer infizierten Kanüle stechen.

Ist das dann behandelbar hinterher oder hat man es dann?

Es ist behandelbar.

Es gibt, wenn eine Hepatitis B oder C chronisch wird, Therapieansätze, mit denen man versuchen kann, das Virus zu eliminieren durch Stimulation des Immunsystems.

Aber es gibt keine Garantie, dass man das heilen kann.

Das wirkt bei einem Teil der Menschen, bei einem Teil wirkt es halt wiederum nicht.

Wie viele Menschen erkranken an Krebs so im Jahr in Deutschland?

In Deutschland sind das geschätzt nach Zahlen des Robert-Koch-Instituts etwa 500.000 Männer und Frauen.

Das ist vergleichsweise wenig, oder?

Dafür, dass jeder Angst vor Krebs hat, erkranken doch relativ wenige, sodass man sich statistisch gesehen gar nicht so große Sorgen machen müsste, oder?

Ja, also das ist im Prinzip der Blick auf ein Jahr und die Aussage, jeder zweite

stirbt an Krebs.

Ne, Moment.

Jeder zweite Mann erkrankt an Krebs.

Jeder dritte Mann stirbt an Krebs.

Okay, das sind dann schon... Ja, jede zweite bis dritte Frau erkrankt an Krebs, also das sind so 43 Prozent.

Und jede vierte Frau stirbt an Krebs.

Das sind Zahlen, die beziehen sich auf das gesamte Leben.

Das heißt, es gibt eine 50-50-Chance, dass ich an Krebs erkrankte?

Ja.

Das ist jetzt nicht... also ich hatte eigentlich gedacht, ich fahre hier hin und unterhalte mich ein bisschen mit Ihnen und habe dann hinterher weniger Schiss.

Ja, was ich tun kann, haben wir eben schon erfahren.

Ich sollte weiter abspecken, ich sollte mit dem Rauchen gar nicht erst anfangen, ich sollte das trinken lassen.

Ja, das trinken lassen, haben wir noch was vergessen.

Und dann erkrankte ich trotzdem.

Und dann rufe ich hier an und frage, was ist passiert.

Ja.

Das ist, was Ihnen tagtäglich passiert wahrscheinlich.

Das ist das, was wir gefragt werden am Telefon.

Warum hat es mich jetzt dennoch erwischt?

Haben Sie einen Überblick darüber, wie viele Leute beispielsweise an Lungenkrebs erkranken, die gar nicht geraucht haben?

Und wahrscheinlich ist Lungenkrebs und Rauchen gerade das schlechteste Beispiel, weil ich glaube, fast alle Lungenkrebsfälle sind Tabakrauch induziert.

Außer bei Leuten, die an der Tankstelle arbeiten.

Also wenn Sie dazu genaue Zahlen haben möchten, müsste ich nochmal nachgucken, kann ich Ihnen aber liefern.

Es ändert nichts an der Tatsache, dass Rauchen wirklich die Sache ist, die sich, denke ich, am leichtesten vermeiden lässt.

Wie kommt das eigentlich, dass Rauchen, also ausgerechnet Rauchen, so aggressiv ist, also so krebsfördernd ist?

Ja, also im Tabakrauch sind einfach sehr, sehr viele Substanzen, die entweder selber Krebs auslösen können, also Mutationen auslösen können oder das Tumorstadium in sonst einer anderen Art und Weise fördern können.

Und dieses Gemisch an letzten Endes giftigen Substanzen inhaliert man mit jedem Lungenzug also ganz tief ein bis ins letzte Lungenbläschen und das ist einfach dann eine Frage der Statistik, dass sich dadurch das Risiko erhöht.

Wir waren bei den häufigen Fragen vorhin irgendwie abgeschweift.

Ja, wir sind dann auf das Thema Krebsprävention gekommen.

Dazu kriegen wir natürlich auch Fragen.

Also was man da machen kann, habe ich ganz kurz geschildert.

Und wir werden aber auch einiges gefragt, wo man sagen muss, da sind Ängste vielleicht in der Bevölkerung, die gar nicht sein müssten.

Das sind so diese Krebsmythen, gegen die wir kämpfen, weil wir sagen, also da werden Nebelkerzen gestreut oder gezündet und das, was die Leute wirklich vor Krebs schützen wird.

Ich überlege gerade.

Acrylamid.

Also irgendwann gab es mal so eine Phase, wo auf einmal alles Krebs gemacht hat, was man so zu sich nehmen konnte.

Ja, also wobei man sagen muss, Acrylamid ist kein richtiger Krebsmythos, weil da ist schon was dran.

Also man sollte dafür sorgen, dass Lebensmittel so zubereitet werden, dass möglichst wenig oder kein Acrylamid entsteht.

Aber dann schmecken die Fritten nicht mehr.

Also ich finde, sie schmecken auch, wenn man sie nicht zu kross brät.

Und auch die Kartoffelchips schmecken noch, wenn man sie nicht zu kross brät.

Ach, naja, wir müssen ja nicht über Geschmack streiten.

