



Aktuelle Gesundheits- Nachrichten

Spezialisierte Darmkrebsbehandlung
Die Interdisziplinäre Tumorkonferenz
Pankreaskarzinom: Moderne
Diagnostik und Therapie
Übergewicht und Krebs
Gefahren der Handystrahlung
Wie Gefühle uns beim Essen steuern
Patientengeschichte
Aktuelles aus der Krebsmedizin

KREBS.
Gemeinsam
sind wir stark.



Viele „Steine des Anstoßes“



Liebe Leserin, lieber Leser!

Auch in der Krebsmedizin ruft ökonomischer Druck nach gesellschaftlichen und politischen Veränderungen. Wir haben nachfolgend einige Problemfelder notiert, die für Unverständnis sorgen.

In einem Positionspapier der Deutschen Krebshilfe und ihres Fachausschusses „Krebs-Selbsthilfe/Patientenbeirat“ heißt es u.a. „... wir nehmen zunehmend wahr, dass pharmazeutische Unternehmen eine stärkere Einbeziehung von Patienteninteressen in Fragen der Arzneimittelversorgung anstreben. ... Unabhängige Patientenorganisationen sehen sich politischem Druck ausgesetzt. ... Pharmazeutische Unternehmen streben Beteiligungsformen an, demzufolge Patientinnen und Patienten schon in einer frühen Phase bei der Erforschung und Entwicklung von Arzneimitteln beteiligt werden“. Bitte lesen Sie hier das komplette Positionspapier: www.krebshilfe.de/informieren/presse/stellungnahmen/

Ein weiteres Thema: Der Palliativmediziner Matthias Thöns stellt in seinem Buch „Patient ohne Verfügung: Das Geschäft mit dem Lebensende“ Konfliktsituationen von Therapeuten dar, die dem ökonomischen Druck folgend, Todkranken häufig Therapien zumuten, die ihnen nichts mehr nutzen, wohl aber den Kliniken und Ärzten. Diesem Thema widmet sich auch „DIE ZEIT“ (Nr.4 vom 19.01.17) in einem Beitrag. Ethisches Resümee: Am Ende des Lebens ist liebevolles therapeutisches Unterlassen angebracht. Ist der Tod unvermeidlich, sind Schmerzlinderung und Gespräche die bessere Entscheidung. Aber: Sprechende Medizin bringt fast kein Geld!?! Bitte lesen Sie auch diesen Artikel: www.zeit.de und www.deutschlandfunk.de (Das Geschäft vor dem Tod)

Auf ihrer Frühjahrstagung hat die DGHO im März 2017 u.a. den Einfluss der Ökonomisierung auf die ärztliche Tätigkeit thematisiert und dazu auch die These I der Leopoldina „Ökonomisches Handeln im Gesundheitssystem ist geboten – aber ausschließlich zum Wohl des einzelnen Patienten und der Gesellschaft“ diskutiert. Ein nicht konfliktfreies Zusammenspiel ökonomischer, politischer, klinischer und vor allem von Patienteninteressen. Mehr dazu: www.dgho.de

Fazit: Sind ärztliche Tätigkeit, Gewinnoptimierung sowie Ethik und Wohl von Patientinnen und Patienten überhaupt zu regulieren? Es bleibt herausfordernd. Uns scheint wichtig, dass darüber gesprochen, geschrieben und für das Wohl der Patienten entschieden wird. Die „Steine des Anstoßes“ sollten immer wieder in Bewegung gebracht werden.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Dagmar Moldenhauer

Ihre Dagmar Moldenhauer, Redaktionsleiterin

IN EIGENER SACHE

- Präventionsgesetz und Realität 2
Dr. med. Andreas-Hans Wasylewski

THEMA HEUTE

- Interview mit Prof. Pross 4
- Spezialisierte Darmkrebsbehandlung im Darmkrebszentrum Berlin Köpenick 8
Prof. Dr. med. Matthias Pross

WISSEN

- Die Interdisziplinäre Tumorkonferenz – ein Instrument 20
onkologischer Präzisionsmedizin
Dr. med. Patrick Stübs, Dr. med. Andre Hassler

ERFAHRUNGEN

- Moderne Diagnostik und Therapie des Pankreaskarzinoms 24
Prof. Dr. med. Stefan Kahl
- Übergewicht und Krebs 34
Dr. med. Martin Kempf

IM BLICKPUNKT

- Handystrahlung: Gefahren und Empfehlungen 40
Markus Pomorin (CH) und Markus Kohl

RAT & TAT

- Wie Gefühle uns beim Essen steuern 48
Dipl. Oecotrophologin Vera Spellerberg

PATIENTENGESCHICHTEN

- Ein schwerer Weg 54
Gudrun Erinski

AKTUELLES AUS DER KREBSMEDIZIN

- auf den Seiten: 18, 19, 31, 32, 33, 38, 39, 45, 46, 47, 53, 56, 57

Präventionsgesetz und Realität



Dr. med. Andreas-Hans Wasylewski

Liebe Leserin, lieber Leser,

Das Ziel der Prävention lautet: Vorbeugen statt heilen. Aber die Realität sieht problematisch aus. Mit steigender Lebenserwartung in Deutschland, falscher Ernährung, Bewegungsmangel und Stress nehmen Zivilisationserkrankungen weiter zu.

Vor allem Herzkrankheiten, Krebs, Diabetes, depressive Erkrankungen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, Stress, Alkohol- und Tabakkonsum führen zu deutlicher Einschränkung der Lebensqualität. Besonders bei einkommensschwachen und armen Menschen häufen sich die Probleme. Sie werden nicht nur einige Jahre früher sterben, sie haben einen längeren Teil des Lebens eine chronische Erkrankung mit allen Konsequenzen. Deshalb geht es hier um verlorene Jahre, die durch Krankheitstage und Erwerbsunfähigkeit entstehen. Das zeigen Studien des Robert Koch-Instituts (RKI). Besonders Kinder aus armen Haushalten leiden dreimal so oft unter Gesundheitsproblemen wie ihre Altersgenossen aus wohlhabenden Familien mit hoher formaler Bildung. Kinder aus ärmeren Familien fangen deutlich öfter an zu rauchen, leiden öfter unter Übergewicht und nehmen seltener Früherkennungsangebote wahr. Eine volkswirtschaftliche Überlegung ist bei unseren Politikern dringend erforderlich.

Als Prävention sollten schon während der Schwangerschaft und direkt nach der Geburt des Kindes entsprechende Maßnahmen als Standard eingeführt werden. Zu Beginn einer Schwangerschaft rauchen in Deutschland über 30 Prozent aller werdenden Mütter. Durch die Gifte des Tabakrauches kommt es schon bei Ungeborenen zu Entwicklungsstörungen wie z. B. Lippen-Gaumen-Spalten (50%), die perinatale Sterblichkeit ist um 150% erhöht. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg hat die Fakten der Belastung von Kindern durch Passivrauchen gesammelt. Die Zahlen des Berichts sind erschreckend. Danach lebt fast jedes zweite Kind in Deutschland in einem Haushalt mit mindestens einem Raucher. Mit anderen Worten: 8,4 Millionen Kinder sind Passivraucher und jede Woche stirbt in Deutschland ein Baby an den Folgen des Passivrauchens.

Deshalb ist in vielen europäischen Ländern das Rauchen schon im Auto verboten, wenn Kinder oder schwangere Frauen mitfahren. Trotz evidenter toxischer Auswirkung des Passivrauchens auf Kinderkörper hat der Gesetzgeber in Deutschland leider nichts in dieser Richtung unternommen. Im Gegenteil, die Tabaksteuer, die pro Jahr 14 Milliarden Euro bringt und zweckmäßig für die Prävention ausgegeben werden sollte, ist fester Bestandteil der deutschen Wirtschaftsplanung. Auf der anderen Seite stehen 34 Milliarden Euro volkswirtschaftlicher Schaden, der durch das Rauchen verursacht wird.

Wie kann man als Politiker über Prävention sprechen und diskutieren, wenn diese Fakten evident für politische Fehlentscheidung stehen? Und weil die Kinder die Zukunft jeder Nation sind, sollte man sich besonders um den Gesundheitszustand unserer Kinder Sorgen machen.

Vor allem in der Schwangerschaft und später nach der Geburt muss die Mutter die Menge der toxischen Stoffe, die das Kind aufnehmen kann, auf ein Minimum reduzieren. Deshalb empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation das Stillen bis zum Alter von sechs Monaten; auch danach weiter stillen neben altersgerechter Beikost bis zum Alter von zwei Jahren und darüber hinaus, solange Mutter und Kind es wünschen.

Die Einführung einer Beikost ist vor Beginn des fünften Lebensmonates nicht notwendig. Stillen ist die beste Prävention und deshalb sollte es auch als Standardempfehlung des Präventionsgesetzes gelten. Später müssen wir bei Kindern und Jugendlichen die gesunde Ernährung und Bewegung fördern, möglichst früh und möglichst mit den Eltern zusammen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine Behörde des Bundes, sollte eine Schlüsselrolle in der nationalen Präventionsstrategie spielen. Das Geld dafür kommt vor allem von den gesetzlich Versicherten: Etwa 490 Millionen Euro von den geplanten 510 Millionen. In diesem Betrag sind auch Projekte enthalten, die bereits bestehen und finanziert werden. In Zukunft werden dann etwa 250 bis 300 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Mit diesem Geld werden künftig jedoch auch die Selbsthilfegruppen unterstützt, was allein schon um die 70 Millionen Euro kosten soll. Aus den Mitteln sollen auch sofort 35 Millionen Euro pro Jahr für Hochglanzbroschüren und große Werbeplakate ausgeben werden. Ob diese Investition dringend notwendig ist, ist fraglich. Das Geld könnte man besser für eine Aufklärung in Kitas und Schulen verwenden. Pro Versicherten sollen die Krankenkassen sieben Euro jährlich für Prävention ausgeben statt vier Euro, wie bisher. Ob diese Ausgaben ausreichend sind, die Gesundheit langfristig zu verbessern, müssen wir uns sehr kritisch anschauen. ■

Ihr Dr. Wasylewski

Interview

Mit Prof. Dr. med. Matthias Pross sprach Dagmar Moldenhauer, Redaktionsleiterin



*Prof. Dr. med. Matthias Pross,
Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für Chirurgie,
DRK Kliniken Berlin Köpenick*

Herr Professor Pross, vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unser Gespräch nehmen konnten. Wir sind zu einem komplexen Beitrag Ihrer Klinik in unserer Zeitschrift verabredet, in dem wir die Arbeit der zertifizierten onkologischen Zentren Darmkrebs und Pankreaskrebs sowie zwei Beiträge aus der interdisziplinären Arbeit vorstellen werden.

Eine erste Frage: Warum sollen Patienten in der Großstadt Berlin, die zahlreiche onkologische Zentren und universitäre Kliniken mit einer excellenten Versorgung für Krebspatienten bietet, gerade in Ihre Klinik kommen?

PROF. PROSS: Der akut an Krebs erkrankte Patient und seine Familie stehen plötzlich vor der Frage, wo lasse ich mich behandeln? Der Großraum Berlin hat viele gute Kliniken und auch einige gute onkologische Netzwerke. Die Betroffenen und ihre Angehörige haben heute schon Möglichkeiten, sich im Vorfeld der Behandlung zu informieren und dann eine Entscheidung zu treffen. Ein Netzwerk mit onkologischen Spezialisten sollte das Ziel der Patientensuche sein, denn eine Krebsbehandlung mit optimalen Ergebnissen ist heute nicht mehr der Erfolg eines einzelnen Arztes.

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat seit Jahren ein Überprüfungsverfahren etabliert. Hier wird die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kontrolliert, zertifiziert und dann öffentlich transparent gemacht. Unser Onkologisches Zentrum an den DRK Kliniken Berlin Köpenick versorgt die Patienten vor-

wiegend aus den südlichen und östlichen Bezirken Berlins, häufig über eine regionale Anbindung, aber längst nicht nur.

Unsere zertifizierten Darm- und Pankreaszentren sind eingebettet in dieses Onkologische Zentrum. Für den Patienten bedeutet dies, hier sind alle Behandlungsmodalitäten (Chirurgie, Chemotherapie, Strahlentherapie, Psychoonkologie, Ernährungsberatung, Genetische Beratung und viele mehr) konzentriert vorhanden. Es existiert eine enge Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung. Dies ist für den Patienten und auch die Familie sehr wichtig.

Der Berliner Senat hat in den letzten Jahren die Zahlen der Krebsbehandlung veröffentlicht. Diese Zahlen zeigen, dass das Darm- und das Pankreaszentrum an den DRK Kliniken Berlin Köpenick immer unter den ersten Kliniken (Anzahl der Behandlungsfälle) in Berlin sind. Dies zeigt die Erfahrung und kann unseren Patienten Sicherheit in ihrer Entscheidung für den richtigen Behandler geben. Alle diese Punkte sprechen für unsere onkologische Expertise.

Welche Rolle spielt aus Ihrer Sicht die aktuell diskutierte Mindestmengenregelung für Operationen für die Orientierung von Krebserkrankten?

PROF. PROSS: Die Mindestmengen sind ein sehr wichtiges Instrument in der Optimierung der Behandlungsqualität. Nur durch eine Spezialisierung mit entsprechenden Behandlungszahlen kann die Erfahrung gesammelt, die Aus- und Weiterbildung durchgeführt und bestmögliche Behandlungsergebnisse erzielt werden.

Ich habe die Veröffentlichung der Senatszahlen schon angesprochen. Hier kann sich jeder schon grob informieren. Desweiteren gibt es die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, auch hier sind Behandlungszahlen ersichtlich.

Die Frage der Mindestmengen wird bei den Zentren, die durch die Krebsgesellschaft zertifiziert sind, schon seit längerer Zeit betrachtet. Hier geht man sogar noch einen Schritt weiter, es wird nicht nur die Mindestmenge pro Krankenhaus, sondern auch pro Operateur gefordert. Der Patient sollte also nach der Zertifizierung durch die Krebsgesellschaft schauen.

Unsere Behandlungszahlen in den DRK Kliniken Berlin Köpenick liegen weit über den Mindestmengenanforderungen.

Wie ist Ihre Haltung und welche Bedingungen helfen Ihnen, dem immer stärkeren ökonomischen Druck in der Medizin, speziell in der Krebsmedizin mit den teuren Therapien, standzuhalten?

PROF. PROSS: Erst einmal möchte ich sagen, dass wir alle, die Behandler und die Patienten, zufrieden sein sollen, dass wir in Deutschland derzeit alle modernen Operations- und Behandlungsmethoden sowie teure Medikamente einsetzen können. Dies ist ein hohes Gut. Wir haben einige ausländische Patienten, die unsere Expertise suchen, hier wird nicht selten die finanzielle Belastung zum limitierenden Faktor, denn diese ausländischen Patienten müssen alles selbst bezahlen, sie haben häufig keine Krankenversicherung.

Die derzeit aus der Forschung kommenden sehr teuren Medikamente haben einen spezifischen in die molekular-genetische Ebene gezielten Einsatz. In den aktuellen Therapieleitlinien sind diese derzeit nur für bestimmte Tumoren erfolgreich einsetzbar. Die weitere Forschung lässt vermuten, dass weitere Medikamente gefunden werden, die wirkungsvoll einzusetzen sind. Ich kann noch nicht beurteilen, ob es hier zu einer deutlichen Indikationserweiterung kommt und wie sich dieses dann ökonomisch auswirkt.

Schwieriger sind Situationen, in denen der Arzt, der betroffene Patient und die Angehörigen an eine Therapiebegrenzung denken und hier eine Entscheidung erforderlich ist. Auch wenn in einigen Patientenschicksalen die Erfolgsaussichten, die Erkrankung aufzuhalten und die Lebensqualität zu verbessern gering sind, ist die Entscheidung gegen eine Therapie sehr schwer.

Welche Pläne, Visionen und Wünsche haben Sie persönlich für Ihre Arbeit als Klinikdirektor, als Chefarzt, als Operateur und ganz persönlich im Hinblick auf das Krebsgeschehen in Deutschland?

PROF. PROSS: Wie ich schon gesagt habe, können wir auf die Situation in Deutschland stolz sein. Natürlich freue ich mich über die Entwicklung unseres onkologischen Standortes in Berlin Köpenick. Dies betrifft sowohl die personellen als auch die materiellen Ressourcen. Ausgewiesene Spezialisten arbeiten in Köpenick und sind im onkologischen Netzwerk vereint. Auch in den nächsten Jahren wird diese Entwicklung weitergehen, denn die Weichen sind schon gestellt. Dies freut mich sehr.

Ich wünsche mir für die Entwicklung unseres Gesundheitssystems eine ehrliche Diskussion der Politik mit den Krankenkassen und allen Leistungserbringern. Diese sollte und muss immer zum Wohle des kranken, hilfsbedürftigen Patienten ausgerichtet sein. Als Krankenhaus Köpenick mit dem onkologischen Behandlungsschwerpunkt möchten wir natürlich eine entsprechende Unterstützung vom Land Berlin erfahren. Als Chefarzt freue ich mich über das leistungsstarke Personal in unserer Klinik, aber auch in den anderen Krankenhäusern. Wir müssen natürlich alle gemeinsam die Pflegeberufe stärken, denn hier deutet sich ein zukünftiger Mangel an. Hier ist die Gesellschaft gefragt. Ich meine insbesondere die Wertschätzung der Pflegeberufe.

Als Chirurg und Operateur freue ich mich über die Behandlungserfolge beim Darmkrebs in den letzten Jahren. Interdisziplinäre Behandlungskonzepte (Chemotherapie, Bestrahlung, Operation sowie auch Psychoonkologie) haben die Heilungsraten, die Überlebenszeiten und die Lebensqualität deutlich verbessert. Dies deutet sich auch in der Krebsbehandlung der Bauchspeicheldrüse an, hier können wir gemeinsam eine erfolgreiche Entwicklung erwarten, ich schaue also mit Optimismus in die Zukunft.

