

Aktuelle Gesundheits- Nachrichten

**EANU
Pinnwand**

Bei Pflege auf eigene
Gesundheit achten!

6 TIPPS

- 
- **BRUSTKREBS** Immunologische Krebsabwehr bedeutsam
 - **FATIGUE** Müdigkeit u. Erschöpfung nach Krebserkrankung
 - **ERNÄHRUNG** Sarkopenie - Was tun bei Muskelabbau?
 - **TIPPS** Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten
 - **COVID-19** Erhöhtes Risiko für Krebspatienten

Pflegende Angehörige



29

Bei der Pflege auf die eigene Gesundheit achten

6 Tipps!



6

Immunologische Krebsabwehr

Bedeutung bei der Behandlung von Brustkrebs



12

Covid-19

Risiko für Krebspatienten



22

Sarkopenie

Muskelabbau im Alter



34

Behandlungsmethoden

Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten



14

Krebs und Folgen

Das tumorassoziierte Fatigue Syndrom



42

Leben mit Krebs

Lena, 35 Jahre und von Beruf Lehrerin

Weitere Themen

- Editorial**

Jubiläum und Veränderungen

4
- Die Junge Seite**

HPV-Impfung schützt Mädchen und Jungs vor Krebs

40
- Vitamin D**

Es könnten Todesfälle vermieden und Lebensjahre gewonnen werden

46
- EANU Ratgeber**

Krebs und Schwerbehinderung

50
- Buchtipp**

Über Jahrzehnte gesammelte Erfahrungen in einem Buch

52



AKTUELLES
aus Medizin & Forschung
 auf den Seiten:
33, 54, 57

Liebe Leserinnen und Leser

Im Jahre 2009 ist unsere erste Ausgabe erschienen – inzwischen sind wir bei Nummer 40 angelangt. Seit dem Jahre 2011 werden wir von der Günter und Regine Kelm Stiftung unterstützt, wir konnten damit völlig frei und unabhängig arbeiten. Zum Ende dieses Jahres ändert die Stiftung ihr Profil, was auch Auswirkungen für uns haben wird.

Wir blicken dankbar zurück auf eine zehnjährige intensive Zusammenarbeit, wir blicken aber auch mutig nach vorne – und sind dabei, uns für die Zukunft neu aufzustellen. Denn wir wissen, dass unsere Medien – das Magazin, der monatliche digitale

Newsletter und unsere Aktivitäten im Bereich Social Media – wichtig sind für Krebspatienten und deren Angehörige, für Mediziner und Therapeuten und für die vielen Selbsthilfegruppen, die Mut, Kraft und Austausch geben.

Vielleicht haben Sie ja selbst eine Idee für uns, an wen wir uns wenden können, damit wir die Finanzierung unserer Aktivitäten ab dem Jahre 2022 sichern können.

Nun aber zu unserem Magazin Nummer 40. Ein herzlicher Dank geht an unsere Autorinnen und Autoren, die uns wieder mit wertvollen Beiträgen unterstützt haben. Pandemiebedingt



war dies nicht immer einfach, umso mehr schätzen wir diese konkrete Unterstützung. Bitte geben Sie das Magazin auch an andere Betroffene weiter. Sie können dazu auch einfach und bequem die Links benutzen, die zu unserer Homepage führen!

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie spüren wir inzwischen alle. Man wird selbst ungeduldig, möchte wieder „normal“ leben, die täglichen Zahlen und Informationen nerven. Aber davon geht die Pandemie nicht weg.

Im Gegenteil: Ungeduld verschärft das Problem und löst es nicht. Für Krebspatient*innen stellt Covid-19 weiterhin ein

erhöhtes Risiko dar. Bleiben Sie achtsam und denken Sie an die wichtigen Regeln!

Übrigens: Im Februar war wieder der Weltkrebstag. Für uns in der EANU-Redaktion ist jeder Tag ein kleiner Krebstag, an dem wir an Sie denken und überlegen, mit welchen Informationen wir Sie versorgen können. Dies war in der Vergangenheit so, dies wird auch in der Zukunft so bleiben!

Viele herzliche Grüße aus Berlin

Dr. Andreas Wasylewski

Herausgeber und Wissenschaftlicher Leiter

Tom Stiegler

Redaktionsleiter



Immunologische Krebsabwehr

Für die Behandlung von Brustkrebs von großer Bedeutung



hanack - stock.adobe.com

Die Wissenschaft gewinnt in rasantem Tempo neue Erkenntnisse darüber, wie das Abwehrsystem von Menschen mit einer Tumorerkrankung so beeinflusst werden kann, dass es entartete Zellen vernichtet. Prof. Dr. Michael Untch vom Helios Klinikum Berlin-Buch beschreibt im folgenden Beitrag die Bedeutung der Immuntherapie für die Behandlung von Brustkrebs.

Spätestens seit der weltweiten Corona-Pandemie haben wir alle gelernt, dass es eine gewisse Zeit braucht, bis unser Körper auf einen „Eindringling“ wie ein Virus reagiert und eigene Antikörper bildet. Diese sogenannte 14-tägige Inkubationszeit (die durchaus auch kürzer oder etwas länger sein kann) hat mit unserem Immunsystem zu tun, das sich in Hun-

dertausenden von Evolutionsjahren zu einem hochspezialisierten komplexen Organ ausgebildet hat.

Die Aufgabe unseres Immunsystems ist es, uns vor Schädigungen von außen und auch von innen (z. B. gegen Krebszellen) zu schützen. Zugleich soll es nach der Krankheitsabwehr wieder in den Normal-

zustand zurückkehren, was z. B. im Falle von Autoimmunerkrankungen nicht immer funktioniert.

Das Immunsystem nutzt spezielle Schaltstellen auf der Zelloberfläche als Kontrollpunkte, um zu verhindern, dass es körpereigene Zellen angreift. Diese werden Immuncheckpoints genannt. Sie sind der Grund dafür, dass Krebszellen vom Körper häufig nicht als fremd erkannt und bekämpft werden. Sogenannte Checkpoint-Inhibitoren können diese Kontrollpunkte blockieren und damit eine Abwehrreaktion des Immunsystems auf Tumorgewebe auslösen.

Für die Entdeckung der Rolle der Checkpoint-Inhibitoren für die immunologische Krebsabwehr wurde im Jahr 2018 der Nobelpreis für Medizin an die beiden Forscher Tatsuko Honjo und James Allison verliehen. Die Immun-Checkpoint-Blockade mit spezifischen Antikörpern wie Ipilimumab, Nivolumab, Pembrolizumab, Atezolizumab, Durvalumab und anderen hat den Weg aus den Forschungslaboratorien in die Krebstherapie geschafft.

Krebszellen entziehen sich dem Immunsystem

Dass Tumore vom Immunsystem nicht erkannt werden, die sogenannte Tumor-Immunität, ist ein sehr komplexes Geschehen. Es gibt auf der einen Seite Moleküle, die bei der Tumorzellvermehrung helfen, und auf der anderen Seite Substanzen und Moleküle, die die Tumorabwehr verstärken. Dazu gehören hochspezialisierte Untergruppen von Zellen, wie z. B. Makrophagen und dendritische Zellen sowie auf der anderen Seite die sogenannten T-Lymphozyten. In unse-

rem Körper haben wir etwa 10^9 (also ca. eine Milliarde) verschiedene Lymphozyten-Subpopulationen, die jeweils auf die Bekämpfung eines spezifischen Antigens spezialisiert sind.

Häufig gelingt es unserem Körper, durch spezialisierte Immunmechanismen Tumorzellen in Schach zu halten. Erst wenn dem Immunsystem dies nicht mehr gelingt, kommt es zu sogenannten Escape-Mechanismen (Escape = Flucht) und die Tumorzellen entziehen sich der Kontrolle des Immunsystems.

Körpereigene Abwehr für Tumorabwehr nutzen

Die Immuntherapie kann die klassische Chemotherapie nicht ersetzen. Doch es ist sinnvoll, sich die körpereigene Abwehr zunutze zu machen. Schon vor mehr als 100 Jahren hat Paul Ehrlich richtig vorausgesagt, dass das Immunsystem bei der Tumorabwehr eine wesentliche Rolle spielt. Bereits in den 60er bis 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde beim Blasenkarzinom die BCG-Impfung (ursprünglich zur Tuberkuloseabwehr gedacht) eingesetzt und erzielte auch gute Erfolge. Dies war eine der ersten Immuntherapien gegen Krebs.

Heute wissen wir allerdings, dass die immunonkologischen Therapien bei manchen Tumorarten gut funktionieren und bei anderen gar nicht. Zum Beispiel sind bei nicht kleinzelligen Bronchialkarzinomen oder bei Melanomen die ersten positiven Ergebnisse verzeichnet worden. Glioblastome, Prostata- und Pankreaskarzinome hingegen reagieren auf solche Therapien gar nicht. Moderate Wirksamkeit ist bisher gezeigt worden bei Patien-

tinnen mit Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Gebärmutter Schleimhautkrebs wie auch mit Eierstockkrebs.

Warum kann unser Immunsystem eigentlich keine Krebszellen erkennen und vernichten? In den vergangenen zwei Jahrzehnten haben sich Grundlagenforscher diese Fragen gestellt und mit ihren Studien zu einem fundamental verbesserten Verständnis des Versagens der Immunantwort im Kampf gegen Tumore beigetragen.

Zusammenhang von Chemotherapie und Immunantwort

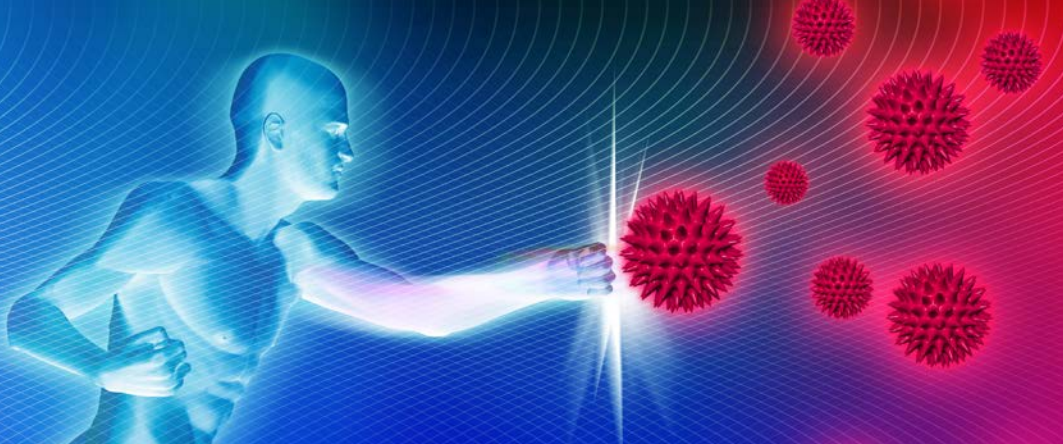
Frauen, die an einem sogenannten triple-negativen Mammakarzinom erkrankt sind, haben die höchste Erfolgsrate mit immunonkologischen Therapieansätzen. Doch auch sie brauchen zusätzlich eine Chemotherapie, denn es gibt einen Zusammenhang zwischen Immunantwort und Chemotherapie. Das gilt z. B. für folgende, in der Chemotherapie eingesetzte Wirkstoffe.

Hier sind einige Beispiele von Studien mit immunonkologischen Ansätzen bei Patientinnen mit Brustkrebs:

In einer ersten Studie aus Deutschland (GeparNuevo) wurden Patientinnen mit einem triple-negativen Mammakarzinom entweder nur mit einer Chemotherapie oder unter Hinzunahme der immunmodulierenden Substanz Durvalumab behandelt. Die pathologische komplette Remission, wenn also die Krankheit mit den zur Verfügung stehenden diagnostischen Maßnahmen nicht mehr nachweisbar ist, lag im Standardarm bei 44 Prozent und im Durvalumab-Arm bei 53,4 Prozent. Der Unterschied war besonders groß bei den Patientinnen, die mit Durvalumab vor der Chemotherapie vorbehandelt worden waren.

Er lag bei 61 Prozent verglichen mit 41 Prozent. Bei Patientinnen unter 40 Jahren lag der absolute Unterschied sogar bei 69,2 Prozent verglichen mit 42,9 Prozent. Durchbruch bei der Behandlung von triple-negativem Brustkrebs.

- **Taxane haben einen positiven Effekt auf die T-Zellen und auf die sogenannten Killerzellen und verstärken den Effekt von immunstimulierenden Substanzen.**
- **Anthrazykline wie Epirubicin und Doxorubicin bewirken einen sogenannten immunogenen Zelltod und führen unter anderem dazu, dass der Tumor besser durch die Immunzellen erkannt und bekämpft werden kann.**
- **Alkylantien wie Cyclophosphamid bewirken ebenfalls den immunogenen Zelltod und können die Vermehrung von T-Effektzellen verbessern.**
- **Und auch Platin-analoge Substanzen können immunstimulierende Effekte ausüben.**



Die Studie „Impassion130“ mit Patientinnen mit metastasiertem, triple-negativen Brustkrebs stellte den großen Durchbruch in Bezug auf die Immuntherapie bei diesem Krankheitsbild dar. Sie zeigte, dass bei Patientinnen, bei denen zur Chemotherapie mit Nab-Paclitaxel die immunmodulierende Substanz Atezolizumab hinzugenommen wurde, das progressionsfreie Überleben und das Gesamtüberleben verlängert werden konnten. Voraussetzung: eine vorhandene sogenannte PD-L1-Überexpression in den tumorinfiltrierenden Immunlymphozyten (PD-L1 positiv).

Der PD-L1-Status muss also unbedingt gemessen werden, bevor die Substanz eingesetzt wird. Aufgrund der eindeutigen Studienlage wurde Atezolizumab plus Nab-Paclitaxel vergleichsweise schnell von den Zulassungsbehörden zugelassen und in die internationalen Leitlinien aufgenommen.

Ein weiterer Durchbruch gelang mit der Keynote 522-Studie. In dieser Studie wurden die Patientinnen mit einem neu diagnostizierten, frühen triple-negativen Brustkrebs behandelt, entweder nur mit einer Chemotherapie oder unter Hinzunahme der immunmodulierenden

Substanz Pembrolizumab. Die pathohistologische komplette Remission war im Pembrolizumab-haltigen Arm insbesondere bei Patientinnen mit einem PD-L1 positiven Tumor um 14,2 % besser (68,9 % verglichen mit 54,9 %). Am größten war der Unterschied in der Gruppe der Patientinnen, bei denen die Chemotherapie mit Paclitaxel und Platin nicht alle drei Wochen, sondern wöchentlich gegeben wurde, mit einem absoluten Unterschied bei der Komplettremission von 66,7 Prozent verglichen mit 48,3 Prozent.