Was gibt's denn da für Mythen?

Also meine Freundin sagte, als sie hörte, dass ich hier hinfahre, sagt sie, frag doch mal.

Ich habe das irgendwo gelesen und kann mir das noch nicht mal ansatzweise vorstellen.

Zitronensaftgeruch soll das Tumorzellenwachstum behindern.

Das klingt für mich schon so absurd.

Das klingt eher nach einem Krebsmythos, ja.

Also das wäre ein Beispiel oder auch ein ganz beliebtes Beispiel sind die engen BHs, die das Risiko an Brustkrebs zu erkranken erhöhen sollen.

Was jetzt wissenschaftlich nicht belegt werden konnte.

Wie wird das begründet?

Weil das Gewebe gestaucht wird und sich dann verklumpt?

Ja, also diese mechanische Einwirkung, die soll, also das ist die Hypothese, aber wie gesagt, an der ist nichts dran.

Also es gibt keine Studien, die das belegen, dass das ein Risiko wäre.

Oder auch die Verletzung der Brust, ein Schlag gegen die Brust oder wenn die Brust gequetscht wird beim Autofahren, wenn man einen Unfall hatte, da gibt es keine Hinweise, dass das das Krebsrisiko erhöhen könnte.

Was gibt es noch für Krebsmythen?



Das finde ich spannend.

Ja, was gibt es noch für Krebsmythen?

Ein beliebter Krebsmythos sind Zucker und Süßstoffe, dass die Krebs erregen würden.

Und man muss sagen, Zucker ist eigentlich nur indirekt, wenn man nämlich so viel zu sich nimmt, dass man übergewichtig wird und eine Zuckerkrankheit entwickelt, dann ist Zucker sicherlich nicht gut und es erhöht das Krebsrisiko.

Aber wenn Sie ein gesunder, normgewichtiger Mensch sind, dann müssen Sie jetzt keine Angst haben, sich ein Zuckerwürfelchen in den Tee zu tun.

Das wird Ihr Krebsrisiko nicht erhöhen.

Und auch der Genuss von Süßstoff in den handelsüblichen Mengen erhöht nicht das Krebsrisiko.

Diabetes erhöht mein Krebsrisiko?

Ja.

Was es ja auch gibt, sind so Behandlungsmythen, also Therapiemythen.

Ich habe immer das Gefühl, die Welt ist voller Scharlatane, die erzählt, dass man mit bestimmten Pflanzen oder sonst irgendwie was Krebs heilen könnte.

Was ist da dran?

Gibt es da überhaupt irgendwas Wirksames?

Also der Mistelzweig ist es nicht.

Es gibt einige sehr etablierte Chemotherapeutika in der Krebsmedizin, die sich von pflanzlichen Stoffen ableiten.

Gut, das ist ja normal.

Das heißt aber noch lange nicht, dass ich deswegen beim Durchblättern gesund werde.

Was wir auch wissen, ist, dass bestimmte Inhaltsstoffe in Pflanzen, die sogenannten sekundären Pflanzeninhaltsstoffe, dass es da einiges gibt, was man in die Petrischale schmeißen kann, kippen kann, zu Krebszellen, die dort in der Kultur wachsen und wo man dann beobachten kann, dass das Wachstum der Krebszellen gebremst wird.

Das heißt aber nicht, dass das schon fertige Medikamente wären, die man jetzt nehmen könnte oder auch, dass es sinnvoll wäre, sich als Krebspatient nur noch von bestimmten Obst- oder Gemüsesorten zu ernähren.

Sondern entscheidend ist da, dass man sich ausgewogen ernährt, dass man also nicht zu viel vom einen und dafür gar nichts vom anderen nimmt, sondern möglichst breit eigentlich seine Ernährung plant und das isst, was einem gut tut und was einem gut schmeckt.

Würden Sie jemandem raten, einen anderen Heiler aufzusuchen als einen Onkologen, wenn man Krebs hat?

Also wir würden dazu nicht raten, weil alternative Methoden haben als gemeinsames verbindendes Merkmal, dass es keine wissenschaftlichen Evidenzen gibt, dass sie tatsächlich eine Wirkung haben.

Und es gibt in der Tat Charlatane, die zum einen Geld machen mit solchen komplementären Medikamenten, die sie anbieten und für teuer Geld an verzweifelte Menschen verkaufen.

Es gibt zum anderen aber auch solche alternativen Ansätzen, die tatsächlich schädlich sein können.

Entweder weil sie mit der Schulmedizin, mit den Chemotherapien oder mit der Strahlentherapie interagieren und deren Wirkung abschwächen oder weil sie per se selber das Potenzial haben, giftig zu sein, Schaden auszulösen.

Und was man auf gar keinen Fall machen sollte, ist, dass man jetzt sagt, oh, ich habe so viel Angst vor der schulmedizinischen Therapie, ich lasse die mal lieber sein und verlasse mich dafür eher auf die sanften, alternativen, pflanzlichen, naturheilkundlichen Verfahren.