Die Forschung erzielt immer wieder neue Erkenntnisse, die in die Praxis eingebracht werden. Auch unsere Zentren arbeiten mit Forschungseinrichtungen zusammen. So haben wir gemeinsam unsere neuesten Erkenntnisse (erste Studienergebnisse) auf dem Amerikanischen Krebskongress vorgestellt. Diese sollen zeigen, dass mit bestimmten Blutuntersuchungen die Aggressivität der Tumorerkrankung vorherzusagen ist. Dies sind kleine Erkenntnisse, sie können sich aber vorstellen, dass wir natürlich darauf stolz sind, an der modernen Entwicklung, am Fortschritt mitzuwirken.

Vielen herzlichen Dank, Herr Professor Pross für Ihre offenen und auch diplomatischen Antworten. Der gute Ruf Ihrer Klinik ist bekannt – wir wünschen Ihnen und Ihrem Team weiterhin gute Bedingungen für eine erfolgreiche Arbeit zum Wohl Ihrer Patienten. Ein Satz noch zum Schluss unseres Gesprächs: Es hat viel Freude gemacht, mit Ihnen und Ihren Kollegen zusammenzuarbeiten. Danke dafür. ■

Weitere Informationen:

Kontaktinformationen finden Sie auf Seite 30

Spezialisierte Darmkrebsbehandlung im Darmkrebszentrum Berlin Treptow-Köpenick



*Prof. Dr. med. Matthias Pross,
Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für Chirurgie,
DRK Kliniken Berlin Köpenick*

Über uns

Das Darmkrebszentrum Treptow-Köpenick ist ein von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziertes Zentrum und wird regelmäßig überprüft und kontrolliert, um eine hohe medizinische Behandlungsstruktur und -qualität zu sichern. Es setzt sich aus einem Netzwerk von stationär und ambulant tätigen Ärzten sowie Spezialisten zur Behandlung von gutartigen und bösartigen Darmtumoren zusammen und wird zentral von den DRK Kliniken Berlin Köpenick koordiniert.

In den DRK Kliniken Berlin Köpenick zählen die Klinik für Chirurgie, die Koordinationsstelle der Onkologischen Fachambulanz, die Klinik für Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie, das Institut für interventionelle und diagnostische Radiologie und das Institut für Pathologie zu den wichtigen Säulen des Zentrums.

Die ambulanten Kooperationspartner im Netzwerk sind die Praxis für Strahlentherapie und Radioonkologie, das Institut für Molekulare Diagnostik und die ambulant tätigen ärztlichen Kollegen der Region.

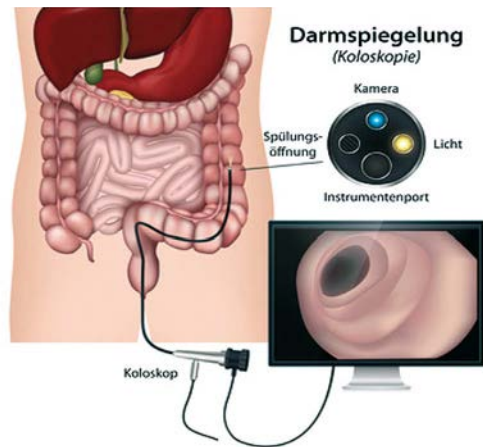
Fakten und Zahlen

Mit weltweit etwa 1,4 Millionen an Darmkrebs erkrankten Menschen pro Jahr zählt diese Krebsart zu den häufigsten, ca. 700.000 Menschen sterben jährlich daran²). Im Jahr 2010 traten in Deutschland insgesamt ca. 62.000 Neuerkrankungen auf, etwa 26.000 Sterbefälle wurden registriert³). Insgesamt sind die Sterberaten allerdings in den letzten 10 Jahren um mehr als 20% gesunken.

Ein Rückgang, der den Fortschritten in der Forschung und Krebstherapie zuzuschreiben ist. D. h. immer mehr Menschen gehören zu den Langzeitüberlebenden. Ein Zusammenhang mit der höheren Lebenserwartung scheint logisch.

Bei fast allen Krebsarten besteht mit zunehmendem Alter ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. In den letzten Jahren ist jedoch ein Rückgang der sogenannten alterstandardisierten Erkrankungsrate, welche die durch demografische Entwicklungen bedingten Veränderungen herausrechnet, zu verzeichnen. Unter anderen sind die Krebserkrankungen des Magen-Darm-Traktes rückläufig¹⁾. Bei Darmkrebs waren Frauen bei der Diagnose 75, Männer 71 Jahre alt, d.h. mehr als die Hälfte erkrankten nach dem 70. Lebensjahr, etwa 10% vor dem 55. Lebensjahr.

Seit Oktober 2002 ist in Deutschland eine Vorsorgekoloskopie ab dem 55. Lebensjahr Bestandteil des gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms. Wenn diese vor dem 65. Lebensjahr erfolgt, kann nach 10 Jahren eine weitere Vorsorgekoloskopie in Anspruch genommen werden. Eine Darmspiegelung bietet im Gegensatz zu anderen Vorsorgeuntersuchungen nicht nur die Möglichkeit, Krebserkrankungen in frühen Stadien zu entdecken, sondern auch Vorstufen wie Adenome zu erkennen und direkt im Rahmen der Untersuchung zu behandeln.



Dadurch können die Fälle, an der betreffenden Krebsart zu sterben, reduziert und die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden.

Nur bei wenigen Krebserkrankungen eröffnet sich, wie bei der Darmspiegelung, die Möglichkeit, durch Erkennung und Behandlung von Vorstufen, auch das Auftreten von bösartigen Tumoren zu verhindern.

Andererseits spielen Lebensstilveränderungen wie beispielsweise Reduktion von Tabak- und Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel oder ultravioletter (UV-)Strahlung eine wichtige Rolle und können erheblich zur Prävention von Krebserkrankungen beitragen⁴⁾.

Symptome

Dickdarmkrebs entwickelt sich in der Regel über einen längeren Zeitraum, ohne Beschwerden zu verursachen. Größere Tumore können dann Beschwerden wie Bauchschmerzen, Schmerzen am After, Blut im Stuhl, Durchfall oder Verstopfung auslösen. In Blutuntersuchungen lässt sich meist eine Blutarmut feststellen, diese ist jedoch sehr unspezifisch und kann im Rahmen vieler Erkrankungen auftreten. Bei sehr großen Tumoren kann es zu einem Darmverschluss, einem sogenannten Ileus kommen, der häufig notfallmäßig operiert werden muss.

Untersuchungen/Diagnostik

Bei jedem neu diagnostizierten Darmkrebs sind eine komplette Darmspiegelung, Ultraschall oder CT des Bauchraumes, Röntgen oder CT des Brustkorbs sowie die Bestimmung des Tumormarkers CEA im Blut notwendig. Bei einem Enddarmkrebs müssen zusätzlich eine Rektoskopie, also Enddarmspiegelung, eine rektale Endosonografie (eine lokale Ultraschalluntersuchung des Enddarmes) sowie ein MRT des Beckens durchgeführt werden. Alle diese Untersuchungen bieten wir im Rahmen der spezialisierten Darmkrebsbehandlung im Darmkrebszentrum Berlin Treptow-Köpenick, wenn sie nicht bereits durch eine/n niedergelassenen Kollegen/in vor Einweisung des Patienten durchgeführt wurden.

Stadieneinteilung

Das Tumorstadium wird nach der UICC-Klassifikation bestimmt, die von der „Union Internationale Contre le Cancer“ herausgegeben wurde und die vorher verwendete TNM-Klassifikation vereinheitlicht und international vergleichbar gemacht hat. **Wie auch zuvor in der TNM-Klassifikation wird bei der UICC-Einteilung nach Tumoreindringtiefe (T), Lymphknotenbefall (N) und Tochtergeschwülsten/Fernmetastasen (M) eingestuft. Hierbei werden die UICC-Stadien 0 bis IV, teilweise mit Unterteilung in A, B und C vergeben.** Hierdurch gibt das UICC-Stadium Auskunft über die Ausbreitung der Tumorerkrankung, ist Grundlage für die Therapieplanung und bestimmt außerdem zusammen mit anderen, patientenspezifischen Faktoren die individuelle Prognose.

Stadiengerechte Therapie

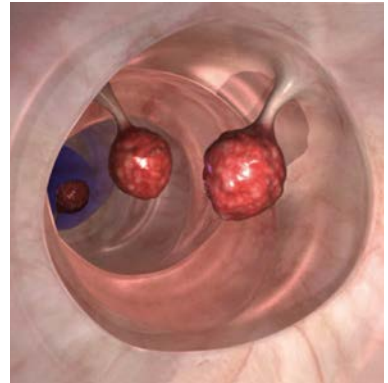
Grundsätzliches Ziel einer Darmkrebsbehandlung ist immer die vollständige Entfernung aller Tumoranteile, auch wenn Tochtergeschwülste vorhanden sind. Hier kann im Rahmen einer multimodalen, also mehrere Therapieansätze umgreifenden Behandlung, eine Resektion von Primärtumor und Metastasen vor oder nach einer Chemotherapie, Bestrahlung oder einer Kombination aus beidem erfolgen.

Das individuelle Therapiekonzept wird im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz festgelegt, an der Onkologen, Chirurgen, Strahlentherapeuten, Pathologen, Radiologen, Psychoonkologen und je nach Fall auch Gastroenterologen und Gynäkologen beteiligt sind.

Endoskopische Resektion/Entfernung per Darmspiegelung

Eine endoskopische Entfernung, also per Darmspiegelung, reicht bei Krebsvorstufen wie Adenomen oder sehr kleinen, oberflächlichen Tumoren zum Teil aus. Meist sind diese als nur wenige Millimeter bis Zentimeter große Vorwölbungen der Darmschleimhaut in einer Vorsorgekoloskopie sichtbar und können dann sofort entfernt werden. Ob diese Behandlung ausreicht oder eine Operation notwendig ist, entscheidet sich anhand des histologischen Befundes, den der Pathologe unter dem Mikroskop erhebt. Anschließend sind engmaschige Kontroll-Darmspiegelungen notwendig, deren Abstände sich ebenfalls nach dem histologischen Befund richten.

Sollte eine bei einer Darmspiegelung entnommene Probe einen tiefer einwachsenden oder rasch wachsenden Tumor nachweisen oder sind nicht alle Adenome in einer Darmspiegelung entfernbar, muss eine Operation stattfinden. Je nach Größe des Tumors, Eindringtiefe in die Darmwand und Befall von Lymphgewebe richtet sich der Umfang des Eingriffs. Grundsätzlich ist zu unterscheiden, ob ein Tumor im Enddarm (also von 0 bis 16 cm ab dem After gemessen) oder im restlichen Dickdarm vorliegt.



Rektumkarzinome/Enddarmtumore

Eine neoadjuvante Therapie, also eine vorgeschaltete Bestrahlung oder Chemotherapie plus Bestrahlung vor einer Operation, dient der Verkleinerung des Tumors, um so die Operation zu erleichtern oder sogar erst zu ermöglichen. Bei einem Enddarmtumor ist in vielen Fällen diese Kombination aus Bestrahlung und Chemotherapie sinnvoll vor einer Operation, um eine Verkleinerung des Tumors und/oder einen größeren Abstand zum Schließmuskel zu erreichen.

Eine erneute Beurteilung des Tumors zur Abschätzung des Therapieerfolges und zur Operationsplanung sollte frühestens sechs Wochen nach Abschluss dieser Behandlung erfolgen.

Der Abstand zum Schließmuskel entscheidet beim Enddarmkrebs, dem Rektumkarzinom, ob dieser erhalten werden kann oder mit entfernt und ein künstlicher Darmausgang angelegt werden muss. Bei sehr tief sitzenden Enddarmtumoren kann die vollständige Entfernung des Afters mit Anlage eines endgültigen künstlichen Darmausganges notwendig sein. Wenn der Schließmuskel erhalten werden kann, jedoch eine sehr tiefe Darmnaht des verbleibenden Dickdarmanteils



an den Enddarm erforderlich ist, muss häufig vorübergehend ein künstlicher Darmausgang angelegt werden, um eine störungsfreie Heilung der Darmnaht zu ermöglichen. Dieses sogenannte „protektive Ileostoma“, also ein schützender künstlicher Dünndarmausgang, kann einige Wochen nach Darmkrebsoperation in einem kleineren Eingriff zurückverlegt werden.

In einigen seltenen Fällen ist nach einer Kombinationstherapie aus Bestrahlung und Chemotherapie bei einem Enddarmkrebs kein Tumor mehr nachweisbar, sowohl im MRT, der Endosonografie des Enddarmes und Enddarmspiegelung. In diesen Fällen kann nach individueller Entscheidung im Rahmen der Tumorkonferenz und durch gemeinsames Abwägen mit dem Patienten auf eine Operation verzichtet werden. Anschließend muss über mindestens 5 Jahre eine engmaschige Nachsorge erfolgen.

Im Unterschied zum Dickdarmkrebs wird beim Enddarmkrebs in den Stadien II und III eine Vorbehandlung des Tumors mit Bestrahlung und begleitender Chemotherapie vor einer Tumoroperation empfohlen. Hierbei dient die Chemotherapie meist als „Sensitizer“, um den Tumor sensibler für die Bestrahlung zu machen. Sie wird für mehrere Tage kontinuierlich über eine Pumpe gegeben. Diese Behandlung ist in den meisten Fällen ambulant durchführbar, da die modernen Chemotherapie-Pumpen sehr klein sind und mit nach Hause genommen werden können. Nach der operativen Entfernung eines Enddarm-Tumors ist in den meisten Fällen eine Fortführung der Bestrahlung und Chemotherapie, mindestens jedoch eine Chemotherapie zur Vervollständigung des Therapieplanes notwendig.

Kolonkarzinome/Dickdarntumore

Für die Therapieplanung ist entscheidend, ob eine Metastasierung, also Absiedlung von Tochtergeschwülsten vorliegt oder ob es sich noch um ein lokal begrenztes Tumorgeschehen am Darm handelt. Liegen Fernmetastasen, beispielsweise in Lunge oder Leber vor, kann durch eine Vorbehandlung möglicherweise eine Möglichkeit zur chirurgischen vollständigen Tumorentfernung geschaffen werden. Hierzu wird eine Chemotherapie, gegebenenfalls in Kombination mit einer Antikörpergabe, in der onkologischen Fachambulanz des Darmzentrums vorgenommen. Es erfolgen regelmäßige Untersuchungen, um den Erfolg der Therapie zu kontrollieren. Sollte durch die Vorbehandlung eine chirurgisch behandelbare Situation geschaffen werden, kann anschließend in der Klinik für Chirurgie die Operation durchgeführt werden.

Gegebenenfalls ist vor Beginn einer Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie die Anlage eines künstlichen Darmausganges notwendig, um die Darmentleerung zu gewährleisten und einen Darmverschluss zu verhindern. In vielen Fällen wird die Chemotherapie über einen zentralvenösen Portkatheter („Port“) verabreicht, welcher im ambulanten OP der DRK Kliniken Köpenick in einem kleinen Eingriff mit lokaler Betäubung eingelegt werden kann.



Eine adjuvante (ergänzende) Chemotherapie ist sinnvoll bei Darmkrebs-Patienten, bei denen der Tumor vollständig operativ entfernt wurde und in der feingeweblichen Untersuchung ein Stadium III oder ein Stadium II mit zusätzlichen Risikofaktoren, zum Beispiel ein Tumoreinriss oder Wanddurchbruch festgestellt wurde. Eine Altersbeschränkung für diese Chemotherapie nach Darmkrebsoperation gibt es nicht. Die Empfehlung wird für jeden Patienten unter Berücksichtigung seiner Vorerkrankungen, des Tumorstadiums und des Risikos für ein Wiederauftreten des Tumors in der gemeinsamen Tumorkonferenz ausgesprochen.

Ziel dieser Chemotherapie ist es, einzelne Krebszellen, die nach der Operation möglicherweise im Körper verblieben sind, abzutöten und so die Langzeitprognose zu verbessern und den Erfolg der Operation zu sichern.

Diese Chemotherapie wurde und wird stetig weiter verbessert. In aller Munde ist der Begriff individualisierte, personalisierte, maßgeschneiderte oder zielgerichtete Krebsbehandlung. Diese Entwicklung wird eine weitere Verbesserung unserer Behandlungsergebnisse bringen.

Was bedeutet die personalisierte Krebsmedizin?

Das Tumorgewebe wird heute sehr intensiv durch den Pathologen untersucht. Es werden neue molekular-genetische Untersuchungen am Gewebe aber auch im Blut durchgeführt. Hier können wir kleinste Veränderungen in der Zell- und Genstruktur erkennen und der Tumor wird näher klassifiziert und eingeordnet.

Die Forschung findet immer mehr Marker (teilweise auch Biomarker genannt). Der Tumor kann also immer präziser eingeordnet werden – zielgerichtet können Medikamente (Targeted Therapy) eingesetzt werden. **Diese neuen diagnostischen Untersuchungsergebnisse auf molekularer Ebene erlauben eine Prognose, ob eine zielgerichtete Therapie wirken kann und dann eingesetzt werden sollte.** Die Targeted Therapy wirkt vor allem gegen die Teile/Moleküle der Tumorzelle. Dieses genaue, personalisierte auf den Tumor spezifisch ausgerichtete Medikament erlaubt dann eine bessere Prognose.

Wir haben unterschiedliche Substanzgruppen: Monoklonale Antikörper und Tyrosinkinaseinhibitoren. Die Angriffswege auf die Krebszelle sind unterschiedlich, aber sehr wirksam. Desweiteren können sogenannte Angiogeneseinhibitoren eingesetzt werden. Diese verursachen eine Minderdurchblutung der Krebszelle.

Eine weitere Option ist die Immuntherapie. Vereinfacht dargestellt wird hier mit bestimmten Wirkstoffen, die sich an die Tumorzelle binden, versucht, die Tumorzellen für das Immunsystem angreifbar zu machen. Damit kann das eigene Immunsystem die fremde Krebszelle in den Zelltod (Apoptose) treiben. Diese maßgeschneiderte, personalisierte Krebsmedizin ist sehr erfolgreich und wird weitere Therapieoptionen bringen. Leider kennen wir aber noch nicht alle molekular-genetischen Defekte in der Krebszelle. Eine große Herausforderung an die gemeinsame Forschung. So werden einige unserer Patienten daher gefragt, ob wir mit ihrem Tumorgewebe oder Blutproben an der zukunftsweisenden Forschung (einer Studie) teilnehmen dürfen.

