



Betreuungskonzept am Robert-Bosch Krankenhaus in Stuttgart

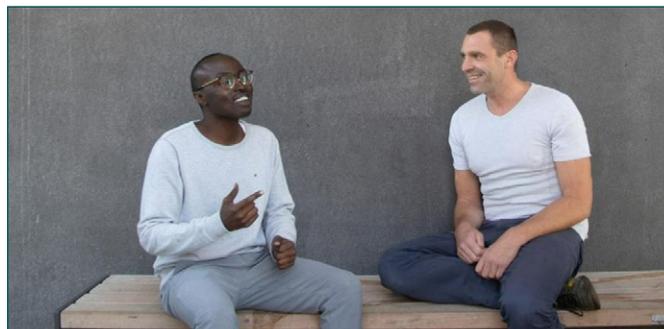
Junge Patienten professionell begleiten – ein psychoonkologisches Fortbildungsangebot nach LINA für ärztliches und pflegendes Fachpersonal

Wenn junge Menschen an Krebs erkranken, sind sie neben den direkten krankheitsspezifischen Belastungen auch mit komplexen psychischen und sozialen Herausforderungen konfrontiert. Wirtschaftliche Nöte sind oft vorprogrammiert. Darüber hinaus kämpfen sie mit emotionalen Themen wie der Angst zu sterben, der erneut auftretenden Abhängigkeit von den Eltern und oft auch mit Einsamkeit aufgrund von Ausgrenzung aus dem Freundeskreis. Betroffene leiden oft noch Jahre nach der Behandlung unter emotionalen Belastungen, sexuellen Funktionsstörungen, Fatigue sowie wirtschaftlichen und beruflichen Benachteiligungen, die das Leben erschweren.

Schwächen der konventionellen psychosozialen Angebote

Bestehende Hilfen wie psychosoziale/-onkologische Angebote in Kliniken oder Krebsberatungsstellen werden nur von wenigen Betroffenen angenommen. Insbesondere Männer und Menschen mit Migrationshintergrund finden selten Anschluss an die bestehenden Angebote oder beschreiben diese gar als unpassend.

LINA – der alternative Unterstützungsansatz Um für junge Betroffene und ihr Umfeld eine adäquate psychosoziale Unterstützung zu ermöglichen, wurde bereits 2011 am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart (RBK) das alternative Unterstützungsangebot LINA (Lebensweltorientiert-Integrativ-Nah-Aufsuchend) konzipiert, stetig weiterentwickelt und etabliert. Kern dieser neuartigen Versorgungsstruktur ist die kontinuierliche Unterstützung durch eine Fachkraft. Diese ist Ansprechpartner für alle psychosozialen Themen der erkrankten Person, unabhängig davon, ob sie sich in der Klinik, im ambulanten Setting oder zu Hause befindet. Weiter begleitet LINA Betroffene häufig von der Erstdiagnose bis zur Nachsorge. Meist wird das Team vom ärztlichen Personal bereits bei der Diagnosestellung um Unterstützung gebeten. Im Therapiefortgang meldet sich das ärztliche Perso-



Jens Stäudle (r.) im Gespräch mit einem jungen Betroffenen.

nal ad hoc bei akutem Interventionsbedarf bei emotionalen Krisen, der Organisation der Kryokonservierung oder bei einer unerwarteten, rasanten medizinischen Verschlechterung der Erkrankten. Dieses Vorgehen ermöglicht es den Erkrankten, sowohl das Angebot als auch die Fachkraft persönlich kennenzulernen und bestenfalls als hilfreiche Unterstützung zu erleben. Durch den unkomplizierten und pragmatischen Ansatz der aufsuchenden Unterstützung können Barrieren der Inanspruchnahme deutlich reduziert werden und es kann eine Vertrauensbeziehung zur Fachkraft entstehen. Darüber hinaus ist das Angebot durch zwischenmenschliche Nähe zwischen Fachkraft und Betroffenen geprägt, was sich auch in einer Erreichbarkeit per Mobiltelefon, der Nutzung von Messenger-Diensten und Gesprächen außerhalb üblicher Settings zeigt. In unterschiedlichen wissenschaftlichen Arbeiten wurde diese Arbeitsweise inzwischen untersucht. Auffällig am RBK ist vor allem die hohe Inanspruchnahme (95% der jungen Erkrankten). Weiter konnte gezeigt werden, dass dabei auch Menschen, die tendenziell in konventionellen Strukturen unterrepräsentiert sind (Hard-to-reach-Gruppen), durch dieses Angebot Hilfe erhalten.

Psychoonkologie-Weiterbildung nach LINA mit Schwerpunkt junge Erkrankte

Um Erfahrungen aus diesem Arbeitsbereich auch Fachkräften in anderen Kliniken, Praxen oder Krebsberatungsstellen zugänglich zu machen, bietet das Team ab 2024 eine Weiterbildung in Psychoonkologie an. Die Weiterbildung umfasst drei zentrale Themenfelder:

1. Psychotherapeutische Themen: Krisenintervention, Kommunikation mit jungen Erkrankten, Begleitung von Eltern, Kindern und Partnern, Krankheitsbewältigung, Familienplanung, Sexualität mit und nach Krebs, Krankheitsentstehungstheorien, niederschwellige Kontaktaufnahme etc.
2. Medizinische Themen: Grundlagen der häufigsten Krebserkrankungen im jungen Erwachsenenalter und die Auswirkungen auf

die Betroffenen, Fertilitätsprotektion, Spät- und Nebenwirkungen der Krebstherapien etc.

3. Soziale und sozialrechtliche Themen: Unterstützungsmöglichkeiten bei der (Re-)Integration ins Berufsleben, wirtschaftliche Sicherung, Rehabilitationsmöglichkeiten, Herausforderungen in Bezug auf Schule, Studium und Beruf etc.

Neben diesen drei Themenschwerpunkten ist Fallarbeit und berufsbezogene Selbsterfahrung zentraler Inhalt der Fortbildung. Die Weiterbildung findet über ein Jahr verteilt an sieben Wochenenden im Großraum Stuttgart statt und richtet sich an ärztliche, psychologische, pflegerische und sozialarbeitende Fachkräfte. Nähere Informationen, auch zur Anmeldung, sind über die Webseite <https://lina-support.de/was-ist-lina> erhältlich.