Das sollte man nicht tun, weil bei diesen Dingen der Wirksamkeitsnachweis fehlt.

Und das, was man vielleicht erzählt bekommt oder im Internet liest, basiert lediglich vielleicht auf dem Erfahrungswissen Einzelner, die für sich zu der Meinung gekommen sind, ihnen hat das geholfen, aber es fehlt der wissenschaftliche Beleg dazu, wo man im Prinzip systematisch guckt, ist das jetzt ein Zufallseffekt gewesen oder ist es etwas, wo wir mit einer gewissen Allgemeingültigkeit auch sagen können, das trifft für so und so viel Prozent der Patienten zu, dass es ihnen hilft.

Anekdoten sind keine Daten.

Richtig.

Wenn hier Angehörige anrufen von Krebspatienten, was haben die für Fragen?

Wie können sie denen helfen?

Die Angehörigen, die haben ganz ähnliche Fragen wie die Krebspatienten.

Häufig sind die Krebspatienten ja, gerade wenn es eine Erstdiagnose ist oder auch dann wenn ein Rückfall nach einer erst einmal erfolgreichen Erstbehandlung

vorliegt, häufig sind die Krebspatienten ja außer sich und häufig übernehmen dann Angehörige auch sich zu erkundigen und nachzuforschen und zu schauen, was für Möglichkeiten gibt es, wohin kann man gehen, ist die Therapie so okay, was kann man noch machen.

Also die Fragen sind letzten Endes ganz ähnlich.

Bei den Angehörigen ist auch noch vor Interesse, wenn eine Krebserkrankung in der Familie vorliegt, wie kann ich mich schützen, gibt es vielleicht ein familiäres Risiko für Krebs, muss ich jetzt irgendwas für mich selber oder für meine Kinder beachten.

Angehörige haben auch dann in dem Zusammenhang Fragen nach Krebsfrüherkennung oder sie haben konkrete Fragen zur Versorgung ihres betroffenen Familienmitglieds.

Also beispielsweise ist die Situation häufig die, dass mittlerweile durch die Fallpauschalen die Liegedauern in den Krankenhäusern relativ kurz sind und dass Menschen entlassen werden, die auch noch nicht völlig fit sind.

Und Angehörige machen sich dann zurecht Gedanken, wie soll das jetzt mit unserer Mutter oder unserem Vater weitergehen, wenn die dann zu Hause sind, wie können wir da die Versorgung und die Pflege sicherstellen.

Menschen werden aus Krankenhäusern entlassen, die noch nicht wirklich gesund sind?

Es ist ja so, dass bei einer Krebserkrankung häufig sich noch eine Chemotherapie anschließt, beispielsweise eine Operation gemacht worden ist und diese Chemotherapien werden immer häufiger ambulant gemacht.

Weil man muss, also es gibt eigentlich keinen konkreten Grund, außer jetzt mal der Versorgung eines Patienten, warum er im Krankenhaus liegen müsste und dann muss in der Tat zu Hause sichergestellt sein, dass der Mensch, wenn er

selber krank ist und nicht rausgehen kann und einkaufen kann, dass der dann versorgt ist.

Oder bei älteren Menschen kommen auch noch pflegerische Aspekte hinzu und da haben wir ja in Deutschland seit einigen Jahren die Pflegeversicherung, die in solchen Fällen, wo also über einen längeren Zeitraum Pflegebedürftigkeit vorliegt, auch eine häusliche Pflege sicherstellen kann.

Und wir haben jetzt für diese Akutsituation, dass Menschen entlassen werden aus der Klinik und noch pflegebedürftig sind, auch die Möglichkeit in vielen Fällen der Brückenpflege, dass also vorübergehend das abgedeckt wird.

Wie viele Menschen rufen hier an täglich, wöchentlich, jährlich?

Also jährlich rufen hier etwa 26.000 Menschen an im letzten Jahr.

Hui, das sind pro Tag ein gutes Dutzend.

Ne, mehr.

120. 120, also ja.

Entschuldigung.

Wie viele Mitarbeiter haben Sie denn?

Der KIT insgesamt, der Krebsinformationsdienst, hat knapp 70 Mitarbeiter.

Und im Telefondienst, wo praktisch rund um die Woche, also auch Samstag und Sonntag von morgens 8 bis abends 8 das Telefon offen ist, haben wir insgesamt 28 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich im Schichtdienst quasi diese Zeiten aufteilen.

Ist das auch der größte Informationsblock oder der größte Batzen, den Sie zu

erledigen haben, dieser Telefondienst von Leuten, die spontan anrufen?

Also was die individuellen Anfragen angeht, ja.

Da ist es so, dass das meiste per Telefon geht.

E-Mail ist dem gegenüber relativ klein, ist deutlich weniger.

Aber waren im letzten Jahr auch so knapp 7.000.

Was machen Sie denn noch, außer dass ich Sie anrufen kann und fragen kann?

Wir haben noch unsere Internetseiten.

Die Internetseiten sind auch relativ gut genutzt.