Hohe Wirksamkeit der Behandlung

Das rezidivfreie Überleben, das in der Keynote 522-Studie dokumentiert ist, deutet ebenfalls auf eine hohe Wirksamkeit der Behandlung hin. Aus allen vorangegangenen Studien ist bekannt, dass Patientinnen mit einem triple-negativen Mammakarzinom, bei denen die pathohistologische komplette Remission angehoben wird, letztendlich auch einen Überlebensvorteil haben.

Momentan ist Pembrolizumab für den kurativen (auf Heilung ausgerichteten) Einsatz in der neoadjuvanten (vor der Operation erfolgenden) Behandlung noch nicht zugelassen. Es besteht je-

doch die Möglichkeit, sich in aktuellen Studien behandeln zu lassen, z. B. der GeparDouze Studie (www.gbg.de). Sollten Sie also an einem neu diagnostizierten triple-negativen Brustkrebs erkrankt sein und Interesse haben, sich in die Studie einschreiben zu lassen, wenden Sie sich an das Brustzentrum in Ihrer Nähe. Hier wird geklärt, wo Sie sich heimatnah im Rahmen dieser Studie behandeln lassen können.

Eine als bahnbrechend bezeichnete Studie ist die Keynote 355, die auf dem ASCO Meeting 2020 vorgestellt wurde. Im Rahmen dieser Studie wurden Patientinnen mit einem triple-negativen, metastasierten Brustkrebs entweder mit einer Chemotherapie behandelt oder in Kombination mit der immunmodulie-

renden Substanz Pembrolizumab. Das progressionsfreie Überleben war im Kombinationsarm deutlich besser als im Chemotherapie-Arm.

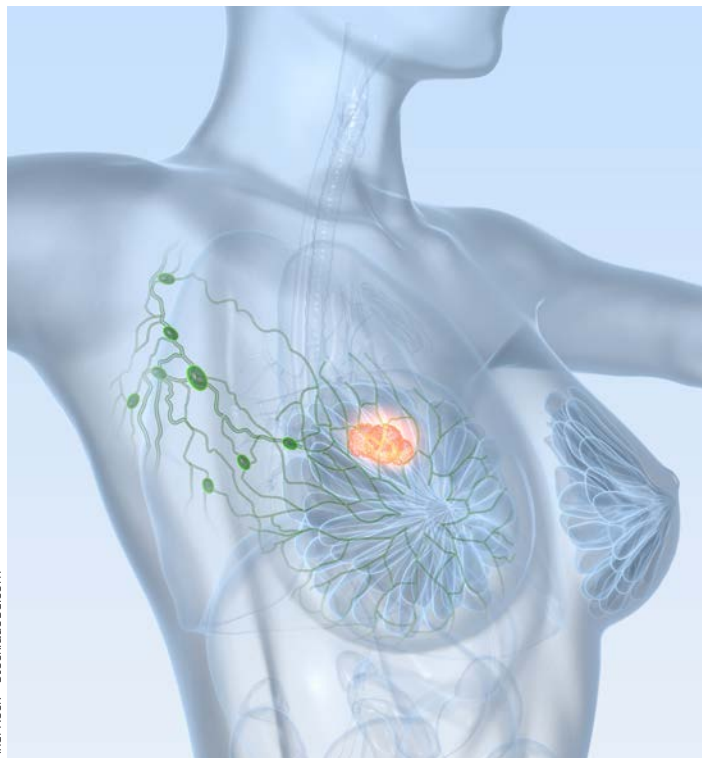
Nebenwirkungen der neuen Therapien

Aus allen bisher durchgeführten Studien, insbesondere zu Brustkrebs, wissen wir, dass die neuen Substanzen auch mit einem neuen Spektrum an Nebenwirkungen verbunden sind. Ein Abfall der Schilddrüsenhormonproduktion (ein sogenannter Hypothyreoidismus) tritt bei etwa 15 Prozent der Patientinnen auf.

Eine Überproduktion des Schilddrüsenhormons – ein Hyperthyreoidismus – wird bei etwa fünf Prozent der Patientinnen festgestellt. Im sehr niedrigen

zweistelligen Bereich treten folgende Nebenwirkungen auf: die Immun-Pneumonitis (eine entzündliche Veränderung der Lunge), die Autoimmun-Kolitis (eine Entzündung der Darmschleimhaut) und toxische Reaktionen in der Haut.

Zum Teil gibt es auch sehr schwere Nebenwirkungen, die jedoch extrem selten sind. Dazu gehört die Autoimmun-Pankreatitis (eine Bauchspeicheldrüsenentzündung) und eine Nebennie-



renrindeninsuffizienz. Die Kombination der Krankheitsbezeichnung mit dem Wort „Autoimmun“ weist darauf hin, dass die Erkrankung durch einen Selbstangriff des Immunsystems ausgelöst wurde.

Bei der Behandlung der Patientinnen mit Substanzen, die das Immunsystem stimulieren bzw. in es eingreifen, müssen all diese Nebenwirkungen bekannt sein, damit geeignete Gegenmaßnahmen ergriffen werden können. Bei Atezolizumab wie auch bei Pembrolizumab müssen

zudem spezielle Untersuchungen im molekularpathologischen Labor erfolgen, um das Ansprechen der Patientinnen auf diese Substanz abschätzen zu können.

Fazit

Immunologisch wirkende Substanzen erweitern unser therapeutisches Spektrum bei Patientinnen mit besonders aggressivem Brustkrebs sehr deutlich. Davon profitieren insbesondere junge Frauen mit triple-negativem Brustkrebs.



AUTOR

Prof. Dr. med. Michael Untch

Chefarzt der Geburtshilfe und Gynäkologie
Helios Klinikum Berlin-Buch



EAU LINKTIPP

Auf unserer Homepage finden Sie wichtige Infos zum Thema Brustkrebs

www.eanu.de/basiswissenbrustkrebs

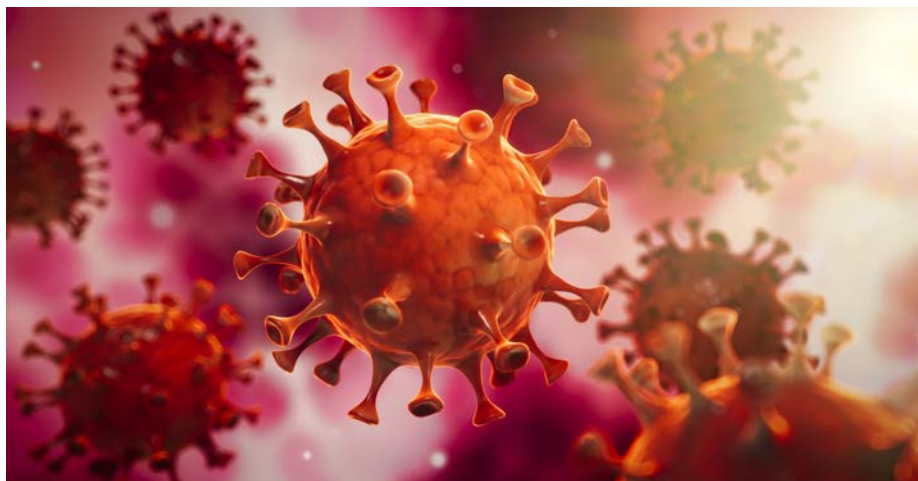
Gerne empfehlen wir das Brustkrebsmagazin von Mamma Mia

www.mammamia-online.de

Viele weitere Infos und tolle Videos gibt es bei Brustkrebs Deutschland e.V.

www.brustkrebsdeutschland.de

Covid-19 ist ein erhöhtes Risiko für bestimmte Krebspatienten



peterschreiber.media – stock.adobe.com

Corona hat uns weiter im Griff – und damit auch die Sorgen von Menschen mit Tumor-Erkrankungen. Wer an Krebs erkrankt war, hat auch ein höheres Risiko, schwer an einer Covid-19-Infektion zu erkranken. Bei einem schweren Verlauf, der sogar zum Tod führen kann, ist eine Behandlung in einer speziellen Klinik notwendig. Unser wissenschaftlicher Leiter Dr. med. Andreas Wasylewski zum aktuellen Stand.

Jeder Krebspatient und jede Krebspatientin benötigt eine ganz individuelle Versorgung, besonders in Zeiten der Corona-Krise. Bisher war die Meinung, dass nur akute Krebspatienten zur Risikogruppe für einen schweren Verlauf bei einer Corona-Infektion zählen, weil das Immunsystem durch die Erkrankung, Bestrahlung und die Chemotherapie enorm geschwächt ist.

Heute wissen wir schon, dass bestimmte Krebsarten das Risiko für Komplikationen bei einer Corona-Infektion stark er-

höhen, teilweise mehrfach im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung. Dazu zählen Leukämie, Lymphome und das Multiple Myelom. Zur Risikogruppe gehören bestimmte Krebspatienten, die an Covid-19 erkranken:

- Patienten mit einer aktiven, fortschreitenden oder metastasierten Krebserkrankung haben einen schlechteren Krankheitsverlauf als stabile oder geheilte Krebspatienten.
- Blutkrebs unter intensiver Therapie oder Lungenkrebs sind bekannte Risi-

kofaktoren für einen schweren Verlauf von Covid-19.

- Krebspatienten in höherem Alter, ausgeprägte Begleiterkrankungen, ein männliches Geschlecht sowie Rauchen wirken nachteilig auf den Krankheitsverlauf.
- Ein geschwächtes Immunsystem führt zu einer schlechteren Prognose von Covid-19

Auch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) hat in ihrer Leitlinie eindeutig aufgefördert, die Krebspatienten als evidente Risikogruppe bei Covid-19 zu betrachten.

Experten raten insbesondere Krebspatienten, Menschenansammlungen zu meiden, die sozialen Kontakte einzuschränken und Reisen zu reduzieren. Vor allem sollten alle Menschen gleichermaßen die sogenannten AHA-L-Regeln verfolgen:

- Abstand halten
- Hygiene beachten
- Alltagsmaske tragen
- Lüften

Inzwischen wird geimpft, dies ist ein großer Fortschritt. Wissenschaftliche Daten zur Impfung von Krebspatienten liegen bislang kaum vor und viele Fragen dazu sind noch offen. Ob sie auch vor einer Infektion und der Übertragung des Coronavirus schützt, ist noch nicht eindeutig nachgewiesen. Auch wie lange der Impfschutz anhält, ist bisher noch nicht bekannt. Dennoch sollten wir alle impfbereit sein!

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) empfiehlt Krebspatienten, die Entscheidung für oder gegen eine Impfung beziehungsweise über den Zeitpunkt einer Impfung individuell und gemeinsam mit dem behandelnden Onkologen zu treffen.

Durch die Corona Pandemie ist es leider zu einem Rückgang der stationären Aufnahmen der Krebspatienten gekommen, so dass im Schnitt 20 Prozent weniger Behandlungen durchgeführt worden sind. Immer mehr onkologische Termine zur Krebsdiagnose aber auch Krebsbehandlungen werden verschoben oder fallen gar aus.

Hintergrund war zum Beispiel die Beobachtung, dass Patienten erst in sehr fortgeschrittenen Tumorstadien in die Klinik kamen. Wegen der hohen Auslastung des Gesundheitswesens durch Covid-19 blieben schätzungsweise tausende Krebsfälle nun unerkannt.

Generell werden durch die Corona-Pandemie viele Krebspatienten vernachlässigt, die regelmäßige Nachsorge und die notwendige Behandlung können nicht rechtzeitig durchgeführt werden, so dass die Prognose sich weiter verschlechtern wird.



AUTOR

**Dr. med.
Andreas
Wasylewski**

Müdigkeit und Erschöpfung nach einer Krebserkrankung

Das tumorassoziierte Fatigue Syndrom



sebra - stock.adobe.com

Die tumorassoziierte Fatigue ist das häufigste Folgeproblem einer Tumorerkrankung und ihrer Behandlung und kann sich in körperlichen, psychischen und kognitiven Symptomen äußern. In diesem Beitrag für unsere Aktuellen Gesundheitsnachrichten geben Prof. Joachim Weis und PD Jens Ulrich Ruffer eine Übersicht über Diagnose und Behandlung und stellen die Deutsche Fatigue Gesellschaft vor.

Dank einer verbesserten Früherkennung und Fortschritten in den Behandlungsmöglichkeiten (individualisierte Krebsbehandlung) konnten sowohl die Heilungsraten als auch das Überleben bei vielen Tumorarten deutlich verbessert werden, allerdings nehmen durch die intensiverte Therapie auch die behandlungsbedingten

Folgeprobleme zu. Neben funktionellen Einschränkungen und Schmerzen ist hierbei Müdigkeit und Erschöpfung eines der häufigsten Folgeprobleme einer Tumorerkrankung und deren Therapie. Erschöpfungszustände in Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung werden mit dem Fachbegriff tumorassoziierte

Fatigue (englisch: cancer related fatigue = CrF) bezeichnet [4] (Weis und Heim 2015).

Gemäß internationaler Leitlinien wird das tumorassoziierte Fatigue Syndrom wie folgt definiert (Fabi et al. 2020):

Tumorassoziierte Fatigue ist ein belastendes und andauerndes subjektives Empfinden körperlicher, emotionaler und kognitiver Erschöpfung in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung und deren Behandlung, welches nicht proportional zu einer Aktivität steht und die Funktionen des Alltags beeinträchtigt.

Die CrF lässt sich auf verschiedenen Ebenen beschreiben (siehe Abbildung 1). Auf der körperlichen Ebene kann sich die Fatigue in einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit, Schwächegefühl und Energiemangel äußern. Auf der emotionalen Ebene sind Antriebs- und Interessenlosigkeit, erlebte Frustration sowie fehlende Motivation die häufigsten Symptome, während sich auf der kognitiven Ebene vor allem Probleme in der Konzentration, Aufmerksamkeit und im Kurzzeitgedächtnis zeigen.

Die CrF wird heute als ein Syndrom betrachtet und stellt kein eigenständiges Krankheitsbild dar. Daher ist die CrF von den im Kontext verschiedener Erschöpfungszustände bekannten ICD-Diagnosen wie dem psychovegetativen Erschöpfungssyndrom, der Neurasthenie oder dem chronischen Fatigue Syndrom (CFS) abzugrenzen.

Häufigkeit des Auftretens und Auswirkungen der Fatigue

Fatigue kann zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf einer Tumorerkrankung auftreten und führt zu starken Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sowie der Lebensqualität der Betroffenen. Als häufigste Form tritt die CrF während, aber auch nach Abschluss der onkologischen Therapie auf, insbesondere bei kombinierter Chemo/Strahlentherapie aber auch bei verschiedenen personalisierten Therapieverfahren. Hier werden Auftretenshäufigkeiten von 80 % bis nahezu 100 % berichtet. Nach bisherigem Kenntnisstand kann sich diese akute Form der CrF nach Ende der Behandlung im Laufe von einigen Monaten bis ein Jahr wieder bessern.

