

Aktuelle Gesundheits- Nachrichten

■ UNSERE THEMEN:

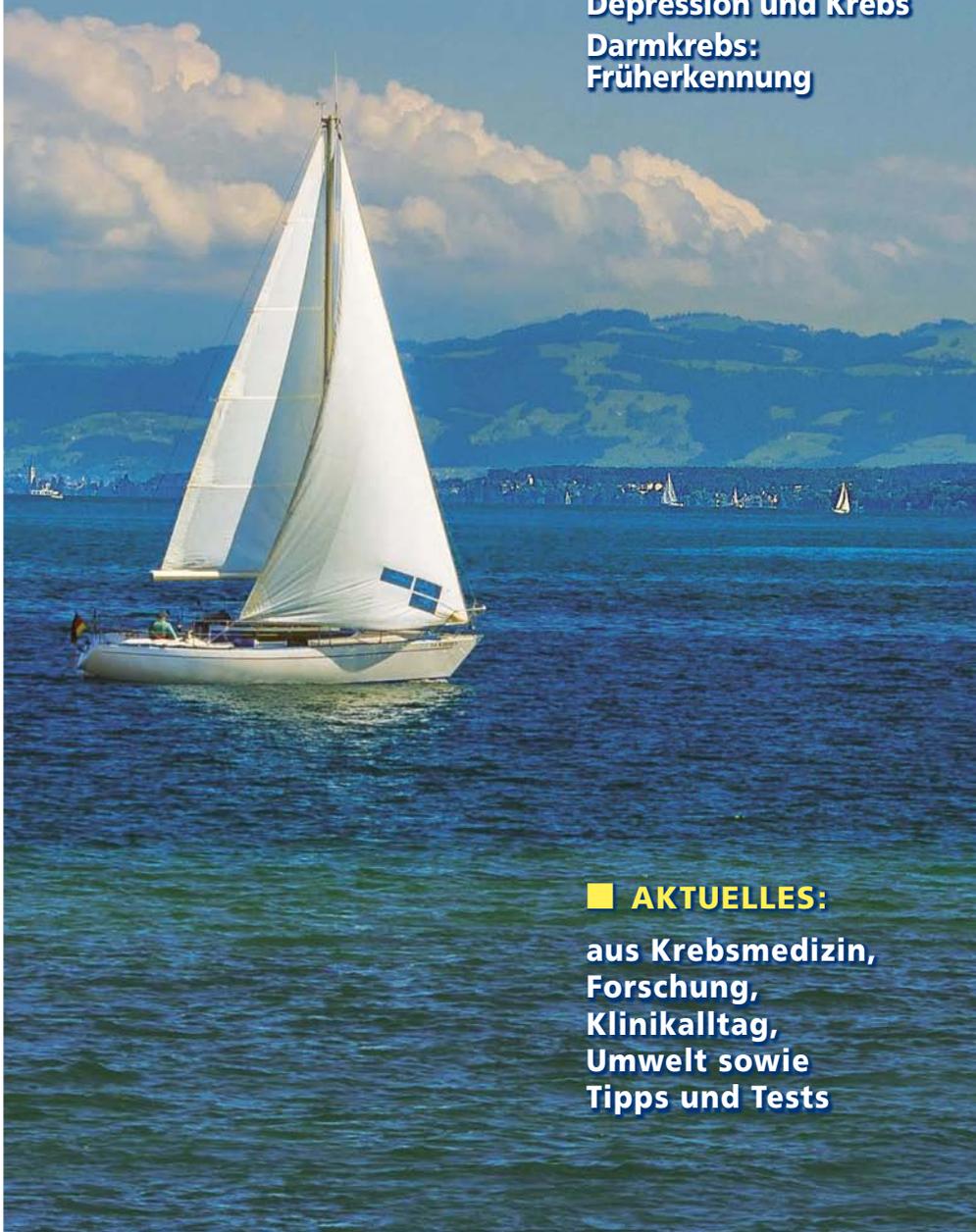
Immunsystem:
Gesunder Lebensstil

Magenkrebs:
Neues Wissen

Krebsrisiko Adipositas

Depression und Krebs

Darmkrebs:
Früherkennung



■ AKTUELLES:

aus Krebsmedizin,
Forschung,
Klinikalltag,
Umwelt sowie
Tipps und Tests



Liebe Leserin, lieber Leser!

willkommen in unserer 30. Ausgabe.

Erlauben Sie der 30. einen kurzen Blick auf die Krebsituation in der Welt und hier: Das Wissen über Krebs in seiner individuellen Vielfalt wächst rasant.

Neue Studiendaten gelangen immer schneller in den klinischen Alltag. In der Folge kommen Krebspatienten zu personalisierten Therapien und besseren Prognosen.

Die Zahl der Langzeitüberlebenden mit Krebs nimmt erfreulicherweise zu. Das ist eine positive Bilanz. Aber leider steigt die Zahl der Krebs-Neuerkrankungen ungebremst und stetig.