Wir haben jetzt in den letzten Monaten immer so um die 500.000 individuelle Benutzer pro Monat gehabt, die auf unsere Seiten geguckt haben und sich dort Informationen gesucht haben.

Und wir haben außerdem auch noch persönliche Sprechstunden hier in Heidelberg und in Dresden, wo wir eine Außenstelle haben, unseres Telefondienstes.

Dort kann man auch, wenn man möchte und sagt, das Telefon ist mir zu anonym oder die E-Mail ist mir zu anonym, ich möchte mit einem Menschen reden.

Dort kann man auch nach Terminvereinbarung persönlich hinkommen und Fragen stellen und sich beraten lassen.

Wer bezahlt Sie eigentlich?

Wir sind ja als Krebsinformationsdienst Teil des Deutschen Krebsforschungszentrums und ebenso wie das Deutsche

Krebsforschungszentrum werden wir zum größten Teil vom Bund bezahlt, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF, 90 Prozent.

Und zu 10 Prozent vom Sitzland, also vom Ministerium für Wissenschaft hier im Land Baden-Württemberg.

Daneben haben wir noch Spendeneinnahmen, das ist nicht sehr viel, das sind so ein paar tausend Euro jedes Jahr.

Und wir haben auch Projektmittel vom Bundesministerium für Gesundheit, wenn wir irgendwelche Projekte machen.

Reicht das denn eigentlich?

Also wenn übers Leben gesehen jeder zweite Mann an Krebserkrankungen, jede zweieinhalbte Frau, haben Sie da genug Personal und genug Mittel?

Sagen wir es so, das ist immer ausbaufähig.

Ja gut, das ist klar.

Im Moment kommen wir zurecht.

Betreuen Sie Ihre Kunden, nennen Sie die Kunden eigentlich?

Wir nennen sie unsere Nutzer oder die Ratsuchenden.

Betreuen Sie auch über einen längeren Zeitraum, also dass Sie immer mal wieder mit demselben Ansprechpartner reden können und sowas?

Oder ist das tatsächlich so, dass ich per Zufallsprinzip an irgendeinen Platz geschaltet werde und der hilft mir dann weiter?

Also es ist schon ein Dienst, der auf einmal Kontakt ausgelegt ist, sodass Sie

jetzt nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt anrufen.

Sie gelangen immer an denselben Menschen.

Wir wissen, dass wir mehrfach Nutzer haben, einfach weil die das sagen am Telefon und sagen, sie haben schon mal angerufen und jetzt haben sie weitere Fragen.

Aber es ist nicht so, dass wir es jetzt wirklich darauf abzielen würden, Patienten hier kontinuierlich zu betreuen.

Dafür ist der Dienst nicht ausgelegt.

Das würde auch letzten Endes unserem Prinzip widersprechen, dass man sich niederschwellig auch anonym an uns wenden kann.

Also wir dokumentieren alle individuellen Anfragen, die wir bekommen.

Wir schreiben uns ein bisschen was auf zu den Inhalten, die im Gespräch angesprochen worden sind.

Wir erfassen Daten zur Krebserkrankung, also welche Krebsart es ist, wie weit fortgeschritten die ist.

Wir erfassen Daten zum Nutzertyp, ob es ein Patient ist oder ein Angehöriger.

Wir fragen nach, ist es jemand aus Baden-Württemberg oder kommt der von anderswo, wie alt ist der Betreffende?

Aber wir haben keine Möglichkeit, eine E-Mail oder ein Telefonat mit einer früheren E-Mail oder einem früheren Telefonat in Verbindung zu bringen.

Sie sagten vorhin, dass auch viele Fragen zur Früherkennung kommen.



Was ist da überhaupt sinnvoll?

Also ich bin 46 Jahre alt, sollte ich mich um Krebsfrüherkennung kümmern oder ist es noch egal?

Nein, Sie sollten sich schon um Krebsfrüherkennung kümmern.

Also als Mann in dem Alter haben Sie auf jeden Fall Anspruch auf die Hautkrebserkennungsuntersuchung alle zwei Jahre und es wird für Sie dann auch demnächst relevant die Darmkrebserkennung.

Das ist die Darmspiegelung, die viel gelobte.

Ja, zunächst ab 50 können Sie einmal im Jahr diese Stuhlbriefchen machen.

Stuhlbriefchen?

Stuhlbriefchen.

Das höre ich gerade zum ersten Mal.

Das klingt jetzt so, dann sagen Sie es, was es ist.

Also Stuhlbriefchen, dabei handelt es sich um Folgendes, Sie kriegen von Ihrem Arzt drei Briefchen, drei Umschläge und Sie kriegen außerdem dazu so kleine Pappspatel und mit diesen Pappspateln müssen Sie Stuhlproben entnehmen an drei verschiedenen Tagen hintereinander und auf spezielle Fenster in diesen Briefchen streichen, dann klappen Sie die zu und bringen dann Ihre drei Briefchen zum Arzt und der Arzt guckt, ob da verborgenes Blut im Stuhl ist.

Was Hinweis darauf sein kann, dass entweder Darmkrebsvorstufen oder schon ein manifester Darmkrebs vorliegen.

