

Lungenkrebs: Ärztliche Vernetzung und Kompetenz

Experteninterview Behandlung von Lungenkrebs

Prof. Dr. med. Eckart Laack ist ausgewiesener Spezialist für die Behandlung von Lungenkrebs.

Lungenkrebs ist tückisch. Doch rechtzeitig erkannt ist eine Heilung möglich.

Wir trafen Prof. Laack in seiner Praxis „Hämato-Onkologie Prof. Laack und Partner“ im Süden von Hamburg.

Frau Weerts

Herr Prof. Laack welche Hinweise auf Lungenkrebs gibt es?

Herr Prof. Laack

Also es gibt erstmal **keine klassischen Frühwarnsignale** und keine klassischen Leitsymptome. Und das ist das Tückische. **Das heißt, die Symptome können sehr unspezifisch sein.** Man sollte daher immer dann hellhörig werden, wenn eine Beschwerdesymptomatik neu aufgetreten ist und bleibt, sprich ein hartnäckiger Husten, den man vorher nicht kannte und der über vier Wochen anhält. Dies sollte abgeklärt werden. Das gleiche gilt für neu aufgetretene Heiserkeit. Aber auch Blut im Auswurf ist immer ein starkes Warnsignal. Das kann zwar auch an anderen Erkrankungen liegen, kommt aber typischerweise auch bei Lungenkrebs vor. Dann sollte man natürlich sofort eine Klinik aufsuchen. Es ist manchmal auch so, dass erst Metastasen zur Diagnose Lungenkrebs führen. Der Patient hat zum Beispiel plötzlich neu aufgetretene Rückenschmerzen und man findet Metastasen in der Wirbelsäule. Den Primärtumor aber findet man dann in der Lunge. Gleiches gilt für neu aufgetretene Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Sehstörungen, die ggf. auf Hirnmetastasen hindeuten. Dieser Patient geht erst einmal zum Augenarzt, dann geht er zum Neurologen, dann kommt eine Bildgebung des Kopfes und dann findet man die Metastasen und sucht den Primärtumor. Flankenschmerzen können auf vergrößerte Nebennieren hindeuten. Und wenn Nebennierenmetastasen auftreten, denkt man immer als erstes an einen Primärtumor in der Lunge. Das problematische ist, dass die Lunge keine Schmerzrezeptoren, also keine Schmerzempfindungsfühler hat. Das heißt, der Tumor kann wachsen, ohne dass der Patient es merkt. Es sei denn, er ist schon so ausgedehnt, dass er in die Brustwand einwächst. Und jeder der mal eine Rippenfellentzündung hatte, weiß, das Rippenfell ist sehr schmerzempfindlich.

Frau Weerts

Es ist also so, dass ich als Patient bzw. als Angehöriger immer dann aufmerksam werden muss, wenn es eine Änderung irgendeiner Art gibt, richtig?

Herr Prof. Laack

Genau! Wenn etwas ist, was man nicht kennt. Zum Beispiel ein Raucher: Der kennt seinen morgendlichen Raucherhusten. Wenn sich der Husten plötzlich ändert, eine andere Qualität hat, hartnäckiger ist oder der Patient plötzlich nicht gekannte Luftnot verspürt. Luftnot, Husten, Heiserkeit. Da kann natürlich auch eine ganz andere Erkrankung von banaler Entzündung dahinter stecken. **Keinesfalls sollte man solange warten bis Schmerzen auftreten**, weil das kein Frühsignalmarker ist. Es gilt immer: Wenn etwas ist, was man bisher so nicht kannte, neu ist und bleibt, sollte man das spätestens nach vier Wochen abklären lassen.

Frau Weerts

Also wenn ich eine normale Erkältung habe, die klingt ja meistens nach 3 Wochen von alleine wieder ab...

Herr Prof. Laack

...aber wenn ich einen **Husten** habe, **der nicht weg geht: abklären! Heiserkeit, die bleibt: abklären!** Und da sind vier Wochen, bevor ich jemanden aufsuchen sollte, eine gute Zeitschiene.

Frau Weerts

Also ist ein chronischer Husten irgendwie schon ein Warnsignal?

Herr Prof. Laack

Jemand, der eine chronische Bronchitis hat und ein Lungenemphysem, der kennt seinen chronischen Husten, der gehört mit dazu. Wenn sich da aber etwas ändert, dann sollte man es abklären.

