

Die zunehmende Bedeutung der Präventionsmedizin – von der Abklärung bis zu immunstärkenden Therapiemöglichkeiten

Menopausen Kongress 25.10.2025 Wien
Friedrich Gill

**Bei meinem Vortrag besteht kein
Interessenskonflikt**

Agenda

1. Präventionsmedizin heute: Ziele & Nutzen
2. Abklärungspfade: Risiko, Screening, Monitoring, vermehrte Aufklärung über erweiterte Therapiemöglichkeiten
3. Immunstärkende Therapiemöglichkeiten (Lifestyle, Supportiv, ImmuSeroForte, DZT)
4. Apoptose & Immunüberwachung – verständlich erklärt
5. Zwei Fallbeispiele (Brust, Pankreas)
6. Umsetzung & Kontrolle

Präventionsmedizin – Ziele & Nutzen

- Gesundheit Lebensqualität & Funktionsfähigkeit erhalten
- Risikofaktoren adressieren: Lifestyle, Umwelt, familiäre Belastung
- Krankheitslast reduzieren: früher erkennen, später eskalieren
- Personalisiert Therapiemöglichkeiten

Präventionsstufen – die vier Ebenen

- Primärprävention: Risiko senken (Bewegung, Ernährung, Impfungen, Suchtprävention)
- Sekundärprävention: Früherkennung/Screening (Mammographie, PSA-informierte Entscheidung, Darmkrebsscreening/ Gentechnische Untersuchungen)
- Tertiärprävention: Bei Erkrankung Komplikationen/Rückfälle verhindern (Nachsorge, Reha, Monitoring)
- Quartärprävention: Übertherapie vermeiden (Nutzen-Risiko-Dialog)

Abklärung: Anamnese & Risikoprofil

Basis-Assessment

- Persönliche Vorgeschichte, Operationen, Medikamente
- Lebensstil: Bewegung, Ernährung, Schlaf, Stress, Substanzen
- Arbeits-/Umweltexposition
- Familienanamnese (z. B. Brust-/Pankreas)

Strukturierte Entscheidungen

- Risikotools & Scores (indikationsbezogen)
- Ggf. genetische Beratung-/Tests bei Hochrisiko-Konstellationen
- Individuelle Zieldefinition & Follow-up-Plan

Entscheidungen über Komplementäre Therapieformen DZT und /HIFU und oder Hyperthermie/Ozon

Abklärung: Screening & Bildgebung

- Brust: alters- & risikoadaptiert (Mammographie; ggf. ergänzende Bildgebung nach Indikation)
- Pankreas: Hochrisiko-Programme (z. B. erbliche Belastung): EUS/MRCP in spezialisierten Zentren
- Darm: Stuhltest/Koloskopie gemäß Leitlinien
- Dokumentation von Nutzen, Risiken und Patient:innen präferenzen

Abklärung: Labor & Biomarker (beispielhaft)

- Allgemeine Basis: Blutbild, Entzündungs- & Organparameter
- Metabolik: HbA1c, Lipidprofil – kardiometabolisches Risiko
- Vitamine/Spurenelemente nur bei Verdacht/Defizit – Übertherapie vermeiden- Vitamin D
- Onkologische Marker nur indikationsbezogen und nie isoliert interpretieren

Immunstärkend I: Lebensstil & Verhalten

Implementierung

- Infektprävention (Hygiene, saisonale Impfungen nach Empfehlung)
- Gewichtsstabilisierung bzw. -normalisierung
- Verzicht auf Tabak, moderater Umgang mit Alkohol
- Adhärenz: kleine, nachhaltige Schritte statt radikaler Pläne

Säulen

- Regelmäßige körperliche Aktivität (ausdauer- & kraftbetont)
- Entzündungsarme, proteinadäquate Ernährung
- Ausreichender Schlaf & circadiane Hygiene
- Stressreduktion, Psychoonkologie, soziale Unterstützung

Immunstärkend II: Supportivmedizin

- Nebenwirkungsmanagement (Fatigue, Schmerz, Schlaf, Ernährung)
- Mikronährstoffe bei nachgewiesenem Defizit (ärztlich prüfen)
- Rehabilitation & Nachsorge strukturiert planen
- Dokumentation von Zielen, Maßnahmen, Ergebnissen

Immunmodulation in der Onkologie – ImmuSeroForte & DZT

- **ImmuSeroForte** ist ein individuell hergestelltes **biologisches Immunpräparat** (Defekturarzneimittel), das zur **Unterstützung des Immunsystems** und zur **Aktivierung natürlicher Zellschutz- und Apoptosemechanismen** eingesetzt wird.
- Dendritische Zelltherapie (DZT): ex vivo vorbereitete patienteneigene DZ – zielgerichtete T-Zell-Aktivierung
- Beides stets ergänzend, nicht ersetzend (Off Label; Indikation/Timing individuell, ärztlich koordiniert)
- Kein Heilversprechen; Monitoring & Dokumentation obligatorisch