Und wenn das der Fall ist, wäre quasi der nächste Schritt, dass man da mit einer

Darmspiegelung nachguckt.

Ab 55 können Sie auch eine Darmspiegelung dann in Anspruch nehmen, wenn der Stuhltest unauffällig ist oder wenn Sie sich sonst gesund und fit und munter fühlen.

Wenn bei der Darmspiegelung mit 55 nichts auffälliges war, haben Sie zehn Jahre Ruhe.

Das ist so.

Das ist auch so ein statistischer Wert jetzt.

Okay, verstehe.

Genau.

Das ist so, weil man weiß, dass Darmkrebs sich in fast allen Fällen aus Krebsvorstufen entwickelt über viele Jahre hinweg.

Und wenn man sieht, mit 55 haben Sie keine, dann ist nicht so wahrscheinlich, dass Sie in dem Intervall, in diesen zehn Jahren bis zur nächsten Darmspiegelung dann plötzlich einen Krebs entwickeln.

Garantie dafür gibt es natürlich nicht.

Also wenn ich bis 55 nicht gekriegt habe, kriege ich es mit hoher Wahrscheinlichkeit danach auch nicht.

Ja, oder beziehungsweise Sie machen dann nochmal mit 65 eine Darmspiegelung und man, also das Intervall ist groß genug, damit die Darmkrebsvorstufen sich über diesen Zeitraum entwickeln, ohne sofort schon zu einem Darmkrebs zu werden.

Gilt sowas auch für andere Krebsarten?

Also es gibt für verschiedene Krebsarten gesetzliche Krebsfrüherkennung.

Das ist für Frauen der Brust die Früherkennung auf Brustkrebs, auf Gebärmutterhalskrebs, natürlich für Frauen auch auf Darm- und Hautkrebs.

Und das ist für Männer die Früherkennung von Darmkrebs, Hautkrebs und auch von Prostatakrebs.

Die Qualität der Krebsfrüherkennungsuntersuchung ist allerdings sehr unterschiedlich.

Es gibt welche, wo mittlerweile recht gute wissenschaftliche Belege vorliegen, dass sie denjenigen, die die machen, was bringen.

Sprich, das was am wichtigsten ist, ist letzten Endes, dass beobachtet wird, dass in den letzten Jahren einfach da die Mortalität, also die Sterblichkeit an diesen Krebsarten im Sinken begriffen ist.

Seit wir die Früherkennung so mehr oder minder flächendeckend betreiben?

Seit wir diese Angebote haben.

Also die Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung, die gibt es schon ziemlich lange, schon seit den 1970er Jahren.

Aber andere Leistungen wie jetzt die Koloskopie, die Darmspiegelung oder auch die Hautkrebsfrüherkennung, die wurden erst vor einigen Jahren eingeführt.

Die gibt es noch nicht so lange, dass man jetzt wirklich auf lange Sicht da schon genügend statistische Daten hätte, um eine halbwegs verlässliche Aussage darüber treffen zu können.

Wenn Sie hier den ganzen Tag mit Krebs rummachen und mit Leuten, die Krebs haben und sowas, wie wirkt sich das auf Sie persönlich aus?

Also das Thema Krebs ist natürlich für einen präsent.

Man wird auch im Bekannten- und Verwandtenkreis immer wieder gefragt, man ist sozusagen der erste Ansprechpartner.

Was ist die erste Frage auf Partys?

Das ist doch auch mal interessant.

Also auf Partys wird natürlich gefragt, was machst du denn so?

Und dann erkläre ich das und dann ist es erst mal gut.

Weil dann haben alle erst mal Angst.

Dann haben alle erst mal Angst.

Krebs ist ja auch so ein Tabuthema, über das man nicht so gerne spricht.

Aber häufig kommen dann die Bekannten oder Freunde auf einen zu, wenn eine Krebserkrankung vorliegt und fragen dann bei meiner Mutter oder bei meinem Vater oder bei meiner Freundin, ist Krebs diagnostiziert worden?

Und ja, dann kommen ganz viele Fragen hoch.

Und dann sage ich, okay, wir machen einen Telefontermin und dann reden wir drüber.

Zieht Sie das irgendwie runter, dieses Thema?

Also ich kann mir vorstellen, dass wenn ich den ganzen Tag mit Krebs zu tun

hätte, ich hätte nur noch schlechte Laune, glaube ich.

Und Sie sehen jetzt nicht so aus, als hätten Sie schlechte Laune.

Also ich glaube etwas, was den meisten Mitarbeitern hier im KIT genauso geht wie mir, ist, man hat das Gefühl, man hat eine sehr sinnvolle Aufgabe.

Also man muss sich morgens, wenn man hierher kommt, nicht die Sinnfrage stellen.

Man ist da, man hilft anderen Leuten, eine persönlich schwierige Frage oder persönliche schwierige Situation zu bewältigen und man kriegt ganz viel positives Feedback, wenn man das gut genug macht.