Frau Weerts

Würde man das denn tatsächlich merken? Wie ist Ihre Erfahrung - wahrscheinlich verdrängen die Menschen oft, oder?

Herr Prof. Laack

Ja, die Menschen verdrängen es oft. Und meistens sind es die Angehörigen, die sagen, „Da hat sich bei dir etwas verändert, gehe doch mal hin.“ Und natürlich Patienten, die ein Lungenemphysem haben, eine chronische Bronchitis haben, die haben da ihre immerwährenden Infekte in den Bronchien. Die haben auch mal eine Exazerbation, also eine Verschlechterung der Situation durch einen Infekt und haben plötzlich gelblichen, grünlichen Auswurf. Das ist nicht immer gleich Lungenkrebs, das ist ihre chronische Grunderkrankung der Lunge. Und deshalb ist es auch sehr schwierig zu unterscheiden und deshalb rate ich, wenn sich irgendwo etwas verändert, eher mal zu früh, als zu spät hingehen.

Frau Weerts

Gibt es denn eine Altersgrenze für Lungenkrebs?

Herr Prof. Laack

Also das Lungenkrebsrisiko steigt rasant an, ab „20 pack years“. **Das heißt, wer 20 Jahre lang eine Schachtel pro Tag geraucht hat, der ist ein Risikopatient.** Die Einheit Packungsjahr (PY) allein ist dabei nicht ausschlaggebend. Entscheidend ist natürlich auch, wann jemand mit dem Rauchen angefangen hat. Wenn ein Jugendlicher im Alter zwischen 10 und 15 Jahren anfängt, dann hat er mit 35 Jahren häufig schon 20 Jahre geraucht. Und gerade derjenige, der in der Kindheit, Jugend anfängt, wenn der ganze Körper noch im Wachstum ist und Sie führen einen Stoff zu, also einen Cocktail an krebserregenden Stoffen - und im Tabakrauch sind eben deutlich mehr als 50 verschiedene krebserregende Stoffe - das merkt der Körper natürlich. Folglich heißt das, dass auch schon 5 PY gefährlich sein könnten.

Wenn jemand aber auf Partys während der Studentenzzeit vielleicht insgesamt auf 20 Zigaretten kommt, dann ist das Risiko natürlich ein ganz anderes.

Was wiederum auch ganz wichtig ist, wir sehen immer wieder auch Patienten, die haben nie geraucht und haben einen Lungenkrebs. Das ist biologisch aus meiner Sicht dann eine ganz andere Entität, und hat mit dem Raucherkrebs gar nicht viel zu tun. Da finden wir häufig genetische Veränderungen in den Tumorzellen und da hilft dann auch keine klassische Chemotherapie, wenn die Tumorzellen metastasiert haben und nicht operiert werden können. Diese Patienten bekommen dann eine zielgerichtete Therapie in Tablettenform.

Frau Weerts

Was würden Sie sagen, sind diese Warnhinweise, die man auf Zigarettenpackungen sieht, denn tatsächlich für die Raucher abschreckend?

Herr Prof. Laack

Also ich glaube, der Mix macht es. **Das heißt, eine gute Aufklärung ist wichtig!** Das Beginnt ja schon im frühesten Kindesalter: Man bringt den Kindern möglichst früh bei worauf sie achten müssen. Und da ist aus meiner Sicht besonders wichtig, neben der gesunden Ernährung und dem vielen Sporttreiben, ein guter UV-Hautschutz, eben auch die Tabakprävention. Das ist glaube ich ganz, ganz wichtig. Der Zeitgeist ist wichtig, im Moment ist der Zeitgeist ein Nichtraucher. Mit Rauchverboten auf Schulhöfen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, in Restaurants, also da hat sich viel getan. Im Moment ist die Inzidenz, also die Häufigkeit von Neuerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen so niedrig wie nie. Das versucht man natürlich zu halten. Die Gefahr ist natürlich groß, gerade wenn es gesellschaftlich immer unruhig wird, dann gehen meistens solche Dinge auch wieder ein bisschen nach oben. Aber die Aufklärung, die Vorbildfunktion der Erwachsenen, das spielt alles eine Rolle und natürlich können diese Bilder für jemanden, der noch nie geraucht hat oder davor ist zu rauchen, einen abschreckenden Effekt haben. Derjenige, der eine richtige Nikotinsucht hat und schon seit Jahren raucht, den erschüttern solche Bilder nicht mehr. Wobei man auch immer wieder sagen muss, **jeder zweite langjährige Raucher verstirbt vorzeitig** und nicht immer an einem Lungenkarzinom, sondern an den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die da eine Rolle spielen oder an einer chronischen Lungenerkrankung. Die Prävention ist, glaub ich, etwas ganz Entscheidendes. Und natürlich ist es auch so, dass diese Bilder eine gewisse Ächtung der Zigaretten darstellen. Früher war es eben so, zu meiner Jugend, dass die Raucher die Coolen waren. Dieses Bild hat sich Gott sei Dank gedreht.