Immunonkologie der Unterschied dendritische Zelltherapie vs. Blutwäsche

Ziel und Zweck der unterschiedlichen Herstellungsverfahren

1. **DZT:** Gewinnung von Immunzellen (Monozyten) zur Herstellung dendritischer Zellen im Labor.
2. **Blutwäsche (Apherese/Plasmapherese):**
Entfernung bestimmter Blutbestandteile (z. B. Antikörper, Entzündungsstoffe).

Ablauf / Methodik:

1. **DZT:** Einmalige venöse Blutabnahme (180–250 ml), Laborverarbeitung, Re-Injektion als Zellpräparat.
2. **Blutwäsche:** Maschinelles Verfahren über Apheresegerät, Trennung der Monozyten und Rückführung des Restblutes.

Dauer / Ort:

1. **DZT:** 15–30 Min., Praxis/Klinik
2. **Blutwäsche:** 1,5–3 Std., spezialisierte Einrichtung

→ DZT = aktive Immuntherapie | Blutwäsche = passive Entlastung

Immunonkologie der Unterschied dendritische Zelltherapie vs. Blutwäsche

Nutzen und Kombinationen

Weiterverarbeitung / Nutzen:

1. **DZT:** Verarbeitung im Labor → individuelles Zellpräparat zur Immunstimulation.
2. **Blutwäsche:** Reinigung des Blutes → Soforteffekt durch Entfernung schädlicher Substanzen. (Labor Nesselhut)

1. **DZT-Ziel:** Langfristige Aktivierung des Immunsystems gegen Tumorzellen.
2. **Blutwäsche-Ziel:** Entzündungsreduktion, bessere Mikrozirkulation, Entlastung.

Kombinierte Anwendung:

1. Blutwäsche vor Zelltherapie reduziert Entzündungsmediatoren und verbessert Immunantworten.

Merksatz: „Clean-up before Immunboost“ – Erst reinigen, dann aktivieren.

Apoptose & Immunüberwachung – verständlich erklärt

- Apoptose = programmierter Zelltod: körpereigene „Qualitätskontrolle“
- Täglich entstehen viele fehlerhafte Zellen; Immun-/Apoptosepfade eliminieren den Großteil
- Krebszellen umgehen diese Pfade – daher Bedeutung von Überwachung & Modulation
- Ziel: Terrain verbessern, in dem Systemtherapien wirken

Fallbeispiel 1: Brustkrebs (Prävention & Nachsorge)

Ausgangslage

48-jährige Patientin, postmenopausal

ED 05/2018: invasiv-ductales Mammakarzinom links,
ypT1c ypN1a (2/20), R0, G3

Rezeptoren: ER-, PR-, HER2 0 → **triple negativ**

Neoadjuvantes **AC**→**Paclitaxel**, Segmentresektion +
Axilladisektion (10/2018), adjuvante RT

Genetik: **BRCA1/2, PIK3CA negativ**

Rezidiv & frühe Linien

02/2021: Rezidiv Thoraxwand/Axilla links, PD-L1 negativ,
Ki-67 70 %

- Linie: **Paclitaxel + Bevacizumab** → partielle Remission (lokal)
- Linie: **Capecitabin + Bevacizumab** (HFS → Dosisreduktion)

04/2022: lokaler PD → Dosisanpassung



Fallbeispiel 1: Brustkrebs (Prävention & Nachsorge)

Progress & Drittlinie

- **04/2023:** Progress Thoraxwand/Axilla, HER2-Score 0, **Ki-67 > 80 %**
- **Ab 06/2023: Sacituzumab-Govitecan** (palliativ, 3. Linie)
- Verlauf unter Drittlinie: stabile bis partielle Response

Zusatzbehandlung (Wundversorgung)

Ozon-basierte Lokaltherapie an offenen Tumorstellen der Brust

- Ziel: Keimreduktion, Geruchs- & Exsudatkontrolle, Granulationsförderung
- **Verlauf:** klinisch **gut**, **Wundverschluss**/Epithelisierung berichtet
- Nebenwirkungen: keine relevanten

Hinweis (für Referenten-Notizen): Ozon als **adjuvante** Wundbehandlung – nicht onkologischer Standard, hier **case-based** Outcome.