Nichtsdestotrotz haben Sie aber sehr oft wahrscheinlich auch jemanden da, von dem Sie wissen, okay, der stirbt demnächst.

Ich meine, das ist mir schon in der Klinik so gegangen.

Auch da hatte ich ja Patienten.

Sie sind Ärztin.

Ich bin Ärztin und habe eigentlich mehrere Jahre in der Klinik gearbeitet, bevor ich dann erst in die Forschung und dann hierher gewechselt bin.

Man hat natürlich immer wieder die Situation, dass man den Patienten nicht wirklich helfen kann, dass man den Tod nicht aufhalten kann.

Aber die Erfahrung ist doch die, dass die meisten Menschen auch dann sehr anerkennen und sehr positiv darauf reagieren, wenn man sie damit nicht alleine lässt, sondern ihnen wirklich im wahrsten Sinne des Wortes beisteht und mit ihnen gemeinsam diese schwierige, schwere Situation durchsteht.

Und das ist etwas, was wir natürlich hier am Telefon machen können.

Und wir können nicht nur Sie, sondern auch Ihre Angehörigen unterstützen bei der Bewältigung, weil die Angehörigen leiden sehr mit und sind sehr betroffen und haben eigentlich so im Alltagsleben nur wenig Gelegenheit, Ihre Fragen mal zu stellen.

Wenn Sie jetzt Patienten begleiten, also ich hätte gedacht, dass das Wesen des Arztes sei, dass er sich sehr gut abgrenzt von den Patienten.

Wenn Sie aber jetzt die Patienten begleiten auf diesem Weg, dann grenzen Sie sich ja nicht ab dagegen.

Haben Sie dann noch mal Ihrerseits wieder eine Supervision oder sowas, wo Sie hin können?

Also ich denke schon, dass man dem Patienten nicht bis ganz tief in seine Verzweiflung folgen soll, weil das hilft ihm im Zweifelsfalle ja auch nicht weiter, sondern man muss schon einen professionellen Überblick behalten.

Den braucht man auch, um letzten Endes für ihn relevante Informationen dann herauszusuchen.

Aber man muss das empathisch machen.

Man muss Zeit haben, man muss ein offenes Ohr haben.

Man muss auch ein bisschen ein Fingerspitzengefühl dafür haben, was vielleicht zwischen den Fragen noch verborgen ist und was dem Menschen tatsächlich noch mit auf dem Herzen liegt.

Und das alles ist etwas, was einen natürlich belasten kann.

Natürlich gibt es am Telefon auch immer mal wieder schwierige Situationen,

wenn Leute sehr verzweifelt sind und so nach dem letzten Strohalm quasi auch Ausschau halten.

Und wir haben in der Tat für unsere Telefondienstmitarbeiter, die der Situation ja jeden Tag gegenüber stehen, haben wir regelmäßige Supervisionen.

So einmal im Monat kommt ein externer Psychologe hier ins Team, der die Möglichkeit bietet für Gruppengespräche und da bringen dann die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schwierige Gesprächssituationen mit und reden dann im Team gemeinsam darüber, wie man damit umgehen kann.

Und ich beobachte das auch immer wieder, dass das Team sich selber ganz gut auffängt.

Also wenn jemand dann nach einem schwierigen Telefonat den Hörer ablegt und sagt "Puh", dann kriegt das ja der Nachbar mit und dann gibt es sicherlich irgendwann mal zwischendurch die Möglichkeit darüber zu reden, was da war und sich so ein Stück weit zu entlasten.

Sie sagten, Sie waren in der Klinik, dann in der Forschung, dann sind Sie hier gelandet.

Ja.

Hatten Sie das vor?

Nein.

Also ich habe Medizin studiert, eigentlich schon mit der festen Absicht, Ärztin zu werden und Patienten zu behandeln.

Als ich dann in der Klinik war, muss ich sagen, hat mich Krebs als Erkrankung schon auch sehr interessiert.

Ich war in der inneren Medizin tätig, in der Gastroenterologie und hatte dort einige Krebspatienten.

Was ist das Interessante am Krebs?

Also ich wollte zunächst mal verstehen, wie diese Erkrankung funktioniert.

Haben Sie es verstanden?

Ich denke, das, was man darüber weiß, das verstehe ich und es gibt viele Dinge, die wir noch nicht komplett verstehen.

Und das ist Gegenstand der Forschung und das ist auch immer noch ein sehr spannender Bereich der Forschung, der hier am DKFZ und anderswo verfolgt wird.

Aber mich hat es dann aus der Klinik tatsächlich erstmal in die Forschung gezogen.

Ich habe fast zehn Jahre Grundlagenforschung gemacht, auch zum Thema Krebs und hatte dann aber das Gefühl, ich möchte nochmal was anderes machen.

Wie sieht Grundlagenforschung zum Thema Krebs aus?

Sie gucken sich, das ist eine naive Forschung, Sie gucken sich jetzt so lange eine Zelle an, bis die irgendwas macht und Sie sagen "Ha, jetzt habe ich dich!"

Oder wie macht man das?