Frau Weerts

Die Werbung kann verführen. Aber Menschen mit Zigarette sieht man heute ja nicht mehr auf Plakaten.

Herr Prof. Laack

Ja, aber jetzt ist es anders: Es gibt immer noch diese Werbung. Zum Beispiel die Lucky Strike-Werbung, die sehr auf Kinder aus ist und Bilder mit iPhone, Kopfhörern und all solchen Dingen zeigen. Aber diese ganzen Marlboro-Geschichten früher mit Lagerfeuerromantik und dem Reiter, die große Freiheit, das ist überholt. - Wobei die meisten Marlboro-Cowboys auch an Lungenkarzinomen gestorben sind.

Frau Weerts

Das ist die Seite der Raucher. Aber was ist mit dem **Passivraucher**? Gerade Kinder im Haushalt oder im Auto sind dem Qualm ausgesetzt.

Herr Prof. Laack

Und das ist ein ganz entscheidender Punkt. Da kommen wir auch wieder zur Vorbildfunktion der Erwachsenen. Jeder Erwachsene ist natürlich seines eigenen Glückes Schmied. Aber bei Kindern ist es so, dass die natürlich überhaupt nicht Passivrauch ausgesetzt werden sollten. Weder im Auto, noch in der Wohnung darf eigentlich geraucht werden. Und es gibt tolle Untersuchungen, wenn sich jemand z. B. in der Küche eine Zigarette ansteckt, haben Sie relativ schnell in allen Räumen echt hohe Konzentrationen. Also das breitet sich extrem schnell aus und was immer gar nicht so publik ist, das ist der „**third hand smoke**“. Das ist der Tabakrauch, der immer wieder frei wird von Teppichen, von Möbeln und Wänden und Pflanzen. Haustiere aus Raucherhaushalten haben eine deutlich höhere Inzidenz an Karzinomen der Schnauze, des Rachenraums, der Lunge, weil die ja in diesem Rauch immer leben. Ob es nun ein Kaninchen, Hund oder Katze ist.

Frau Weerts

Und wenn Menschen nun auf den Balkon gehen und rauchen? Das hilft auch nicht viel, oder?

Herr Prof. Laack

Garten oder Balkon sind zumindest immer noch besser als in der Wohnung. Das muss man eindeutig sagen.

Frau Weerts

Und sagen Sie, wenn jetzt ein Patient merkt, dass sich bei ihm etwas verändert hat, warum kommt der dann gerade zu Ihnen in die Praxis? Welche Angebote haben Sie für ihn?

Herr Prof. Laack

Wir sind ein Baustein in der Gesamtbehandlung des Lungenkrebspatienten. Als Hämato-Onkologen haben wir den Part des Koordinators, führen selber die systemische Therapie durch und übernehmen auch die Nachsorge. Wichtig und enge Partner sind der Chirurg, der Strahlentherapeut, der Pathologe, der Lungenfacharzt, der meistens die Diagnose mitteilt sowie der Hausarzt, der seinen Patienten die längste Zeit kennt. Aufgrund der Symptome beginnt dann die gemeinsame Diagnostik: Was ist jetzt im aktuellen Moment die beste Strategie? Geht es in Richtung lokale Therapie, Operation oder geht es eher in Richtung multimodales Konzept mit Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie oder haben wir eine Situation, bei der die Erkrankung schon fernmetastasiert ist, also hat der Krebs gestreut? Dann kommt eine unserer **drei Therapiesäulen** zum Einsatz. Bei uns wird die klassische Chemotherapie durchgeführt, das heißt, wir machen die zielgerichtete Therapie entweder in Tablettenform oder seit zwei Jahren die Immuntherapie.