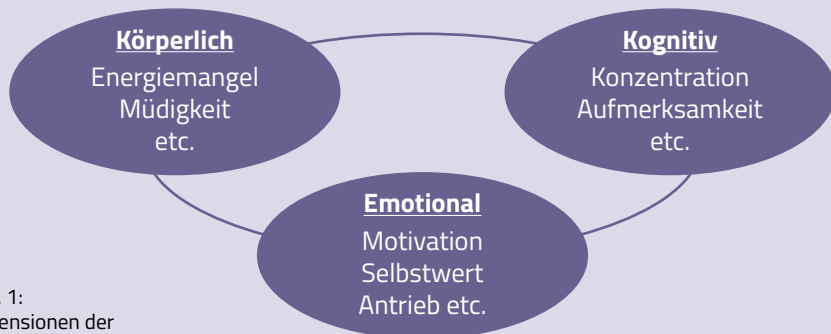


Abb. 1:
Dimensionen der
tumorassoziierten Fatigue

Die CrF kann als Langzeitfolge der Erkrankung und Behandlung auftreten, wobei sowohl das Fortbestehen der CrF Problematik über mehr als einem Jahr als auch das erneute Auftreten der CrF einige Jahre nach Therapieende zusammengefasst werden.

Wissenschaftliche Untersuchungen hierzu berichten noch von Häufigkeiten zwischen 25 % und mehr als 50 %. Die CrF bei Patienten in der palliativen Situation ist als Folge der fortschreitenden Erkrankung zu verstehen und tritt häufig in Zusammenhang mit weiteren Beschwerden auf, wobei die Häufigkeitsangaben sehr unterschiedlich sind und mit fortschreitender Erkrankung ansteigen.

CrF geht mit verschiedenen Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher wie bspw. einer Verschlechterung der körperlichen, emotionalen, kognitiven oder sozialen Funktion sowie der Rollenfunktion. Darüber hinaus beeinflusst sie auch die Alltagsaktivitäten und erschwert die berufliche Wiedereingliederung nach der Erkrankung, da die Betroffenen infolge der Fatigue häufig den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes nicht mehr gerecht werden können. Die CrF beeinträchtigt nicht nur die Patienten*innen selbst, sondern hat auch Auswirkungen auf die Partnerschaft, Familie und den Freundeskreis.

Diagnostik

Die Diagnostik der CrF richtet sich einerseits darauf, mögliche spezifische Ursachen und Einflussfaktoren der Symptomatik zu identifizieren und andererseits die Symptome der CrF sowie der sie begleitenden Beschwerden frühzeitig und

differenziert zu erfassen. Für die Diagnostik der CrF wird empfohlen:

- Klinische Untersuchung (Anamnese, Abklärung somatischer Faktoren und Komorbiditäten, körperliche Fitness, etc.)
- Laboruntersuchung (TSH, Anämie, Elektrolyte, Metabolismus, etc.)
- Psychologische Untersuchung inklusive Screening, Fragebogen (Depression, Angst, Coping, psychosoziale Belastungen, etc.)
- Sportmedizinische Untersuchung

In der Diagnostik sollten in einem stufenweisen Vorgehen mögliche behandelbare Ursachen und Einflussfaktoren identifiziert werden, wobei das anamnestische Gespräch eine zentrale Rolle einnimmt. Basislaboruntersuchungen (vorrangig Anämie, Hormonstatus, Elektrolythaushalt) ergänzen die klinische Untersuchung mit dem Ziel, mögliche Einflussfaktoren identifizieren bzw. ausschließen zu können.

Eine wichtige Aufgabe bei der Diagnostik der CrF ist es, den Zusammenhang mit möglichen psychischen Folgeproblemen zu klären. Aufgrund der Überlappung der CrF in einzelnen Symptombereichen mit den klinischen Symptomen einer Depression ist eine differentialdiagnostische Abklärung immer erforderlich. Überschneidungen zeigen sich in den körperlich-vegetativen Leitsymptomen wie Antriebslosigkeit, Abgeschlagenheit, Energielosigkeit sowie vermindertes Interesse an alltäglichen Aktivitäten,

während sich Symptome wie bspw. Selbstwertgefühl, Schuldgefühle deutlich unterscheiden.

Da die CrF primär über das subjektive Beschwerdebild erfasst wird, sind neben dem klinischen Interview standardisierte Fragebögen eine wichtige Quelle von Informationen in klinischen Studien als auch in der klinischen Diagnostik. Als erster Schritt in einem stufenweisen Abklärungsprozess wird in aktuellen Leitlinien empfohlen, die Patienten*innen regelmäßig nach Müdigkeit und Erschöpfung mit Hilfe einer numerischen Skala zu befragen, auf der die Intensität der Beschwerden in der vorangegangenen Woche angegeben werden kann. Mittlerweile liegen mehr als 10 tumorspezifische und standardisierte Erfassungsinstrumente vor, wobei ein Goldstandard zur Erfassung der Fatigue derzeit nicht existiert.

Insgesamt ist die Diagnostik der CrF eine anspruchsvolle Aufgabe, die einer engen interdisziplinären Abstimmung bedarf, da psychosoziale und somatische Faktoren eng zusammenwirken.

Behandlung

Sofern, und das ist häufig, nicht behandelbare körperliche Ursachen der CrF identifiziert werden konnten, richtet sich die Behandlung primär darauf, die Symptome zu reduzieren, die körperliche Leistungsfähigkeit zu stärken und dem Patienten angemessene Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Die Behandlung richtet sich dabei immer nach der Situation der Tumorerkrankung sowie dem Ausmaß der individuellen funktionellen Beeinträchtigungen. Grundsätzlich gilt, dass die CrF so früh wie möglich behan-

delt werden sollte, um einer Chronifizierung entgegen zu wirken. Heute stehen als Optionen zur Therapie der CrF vor allem das körperliche Training, psychosoziale Therapieansätze, medikamentöse sowie komplementärmedizinische Verfahren zur Verfügung.

Das körperliche Training soll dem Teufelskreis aus Bewegungsmangel, Verlust an Kondition und rascher Erschöpfung vorbeugen bzw. die Leistungsfähigkeit wieder stärken. Körperliches Training kann Patienten mit CrF empfohlen werden, sofern keine Kontraindikationen bspw. durch Dysfunktion des Herz-Kreislaufsystems bestehen. Körperliches Training durch Kraft- und Ausdauertraining zur Verbesserung der CrF weist eine sehr gute Evidenz auf, wobei die meisten Studien zum Ausdauertraining vorliegen. Häufig wird eine Kombination von Kraft- und Ausdauertraining empfohlen. Die Intensität und Trainingsdauer sollte immer an die Möglichkeiten der Patienten*innen und die individuelle Krankheitssituation angepasst werden.

Im Bereich psychosozialer Maßnahmen wurden eine Reihe von Interventionen entwickelt, die darauf abzielen, die CrF durch gezielte Verhaltensstrategien zu reduzieren und das Selbstmanagement zu stärken (Reif et al. 2011). Psychosoziale Interventionen umfassen psychosoziale Information, Beratung, Psychotherapie und Psychoedukation. Sie zielen darauf ab, dem Patienten zu helfen, seine emotionale sowie kognitive Bewertung der erlebten Fatigue sowie die damit verbundene Verarbeitungsstrategie zu verändern und auf Selbsthilfe- sowie Selbstfürsorgestrategien zu fokussieren. Auf der Basis dieser Informationen lernt

der Patient, seinen Alltag mit der Fatigue-problematik besser zu gestalten, seine Aktivitäten besser zu planen sowie besser mit den erlebten Einschränkungen infolge der CrF umzugehen. Psychoedukative Interventionen können als Einzel- oder Gruppenintervention angeboten werden und geben neben Information und Beratung auch aktive Anleitungen und Hinweise für den Alltag und die Erprobung neuer Verhaltensweisen. Hierbei werden auch ungünstige Verarbeitungsstrategien, die Rezidiv- oder Progressionsangst sowie dysfunktionale Gedanken in Bezug auf Fatigue, bearbeitet. Im Falle von Gruppenangeboten wird darüber hinaus auch der Austausch der Teilnehmer untereinander gefördert. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht und die Fatigue mit kleinen bis mittleren Effektstärken reduziert werden kann.

Die medikamentöse Therapie der CrF hat zum Ziel, den Einfluss von spezifischen somatischen Faktoren, wie beispielsweise Anämie, Fehlernährung oder endokrinologische Störungen zu mindern. Zudem wird versucht, auf mögliche pathogenetische Faktoren Einfluss zu nehmen, wie bspw. auf dopaminerge und serotoninerge Systeme des ZNS und solche der zentralen Energiehomöostase. Im Vergleich zu den nicht-pharmakologischen Verfahren kommt den medikamentösen Therapieansätzen aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise eine eher geringere Bedeutung zu.

Interventionsstudien mit Antidepressiva aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie bspw. Paroxetin zeigten bislang keine spezifische Wirksamkeit auf CrF.

Die Psychostimulanzien Methylphenidat (MP) und Modafinil (MF) konnten Symptome der CrF verringern, allerdings legen die heterogenen Ergebnisse der Studien einen sehr zurückhaltenden Einsatz von Psychostimulanzien nahe. Aufgrund von heterogenen Befunden sowie auftretenden unerwünschten Nebenwirkungen von Methylphenidat wie Nervosität, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit und Übelkeit sollte der Einsatz von Psychostimulanzien nur in begründeten Einzelfällen erfolgen.

Aus dem Bereich der komplementärmedizinischen Verfahren können nur ausgewählte Verfahren hier vorgestellt werden. Ein in den vergangenen Jahren zunehmend diskutiertes Medikament ist Ginseng als traditionelles Mittel gegen Erschöpfungszustände aller Art. In klinischen Studien wurde auch die Wirksamkeit von Ginseng-Präparaten bei CrF untersucht. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass medikamentöse Ginseng Extrakte die CrF in Abhängigkeit von der Dosis wirksam mindern können. Eine Behandlung der CrF mit Guarana oder L-Carnitin wird aufgrund einer eher dürftigen Studienlage kontrovers diskutiert und in den meisten Leitlinien nicht empfohlen.

Unter dem Begriff der Mind-Body-Interventionen werden Interventionen zusammengefasst, die körperliche und seelisch-spirituelle Dimensionen des Menschen ansprechen mit dem übergeordneten Ziel, die Selbstfürsorge zu stärken oder aufzubauen. Im Kontext der CrF werden vor allem achtsamkeitsbasierte Verfahren, Yoga und Akupunktur diskutiert. Aufgrund einer verbesserten Studienlage, jedoch immer noch sehr heterogener



Ergebnisse können diese Verfahren als Option zur Verbesserung der Symptome der CrF in Erwägung gezogen werden.

Deutsche Fatigue Gesellschaft

Die Deutsche Fatigue Gesellschaft (DFaG) hat sich anlässlich des 25. Krebsskongresses im Jahre 2002 in Berlin gegründet (<https://deutsche-fatigue-gesellschaft.de>). Die Ziele der Fatigue-Gesellschaft sind die Erforschung der unterschiedlichen

Ausprägungen des Fatigue-Syndroms, die Informationsvermittlung sowie Fortbildungen zu diesem Themenfeld. Im Mittelpunkt der Aktivitäten steht die durch Krebs verursachte Fatigue mit den Bereichen Ursachen- und Methoden-forschung sowie Entwicklung von Interventionsansätzen und ihrer Evaluierung. Dem Verein können mit Einverständnis des Vorstands sowohl alle Fachgruppen im Gesundheitswesen als auch Patienten und ihre Angehörigen beitreten.



Bisherige Aktivitäten umfassen Erstellen von Informationsmaterial, Beteiligung an Forschungsprojekten (Unterstützung der Entwicklung des Fatigue-Moduls der EORTC) und die telefonische Beratung von Betroffenen, Angehörigen und verschiedener Spezialisten des Gesundheitswesens. Es handelt sich um ein sehr breites Themenspektrum, welches die Anrufer interessierte. Für die Betroffenen und ihre Angehörigen steht die generelle Information im Vordergrund, während die Fachleute entweder Kasuistiken oder spezielle kausale Zusammenhänge nachfragen. Allen gemeinsam ist der Wunsch nach einer Interventionsstrategie gegen Fatigue.

Besondere Bedeutung hat nach unserer Erfahrung die Festlegung des Einflusses der lang andauernden Fatigue auf die Berufsunfähigkeit. Hier gilt es schnellst-

möglich Klarheit zu schaffen, um damit sowohl den Patienten Sicherheit zu geben, als auch den Leistungserbringern eine adäquate Entscheidungsgrundlage zu bieten.

Wir sind zuversichtlich, dass es uns gelingen wird, in Zukunft durch entsprechende Weichenstellungen, von denen einige bereits auf dem Weg sind, mehr Licht ins Dunkel der Ursachen der Fatigue zu bringen. Aber es muss uns auch gelingen, wirkungsvolle Strategien gegen die akute wie auch gegen die chronische Fatigue infolge einer Tumorerkrankung zu entwickeln.

Fazit

Die tumorassoziierte Fatigue ist das häufigste Folgeproblem einer Tumorerkrankung und ihrer Behandlung und kann

sich in körperlichen, psychischen und kognitiven Symptomen äußern. Neben der in direktem Zusammenhang mit der Therapie auftretenden Fatigue kann sie als Langzeitfolge noch Jahre nach der Behandlung auftreten bzw. über den Behandlungszeitraum hinaus chronifizieren.

Insgesamt lässt sich resümieren, dass wir heute sowohl in der Diagnostik als auch in der Behandlung der CrF den

Betroffenen helfen können, das komplexe Problem der Erschöpfungssymptomatik zu lindern oder – sofern das nur teilweise gelingt – damit besser umgehen zu lernen. Dies erfordert vom behandelnden Arzt eine erhöhte Aufmerksamkeit, das aktive Ansprechen und eine gute Information der Patienten. In jedem Fall sollten entsprechenden Beschwerden von Patienten ernst genommen werden.