Weitere optionale Therapiemodalitäten:

→ Radiofrequenzablation

Wenn Tochtergeschwülste in Leber oder Lunge vorliegen, können diese mittels Radiofrequenzablation, auch Thermoablation genannt, „verköcht“ werden. Bei dieser Methode werden CT-gesteuert ein oder mehrere Herde punktiert und vor Ort das Tumorgewebe durch lokale Hitze einwirkung zerstört. Diese Methode ist eine Option, wenn eine chirurgische Entfernung nicht möglich ist oder der Allgemeinzustand des Patienten dies nicht zulässt. Größere Metastasen in Leber oder Lunge müssen gegebenenfalls in mehreren Sitzungen behandelt werden.

→ HIPEC/chemotherapeutische Bauchfellspülung

Liegt ein Bauchfellbefall (Peritonealcarcinose) vor, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie durchgeführt werden, bei der die Bauchhöhle mit erwärmter Chemotherapielösung gespült wird. Zu dieser Methode gehört zunächst eine chirurgische Entfernung aller makroskopisch sichtbaren Tumorherde, häufig in langen Operationen, bei denen die (Teil)Entfernung mehrerer Organe notwendig werden kann; beispielsweise von Magen- oder Darmanteilen, der Milz, Harnblase oder Eierstöcken sowie Gebärmutter.

Anschließend wird die Bauchhöhle über mehrere Schläuche mit der auf ca. 42°C erwärmten Chemotherapielösung gespült, dies dauert je nach verwendetem Medikament 30 bis 60 Minuten und geschieht ebenfalls in Vollnarkose. **Möglich ist ein solcher Eingriff bei einem begrenzten Bauchfellbefall, Abwesenheit von Metastasen außerhalb der Bauchhöhle und Machbarkeit der vollständigen chirurgischen Tumorentfernung in spezialisierten Krankenhäusern.** Im Darmkrebszentrum Berlin Treptow-Köpenick bieten wir diese Methode für Patienten, die dafür geeignet sind, nach entsprechenden Voruntersuchungen an und begleiten sie anschließend durch die Nachsorge.

→ Rehabilitation

Im Darmkrebszentrum Berlin Treptow-Köpenick wird allen Patienten nach Abschluss der Krebsbehandlung, nach einer Operation oder bei Bedarf auch zwischen den Behandlungsschritten eine ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung angeboten. Partner sind unser Sozialdienst, die Kranken- oder Rentenkassen sowie verschiedene Rehabilitations- und Kurkliniken.

Vor Ort im DRK Krankenhaus Köpenick ist eine ambulante oder stationäre geriatrische Rehabilitationsbehandlung möglich, falls die Genesung gerade bei älteren Patienten für eine Anschlussheilbehandlung noch nicht ausreichend vorangeschritten ist. Wir finden für unsere Patienten im gemeinsamen Gespräch mit den Angehörigen jeweils die beste Lösung für eine rasche Genesung während oder nach der Therapie.





→ **Physiotherapie**

Während des stationären Aufenthalts bei uns kann täglich eine an den Allgemeinzustand des Patienten angepasste, krankengymnastische Therapie mit Kräftigungsübungen, Mobilisation und Atemtraining erfolgen. Hierbei wird besonderes Augenmerk auf ein bauchdeckengerechtes Aufstehen und die Vorbereitung auf den Alltag im häuslichen Umfeld gelegt, beispielsweise durch Treppensteigen.

→ **Ernährungsberatung**

Nach einer Operation am Magen-Darm-Trakt ist in manchen Fällen eine Umstellung des Essverhaltens notwendig. Generell wird allen Patienten eine ausgewogene, gesunde Ernährung mit ausreichend Vitaminen, Mineral- und Ballaststoffen sowie Eiweiß empfohlen. Hierzu werden die Patienten und auf Wunsch auch ihre Angehörigen auf der Station von unseren Ernährungsmediziner/innen beraten.

→ **Psychotherapie/Seelsorge**

Wenn die Diagnose gestellt, eine große Operation durchgeführt oder eine Chemotherapie/ Bestrahlung begonnen wurde, fällt es vielen Patienten und ihren Angehörigen schwer, mit dieser neuen Situation umzugehen. Ein Gespräch mit den Psychotherapeuten oder Seelsorgern in den DRK Kliniken Berlin Köpenick wird daher allen Patienten, die stationär behandelt werden, begleitend angeboten. Eine Beratung der Angehörigen oder eine ambulante Gesprächstherapie ist selbstverständlich ebenfalls möglich, beispielsweise für die Patienten, die in der onkologischen Fachambulanz in ambulanter Therapie sind.

→ **Stomatherapie**

Nach Anlage eines künstlichen Darmausganges erfolgt die Versorgung auf der Station zunächst durch die Wund- und Stomaexperten. Im Verlaufe des stationären Aufenthaltes werden dann der Patient und gegebenenfalls enge Angehörige schrittweise zum selbstständigen Wechseln von Stomaplatte und -beutel und zur Pflege des Stomas angeleitet. Auch nach der Entlassung nach Hause werden die Patienten von unseren Stomaexperten ambulant weiterbetreut.

→ **Selbsthilfegruppen**

Selbstverständlich fördert das Darmzentrum die Arbeit von Selbsthilfegruppen und legt großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit.

Nachsorge

Auch die Nachsorgeuntersuchungen richten sich nach dem Tumorstadium und individuellen Risikofaktoren des Patienten. Generell empfiehlt die UICC („Union Internationale Contre le Cancer“), in vorgegebenen Abständen eine körperliche Untersuchung, die Bestimmung der Tumormarker im Blut sowie verschiedene Untersuchungen wie Darmspiegelung, Sonografie und beim Enddarmkrebs auch Enddarmspiegelung und CT-Untersuchungen. Wenn sich Beschwerden oder auffällige Befunde einstellen, können aufwändigere und frühere Untersuchungen notwendig werden. Im Darmkrebszentrum Berlin Treptow-Köpenick führen wir diese Untersuchungen über unsere onkologische Fachambulanz als Koordinationsstelle für Behandlung und Nachsorge durch.

Forschung und Studien

Ziel des Darmzentrums Treptow-Köpenick ist es, durch die Förderung von klinischen Studien auf dem Gebiet der Darmkrebsforschung sowie wissenschaftlichen Kooperationsprojekten mit anderen Kliniken bzw. Laboreinrichtungen, Therapien auf dem neuesten Stand der Forschung zu entwickeln und durchzuführen.

Hierbei steht für uns stets der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt und wir bemühen uns, für unsere Patienten und ihre Angehörigen die optimale Krebsbehandlung, aber auch eine psychologische und soziale Versorgung zu gewährleisten.

Fazit

Zusammenfassend ist im Darmzentrum Berlin Treptow-Köpenick eine ganzheitliche medizinische Betreuung von Patienten mit gut- und bösartigen Darmtumoren unter Verwendung modernster Techniken in hoher Qualität möglich.

Die interdisziplinären Therapiekonzepte in spezialisierten Zentren erreichen heute sehr gute Behandlungsergebnisse in allen Stadien des Darmkrebses. Die Heilungsraten und Überlebenszeiten konnten deutlich verbessert werden. Mit den neuen zielgerichteten, personalisierten Behandlungsstrategien werden weitere Verbesserungen erreicht werden. Unsere Behandlungserfolge lassen eine optimistische Sicht in die Zukunft zu. ■

(Literatur beim Autor und bei der Redaktion)

Weitere Informationen:

Kontaktinformationen finden Sie auf Seite 30

AKTUELLES ZUM DARMKREBS

Darmspiegelung schon ab 50, vor allem für Männer

2002 wurde die Vorsorge-Darmspiegelung in das Krebs-Früherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Ab dem Alter von 55 Jahren haben Versicherte Anspruch auf die Untersuchung, bei der eventuell entdeckte Krebsvorstufen sogleich entfernt werden können. Seither ist die Darmkrebs-Neuerkrankungsrate deutlich zurückgegangen – und zwar ausschließlich in der Altersgruppe, der das Screening angeboten wird.

„In den ersten zehn Jahren haben mehr als vier Millionen Menschen an einer Vorsorge-Darmspiegelung teilgenommen. Das hat nach unseren Berechnungen etwa 180.000 Darmkrebsfälle verhindert“, sagt Hermann Brenner vom Deutschen Krebsforschungszentrum. Der Heidelberger Präventionsexperte und seine Kooperationspartner suchen nach Möglichkeiten, diese Rate noch weiter zu verbessern.

Bei Menschen ohne familiäre Belastungen tritt Darmkrebs vor dem Alter von 50 Jahren äußerst selten auf. Danach steigt die Erkrankungsrate kontinuierlich an. Nationale und internationale Leitlinien empfehlen daher die Krebsvorsorge bereits ab 50 Jahren. „Durch die Zusammenarbeit mit der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK und MEDI Baden-Württemberg hatten wir erstmals die Möglichkeit, an einer großen Bevölkerungsgruppe zu prüfen, welche Ergebnisse mit dem Angebot der Vorsorge-Darmspiegelung ab 50 Jahren zu erzielen sind“, so Brenner.

Insgesamt 84.726 Versicherte der AOK Baden-Württemberg im Alter zwischen 50 und 54 Jahren erhielten in den Jahren 2014 und 2015 eine persönliche Einladung zu einer Früherkennungs-Darmspiegelung. Eingeladen wurden ausschließlich Personen, die in den Jahren zuvor keine Darmspiegelung beansprucht hatten, nicht an Krebs erkrankt und in das Hausarzt- oder das Facharztprogramm der AOK eingeschrieben waren.

1,9% der Angeschriebenen leisteten der Einladung Folge. Bei den insgesamt 1.396 Untersuchungen wurden in 6,8% der Fälle Darmkrebs oder Darmkrebsvorstufen (fortgeschrittene Adenome) entdeckt und abgetragen.

Die Untersuchung offenbarte einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern:

Während bei nur 4,5% der Frauen dieser Altersgruppe Darmkrebs oder Vorstufen gefunden wurden, traten sie bei Männern mit 8,6% fast doppelt so häufig auf. Das heißt, die Ärzte entdeckten bei jeder zwölften Untersuchung von Männern zwischen 50 und 54 eine verdächtige Gewebeveränderung. Dagegen müssten bei Frauen dieser Altersgruppe 22 Darmspiegelungen durchgeführt werden, um einen relevanten Befund zu entdecken.

„Damit sind Darmkrebs und seine Vorstufen bei Männern dieser Altersgruppe sogar häufiger als bei den 55 bis 69-jährigen Frauen, bei denen die Darmspiegelung ganz selbstverständlich zum Krebsfrüherkennungsangebot gehört. Das ist ein überzeugender Grund dafür,

die Altersgrenze für die Vorsorge-Koloskopie zumindest bei Männern schon vom 50. Geburtstag an routinemäßig anzubieten“, ist das Fazit Hermann Brenners.

Andere Länder, etwa Österreich, haben die Vorsorgeuntersuchung bereits ab 50 Jahren in ihr Krebsfrüherkennungsprogramm aufgenommen.

Seit 2017 ist ein Einladungsverfahren für die Früherkennung durch die Darmspiegelung ab dem Alter von 55 gesetzlich vorgesehen. Bundesweiter Vorreiter ist dabei seit Jahren das Facharztprogramm Gastroenterologie von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK.

Dort wird das Einladungsschreiben bereits seit 2011 für Teilnehmer ab dem 55. Geburtstag und seit 2014 für Teilnehmer ab dem 50. Geburtstag umgesetzt.

Die Studienergebnisse bestätigen den Beteiligten die Richtigkeit des Weges: **„Es wird eindeutig belegt, wie unverzichtbar Früherkennung bei Darmkrebs gerade auch bei Jüngeren ist.** Wer an unserem Haus- und Facharztprogramm teilnimmt, kann die kostenlose Darmspiegelung bereits ab 50 Jahren in Anspruch nehmen. Ich empfehle dies nachdrücklich“, so der Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann.

(Quelle: DKFZ Literatur: Hermann Brenner, Nadine Zwick, Leopold Ludwig, Michael Hoffmeister:

Sollte die Vorsorgekoloskopie bereits ab 50 Jahren angeboten werden? Befunde eines landesweiten Modellprojekts und Ergebnisse einer randomisierten Interventionsstudie. Deutsches Ärzteblatt 2017, 114(6): 94-100; DOI: 10.3238/arztebl.2017.0094)

Neue Darmkrebs-Früherkennung

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. sieht Fokussierung auf quantitative Stuhltests kritisch

Quantitative immunologische Stuhltests (iFOBT) zur Früherkennung von Darmkrebs sind ab 1. April 2017 für Versicherte ab 50 Jahren Kassenleistung: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich aktuell im Bewertungsausschuss über Vergütung und Procedere der neuen Leistung geeinigt und damit einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom Oktober 2016 umgesetzt.

Zu den Arztgruppen, die quantitative iFOBT abrechnen dürfen, gehören auch die Urologen. Deren Berufsverband begrüßt die Einführung der immunologischen Stuhltest-Verfahren grundsätzlich. Dennoch sieht der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) durch die Fokussierung auf quantitative immunologische Stuhltests den qualitätsgesicherten Ablauf der Früherkennung weiterhin kritisch und die hohe Akzeptanz des Screenings in der Bevölkerung gefährdet.

www.urologenportal.de

Die interdisziplinäre Tumorkonferenz – ein Instrument onkologischer Präzisionsmedizin



*Dr. med. Haßler,
Hämato-/Onkologe*



*Dr. med. Stübs,
Oberarzt,
Visceralchirurg*

Onkologische Dispensaire, DRK Kliniken Berlin Köpenick

Die Diagnostik und Therapie von Tumorerkrankungen jedweder Art wird immer komplexer und in zunehmendem Maße für den einzelnen Patienten individualisiert vorgenommen. Für ein optimales Ergebnis in der Behandlung macht dies **ein konzentriertes Zusammenwirken von medizinischen Spezialisten der verschiedensten Fachgruppen notwendig.**

Hierzu zählen der Pathologe (Diagnosestellung am Gewebeschnitt), der Radiologe (Durchführung bildgebender Verfahren), der Internist (Diagnosefindung bzw. Koordinierung von diagnostischen Schritten und Klärung der Therapiefähigkeit), der Chirurg (operative Verfahren), der Strahlentherapeut (Anwendung Strahlentherapie) und schließlich der Onkologe (Auswahl bzw. Sequenz der Tumorthherapie(n)/Nachsorge).

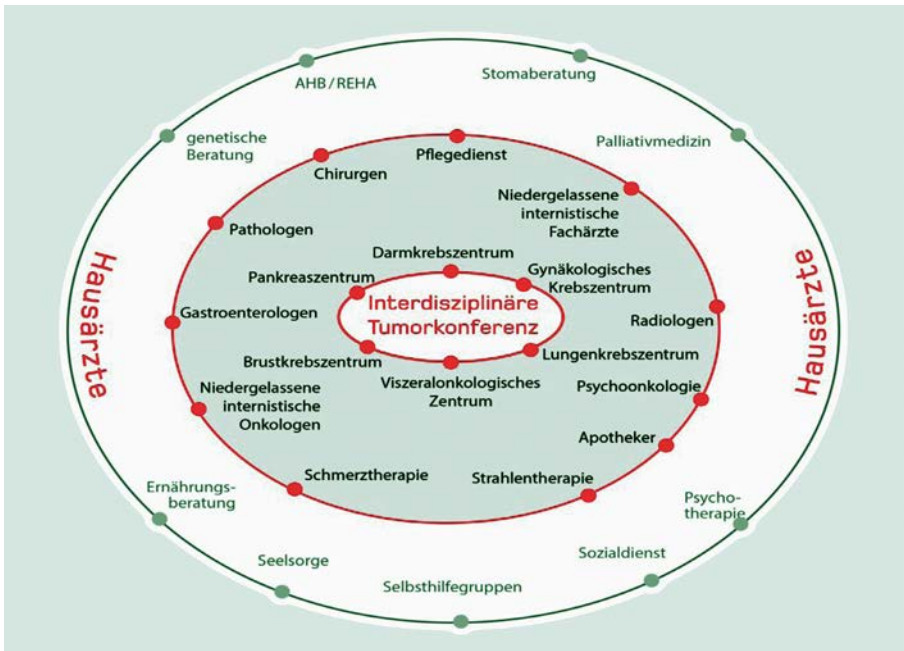
Die Tumorkonferenzen sind nach Erkrankungsgruppen gewichtet, so gibt es Konferenzen für Tumoren des Magen-/Darmtraktes, für Lungentumoren und für gynäkologische Tumorerkrankungen.

Das Wissen und Können, die Expertisen jedes dieser einzelnen Spezialisten, ist für die standardisierte Diagnosestellung und eine präzise optimale Therapie unabdingbar. Daher erfolgt in unserem Hause jeweils einmal wöchentlich eine Zusammenkunft all dieser Fachgruppenvertreter in den organspezifischen Tumorkonferenzen und ermöglicht zeitnahe Fallbesprechungen. In dringenden Fällen werden

außerordentliche Tumorkonferenzen durchgeführt, um auch hier den qualitätsgerechten Standard einer onkologischen Behandlung zu wahren. Die Ergebnisse dieser als offene Diskussion geführten Konferenzen werden schriftlich dokumentiert und orientieren sich an den aktuellen Leitlinien der jeweiligen nationalen Organfachgesellschaften.

Das Resultat dieser Konferenz ist somit transparent und das Ergebnis entspricht einem Prozess der Meinungsfindung unter Spezialisten.

Im Falle von Unklarheiten erfolgt die Festlegung, welche weiteren Schritte zu definitiven Entscheidungsfindungen notwendig sind. Nach Vorstellung eines Patientenfalles in der Tumorkonferenz kann die eigentliche Therapie beginnen. Bei Befundänderung oder -neufeststellung ist eine erneute Vorstellung jederzeit möglich.



Die Qualifizierung der Teilnehmer der Konferenz und auch die Entscheidungswege werden von unabhängigen Zertifizierungsstellen regelmäßig überwacht und bewertet.