Dafür brauchen wir heute unbedingt den Pathologen. Er kann uns ganz viel über den Tumor sagen (welcher feingeweblicher Typ, welche Immunhistologie und für uns besonders wichtig die molekulare Pathologie, also hat der Krebs irgendwo eine Treibermutation, die wir zielgerichtet hemmen können). Bei der Immuntherapie werden alle zwei bzw. drei Wochen Antikörper als Infusion gegeben. Ziel ist es, das Immunsystems wieder so stark zu machen, dass das eigene Immunsystem den Tumor erkennt, ihn also demaskiert und ihm seine Tarnkappe nimmt und den Tumor wieder selber angreift. Und ich muss sagen, ich bin von dieser Art der Therapie absolut begeistert. Es wirkt wie immer nicht bei allen: Aber es gibt Situationen, da ist der Tumor schon soweit vorbehandelt worden, dass wir dann nur einen Antikörper geben, der das Immunsystem wieder auf Kurs bringt, und der Tumor wird kleiner. Die Immuntherapie wirkt nicht sofort, das muss man wissen. Aber heute ist ja auch ein Stillstand schon ein wichtiger Punkt. Wenn ein Patient also einen ganz besonders starken Therapiedruck hat, muss ich eher mit Chemotherapie oder wenn möglich mit zielgerichteter Therapie behandeln.

Frau Weerts

Wenn ein Patient zu Ihnen kommt, wie sieht die Diagnostik aus? Welche Maßnahmen führen zur Erkennung von Lungenkrebs?

Herr Prof. Laack

Häufig kommen die Patienten schon mit diagnostizierten Lungenkarzinomen. Aber viele unserer Patienten kommen auch zur **Zweitmeinung**. Da ist schon manches gelaufen und dann ist die Frage: Wie würden Sie es machen? Wir brauchen für die Behandlungsentscheidung zuvor eine feingewebliche Untersuchung und wir brauchen eine Ausdehnungsdiagnostik. Also wie ausgedehnt ist die Erkrankung, sind die Lymphknoten befallen, sind schon Fernmetastasen da? Also ich brauche ein ganz genaues präoperatives Stadium, um zusehen, geht das direkt in die Schiene Operation oder müssen wir möglicherweise noch vorbehandeln und dann operieren? Oder ist es gar nichts für die Operation, weil wir schon Nebennieren- oder Lebermetastasen haben. Die Frage ist, welcher Therapieweg wird in der jeweiligen Situation eingeschlagen. Wichtig ist das gesamtssystemische

Konzept und die Kontrolle, um zu jedem Zeitpunkt und jeder etwaigen Änderung eingreifen und ggf. operieren zu können.

Frau Weerts

Mit wem arbeiten Sie darüber hinaus zusammen?

Herr Prof. Laack

In Hamburg haben wir exzellente Chirurgen und viele Strahlentherapien, die sehr heimatnah sind. Das heißt, man guckt wo der Patient wohnt, wenn es um die Strahlentherapie geht und wir haben viele Hämato-Onkologen, Pneumologen, die sich sozusagen auf Lungenkrebs spezialisiert haben. Und wir haben Molekularpathologen, die wirklich exzellent das molekulare Profil des Tumors detektieren. Und das gibt uns schon, was die therapeutischen Strategien angeht, ganz ganz viele Möglichkeiten. Wir sind ja sogar soweit, dass wir häufig auch die sogenannte **Liquidbiopsie** machen. Die wird gemacht, wenn wir das molekulare Profil des Tumors herausfinden wollen, der Tumor aber wächst und es bronchoskopisch oder chirurgisch ein hoher Aufwand ist an ihn heranzukommen. Bevor wir da einen größeren Eingriff machen, machen wir zuerst den Versuch der Liquidbiopsie. D.h. wir nehmen ein Blutröhrchen, schicken das zum Pathologen (deshalb Liquid, flüssige Biopsie) und wenn der Tumor DNA an das Blut abgibt, dann kann der Molekularpathologe diese DNA dort detektieren und schauen, ob Treibermutation nachweisbar ist. Ist da nichts nachweisbar, heißt das nicht, dass es nichts ist. Dann brauche ich das aus dem Gewebe. Finde ich sie aber im Blut, dann habe ich sozusagen einen guten repräsentativen Wert. In dem Fall kann ich auf die Biopsie verzichten und schon behandeln.