Das Wissen über genetische, lebensstilbedingte und umweltbestimmte Ursachen für Krebserkrankungen lässt neben Unveränderbarem auch Raum für die ganz persönliche Einflussnahme zum eigenen gesunden Nutzen. Dazu wollen wir mit aktuellem Wissen beitragen.

Wenn Sie die „Aktuellen Gesundheitsnachrichten“ auch weiterhin gern interessiert lesen, freut uns das. Bestenfalls empfehlen Sie uns weiter. Wer unsere kostenlose Zeitschrift erhalten möchte – bitte über die Homepage www.eanu.de bestellen oder auch gern per Fax. Alle Kontaktdaten finden Sie wieder auf der Rückseite dieser Ausgabe.

Die **Datenschutzklärung** der Europäischen Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin (EANU) können Sie hier einsehen: <https://www.eanu.de/datenschutz>
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese auch postalisch oder via Mail zu.

Natürlich freuen wir uns, wenn Sie uns Ihre Meinung wissen lassen. Gern über: info@eanu.de

Bleiben Sie interessiert und so gesund wie möglich.

Dagmar Moldenhauer

Ihre Dagmar Moldenhauer
Redaktionsleiterin

INHALT

	Seite
■ IN EIGENER SACHE	
Abschied von Regine Kelm	2
■ LEBENSSTIL	
Gesund leben – Immunsystem stärken	8
■ THEMA HEUTE:	
Magenkrebs – Neues aus Diagnose und Therapie	14
■ IM BLICKPUNKT	
Adipositas – das unterschätzte Krebsrisiko	26
Wie entsteht starkes Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen	28
■ WISSEN	
Depression bei Krebs	30
Porträt der Stiftung LebensBlicke – Früherkennung Darmkrebs	36
■ RAT & TAT	
Brustkrebsstudie der Charité – Machen Sie mit!	42
Sie suchen einen Arzt? Empfehlungen für Patienten	44
■ PATIENTENGESCHICHTEN	
Sport tut gut, Felipe Temming erzählt	48
■ ERFAHRUNGEN	
Balsam für die Seele – Berliner Philharmoniker	54
■ KONGRESS AKTUELL	
zitiert und ausgewählt	58
■ AKTUELLES AUS DER KREBSMEDIZIN	
Forschung, Umwelt, Tests und Tipps	13, 24, 25, 35, 41, 46, 47, 53, 57



Gesund leben – Immunsystem stärken

Unser Immunsystem ist nicht grundsätzlich machtlos gegenüber Krebszellen. Es kann sie durchaus erkennen und vernichten. Aber so einfach geht das nicht, Krebsforscher sind auf vielversprechendem Weg.

Seite **8**



Magenkrebs – Neues aus Diagnose und Therapie

Oberärztin Dr. Katharina Beyer und Klinikdirektor Prof. Martin Kreis, Charité Universitätsmedizin Berlin, informieren über die neuesten Erkenntnisse bei der Behandlung des Magenkrebses.

Seite **14**



Adipositas – das unterschätzte Krebsrisiko

Es gibt Hinweise, dass die Entwicklung von 13 verschiedenen Krebserkrankungen durch Adipositas gefördert wird. Wann soll mit der Behandlung begonnen werden? Ist Vorsorge nicht der beste Ansatz?

Seite **26**

Sport tut gut!

Diagnose Darmkrebs. Patienten-Autor Felipe Temming erzählt über seine sportlichen Trainingserfahrungen während der Chemotherapie. Wir haben ihn getroffen und zu seiner beispielhaften Geschichte eingeladen.

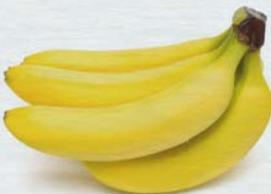
Seite **48**



Pestizide auf Bananen

Krebsrisiko: ÖKO-TEST hat Bananen auf Pestizide untersucht. Produkte mit Fairtrade-Kennzeichnung wurden „sehr gut“ bewertet. Deutlich anders steht es um die konventionell produzierten Früchte. Hier reicht das Gesamturteil von „befriedigend“ bis „ungenügend“.

Seite **41**





Erinnerungen an Regine Kelm †

Im Gedenken an ihr Leben, ihren Kampf gegen den Krebs und eine gemeinsame erfolgreiche Arbeit, wollen Herausgeber und Redaktion ihrer Betroffenheit Raum geben.

*Liebe Regine,
nun bist Du gegangen – am 28. Mai. 2018 –
wir sind traurig und wir vermissen Dich.*

Als uns die Nachricht erreichte, stellten sich nach zeitlich nicht mehr fühlbaren Momenten Bilder und Erinnerungen ein, die Du möglich gemacht hast. Du warst, in der Schweiz lebend, gedanklich bei jeder Ausgabe unserer „Aktuellen Gesundheitsnachrichten“ dabei.

Du warst Initiatorin, Ideengeberin, Beraterin und Du hast unsere journalistische Arbeit mit der Stiftung Günter und Regine Kelm möglich gemacht. Wir danken Dir aus tiefem, vollem und traurigem Herzen. Du warst uns Begleiterin, Freundin und Partnerin.