Literatur

- (1) Heim M, Weis J. Fatigue bei Tumorerkrankungen: Erkennen, Behandeln, Vorbeugen. Stuttgart, Schattauer, 2015.
- (2) Reif K, de Vries U. et al. (2011) Wege aus der Erschöpfung: Ratgeber zur tumorbedingten Fatigue. Huber Bern
- (3) Fabi A, Bhargava B, Fatigoni S, Jordan K, Ripamonti CI et al. (2020) on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. Ann Onc 12.
<https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016>

Weiterführende Infos

Die blauen Ratgeber: Nr. 51 Fatigue-chronische Müdigkeit bei Krebs. Stiftung Deutsche Krebshilfe.
<https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/infomaterial-kategorie/die-blauen-ratgeber/>
Informationsmaterial der Deutschen Fatigue Gesellschaft:
<https://deutsche-fatigue-gesellschaft.de/service/infomaterial/>
– Fatigue Syndrom: 18 Fragen und Antworten
– Fitness statt Fatigue



AUTOR

Prof. Dr. phil. Joachim Weis

Universitätsklinikum Freiburg
Comprehensive Cancer Center Freiburg
Stiftungsprofessur Selbsthilfeforschung
Hugstetter Str. 49, 79106 Freiburg
joachim.weis@uniklinik-freiburg.de
<https://www.uniklinik-freiburg.de/cccf/forschung/selbsthilfeforschung.html>

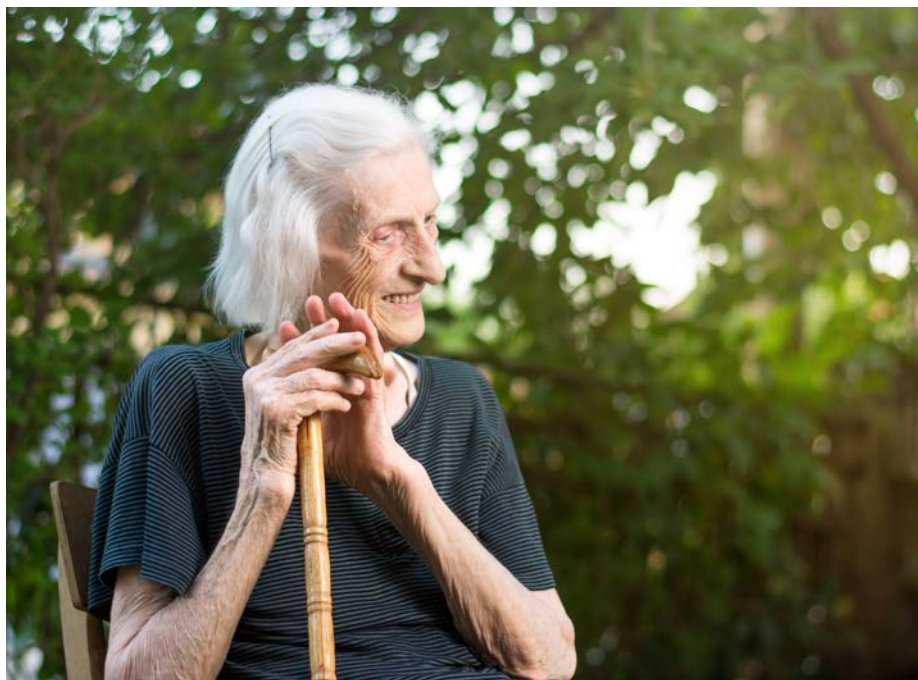


AUTOR

PD Dr. med. Jens Ulrich Ruffer

Facharzt mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
Vorstandsmitglied der Deutschen Fatigue Gesellschaft
Leiter der AG Kommunikation in der Arbeitsgemeinschaft
internistische Onkologie (AIO)

Sarkopenie - Was tun bei Muskelabbau im Alter?



creativefamily - stockadobe.com

Unsere Autorin Vera Spellerberg beschäftigt sich in dieser Ausgabe der Aktuellen Gesundheitsnachrichten mit dem großen Themenkreis Sarkopenie, also Verlust der Muskelmasse, Krebs und Ernährung vor allem für Krebs-Senioren. Die Ernährungswissenschaftlerin aus Berlin: „Sarkopenie ist ein sehr komplexes Geschehnis, welches gerade in der Betreuung älterer Krebspatienten unbedingte Aufmerksamkeit braucht.“

Die Sarkopenie beschreibt den Verlust der Skelettmuskelmasse und ist bei Krebserkrankungen sehr verbreitet. Nicht zuletzt deswegen, da annähernd 60 % der Patienten im Seniorenalter sind und die Sarkopenie eine typische ernährungs- und bewegungsinduzierte Alterserscheinung ist, die durch Tumoraktivität

zusätzlich forciert wird. Eine gezielte, dem Muskelschwund ausgleichende Ernährung mit guten, auch mengenmäßig aufgestockten Eiweißgaben und Antioxidantien, Vitamin D, und anderes, unterstützen die Proteinbiosynthese und somit einen günstigeren Verlauf des Muskelerhalts und des Muskelaufbaus.

Das Entstehen einer Sarkopenie wird ursächlich insbesondere auf altersassoziierte Veränderungen des Stoffwechsels zurückgeführt. So dass auch tumor-betroffene Senioren, schon zur Zeit der Diagnosestellung, zu weit über 80 %, mit einer Sarkopenie zu tun haben. Dieser Skelettmuskelverlust beschreibt für die Mehrzahl aller Krebspatienten das Stadium der Präkachexie, die sowohl neurodegenerativ als auch inflammatorisch in Erscheinung treten kann.

Daneben ist der Körper signifikant häufig malnutriert, was durch viele Krebstherapien und deren Nebenwirkungen noch verstärkt wird.

Übelkeit, Erbrechen, aber auch Durchfälle und Appetithemmung beschreibt einige dieser Nebenwirkungen, die nicht selten auftauchen.

Gewichtsverlust stoppen bedeutet auch eine verbesserte Lebensqualität

Die zielgenaue Antiemese, eine medikamentöse Therapie, die Übelkeit und verzögerte Übelkeit versucht zu unterbinden, ist für viele Patienten elementar, auch im Hinblick auf die Gesamtprognose. Denn den Gewichtsverlust zu stoppen, bedeutet eine deutlich verbesserte Therapiestabilität und damit eine signifikant verbesserte Gesamtprognose und eine verbesserte Lebensqualität!

Die sarkopenisch-kachektischen-Verläufe sind dafür ein deutlicher Biomarker. Patienten die bereit sind, eine bedarfsgerechte, gezielte, im Alltag gut zu praktizierende Ernährungsintervention zuzulassen, erfüllen damit einen wichtigen Beitrag für den Therapieerfolg!

Dieser Erfolg ist wesentlich gekoppelt an eine qualitative Tagesenergieversorgung die, das zeigen Studien mit Senioren in Deutschland, dann auch insbesondere für viele ältere Krebspatienten schon im Vorfeld der Erkrankung ein großes Problem darstellt. Zu fett, zu viel Weißmehl und Zucker, zu wenig gutes Eiweiß, zu wenig frisch, zu ballaststoffarm, so oder ähnlich könnte die durchschnittliche Ernährung vieler Senioren beschrieben werden.

Vitamin D und Folsäure gehören auch in dieser Bevölkerungsgruppe neben wichtigen Vitaminen der B-Gruppe uvm. zu den signifikant schlecht versorgten Nährstoffgruppen. Interessant ist die Beobachtung, dass genau auch diese Nährstoffgruppe in der Krebsvorsorge eine entscheidende Rolle spielt.

Lösen dann die Therapien die o.g. Nebenwirkungen aus, kann der Tagesenergiebedarf insgesamt von vielleicht normal 1700 kcal auf 850 kcal oder gar auf 570 kcal absinken. Parallel dazu steigt die Tumoraktivität, wesentlich bedingt durch Entzündungsmacher wie u.a. der Tumornekrosefaktor (TNF-alpha) und die Interleukine 1 und 6, die Stoffwechselrate auf 37 % und darüber an. Der Verlust wertvoller Muskelmasse ist die Folge.

Ältere Krebspatienten: Anzeichen für Mangelernährung können schon vorher vorhanden sein

Der Bedarf des Körpers an Nahrungsenergie und Nährstoffen und der Verbrauch desselben klaffen weit auseinander. Bei älteren Patienten können zusätzlich schon im Vorfeld der Krebserkrankung altersbedingte, physiologische

Veränderungen wie ein gestörtes Hunger-, Sättigungs- u. Durstgefühl, unregelmäßige Mahlzeiten und/oder Medikamenteneinnahme, das Erkrankungsrisiko bezüglich Krebs mit einer Sarkopenie deutlich fördern.

Auch sozial-psychologische und ökonomische Faktoren können eine gravierende Bedeutung, bezogen auf eine gute Essensversorgung, haben. Zumal ein Großteil der in Deutschland betreuten Krebspatienten ambulant versorgt werden und somit die Selbstversorgung weit verbreitet ist.

Fakt ist, gerade unter solchen Umständen sollten alle vorhandenen Ressourcen mobilisiert und genutzt werden, um eine bessere Versorgung der Patienten zu

ermöglichen. Ein sehr praktisches, gut anzuwendendes Modul ist das Screening. Gemeint ist das regelmäßige Messen und Erfassen der Gewichtsdaten und des -verlaufs.

Der Ernährungsstatus wird außerdem mittels ausführlicher Anamnese festgestellt, bei der neben wichtigen Fragen zu Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme und allgemeine Ernährungsweise, auch der Konsum von Alkohol u.a. eine Rolle spielt. Zur Diagnose der allgemeinen Mangelernährung gehört auch die Messung des Unterhautfettgewebes und zur Diagnose der Sarkopenie der Arme, der Beine und der hervorstehenden Rippen und anderer Knochen. Nicht zuletzt gibt eine Atrophie der Hand- und Gesichtsmuskulatur Auskunft über eine

Kriterien für ein Screening zur Gewichtskontrolle/Sarkopenie/Geriatriisch

Kriterien für die Krankheitsspezifische Mangelernährung

- Ist der Body-Mass-Index $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust $\geq 10 \%$ (bezgl. Ausgangsgewicht) i.d. letzten 6 Monaten
- BMI $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust von $\geq 5 \%$ bezgl. Ausgangsgewicht i.d. letzten 3-6 Monaten (Valentin et. al. 2013)
- Ist der Patient außerdem schwer erkrankt s. Diabetes, Bluthochdruck u.a.?



Mangelernährungsrisiko Nahrungskarenz ≥ 7 Tage!

- Gewichtsverlust $\geq 5 \%$ pro drei Monaten (milder Gewichtsverlust)
- Gewichtsverlust $\geq 5 \%$ pro 2 Monaten BMI $18,5\text{-}20,5 \text{ kg/m}^2$ (mäßiger Gewichtsverlust)
- Gewichtsverlust $\geq 5 \%$ pro 1 Monat oder/ BMI $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ (schwerer Gewichtsverlust)

(angelehnt an Nutritional Risk Screening (NRS2002) nach Kondrup)

Mangelernährung. Per Waage, Messlatte und Maßband werden weitere anthropometrische Daten des Patienten erfasst!

Wissenschaftliche Studien zeigen aber auch, dass sich eine Sarkopenie nicht alleine über die Messung des BMI (Body-Mass-Index) erfassen lässt. Hierzu sind immer die o.g. regelmäßig, sorgfältig erfassten Daten erforderlich und außerdem unbedingt notwendig zur BMI-Erfassung, eine BIA-Messung s. (Body-Impedanz-Messung), um einen noch genaueren Verlauf der Körpermassenverteilung zwischen Muskel-, Fett- und Wasseranteil erfassen zu können.

Je besser der Muskelzellanteil erhalten bleibt, desto geringer die Therapie-risiken und desto besser die Prognose

Therapie-Risiken durch schlechten Ernährungsstatus

- Verträglichkeit der Krebstherapien nimmt ab
- Infektionen nehmen zu
- Therapieunterbrechungen nehmen zu
- Nebenwirkungsrate nimmt zu
- Dosislimitierende Toxizität nimmt ab
- Gewichtsverlauf, Vitalität verschlechtert sich
- Lebensqualität und Prognose verschlechtern sich

(Studien nach Koletzko 2009, Baldwin 2012, Gupta 2011 u.a.)

Wird nach den o.g. Kriterien ein schlechter Ernährungsstatus bestätigt, ist davon auszugehen, dass der Patient neben anderen krankheitsbedingten Symptomen auch von einer Sarkopenie betroffen ist. Da der Muskeleiweißverlust bei älteren Krebspatienten immer deutlicher zu Tage tritt als bei jüngeren, macht es gerade hier besonders viel Sinn qualitativ entgegenzusteuern.

Muskelfunktionen werden maßgeblich über die Qualität der Proteine und dessen Zufuhrmenge bestimmt, doch reagiert die Proteinbiosynthese bei älteren Krebspatienten nicht automatisch auf anabole Stimuli, wie eine einfache Erhöhung des Eiweißanteils über die Ernährung das darstellen würde s. von 0,8 g pro Kg Körpergewicht, empfohlen von der Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), auf 1,2 g oder 1,5 g pro KgKG, angeraten seitens der onkologischen Ernährungsmedizin. Die Gründe dafür liegen in einer deutlich verminderten postprandialen Resorptionsrate der Proteine über den Darm und nach gegenwärtigem Wissensstand, in einer systemischen Inflammation.

Qualität und Quantität der Proteine sind von Bedeutung

Das Stichwort dazu lautet: „Silent Inflammation“, also stille Entzündungen, die sowohl, wie bereits oben erwähnt, durch Tumoraktivität als auch therapiebedingt ausgelöst werden. Angiogenetisch ausgelöste Insulinresistenzen und eine Dysregulation intrazellulärer Signalwege für die Proteinbiosynthese sind laut onkologischer, ernährungsmedizinischer Forschung außerdem entscheidende Momente, die die umfassende Malnutrition geriatrischer Krebspatienten er-

klären. Ernährungstherapeutisch weist das darauf hin, dass sowohl die Qualität und die Quantität der Proteine neben Mahlzeitenkombinationen für den Krebspatienten von Bedeutung ist. Geriatriische Ernährungsstudien zum Thema Sarkopenie weisen darauf hin, dass eine Mindestmenge von 1,1 g pro Kg/KG am Tag notwendig ist, um stetigen altersbedingten Muskelverlust zu stoppen.

Tumorbedingter Muskelabbau braucht somit laut onkologischer Forschung mindestens 1,2 bis 1,5 g pro Kg/KG. Neben umfangreichen Messungen bestätigt dies auch die Messung der Stickstoffbilanz.