Berufsalltag

Hinfallen, aufstehen, weitermachen: Rückschläge verkraften im Arztalltag

Von fehlgeschlagenen Therapien über mangelnde Compliance bis hin zum Suizid von Patientinnen und Patienten: Rückschläge bringt der Arztberuf schlichtweg mit sich. Kann man lernen, besser damit umzugehen? Professor Dr. Peter Zwanzger, langjähriger Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychosomatik im bayerischen Wasserburg am Inn, gibt Tipps und berichtet aus der Praxis.

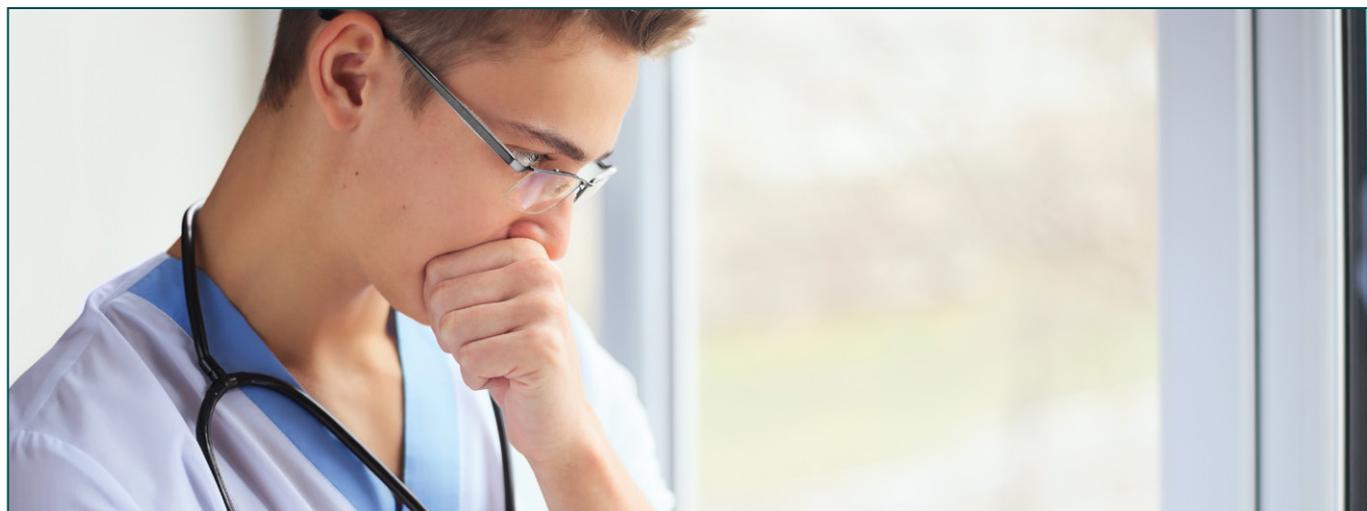
Herr Prof. Zwanzger, welche Rückschläge sind typisch im Medizinerleben?

Prof. Dr. Peter Zwanzger: Da fällt mir leider ganz viel ein. Beispielsweise die Enttäuschung, wenn eine Therapie nicht so wirksam ist, wie erhofft – recht häufig muss man daher mit der Ohnmacht gegenüber einer medizinischen Entwicklung zurechtkommen. Wenn alles, was man als Arzt oder Ärztin versucht, nicht greift – egal, ob ein Medikament nicht wirkt oder eine Operation schief geht. Dazu gesellen sich die Rückschläge, weil Krankheiten oftmals tückisch sind. Du denkst, du hast es im Griff und ein halbes

Jahr später kommt doch ein Rezidiv. Und natürlich existiert auch die Patientenvariable. Da gibt man sich viel Mühe, aber der Patient oder die Patientin trifft, statt dem ärztlichen Rat zu folgen, eine andere Entscheidung, zum Beispiel gegen eine bestimmte Therapie.

Kann man sich schon im Vorfeld gegen herbe Enttäuschungen wappnen?

Prof. Dr. Zwanzger: Oftmals ja. Hilfreich ist beispielsweise, sich von vornherein bewusst zu machen: Der Arztberuf bringt einfach belastende Situationen mit sich – und zwar nicht nur, weil medizinische Entscheidungen einen großen Impact haben. Es geht auch um das, was man mit ansehen und erleben muss. Der Umgang mit schwierigen und sterbenden Patientinnen und Patienten, die Machtlosigkeit. Das muss man sich bewusst machen, bereits in der Ausbildung. Man muss das annehmen. Mein Eindruck ist, dass solche Aspekte im Studium mittlerweile zu wenig vermittelt werden.



Wie gehe ich nachhaltig mit Rückschlägen im ärztlichen Alltag um? © Viktor_Gladkov

Wie kann man mit einem Rückschlag umgehen, wenn sofort der nächste Termin ansteht?

Prof. Dr. Zwanzger: Diese Situation ist immanent im ärztlichen Alltag. Junge Ärztinnen und Ärzte müssen lernen, dass hoher Zeitdruck mit vielen aufeinanderfolgenden Aufgaben ein Stück weit Normalität ist. Daher mein Rat: Es ist hilfreich, das „Umschalten“ zu trainieren, also den Rückschlag für den Moment abzuhaken und sich auf die nächste Herausforderung zu konzentrieren. Dennoch darf man das belastende Ereignis nicht verdrängen. Es sollte quasi in eine Schublade kommen, um zu einem späteren Zeitpunkt besprochen zu werden.

Welchen Rat können Sie Einsteigern geben?

Prof. Dr. Zwanzger: Es ist wichtig, sich bereits zu Beginn jemanden zu suchen, zu dem man Vertrauen hat, einen Mentor oder eine Mentorin, mit dem oder der unter anderem auch solche Rückschläge besprochen werden können. Das mag ein erfahrener Assistent sein oder eine Oberärztin. Ich persönlich wurde als Berufsanfänger auch von unserer Stationsschwester sehr gut unterstützt. Zudem versuche ich, unseren jungen Kolleginnen und Kollegen näherzubringen, dass sie nicht das Leid der Welt tragen müssen.

Inwiefern?