Die zentrale Entscheidung über den Therapieablauf obliegt dem interdisziplinären Tumorboard. In Betonung des Stellenwertes einer individualisierten onkologischen Therapie sind für die Patienten jedoch weitere Faktoren sehr bedeutsam.

TUMORBOARD.

Weitere Faktoren der individualisierten onkologischen Therapie:

- Eine wohnortnahe Therapie unter Wahrung der erforderlichen Qualitätskriterien. Eine Kooperation mit weiteren lokalen Einrichtungen im Bedarfsfall.
- Zugang zu Medikamenten, welche nicht in den Leitlinien verankert sind, da immer ein zeitliches Momentum besteht in der Erstellung von Leitlinien und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, mit teilweise immensen Auswirkungen auf einzelne Krankheitsverläufe. Dies kann jedoch nur innerhalb von angebundenen Studienzentren erfolgen.
- Dauerhafter und offener Zugang zu Zweitmeinungssprechstunden mit objektiver Wertung der jeweiligen Situation und wenn notwendig Kooperation oder Rücksprache mit medizinischen Fachkollegen.
- Darstellung der Behandlungsergebnisse der Organzentren innerhalb wissenschaftlicher Veranstaltungen, Rezertifizierungen, Bekanntmachung der Behandlungszahlen und der Therapieergebnisse über Presseorgane oder soziale Medien, damit sich die Patienten transparent über die Qualität der durchgeführten Behandlung informieren können.
- Vorstellung der in den Zentren vertretenen Spezialisten und die damit verbundenen Sprechstunden mit Möglichkeit der einfachen und zeitnahen Terminvereinbarung.

Die fachliche Weichenstellung der Tumorthherapie durch die Tumorkonferenz ist die Hauptaufgabe des Konsils. Die Einbindung aller mit einer onkologischen Therapie verbundenen weiteren Aspekte ist jedoch nicht minder wichtig.

Der zentrale Anlaufpunkt für Haus- und Fachärzte, die Einbindung von Schmerztherapeuten, Palliativmedizinern, Ernährungsberatern, Sozialdiensten, Selbsthilfeorganisationen, Psychoonkologen ist integraler Bestandteil der Konferenz.

Die Fähigkeiten zur Kooperation und Kommunikation, der Netzwerkbildung sind damit zentrale Voraussetzungen für die Protagonisten der interdisziplinären Tumorkonferenz. Es geht nicht um die Profilierung einzelner Fachrichtungen innerhalb der Einrichtung, sondern einzig um den maximalen Therapieerfolg für jeden einzelnen betroffenen Patienten. Damit verbunden ist eine fast tägliche Bereitschaft, sich mit aktuellen Entwicklungen der Therapiemodalitäten auseinanderzusetzen und bisherige Standards kontinuierlich anzupassen.

In Zeiten von zunehmender Ökonomisierung der Medizin, Individualisierung der Therapie, sozio-ökonomischem Kostendruck im Hinblick auf Preise der onkologischen Therapien enden die Verantwortlichkeiten leider nicht im rein medizinischen Bereich.

Das DRK Klinikum Berlin Köpenick mit seinem fächerübergreifenden onkologischen Zentrum bildet im Südosten Berlins sowie dem angrenzenden Brandenburger Gebiet einen wichtigen Anlaufpunkt für onkologische Fragestellungen und den damit verbundenen diagnostischen und therapeutischen Algorithmen. Die interne Vernetzung innerhalb der Kliniken sowie die breit gestreuten externen Kooperations- und Ansprechpartner sind die Grundlage für die exzellente Arbeit der angeschlossenen interdisziplinären Tumorkonferenzen.

Diese hohe Prozess- und Ergebnisqualität wird durch die Deutsche Krebsgesellschaft regelmäßig überprüft und zertifiziert. ■

Weitere Informationen: www.drk-kliniken-berlin.de

*„Keine Zukunft vermag gutzumachen,
was du in der Gegenwart versäumst.“
(Albert Schweitzer)*

Moderne Diagnostik und Therapie des Pankreaskarzinoms



*Prof. Dr. med. Stefan Kahl,
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Schwerpunkt Gastroenterologie, Hämatologie und
Onkologie, Nephrologie,
DRK Kliniken Berlin Köpenick*

Etwa 16.000 Menschen erkranken in Deutschland jährlich an einem Pankreaskarzinom; Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen. Während das Pankreaskarzinom bei den Männern die neunthäufigste Tumorerkrankung ist, rangieren Pankreaskarzinome bei Frauen an der siebten Stelle der Krebsneuerkrankungen.

Das Pankreaskarzinom hat eine schlechte Prognose, nur ca. 8% der Patienten überleben länger als 5 Jahre. Obwohl die im Folgenden beschriebenen diagnostischen und therapeutischen Optionen die Möglichkeiten und damit die Überlebenschancen für die Patienten erheblich verbessert haben, werden Pankreaskarzinome in der Regel sehr spät diagnostiziert und sind dann nicht mehr kurativ behandelbar. Deshalb ist das Pankreaskarzinom die vierthäufigste Krebstodesursache in Deutschland, etwa 15.500 Erkrankte sterben jährlich an einem Pankreaskarzinom. Es gibt vielfältige Bemühungen, diese deletäre Situation zu überwinden, indem medizinisches Wissen in Leitlinien und Studiengruppen gebündelt wird.

Im Vergleich mit anderen Tumorerkrankungen ist es beim Pankreaskarzinom nicht zu vergleichbaren Fortschritten in Diagnostik und Therapie gekommen, die ihren Niederschlag in einer signifikanten Verbesserung der Überlebenszeit haben.

Deshalb scheint sich die Prognose von Patienten mit Pankreaskarzinom im Vergleich zu Patienten mit beispielsweise Darm- oder Lungenkrebs zu verschlechtern. Tatsächlich ist dies aber ein Phänomen der sich ständig verbessernden Prognose von Lungen- und Darmkrebskrankungen. Diese Erkrankungen können heute von vielen Patienten dank der besseren diagnostischen und therapeutischen Optionen überlebt werden, wohingegen auch heute noch – nach vielen Jahrzehnten intensiver Forschung – die Fünf-Jahres-Überlebenszeit von Patienten mit Pankreaskarzinom bei 5% liegt.

Symptome

Pankreaskarzinome entstehen am häufigsten im exokrinen Gewebe der Bauchspeicheldrüse, die retroperitoneal im Oberbauch lokalisiert ist. Es gibt keine Symptome, deren Vorhandensein eindeutig einem Pankreaskarzinom zuzuschreiben ist. Dies führt in der Regel dazu, dass Pankreaskarzinome sehr spät diagnostiziert werden.

Trotzdem sollte das Auftreten von bestimmten Symptomen an ein Pankreaskarzinom denken lassen: Ein schmerzloser Ikterus (Gelbfärbung) tritt insbesondere bei Pankreaskopfkarzinomen auf, wenn der Gallengang durch den Tumor der Bauchspeicheldrüse verlegt wird und es zu einer extrahepatischen Cholestase kommt.

Eine durch die tumorbedingte Zerstörung der Bauchspeicheldrüse hervorgerufene exokrine Pankreasinsuffizienz führt zu Blähungen, Gewichtsverlust und auch zu einer Leistungsminderung, allerdings hat das Pankreas eine erhebliche Funktionsreserve (über 90% des exokrinen Gewebes können zerstört sein, bis eine wirklich manifeste exokrine Insuffizienz auftritt), somit treten diese Symptome erst sehr spät im Verlauf der Erkrankung auf.

Es gibt Untersuchungen, die zeigen konnten, daß ein Diabetes mellitus sich bis zu 2 Jahre vor einer Tumorerkrankung der Bauchspeicheldrüse manifestieren kann. Ob es sich bei einem Diabetes mellitus jedoch tatsächlich um ein sogenanntes Frühsymptom handelt, ist in der Literatur umstritten. Die Diagnosestellung eines Diabetes mellitus im Alter von über 50 Jahren kann (solange keine ernährungsbedingten Risikofaktoren vorliegen) Anlass zur Untersuchung der Bauchspeicheldrüse im Hinblick auf einen Tumor sein.

Schmerzen treten häufig später im Verlauf der Tumorerkrankung als führendes Symptom in den Vordergrund.

Diagnostik

In den seit den 1980er Jahren vergangenen Jahrzehnten haben sich die Möglichkeiten zur Diagnostik von Pankreaskarzinomen erheblich verbessert. Der Verdacht auf das Vorliegen eines Pankreaskarzinoms wird anhand von Befunden aus bildgebender Diagnostik gestellt. Man muss bei den bildgebenden Methoden grundsätzlich unterscheiden zwischen Methoden, die der Detektion von Pankreaskarzinomen dienen, solchen, die bei bekanntem oder vermutetem Pankreaskarzinom die prätherapeutische Einschätzung im Hinblick auf eine kurative Resektion ermöglichen und solchen, die zur Verlaufskontrolle nach oder unter Therapie dienen.

Als bildgebende Methoden stehen zur Verfügung:

- Abdominalsonographie
- Computertomographie
- Endoskopischer Ultraschall
- Magnetresonanztomographie

Die → **Abdominalsonographie** ist das am weitesten verbreitete Verfahren. Grundsätzlich wird eine Sonographie bei der Abklärung vielfältiger Beschwerden frühzeitig eingesetzt. Aufgrund fehlender Nebenwirkungen ist die Sonographie wiederholt durchführbar. Nachteile der Sonographie sind die fehlende Standardisierung, die starke Abhängigkeit von der Expertise des Untersuchers und vor allem von Einflüssen durch den untersuchten Patienten (bspw. Luftansammlungen im Darm, die die Detektierbarkeit des Pankreas erschweren).



Gefäßinfiltrationen lassen sich nicht mit der notwendigen Sicherheit ausschließen.

Die transkutane Sonographie ist dennoch ein Verfahren, mit dem in der Hand des Geübten bei guten Bedingungen viele Informationen generiert werden können, welches aber insbesondere beim Nachweis kleiner Läsionen und beim Nachweis von Gefäßinfiltrationen Limitationen aufweist. Die Abdominalsonographie spielt insbesondere eine Rolle zur initialen Beurteilung eines Patienten mit Beschwerden, zur Detektion von Lebertastasten oder einer Galleabflussstörung und zur Verlaufskontrolle.

Die → **Endosonographie** bietet demgegenüber erhebliche Vorteile, insbesondere auch bei der Detektion sehr kleiner Läsionen im Pankreas. Diese Situation kommt in der klinischen Situation aber nur sehr selten vor. Allenfalls Zufallsbefunde werden so detektiert.

Nachteile der Endosonographie sind die erheblichen Kosten, die hohe Expertise des Untersuchers, die notwendig ist und erst nach einer langen Lernkurve erreicht wird und damit die geringe Verbreitung der Methode. In Pankreaskarzinomzentren muß diese Methode, ob ihres großen Potenzials, vorgehalten werden.

Die Endosonographie spielt eine erhebliche Rolle in der Detektion von (kleinen) intrapancreatischen Läsionen, zur Beurteilung der Gefäßinvasion und damit zur Vorhersage der Resektabilität.

Die → **Computertomographie (CT)** des Abdomens (durchgeführt als Multi-detektor-Computertomographie in einem biphasischen Kontrastmittelprotokoll) ist die Methode, die eine exzellente Kombination aus Sensitivität und Spezifität für die Detektion von Pankreaskarzinomen und für die Einschätzung der Resektabilität bietet. Für letzteres sind, siehe unten, insbesondere bestimmte Gefäßinvasionen auszuschließen. Hier ist die Computertomographie den sonographischen Verfahren überlegen.

Nachteil der Computertomographie ist die Strahlenbelastung. Die CT spielt eine entscheidende Rolle in der Detektion von Läsionen und Metastasen, in der Vorhersage der Resektabilität und bei der Verlaufsbeurteilung.

Die → **Magnetresonanztomographie (MRT)** bietet in der Kombination mit der Magnetresonanz Cholangiopankreatikographie (MRCP) eine dem CT vergleichbare Sensitivität zur Detektion von Pankreaskarzinomen.

Vorteil gegenüber dem CT ist die nicht vorhandene Strahlenbelastung; der Nachteil sind die Kosten.

CT und MRT sind absolut vergleichbare Optionen, es sind aufgrund von standardisierten Protokollen bei Wiederholungsuntersuchungen vergleichbare Ergebnisse zu erreichen, was einen erheblichen Vorteil gegenüber der Sonographie darstellt, andererseits sind diese Untersuchungen mit vergleichsweise höheren Kosten als die Sonographie verbunden.

Die Endoskopisch-retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) spielt bei der Diagnostik eines Pankreaskarzinoms allenfalls eine untergeordnete Rolle, da ausschließlich das Gangsystem, nicht aber das Parenchym beurteilt wird. Der ERC kommt Bedeutung in der palliativen Situation zu, wenn eine Gallengangsdrainage notwendig ist.

Im klinischen Setting wird vieles von der Verfügbarkeit einzelner Untersuchungsmodalitäten und der Expertise der Untersucher abhängen. Häufig müssen mehrere Untersuchungen komplementär eingesetzt werden, damit eine ausreichende Informationstiefe erreicht wird, um in der interdisziplinären Tumorkonferenz eine patientenindividualisierte Entscheidung zu treffen.

Und doch sind häufig bildgebende Befunde und intraoperative Befunde nicht absolut kongruent, was in der Regel bedeutet, daß im Zweifelsfall eine Exploration erst Klarheit über die chirurgische Strategie bringt.

Therapie

→ Operative Therapie

Die chirurgische Resektion des Tumors stellt die einzige potentiell kurative Therapieoption beim Pankreaskarzinom dar. Das Ziel der Operation ist eine Resektion des Pankreaskarzinoms im Gesunden. Evidenzbasierte Angaben zum minimal einzuhaltenden Abstand zwischen Pankreaskarzinom und Resektionsgrenze existieren nicht. Die prognostische Bedeutung dieses Abstands ist zudem nicht vollständig geklärt. Allerdings gilt als allgemein akzeptiert, dass die Prognose umso besser ist, je größer der Abstand zwischen Tumor und Resektionsgrenze ist.

Heute bedarf es zur Aufarbeitung eines Resektionspräparates erheblicher Expertise der Pathologen, die häufig nur in zertifizierten Pankreaskarzinomzentren verfügbar sind: Durch Anwendung eines Konzeptes des „zirkumferentiellen Resektionsrandes“ können Daten generiert werden, die es erlauben, Prognosen abzuschätzen und operative Strategien in ihrer Effektivität zu beurteilen.



Die Entwicklung der chirurgischen Techniken führt heute dazu, daß Tumoren, die vor einigen Jahren noch als nicht resezierbar galten, heute reseziert werden können. Infiltrationen in Nachbarorgane, in die Pfortader, die obere Darmvene (V. mesentericasuperior), die Milzvene (V. lienalis) stellen keine Kontraindikationen für eine kurative Resektion mehr dar. Dahingegen sollen Tumoren, die zu einer Infiltration des Bauchhöhlenstammes (Truncuscoeliacus) und der oberen Darmarterie (A. mesentricasuperior) geführt haben, nicht reseziert werden; zwar ist die Operation technisch möglich, allerdings sind perioperative Morbidität und Mortalität erhöht, die Überlebenszeit dieser Patienten wird nicht verlängert.

Bei Fernmetastasen hingegen sollte immer medikamentös therapiert werden, da eine Resektion von Tumor und Fernmetastase nicht zu einer Verlängerung des Überlebens führt.

→ Adjuvante/ additive Therapie

Nach Ro-Resektion eines Pankreaskarzinoms bestimmen Lokalrezidive und später auftretende Fernmetastasen das Überleben. Bei allen Patienten ist deshalb eine sechsmonatige adjuvante Therapie erforderlich. Dafür existieren derzeit zwei gleichwertige Therapieprotokolle (Gemcitabine und 5-Fluoruracil). Ein Wechsel zwischen den Regimen bei Unverträglichkeiten oder Nebenwirkungen (Gemcitabine: Thrombopenie; 5-Fluoruracil: Mucositis) ist möglich.

Die gleichen Regimes werden auch als additive (zusätzlich, ergänzend) Therapie bei Patienten mit R1-Resektion eingesetzt.

Für den Einsatz von Radiochemotherapie oder Radiotherapie allein in der Ro- (adjuvant) oder R1- (additiv) Situation gibt es derzeit keine Evidenz, weshalb sie ausschließlich in Studien durchgeführt werden sollen.

Neoadjuvante Therapie

Tumorbiologisch erscheinen systemische neoadjuvante Therapiekonzepte sinnvoll. Studien, die die Sinnhaftigkeit dieses Konzeptes belegen, stehen aus. Insbesondere aggressive Protokolle können hier Vorteile bieten (z.B. neoadjuvante Chemotherapie mit dem Folfirinox-Protokoll), oder auch die sequentielle Anwendung von Chemotherapie und Radiotherapie bei initial als lokal inoperabel eingeschätzten Tumoren.

→ Palliative Therapie

Eine palliative Chemotherapie ist bei lokal inoperablen Tumoren oder bei metastasierten Pankreaskarzinomen indiziert. Das Standardchemotherapieprotokoll mit Gemcitabine bietet dabei 1-Jahres-Überlebenszeiten von nur ca. 20 %.

Mit dem Folfirinox-Protokoll und der Kombination von Gemcitabine und nab-Paclitaxel stehen effizientere Protokolle für Patienten mit einem guten Performancestatus zur Verfügung, die eine längere Überlebenszeit offerieren, aber durchaus auch eine höhere Nebenwirkungsrate, weshalb sie nicht in jedem Fall angewandt werden können.

Zusammenfassung

Das Pankreaskarzinom ist trotz erheblicher Fortschritte in den vergangenen Jahrzehnten weiterhin eine Erkrankung, der wir fast machtlos gegenüberstehen. Inzidenz und Mortalitätsrate liegen unverändert eng beieinander, was anzeigt, daß durchgreifende Erfolge in der Therapie nicht wirklich erzielt werden konnten. Dies liegt insbesondere daran, dass Pankreaskarzinome erst in einem späten, fortgeschrittenen, dann häufig nicht mehr kurativ behandelbaren Stadium diagnostiziert werden. Diagnostische Fortschritte sind auch in der nahen Zukunft nicht zu erwarten. Gleichwohl gibt es Fortschritte in der Behandlung, von der einige Patientengruppen profitieren.