Gute Eiweißquellen, um den Muskelverlust auszugleichen, sind das Hühnerei, Geflügelfleisch, Fisch, Milchprodukte, dabei besonders Milchsauerprodukte. Aber auch Getreide, Soja und sonstige Hülsenfrüchte. Pflanzliche Eiweiße unterscheiden sich deutlich in ihrer Aminosäuresequenz von den tierischen Eiweißen, so dass eine besonders hohe Bioverfügbarkeit von diesen ausgeht. Auch Kombinationen wie Kartoffel-Ei oder Soja-Joghurt sind sehr hochwertig. Je höher der Aminosäureanteil im Blut nach der Verdauung, desto höher die Proteinbiosynthese und desto geringer der Verlust. In diesem Zusammenhang spricht man in der Er-

Mahlzeitenbeispiele für von Muskel- verlust betroffene Krebspatienten

Gesamteiweiß
pro Tag

105 g

Mahlzeit

Eiweißgehalt

Frühstück

1 Scheibe Dinkelvollkornbrot	4 g
1 TL Butter	
2 Eier/ Rührei mit Milch u. Spinat	16 g

2. Frühstück

150 ml Joghurt mit Mangopüree	15 g
-------------------------------	------

Mittagessen

Kabeljaufilet 150 g	25 g
Brokkoligemüse mit Käsesahnesauce	5 g
Fächerkartoffeln	7 g

Nachmittags

100 g Käsekuchen mit Himbeeren	6 g
-----------------------------------	-----

Abendessen

Kartoffelsalat mit Joghurtdressing und Leinöl	12 g
--	------

Spätmahlzeit

80 g Overnight Oats mit Haferflocken, Zimt und Kokos	15 g
---	------



nährungsmedizin auch von den schnell und langsam verfügbaren Eiweißen. Alle essentiellen Aminosäuren sollten in allen 5-6 Mahlzeiten enthalten sein, so dass eine Proteinbiosynthese gelingen kann. Die Mahlzeitenbeispiele zeigen, wie eine deutlich erhöhte Eiweißmenge pro Tag (70 kg Normalgewicht und 1,5 g/Kg KG) mit Eiweißgaben von zwischendurch über mindestens 25 g pro Mahlzeit, um eine verbesserte Proteinbiosynthese zu stimulieren, aussehen könnte. Auch die Insulinausschüttung bewirkt einen Proteinabbauhemmenden Effekt, was gerade bei katabolen Stoffwechselzuständen sehr wertvoll ist. Der Mahlzeitenrhythmus von eher 6 Mahlzeiten statt drei hat eher mit der Appetithemmung der Patienten zu tun und ist laut Wissenschaft bezgl. verbesserter Proteinaufnahmerate noch nicht abschließend bestätigt.

Auch Muskeltraining zeigt Anti-Sarkopenie-Effekt

Auch ein gezieltes Muskeltraining durch körperliche Aktivität nach proteinreicher Mahlzeit zeigt in wissenschaftlichen Studien, neben den enorm guten immunstimulierenden Effekten, auch einen Anti-Sarkopenie-Effekt. Außerdem zeigen erste Studien, dass gerade auch Senioren im Alter zwischen 60 bis 90 Jahren, die einen niedrigen Serum Vitamin D Spiegel (von < 40 nmol/L) von D-Gaben, im Hinblick auf Muskelkraft und eventuell auch bezogen auf die Sarkopenie, einen günstigen Effekt erhoffen können. Wissenschaftlich ist das allerdings noch nicht abschließend bestätigt!

Was allerdings gut dargestellt ist, ist der Effekt auf die bereits erwähnten

Entzündungsprozesse (Silent Inflammation) und der damit einhergehenden Muskelatrophie. Die Zufuhr von Antioxidantien wie Vitamin C, Vitamin E und Betacarotinoiden könnten dazu beitragen, dass der beschleunigte Muskelzellabbau stark entschleunigt oder gar gestoppt wird. Nicht zuletzt spielen in diesem Zusammenhang auch die Omega-3-Fettsäuren eine bemerkenswerte Rolle, insbesondere auf die Stimulation der Signalwege zur Proteinbiosynthese als auch anti-inflammatorisch. Wichtig ist dabei, dass nur die langkettigen Omega-3-Fettsäuren, also die EPA's und die DHA's, das entscheidende antientzündliche Potential dazu bieten. Maritime Gaben von mindestens 3000 mg/Tag oder vegan aus Algen wären zu empfehlen. Leinöl mit ebenso guten Gehalten an Omega-3-Fettsäuren ist wunderbar in der Ernährung, hat jedoch erst ab ca. 300 ml/Tag die antientzündliche Power, die bei einer Sarkopenie gebraucht wird, um einen muskelabbauenden Effekt messbar zu machen.



Robert Kneschke - stock.adobe.com

Fazit: Gute Prognose und Lebensqualität für Senioren-Krebspatienten

Abschließend kann man sagen, dass die Sarkopenie ein sehr komplexes Geschehnis ist, welches gerade in der Betreuung älterer Krebspatienten unbedingte Aufmerksamkeit braucht. Bewusst gute Lebensmittel auswählen, dabei versuchen, eine optimalere Proteinversorgung anzubieten und die Momente, die einen Muskelabbau-Stopp bewirken, unterstützend hinzuzunehmen wäre in der Qualität der Betreuung ein guter Schritt. Damit gerade auch für Senioren-Krebspatienten eine möglichst gute Prognose und Lebensqualität gesichert werden kann!



AUTORIN

Vera Spellerberg

Dipl. Oecotrophologin, Ernährungsberaterin
E-Mail: veraspellerberg@web.de

Weitere Beiträge von Vera Spellerberg finden Sie unter www.eanu.de

EANU-Pinnwand. Mehr Wissen zum Heraustrennen.

**Regelmäßig finden Sie im Mittelteil unserer
Aktuellen Gesundheitsnachrichten die EANU-Pinnwand.
Sie können diese heraustrennen, aufheben, an den Kühlschrank
oder an die Pinnwand hängen. Wir liefern Ihnen kleine Tipps rund
um Krebs und Gesundheit.**

In dieser Ausgabe geben wir Tipps für Pflegende Angehörige. Diese sind übrigens von der Zahl her der größte Pflegedienst Deutschlands. Wer pflegt, der sollte unbedingt auch auf seine eigene Gesundheit achten. Pflegende Angehörige sind körperlichen und seelischen Belastungen ausgesetzt, deren Ausmaße noch nicht einmal im Ansatz erforscht sind.



EANU-LINKTIPP

Weitere Tipps finden Sie mehrfach
die Woche unter:

www.eanu.de

Haben Sie schon unseren
kostenlosen Newsletter abonniert?
Er erscheint monatlich! Sie können
dies einfach und schnell auf unserer
Homepage tun!



Tipps für Pflegende Angehörige

1 Denken Sie an das eigene ICH!

Es ist wichtig, dass Sie auch an sich selbst, an Ihre Bedürfnisse und Gefühle denken. Pflege sollte nicht Selbstaufopferung bedeuten. Hilfe ist nicht erst dann nötig, wenn es nicht mehr anders geht, sondern schon viel früher.

2 Lassen Sie sich gut beraten

Es gibt Pflegestützpunkte und Beratungsstellen, die Ihnen gerne kostenlos helfen. Sie werden dort über Kurse und auch über finanzielle Hilfen informiert. Bitte nehmen Sie dies rechtzeitig in Anspruch!

4 Lassen Sie sich entlasten

Als Pflegender Angehöriger können Sie Hilfen für Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege und Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst beantragen. Denken Sie daran: Es ist kein Zeichen von Schwäche, sich helfen zu lassen!

5 Tauschen Sie sich mit Anderen aus

In einigen Städten gibt es inzwischen auch Selbsthilfegruppen für Pflegende Angehörige. Es hilft, mit anderen Menschen zu reden. Im Internet gibt es auch Onlineforen, in denen man sich austauschen kann. Halten Sie aber auch Kontakte zur Familie, zu Freunden und Nachbarn!

3 Pflege sollte gelernt sein

Es gibt kostenlose Pflegekurse, die man auch online durchführen kann. Diese helfen, Sicherheit und Selbstvertrauen bei der Pflege einer Person zu gewinnen und einer möglichen eigenen Überforderung entgegenzuwirken. Machen Sie diesen Kurs möglichst frühzeitig!



www.eanu.de

6 Geben Sie Ihre Hobbys nicht auf

Pflegen Sie weiterhin ihre Hobbys, nehmen Sie sich Zeit für Sport und gute Ernährung, kümmern Sie sich um Ihre eigene Gesundheit. Sie können der zu pflegenden Person am besten helfen, wenn Sie selbst fit und ausgeruht sind!

Die Kunst ist,
einmal mehr
aufzustehen,
als man umgeworfen wird.

Winston Churchill



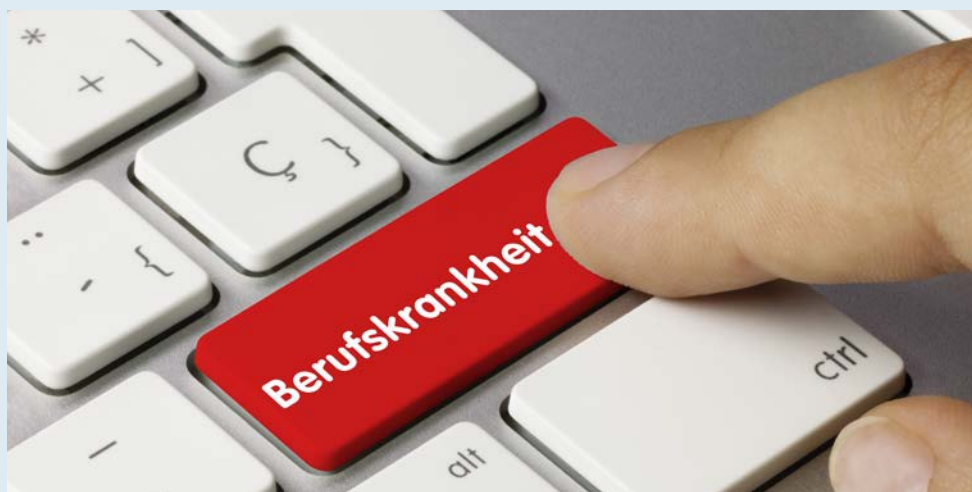
Für medizinisches Personal

Covid-19-Infizierung als Berufskrankheit anmelden

Unter bestimmten Bedingungen können Beschäftigte im Gesundheitswesen die Erkrankung Covid-19 als Berufskrankheit anerkennen lassen. Diese Voraussetzungen müssen grundsätzlich erfüllt sein:

- Die erkrankte Person hatte im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen Kontakt mit Personen, die mit SARS-CoV-2 infiziert waren.
- Die erkrankte Person hat darüber hinaus relevante Krankheitserscheinungen wie Fieber oder Husten.
- Es liegt ein positiver PCR-Test für die erkrankte Person vor.
- Besteht der Verdacht auf eine Covid-19-Erkrankung und hat die Infektion einen möglichen beruflichen Zusammenhang, sind Ärzte und Arbeitgeber dazu verpflichtet, einen begründeten Verdacht auf eine Berufskrankheit beim zuständigen Träger der Unfallversicherung anzuzeigen.

Wenn die Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt wurde, trägt die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten für die Heilbehandlung sowie die Rehabilitation. Auch eine Erwerbsminderungsrente oder eine Hinterbliebenenrente ist möglich.



Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten



Yakobchuk Olena - stockadobe.com

Eine immer wieder formulierte Angst unter Tumorpatienten gerade in fortgeschrittenen Stadien ist die Angst, quasi ohne eigene Einflussnahme vielleicht heftigen Schmerzen ausgesetzt sein zu müssen. Diese Angst ist weit verbreitet und daher soll dieses Thema einmal in diesem Artikel explizit beleuchtet werden.

Physische Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten

Niemand muss heute mehr bei anhaltenden Schmerzen ohnmächtig leiden müssen. Auch nicht in einer finalen

Tumorsituation. Es gibt viele geeignete Maßnahmen, physischen Schmerz-Empfindungen wirksam entgegen zu können. Die Weltgesundheitsorganisation hat ein Stufenschema etabliert, wie man tumorbedingten Schmerzen begegnen kann.

Es gibt drei Stufen der analgetischen Therapie

- Stufe 1 – Nicht-Opioideanalgetika
- Stufe 2 – Niederpotente Opioideanalgetika + Nicht-Opioideanalgetika
- Stufe 3 – Hochpotente Opioideanalgetika + Nicht-Opioideanalgetika

Eine vierte Stufe der Schmerztherapie benennt inzwischen auch weiterführenden invasive Maßnahmen, z.B.

- periphere Lokalanästhesie
- rückenmarksnähe Therapiekonzepte (peridurale, intrathekale und intraventrikuläre Applikationen von Schmerzmedikamenten)
- computergesteuerte transportable oder implantierte Pumpensysteme mit Kathetern oder Zuspritz- und Portkammern
- Ganglienblockade
- Spinal Cord Stimulation

Je nach Situation können Stufen auch übersprungen werden, entsprechend muss nicht unbedingt mit der ersten Stufe begonnen werden.

Im Kern geht es um Kombinationsmaßnahmen, die jedoch immer individuell auf Wirkung und Verträglichkeit abgestimmt werden müssen. So können Maßnahmen der moderaten Schmerzstufe 1 (z.B. nicht-steroidale Analgetika (Ibuprofen, Diclofenac oder auch das altbekannte "Aspirin") ebenso wie das wiederentdeckte THC-freie Cannabis durchaus weiter verwendet werden, wenn auch schon Opioide eingesetzt werden müssen. Auch bei den Opioiden gibt es eine große Bandbreite von schwächer wirkenden bis stark wirkenden Medikamenten der Stufe 3. Je nach Situation können selbst in der höchsten Stufe noch weitere Maßnahmen integriert werden wie z.B. krampflösende Medikamente oder auch die oben erwähnten physischen Verfahren, nicht zuletzt sei auch noch die Hyperthermie erwähnt, auf die noch kurz eingegangen werden wird.

Starke Opiate können ebenfalls in einer hohen Bandbreite dosiert werden. Die entstehenden Nachteile sind unter anderem, dass das Bewusstsein stellenweise eingetrübt und der Patient schläfrig werden kann. Oft jedoch kann ein Patient auch selbst die Dosierung steuern – und viele tun das mit der im Laufe der Zeit gewonnenen Erfahrung sehr erfolgreich und können auch die Wirkungszeit zwischen entstehendem Schmerzempfinden und dem Anschlagen ihrer Medikation einschätzen.

Ein Beispiel hierfür ist das Fentanyl Pflaster, welches über drei Tage das darin enthaltene Morphin abgibt und das ein Patient selbst in der Anwendung bedienen kann. Es gibt aber auch noch deutlich stärker wirkende Opioide, die ebenfalls selbstständig dosiert in einen Port eingebracht werden können.