Prof. Dr. Zwanzger: Ich beobachte bei der jüngeren Ärztegeneration häufig, dass sie sich sehr große Sorgen um das große Ganze machen und oftmals verunsichert sind – doch das müssen sie gar nicht. Assistenzärzte und -ärztinnen sollten sich stets vergegenwärtigen, dass sie einerseits zwar eine gewisse Verantwortung haben in ihrem Tun, die Endverantwortung aber eben bei den Fach-, Ober- und Chefärztinnen und -ärzten liegt. Das kann entlasten.

Darf man sich denn keine Sorgen machen?

Prof. Dr. Zwanzger: Doch, selbstverständlich. Aber auf der anderen Seite ist auch ein gewisser Abstand notwendig. Dass man sich nicht zu sehr vereinnahmen lässt durch den Berufsalltag, einzelne Schicksale und Ereignisse. Das klingt im ersten Moment vielleicht befremdlich, ist aber sehr wichtig. Wer zu wenig Distanz hat, zu sehr emotional involviert ist, kann auch keinen kühlen Kopf bewahren und keine rationalen Entscheidungen treffen. In der Facharzt-Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie ist das ein wichtiger Bestandteil. Supervision, Selbsterfahrung und Balintarbeit, all das gehört dazu. Da werden genau diese Aspekte vermittelt, wie: Warum nimmt mich die Geschichte dieses Patienten so mit? Wie lerne ich Abschalten? Hier haben andere Disziplinen meiner Ansicht nach noch Nachholbedarf. Selbstfürsorge sollte ebenso erlernt werden, vor allem im Arztberuf – auch im Flugzeug musst du dir im Notfall zuerst selbst die Sauerstoffmaske anlegen und dann dem anderen. Sonst erstickt man.

Kamen Sie auch schon an Ihre Grenzen?

Prof. Dr. Zwanzger: Ich glaube, solche Erfahrungen machen alle Ärztinnen und Ärzte. Insbesondere, wenn Dinge nicht so gut laufen fragt man sich: Hättest du das besser machen können? Das gilt im Bereich Psychiatrie gerade beim Thema Suizidalität. Ich erläutere meinen jungen Kolleginnen und Kollegen immer wieder, dass ein Suizid eben



Der Experte

Professor Dr. Peter Zwanzger, Psychiater und Psychotherapeut, ist seit 2013 Ärztlicher Direktor des kbo-Inn-Salzach-Klinikums in Wasserburg am Inn und Chefarzt des Fachbereichs Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatische Medizin. Er ist Vorsitzender der Gesellschaft für Angstforschung (GAF) und leitet den Forschungsbereich Angst und Angsterkrankungen an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München. Bild: © kbo-Inn-Salzach-Klinikum

kein Indikator dafür ist, dass wir schlechte Arbeit geleistet haben. Es gibt immer ein Restrisiko. Und doch glaube ich, dass auch Enttäuschungen und Niederlagen wichtig sind für die persönliche Entwicklung und Reifung im Arztberuf.

Welcher Fall hat Ihnen mal besonders zugesetzt?

Prof. Dr. Zwanzger: Das war ein junger Student, den ich zu Beginn meiner Laufbahn behandelte. Er galt als schwer zugänglich, ich aber fand einen guten Kontakt. Wir führten viele Gespräche, er war gut eingestellt. Dann entließen wir ihn zum ersten Mal über das Wochenende nach Hause. Bei der Visite am Montag sah alles noch gut aus – und dann nahm er sich in der Nacht zu Mittwoch doch das Leben. Wenn man sich in einem Fall besonders engagiert hat, trifft einen eine solche Entwicklung besonders hart.

Was hilft im Alltag?

Prof. Dr. Zwanzger: Da gibt es viele Möglichkeiten. Ärztinnen und Ärzte sollten sich immer wieder vor Augen führen, welche Erfolge sie in den letzten Tagen erzielt haben. Was ist gut gelaufen? Was hat gut geklappt? Hier sind auch die kleinen Dinge wichtig. So sollten auch in Teambesprechungen nicht nur die aktuellen Probleme und Herausforderungen, sondern auch Positives, Erfolge und gute Nachrichten zur Sprache kommen. Und da gibt es Vieles im klinischen Alltag. Ein Schwerpunkt unserer Tätigkeit hier an der Klinik ist unter anderem die Behandlung therapieresistenter Depressionen. Und da sind wir natürlich stolz, wenn wir zum Beispiel einen schwierigen Patienten, der schon viele Therapieversuche hinter sich hat, gesund entlassen können. Das ist dann ebenfalls Gegenstand unserer Besprechungen – und motiviert das ganze Team.

Noch ein Rat zum Schluss?

Prof. Dr. Zwanzger: Ich persönlich freue mich immer, wenn ich nach der Entlassung aus der Klinik von unseren Patientinnen und Patienten noch einmal höre. Ich sage dann beispielsweise: „Ich würde mich freuen, wenn Sie mir in ein paar Wochen schreiben, eine Karte, kurze E-Mail oder SMS.“ Und wenn wir dann lesen, dem geht's jetzt wieder gut, dann freuen wir uns.

Dieser Beitrag wurde erstveröffentlicht bei Operation Karriere (operation-karriere.de)/Von Beruf Arzt, 21.11.2022, Gerti Keller

Berufsalltag

Der Kaminaufstieg in der Klinik: Tipps für Durchstarter

Die Turbo-Karriere ist in der Medizin keine Ausnahme mehr. Kaum den Facharztstitel in der Tasche, werden junge Medizinerinnen und Mediziner oft schon auf eine Oberarztstelle befördert. Auch auf dem Chefarztsessel sitzen zunehmend Jüngere. Der Psychologe und erfahrene Arzt-Coach Thomas Röhrßen weiß, was beim schnellen Aufstieg hilfreich ist und wie sich Stolpersteine vermeiden lassen.

Der Kaminaufstieg gilt als steil, aber auch als rußig. Trifft das auch auf die Ärzteschaft zu?

Thomas Röhrßen: Für engagierte und kompetente Assistenzärztinnen und Ärzte in der Regel nicht. Wer fachlich gut ist, wird schlichtweg gebraucht. Manchmal warten Chefs und die ganze Truppe sogar darauf, dass endlich ein qualifiziertes Talent aus dem Kollegium aufsteigt. So winkt die Beförderung zum Oberarzt oder zur Oberärztin immer öfter bereits Monate nach dem Facharzt. Doch auch wenn deren Aufgaben zunehmend organisatorisch sind, werden neue Oberärztinnen und -ärzte die Klinik ja nicht «auf den Kopf» stellen – und bieten als neue «kleine Chefs» damit wenig Angriffsfläche. Die Abteilung ist durch den Chefarzt oder die Chefärztin geprägt, die Vorgaben sind klar. Erst beim nächsten Etagenwechsel findet der große Rollentausch statt. Das ist eine ganz andere Liga.