Nach wie vor ist die Operation das einzige kurative Therapieverfahren. Die chirurgischen Techniken erlauben es heute, auch Patienten, die vor einigen Jahren aufgrund einer Gefäßinvasion als inoperabel galten, zu heilen.

Insbesondere in der palliativen Therapie von Patienten mit Pankreaskarzinom (also für die Mehrzahl aller Patienten, die an einem Pankreaskarzinom erkranken) gab es in den vergangenen Jahren erhebliche Verbesserungen, die zu einer Verlängerung der Überlebenszeit führen. ■

(Literatur bei der Redaktion)

Kontakt und weitere Informationen:

DRK Kliniken Berlin Köpenick,

Salvador-Allende-Sr. 2-8, 12559 Berlin

Tel.: (030) 3035 – 3000 Fax: (030) 3035 - 3320



www.drk-kliniken-berlin.de/koepenick

„Wer lebt, ohne Fragen zu stellen, der lebt nicht wirklich.“

(Plato)

Klarere Bilder mit strahlungsfreier Mammografie



Das Universitätsklinikum Freiburg leitet seit Februar 2017 ein Projekt, in dem die Magnetresonanztomografie (MRT) für Brustuntersuchungen wesentlich verbessert werden soll. Das Vorhaben wird durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) mit einer Million Euro gefördert. Ziel ist die Entwicklung eines Zusatzgeräts für die MRT, das eine zehnfach stärkere Signaldifferenzierung erlaubt als aktuelle klinische MRT-Systeme. Dadurch sollen wesentlich detailliertere Rückschlüsse über den Zustand des Gewebes möglich sein.

Das ist insbesondere bei der Brustkrebsdiagnostik von Bedeutung. Das strahlungsfreie Verfahren könnte langfristig die bisherige Standardmethode der Röntgenmammografien ergänzen oder sogar ersetzen. Die Klinik für Radiologie – Medizin Physik des Universitätsklinikums Freiburg führt das auf drei Jahre angelegte Projekt in Kooperation mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und dem Universitätsklinikum Erlangen durch.

In der aktuellen Projektphase soll untersucht werden, wie das Verfahren technisch für einen Einsatz beim Menschen sich realisieren lässt, um in einer zweiten Phase das Gerät zu einem in Patienten anwendbaren Prototypen weiter zu entwickeln.

(Quelle: Universitätsklinikum Freiburg)

Kältekappe rettet Haare bei Chemo



Haarausfall (Alopezie) gehört zu den subjektiv am stärksten belastenden Nebenwirkungen einer Chemotherapie. Es gibt Hilfe. Eine Studie hat den Beweis geliefert: Kühlung der Kopfhaut zur Vorbeugung von chemotherapiebedingtem Haarausfall funktioniert.

Die Kühlkappen kommen heute überwiegend als sensorgesteuerte Kühlsysteme mit zirkulierendem Kühlmittel zum Einsatz. Die Wirkung überzeugt. Aufgrund der Kältekonstriktion der Kopfhautkapillaren gelangt weniger zytotoxische Substanz an die Haarwurzeln und lindert somit den Haarausfall. Studien belegen den klinischen Nutzen. Ob sich diese guten Ergebnisse auch bei intensiveren bzw. anthrazyklin- oder taxanhaltigen Regimes reproduzieren lassen, soll weiter überprüft werden.

Noch fehlt allerdings ein differenzierter Nutznachweis für die heute gebräuchlichen Chemotherapien sowie für unterschiedliche Krebserkrankungen.

(Quelle: Rugo HS et al. JAMA 2017; 317: 606-614; Medical Tribune)

Krebsprävention:

US-Krebsgesellschaft sieht eine „starke Evidenz“ durch Sport und Bewegung

Für einen gesunden Erwachsenen gibt es kaum einen Grund, nicht täglich körperlich aktiv zu sein, so Prof. Dr. Charles Ryan, Onkologe an der Uni in San Francisco zum ASCO. Zahlreiche Untersuchungen weisen auf den Nutzen zur Prävention bei Brust- und Darmkrebs hin. Dutzende epidemiologische und klinische Studien hätten gezeigt, dass Personen mit aktivem Lebensstil ein geringeres Risiko hätten zu einer dieser weit verbreiteten Krebserkrankungen. Ryan fasste die bisherigen Kenntnisse zur Assoziation von körperlicher Aktivität und Krebsprävention wie folgt zusammen:

→ **Brustkrebs:** Hier schwankt die Risikoreduktion zwischen 20 und 80%. Die meisten Studien belegen jedoch, dass tägliche mäßig starke bis intensive körperliche Aktivität zwischen 30 und 60 Minuten das Brustkrebsrisiko senkt. Den größten Nutzen haben Frauen, die ihr ganzes Leben aktiv sind.

→ **Kolonkarzinom:** Durch vermehrte körperliche Aktivität kann das Risiko für ein Kolonkarzinom um 30 bis 40% im Vergleich zu einem inaktiven Lebensstil gesenkt werden. Dies ist unabhängig vom Körpermassenindex (BMI). Je mehr trainiert wird, umso höher ist der Nutzen.

→ **Lungenkrebs, Endometrium- und Ovarialkarzinom:** Eine stärkere körperliche Aktivität kann das Risiko für Lungenkrebs um bis zu 20% senken, insbesondere bei Männern. Einige Studien bei Frauen haben gezeigt, dass das Risiko eines Endometriumkanzinoms um 20 bis 40% abnimmt.

Weniger eindeutig ist die Risikoreduktion beim Ovarialkarzinom.

→ **Prostatakarzinom:** Bei dieser Krebsform sind die Daten zum prophylaktischen Effekt körperlicher Bewegung uneinheitlich. „Aber das Prostatakarzinom ist eine heterogene Erkrankung und die Risikofaktoren für nichtaggressive und aggressive/letale Erkrankungsformen sind unterschiedlich“, so der kalifornische Onkologe. Die meisten Studien gehen in die gleiche Richtung, sie zeigen wenig Effekt der körperlichen Aktivität auf die Gesamtinzidenz des Prostatakarzinoms, aber das Risiko eines aggressiven Prostatakarzinoms sinkt bei starker oder sehr starker körperlicher Aktivität: In der Health Professionals Follow-Up-Studie war das Risiko bei Männern über 65 Jahre für ein fortgeschrittenes Prostatakarzinom um 67% und für ein tödliches Prostatakarzinom um 74% niedriger, wenn sie sich sehr stark körperlich betätigten.

→ **Weitere Krebsformen:** Die Daten zum Einfluss von körperlicher Bewegung auf die anderen Krebsformen reichen bislang noch nicht aus oder sind uneinheitlich. So ergab eine neuere Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem Risiko für die Entstehung eines Magen-, Rektum-, Nieren-, Pankreas-, Blasen- oder Hodenkarzinoms oder einer hämatologischen Erkrankung. Interessanterweise waren vermehrte körperliche Freizeitaktivitäten mit einem höheren Melanomrisiko verbunden, möglicherweise wegen des verlängerten Aufenthalts im Freien.

(Quellen: American Society of Clinical Oncology (ASCO): Experten-Perspektive, 14. Dezember 2016; gekürzter Artikel in Medscape. 28. Dez 2016.)

Arbeitsgruppe „Onkologische Bewegungsmedizin“ gegründet

AKTUELLES AUS DER
KREBSMEDIZIN

Früher galt für Krebspatienten: Möglichst schonen und wenig Belastung. Das ist überholt. Heute raten Ärzte den Patienten zu körperlicher Aktivität. Um die Wirkung, den Nutzen und die Art des optimalen Trainings wissenschaftlich zu beschreiben, ist an der Uniklinik Köln eine neue Arbeitsgruppe zum Thema „Onkologische Bewegungsmedizin“ eingerichtet worden.

Ziel der Arbeitsgruppe ist, den Einfluss von körperlicher Aktivität auf die Entstehung von Krebserkrankungen, den Verlauf von Tumortherapien hinsichtlich medizinischer Nebenwirkungen und den Schutz vor einem Tumorrückfall zu erforschen und Verständnis über die zu Grunde liegenden molekularbiologischen Mechanismen zu gewinnen.

Als sportwissenschaftlicher Leiter der neu gegründeten Forschergruppe konnte mit PD Dr. Freerk Baumann einer der führenden Experten in diesem Bereich gewonnen werden. Er arbeitete viele Jahre an der Deutschen Sporthochschule in Köln, nach wie vor ein wichtiger Kooperationspartner bei diesem Forschungsgegenstand. Im November 2016 wechselte er an das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) an der Uniklinik Köln.

Sein Forschungsschwerpunkt ist das Thema körperliche Aktivität und Krebs. Er hat zahlreiche internationale und nationale wissenschaftliche Publikationen und Bücher dazu verfasst und Wissenschaftspreise erhalten.

„Unser Ziel ist es, die konkreten Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge von Bewegung, Krebs und den medizinischen Nebenwirkungen darzustellen. Für die Patienten streben wir die optimale Unterstützung ihrer medizinischen Therapie an und letztlich auch eine Lebensverlängerung bei guter Lebensqualität. Die gelebte Interdisziplinarität innerhalb des CIO ist für die schnelle Übertragung unserer Forschungsergebnisse in die Versorgung und die Lehre dabei extrem hilfreich.“

Neben medizinisch-biologischen Parametern spielen für die Forscher auch psychische und psychosoziale Aspekte eine Rolle, die für die Krankheitsbewältigung ebenfalls relevant sind. So verringern sich bei Patienten, die an Bewegungsprogrammen teilnehmen, Angst und Depressivität. Selbstvertrauen und Selbstständigkeit steigen und auch eine „soziale Isolation“, die von vielen Patienten empfunden wird, kann reduziert werden. Daher kooperiert die Gruppe eng mit der Psychoonkologie (Haus Lebenswert e.V.).

(Quelle: Uniklinik Köln)

Übergewicht und Krebs

Ein Zusammenhang, der durchbrochen werden muss



*Dr. med. Martin Kemps,
Leiter des Berliner Adipositaszentrum,
Klinik für Chirurgie,
DRK Kliniken Berlin Köpenick*

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt die Adipositas zu den schwerwiegendsten und folgenreichsten Gesundheitsproblemen unserer Zeit. Allein in Deutschland leiden mehr als die Hälfte der Menschen an Übergewicht und mehr als 20 % sind adipös.

Die Adipositas wird heutzutage als chronische, multifaktorielle Erkrankung betrachtet und ist mit begleitenden medizinischen, psychologischen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen assoziiert. Chronische Erkrankungen wie der Diabetes mellitus, der Bluthochdruck, die Lipidstoffwechselstörungen sowie das Schlafapnoe-Syndrom sind in enger Weise mit der Adipositas assoziiert. Mit dem krankhaften Übergewicht gehen prinzipiell eine erhöhte Sterberate sowie eine geringere Lebenserwartung einher.

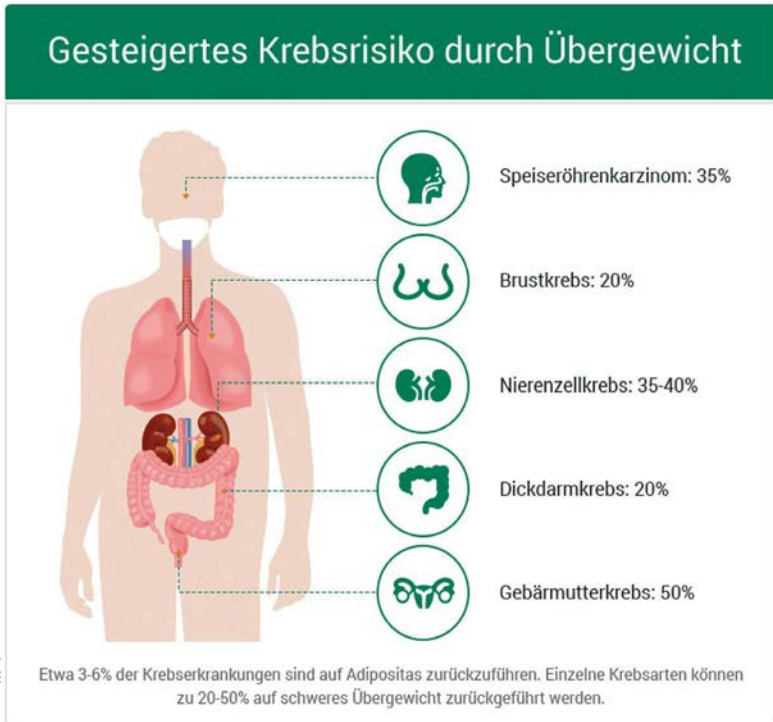
Bei einem BMI zwischen 40 – 45 kg/m² reduziert sich die Lebenserwartung nach einer im LANCET veröffentlichten umfassenden Arbeit einer englischen Arbeitsgruppe um 8-10 Jahre.

Die kausalen Zusammenhänge bezüglich des Diabetes mellitus und der kardiovaskulären Erkrankungen konnten in vielfachen großen Studien in den letzten Jahren mit höchster Sicherheit und Evidenz ausführlich belegt werden. Sie gelten als eine der größten Herausforderungen der Gesundheitssysteme der westlichen Gesellschaften.

Neu und mit wachsender Sicherheit belegt ist auch der Zusammenhang zwischen Übergewicht und der Inzidenz maligner Erkrankungen. Zahlreiche epidemiologische Studien der letzten Jahre zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Adipositas und häufigerem Auftreten von Krebs unterschiedlicher Organe.

Eine umfangreiche Metaanalyse zeigte z.B. unter Einbeziehung von 56 Beobachtungsstudien im Hinblick auf das kolorektale Karzinom ein signifikant erhöhtes Erkrankungsrisiko. So stieg das Risiko pro 5 kg/m² (BMI) um 18%.

Wachsende klinische und wissenschaftliche Evidenz zeigt diesen Zusammenhang auch für die Entstehung vieler anderer Karzinome – wie des Gebärmutterkrebses, einigen Formen des Brustkrebses sowie Karzinome der Niere und der Bauchspeicheldrüse.



Dieses möglicherweise noch unterschätzte zunehmende Problem wird auch von onkologischen Fachgesellschaften (ESMO, ASCO) und der WHO als der womöglich schon bald führende, vermeidbare Risikofaktor für die Entstehung von Krebs adressiert.

Die kausalen Zusammenhänge sind dabei höchst komplex und noch nicht endgültig geklärt.

Bekannt und erwiesen ist, dass es im Rahmen der Adipositas zu einer generalisierten, chronischen Inflammation kommt. Es wird postuliert, dass diese dauerhafte Entzündungsreaktion eine Tumorneogenese begünstigt.

Bei stark adipösen Patienten wird neben einer Hyperinsulinämie auch eine deutliche vermehrte, teils unregulierte Ausschüttung von Insulin-ähnlichen Wachstumshormonen beschrieben, welche wiederum in der Entstehung von Tumorzellen eine entscheidende Rolle spielen.

Hyperplastisches und hypertrophes Fettgewebe (hier vor allem das viszerale Fettgewebe) fungiert nachweislich als „hormon-aktives“, endokrines Organ. Hier werden übermäßig Hormone (u.a. Geschlechtshormone) und hochaktive Adipokine gebildet, die ihrerseits wiederum durch ihre zellwachstumsfördernde Kompetenz einer unregulierten Zellvermehrung und damit die Entstehung von Krebs fördern können.

Detaillierte Einblicke in die komplexen Wechselwirkungen und Kausalverhältnisse werden augenblicklich weltweit intensiv untersucht und erforscht. Die Ergebnisse werden helfen, die vielschichtige Ursachen-Wechsel-Beziehung zwischen Übergewicht und Adipositas noch umfänglicher zu verstehen.

Konstatiert werden kann und muss aber schon heute, dass die Adipositas nachweislich einen unabhängigen, gesicherten Risikofaktor in der Entstehung von vielen Tumorerkrankungen darstellt.

Einer deutlichen und nachhaltigen Gewichtsreduktion kommt somit nicht nur hinsichtlich metabolischer Komorbiditäten, sondern auch vor dem Hintergrund der Entstehung von Krebserkrankungen eine herausragende Bedeutung zu.

In einem interdisziplinären zertifizierten Adipositaszentrum kann nicht nur eine langfristige Gewichtsabnahme erzielt werden, sondern auch adipositas-spezifische Komorbiditäten erfolgreich therapiert bzw. deren Manifestation verhindert werden. Dies gilt nach aktuellem Erkenntnisstand gerade auch für verschiedene Krebserkrankungen, wie z.B. das kolorektale Karzinom und das Endometriumkarzinom.

Konservative Behandlungskonzepte können kurzfristig zu einer Gewichtsreduktion führen und stellen einen elementaren Bestandteil in der ganzheitlichen, komplexen Therapie des krankhaften Übergewichts dar, haben sich aber im Langzeitverlauf bei hochgradiger Adipositas nicht gegenüber den chirurgischen Verfahren behauptet.

Hier stellt die Adipositaschirurgie im engen Zusammenspiel mit einer intensiven prä- und postoperativen Betreuung die effektivste Langzeittherapie bei morbidem Adipositas dar.

Es muss jedoch auch erwähnt werden, dass es noch weiterer prospektiver Studien bedarf und „die Studien im Hinblick auf ihr Design, die untersuchten Populationen und unterschiedlich lange Nachbeobachtungszeiten zu heterogen waren, so dass es zum aktuellen Zeitpunkt zu früh ist, eine endgültige Empfehlung insbesondere im Hinblick auf bariatrisch-chirurgische Eingriffe als primäre Krebsprävention auszusprechen.“ (Deutsches Ärzteblatt, 2015)

Zusammenfassend stellt das in den letzten Jahren dramatisch zunehmende Übergewicht von Patienten in der sogenannten „industrialisierten Welt“ ein sehr ernstzunehmendes medizinisches und gesundheitsökonomisches Problem dar. Das Ausmaß, in welchem das Übergewicht neben der Beeinflussung von endokrinen und kardiovaskulären Erkrankungen (Diabetes mellitus, Hypertonie u.a.) auch in der Entstehung von malignen Erkrankungen spielt, ist noch nicht gänzlich abzusehen.