Man guckt ganz tief in die biologischen Mechanismen hinein, die eine Zelle zur Krebszelle werden lässt und versucht zu verstehen, was da abläuft, welche Proteine da miteinander interagieren und welche biochemischen Prozesse anders sind als in gesunden Zellen.



Und das macht man natürlich immer mit der Überlegung, vielleicht da ein neues Hebelchen zu finden, was man therapeutisch nutzen kann.

Das habe ich gemacht.

Das war überwiegend Arbeit im Labor, in der Petrischale, mit Zellen, aber auch an Tieren, was weniger schön ist, aber halt sein muss, wenn man bestimmte Dinge nachprüfen will, weil einfach eine Krebszelle in der Petrischale nochmal sich anders verhält als im lebenden Organismus.

Man kann das nicht dann sofort eins zu eins auf den Menschen übertragen, sonst läuft man da Gefahr.

Die anderen Zellen mit zu zerstören?

Genau.

Zum Beispiel.

Aber ich habe das zehn Jahre lang gemacht und das ist etwas, wo man einen sehr langen Atem und auch eine gewisse Frustrationstoleranz braucht.

Ich weiß nicht, ob Sie schon mit Grundlagenforschern aus der Biomedizin gesprochen haben?

So viele noch nicht, nee.

Also gelegentlich schon.

Aber stimmt, es ist jetzt nicht so, dass die gesagt haben, dann habe ich genau das gefunden und dann war die Arbeit zu Ende oder so.

Ja stimmt, das ist ein Fass ohne Boden.

Sondern ich habe dann angefangen, mich letzten Endes für Kommunikationsthemen zu interessieren und habe dann einige Jahre in der Wissenschaftsadministration und Kommunikation gearbeitet, wo es darum ging, erstmal für verschiedene Zielgruppen im Rahmen von Projektanträgen oder im Rahmen von Drittmittelanträgen, Wissenschaft verständlich zu machen, sodass potenzielle Geldgeber, aber auch Gutachter auch wissen, wofür sie zahlen.

Ich habe Berichte geschrieben und so weiter.

Und dann, als die Stelle hier im Krebsinformationsdienst frei wurde, habe ich gedacht, das ist eigentlich etwas, was eine logische Weiterentwicklung wäre und wo ich auch wieder etwas näher an der Klinik wäre, wo ich ja ursprünglich mal hergekommen bin.

Was verstehen wir denn eigentlich noch nicht am Krebs?

Wenn Sie jetzt mal das Beispiel Prostatakrebs rauspicken.

Es gibt eine Menge Männer, die Prostatakrebs entwickeln im Laufe ihres Lebens und wir verstehen noch nicht richtig, warum manche Menschen, manche Männer mit ihrem Prostatakrebs leben und alt werden, ohne dass sie irgendwelche Symptome oder schreckliche Folgen davon tragen würden und warum bei anderen der Krebs auf einmal plötzlich aggressiv wird und dann zu einer metastasierten Erkrankung führt, die dann irgendwann mal tödlich endet.

Das ist so ein typisches Beispiel, was wir noch nicht verstehen.

Weil es wäre natürlich toll, wenn wir es verstehen würden, weil wir dann viel besser sagen könnten, diesen Patienten mit einem frühen Prostatakarzinom müssen wir aggressiv behandeln und jenen können wir in Ruhe lassen.

Im Moment wissen wir bei älteren Männern, die die Diagnose bekommen, örtlich begrenzter Prostatakrebs, häufig nicht, was die beste Option für sie ist.

Ob man sie behandeln sollte mit Operation oder Strahlentherapie, was in einem sehr hohen Prozentsatz mit Nebenwirkungen und von Operations- und Strahlentherapiefolgen einhergeht oder ob wir sie in Ruhe lassen sollten und nur beobachten sollten.

Ist mein Prostatakrebs, sieht der unter dem Mikroskop genauso aus wie der Prostatakrebs von dem Herrn, der da draußen sitzt?

Oder müssten Sie mich individuell beobachten, also so lange gucken, bis mein harmloser Prostatakrebs aggressiv geworden ist, um dann die Zellen zu vergleichen und zu sehen, was ist da passiert?

Ja, das ist in der Tat so.

Wenn Sie jetzt zwei Männer haben, die praktisch Prostatakrebs im selben Stadium haben, auf die Prostata begrenzt, mit niedriggradigen Zellveränderungen, mit einem niedrigen PSA-Wert im Blut, dann können Sie...

Was ist das?

Das ist ein Marker, der bei Männern mit Prostatakrebs erhöht ist im Blut, häufig, nicht immer, aber häufig.

Und Sie haben zwei Männer mit dem gleichen klinischen Bild, den gleichen Symptomen, den gleichen Laborwerten, den gleichen oder einem ähnlichen histologischen Befund und Sie können nicht sagen, welcher von beiden möglicherweise dann einen Tumor hat, der auf einmal weiter wächst und bösartig wird und dann metastasiert.

Wenn Sie es wüssten, dann würden Sie ja sagen, der muss operiert werden und der andere nicht.