Auch Methadon ist ein interessantes Schmerzmittel mit einem anderen Wirkungsprofil. Methadon wird in der Regel gegeben als 1 % ölige Tropfen und kann von der Dosis her bei Bedarf kontinuierlich eskaliert werden. Ein weiterer Vorteil

es macht Zellen auf und damit empfänglicher für Chemotherapien. Eine mögliche Nebenwirkung können Schwierigkeiten mit Verdauung/Verstopfung sein, aber auch dies ist eine Frage der Dosierung und Kombination mit anderen Maßnahmen.



ist, dass Methadon, wie man in Laboruntersuchungen und bislang kleineren Studien bei Tumorpatienten gefunden hat, ebenso Tumorzellen sensibilisieren kann:

Zunehmende Aufmerksamkeit erhalten derzeit Cannabidiol (CBD), eine Substanzgruppe aus der Cannabis-Pflanze ohne das psychoaktive THC. Beschrieben werden schmerzlindernde, entkrampfende, entzündungshemmende Wirkungen ebenso aber auch angstlösende, Appetit fördernde und stimmungsaufhellende Effekte. Das CBD ohne bzw. mit einer minimalen THC Komponente macht nicht high und setzt an anderen Wirkketten an als die Opioide. In den deutschsprachigen Ländern dürfen diese seit einigen Jahren auch ohne Betäubungsmittelrezept von Ärzten verschrieben werden. Aus der Fülle verfügbarer Literatur sei eine randomisierte, doppelt-blinde, Placebo-kontrollierte Studie aus Großbritannien und Belgien hier herausgegriffen. Es ging hier um 177 Tumorpatienten mit Tumor-bezogenen Schmerzen, die allein mit Opioi-



den nicht befriedigend gelöst wurden. Die Ergebnisse waren sehr versprechend und die subjektiven Schmerzreduktionen waren signifikant ($p=0,014$) reduziert (1).

Je nach Schmerzursache gibt es verschiedene Ansatzpunkte. Es gibt Medikamente, die wirken vorwiegend krampflösend (geeignet etwa bei Bauchschmerzen), andere setzen am zentralen Nervensystem an und wieder andere wirken entzündungshemmend. Je nach individueller Situation steht ein breites Arsenal an Möglichkeiten verfügbar.

Weitere verfügbare Varianten sind

- In einigen Therapieformen werden trizyklische Antidepressiver mit Schmerzmedikationen kombiniert, um – bei gleichem Wirkungsprofil – die Dosierung der Schmerzmedikamente und damit negative Nebenwirkungen zu reduzieren (z.B. bei neuropathischem Schmerz, bessere Schmerzbewältigung)
- Antiemetika: das sind Medikamente gezielt gegen Übelkeit.
- Laxantien: Medikamente gegen Verstopfung.
- Glukokortikoide (Kortison, Dexamethason): gegen entzündlich bedingten Schmerz
- Antikonvulsiva: Medikamente gegen Krampfanfälle z.B. bei neuropathischem lanzierenden (=blitzartig einsetzendem) Schmerz

Auch physische Maßnahmen wie eine milde Hyperthermie (entweder Ganzkörper-Erwärmung aber auch eine lokale Hyperthermie auf die Region eines

Tumorgeschehens) haben erstaunliche Wirkungen. Es existieren Studien bei unterschiedlichen schmerzhaften Erkrankungen, die unter Anwendung der Hyperthermie deutlich an Intensität verlieren können und somit die Reduktion herkömmlicher Schmerzmittel ermöglichen können. Eine große randomisierte Studie aus Taiwan konnte eindrucksvoll belegen, dass Schmerzen bei Knochenmetastasen markant reduziert werden können. Nach unseren eigenen Beobachtungen erlaubt eine einstündige milde lokale Hyperthermie die Reduktion von Opioiden um bis zu 50 % für einige Tage. Ein Patient ist dann deutlich wacher und kann aktiver mit nahestehenden vertrauten Personen und der Familie interagieren.

In Ergänzung soll noch kurz auf die Angst, zu ersticken eingegangen werden. Dies ist eine immer wieder geäußerte Sorge, wenn das Atmen immer schwieriger wird. Begegnet wird dieser Situation zunächst damit, dass ein Patient zusätzlich mit reinem Sauerstoff versorgt wird, ein gängiges Bild im Krankenhaus selbst bei ambulanten mobilen Patienten. Doch selbst ein Ersticken – vom akuten Asthmaanfall abgesehen – erlebt ein Patient nicht, denn wenn die Lunge quasi schleichend nicht mehr genügend Sauerstoff verfügbar stellen kann, steigt der Kohlendioxidspiegel im Blut an und führt dazu, dass ein Mensch schläfrig und immer schläfriger

wird bis er wie in Schlaf gleitend das Bewusstsein verliert. Erst deutlich danach kann sich ein Sterben aufgrund von Sauerstoffmangel einstellen.



Seelische Schmerzen

Schmerzen müssen jedoch nicht notwendig physischer Natur sein. Es gibt auch seelische Schmerzen. Gegen diese Art Schmerzen helfen Medikamente nur sehr bedingt. Natürlich lässt sich mit starken Narkotika Präsenz und Bewusstsein schlafen legen, aber es ist jedem intuitiv ersichtlich, dass dies eher ein Wegschleichen denn eine wirkliche Lösung darstellt. Es ist vielmehr das genaue

Gegenteil, das sich hier anbietet: Präsenz, Da-Sein, das Thema adressieren, den Stier bei den Hörnern packen und die Gnade haben, einen Menschen zu finden, der für die Art solcher möglicherweise entstehenden Gespräche ein sensitiv zuhörendes Gegenüber sein kann.

Manchmal scheuen sich Therapeuten, mit ihren Patienten Gespräche über das Lebensende zu führen. Vielleicht rührt dies aus der Befürchtung heraus, dass es nicht legitim sei, eine Hoffnung zu zerstören. Und in der Tat, ist es nicht legitim, Hoffnung zu zerstören. Gleichwohl kann offen über die Möglichkeit gesprochen werden, dass sich das Blatt auch wenden kann und gegebenenfalls Sterben anliegen mag. Patienten ahnen diese Möglichkeit sowieso und es wirkt meiner Erfahrung nach eher befreiend, wenn diese Möglichkeit gerade bei einem zunehmend schwierig werdenden Krankheitsverlauf auch explizit thematisiert wird. Sensitiv geführt, hat ein solches, offenes Gespräch

Die finale Phase: ist Sterben selbst schmerzhaft?

Soweit wir das beobachten können, ist Sterben per se nicht schmerzhaft. Oft ist ein Tumorpatient in den letzten Tagen vor seinem Tod nicht mehr durchgehend bei klarem Bewusstsein, jedoch im Allgemeinen gut mit Schmerzmitteln versorgt. Gleichwohl gilt es für Ärzte, Pflegepersonal und auch Angehörige darauf zu achten, welchen Eindruck der Patient macht. Verzieht sich das Gesicht, kommt es zu Schweißausbrüchen oder anderen Auffälligkeiten? Solche Wahrnehmungen können Indikatoren sein, Dosisanpassungen vorzunehmen. Im Grundsatz sind wir jedoch zuversichtlich, dass ein sterbender Patient auch in der finalen Phase – wenn kaum noch Kommunikation gedeutet werden kann – schmerzfrei eingestellt ist. Nicht zuletzt gibt es Hinweise, dass auch der Körper selbst im Sterbeprozess eigene Endorphine zum Stressabbau ausschütten kann.

deutlich mehr Potential, Gestaltungsspielraum zu schaffen und neue Aktivität zu initiieren als eine anfängliche Befürchtung, damit Depression und Angst zu wecken, vermuten lassen mag. Befreiend wirkt es m.E. auch deshalb, weil das Gefühl vermittelt wird, mit diesen schwierigen Fragen nicht allein gelassen zu sein. Man kann nicht selbstverständlich davon ausgehen, dass nahe Familienangehörige diese Funktion ausüben können, denn diese sind oft selbst betroffen und im System verstrickt.

Wer der Möglichkeit einer kurzfristigen Endlichkeit ins Auge blicken kann, mag früher erkennen, solange noch hinrei-

chend Kraft im Körper liegt, was unter Umständen noch zu klären anliegt. Das vermittelte Motto ist "Handeln statt Handeln" – und dieses Prinzip hat auch zum Lebensende hin bewährte Gültigkeit.

Um solchen seelischen Schmerzen zu begegnen, ist das Wesentliche jedoch nicht die Erforderlichkeit, irgendetwas zu vermitteln.

Entscheidend vielmehr ist einfach ein Da-Sein, ein Zuhören, eine menschliche Präsenz mit ehrlichem Interesse am Anderen. Es müssen keine Lösungen gefunden werden, meist genügt es, nur DA zu sein!

Quelle

(1) Johnson JR, Burnell-Nugent M, Lossignol D, Ganae-Motan ED, Potts R, Fallon MT. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of the efficacy, safety, and tolerability of THC:CBD extract and THC extract in patients with intractable cancer-related pain. J Pain Symptom Manage. 2010 Feb;39(2):167-79. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.06.008. Epub 2009 Nov 5. PMID: 19896326.



AUTOR

Dr. med. Hüseyin Sahinbas

Arzt für Radiologie, Arzt für Strahlentherapie und Radio-Onkologie, Arzt für Palliativmedizin
Praxis für Hyperthermie im Pradus Medical Center
am Kaiserteich, Düsseldorf

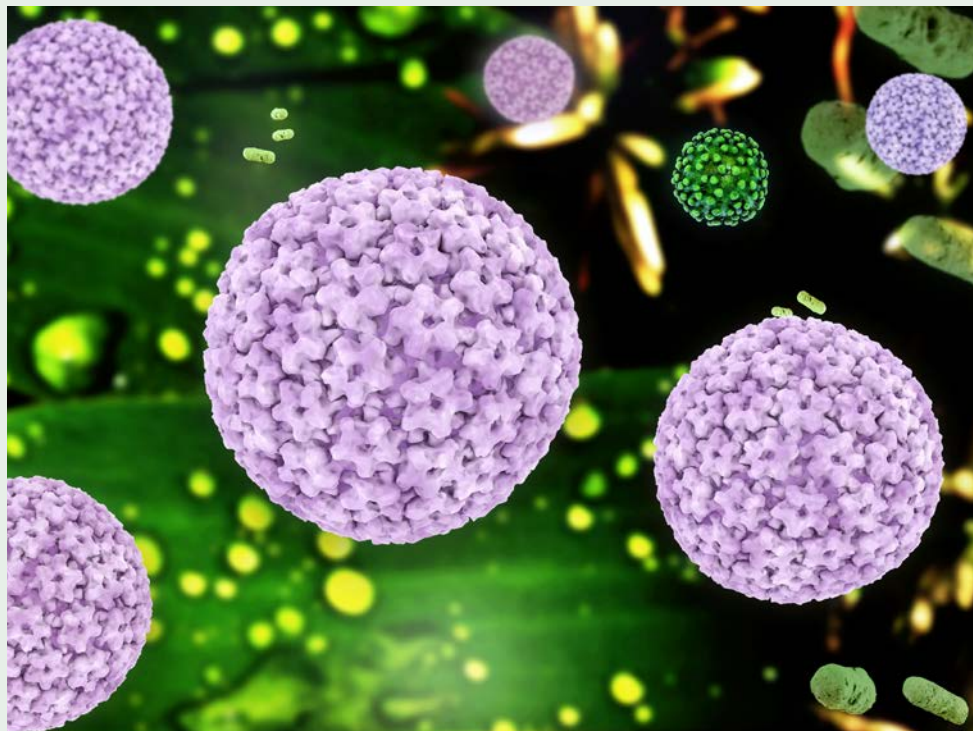


AUTOR

Martin Roesch

mental-spirituelle Psycho-Onkologie
Praxis für Hyperthermie im Pradus Medical Center
am Kaiserteich, Düsseldorf

HPV-Impfung schützt Mädchen und Jungs vor Krebs



fotoliaxrender - stockadobe.com

Zum sogenannten HPV Awareness Day, der am 4. März stattfand, appellierten das Deutsche Krebsforschungszentrum und die Deutsche Krebshilfe an alle Eltern, eine wichtige Chance zur Krebsprävention nicht ungenutzt verstreichen zu lassen.

Denn: Eine Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) schützt nicht nur vor den Viren selbst, sondern auch vor Krebserkrankungen, die als Folge der Infektion auftreten können. Dennoch erhalten in Deutschland noch viel zu wenig Kinder und Jugendliche die schützende Injektion.

Allein in Deutschland erkranken geschätzt jährlich etwa 7.700 Menschen an HPV-bedingtem Krebs – allen voran an Gebärmutterhalskrebs. Außerdem lösen die Viren

Krebserkrankungen im Mund- und Rachenraum, im Darmausgang sowie im männlichen Genitalbereich aus. Seit 2018 wird die Impfung gegen krebserregende humane Papillomviren für Jungen und Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren empfohlen (versäumte Impfungen können bis zum Alter von 17 Jahren nachgeholt werden).

Sie schützt Frauen vor Gebärmutterhalskrebs und sowohl Frauen als auch Männer vor den anderen HPV-induzierten Krebsarten.

Humane Papillomviren (HPV) sind weit verbreitet und infizieren sowohl Frauen als auch Männer. Sie werden oftmals bereits beim ersten Sexualkontakt übertragen.

Fast jeder Mensch infiziert sich im Laufe seines Lebens mit den Viren – wobei die Infektion meist unerkannt verläuft und von selbst wieder abklingt. Derzeit werden 12 der mehr als 200 bislang bekannten HPV-Typen als krebserregend eingestuft.



„Wenn man einmal begriffen hat, dass das Leben plötzlich einfach vorbei sein kann, geht man viel sorgsamer mit sich und seiner Zeit um.“



anastasianess - stock.adobe.com

Lena, 35 Jahre alt und von Beruf Lehrerin. 2018 wurde sie mit metastasierendem Brustkrebs diagnostiziert. Heute macht sie anderen Betroffenen Mut und engagiert sich im TREFFPUNKT Münsterland der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs. Für unsere Aktuellen Gesundheitsnachrichten erzählt sie hier ihre Geschichte:

Schon länger fühlte ich mich nicht mehr gut und befürchtete, einen Burnout zu bekommen. Der Hausarzt sagte damals nur, dass ich mich einfach mal richtig erholen muss. Als dann fiese Oberbauchschmerzen dazu kamen, machte ein anderer Arzt einen Ultraschall und entdeckte unzählige graue Flecken auf meiner Leber. Auch zu dem Zeitpunkt hatte

ich noch nicht erwartet, wirklich an Krebs erkrankt zu sein. Ich war doch immer ein gesundheitsbewusster, sportlicher, aktiver, gesunder Mensch gewesen.

Mein Arzt ließ mich „nur zur Kontrolle“ ins Krankenhaus einweisen, damit ich schneller an ein CT komme. Dort wurde mir von einer Krankenschwester im Ne-

bensatz eröffnet, dass ich vermutlich Lebermetastasen hätte. Plötzlich schwebte das Wort „Krebs“ im Raum. Danach ging alles ganz schnell. Nach Mammographie, Magenspiegelung, Darmspiegelung, CT und Ultraschall, Leberbiopsie und einer Biopsie der Brust stand dann ziemlich schnell fest, dass der Primärtumor in der Brust saß und sich von dort in Leber und Lunge ausgebreitet hatte. Mein Tumor ist hormonpositiv und Her2neu-positiv, so dass neben der Chemotherapie, Antikörper und eine Antihormontherapie als weitere Optionen zur Verfügung stehen.