Von einem zunehmenden Einfluss ist bei dem zu beobachtenden demografischen Wandel auszugehen und wird daher sicherlich zukünftig in den Konzepten der onkologischen Therapie eine entscheidende Rolle einnehmen.

Dabei stehen Prävention und nachhaltige Therapie im Mittelpunkt. Eine Lösung ist hierbei nur durch eine enge Verzahnung von interdisziplinären onkologischen und bariatrischen Zentren zu erreichen, um den großen medizinischen und sozio-ökonomischen Herausforderungen sowohl für die Gesellschaft, aber auch im besonderen in der Therapie adipöser Krebspatienten wirkungsvoll entgegenzutreten zu können.



Am Berliner Adipositaszentrum an den DRK Kliniken Berlin Köpenick wurden kompetente interdisziplinäre Team-Strukturen geschaffen, die sich dem komplexen Problem des Übergewichtes effizient und nachhaltig annehmen können. ■

(Literatur bei der Redaktion)

Weitere Informationen: www.berliner-adipositaszentrum.de;
www.selbsthilfe-adipositas-koepenick.de
www.adipositashilfe.koepenick.de

Urologen registrierten den 1000. Nutzer: www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info

Ende 2016 hat der 1000. Patient die online-basierte Entscheidungshilfe Prostatakrebs der PatientenAkademie der Deutschen Urologen genutzt: Damit hat die Etablierung des urologischen Vorzeige-Projektes multimedialer Patientenberatung, das als gemeinsame Initiative der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. (BDU) entstanden ist, einen Meilenstein erreicht.

Darüber hinaus liegen erste Evaluationsergebnisse vor. „Sie zeigen nicht nur stetig steigende Nutzerzahlen, sondern auch eine sehr hohe Zufriedenheit der Patienten mit unserem innovativen Konzept, das die schwierige Therapieentscheidung beim nicht metastasierten Prostatakarzinom unterstützt“, sagt DGU-Pressesprecher Prof. Dr. med. Christian Wülfing.

„Das kostenlose und im deutschsprachigen Raum bisher einmalige Online-Angebot steht seit Juni 2016 zur Verfügung und soll das Beratungsgespräch beim nicht metastasierten Prostatakarzinom für den Patienten und seinen Urologen standardisiert vorbereiten und erleichtern“, erklärt Privatdozent Dr. med. Dr. phil. Johannes Huber, Projektleiter der Entscheidungshilfe Prostatakrebs.

Das Procedere ist für Patienten und Urologen denkbar einfach: Nach einem ersten Gespräch über die Krebsdiagnose kann der behandelnde Urologe seinem Patienten einen Einladungsflyer mit einem individuellen Zugangscode übergeben und darauf acht klinische Angaben vermerken.



Basierend auf diesen Angaben kann sich der Patient auf der Webseite der Entscheidungshilfe mithilfe von personalisierten Videos ausführlich informieren und sich mit seiner Erkrankung und den leitliniengemäßen Behandlungsmöglichkeiten auseinandersetzen. Er bekommt die Möglichkeit, sich über persönliche Wünsche, Ängste und Prioritäten klar zu werden und diese in Ruhe zuhause mit Personen seines Vertrauens zu besprechen.

„Abschließend erhält der Nutzer eine Zusammenfassung aller relevanten Daten, die er zum folgenden Arztgespräch mitbringt. Diese liefert dem Urologen wichtige Informationen über den bereits gut informierten Patienten und schafft beste Voraussetzungen für eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation, die sich so vermehrt der ganz persönlichen Beratung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung widmen kann“, so Huber weiter.

(Quelle: DGU/BDU)

Weitere Informationen sind unter:
www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info

Blasenkrebs: Symptome erkennen

Blasenkrebs: Damit sind Karzinome der Harnblase gemeint, bösartige Tumoren, die in der Schleimhaut der Blase entstehen.

In Deutschland erkrankten im Jahr 2013 etwa 22.300 Männer an einem Tumor der Blase. Bei Frauen ist die Erkrankung seltener: 2013 waren etwa 7.200 Patientinnen neu betroffen. Ein wichtiger Risikofaktor für das Auftreten von Harnblasenkrebs ist das Rauchen.



In Rot: Harnblase mit Harnleitern, Harnröhre und Prostata

Welche Beschwerden treten auf?

Patientinnen und Patienten mit Harnblasenkarzinom in einem frühen Stadium haben oft gar keine oder nur sehr allgemeine Beschwerden. Männer neigen dazu, Probleme zunächst für Prostatabeschwerden zu halten, viele Frauen denken zuerst an eine Blasenentzündung. Diese eher unspezifischen Symptome können auf einen Tumor der Blase hindeuten, sind aber kein klarer Beleg dafür. Die Beschwerden können auch andere Ursachen haben. Bei fortgeschrittener Erkrankung treten hingegen spezifische Symptome auf, die eine Tumorerkrankung vermuten lassen.

Erste Symptome bei Harnblasenkrebs können sein:

- Eine schmerzlose Blutung aus der Blase – Betroffene stellen beim Wasserlassen fest, dass ihr Urin rötlich oder auch braun verfärbt ist. Der Fachausdruck für Blut im Urin lautet „Hämaturie“.
- Man hat häufiger als sonst das Bedürfnis, auf die Toilette zu gehen. Trotz des Harndrangs „kommt nichts“, man muss nur wenig Wasser lassen.
- Man hat das Gefühl einer Blasenentzündung. Bei fortgeschrittenem Blasenkrebs können deutlichere Symptome auftreten:
- Schmerzen im Unterleib und in der Nierengegend.
- Hat der Tumor bereits Metastasen gebildet, können die Lymphknoten vergrößert sein. Verlegt der Tumor Lymphbahnen oder Venen, kommt es zu Schwellungen und Stauungen.
- Ein Anzeichen für eine fortgeschrittene Erkrankung können auch Knochenschmerzen sein. Wer sich Sorgen macht: Die aufgeführten Symptome können zwar auf eine bösartige Erkrankung der Blase hindeuten, es sind aber auch andere Ursachen dafür denkbar. Auf die leichte Schulter sollte man längere Beschwerden trotzdem nicht nehmen.

Bessern sich ungewöhnliche Symptome nicht innerhalb weniger Tage, sollte man unbedingt zum Arzt gehen.

(Quelle: DKFZ März 2017)

Handy-Strahlung

Gefahren und Empfehlungen

kommentiert von Markus Pomorin (CH) und Markus Kohl

Die Autoren haben in einem E-Book umfangreiche Recherchen und Zusammenhänge veröffentlicht. Eine leicht bearbeitete und gekürzte Fassung wird hier publiziert.

Zum Stand der Dinge

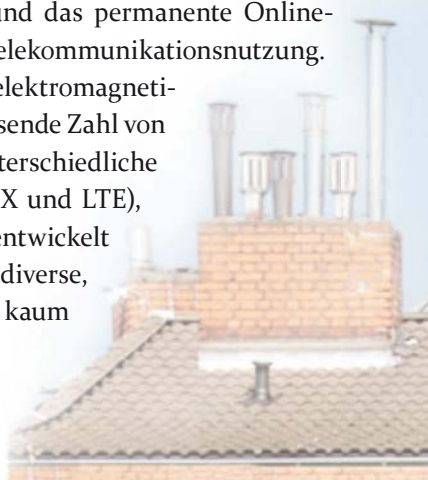
Allein in Deutschland sind gegenwärtig (Stand: 2016) ca. 300.000 Mobilfunk-Sendeanlagen, rund zwei Millionen kleine Sendeanlagen, 100 Millionen private Sendeanlagen z. B. kabellose Netzwerke (WLAN) und Schnurlostelefone sowie ca. 100 Millionen Mobiltelefone aktiv. All diese Geräte setzen unterschiedlich große Mengen elektromagnetischer Strahlung im hochfrequenten Bereich frei. Durch Inbetriebnahme immer neuer UMTS-Anlagen und Sendemasten steigt die Strahlung, der wir ausgesetzt sind, kontinuierlich an.

Diese Dauerbestrahlung hat Auswirkungen auf unseren gesamten Organismus. Je nach körperlicher Konstitution zeigen sich die Folgen von so genanntem „Elektrosmog“ häufig nur schleichend langsam und sind schwer mit diesem in direktem Zusammenhang zu bringen.

Was ist Elektrosmog eigentlich?

Im Online-Nachschlagewerk Wikipedia heißt es dazu: „Elektrosmog oder E-Smog (aus Elektro- und Smog) ist ein umgangssprachlicher Ausdruck für die Gesamtheit an elektrischen, magnetischen und elektromagnetischen Feldern, von denen teilweise angenommen wird, dass sie (unerwünschte) biologische Wirkungen haben könnten.“

Eine nahezu lückenlose Mobilfunkabdeckung und das permanente Online-Gehen gehören zum Standard der modernen Telekommunikationsnutzung. Möglich machen diese ständige Verfügbarkeit elektromagnetische Wellen, die durch eine immer rasanter wachsende Zahl von Antennen übertragen werden. Es gibt viele unterschiedliche Funkstandards (sie heißen GSM, UMTS, WIMAX und LTE), weil jeder Anbieter seine eigene Systemtechnik entwickelt hat. Die Folge: Permanente Bestrahlung durch diverse, immer dichter gewebte Funknetze, denen man kaum noch entkommen kann.



Die Fragen, die sich jeder dringend stellen sollte, sind u. a. folgende:

Ist Elektromog gefährlich für meine Gesundheit?

- Welcher Dosis an Strahlenbelastung setze ich mich durch drahtlose Kommunikation aus?
- Wie kann ich Belastungen mindern und Risiken erkennen, um sie zu vermeiden?
- Wie kann ich mich vor Elektromog schützen?

Risiken durch Mobilfunkstrahlung

Von einer Seite wird gerne behauptet, dass Elektromog und im speziellen auch die gepulste elektromagnetische Strahlung des Mobilfunks keinerlei schädliche Auswirkungen auf unseren Organismus hat. Diese Behauptung basiert jedoch lediglich auf der Grundlage, dass die Intensität der Strahlung zu gering sei, um eine merkliche Erwärmung oder Überhitzung unseres Gewebes zu veranlassen. Wir erleiden also sozusagen keine unmittelbar sichtbaren Verbrennungen. Es gibt allerdings bis heute nicht eine einzige Langzeitstudie der „Lobby“ die belegt, dass eine Dauerbestrahlung mit geringer Intensität über einen langen Zeitraum völlig unbedenklich ist.

Ganz im Gegenteil: Immer mehr Menschen stellen fest, dass sie auf kurz oder lang diverse Beschwerden bekommen, nachdem ein neuer Mobilfunk-Sendemast in ihrer Umgebung aufgestellt wurde oder sie sich ein schnurloses Telefon angeschafft haben. Viele Krankheitsbilder steigen kontinuierlich an – so wie auch die Belastung mit Strahlung.

Die Aussagen einiger Studien (z.B. AUVA Report Nr.70/2016: Untersuchung athertischer Wirkungen elektromagnetischer Felder im Mobilfunkbereich) sowie kritischer Ärzte und naturheilkundlicher Therapeuten sprechen eine klare Sprache:

- Elektromog ist neben weiteren Belastungen des modernen Lebens ein Risikofaktor, der den menschlichen Organismus unter starken Stress setzt, hierdurch viele Erkrankungen begünstigt und auslöst sowie Heilungsprozesse unterdrücken kann.

Das Bundesamt für Strahlenschutz gibt an, dass sechs Prozent der Deutschen elektrosensibel sind. In Schweden, wo Elektrosensibilität als Krankheit anerkannt ist, geht man sogar von 30 Prozent der Bevölkerung aus.

Bereits im Jahre 2011 gab die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bekannt, dass hochfrequente, elektromagnetische Strahlung, wie sie von Handys aber auch von Rundfunk und Radar ausgeht, als „möglicherweise krebserregend“ angesehen werden muss. Maßnahmen, die Bevölkerung angemessen vor Strahlung zu schützen und über die Auswirkungen aufzuklären, sind in den Ländern nahezu nicht erfolgt. Gerade deshalb ist Eigeninitiative wichtig.

Einige Stimmen zum Thema:

„Gepulste Hochfrequenzstrahlung greift tief in biologische Prozesse ein. Sie schädigt das Immunsystem.“

PROF. ROSS ADEY, Loma-Linda-University, California/USA

„Strahlung durch Mobilfunk kann den Hormonhaushalt durcheinanderbringen. So wird zum Beispiel das Schlafhormon «Melatonin» gestört, aber auch Stresshormone werden vermehrt ausgeschüttet. Die Folgen sind Schlafstörungen bis hin zu Depressionen, Unruhe und Panik-Gefühlen.“

DR. MED. HANS-CHRISTOPH SCHEINER, AZK 23.02.2008 in Chur (CH), Bioinitiative Report vom 31. 08. 2007, TV-Sendung «Mobilfunk und Gesundheit», Report Mainz, SWR

„Die grundsätzliche Belastung im Körper durch Handystrahlen erhöht sich um ein Vielfaches, weil die Strahlen in kurzen Takten «gepulst» werden, um auf derselben Frequenz viele Gespräche gleichzeitig übertragen zu können. Die Wirkung ist etwa so, wie wenn man sich ständig in blitzendem «Disco-Licht» aufhalten müsste. Die Folge: Veränderung der Hirnströme und des zentralen Nervensystems.“

PROF. DR. ROSS ADEY, Loma-Universität, California

Ein breites Spektrum von Symptomen ist bereits bekannt und es werden immer mehr. Die gesetzten Grenzwerte sind viel zu hoch und unser Körper spricht bereits bei deutlich niedrigeren Dosen auf die Strahlenbelastung an. Je länger wir in diesem Zustand verweilen, desto höher werden die Gefahren, einen biologischen Schaden zu erleiden. Nicht selten kommt es zu genetischen Mutationen, Bildung von freien Radikalen, Zellenergieverlust bis hin zu degenerativen Krankheiten.

So kommt es beispielsweise in den folgenden Bereichen zu Störungen durch Strahlenbelastung:

Vegetatives Nervensystem

Dieses wichtige System steuert alle Funktionen in unserem Körper, welche quasi „automatisch“ ablaufen. Verdauung, Blutdruck, Herzschlag, Kreislauf, all diese Bereiche werden von unseren Nerven gesteuert. Akute Symptome zeigen sich in den meisten Fällen eher unspezifisch und die Diagnose ist teilweise sehr schwierig. Vor allem aber auch die Beweisführung, dass die Störungen durch Mobilfunkstrahlung kommen.

Immunsystem

Wissenschaftler des Universitätsklinikums Zürich bewiesen, dass die Immunreaktion von Zellen um 90% gesunken ist. Durch Mobilfunkstrahlung! Ebenso wird das Verhalten von Hormonen und Enzymen verändert und gestört. Fruchtbarkeit, Stimmung (z. B. Depressionen) aber auch Fettverbrennung sind nur einige wenige Beispiele, die von einer Schwächung des Immunsystems betroffen sind.

Eine erhöhte Infektanfälligkeit, Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Neurodermitis und Krebs können die Folge sein.

Melatoninhaushalt

Diverse wissenschaftliche Studien belegen, dass die Melatoninausschüttung durch Strahlung ebenfalls verringert wird. Dies führt nicht nur zu Schlafstörungen und Depressionen, da Melatonin unter anderem den Tag-Nacht-Rhythmus regelt, sondern auch die krebshemmende Wirkung des Melatonins geht verloren. Es ist bewiesen, dass Melatonin das Wachstum menschlicher Brustkrebszellen ausbremst.

Trotz dieser Faktenlage kommt von all den Gefahren, die mit moderner Technologie einhergehen, in den Medien leider nur wenig an. Im Film „Der Handykrieg“ wird über den Washingtoner Epidemiologen George Carlo berichtet – einer der größten Widersacher der Mobilfunkindustrie. Er hatte die Möglichkeit, eine mit 28 Millionen US-Dollar finanzierte Studie zur Auswirkung von Mobilfunkstrahlung auf den Menschen durchzuführen.

Sein alarmierendes Ergebnis: Vieltelefonierer haben häufiger Hirntumoren und DNA-Schäden!

Tipps und Tricks für weniger Belastung durch Strahlung

Auch im Umgang mit moderner Technologie trifft die goldene Regel des Paracelsus zu: „Die Dosis macht das Gift.“

Hier ein paar Tipps, die sofort umsetzbar sind:

- Wähle ein Smartphone mit möglichst geringem Strahlungsfaktor (SAR-Wert).
- Trage Dein Smartphone im Betrieb nicht in der Brust- oder Hosentasche. Der Abstand sollte unbedingt mehr als 15 mm betragen.
- Halte die Gespräche am Handy möglichst kurz und führe längere Gespräche im Optimalfall über das Festnetz.
- Halte Dein Handy während des Verbindungsaufbaus nicht ans Ohr, weil die Strahlung gerade dann sehr hoch ist.
- Bei hoher Geschwindigkeit (z. B. im Zug oder im Auto) sendet Dein Handy mit maximaler Leistung. Dies erhöht die Strahlung stark, vor allem auch beim Telefonieren.
- Schalte WLAN, Bluetooth und Ortungsdienste nur ein, wenn es nötig ist.
- Nutze Dein Smartphone nicht als Wecker, wenn doch, dann versetze auch Dein Smartphone in den Schlafmodus. ■

Weitere Informationen und das vollständige E-Book: www.handystrahlung.net

„Indem wir unsere Schwäche bekennen, vermehren wir unsere Stärke.“

(Jean-Jaques Rousseau)

HERPES ZOSTER – EIN POTENZIELLER MARKER FÜR KREBS?

Bereits seit einiger Zeit besteht der Verdacht, dass der Herpes zoster, Gürtelrose, ein Risikofaktor für Krebs sein kann. Studien sollen jetzt eine Antwort finden.

Die Gürtelrose kann in jedem Lebensalter auftreten, befällt jedoch meistens Menschen jenseits der Lebensmitte, also eher die Älteren.