Und die Psycho-Onkologie ist dabei natürlich ganz wichtig. Ernährungsberatung ist ganz wichtig und Physiotherapie, Atemreha, Selbsthilfegruppen - hier in Hamburg ist eigentlich alles da.

Frau Weerts

Ihre Patienten müssen dann wahrscheinlich innerhalb Hamburgs zu den verschiedenen Fachärzten?

Herr Prof. Laack

Ja, in Hamburg sind es aber ja nur wenige Kilometer und fast alles ist mit der U-Bahn und mit dem Taxi erreichbar.

Frau Weerts

Und wenn die Diagnose Lungenkrebs gestellt ist, zu welchem Zeitpunkt muss ein Patient ins Krankenhaus?

Herr Prof. Laack

Vieles ist ambulant möglich, wenn der Patient einen guten Allgemeinzustand hat. Die Therapien laufen vorwiegend, ich sag mal zu 95 Prozent, ambulant. Aber es gibt auch Situationen, z.B. wenn der Patient einen eingeschränkten Allgemeinzustand hat, dann würde man es auch stationär beginnen.

Frau Weerts

Und welche Kriterien sollte ein Krankenhaus Ihrer Meinung nach erfüllen, damit Ihr Patient gut aufgehoben ist?

Herr Prof. Laack

Für die Chemotherapie sollte das eine hämato-onkologische Abteilung sein. Bestes Beispiel ist Großhansdorf oder auch die Lungenabteilung in Harburg, das sind zwei jeweils pneumologische Abteilungen, die sich aber auf die Behandlung des Lungenkarzinoms sehr spezialisiert haben. Und die gehören aus meiner Sicht da in eine Reihe. Die haben sicherlich mehr Erfahrung als manch anderer, ich sag mal, Allgemein-Hämato-Onkologe, nicht immer, aber manchmal, weil sie da natürlich ein ganz besonderes, sehr selektiertes Spektrum haben. Das hat Vor- und Nachteile.

Frau Weerts

Inwieweit haben Sie Einflussmöglichkeiten auf die Behandlung im Krankenhaus?

Herr Prof. Laack

Wir selber sitzen in den **Tumorboards** verschiedener Kliniken, wir betreuen auch zwei Kliniken konsiliarisch, also hämato-onkologisch komplett. In Hamburg ist es so - aufgrund der kleinen Wege und da die Lungenkrebszene so klein ist - schließt man sich häufig auch telefonisch kurz, vor allen Dingen mit den Pathologen und fragt nach den Ergebnissen, dann mit den Strahlentherapeuten. Und es ist auch manchmal so, dass der Patient sich auch bei mehreren Experten vorstellt.

Ein konstruiertes Beispiel: Die Frage ist, machen wir eine Pneumonektomie oder machen wir eine definitive Chemo-Radiotherapie? Für beide Vorgehen gibt es in dieser Sache Pro und Contra. Und dann schicken wir die Patienten sowohl zum Thoraxchirurgen als auch zum Strahlentherapeuten. Vieles ist in bestimmten Situationen gleichwertig, so dass der Patient eigentlich wählen kann. Wenn man etwas gleichwertiges hätte, dann ist die Frage, was empfindet der Patient, ist er womöglich schon vorgeprägt? Es geht ja nichts verloren, weil es ja gleichwertig ist und dann geht es darum, wobei der Patient das beste Gefühl hat. Das ist der Punkt mit der Zweitmeinung. Es darf nie einem Arzt ein Zacken aus der Krone fallen, wenn der Patient zur Zweitmeinung geht. Das ist bei Krebspatienten Gang und Gebe und muss auch so sein.

Frau Weerts

Aber Sie bleiben bei allem immer der behandelnde Arzt, **der erste Ansprechpartner** für den Patienten?

Herr Prof. Laack

... neben dem Hausarzt. Dem machen wir keine Konkurrenz. Das ist ganz, ganz wichtig. Das geht auch nur so. Denn der Hausarzt ist für alles andere des Patienten wie Medikamente, für seine anderen Erkrankungen, Cholesterin, Herz etc. zuständig. Schuster bleib bei deinen Leisten.

Frau Weerts

Abschließend: Welchen Stellenwert haben Ihrer Meinung nach Selbsthilfegruppen bei der Krebserkrankung und was wird bei solchen Treffen überhaupt gemacht und wann sollte man sich als Patient vielleicht einer Selbsthilfegruppe anschließen?