Deutliche Besserung bereits nach drei Monaten!

Glücklicherweise wirkten meine Medikamente sehr gut. Schon nach 3 Monaten war der Radiologe begeistert, dass die Metastasen in Lunge und Leber so stark zurück gegangen waren. Nach 24x Paclitaxel war kein aktives Tumorgewebe in der Brust zurückgeblieben und in der Lunge waren keine Metastasen mehr auszumachen. Auch meine Leber hat sich sehr gut erholt. Nur noch ein klar abgegrenzter, kleiner Rundherd ist auf den MRT-Bildern zu erkennen, bei dem es sich aber eventuell um eine Narbe handelt. Wenn ich mich also ganz weit aus dem Fenster lehne, kann ich behaupten, im Moment tumorfrei zu sein. Man weiß es ja nicht genau, aber mit dieser Vorstellung lebt es sich einfach besser.

Anfangs hatte ich nicht recherchiert, was es bedeutet, an metastasierendem Brustkrebs erkrankt zu sein und glaubte noch, dass ich nach einer erfolgreichen Therapie irgendwann wieder „gesund“ wäre. Erst nach einigen Monaten informierte mich meine Onkologin, dass me-

tastasierender Krebs nicht heilbar sei und ich nun „unheilbar krank“ bin.

Glücklicherweise habe ich eine tolle Psychoonkologin, die mir geholfen hat, meine Krankheit als chronische Krankheit anzunehmen und die mir Mut macht, dass diese Diagnose nicht unbedingt den baldigen Tod zur Folge hat. Es gibt viele Frauen, die „lange“ mit dieser Diagnose leben. Eine Krebserkrankung bringt natürlich einige Herausforderungen mit sich.

In den Arztgesprächen schwingt die Sorge um die Zukunft

Es ist sehr anstrengend, mit der ständigen Angst zu leben, dass die Krankheit erneut ausbricht, die Medikamente nicht mehr wirken und ich an Krebs sterben könnte. Meist kann ich gut mit diesen Ängsten umgehen, aber besonders kurz vor den vierteljährlichen Kontrollterminen liegen die Nerven oft blank und ich habe schreckliche Angst. Auch werden die Ärzte nicht müde mir mitzuteilen, dass die derzeitige Situation eine „Momentaufnahme“ ist. In vielen Arztgesprächen



Lena mit ihrem Hund Malou



schwingt mit, dass sie davon ausgehen, dass meine Krankheit eh irgendwann wiederkommt.

Auch jetzt, nach der Akuttherapie, bin ich weiterhin in Behandlung. Alle drei Wochen muss ich für meine Antikörpertherapie zu einer Infusion in die Tagesklinik. Zudem mache ich eine Antihormontherapie. Dazu kommen viele Arzttermine. Manchmal fühlt es sich an, als wäre ich im Körper einer alten Frau gefangen – Gelenkschmerzen, Wassereinlagerungen, Gewichtszunahme, verminderte Belastbarkeit, Wechseljahresbeschwerden, "Chemobrain" – aber ich weiß ja, wofür ich es mache. Und im Grunde genommen, sind diese Nebenwirkungen gut auszuhalten.

Leben hat sich nicht nur zum Negativen verändert

Natürlich hat sich mein Leben durch die Diagnose sehr verändert. Aber tatsächlich nicht nur zum Negativen. Ich habe

einfach großes Glück, mit meinem sozialen Umfeld, meinem Partner und meiner Familie gesegnet zu sein, welche mir über schwere Zeiten hinweghelfen und mich toll unterstützen. Viele liebe Worte, Wünsche und Gedanken haben mir besonders in der Akuttherapie Rückenwind gegeben und mich über so manches Tief hinweg getragen. Hinzu kamen viele kleine und große Gesten – Päckchen, Briefe und Postkarten mit Genesungswünschen, WhatsApp-Nachrichten und Anrufe, Begleitungen zu Arztterminen, Unterstützung bei der Auswahl der Perücke, gemeinsame Spaziergänge, ... diese Auflistung ließe sich endlos fortsetzen.

Neue Freundschaften und Engagement für andere Betroffene

Durch die Krebstherapie habe ich auch neue Kontakte geknüpft und es sind enge Freundschaften entstanden. Seit dem Sommer 2018 bin ich im TREFFPUNKT Münsterland der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs aktiv. Es

tut sehr gut, Kontakt zu gleichaltrigen Betroffenen zu haben. Andere Krebspatienten verstehen die eigenen Ängste und Sorgen viel besser. Unter den anderen TREFFPUNKTlern ist man als junger Patient einer von Vielen und der Krebs gehört einfach dazu. Er definiert uns aber nicht! Es ist schön, wenn ich anderen Betroffenen Mut machen kann.

Arbeit als Lehrerin für einige Stunden in der Woche wieder aufgenommen

Als Lehrerin habe ich das Glück verbeamtet zu sein, wodurch ich nicht in finanzielle Not geraten bin. Wenn nicht gerade eine Pandemie herrscht, arbeite ich wieder mit einigen Stunden an der Schule und habe einen relativ normalen Alltag.

Meine Schulleitung und meine Kollegen nehmen viel Rücksicht auf meine angeschlagene gesundheitliche Situation und entlasten mich, wo es geht.

Ich habe einen Hund, mit dem ich viel in Feld und Wald unterwegs bin, mache Sport, treffe Freunde und reise gern und viel, versuche mein Leben zu genießen und im Moment zu leben. Wenn man einmal begriffen hat, dass das Leben plötzlich einfach vorbei sein kann, geht man viel sorgsamer mit sich und seiner Zeit um und schiebt nicht mehr so viel auf die lange Bank.

Ich bin sehr dankbar, dass es mir so gut geht und ich hoffe, die Krankheit noch sehr lange in Schach zu halten.



EANU INFO

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs



Seit 2014 ist die Stiftung erste Ansprechpartnerin für junge Krebspatientinnen und Krebspatienten im Alter zwischen 18 und 39 Jahren. Dabei entwickelt sie alle Projekte und Hilfsangebote in sehr enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen. Gemeinsam identifizieren sie bestehende Problemfelder und verbessern die Versorgungslage nachhaltig. Sprechen Sie die Stiftung gerne an und besuchen Sie sie in den Sozialen Netzwerken!

Geschäftsstelle: Alexanderplatz 1, 10178 Berlin

Tel: 030 28 09 30 56-0

info@junge-erwachsene-mit-krebs.de

www.junge-erwachsene-mit-krebs.de

www.facebook.com/junge.erwachsene.mit.krebs

www.instagram.com/junge_erwachsene_mit_krebs

www.twitter.com/DSfjEmK

Mit Vitamin D könnten Todesfälle vermieden und Lebensjahre gewonnen werden



reichdennatur - stock.adobe.com

Gleich drei Metaanalysen klinischer Studien kamen in den letzten Jahren zu dem Ergebnis, dass eine Vitamin D-Supplementierung mit einer Verringerung der Sterberate an Krebs um etwa 13 Prozent einherging. Diese Ergebnisse übertrugen Wissenschaftler im Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) nun auf die Situation in Deutschland und errechneten: Bei einer Vitamin D-Supplementierung aller Deutschen über 50 Jahre könnten möglicherweise bis zu 30.000

Krebstodesfälle pro Jahr vermieden und mehr als 300.000 Lebensjahre gewonnen werden – bei gleichzeitiger Kostenersparnis.

Seit einigen Jahren bereits untersuchen Wissenschaftler den Einfluss einer ausreichenden Versorgung mit Vitamin D auf die Prognose zahlreicher Erkrankungen. Im Fokus stehen dabei insbesondere entzündliche Krankheiten, Diabetes, Atemwegserkrankungen und Krebs.



Drei Studien, ein Ergebnis

Zur Frage, wie sich die Vitamin D-Versorgung auf die Sterberaten an Krebs auswirkt, sind in den vergangenen Jahren gleich drei Metaanalysen großer klinischer Studien erschienen. Die Untersuchungen* kamen zu einem übereinstimmenden Ergebnis: Um rund 13 Prozent sinkt bei einer Vitamin D-Supplementierung die Krebssterblichkeit – über alle Krebserkrankungen hinweg. Welche biologischen Mechanismen dem zugrunde liegen könnten, ist noch nicht genau geklärt. In die Metaanalysen wurden ausschließlich methodisch hochwertige randomisierte Studien aus allen Teilen der Welt einbezogen.

„In vielen Ländern der Welt ist im letzten Jahrzehnt die altersbereinigte Rate der Krebssterblichkeit erfreulicherweise gesunken“, sagt Hermann Brenner, Epidemiologe

vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ). „Doch angesichts der oftmals erheblichen Kosten vieler neuer Krebsmedikamente ist dieser Erfolg vielfach teuer erkauft. Vitamin D dagegen ist in den üblichen Tagesdosen vergleichsweise günstig.“

Kosten für Vitamin D deutlich geringer als Krebstherapien

Ein Vitamin D Mangel ist in der älteren Bevölkerung und insbesondere bei Krebspatienten weit verbreitet. Brenner und Kollegen errechneten nun, welche Kosten durch eine Vitamin D-Supplementierung der gesamten Bevölkerung Deutschlands ab einem Alter von 50 Jahren entstehen würden.

Dieser Summe stellten sie die möglichen Einsparungen für Krebstherapien gegenüber, die insbesondere bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen während der letz-

ten Lebensmonaten der Patienten oft mit Kosten im Bereich von mehreren 10.000 Euro verbunden sind.

Für diese Berechnung legten die Wissenschaftler eine tägliche Gabe von 1000 internationalen Einheiten Vitamin D zu einem Preis von 25 Euro pro Person und Jahr zugrunde. Im Jahr 2016 lebten in Deutschland ca. 36 Millionen Menschen über 50 Jahre, daraus errechnen sich jährliche Kosten für die Supplementierung von 900 Millionen Euro.

Neue Vitamin D-Strategie für Deutschland gefordert

„Angesichts der möglicherweise erheblichen positiven Effekte auf die Krebssterblichkeit – zusätzlich verbunden mit einer möglichen Kostenersparnis – sollten wir nach neuen Wegen suchen, die in Deutschland in der älteren Bevölkerung weit verbreitete Vitamin D-Unterversorgung zu verringern. In einigen Ländern werden sogar Nahrungsmittel seit vielen Jahren

mit Vitamin D angereichert – etwa in Finnland, wo die Sterberaten an Krebs um rund 20 Prozent niedriger sind als in Deutschland. Ganz abgesehen davon, dass sich die Hinweise auf weitere positive Gesundheitseffekte einer ausreichenden Vitamin D-Versorgung verdichten, etwa bei den Sterberaten an Lungenerkrankungen“, sagt Brenner und ergänzt: „Schließlich halten wir Vitamin D-Supplementierung für so sicher, dass wir sie sogar für neugeborene Babys zur Entwicklung gesunder Knochen empfehlen.“

Tipps für den Vitamin D-Haushalt

Um den eigenen Vitamin D-Spiegel völlig kostenfrei zu verbessern, empfiehlt der Krebsinformationsdienst des DKFZ, sich bei Sonnenschein im Freien aufzuhalten, zweibis dreimal pro Woche für etwa zwölf Minuten. Gesicht, Hände und Teile von Armen und Beinen sollten für diese Zeitspanne unbedeckt und ohne Sonnenschutz sein.

Quelle: Krebsinformationsdienst des DKFZ



EANU TIPP

Lebensmittel tierischen Ursprungs enthalten Vitamin D, vor allem fettreiche Fische: Makrele, Lachs oder Hering. Leber, Innereien oder Eier enthalten ebenfalls einen höheren Anteil. Vitamin D ist im Blut messbar: Dieser Marker heißt "25-Hydroxyvitamin D", die Einheit für den Stoff, mit der gemessen wird, heißt Nanomol. Liegt dieser Anteil unter 30 Nanomol pro Liter Blutserum, spricht man von einem Mangel. Ideal ist ein Wert von über 50.



Der Schmerz,
den du heute fühlst
ist die Stärke,
die du morgen spürst.



Krebs und Schwerbehinderung. Was ist zu beachten?

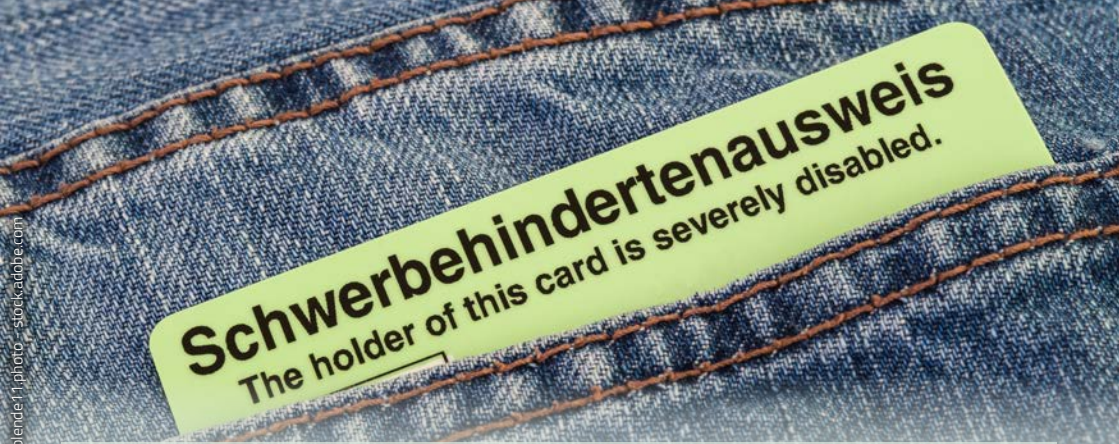
Beim Erstantrag auf Schwerbehinderung ist für Krebspatientinnen und -patienten meist allein die Diagnose Krebs ausreichend, um einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 zu bekommen. Damit gilt für sie automatisch ein besonderer Kündigungsschutz, in der Regel für fünf Jahre. Und dann? Wie geht es weiter? Unter welchen Voraussetzungen der besondere Kündigungsschutz erhalten werden kann, erläuterte der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums anlässlich des Weltkrebstages im Februar.

Die Idee des Antrags auf Schwerbehinderung bei einer Krebserkrankung: Nachteile, die durch die Erkrankung und ihre Behandlung entstehen, sollen zumindest teilweise ausgeglichen werden. Als Nachteilsausgleich bei Schwerbehinderung gilt neben anderem ein besonderer Kündigungsschutz. Das heißt konkret: Der Arbeitgeber darf Krebspatienten mit Schwerbehinderung nicht einfach kündigen, sondern muss dafür erst beim Integrationsamt (<https://www.integrationsaemter.de>) einen Antrag stellen. Aufgabe dieser Behörde ist es, die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben zu fördern. Sie prüft, ob die Behinderung der Grund für die Kündigung ist.