Du hast so lange gegen den Krebs gekämpft und für das Wissen über diese Krankheit mit uns gearbeitet. Das war eine kreative und produktive – und nicht zuletzt eine sehr erfolgreiche Zeit. Wir werden unsere Arbeit – Deine Lebensaufgabe – weiterführen. Das ist versprochen!

Danke, dass du dafür gesorgt hast, dass unsere Zeitschrift für unsere Leserinnen und Leser weiter bestehen und weiter wachsen kann. Alle, die Dir begegnet sind, trauern um Dich und fühlen mit Deiner Familie, Deinen Freunden.

Dein Team der „Aktuellen Gesundheitsnachrichten“

Erinnerungen sind unsterblich.

Mit den hier folgenden Texten möchten wir an das Leben von Regine Kelm, dieser besonderen und so starken Kämpferin gegen den Krebs erinnern. Wir wollen noch einmal über ihren unerschütterlichen Optimismus, ihre Lebensfreude und auch ihr Engagement für die Stiftung Günter und Regine Kelm berichten.

Die folgenden Zeilen sind Ausschnitte aus Beiträgen, die wir im Heft 4/2012 und 24/2017 publiziert haben. Möchten Sie die Artikel komplett lesen - bitte über www.eanu.de. Hier finden Sie auch alle Ausgaben unserer Zeitschrift.



Fast zehn Jahre – einfach weiterleben

Erfahrungen der Patientin Regine K., Kreuzlingen/CH Bodensee (Heft 4/2012)

Mit Schmerzen, die in Arme, Nacken und Hals ausstrahlten, fing alles an. „Verflix, ich sollte meine tägliche Rückengymnastik wieder aufnehmen, eventuell zum Orthopäden gehen?“ Mit solchen Überlegungen verging einige Zeit. Dann, eines Nachts, genau zu meinem 63sten Geburtstag, fühlte ich den Knoten in der Brust. Kann das sein?

Ich hatte doch erst vor vier Monaten bei der Vorsorge-Untersuchung Bescheid bekommen, dass alles in Ordnung sei. Der innerhalb von wenigen Tagen schnell wachsende Tumor musste weg. Eine klare Entscheidung.

Nach dem Eingriff wieder zu Hause, kam der Anruf meiner Ärztin: ich müsse sofort nachoperieren lassen und vermutlich einer Brustamputation zustimmen. Mittlerweile hatte ich mit der Hufelandklinik in Bad Mergentheim Kontakt aufgenommen, damals bekannt für komplementäre Krebsbehandlung und Nachsorge. Die dortigen Ärzte ließen mich anreisen und versprachen, gründlich zu prüfen, ob eine weitere Operation wirklich nötig sei. Nach längerer Beratung hieß es für mich: Zähne zusammenbeißen, ein bisschen weinen und die nächste Klinik aufsuchen. Ich musste meine Brust opfern. Der bekannte Professor M., dem ich mich nun anvertraute, verstand es, mich zu einer sofort einzupflanzenden Silikonprothese zu überreden. „Ach, Frau K. denken Sie an Ihre Silhouette. Morgen früh wachen Sie mit einer neuen Brust auf.“ Welche eitle Frau konnte da NEIN sagen?

In der Hufelandklinik erholte ich mich gut. Uns Patientinnen und Patienten wurde mit Infusionen, Ratschlägen zu Ernährung und stressfreiem Leben, kurz durch nachhaltige Stärkung unseres Immunsystems sehr viel mitgegeben. Meine Krankenkasse übernahm die Behandlung für sieben Wochen. Eine Mitarbeiterin verriet mir später vertraulich, das Ganze sei viel billiger gewesen als die üblichen Chemotherapien. Leider machte mir das Implantat zu schaffen.

Ich bekam Schmerzen hinter dem Brustbein, schmerzhafte Lymphstauungen, zunehmend Hustenreiz, litt unter ständiger Sekretbildung aus den Bronchien und hatte Schwierigkeiten im Sitzen und Liegen. Ein Allergietest blieb negativ, die Suche nach Metastasen in der Lunge glücklicherweise auch. Hinzu kamen Schlafstörungen, schlechte Leberwerte und Probleme beim Autofahren.

Wieder Metastasensuche! Besonders wegen des Reizhustens suchte ich im Frühjahr 2003 wieder Prof. M. auf. Nach kurzer Untersuchung hieß es: „... das Implantat sitzt leider nicht optimal, aber damit kann man leben“.

Die Leberwerte blieben erhöht und waren durch keinerlei Medikation zu beeinflussen. Im Mai 2003 traten dann zeitweise heftige Schmerzen in Händen, Füßen und Armen auf, besonders nachts. Ein Rheumatest war negativ. Auch ein Aufenthalt von drei Wochen in der Aeskulap-Klinik in Brunnen/Schweiz brachte keine Besserung.