Ich habe gehört, dass Oberärztinnen und -ärzte oft noch keine Führungsverantwortung übernehmen wollen...

Thomas Röhrßen: Das sehe ich nicht so. Meiner Erfahrung nach wollen die meisten durchaus Verantwortung übernehmen, zum Beispiel in der OP-Planung, der Ambulanzorganisation, der Koordination einzelner Diagnostikeinheiten, der Personalplanung sowie auch im Teaching und Coaching der Assistenzärztinnen und -ärzte. Das Problem ist nur, dass ihre Aufgaben häufig nicht klar definiert sind, was ungesund für jede Klinik ist. Ich arbeite in meiner Führungsberatung intensiv daran, dass die Oberarztrolle klarer wird und sie in ihrer Rolle unterstützt werden. Das zu respektieren, müssen manchmal auch die Chefärzte lernen, heißt: Kontrolle abzugeben, ohne sich aus dem Tagesgeschäft ganz zu verabschieden. Sie müssen wirklich aushalten, dass Oberärztinnen und Oberärzte in diesen delegierten Bereichen selbstständig mit viel Spielraum führen dürfen.

Was müssen Durchstarter allgemein beachten?

Thomas Röhrßen: Ursprünglich kommt der Begriff Kaminaufstieg aus der Welt der Bergsteiger und beschreibt das Hochklettern in einer engen Felsspalte, oft durch bloßes Abstützen des eigenen Körpers. Ganz so auf sich allein gestellt ist man bei der Medizin-Karriere aber nicht. Im Gegenteil: Wer einen Kaminaufstieg «hinlegt», muss auch bei toller fachlicher Kompetenz vor allem das Umfeld mitnehmen. Das gilt noch nicht so für die Oberarztposition, in die man in aller Regel ohne große Brüche gleitet, sondern für die nächste Stufe. Für den Chefsessel braucht es soziale Kompetenz. Dafür gibt es die folgende, schön einfache Definition: Ein sozial kompetenter Mensch setzt eigene Ziele durch, aber bei maximaler Anerkennung, Wertschätzung und Empathie für

die Interessen anderer. Diese Balance zu finden und zu halten ist heutzutage ganz elementar. Sonst ist man ganz schnell draußen und isoliert.

Was sind dafür die ersten Anzeichen? Kann es sein, dass auf einmal keiner mehr mit mir Essen geht?

Thomas Röhrßen: Das läuft nicht übers Essen gehen. Es findet keine «kalte» Ausgrenzung statt, sondern es geschieht viel subtiler. Meist herrscht eine reservierte Kultur vor, die Leute fremdeln, was untergründig zu einem Auseinanderdriften führt. Dieser Prozess verläuft schleichend, sodass Sie zunächst kaum etwas davon spüren. Nicht selten erkennt man das erst, wenn das Team bereits gespalten und es zu spät ist. Und dass zumeist nur, weil nicht rechtzeitig miteinander gesprochen wurde.

Was sind die empfehlenswerten Schritte für einen guten Start, vor allem wenn ich neu in die Klinik komme?

Thomas Röhrßen: Man muss respektieren, dass die Abteilung, die man übernimmt, vorher auch schon Medizin gemacht hat. Als neue Oberärztin oder Oberarzt und natürlich auch in der neuen Chefarztrolle sollte ich nicht durch bestimmte Bemerkungen in Visiten oder Dienstbesprechungen ständig durchblicken lassen, dass ich die Fachlichkeit des Kollegiums nicht schätze. Auch eine Innovation nach der anderen gibt dem Team das Gefühl, dass sie vorher nichts richtig gemacht haben. Das kann zu einer stillen Ablehnung führen. Ich empfehle den Grundsatz erst Pacing dann Leading. Das heißt erst ankoppeln und einfügen, dann führen und verändern. Wer zu schnell ist, kann zum Fremdkörper in der eigenen Abteilung werden.

Und der interne Aufstieg: Wenn ich gestern die Kollegin war und heute die Chefin? Wie gehe ich mit jetzt untergebenen Freunden um?

Thomas Röhrßen: Sie sollten nicht von jetzt auf gleich einen völlig neuen Kommunikationsstil pflegen. Es empfiehlt sich, die bestehenden vertrauensvollen kollegialen Beziehungen zu halten. So dürfen Sie zum Beispiel weiterhin gemeinsam joggen oder sich duzen. Alles andere wäre eine Irritation. Dennoch sollten Sie «alten Freunden» klar machen, dass Sie sich jetzt in einer anderen Verantwortungsposition befinden, aus der sich Veränderungen im Verhalten und Vorgehen ergeben. Das muss manchmal auch im Vier-Augen-Gespräch geklärt werden.

Wie sollte ich mit Kolleginnen und Kollegen umgehen, die sich ebenfalls Hoffnungen auf die Beförderung gemacht hatten und an denen ich vorbeigezogen bin?

Thomas Röhrßen: Auch hier ist es ratsam, das offene Gespräch zu suchen. Also: Schieflagen nicht tabuisieren, sondern an die Menschen herantreten. Wenn Sie merken, dass irgendetwas stört, sollten Sie sich nicht scheuen, das direkt anzusprechen. Ich nenne das die Gretchenfrage: Akzeptieren Sie meine Führung? Darauf gibts zwar meist keine offene Antwort. Sie machen Ihrem Gegenüber aber schon klar, dass Sie ihn oder sie auf dem Schirm haben. Und auch

Bauchgefühle dürfen benannt werden, zum Beispiel mit Sätzen, wie: Ich empfinde unsere Vertrauensbildung als noch nicht ganz ideal.

Und wenn man selbst jetzt unterstellte Kollegen nicht so gut leiden kann?