Ist dies der Fall, wird die Kündigung abgelehnt und ist damit hinfällig. Dieser besondere Kündigungsschutz gilt übrigens auch dann, wenn der Arbeitgeber nichts von der Schwerbehinderung des Mitarbeiters gewusst hat. „In den Gesprächen mit Krebspatientinnen und Krebspatienten stellen wir immer wieder fest: Die rechtlichen Möglichkeiten, den besonderen Kündigungsschutz möglichst lange zu erhalten, sind nicht ausreichend bekannt. Daher nehmen wir den diesjährigen Weltkrebstag zum Anlass, um auf dieses wichtige sozialrechtliche Thema aufmerksam zu machen“, so Dr. Susanne Weg-Remers, Leiterin des Krebsinformationsdienstes des Deutschen Krebsforschungszentrums.

Immer noch Probleme?

Bei Krebspatienten wird die Schwerbehinderung meist auf fünf Jahre festgestellt. Während dieser Zeit der Heilungsbewährung wird abgewartet, ob es zu einem Rückfall kommt. Dann haben sie die Möglichkeit, einen neuen Antrag auf Schwerbehinderung zu stellen. Das ist vor allem eine Option für Patientinnen und Patienten, die auch nach fünf Jahren noch mit Beschwerden zu kämpfen haben und sich den Belastungen des Alltags physisch und psychisch nicht gewachsen fühlen. „Vor diesem Hintergrund



Schwerbehindertenausweis
The holder of this card is severely disabled.

fürchten sie um ihren Arbeitsplatz und möchten daher den besonderen Kündigungsschutz als Schwerbehinderte nicht verlieren“, erläutert Carmen Flecks, Juristin beim Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums. Täglich von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr stehen Ärztinnen und Ärzte für alle Fragen zum Thema Krebs zur Verfügung; Telefonisch unter 0800-420 30 40 oder unter der E-Mail-Adresse krebsinformationsdienst@dkfz.de.

Diagnose Krebs alleine reicht nicht

Wichtig zu wissen: War beim Erstantrag die Nennung der konkreten Krebsdiagnose ausreichend, um einen GdB von 50 zu bekommen, wird bei einem erneuten Antrag nach Ablauf der fünf Jahre die aktuelle Gesundheitssituation der Patienten zugrunde gelegt. Meistens fällt der Grad der Behinderung dann niedriger aus. „Wir empfehlen Patientinnen und Patienten, in diesem Fall neben den aktuellen Einschränkungen aufgrund der Krebserkrankung auch alle anderen Leiden und Vorerkrankungen zu nennen, zum Beispiel Probleme mit der Wirbelsäule, eine Diabeteserkrankung oder eine behandelte Depression“, so Flecks. „Denn bei der Feststellung des Behinderungsgrades finden diese zusätzlichen Beschwerden im Rahmen einer Gesamtschau auf den Patienten Berücksichtigung.“

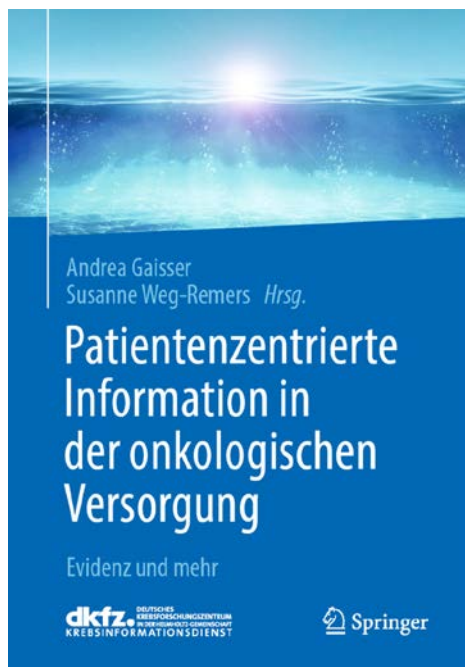
Antrag auf Gleichstellung – eine weitere Chance auf Kündigungsschutz

Für den Fall, dass Krebspatienten trotzdem keinen GdB von 50 und damit auch keinen besonderen Kündigungsschutz erhalten, gibt es eine weitere Möglichkeit. Denn sie können bei der Agentur für Arbeit die „Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen“ beantragen. Voraussetzung hierfür: Der Grad der Behinderung beträgt mindestens 30. Wird diesem Antrag stattgegeben, kann Krebspatientinnen und -patienten – genau wie Schwerbehinderten – nur mit Zustimmung des Integrationsamtes gekündigt werden. Außerdem haben sie Anspruch auf die meisten anderen Unterstützungen für Schwerbehinderte, wie zum Beispiel steuerliche Vergünstigungen. Davon ausgenommen sind die Nachteilsausgleiche „Zusatzurlaub“ und „Vorzeitige Altersrente für Schwerbehinderte“.

Über Jahrzehnte gesammelte Erfahrungen in einem Buch

„Patientenzentrierte Information in der onkologischen Versorgung“ – so der Titel des Buches, das beim Springer Verlag erschienen ist. Es richtet sich an Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige aller Gesundheitsberufe, die an der Versorgung von Krebspatienten beteiligt sind. Das Buch fasst die über Jahrzehnte gesammelten Erfahrungen des Krebsinformationsdienstes des Deutschen Krebsforschungszentrums im Umgang mit individuellen Anfragen von Krebspatienten zusammen und bietet Unterstützung beim Beantworten typischer und manchmal auch schwieriger Fragen zu den für Patienten wichtigen Themen.

Eine Krebserkrankung wirft bei Betroffenen und Angehörigen viele Fragen auf – medizinische, persönliche, emotionale oder auch sozialrechtliche. Erfahrungsgemäß richten Krebspatientinnen und



-patienten längst nicht alle Fragen an ihre behandelnden Ärzte – aus Scham, Angst, Rücksichtnahme oder Zeitdruck. Dennoch sind die Anliegen oft dringlich und stehen unausgesprochen im Raum. Das sind die Fragen, mit denen es

der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums häufig zu tun hat. Sie spiegeln wider, welche Themen Krebspatienten bewegen und welche in der Versorgungspraxis zu wenig Berücksichtigung finden.

Andrea Gaisser, Susanne Weg-Remers
"Patientenzentrierte Information in der onkologischen Versorgung - Evidenz und mehr"

Springer-Verlag Berlin Heidelberg
1. Aufl. 2020, 307 Seiten, 32 Abb.,
39 Tabellen

Softcover ISBN: 978-3-662-60460-1
eBook ISBN: 978-3-662-60461-8

Die Hoffnung
ist eine Schwester
des Vertrauens.
Sie gibt dem Leben
einen Sinn.



Hoher sozioökonomischer Status eines Stadtteils bedeutet eine höhere Überlebensrate bei Krebs

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler vom Deutschen Krebsforschungszentrum und vom Hamburgischen Krebsregister haben am Beispiel Hamburg erstmals das Krebsüberleben zwischen den verschiedenen Stadtteilen einer Großstadt verglichen. Dabei fanden sie teilweise erhebliche Differenzen: Um bis zu 15 Prozentpunkte unterscheidet sich das 5-Jahres-Krebsüberleben zwischen den sozioökonomisch stärksten und schwächsten Vierteln der Hansestadt.



Jonas Weintschke - stock.adobe.com

Sozioökonomische Ungleichheiten beim Krebsüberleben wurden bereits in vielen Ländern dokumentiert. Die Studien dazu basieren meist auf länderweiten Erhebungen, die die Städte als eine Einheit behandeln. „Dabei ist ein Vergleich einzelner städtischer Gebiete besonders interessant“, sagt Lina Jansen vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ), die Erstautorin der aktuellen Arbeit. „So spielen Unterschiede bei der Erreichbarkeit medizinischer Versorgung innerhalb einer Stadt eine geringere Rolle als in Regionen, die sowohl städtische als auch ländliche Gebiete einschließen. Außerdem lebt die Mehrheit der Weltbevölkerung in Städten – bei zunehmendem Trend zur Urbanisierung.“

Jansen und Kollegen untersuchten dies nun am Beispiel Hamburg, der mit 1,84 Millionen Einwohnern (2018) zweitgrößten Stadt Deutschlands. Die Studie basiert auf Daten von 73.106 Patienten, die im Hamburgischen Krebsregister erfasst und zwischen



2004 und 2018 an Darm-, Lungen-, Brust- oder Prostatakrebs erkrankt waren. Für diese Patienten wurde das altersstandardisierte relative 5-Jahresüberleben ermittelt.

Über die untersuchten Krebsarten hinweg fanden die Wissenschaftler: je höher der sozioökonomische Status des Stadtteils, desto mehr Patienten überlebten die ersten fünf Jahre nach der Krebsdiagnose. So betrugen die Überlebensunterschiede zwischen den sozioökonomisch stärksten und schwächsten Stadtteilen bei Prostatakrebs 14,7 Prozentpunkte, bei Darmkrebs 10,8 Prozentpunkte, bei Brustkrebs 8 und bei Lungenkrebs schließlich noch 2,5 Prozentpunkte.

Eine der möglichen Erklärungen für diese teilweise erheblichen Differenzen könnte die unterschiedliche Wahrnehmung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sein. Werden solche Untersuchungen nicht in Anspruch genommen, kann dies dazu führen, dass Krebserkrankungen erst in späteren Stadien entdeckt werden, was mit einer schlechteren Prognose verbunden ist.

Tatsächlich konnten Jansen und Kollegen bei Brust- und Prostatakrebs einen erheblichen Anteil der Überlebensdifferenz auf fortgeschrittenere Krebsstadien bei Diagnose zurückführen. Für Darmkrebs und Lungenkrebs galt dies allerdings nicht.

Quelle

Lina Jansen, Cynthia Erb, Alice Nennecke, Isabelle Finke, Ron Pritzkeleit, Bernd Hollecsek, Hermann Brenner, for the German Cancer Survival Working Group: Socioeconomic deprivation and cancer survival in a metropolitan area: an analysis of cancer registry data from Hamburg, Germany.

The Lancet Regional Health – Europe 2021, <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100063>

Wäre es nicht furchtbar langweilig,
wenn wir genau wüßten wie der Weg
verläuft? Wenn wir immer auf der
sicheren Seite wären und
nie Überraschungen und das Risiko
erleben würden?



Parenterale Ernährung zu Hause bringt deutliche Verbesserungen

Bei Patienten mit nicht-operablem bzw. metastasiertem Magenkrebs, der wiederkehrt oder immer weiter voranschreitet, bleibt die Chemotherapie eine der wichtigsten Therapieoptionen. Oft benötigen die Patienten eine parentale Ernährung, weil sie normales Essen nicht mehr zu sich nehmen können. Dies kann auch gut zu Hause gelingen, wie die Ergebnisse einer Studie in der Fachzeitschrift *Support Care in Cancer* zeigen.

Bei der parenteralen Ernährung wird der Verdauungstrakt umgangen, indem die Nährstoffe und Mineralien direkt über das Blut zugeführt werden. Wenn dies für längere Zeit nötig ist, wird ein spezieller Zugang gelegt. Mitunter kann auch der Zugang, der bereits für die Chemotherapie angelegt wurde, zur parenteralen Ernährung mitgenutzt werden.



ag.visionell - stock.adobe.com

Schon nach einem halben Monat hatte sich der Ernährungszustand der zu Hause parenteral ernährten Patienten erheblich verbessert. Bestimmte Parameter, die über den Ernährungszustand Auskunft geben und gefährliche Mängel anzeigen, waren signifikant besser geworden. Andere Parameter zogen nach einem weiteren halben Monat nach. Die Patienten der parenteralen Ernährungsgruppe konnten ihr Körpergewicht wieder erhöhen und dem der Kontrollgruppe, die eine bessere Ausgangslage gehabt hatte, angleichen.

Quellen

Ma C-J et al. Supplemental home parenteral nutrition improved nutrition status with comparable quality of life in malnourished unresectable/metastatic gastric cancer receiving salvage chemotherapy. *Support Care in Cancer*. 2021;29(4):1977-88

UNSERE LESERINNEN UND LESER
WARTEN AUF SIE!

MÖCHTEN SIE IHRE LEBENSGESCHICHTE
VERÖFFENTLICHEN? ÜBER IHR LEBEN MIT KREBS
SCHREIBEN? IHRE ERFAHRUNGEN MIT KREBS
VERÖFFENTLICHEN? ALS BETROFFENER ODER
ALS ANGEHÖRIGER? SIE LEISTEN ANDEREN
MENSCHEN DAMIT EINEN GROßEN DIENST,
DENN LEBENSGESCHICHTEN MACHEN MUT,
GEBEN TROST UND ZEIGEN, DASS MAN MIT
KREBS NICHT ALLEINE IST.

NUR MUT! TRAUE SIE SICH! UNTER

REDAKTION@EANU.DE

KÖNNEN SIE GERNE KONTAKT
MIT UNS AUFNEHMEN!

Letzte Ausgaben der **Aktuellen Gesundheitsnachrichten**



Heft 39



Heft 38



Heft 37

Das gedruckte Magazin **Aktuelle Gesundheitsnachrichten** und die digitalen Medien werden von der Günter und Regine Kelm Stiftung gefördert. Diese können Sie kostenlos auf unserer Homepage bestellen.



Anmeldung für Magazin und Newsletter

www.eanu.de

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 sowie die Bildrechte sind die Autoren verantwortlich.

IMPRESSUM

Herausgeber: Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin (EANU)
Dr. Wasylewski GmbH, Grottkauer Straße 24, 12621 Berlin
Telefon: +49(0)30 55 15 82 48, Telefax: +49(0)30 55 15 82 49
Internet: www.eanu.de, E-Mail: redaktion@eanu.de

V.i.S.d.P.: Dr. med. Andreas Wasylewski

ISSN 2199-9791 (Print), ISSN 2199-9805 (Internet)

Redaktion: Tom Stiegler, Dr. med. Andreas Wasylewski

Layout: Danilo Geritz



www.eanu.de



Jenny Sturm - stockadobe.com

*Jeder Tag ist kostbar:
Die schönen Tage schenken uns Freude,
die schlechten Tage Erfahrungen,
die schlimmsten Tage Lektionen
und die besten Tage
Erinnerungen.*



Europäische Akademie
für Naturheilverfahren und Umweltmedizin



[www.facebook.com/
EANU.Berlin](https://www.facebook.com/EANU.Berlin)



www.eanu.de



[www.twitter.com/
KrebsInfoEANU](https://www.twitter.com/KrebsInfoEANU)