Herr Prof. Laack

Selbsthilfegruppen finde ich sind ganz, ganz wichtig. Die gibt es ja für ganz viele Erkrankungen, sowohl für gutartige als auch bösartige Erkrankungen. **Lungenkrebsselfhilfegruppen** gibt es deutschlandweit sehr wenig. Hier in Hamburg gibt es seit Jahren eine Lungenkrebsselfhilfegruppe. Ich halte das für ganz wichtig und rate eigentlich allen Patienten mit denen Kontakt auszunehmen, um sich auszutauschen, um über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten nochmal aus Sicht anderer Patienten etwas zu hören. Wo lässt sich der eine behandeln, wo lässt sich der andere behandeln? Was sind die Sorgen und Nöte? Wie managen andere in der Gruppe mögliche Nebenwirkungen? Also dieser Austausch ist enorm wichtig. Wie wird mit den Ängsten umgegangen, die ja da sind? Vor jeder CT-Kontrolle haben die wahnsinnige Angst. Ist die Erkrankung wieder da, ja oder nein? Dann gibt es erfreulicherweise in Hamburg sogar eine **Angehörigen-Selbsthilfegruppe** für Lungenkrebs, weil ja auch die Angehörigen häufig mindestens genauso betroffen sind, wie der Patient selber.

Und da entstehen ja häufig auch intrafamiliäre Problematiken, mit dem Freundeskreis, keiner weiß, wie soll man ihn jetzt ansprechen, wie soll man mit ihm umgehen? Das gesamte Sozialnetzwerk kann sich ändern, sollte sich nicht ändern, aber manchmal ist es so. D. h. da finden auch Angehörige Rat und Trost und wir empfehlen jedem Patienten mit einer Krebserkrankung sich auch psychonkologische Hilfe zu nehmen.

Frau Weerts

Bei Ihrer ganzen Arbeit, was tun Sie persönlich, um gesund zu bleiben? Und woher schöpfen Sie Ihre Kraft?

Herr Prof. Laack

Ach, das ist eine ganz liebe Frage. Da sitzen manchmal Patienten vor einem, junge Patienten, durchmetastasiert und fragen einen: „Wie halten Sie das eigentlich aus?“ Das ist eine gute Frage. Manchmal möchte man am liebsten auch mitheulen. Wir haben hier teilweise 40 bis 50 Krebspatienten am Tag. Manchmal gibt es Tage, da hat man viele gute Nachrichten, es gibt aber auch mal Tage, da bringen wir im Viertelstundentakt bad news.

Ich glaube, die Empathie ist dabei ganz wichtig - besonders bei Ärzten, die mit Krebspatienten zu tun haben. Diese Patienten sind extrem dankbar. Diese Patienten geben wahnsinnig viel. Sie sind zwar wie Oktopusse, die saugen alles auf, was sie aufsaugen können und manchmal stellen sie immer wieder Fragen und Fragen und Fragen. Aber die sind auch wahnsinnig dankbar, geben auch viel zurück.

Bei uns ist es so, wir haben etwa 1300 Krebspatienten im Quartal. Es ist sicherlich so eine Grundüberzeugung, ein Grundtyp, den man haben muss. Also ich bin extrem so zufrieden mit dem, was ich habe, freue mich sehr an den kleinen Dingen des Lebens. Ich habe, glaub ich, viel von meinen Patienten gelernt, dass es nicht das große Glück gibt, sondern das Glück liegt wirklich in den kleinen Dingen des Lebens. Das gibt mir persönlich sehr viel Zufriedenheit. Dann sicherlich auch mein christlicher Glaube. Das hilft. Ich mache relativ viel Sport und freue mich sehr an meiner Gartenarbeit. Da kann ich mich wahnsinnig gut ablenken und liebe sonst auch Musik. Gehe gerne in Konzerte, sowohl klassisch als auch Rock und Pop. Also von Mozart und Beethoven bis zu AC/DC.

Frau Weerts

Haben Sie vielen Dank für dieses Gespräch.

Mehr als 20 Jahre Berufserfahrung - Prof. Eckart Laack.



Seit 2013 leitet Prof. Laack die Praxis „Hämato-Onkologie Hamburg Prof. Laack und Partner“ und behandelt Patienten rund um das Thema Krebserkrankungen.