Thomas Röhrßen: Ich sollte mich mit Persönlichkeiten, die mir nicht so liegen, zunächst innerlich auseinandersetzen, bevor ich äußerlich versuche etwas zu verändern – und dabei eine konstruktive Grundhaltung einnehmen. Keinen Schmusekurs einschlagen, aber eine grundsätzliche Wertschätzung entwickeln. Die Strategie ist, erst eine Beziehung aufzubauen und auf dieser Basis den Wandel zu gestalten. Je stärker ich in eine Auseinandersetzung gehe und auch Kritik ausdrücke, desto näher sollte ich der Person sein. Ganz besonders dann, wenn ich mich von einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin trennen muss, hat er oder sie in dieser kritischen Phase meine ganze Zuwendung verdient. Die meisten machen es genau umgekehrt. Sie konfrontieren lieber aus der Distanz.

Was sind die wichtigsten Schritte für eine neue Chefarztposition?

Thomas Röhrßen: Es empfiehlt sich, einen klaren Leitfaden für sehr intensive Einzelgespräche zu entwickeln. Diese sollten nicht zu schematisch verlaufen, aber schon bestimmte Dimensionen abfragen: Was sind Ihre Bedürfnisse? Welche Förderung wünschen Sie sich für die persönliche Entwicklung? Was ist bislang zu kurz gekommen? Wo sind die zentralen Baustellen? Wie gut ist die Zusammenarbeit mit der Pflege oder anderen Disziplinen? Das alles in möglichst vertrauensvollen Gesprächen zu erforschen in denen man eine entspannte Grundatmosphäre schafft, ist für mich das A und O am Anfang. Daraus entsteht eine Landkarte der Klinik und der Kultur, die man sich möglichst schnell erarbeiten sollte.

Helfen auch einfache Gesten wie gemeinsames Teamessen?

Thomas Röhrßen: Bestimmte Rituale, wie mal ein Frühstück ausgeben, vielleicht sogar ein Lunchmeeting einzubauen oder manche Besprechungen mit Kaffee und Kuchen zu gestalten, sind okay, aber am Ende kommts doch immer aufs Zuhören an. Dass das Team merkt, dass man es wahrnimmt, seine Interessen versteht und in kleinen Schritten signalisiert, konkrete Punkte werden wirklich angegangen. Das ist viel wichtiger als nette Gesten.

Schweben Chefärztinnen und -ärzte nicht über den Dingen?

Thomas Röhrßen: Diese Zeiten sind vorbei, selbst wenn manche das noch meinen. Auch wer es dorthin geschafft hat, muss sich in das Umfeld integrieren, um es dann schrittweise zu verändern. Darüber hinaus unterschätzen junge Aufsteiger oft komplett, dass sie heutzutage als wichtigen Partner die Geschäftsleitung haben. Diese Beziehung nach ganz oben ist existenziell. Denn von ihr hängt ab, ob Ihr Stellenplan ausreichend ist, genug OP-Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden oder in bestimmte Geräte investiert wird, die Sie brauchen, um ihre Leistungen zu erbringen.

Kann der Einstieg auch schief gehen?

Thomas Röhrßen: Und ob. Ich erinnere an einen neuen Chefarzt, der nicht merkte, dass er einen ganz starken Rivalen hatte, der um

seine Alpha-Position im Haus fürchtete. Dieser Chefarzt-Kollege pflegte oberflächlich einen sehr persönlichen Umgang mit ihm – so machten sie Sport zusammen – aber letztendlich sorgte der Alte dafür, dass der Neue geschasst wurde. Da war in der Probezeit bereits Schluss. Und ich erinnere mich an einen Fall, in dem die Oberarzttruppe den Chefarzt von Anfang an als sozial inkompetenten Fremdkörper angesehen hatte. Es gab mehrere Lösungsversuche, die aber alle scheiterten. Manchmal kommt es zu solchen Querelen um Machtpositionen, die man kaum durchblickt. Insgesamt aber existieren drei große Hürden: das Verhältnis zur Geschäftsführung, Grabenkriege mit anderen Disziplinen und dass sich die Oberärzte in Gruppen abwenden – vor allem, wenn all dies nicht offen ausgetragen wird.

Wie lange dauert es, bis ich angekommen bin?

Thomas Röhrßen: Oberärztinnen und Oberärzte benötigen dafür meist nur einige Wochen. Anders beim nächsten Sprung. Bis Chefärztinnen und -ärzte wirklich verankert sind, das Vertrauen gewachsen ist, man geprüft und der eigene Ansatz verstanden wurde, braucht es meiner Meinung nach rund ein Jahr. Das unterschätzen viele, die frisch aus der Oberarzt-Rolle kommen. Es gilt, den Überblick über die Gesamtsituation der Klinik zu bekommen, ebenso ins Umfeld zu den Einweisern, und sich als klinische Marke zu profilieren. Das ist eine ganz neue Anforderung, auch in punkto Selbst-Präsentation und Netzwerkarbeit.

Wie kann ich mich für den Kaminaufstieg rüsten? Ihr Tipp zum Schluss?

Thomas Röhrßen: Mehr über den Umgang mit Menschen lernen. Das stelle ich seit 30 Jahren bei allen meinen Trainings fest. Es ist wichtig, sich im Klaren zu sein, was man ausstrahlt und auslöst. Neue Oberärztinnen und Oberärzte sollten sich vor allem mit ihrer Sandwichposition zwischen Chef und Team intensiv auseinandersetzen. Angehende Chefärztinnen und Chefärzte müssen ein recht umfassendes Einstiegsprogramm entwickeln: Gespräche mit der Geschäftsführung, den Chefarztkollegen, der Pflegedirektion, dem Team, den Einweisern usw. Sie können zur Vorbereitung die Geschäftsführung um die Finanzierung eines Coachings bitten. Am besten als Präventivmaßnahme, vor dem ersten Tag in der Klinik, nachdem man den Vertrag unterschrieben hat. Viele Häuser unterstützen das mittlerweile. Dann ist das transparent, alle wissen Bescheid und man hat einen klaren Fahrplan für den Einstieg.