Ich war an einem Punkt, wo ich nicht mehr weiter wusste. Zu meinem großen Glück fand ich im Herbst 2002 den Weg zu meinem Arzt in Berlin. Sein erster strenger und freundlicher Rat: „... wir haben da eine entzündliche Reaktion – das Implantat muss weg, – ersatzlos!“ Es war mittlerweile steinhart, saß nicht am richtigen Platz und verursachte heftige Beschwerden. Ein drittes Mal wurde ich in den OP

geschoben. Die Pathologie fand Fremdkörper-Granulome im umgebenden Gewebe. Silikon? Das wäre eine Erklärung gewesen für meinen schlimmen Zustand.

Mit Hilfe der Infusionen meines Arztes zur generellen Stärkung sämtlicher Organe und der Abwehrkräfte – jedes Mal eine neue, individuelle Mixtur – stand ich nach und nach wieder mitten im schönen Leben, mehr oder weniger beschwerdefrei.



Das Jahr 2003 unter kompetenter Behandlung im Sinne der Naturheilkunde gab mir neue Lebensqualität, die ich bis Frühjahr 2010 beibehalten durfte. Sieben schöne Jahre mit Hausbau, Bergwandern, Reisen, Segeln, Skifahren, Gartenarbeit und Enkeln wurden mir geschenkt. An die Krankheit dachte niemand mehr in unserer Familie.

Dann kam der Rückfall: im Abstand von drei Monaten zwei Rezidive in dem bisschen Brustgewebe, das noch vorhanden war. Wie gut, dass keine Prothese den Ort des Geschehens abdeckte! Dazu kamen Metastasen in Lymphsystem und Knochen. Wieder hatte mein wunderbarer Arzt eine Idee. Er veranlasste den Chirurgen, der mich von meinem letzten Tumor befreite, ihm das kranke Gewebe tiefgefroren zu schicken und präparierte einen Impfstoff daraus. Zusätzlich bekam ich Tamoxifen, ein Antihormon. Innerhalb von sechs Wochen verschwanden meine harten Knoten in den Lymphbahnen.

Meine Unternehmungslust und Lebensqualität wurden neu geweckt. Die Abwehrkräfte wurden mit Nahrungsergänzungsmitteln zur Medikation zuhause sowie Infusionen wie zuvor und regelmäßiger Anpassung an eine eventuelle Schiefelage im Blutbild gestärkt. Nach 1½ Jahren ging kürzlich der Impfstoff zu Ende. Das letzte PET-CT ergibt eine vollständige Remission, bzw. Sklerotisierung der Metastasen und keinerlei Anzeichen, die auf ein Krebsgeschehen hinweisen. Noch einmal wurde mir das Leben geschenkt!

Ich bin gerade bei der Apfelernte und klettere begeistert auf die Leiter und ins Geäst meiner zahlreichen Obstbäume. ■



Ihre Jahre nach der vollständigen Remission waren voller Leben. Sie blieb in ständigem medizinischen Beobachtungsstatus zu ihrem Arzt und war gern ideenreich motiviert, inmitten unseres Teams der „Aktuellen Gesundheitsnachrichten“. Eine unvergessliche Zeit. Bis der Krebs endgültig über Regine siegte.

Abschied ist erinnern.

Bitte lesen Sie weiter den etwas gekürzten Beitrag aus Heft 24/2017, ein Gespräch mit der Stifterin, geführt von Angele Kerdraon:

DIE GÜNTER UND REGINE KELM STIFTUNG



„Eine Stiftung basiert meist auf der Idee eines „Ewigkeitsgedankens“, einem Aspekt mit nachhaltiger Wirkung. Oft sind es eigene Erfahrungen, die den Stiftungszweck begründen. „Bei mir entstand der Gedanke aus Dankbarkeit und der Freude heraus“, sagt Regine Kelm.

Zusammen mit ihrem Ehemann, Günter Kelm, gründete sie die gemeinnützige und private Stiftung zur Förderung der Integrativen Krebstherapie. Die Stiftung soll dazu beitragen, die immer noch bestehende Kluft zwischen leitliniengemäßer Tumormedikation und Naturheilkunde zu überbrücken und der

integrativen/komplementären Krebsmedizin eine breitere Akzeptanz zu verleihen. „Mein größter Wunsch ist es, dass sich Kliniken und Ärzte zusammenschließen und sowohl schulmedizinisch als auch komplementär und vor allem individuell behandeln“, so Regine Kelm. Durch ihre eigene Krankengeschichte erfuhr sie, dass eine Behandlung nur dann wirklich erfolgreich sein kann, wenn das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele berücksichtigt wird; – ein Teilbereich der komplementären Ansätze.

Regine und Günter Kelm sind überzeugt, dass sie mit der Stiftung einen Beitrag zum weiteren Umdenken in der Krebsbehandlung leisten können – zum Nutzen für alle Patienten. Die derzeit zu beobachtende Weiterentwicklung in Diagnostik und Behandlung von Krebspatienten deutet sie als positive Anzeichen: „Die Zahl der Krebskliniken mit Abteilungen für Integrative Onkologie und die Anzahl der Lehrstühle für Naturheilkunde an den Universitäten wächst“, freuen sich die Stifter.