Das die Gürtelrose auslösende Virus (Varicella-zoster) verursacht während der Kindheit die Windpocken und verbleibt dann verborgen in den Nervenbahnen. Unter bestimmten Bedingungen kann es wieder reaktiviert werden – es kommt zu einer Gürtelrose.

Die Gürtelrose ist eine akute, auf bestimmte Körperregionen beschränkte Infektion, die mit stark infektiösen Bläschen und Schmerzen einhergeht.

Aber können die Viren Krebs auslösen? Viren können sich jahrzehntelang im Körper einnisten, ohne Symptome zu verursachen.

Eine Infektion führt erst dann zu schweren Zellschäden und einer spürbaren Erkrankung, wenn weitere Auslöser hinzu kommen.

Ganz ungefährlich ist dies bei einigen Virusarten nicht: Jede Zelle besitzt ein kompliziertes Kontrollsystem, das den Zeitpunkt der Zellteilung, aber auch den des Zelltodes genau festlegt.

Für die Gesundheit eines Organismus ist es wichtig, dass sich teilende und sterbende Zellen im Gleichgewicht befinden.

Viren sind für ihre eigene Vermehrung aber von sich teilenden Zellen abhängig: Eine Infektion kann die Wachstumskontrolle der Zelle außer Kraft setzen und den programmierten Zelltod (Apoptose) verhindern.

Viren, deren Erbinformation in Wirtszellen eingelagert wird, können dadurch beispielsweise Gene mit zentraler Kontrollfunktion stören.

Sind diese genetischen „Wächter“ defekt, wachsen die Zellen ungebremst weiter: Es kann Krebs entstehen.

(Quelle: Medical Tribune online, DKFZ)

Harte Schale – gesunder Kern

Ernährungswissenschaftler klären Schutzwirkung von Nüssen bei Darmkrebs auf

Geröstet und gesalzen, gemahlen im Gebäck oder frisch geknackt direkt aus der Schale, wer gerne Nüsse verzehrt, für den haben Ernährungswissenschaftler der Friedrich-Schiller-Universität Jena gute Nachrichten. Nüsse, so zeigen ihre aktuellen Studienergebnisse, können das Wachstum von Krebszellen im Darm reduzieren. „Bereits seit längerem wissen wir, dass Nüsse voller Inhaltsstoffe stecken, die gut sind für das Herz-, Kreislaufsystem, die vor Übergewicht schützen oder Diabetes“, sagt Dr. Wiebke Schlörmann. Auch ihre vor Darmkrebs schützende Wirkung deutet sich bereits in zahlreichen Studien an, so die Ernährungswissenschaftlerin weiter. „Was wir bislang noch nicht im Detail wussten, ist, worauf die protektive Wirkung von Nüssen beruht.“ Auf diese Frage können Dr. Schlörmann und ihre Kollegen vom Lehrstuhl für Ernährungstoxikologie der Uni Jena nun konkrete Antworten geben. In einer jüngst im Fachmagazin „Molecular Carcinogenesis“ veröffentlichten Untersuchung legen sie Ergebnisse vor, die die molekularen Mechanismen dieser Schutzwirkung beleuchten (DOI: 10.1002/mc.22606).

Körpereigene Abwehr wird angekurbelt

Demnach beruht die gesundheitsfördernde Wirkung von Nüssen unter anderem darauf, dass die körpereigene Abwehr zur Entgiftung von reaktiven Sauerstoffspezies aktiviert wird. Solche Substanzen, die beispielsweise durch ultraviolette Strahlung oder verschiedene Chemikalien

entstehen, können Zellschäden verursachen, die zur Krebsentstehung führen. „Der Körper verfügt aber über eine ganze Reihe von Schutzmechanismen, die reaktive Sauerstoffspezies unschädlich machen“, erläutert Dr. Schlörmann. Diese, so haben die Jenaer Ernährungswissenschaftler nun gezeigt, werden durch Nüsse und ihre Inhaltsstoffe angekurbelt.

Untersucht haben die Forscher die Wirkung von insgesamt fünf verschiedenen Nusssorten: Macadamia-, Hasel- und Walnuss sowie Mandeln und Pistazien. Dazu sind die Nüsse künstlich – im Reagenzglas – „verdaut“ worden. Die so entstandenen Verdauungsprodukte haben die Wissenschaftler anschließend auf ihre Wirksamkeit an Zelllinien untersucht. Dabei haben sie festgestellt, dass etwa die Aktivität der Schutzenzyme Katalase und Superoxiddismutase in den behandelten Zellen ansteigt.

Außerdem wird durch die Verdauungsprodukte in den behandelten Krebszellen der sogenannte programmierte Zelltod induziert. „Diese Wirkung haben wir bei allen untersuchten Nusssorten nachweisen können“, unterstreicht Prof. Dr. Michael Gleib, der die Studie geleitet hat. In einem nächsten Schritt wollen er und sein Team nun herausfinden, ob diese Schutzwirkung durch das Rösten der Nüsse beeinträchtigt wird. Da die meisten der untersuchten Nüsse vorwiegend geröstet verzehrt werden, lässt sich davon möglicherweise eine entsprechende Ernährungsempfehlung ableiten.

(Quelle: Friedrich-Schiller-Universität Jena Original-Publikation: Schlörmann W et al. Chemopreventive potential of in vitro fermented nuts in LT97 colon adenoma and primary epithelial colon cells. Molecular Carcinogenesis. DOI: 10.1002/mc.22606)



Gewichtsreduktion senkt Risiko für Gebärmutterkörperkrebs

AKTUELLES AUS DER
KREBSMEDIZIN



Bei starkem Übergewicht nach den Wechseljahren kann eine gezielte Gewichtsabnahme helfen, das persönliche Risiko für die Krankheit zu senken.

Starkes Übergewicht ist ein Risikofaktor für die Entstehung von Gebärmutterkörperkrebs, dem sogenannten Endometriumkarzinom. Nun bestätigten die Ergebnisse einer Studie in der Fachzeitschrift *Journal of Clinical Oncology*, dass Frauen nach den Wechseljahren umgekehrt ihr Risiko für die Krankheit senken können, wenn sie bei starkem Übergewicht ihr Gewicht gezielt und in vernünftigem Maße reduzieren.

Grundlage für die Untersuchung waren die Daten von knapp 36.800 Frauen im Alter von 50 bis 79 Jahren, die im Rahmen einer großen Beobachtungsstudie auch hinsichtlich der Entwicklung ihres Körpergewichts und dem Zusammenhang zu Krankheiten beobachtet wurden.

Frauen, die im Laufe der durchschnittlichen elfjährigen Beobachtungszeit gezielt ihr Körpergewicht reduzierten, erkrankten seltener an Gebärmutterkörperkrebs. Dies galt besonders für fettleibige Frauen (BMI > 30).

Umgekehrt stieg das Risiko für Gebärmutterkörperkrebs bei einer Gewichtszunahme von fünf Kilogramm und mehr, wobei am stärksten Frauen betroffen waren, die keine Hormontherapie gegen Wechseljahresbeschwerden durchgeführt hatten.

Stark übergewichtige und fettleibige Frauen, die die Wechseljahre bereits hinter sich haben, könnten ihr Risiko für Gebärmutterkörperkrebs senken, wenn sie ihr Körpergewicht auf vernünftigem Wege reduzieren würden, so die Studienautoren.

(Quelle: DKG Quelle: Rowan, J. L. et al.: Intentional Weight Loss and Endometrial Cancer Risk. Journal of Clinical Oncology, Onlinevorabveröffentlichung am 6. Februar 2017, DOI: 10.1200/JCO.2016.70.5822)

Wie Gefühle uns beim Essen steuern



Vera Spellerberg
Dipl. Oecotrophologin

Essen und Emotionen: Ein schwieriges Paar. Natürlich sollen und wollen wir auch fühlen was wir essen. Doch wer von Emotionen geleitet, kontrolliert und gesteuert isst, der hat ein Problem! Essen um des Hungers, auch des Appetits willen und sowieso des Genusses wegen – ist wunderbar. Auch wenn die Wahrheit ist, dass das nicht so viele können.

Doch es gibt Hilfe. Gute verhaltenspsychologische Strategien, die nicht nur zu überraschenden Erkenntnissen führen, sondern auch zu nachhaltigen, echten Lösungen.

Ja genau, den alten Spruch neu begreifen: „Wer genießt wird selig!“

Haben Sie auch schon mal beobachtet, dass in Situationen, in denen wir uns von aller Welt verlassen fühlen, geradewegs Omas Nusskuchen oder Mamas weltbeste Rolladen uns in den Sinn kommen? Wenn wir in unserer Kindheit viel Geborgenheit auch über ein wohlig warmes und besonders gutes Essen erlebt haben, bleibt diese Prägung ein Leben lang erhalten. Genauso umgekehrt, wenn wir mittels Essen wie Süßigkeiten u.ä. eher Liebesentzug und Strafe wie „ab ins Bett, heute Abend gibt's nichts mehr“, erfahren haben, dann suchen wir besonders nach emotionaler Entlastung durch das Essen. Der Unterschied besteht häufig darin, dass die Ersten den Trost wirklich spüren und das Mehr-Essen-Wollen, wieder loslassen können, während Letztere oft in der Suche nach Entlastung stecken bleiben. Suche wird somit nicht selten zur Sucht!

Die Psychologin Shira Gabriel von der University at Buffalo hat mit ihrem Team in einer Studie genau dies bestätigt, nämlich, dass Menschen, die sich in Situationen besonders zurückgewiesen oder einsam fühlten, nach ganz bestimmten Gerichten gelüstete. In der Regel handelte es sich um Speisen, die sie mit einer starken Zuneigung oder Trost aus der Kindheit verknüpften. Die Forscher nennen dieses Phänomen auch Konditionierung. Das meint: stress- oder angstauslösende Reize, gepaart mit Einsamkeitsgefühlen werden besonders verknüpft mit emotional assoziierten Speisen, wie z.B. denen aus der Kindheit. Diese Konditionierungen wirken bei vielen Menschen nicht selten ein Leben lang!

Emotionales Essen ist deswegen auch ein wichtiges Thema in der Therapie von Übergewicht und überhaupt in der Ernährungspsychologie. Das zeigt auch das Beispiel einer Studie der University of Delaware. Das Forscherteam von Lisa Jaremka hat 43 Paare nach einem ausgiebigen Menü kritische Themen ihrer Partnerschaft diskutieren lassen. Das Resultat: Frauen und Männer, bei denen es da eher disharmonisch zugeht, hatten, obwohl eigentlich gesättigt, großen Appetit auf besonders fettige, süße und salzige sprich: Ungesunde und dickmachende Speisen! Doch nicht erst besonders anstrengender Beziehungsstress triggert das emotionale Essen, sondern auch schon harmlose Fernsehwerbung und melancholische oder angsteinflößende Filme machen Jieper auf Popcorn & Co!

Ganz eindeutig können wir daraus schließen: Essen und Emotionen gehören zusammen! Der Volksmund spricht ja auch nicht umsonst von: Liebe geht durch den Magen oder vom Kummerspeck! Interessant dabei ist, dass vor allem negative Emotionen wie Trauer, Einsamkeit, Leistungsdruck, Ärger oder Enttäuschung den nächtlichen Weg zum Kühlschrank bahnen.

**„Ich hab Stress, ich muss was essen“,
lautet oft der verzweifelte Ruf der sogenannten Emotionalen Esser.**

Kurzfristig kann das Essen tatsächlich emotionale Entlastung verschaffen, doch auf Dauer nehmen die Probleme eher zu. Auf den ersten Blick könnte man meinen, so ein im Affekt verdrücktes Stück Torte ist doch deutlich besser als viele andere Frustrationen wie Aggressionsschübe oder gar sozialer Rückzug und Einsamkeit.

**Unsere Volksweisheit sagt dazu:
„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen!“**

So richtig der Satz im Kern ist, darf er dennoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass gerade das Emotionale Essen sehr oft einen hohen Leidensdruck birgt und wenig differenziert zwischen echtem physischen Hunger und emotionalen Gelüsten. Außerdem kann diese Art der Emotionsregulierungsstrategie auf Dauer zu Übergewicht und anderen Erkrankungen führen, daneben zu Kontrollverlust und der Wahrnehmung: Das Leben nicht mehr im Griff zu haben.

An der Universität Würzburg stellten Herber und Macht erstaunlicherweise fest, dass dieses Emotionale Essen in Deutschland sehr weit verbreitet ist: „Vermutlich zeigt etwa jeder Dritte ein gesteigertes Essverhalten, um negative Emotionen zu kontrollieren“, berichten die Forscher! Obwohl die Reaktion auf Stress aus biologischer Sicht ja eher als Angriffs- oder Fluchtreaktion verankert ist, mit der Konsequenz, dass der Appetit stark gedrosselt wird.



Nahrungsaufnahme passt somit biologisch zur Regulierung anstrengender Alltagssituationen gar nicht ins Körper-Programm. Warum also dennoch millionenfach bei Anspannung und Stress gegessen wird, ist wissenschaftlich nicht wirklich klar. Außerdem entdeckten die Forscher, dass es offensichtlich einen deutlichen Unterschied gibt zwischen Stress-Essern und Emotionalen Essern. Die Ersten verschaffen sich kurz-

fristig Entlastung und damit sogar einen Kontroll-Gewinn in schwierigen Situationen (z.B. in Prüfungssituationen zur Beruhigung Schokolade), während die Letzteren emotionale Belastungen aller Art mit dem Essen regulieren und damit eher sukzessive Kontrollverlust erleiden.

Als Nebenwirkung riskieren sie zudem gesundheitliche Folgen wie Adipositas, Diabetes u.a.!

Die Frage, die sich Ernährungspsychologen sowieso grundlegend stellen, lautet: Warum sind die Einen emotionale Esser und die Anderen nicht? Ist dieses Verhalten anerzogen, angeboren oder vielleicht sogar Teil der Persönlichkeitsstruktur? Dazu beobachteten Forscher, dass das Lernen am Modell offensichtlich eine große Rolle spielt. Ist demnach die prägende Bezugsperson im Kleinkindalter eine Emotionale Esserin, ahmen bereits Drei- bis Fünfjährige dieses Verhalten nach und essen vergleichsweise in belastenden Situationen mehr und häufiger als andere Kinder?

Erstaunlicherweise ist es außerdem so, dass die Empfindung von physischem Hunger auch erlernt wird und nicht etwa nur angeboren ist. Die Wahrnehmung folgt auch kulturellen und familiären Prägungen und nicht nur ausschließlich biologischen: Es ist 12:00 Uhr und ich habe Hunger auf ein warmes Mittagessen. Wird dieser Lernprozess gestört, etwa durch belastende Emotionen, folgt oft Nahrungsaufnahme und das erlernte Hungergefühl wird durch andauerndes, unkontrolliertes Essen überlagert. Irgendwann ist es für die Betroffenen dann schwierig, das Hungergefühl ausreichend klar wahrzunehmen.

Zudem sind es natürlich die Lebensmittel selber, die einen entscheidenden Einfluss auf unser seelisches Empfinden ausüben. Kohlenhydrate als Nährstoffgruppe sind da ein Paradebeispiel, denn sie bewirken u.a. einen kräftigen Anstieg des Serotoninspiegels und das hat oft einen deutlich stimmungsaufhellenden Effekt zur Folge!

Oder Fett und Zucker kombiniert setzen Endorphine frei: Der gefühlte Stress lässt sofort nach! Doch das zeigt auch, am wirksamsten sind vor allem Speisen mit reichlich Fett, Zucker und Kalorien! Also Zubereitungen, welche über den Wohlgeschmack starke emotionale Befriedigung auslösen können! Lebensmittel wie Süßigkeiten, Snacks, Torten und Fast Food!



Was aber, wenn genau dieses Essmuster zu wiederholtem totalen Kontrollverlust und damit zur Bedrohung der eigenen Gesundheit wird? Diäten helfen auf jeden Fall nicht, konstatieren die Forscher! Denn der krasse Nahrungsentzug bewirkt ja wieder starke, emotionale Anspannungen und führt zwangsläufig direkt zum unkontrollierten Essen!

**Nein, wer hätte es nicht geahnt,
der Weg ist viel anspruchsvoller und nachhaltiger.**

So kommt es wohl eher darauf an, dass die Betroffenen alternative Strategien erlernen, ihre Emotionen zu verstehen und Schritt für Schritt zu bewältigen. Unbewusste Verhaltensmuster müssen dabei aufgedeckt und bewusst gemacht werden. Eine geradezu detektivische Arbeit: Wann habe ich was, mit welchem Gefühl, wo in welcher Situation gegessen, ist gefragt! Außerdem welche angstauslösenden Situationen gibt es im Alltag, die zu Ess-Attacken führen und mit welchem klärenden und bewussten Verhalten kann ich diesen Momenten entgegensteuern.

Wer soviel Selbstkontrolle erlernt, stellt oft fest, dass in manchen Situationen der spontane Impuls, Schokolade essen zu müssen, einfach vergeht, wenn ihm nicht sofort entsprochen wird. Aber auch Achtsamkeitsübungen, die eine bewusste Wahrnehmung der körperlichen Bedürfnisse ermöglichen, sind sehr hilfreich für ein ausgewogenes Essverhalten. Nahrung bewusst wählen, dazu riechen, schmecken und fühlen wie bekömmlich sie ist, kann ein guter Schlüssel zum Neulernen sein!

Essen, worauf ich wirklich Hunger und Appetit habe und nicht was per Ratio entschieden, gesund oder gar schlank macht, hilft weiter! Nicht zuletzt auf den Körper hören oder somatisch intelligent werden, ist offensichtlich ein Geheimnis auf dem

Weg zum Glücklich-Esser! Thomas Frankenbach, Dipl. Oecotrophologe von der Hochschule für Angewandte Wissenschaft in Fulda, hat das Konzept zur Wiedererlangung dieser alten Fähigkeit aktuell auf den Weg gebracht. Die Somatische Intelligenz hat jeder Mensch. Sie ist geradezu archaisch in uns angelegt, wenn sie auch gegenwärtig von den meisten nicht ausreichend wahrgenommen wird. Sie wirkt intuitiv und lässt uns untrüglich spüren, ob Nahrung für uns zuträglich d.h. bekömmlich und nährend ist oder nicht. Alles fremdbestimmte, kulturell oder gar intellektuell kategorisierte oder durch Moralvorstellungen bemantelte, wie gesund oder ungesund, ist als Auswahlkriterium für individuell passendes Essen gänzlich ungeeignet! Was zählt, ist ausschließlich was bekömmlich ist und schmeckt! Genau dies wieder treffsicher zu spüren, meint somatisch intelligent zu sein.