Der Experte

Thomas Röhrßen ist Psychologe und Psychotherapeut, Karriereberater und Bewerbungscoach für Ärzte. Seit 30 Jahren begleitet er Kliniken, Ober- und Chefärzte. 2021 veröffentlichte er mit dem Co-Autor Dietmar Stephan das Buch «Leadership Performance Krankenhaus. Die Praxis der Führung für Ärztinnen und Ärzte» bei MWV. Mehr Infos: www.roehrssen-consult.de. Bild: © privat

Paul Scherrer Institut (PSI) Premiere: Protonen gegen Speiseröhrenkrebs

Am Paul Scherrer Institut PSI wurde heute ein 67-jähriger Patient mit Protonen, also positiv geladenen Teilchen, gegen Speiseröhrenkrebs bestrahlt. Es ist das erste Mal, dass in der Schweiz diese Bestrahlungsart an der Speiseröhre zum Einsatz kommt. Die fünfwöchige Behandlung erfolgt im Rahmen einer europäischen klinischen Studie, an der das PSI und das Universitätsspital Zürich gemeinsam teilnehmen. Ärzte und Ärztinnen erforschen, ob sich die Protonentherapie zur Behandlung dieser Krebsart eignet: Damit lassen sich möglicherweise Lungenkomplikationen verringern, die bei der klassischen Bestrahlung häufig auftreten.

«Im Rahmen einer europäischen Phase-III-Studie haben wir heute den ersten Patienten mit Speiseröhrenkrebs mit Protonentherapie behandelt», sagt Damien Weber, Chefarzt und Leiter des Protonentherapiezentrums am PSI. «Der 67-jährige Patient hat am Übergang der Speiseröhre zum Magen einen Siewert-Typ-II-Tumor, der nach unserer Behandlung operiert werden kann.» Das PSI bestrahlt seit 1996 erfolgreich Patientinnen und Patienten mit Tumoren im Hals- und Kopfbereich sowie am Körperstamm; bei Speiseröhrenkrebs kam dieses Verfahren landesweit bisher noch nie zum Einsatz. «Wir freuen uns, den Patientinnen und Patienten in der Schweiz jetzt im Rahmen einer klinischen Studie diese Art der Behandlung anbieten zu können», sagt Matthias Guckenberger, Direktor der Klinik für Radio-Onkologie am Universitätsspital Zürich (USZ).

Das USZ und das PSI nutzen ihre seit vielen Jahren etablierte Zusammenarbeit bei der Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten und untersuchen jetzt gemeinsam, ob Protonen für die Bestrahlung des Speiseröhrenkrebs Vorteile bringen. Das geschieht im Rahmen der europaweiten Studie PROTECT (PROton versus photon Therapy for Esophageal Cancer: a Trimodality Strategy, auf Deutsch: Protonen- versus Photonentherapie für Speiseröhrenkrebs: eine trimodale Strategie): Sie vergleicht die Nebenwirkungen herkömmlicher Strahlentherapie mit jenen der Protonentherapie bei der Bestrahlung von Speiseröhrenkrebs.



Gantry 3 am Zentrum für Protonentherapie des PSI. Mithilfe dieser drehbaren Behandlungsapparatur werden Krebskranke mit Protonen bestrahlt, um Tumore zu zerstören. Foto: Scanderbeg Sauer Photography

Seltene Krebsart mit komplexer Therapie

Etwa 600 Menschen in der Schweiz erkranken jedes Jahr an Speiseröhrenkrebs, dem Ösophaguskarzinom, drei Viertel davon sind Männer. Damit ist es eine relativ seltene Krebsart, weltweit aber noch immer die achthäufigste. Die Behandlung besteht in den meisten Fällen aus einer kombinierten Chemo- und Strahlentherapie, gefolgt von einer Operation, bei der der restliche Tumor und die umgebenden Lymphknoten entfernt werden. Da zusammen mit dem Tumor auch Abschnitte der Speiseröhre entnommen werden müssen, werden deren verbleibende gesunde Teile anschließend mit dem Magen verbunden. Unglücklicherweise kann es bei der Bestrahlung des Speiseröhrenkrebses in unterschiedlichem Grade zu Komplikationen bei den umliegenden Organen kommen. Vor allem bei der Lunge: Das empfindliche Organ schmiegt sich im Brustkorb eng an die Speiseröhre an und wird daher bei einer Bestrahlung oft in Mitleidenschaft gezogen. Manche Patientinnen und Patienten leiden danach beispielsweise an einer Lungenentzündung oder anderen Problematiken, was die anschließende lebenswichtige Operation oder die spätere Heilung erschwert.

Die Protonentherapie könnte eine Lösung sein. «Wir vermuten, dass es mit einer Protonentherapie weniger häufig zu Lungenkomplikationen kommt», sagt Damien Weber. «Ob das stimmt, wollen wir jetzt überprüfen – zum Wohle der Patientinnen und Patienten.»

Sowohl Protonen als auch Röntgenstrahlung (Photonen), die bei der klassischen Krebsbestrahlung eingesetzt werden, schädigen die Erbsubstanz in den Tumorzellen und töten sie damit ab. Die Röntgenstrahlen lassen sich zwar heutzutage sehr präzise auf den Tumor fokussieren, aber sie belasten in geringem Ausmass dennoch auch das umgebende, gesunde Gewebe und können es schädigen. Protonen sind im Gegensatz zu Röntgenstrahlen Teilchen mit Masse und Ladung, und ihre Eindringtiefe ins Gewebe ist physikalisch ganz genau vorbestimmt. Protonen verlieren auf dem Weg zum Tumor nur wenig Energie und geben den grössten Teil im Tumor ab – sie bleiben dort stecken. Gesundes Gewebe vor und hinter dem Tumor wird daher grösstenteils geschont. Dadurch, so hoffen die Ärztinnen und Ärzte, sollte es nach einer Bestrahlung weniger Komplikationen an der Lunge geben.

Europaweite Studie

19 Forschungspartner aus ganz Europa, darunter Universitäten, Spitäler und Forschungszentren, haben sich für die Studie PROTECT zusammengeschlossen. «Dadurch, dass wir zusammenarbeiten, können wir in die Studie mehrere Hundert Teilnehmende einbeziehen und unsere Studienergebnisse haben eine stärkere Aussagekraft», sagt Radio-Onkologe Dominic Leiser, Verantwortlicher für klinische Studien am PSI. Die Studienleitung liegt bei der Universität Aarhus in Dänemark; das PSI hat die Studie auf europäischer Ebene mit initiiert. Insgesamt sollen in der Studie knapp 400 Patientinnen und Patienten mit nicht-metastasiertem Speiseröhrenkrebs behandelt werden, etwa zwanzig davon in der Schweiz. Alle Studienteilnehmenden erhalten zunächst eine kombinierte Strahlen- und Chemothe-

rapie, sechs bis zwölf Wochen danach werden sie operiert. Rund die Hälfte der Personen werden am USZ mit Röntgenstrahlen bestrahlt, die Übrigen am PSI mit Protonen; die Einteilung erfolgt per Zufallsprinzip. So lässt sich der Behandlungserfolg von Protonentherapie und herkömmlicher Bestrahlung direkt vergleichen. Am USZ finden neben der Bestrahlung mit Röntgenstrahlung auch für alle Studienteilnehmenden die Chemotherapie und die anschließende Operation statt.