Regine Kelm hat mit komplementären und auch naturheilkundlichen Therapien beste Erfahrungen gemacht.(...) Sie kann seit nunmehr 14 Jahren, nach anfänglich sehr schlechten Prognosen, ihren Erfolg mit naturheilkundlichen Zusatzverfahren (z. B. Stärkung des Immunsystems durch Infusionen mit Vitaminen und Mineralstoffen) vorweisen. „Es sind Erfolge, die mir – trotz Rückschlägen – eine wunderbare, lebenswerte Zeit geschenkt haben“.

Die Naturheilkunde war für die Stiftungsgründerin schon immer ein Thema, das sie faszinierte. Seit ihrem ersten Gehalt ist sie Mitglied der Carstens Stiftung. Veronica Carstens gehört zu den Pionieren, die dazu beigetragen haben, dass das Zusammenspiel von Natur und Medizin mit den Jahren immer größere Resonanz und Interesse erfuhren. (...)

Hilfe und Selbsthilfe standen für Regine Kelm immer an erster Stelle. Seltsamerweise waren es immer wieder an Krebs erkrankte Nachbarn und Freunde, die Hilfe brauchten. Auch an ihrem Wohnort am Bodensee machte sie die Erfahrung, dass die herkömmliche Medikation allein für Krebskranke nicht unbedingt die beste und einzige Form einer erfolgreichen Behandlung ist. Kritik übt Regine Kelm auch daran, dass den Patienten gesagt wird: „Sie können essen, was Ihnen schmeckt“.

Die Frage, was könnte die Krankheit verursacht haben – wie Rauchen, Alkohol, zu hoher Fleischkonsum, Stress – wurde lange kaum gestellt. Eine Rehabilitation, in der diese Fragen behandelt werden und wichtig für's Weiterleben sind, wurde lange Zeit – im Gegensatz zu jeder Knieersatzoperation – selten angeboten.(....)

Manchmal erinnert sie sich an ihre eigene Vorgeschichte und ihren Weg bis zu diesen Zeilen. Mit ihrem Kampf gegen den Krebs hat Regine Kelm, dank naher Betreuung durch ihren Arzt, in den Jahren viele Hürden genommen.

Auch machte Regine Kelm erste Erfahrungen mit Hyperthermie. Hyperthermie gehört seitdem in die Reihe der durch die Stiftung getragenen Forschungsprojekte.

Die Stiftung wurde 2011 gegründet. Regine und Günter Kelm hatten zeitlebens hart gearbeitet und haben – auch mit etwas Glück – vom Schicksal mehr geschenkt bekommen als für ein finanziell sorgloses Leben gebraucht wurde. Für die Idee, Geld zum allgemeinen Nutzen sinnvoll anzulegen, hatte sie zunächst ihr Arzt begeistert. Auch unter Medizinern aus dem Bekanntenkreis fand der Gedanke Anklang. Und so entstand ihre Stiftung. ■

Mit den Jahren nahm ihre Erkrankung an Beschwerden zu. Mit ihrer Kraft und ihrem Lebenswillen hat sie mutig lange gegen den Krebs gekämpft.

Regine Kelm hat unsere journalistische Arbeit bis zu ihrem Tod begleitet und sich dafür eingesetzt, dass ihr Lebenswerk auch danach von uns weitergeführt werden kann.

Unsere Leserinnen und Leser dürfen weiter Ausgaben der „Aktuellen Gesundheitsnachrichten“ in Regines Sinn erwarten.



*Danke Regine,
Dr. med. Andreas Wasylewski*

Gesund leben – Immunsystem stärken!

Jeder Einzelne hat die Chance, mit gesundheitsbewusstem Verhalten Erkrankungen vorzubeugen. Das gilt auch für Krebs.



Die Hauptrisiken für Krebs sind heute bekannt. Wenn jeder in seinem Gesundheitsverhalten spürbar besser wird, Risiken vermeidet, Vorsorge wahrnimmt, kommen Mediziner, Wissenschaftler und Krebsbetroffene gemeinsam im Kampf gegen den Krebs voran. Im Fokus unseres Beitrages heute steht Ihr Immunsystem.

Wie funktioniert unser Immunsystem? Warum entkommen Krebszellen unserem Immunsystem?

Diese Fragen stellen sich nicht nur Betroffene. Krebswissenschaftler und Ärzte forschen nach Ursachen, Zusammenhängen und neuen Therapieansätzen. Wir wissen, unser Immunsystem ist nicht grundsätzlich machtlos gegenüber Krebszellen. Es kann sie durchaus erkennen und vernichten.

Das funktioniert aber in vielen Fällen leider nicht. Tumorzellen entwickeln Mechanismen, um sich dem Immunsystem zu entziehen. Eine einfache Stärkung des Immunsystems reicht daher leider zum Schutz vor Krebs und zur Krebsbekämpfung nicht aus. Aber die Forscher erkennen die Wechselwirkungen zwischen Immunsystem und Krebsentstehung immer besser. Erste Immuntherapien werden in Studien untersucht und therapeutisch angewendet. Die Daten scheinen erfolgversprechend.