Fallbeispiel 1: Brustkrebs (Prävention & Nachsorge)

Immunmodulierende Onko-Strategie

Dendritische Zelltherapie (DZT), tumorantigen-beladen

- **4 Applikationsreihen**, personalisierte Antigenbeladung
- Begleitinjektionen: **10x „ImmuSeroForte“**
- **Verlauf: optimal, kaum Nebenwirkungen**
- **Outcome: ≈ 80 % Remission** (klinisch/bildgebend; Spezifikation der Messmethode in Notizen)

Differenzialdiagnose (DD) bei Thoraxwandläsionen

- **Tumorrezidiv/Progress vs. radiogene Fibrose/Narbengewebe**
- **Therapiebedingte Dermatitis** (Capecitabin, ADC)
- **Lymphödem-assoziierte Entzündung/Cellulitis**
- **Sekundäres Strahlen-assoziiertes Sarkom** (selten)
- **Infektion** (bakteriell/fungal) in exulzerierten Arealen
- **Benigne Granulations-/Fibromatose**

Fallbeispiel 1: Brustkrebs (Prävention & Nachsorge)

Abgrenzung der DD (Diagnostik)

- **Bildgebung:** MRT/CT/PET-CT (Metabolismus, Infiltrationstiefe)
- **Core-Biopsie** mit IHC (ER/PR/HER2, Ki-67, p63/CK5/6 bei DD Sarkom/Metaplasie)
- **Mikrobiologie** aus Wundarealen bei Verdacht auf Infektion
- **Dermatohistologie** bei unklarer Dermatitis
- **Lymphszintigrafie** bei Lymphödemfragestellung

Therapiepfad (Zeitleiste)

- 2018: AC → Pacli → OP → RT
- 2021: Rezidiv → Pacli/Bev → Capecitabin/Bev
- 2023: Progress → **Sacituzumab-Govitecan**
- 2023/24: **Ozon-Wundtherapie** → **Wundschluss**
- 2024/25: **DZT (4 Zyklen) + 10× ImmuSeroForte** → **~80 % Remission**

Fallbeispiel 1: Brustkrebs (Prävention & Nachsorge)

Verträglichkeit & Sicherheit

- **Sacituzumab-Govitecan:** erwartbare hämatologische/GI-Tox, hier beherrschbar
- **Ozon lokal:** gut toleriert, keine berichteten Komplikationen
- **DZT + ImmuSeroForte:** kaum Nebenwirkungen (lokal/systemisch)

Keine endokrinen Optionen (triple-negativ)

Menopausale Beschwerden (Schlaf, Fatigue, Kognition) können

Symptomlast und **Therapietoleranz** beeinflussen

Supportiv: Bewegung, Ernährungsmedizin, Schlaf-/Stress-Management,
ggf. nicht-hormonelle Hitzewallungs-Therapien

Fallbeispiel 1: Brustkrebs (Prävention & Nachsorge)

Kernaussagen

- **Komplexe DD** zwischen Rezidiv, Strahlenfolgen, Infektion und Therapieeffekten
- **Multimodaler Ansatz** inkl. ADC-Therapie, adjuvanter Wundbehandlung und immunmodulatorischer Therapie (DZT + ImmuSeroForte)
- **Real-World-Outcome: Wundverschluss + ~80 % Remission bei sehr guter Verträglichkeit**

Diskussion & Take-Home

- Individualisierte, **antigen-spezifische** Immunaktivierung kann bei TNBC-Rezidiv **klinisch relevante Remissionen** ermöglichen
- Adjuvante **Wundheilungs-Strategien** (hier Ozon) können Morbidität senken und Lebensqualität steigern
- **Prospektive Daten** und Biomarker-Stratifizierung wünschenswert; Fall zeigt **machbare Sicherheit + signifikantes Ansprechen**

Fallbeispiel 2: Pankreaskarzinom mit Lebermetastasen

Ausgangslage

Diagnose: fortgeschrittenes Pankreaskarzinom mit multiplen Lebermetastasen

Vorbehandlung: Gemcitabin – Progress nach 4 Monaten

Das **Pankreaskarzinom** gehört zu den aggressivsten soliden Tumorerkrankungen. Diagnose oft erst im **metastasierten Stadium (Leber, Peritoneum)**.

Überlebenszeit unter Standardtherapie meist < 1 Jahr.

Frühe genetische und immunologische Diagnostik verbessert die Therapiestrategie.