«Wir setzen alle drei Säulen der Krebstherapie ein, um bei dieser Krebsart die beste Behandlung zu gewährleisten», sagt Panagiotis Barlmpas, Studienleiter und leitender Arzt an der Klinik für Radio-Onkologie am USZ. «Und egal, ob die Patientinnen und Patienten Photonen- oder Protonentherapie erhalten: Sie werden im Rahmen dieser Studie in jedem Fall exzellent behandelt.»

Teilnehmende werden kontinuierlich gesucht und auf ihre Eignung, an der Studie teilzunehmen, gescreent. Die Studie schließt auch Menschen mit Tumoren am Übergang zwischen Magen und Speiseröhre ein (gastroösophagealer Übergang).

«Bestätigt sich die Hoffnung, dass die Protonentherapie bei der Behandlung des Speiseröhrenkrebs Vorteile bringt, könnte diese Krebsart auf die Indikationsliste des Bundesamts für Gesundheit gesetzt werden», sagt Damien Weber. «Dann würden Krankenversicherungen in Zukunft die Kosten für eine Protonentherapie bei Speiseröhrenkrebs übernehmen.» Und Matthias Guckenberger fügt hinzu: «Wir



Damien C. Weber, Leiter des Zentrums für Protonentherapie und Chefarzt am PSI.
Foto: Mahir Dzambegovic/Paul Scherrer Institut

haben hier die große Chance, den nächsten Schritt in der Behandlung des Ösophaguskarzinoms zu gehen und eine bessere Therapie möglich zu machen.»

Erkrankte können sich für weitere Informationen bei den Studienärzten am USZ oder PSI melden.

Leitlinien

Aktualisierte S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des hepatozellulären Karzinoms und biliärer Karzinome

Primäre Tumorerkrankungen der Leber und der Gallenwege nehmen kontinuierlich zu. Die häufigste Form ist das hepatozelluläre Karzinom (HCC) mit etwa 9.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland. Daneben erkranken jährlich etwa 7.000 Menschen an einem biliären Karzinom. In den letzten Jahren haben sich stadienabhängig viele verschiedene Therapiemodalitäten für beide Tumorentitäten im klinischen Alltag etabliert. Dieser Beitrag fasst die wesentlichen Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie (Version 4.0; Update vom August 2023) insbesondere in Bezug auf Standards und Neuerungen der systemischen Therapie zusammen.

Therapieoptionen bei HCC

Bei einem kurativen Ansatz sollte die Vorstellung in einem Lebertransplantationszentrum erfolgen. Bei Patienten mit einem Tumorstadium innerhalb der sogenannten Mailand-Kriterien (BCLC A) erfolgt die Evaluation für eine Lebertransplantation, da diese neben der Tumorsanierung auch die zugrunde liegende Leberzirrhose behandelt. Weitere potentiell kurative Therapieverfahren sind die Resektion und die thermische Ablation, heute meist als Radiofrequenzablation durchgeführt. Die Resektion erfolgt entweder offen oder idealerweise minimal-invasiv. Bei der Beurteilung der Resektabilität spielen Tumorgöße und Anzahl der Herde eine Rolle, aber auch die Leberfunktion. Im Falle einer Resektion oder Ablation soll-

te eine Nachsorge über 5 Jahre mit MRT oder CT erfolgen, im ersten Jahr alle 3 Monate und anschließend alle 3-6 Monate, da über 60% der in kurativer Intention behandelten Patienten ein Rezidiv entwickeln. Eine adjuvante Therapie ist derzeit noch nicht zugelassen und sollte nur innerhalb einer Studie erfolgen.

Bei vielen Patienten erfolgt die Diagnosestellung im intermediären Stadium. Obwohl eine selektive transarterielle Chemoembolisation (TACE) weiterhin die Standardtherapie für diese Patienten darstellt, ist auch in diesem Stadium eine Systemtherapie eine alternative Option bei technisch nicht sinnvoll durchführbarer TACE, z.B. bei diffusem Befall oder fehlender Hypervaskularisation bzw. bei Nicht-Ansprechen auf diese Therapie. Zur Schonung der Leberfunktion wird die TACE heute so selektiv wie möglich durchgeführt. Alternativ kann in Einzelfällen auch eine Radioembolisation erfolgen. Die Technik, konventionelle TACE oder Drug-eluting-TACE, wird als gleichwertig angesehen und der Eingriff wird ggf. auch mehrfach durchgeführt, solange ein Ansprechen nachweisbar ist und behandelbare, hypervaskularisierte Tumoranteile verbleiben. Eine Verlaufsbeurteilung erfolgt nach jedem TACE-Zyklus und die Indikation zur Fortführung der TACE wird nach zwei Behandlungszyklen im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz überprüft.

Zur Systemtherapie stehen mittlerweile zwei verschiedene Immuntherapie-Kombinationen sowie drei Tyrosinkinase-Inhibitoren und ein VEGF-Rezeptor-2-Antikörper zur Verfügung. Hierdurch

konnten in den letzten Jahren erfreuliche Fortschritte auch in der nicht-kurativen Situation erzielt werden. Eine Erstlinien-Immuntherapie mit der Kombination Atezolizumab (anti-PD-L1) und Bevacizumab (anti-VEGF A) oder mit Durvalumab und Tremelimumab soll Patienten im Child-Pugh-Stadium A und BCLC B oder C, mit Fernmetastasen oder einer Tumorkonlokalisierung, die lokoregionär nicht kontrolliert werden kann, angeboten werden. Diese Therapieoptionen sind breit einsetzbar und werden in der Leitlinie als vergleichbar gewertet. Ein Argument für Atezolizumab/Bevacizumab ist die höhere Tumorsprechrates und das längste mediane Überleben in einer positiven Phase-3-Studie. Argumente für Tremelimumab und Durvalumab sind das fehlende Blutungsrisiko und die kürzlich veröffentlichten 4-Jahresüberlebensdaten (posthoc-Analyse: STRIDE-Regime 25,2% vs. 15% im Sorafenib-Arm). Die Ätiologie der zugrunde liegenden Lebererkrankungen spielt derzeit bei der Therapiewahl im klinischen Alltag keine Rolle. Als Folgetherapielinien sind Sorafenib gefolgt von Cabozantinib bzw. Ramucirumab (bei einem AFP-Wert ≥ 400 ng/ml) zugelassen.