Jeder, der sein Leben bewusst gesund gestalten möchte, jeder Krebsbetroffene, hat den Wunsch, selbst etwas für ein stabiles, gesundes Leben, seine Widerstandskraft gegen Krankheiten und für seine Lebensqualität zu tun. Wir haben heute einige Anregungen für einen gesunden Lebensstil, oder wie es im Neudeutsch heißt – Lifestyle. In den nächsten Ausgaben werden wir dieses Thema vertiefen.

Gesund leben – die beste Medizin

Der eigene gesunde Lebensstil – ein Thema, über das aus vielerlei Sichten zunehmend gesprochen wird. Politisch, soziologisch, medizinisch...? Kaum ein Medium lässt dieses Thema aus. Gesund, zufrieden und lange leben, wer will das nicht? Wir lesen, sehen, hören beinahe täglich von den Erfahrungen, die andere machen, von Rezepten, Erfolgen und auch von Misserfolgen.

Wir sind uns einig: Gesunder Lebensstil – eine gute Idee!

Es gibt ein paar grundsätzliche Entscheidungen und ein Ziel, das jeder für sich bestimmen sollte. Dazu gehört auch eine ehrliche Analyse der bisherigen Angewohnheiten, Defizite und Nachlässigkeiten. Ratsam scheint, wenn man dann entschlossen ist:

Ein eigenes Gesundheits-Programm aufstellen! Auch Etappenziele zu definieren, ist sinnvoll – je nach gesundheitlicher Situation.

Wir werden dabei helfen und auch in den nächsten Ausgaben Ratschläge, Tipps und Ideen für Sie haben.

Was hat der Hausarzt oder der Facharzt beim letzten Check-up gesagt, wie ist mein aktueller Status? Wie gut oder weniger gut kann ich schlafen? Gelingt es mir, mich tagsüber zu entspannen? Habe ich Stress und wie gehe ich damit um? Sind lebenswichtige Funktionen noch alle intakt? Wie belastbar bin ich?

Stress: Auf Stress im Alltag reagiert unser Gehirn sofort. Es schüttet vermehrt das Stresshormon Cortisol aus. Es hält uns wach und aktiv, obwohl wir erschöpft und müde sind, schwächt die Immunabwehr und wirkt so auf unseren Stoffwechsel.

Richtiges Atmen kann uns in Stresssituationen helfen. Es gibt verschiedenste Atemtechniken. Man kann sie lernen und anwenden. Sie helfen, zu entspannen und zu sich zu finden. Wir stellen Ihnen hier eine App vor, die schnell und einfach auf Ihren Stress eingeht.

7 Minuten Meditation gegen Stress – „7 Mind“ für Smartphones, Tablets und Computer funktioniert ganz einfach, nur sieben Minuten die Augen schließen, auf PLAY tippen und dann auf seinen Atem achten. Alles andere wird erklärt. Mind Body Mediziner Tobias Esch hat die Lektionen wissenschaftlich erarbeitet. Hineinschnuppern ist kostenlos. Alle Fragen zur weiteren Nutzung werden beim ersten Schnuppern beantwortet. www.7mind.de/app

Bewegung: Wie sieht mein Bewegungsprogramm aus – schaffe ich die empfohlenen 150 Minuten/Woche? Ich muss entscheiden, über meine körperlichen, konstitutionellen und altersgemäßen Möglichkeiten, über mein Programm, die Regelmäßigkeit und den „starken Schweinehund“, der garantiert immer reinredet.

Am besten: Kalender zur Hand und Programm machen – Start!

Ganz wichtig:

Als Krebspatient bleiben Sie unbedingt mit Ihrem Arzt in Kontakt.



Ein Mix aus Ausdauer- und Krafttraining scheint empfehlenswert. Unterstützend ist es, einen Programmwechsel in das eigene Vorhaben einzuplanen; sonst wird's langweilig. Für Krebspatienten hat die Wissenschaft längst bewiesen: Bewegung ist die beste Therapie!

Ernährung: Du bist, was du isst! Oft gelesen, geschmunzelt und weiter so? Einige grundsätzliche Entscheidungen sollten sofort übernommen werden: Weg von Fast Food, Dosensuppen und Abgepacktem! Frische Produkte liefern wertvolle Nährstoffe und pure Energie. Ein Tipp, nicht der neueste, aber ein sicherer: Lasst Diäten sein – ernährt euch ausgewogen – kombiniert das mit Bewegung und gutem Schlaf. Das ist der Weg zu einem gesunden Lebensstil.



Start in den Tag: So kann der Tag beginnen: Ein Glas Wasser (möglichst lauwarm) am Morgen bringt den Stoffwechsel in Gang und sorgt für den Abtransport der über Nacht ausgeschwemmten Giftstoffe, die der Körper gesammelt hat. Ein gesundes Frühstück mit Obst, einem Smoothie, Kaffee darf auch sein, bringt Schwung für den Tag. Der Acrylamid-Anteil ist bei sorgsam geröstetem Kaffee unbedenklich.