Fallbeispiel 2: Pankreaskarzinom mit Lebermetastasen

Untersuchungsbereich

BRCA1/2, PALB2, ATM

KRAS, TP53, CDKN2A, SMAD4

MSI-Status / Mismatch-Repair (MMR)

TMB (Tumor Mutational Burden)

HLA-Typisierung & Neoantigenanalyse

Liquid Biopsy (ctDNA)

Bedeutung

DNA-Reparaturgene → ggf. PARP-Inhibitoren möglich

Prognostisch ungünstige Mutationen, typisch für Pankreaskarzinom

Identifikation immunogener Tumoren → Checkpoint-Therapie möglich

Hoher Wert spricht für bessere Immunantwort
wichtig für Beladung der dendritischen Zellen

Verlaufskontrolle und minimale Resterkrankung (MRD)

Genetische und molekulare Diagnostik

Ziel: Erkennen von Mutationen, die Therapieansprechen und Immunantwort beeinflussen.

Fallbeispiel 2: Pankreaskarzinom mit Lebermetastasen

Standardtherapie und Grenzen

Standardverfahren	Wirkung	Limitation
Chemotherapie (FOLFIRINOX, Gemcitabin)	Wachstumshemmung	hohe Toxizität, Resistenzentwicklung
Strahlentherapie	lokale Kontrolle	keine systemische Immunaktivierung
Targeted Therapy	Mutationabhängig	limitiert auf BRCA+, MSI-high

Immunologische Perspektive

- Pankreaskarzinom = „immunologisch kalter“ Tumor
- Tumormikromilieu blockiert T-Zell-Aktivität
- Ziel: „Re-Programmierung“ durch Immuntherapie
- Dendritische Zelltherapie (DZT) bringt Immunerkennung zurück in den Tumorprozess

Fallbeispiel 2: Pankreaskarzinom mit Lebermetastasen

Immunologische Effekte

- Aktivierung der **CD8+ T-Zellen**
 - Steigerung der **Interferon- γ -Produktion**
 - Reduktion zirkulierender **Tumorassoziierter Zellen**
- Apoptose-Einleitung** durch Immunmodulation

Vorteile der DZT beim Pankreaskarzinom

- ✓ Individuell, autolog, nicht-toxisch
- ✓ Systemische Wirkung trotz lokaler Applikation
- ✓ Synergie mit onkologischer Basistherapie
- ✓ Stärkung der Lebensqualität und Immunresilienz
- ✓ Ambulant durchführbar – keine Klinikpflicht

Fallbeispiel 2: Pankreaskarzinom mit Lebermetastasen

Zusammenfassung

Die Kombination aus **dendritischer Zelltherapie** und **Immunaufbau mit ImmuSeroForte** bietet beim fortgeschrittenen Pankreaskarzinom eine neue Perspektive – mit dem Ziel, **Tumorprogress zu stoppen, Lebenszeit zu verlängern und Lebensqualität zu erhalten.**

Ausblick

- Integration von **KI-basierten Immunprofilen** zur Therapieoptimierung
- Tumorreduktion/ Elimination mittels HIFU
- Kombination mit **Hyperthermie, Ozon und Mikronährstoffen**
- Ziel: **Langzeitremissionen** auch bei metastasierten Tumorformen

HIFU

High Intensity Focused Ultrasound JC Series Tumor Treatment System



JC-200



Patient Journey – vom Erstkontakt zum Monitoring

- 1) Erstkontakt & Zielklärung
- 2) Abklärung: Anamnese, Risiko, Screening, Labor/Bildgebung
- 3) Therapieplan
- 4) Individueller Präventions-/Nachsorgeplan
- 5) Umsetzung & Coaching (Adhärenz sichern)
- 6) Monitoring: KPIs & Anpassungen im Verlauf

Umsetzung in der Praxis – Prozesse & Dokumente

- Templates: Anamnese, Einwilligungen, Präventionsplan, Feedbackbögen
- DSGVO-konforme Dokumentation & Aufbewahrung
- Kooperation: Onkologie, Ernährungs- & Bewegungstherapie
- ImmuSeroForte & HIFU (High Intensity Focused Ultrasound)
- Kommunikation: klare Erwartungswerte, realistische Ziele

Zusammenfassung & nächste Schritte

- Präventionsmedizin = kontinuierlicher Prozess, kein Einmalprojekt, Präventionsmedizin ist ein lebensüberspannender Prozess
- Abklärung strukturiert, Entscheidungen gemeinsam
- Immunstärkende Maßnahmen ergänzen, nicht ersetzen
- ImmuSeroForte & DZT: individuell, ärztlich koordiniert, ohne Heilversprechen
- Kontakt/Zweitmeinung:

Wichtiger Hinweis (Disclaimer)

- Diese Präsentation ersetzt keine ärztliche Beratung.
- Therapieentscheidungen erfolgen individuell im Behandlungsteam.
- Regionale Verfügbarkeit und Regulatorik beachten.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. F. Gill

ordination@frauenarzt-drgill.at

Für die wissenschaftliche Unterstützung bedanke ich mich bei der IMMUMEDIC ein internationales Netzwerk für dendritische Zelltherapie.