Und da Sie es nicht wissen, stehen Sie im Moment in einem Dilemma.

Entweder Sie sagen beiden, lasst euch operieren, aber rechnet damit, dass ihr ziemlich üble Nebenwirkungen habt durch die Operation.

Sie können auch beiden sagen, lasst euch bestrahlen, dann habt ihr Nebenwirkungen durch die Bestrahlung.

Ihr könnt auch beiden sagen, lasst euch erstmal nicht behandeln, aber wir beobachten das engmaschig, wir gucken und wenn sich herausstellt, der Tumor wächst, dann werden wir aktiv und reden nochmal über eine Behandlung.

Aber man muss sich auch vorstellen, nicht jeder lebt gut mit dem Wissen, dass er da einen Krebs hat.

Das ist wahrscheinlich das viel größere Problem sogar, oder?

Das ist auch mit ein Problem, ja.

In der Tat.

Diese false positive Diskussion auch bei der Brustkrebsvorsorge.

Also falsch positiv ist nochmal was anderes.

Hier reden wir von Überdiagnose eines diagnostizierten Krebses.

Also eine Diagnose eines Krebses, der vorhanden ist, der aber seinem Träger im Laufe des Lebens keine Probleme gemacht hätte.

Während die falsch positiven, das sind welche, wo man nach der ersten Untersuchung denkt, da ist vielleicht etwas, wo man aber nach weiteren Untersuchungen Entwarnung geben kann.

Aber die falsch positiven sind natürlich auch insofern ein Problem, als dass diese Menschen verunruhigt werden und unter Umständen invasive Diagnostik über

sich haben ergehen lassen müssen, die im Nachhinein betrachtet nicht notwendig gewesen wäre.

Na gut, aber das kann man ja vorher tatsächlich nicht gewusst haben.

Das kann man vorher nicht gewusst haben.

Denken Sie eigentlich, dass wir das irgendwann, also den Krebs oder das Thema Krebs, dass wir das irgendwann mal in den Griff kriegen werden?

Also ich... Das ist sicher nicht eine gewagte Prognose, wenn Sie ja sagen.

Aber ja, also wenn ich eine Prognose dazu machen sollte, würde ich denken, es gelingt uns ihn besser in den Griff zu kriegen, als das momentan der Fall ist.

Ich glaube, es wird gelingen, dass man doch bei mehr Tumorarten, als wir das heute können, ich denke, es wird gelingen, dass man aus denen chronische Erkrankungen machen kann, mit denen man leben kann.

Ich denke, es wird auch gelingen, immer höhere Heilungsprozentsätze zu erzielen.

Aber ich glaube, es wird immer noch im Einzelfall Krebspatienten geben, die man dann letzten Endes nicht wird heilen können.

Gibt es eine pauschale Antwort auf die Frage, warum wir überhaupt Krebs kriegen?

Ich denke, Krebs ist eine Alterserkrankung.

Und wir bekommen Krebs, weil wir immer älter werden.

Das ist einfach eine Folge der demografischen Entwicklung und auch eine Folge der Tatsache, dass wir andere Erkrankungen, die in früheren Jahren, Jahrzehnten

oder Jahrhunderten lebensbegrenzend waren, dass wir die immer besser behandeln können.

Stimmt, ich könnte heute keinen Krebs kriegen, wenn ich mit 17 verstorben wäre.

Was ich wäre, wäre es 50 Jahre vorher gewesen.

Ja, also früher sind Menschen an Infektionskrankheiten gestorben.

Heute haben wir Antibiotika und können die in der Regel gut behandeln.

Auch die Behandlungsmöglichkeiten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen werden immer besser.

Und ich denke, vielleicht ist der Krebs so etwas wie die Sollbruchstelle in unseren Körpern, die dafür sorgt, dass wir nicht unsterblich sind.

Sie klären den lieben Tag lang die Menschen auf.

Sie beschäftigen sich den ganzen Tag damit.

Sie wissen vermutlich alles über Krebs.

Vielleicht nicht unmittelbar abrufbar, aber doch sehr viel.

Haben Sie noch Angst davor?

Ich selber persönlich, doch.

Ich denke, ich habe schon Angst vor Krebs.

Also sagen wir mal einen gesunden Respekt.

Das finde ich jetzt beunruhigend, aber so gehört das wahrscheinlich auch, weil

sonst würde ich nicht zur Vorsorgeuntersuchung gehen.

Ja, ich glaube, Angst ist ja ein Schutzmechanismus in unserer Psyche.

Und die Angst sollte einen im Zweifelsfalle dazu führen, dass man Dinge lässt, die einen schädigen würden.

Das heißt jetzt gleich nicht noch einen Kuchen essen gehen beispielsweise.

Beispielsweise und nicht rauchen und immer brav zur Krebsrüherkennung gehen.

Zu Fuß zum Hauptbahnhof und nicht mit der Bahn fahren.

Ja, und die Kinder impfen lassen und sowas alles.

Susanne W.

Kremers, vielen Dank.

Dankeschön.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.

Danke.