Trinken: Wasser über den Tag verteilt, auch Früchtetee ungesüßt – denn ohne Wasser geht fast gar nichts: Wasser regelt den Stoffwechsel, den Herzkreislauf, die Verdauung, unsere Körpertemperatur. Mit Früchten wie Zitrone, Grapefruit, Gurke, Kirschen oder Melone – das tut unserem Körper gut. 1,5 Liter wären die Marke, die zu schaffen sein sollte.

Ausreichend trinken – heißt nicht Alkohol. Das enthaltene Ethanol beeinträchtigt auch unsere Organe und kann langfristig zu Gedächtnis- und Sprachverlust, Impotenz, Unfruchtbarkeit, Muskelkrämpfen oder auch Herzproblemen führen. Der Zucker in alkoholischen Getränken kann zudem bei regelmäßigem und reichlichen Genuss Diabetes begünstigen.

Grüner Tee für die Gesundheit. Die im grünen Tee enthaltenen Gerbstoffe wirken beruhigend auf den Magen-Darm-Trakt, regulieren den Blutdruck und senken das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Gleichzeitig machen sein hoher Vitamin- und Mineralstoffgehalt und seine sekundären Pflanzenstoffe ihn sehr wertvoll für uns. Diese sogenannten Flavonoide binden freie Radikale und stärken das Immunsystem.

Milch und Milchprodukte: Studien haben gezeigt, dass es keinen Unterschied macht, ob Half fett- oder Vollfettprodukte gekauft werden. Entscheidender ist, ob das Nahrungsmittel fermentiert ist oder nicht. Das heißt, dass der Milchezucker teilweise von Bakterien vorverdaut und teilweise in Milchsäure umgewandelt wurde. Joghurt, Kefir und Käse in dieser Verarbeitung sind daher zu bevorzugen.

Fruchtsäfte, Softdrinks:

Diese Säfte im Supermarkt enthalten reinen Zucker in flüssiger Form. Vitamine sind zwar auch noch vorhanden.

Aber sie sind kein Ersatz für echtes Obst. Frisch zubereitet – auch so kann schnell ein gesunder Drink entstehen.



Rotes Fleisch ist tabu. Verarbeitete Fleischsorten wie Wurstbelag und Würstchen sind die am stärksten mit schädlichen Zusatzstoffen belasteten Produkte. Der Verzehr von Fleisch aus artgerechter Haltung, von Tieren, die noch auf der Weide ihr Gras fressen, ist gelegentlich in Ordnung. Hier wird noch geforscht. – Da dieses Fleisch wesentlich teurer ist, bleibt die Empfehlung „gelegentlich“.

Mediterrane Ernährung empfiehlt frischen Fisch statt rotem Fleisch – gesünder für Herz und Hirn, auch stark gegen Krebs und Diabetes.

Nudeln, Reis und Hülsenfrüchte. Vollkornnudeln sind natürlich besser als andere Nudeln, weil sie noch alle guten Stoffe enthalten. Bei Reis bitte vorsichtig sein, da er oft mit Arsen belastet ist. Hülsenfrüchte wie Linsen, Bohnen und Kichererbsen dürfen soviel verzehrt werden, wie der Appetit sie verlangt. Sie enthalten viele Ballaststoffe und jede Menge pflanzliches, sättigendes Protein.



Süssigkeiten?

Für Schokolade gilt: je dunkler – je gesünder, weniger Zucker aber gesunde sekundäre Pflanzenstoffe der Kakaobohne.

Vorsicht: Milkschokolade enthält die achtfache Menge Zucker.

Aber Nüsse: Eine Handvoll am Tag ist der gesunde Tipp.

Das waren unsere ersten aktuellen Tipps für Ihr Gesundheitsprogramm. Präventiv: zum Gesundbleiben und Gesundwerden.

Wenn Sie daran zweifeln, Ihr gestecktes Ziel allein zu erreichen, fragen Sie ihre beste Freundin, Ihren Freund, Ihre Familie ob sie in Ihr Programm einsteigen wollen, mit zum Training gehen.

Als Krebspatient bleiben Sie bitte mit Ihrem behandelnden Arzt im Gespräch. Er rät Ihnen, was Sie sich zutrauen können und was gut für Sie ist.

Wenn Sie erst einmal mit Ihrem ganz persönlichen Lebensstil-Programm angefangen haben, verschwinden die Zweifel im Nu. Wir wünschen: Guten Start! Bleiben Fragen, dann melden Sie sich gern bei uns. Wir werden Sie auch im nächsten Heft wieder aktuell informieren. ■

(Beitrag der Redaktion)

Interessante und fast unglaubliche Erfahrungen während seiner Chemotherapie hat unser Patienten-Autor Felipe Temming für Sie notiert. Bitte lesen Sie unbedingt seinen Beitrag ab Seite 48

TIPP: Das könnte Sie auch interessieren:

Lesen Sie bitte auch in unseren vorherigen Ausgaben zu Themen der gesunden Ernährung, Bewegung bei Krebs von renommierten Autorinnen und Autoren.