Therapieoptionen bei biliären Karzinomen

Bei der Einteilung der biliären Karzinome unterscheidet man anatomisch intrahepatische (iCCA) von extrahepatischen Cholangiokarzinomen (eCCA). Die extrahepatischen Cholangiokarzinome werden weiter in perihiläre Karzinome (synonym Klatskin-Tumoren), distale Cholangiokarzinome und das Gallenblasenkarzinom unterteilt. In der kurativen Situation bei Verdacht auf ein Cholangiokarzinom erfolgt typischerweise keine biopsische Sicherung. Eine Resektion eines Cholangiokarzinoms soll immer dann erfolgen, wenn eine komplette Resektion (R0-Resektion) möglich erscheint. Wird bei einer Cholezystektomie intra- oder postoperativ ein Carcinoma in situ (Tis) oder ein Mukosakarzinom (T1a) festgestellt, sollte bei Vorliegen einer R0-Situation keine Nachresektion erfolgen. Bei Gallenblasenkarzinomen des Stadiums \geq T1b, soll bei kurativem Ansatz eine onkologische Resektion oder Nachresektion erfolgen. Das Rezidivrisiko beträgt je nach Tumorkonlokalisierung bis zu 80% (perihiläres Cholangiokarzinom). Deshalb soll allen Patienten mit R0-Resektion eine adjuvante Chemotherapie mit Capecitabin über 6 Monate angeboten werden. Unabhängig davon erfolgt nach Resektion/Ablation eines biliären Karzinoms nach 4-12 Wochen erstmals, im ersten Jahr alle 3 Monate und im zweiten Jahr alle 3-6 Monate ein biphasisches CT oder ein dynamisches MRT im Rahmen der Tumornachsorge.

Lokale Verfahren (RFA/MWA) können nach Empfehlung der Tumorkonferenz durchgeführt werden, falls keine Resektion möglich ist. Allen Patienten mit biliärem Karzinom soll bei adäquatem Allgemeinzustand in der inoperablen lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Situation eine palliative Systemtherapie angeboten werden. Die Standardtherapie in der Erstlinie ist die Kombination des Immuncheckpoint-Inhibitors Durvalumab mit Gemcitabin und Cisplatin. Hierdurch wurde das mediane Gesamtüberleben von 12,8 Monaten im Vergleich zu 11,5 Monaten unter der langjährigen Standardtherapie mit Gemcitabin und Cisplatin verlängert. Bedeutsamer ist jedoch der Überlebensvorteil nach 24 Monaten im Durvalumab-Arm (24,9% vs. 10,4%). Die Verträglichkeit der zusätzlichen

Therapie mit Durvalumab unterscheidet sich nicht wesentlich von der Therapie mit Gemcitabin und Cisplatin. In Kürze wird darüber hinaus die Zulassung von Pembrolizumab in Kombination mit Gemcitabin und Cisplatin erwartet. Wichtig ist die molekulare Charakterisierung bei Patienten mit gutem Allgemeinzustand (ECOG 0 und 1), da häufig bei biliären Karzinomen molekular gerichtete Therapien ab der Zweitlinie einsetzbar sind. Die Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (FGFR2)-Inhibitoren Pemigatinib und Futibatinib (insbesondere auch wirksam bei Pemigatinib-vorbehandelten Patienten) sind bei FGFR2-Fusion oder Rearrangement und der IDH1-Inhibitor Ivosidenib bei Vorliegen einer IDH1 R132-Mutation zugelassen, der Immuncheckpoint-Inhibitors Pembrolizumab bei Vorliegen einer Mikrosatelliteninstabilität und NTRK-Inhibitoren bei Nachweis einer entsprechenden jedoch extrem seltenen Fusion zugelassen. Weiterhin finden sich gehäuft Amplifikationen von HER2 oder die BRAF V600E-Mutation (off-label Einsatz gezielter Therapien sinnvoll). Als weitere Therapieoptionen sind als Zweitlinientherapie die Behandlung mit dem FOLFOX-Regime und weiterhin eine Irinotecan-haltige Therapie etabliert. Weitere palliative Verfahren sind neben einer adäquaten endoskopischen oder perkutanen Drainage bei Cholangitis intraduktale, lokalablativ Verfahren (photodynamische Therapie und intraduktale RFA). Intraarterielle Therapieverfahren (TACE/TARE) können bei fortgeschrittenen iCCA ohne extrahepatischen Befall nach Versagen einer systemischen Erstlinientherapie und nach Vorstellung im Tumorkonferenz angeboten werden. Eine stereotaktische Bestrahlung kann ebenfalls nach Tumorkonferenz-Beschluss bei fehlenden alternativen Therapieoptionen erfolgen.

Fazit und Ausblick

Die Behandlung von Patienten mit HCC und biliären Karzinomen ist komplex und interdisziplinär. Die regelmäßige Aktualisierung der S3-Leitlinie soll eine Orientierung für den klinischen Alltag unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse ermöglichen. Trotz erheblicher therapeutischer Fortschritte der letzten Jahre, insbesondere auch durch den Einzug der Immuntherapie, ist die Prognose dieser Tumoren für viele Patienten schlecht. In Einzelfällen ist jedoch durch den Einsatz einer Immuntherapie die Prognose deutlich besser geworden. Derzeit laufen eine Vielzahl an wichtigen Studien, die das Ziel haben Immuntherapie-Kombinationen auch in früheren Tumorstadien zu etablieren. Abschließend sei auf die begleitende Patientenleitlinie verwiesen, die von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie ermöglicht wurde (https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Patientenleitlinien/).



Der Autor

Prof. Dr. Jörg Trojan
Leiter des Schwerpunkts Gastrointestinale Onkologie
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main