Emotionale Esser lernen so ihren Gefühlen auf den Grund zu gehen und die Verbindung zum Essen immer besser zu verstehen.

Im Rahmen der Kognitiven Verhaltenstherapie bedient man sich zur Erlangung dieser Fähigkeit selbstgeschriebener Ernährungsprotokolle oder Tagebücher. Dafür notieren Patienten u.a. ihre Gefühle vor und nach der Esssituation, um sich darüber klar zu werden, welche Motivationen das Essverhalten geleitet hat.

Diese Übungen im Wahrnehmen und die daraus wachsende Akzeptanz des individuellen Vorgehens vermittelt nach und nach Vertrauen in die eigenen Strategien und löst die Angst über Kontrollverlust durch das Essen schrittweise auf. Entspannter und angstfreier Genuss wird erneut möglich, auch und gerade beim Essen! ■

(Literaturquellen bei der Autorin)

Weitere Informationen: veraspellerberg@web.de

*„Die Menschen lassen sich lieber durch Lob ruinieren
als durch Kritik bessern.“*

(George Bernhard Shaw)

Neue Hoffnung bei schwarzem Hautkrebs

Am schwarzen Hautkrebs, dem malignen Melanom – einer bösartigen und tödlichen Krebsform, erkranken in Deutschland jährlich über 15.000 Menschen. Die Neuerkrankungsrate hat sich seit 1980 mehr als verdreifacht. Im Gegensatz zu den Neuerkrankungsraten sind die Sterberaten bei beiden Geschlechtern seit 1980 nahezu konstant geblieben. Insgesamt starben 2008 in Deutschland 2.500 Menschen an diesem Tumor.



Bei 15 bis 20 Prozent der Betroffenen wird der schwarze Hautkrebs erst in einem späten Stadium erkannt. In diesem Fall leben die Patienten im Durchschnitt nur noch sechs bis neun Monate. Bei einer Früherkennung der Erkrankung ist sie hingegen fast immer heilbar. Die Zehnjahresüberlebensrate liegt dann bei 75 bis 85 Prozent. Aus diesem Grund ist es wichtig, seinen Körper regelmäßig auf Auffälligkeiten zu überprüfen. Seit 2008 haben alle Versicherten ab dem 35. Lebensjahr einen Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen. Dabei untersucht der Arzt den ganzen Körper nach auffälligen Hautveränderungen. Die Krankenkassen bieten diese Leistung alle zwei Jahre an.

Als größtes vermeidbares Risiko, an schwarzem Hautkrebs zu erkranken, gilt eine intensive UV-Belastung durch Sonnenstrahlung und Sonnenbrand, besonders in der Kindheit und Jugend. Auch eine künstliche UV-Strahlung ist gefährlich.

Nachdem jahrzehntelang trotz zahlreicher Studien keine Fortschritte in der Therapie des malignen Melanoms erzielt wurden, ist nun endlich der Durchbruch geschafft: Seit Februar 2012 ist in Deutschland ein neues Medikament zur Behandlung des schwarzen Hautkrebses zugelassen, das eine völlig neue Therapie ermöglicht.

Das neue Medikament greift gezielt in die Abläufe innerhalb der Krebszellen ein, wodurch der Tumor nicht mehr wachsen kann. Das mindert die Krankheitssymptome der Betroffenen deutlich und gibt ihnen die Chance, wieder einen relativ normalen Alltag mit ihren Familien zu leben.

Von dem neuen Medikament können die Patienten profitieren, bei denen ein bestimmtes Gen der Tumorzellen verändert ist. Es handelt sich dabei um die sogenannte BRAF-V600 Mutation, die nach bisherigen Erkenntnissen etwa die Hälfte der Patienten mit malignem Melanom betrifft. Sie können zuvor über einen speziellen Gentest ermittelt werden.

Damit ist nicht nur ein Meilenstein in der Behandlung von Hautkrebs, sondern auch in der personalisierten Medizin gesetzt.

(Quelle: Mit freundlicher Unterstützung von Roche)

Ein schwerer Weg



*notiert von Gudrun Erinski,
Neubrandenburg (Mecklenburg/Vorpommern)*

Im Jahr 2007 hatte ich mich nach einer über zwei Jahre erfolglosen Behandlung von Hämorrhoiden durch einen Proktologen zu einer Operation entschieden. Der OP-Termin war in Neustrelitz für Mai angesetzt. Natürlich bedenkt man so eine Entscheidung gründlich. Für mich, alleinlebend, waren meine Gedanken natürlich bei meinen Kindern und Enkeln, für die ich auch wieder gesund werden wollte.

Als ich aus der Narkose aufwachte, wurde mir mitgeteilt, dass es keine OP gegeben habe. Ein großer Tumor am äußeren After war vom Proktologen „übersehen“ worden. Ich wurde über die jetzt möglichen Therapien informiert: Chemo- und Strahlentherapie, oder ein künstlicher Darmausgang (anus praeter) stand als Option. Was sollte ich tun? Meine Entscheidung fiel auf die Chemo- und Strahlentherapie, um einen anus praeter zu vermeiden. Wie ich heute weiß, war das nicht der beste Entschluss für meine folgenden Jahre.

Ich entschied mich für das Helios-Klinikum in Berlin Buch. Dort hoffte ich auf bessere und neuere Geräte und Therapiebegleitung. Die Behandlung lief über 6 Wochen: Chemo als Dauertropf und dazu 6xwöchentlich die Bestrahlung. Es war ein maßloses Leiden. Schnell stellten sich im Intimbereich starke Wundschmerzen durch die Verbrennungen ein, die sich in den 6 Wochen stetig verstärkten. Ich hatte unbeschreibliche Schmerzen, schon in Ruhesituationen. Die Defäkation (Stuhlgang) war ein einziges unsagbar schmerzhaftes Martyrium. Und das 4-6x täglich.

Nach der stationären Behandlung stand ich zu Hause hilflos da. Wirklich ohne eine fachliche Beratung zur Schmerzlinderung oder Wundversorgung. Die erschwerende Stuhlträgheit war quälend und dazu kein Wissen über die Linderung des brennenden Schmerzes durch die Säuren im Stuhl. **Eine hilfreiche Ernährungsberatung gab es nicht, sie war nur auf Diabetes ausgerichtet. Für eine Beratung meiner Erkrankung gab es nichts und niemand.** Nicht mal eine Physiotherapie zur Mobilisation oder ein Termin bei einem Psychologen wurde mir zuteil.

Das wäre mir sehr wichtig gewesen, hätte mir Hilfe und Optimismus geben können. So habe ich, wie schon so oft im Leben, einfach nur gekämpft. Gekämpft – allein, unwissend und verzweifelt – aber mit enormer Wut auf alles Geschehene, allen Schmerz – denn ein gewissenhafter Proktologe hätte den äußerlichen Krebs gesehen und mir soviel Leid erspart!

Noch immer, nach nun 9 Jahren, kranke ich mit heute 79 Jahren an einigen Folgeschäden der Chemo-Strahlen-Therapie: Die Bestrahlung schädigte u.a. die Beinerven; eine Polyneuropathie der Unterschenkel mit Schmerzen und starken Balancestörungen behindern mich inzwischen sehr beim Gehen.

Meinen verschwundenen Haarschopf kann ich verkraften, das ist wenigstens nicht schmerzhaft. Aber Darmbeschwerden sowie Inkontinenz sind eine tägliche Belastung, sie lassen keinen Tagesablauf planen.

Ich möchte dazu aufrufen, die Patienten nach ihrer Krebstherapie in ihrem Heilungsprozess individuell zu begleiten, ihnen mit Rat und Hilfe den schweren Weg in ein erträgliches Leben zu erleichtern. Nur die Untersuchungen lt. gesetzlichen Vorgaben sind natürlich medizinisch erforderlich, aber eine medizinische, soziale und psychologische Betreuung nach der schweren stationären Behandlung sollte generell gesichert sein. Wie Vieles wäre für mich leichter gewesen?!

Inzwischen führe ich nach Außen hin ein normales und aktives Leben. Eine Selbsthilfegruppe „Psychosoziale Krebsnachsorge“ bietet mir Gemeinsamkeit, Gespräche und Verständnis. Dort finde ich Trost, Hoffnung und Zuversicht. Wir tauschen Informationen und neues Wissen aus, haben gemeinsame Unternehmungen und sind einfach füreinander da.

Mit einer Portion Selbstdisziplin gehe ich oft zum Sport (Schwimmen, Gymnastik, Rehasport), koche mir gesunde Mahlzeiten, besuche Konzerte und Lesungen. Zudem betreue ich eine geistig und körperlich Behinderte aus dem Heim – soweit ich kann – und freue mich, daß ich noch etwas helfen kann. ■

Anm. der Red.: Dokumente geben Auskunft über die Versorgungssituation von Krebspatienten in Deutschland. Lesen Sie dazu: „Der Nationale Krebsplan“ und im „Klinischen Krebsregister in Mecklenburg-Vorpommern“. Es ist noch viel zu tun, gerade und speziell in Flächenländern wie Mecklenburg-Vorpommern.

Im Flieger besser im Gang sitzen: Melanomrisiko

US-Forscher fanden heraus, dass die 1,6 cm dicken Acrylgläser im Cockpit keine UVB-Strahlung, wohl aber UVA-Strahlen passieren lassen. Für die Piloten wird der Grenzwert kosmischer Strahlung überschritten und damit die Hautkrebsgefahr dramatisch erhöht. In einer Höhe von 10.000 Metern bekommt ein Pilot in einer Stunde soviel UVA ab wie während eines 20-minütigen Aufenthalts im Solarium. Unklar ist noch, wieviel UV-Licht durch die Fenster der Passagierkabinen gelangt. Ein Dermatologe gab Vielfliegern den Rat, sicherheitshalber Gangplätze zu bevorzugen. (Quelle: *Medical Tribune*, 2017)

Krebs überlebt, Risiko: Herztod

Eine britische Studie hat gezeigt, dass langfristige Nebenwirkungen einer Krebserkrankung das Risiko für einen späteren Herztod erheblich erhöhen. Das Risiko ist umso größer, je jünger die Patienten bei ihrer Krebserkrankung waren. Bisher wußte man, dass Herzerkrankungen die wichtigste therapieassoziierte nicht maligne Todesursache bei Überlebenden von Brustkrebs und Hodgkin-Lymphomen ist. Daten einer großen Studie zeigten nach Krebsarten aufgeschlüsselt, dass Krebsüberlebende mit Hodgkin-Lymphomen ein 3,8-faches erhöhtes Risiko zeigten. Ein weniger stark erhöhtes Risiko für einen späteren Herztod hatten Brustkrebspatientinnen (1,2-fach erhöht). Die Autoren wiesen darauf hin, dass die Art der Krebsbehandlung (Chemotherapie oder Bestrahlung) nicht berücksichtigt wurde.

(Quelle: *Henson KE et al. Circulation* 2016; 134: 1521-1533)

Rauchen verursacht Mutationen im Erbgut

Forscher hatten das Erbgut von 5.200 Rauchern und Nichtrauchern verglichen. Die Untersuchung zeigte, dass es typische Mutationsmuster in Krebszellen von Rauchern gibt. Je mehr Zigaretten ein Patient geraucht hatte, umso mehr krankhafte Veränderungen fanden die Forscher im Erbgut. Besonders extrem war der Effekt bei Lungenkrebs; gefolgt von Kehlkopf, Rachen, Mund, Blase und Leber – also in den Organen, die mit dem eingeatmeten Rauch in direkten Kontakt kommen.

(Quelle: *Alexandrov LB et al. (2016) Science*. DOI: 101126/science.aago299)

Ruhe in seelisches Chaos bringen, ein Bedürfnis vieler Betroffener

Stille Momente in Krebstherapie und Nachsorge suchen viele Krebspatienten. Eine Weg: Die Meditation. Sie ist keine Entspannungstechnik im engeren Sinne, sondern dient der inneren Beruhigung und Konzentration. Ziel der klassischen Meditation ist es, geistiges Wachstum zu fördern und das Bewusstsein zu erweitern. Durch meditative Versenkung wird ein Zustand tiefer innerer Ruhe erreicht. Wichtig ist bei der Meditation das Prinzip des „Gehen-Lassens“ und der passiven Grundhaltung. Ganz vereinfacht unterscheidet man „rezeptive“ und „konzentrierte“ Meditationsformen. In der rezeptiven Meditation wird ein Zustand der Ziellosigkeit akzeptiert und jeder Gedanke und jedes Bild darf zum inneren Bewusstsein gelangen. Bei der konzentrierten Meditation dagegen fokussiert sich der Übende auf seinen Atem, ein Objekt, einen Klang oder ein Wort.

**Lassen Sie sich von
Ihrem Psychoonkologen helfen.**

Arzneimittelengpässe in der Hämatologie und Onkologie: Gefährdung von Patientinnen und Patienten?

AKTUELLES AUS DER
KREBSMEDIZIN



Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. hat deutliche Kritik an den Arzneimittelengpässen im Bereich der Hämatologie und Onkologie geübt und Maßnahmen gefordert, mit denen Arzneimittelengpässe nach Möglichkeit künftig vermieden, bei Unvermeidbarkeit aber zumindest ohne Gefährdung der Patienten bewältigt werden können. Eine Zusammenstellung der Arzneimittelengpässe der letzten Jahre und ein Maßnahmenpaket zur Vermeidung hat die Fachgesellschaft jetzt im 9. Band ihrer Gesundheitspolitischen Schriftenreihe veröffentlicht.

Echtes Problem oder Jammern auf hohem Niveau?

Dürfen wir in Deutschland über Arzneimittelengpässe klagen? Aus Sicht vieler anderer Länder erscheint das als Jammern auf hohem Niveau: Die ‚Essential Medicines‘ der World Health Organisation (WHO) sind in Deutschland fast durchgehend verfügbar. Ebenso werden die meisten der von der European Medicines Agency (EMA) neu zugelassenen Arzneimittel kurzfristig auf dem deutschen Markt eingeführt. Prof. Carsten Bokemeyer, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO, machte im Rahmen der Pressekonferenz deutlich, dass es dennoch in Deutschland immer wieder zu Arzneimittelengpässen kommt.

„Auch wenn die meisten Arzneimittelengpässe durch logistische Anstrengungen beispielsweise der Apotheken ausgeglichen werden können, ändert das nichts daran, dass es immer wieder zu Entwicklungen kommt, die die optimale Behandlung unserer Patientinnen und Patienten gefährden. Es handelt sich um ein relevantes Problem“, so Bokemeyer, der als Direktor die II. Medizinische Klinik und Poliklinik für den Bereich Onkologie, Hämatologie und Knochenmarktransplantation mit Sektion Pneumologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf leitet.

Weitere Informationen: www.dgho.de

März 2017: Bundestag verabschiedet Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung

Der Deutsche Bundestag hat am 09.03.2017 das „Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV“ (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) in 2./3.Lesung beraten. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates. Die Regelungen sollen in ihren wesentlichen Teilen im April 2017 in Kraft treten. Das Gesetz greift wichtige Anregungen aus diesem „Pharmadialog“ auf. Das bewährte Verfahren zur Nutzenbewertung und Preisbildung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, das im Jahr 2011 durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführt wurde, wird weiterentwickelt.

(März 2017, Regelungen im Einzelnen – www.bundesgesundheitsministerium.de)



Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin

Partner für einen Dialog zur Integrativen Krebstherapie

Die „Aktuellen Gesundheitsnachrichten“ und die „News“ werden von der Stiftung Günter und Regine Kelm gefördert. Falls Sie noch nicht registriert sind:

Bitte bestellen Sie die Zeitschrift und die News kostenlos über www.eanu.de

Sie können die Zeitschrift in gedruckter Form oder online bestellen. Alle Anfragen und Hinweise richten Sie bitte an unsere Kontaktadresse:

Europäische Akademie für Naturheilkunde und Umweltmedizin
Grottkauer Straße 24, 12621 Berlin
Tel. +49(0)30 – 55 15 82 48, Fax: +49(0)30 – 55 15 82 49
E-Mail: info@eanu.de; www.eanu.de



In eigener Sache: Wir danken den ehrenamtlichen Helfern, die uns in unserer Arbeit auch für diese Ausgabe wieder unterstützt haben.

IMPRESSUM: Aktuelle Gesundheitsnachrichten, Heft 24/2017

HERAUSGEBER: Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin (EANU),

V.i.S.d.P.: Dr. med. Andreas-Hans Wasylewski,

Dr. Wasylewski GmbH, Grottkauer Straße 24, 12621 Berlin, Tel. +49(0)30-55 15 82 48;

REDAKTIONSTEAM: Dagmar Moldenhauer, Dr. med. A.-H. Wasylewski, Jochen Friedrich, Regine Kelm

Bild: Fotolia.com: Monkey Business (Titel), bilderzweig (9), Alex (11), Alexander Raths (15), Pater Maszjen (16), s4visual (28),

Sven Behren (31), diditaria (31), Thodonal (38), Ivanko (32), fotopeople (40), fotolixrender (45), euthenie (47),
kwanchaichaiudom (51), viperagg (53), cobalt (56); sowie Motive des DRK-Klinikums Berlin, DKFZ, des NCT, Uni Jena, J.Kirchmayr

Redaktionelle Texte und Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Sie enthalten Erkenntnisse aus Medizin und Forschung, die einem steten Wandel unterliegen. Für die Aktualität und die Inhalte der Texte sind die Autoren verantwortlich.

Besuchen Sie uns
auf Facebook:

www.facebook.com/EANU.Berlin



ONLINE GEDRUCKT VON

SAXOPRINT

ISSN 2199-9791

(Internet)
ISSN 2199-9805