Die meisten Zellen des menschlichen Organismus sind nicht unsere menschlichen Zellen (Vielzeller), sondern die mikrobiellen Zellen (Einzeller). Diese Mitbewohner, wie Bakterien, Pilze und Viren bilden unser **Mikrobiom**. Sein Zustand entscheidet vor allem als unsere **Darmflora** maßgeblich über unser Immunsystem, unsere Gesundheit und unseren Stoffwechsel. Aber auch die Hautflora oder andere Körperteile wie die Schleimhäute sind einbezogen. Mit modernster Technik wird dieses geheimnisvolle „Organ“ gegenwärtig erforscht.

In einem 2016 geführten Interview mit dem Neuseeländer Rob Knight, der Darmbakterien erforscht, formulierte der Forscher „Die Mikroben sind der Schlüssel zu Krankheiten und können sogar den Charakter beeinflussen. Wir leben nicht allein. Wir teilen unseren Körper mit Billionen Bakterien, die Mundhöhle, Haut und Darm besiedeln. Rund einhalb Kilogramm wiegt unser sogenanntes Mikrobiom, also die Gesamtheit aller auf und in uns lebenden Bakterien. Die Bedeutung der Winzlinge wurde lange Zeit unterschätzt.



Neuere Forschung zeigt, dass unsere Mitbewohner weit mehr Fäden ziehen als gedacht. Sie beeinflussen unsere Gesundheit, unser Gewicht und sogar unser Verhalten.“ Rob Knight, einer der Pioniere der Mikrobiomforschung, behauptet sogar: „Unsere Mikroben machen uns zu dem, was wir sind.“

Wie sich unser Mikrobiom entwickelt, entscheidet sich schon bei der Geburt. Bei einer natürlichen

Geburt schluckt ein Baby die Sekrete im Geburtskanal und bekommt so seine erste bakterielle Ausstattung. Kinder, die per Kaiserschnitt zur Welt kommen, weisen ein weniger vielfältiges Mikrobiom auf und sind anfälliger für entzündliche Darmerkrankungen, Diabetes oder Allergien.

Kann man sein Mikrobiom auch als Erwachsener beeinflussen?

Das tun wir täglich. Indem wir Fleisch essen oder Salat, Alkohol trinken, Medikamente einnehmen. Es geht darum, es gezielt positiv zu beeinflussen. So haben eine ballaststoff- und pflanzenreiche Kost, Sport und Aufenthalte im Freien einen positiven Effekt, Zucker, rotes Fleisch und Antibiotika einen gegenteiligen Effekt. Generell gilt: Eine geringe Vielfalt ist eher schlecht und mit vielen Krankheiten assoziiert.

Aktuelle Forschungen weltweit zu diagnostischen und therapeutischen Effekten des Mikrobioms eröffnen faszinierende Möglichkeiten. Das Mikrobiom von Probanden wurde z.B. manipuliert, um das Ansprechen auf eine Immuntherapie zu verbessern. Erste Erfahrungen wurden beim Melanom gemacht. Es bleibt spannend. Möglicherweise kann das Mikrobiom eines Tages helfen, den Krebs erfolgreich zu bekämpfen.

Lesen Sie dazu: „Darmbakterien als Biomarker: Lässt sich über das Mikrobiom das Ansprechen auf eine Immuntherapie bei Krebs beeinflussen?“ Alexander M. Castellino, Medscape – 22.Jan.2018
Oder sehen Sie in der Mediathek von 3SAT „Wunderwaffe Mikrobiom“* Sendung am 17.05.2018

*Nominierung. Die Dokumentation von 3SAT wurde für den 50. Fernsehpreis der Erwachsenenbildung nominiert..

(Quellen: medscape jan.2018, derstandard.at, 3SAT/Scobel, Wikimedia)

Magenkrebs

Aktuelle Erfahrungen zu Diagnostik und Behandlung

*Charité Universitätsmedizin
Berlin, Klinik für
Allgemein-, Viszeral-
und Gefäßchirurgie*



*Dr. med. Katharina Beyer,
Oberärztin*



*Prof. Dr. med. Martin Kreis
Direktor*

Im Jahr 1881 revolutionierte in Wien ein auf Rügen geborener Pastorensohn die Chirurgie: Theodor Billroth diagnostizierte und entfernte bei einer 43-jährigen Patientin einen bösartigen Tumor aus dem Magenausgang und deckte den entstandenen Defekt durch Nähte. Damit gelang ihm die erste erfolgreiche Magenresektion und machte ihn weltweit bekannt.

Die Errungenschaften dieses Chirurgen waren umso bedeutender, da Magenkrebs zu dieser Zeit die meisten Todesfälle infolge von Krebs in der westlichen Welt verursachte. Seit Mitte der 1970er Jahre nimmt die Häufigkeit von Magenkrebs jedoch ab. So ist Magenkrebs heute die fünfthäufigste Krebserkrankung und die dritthäufigste Todesursache infolge von Krebs. Dabei sind Männer etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Fünf Jahre nach Stellung der Diagnose leben noch ein Drittel der Patienten. Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) werden im Jahr 2018 ca. 9.100 Männer und 5.600 Frauen neu an Magenkrebs erkranken. Das mittlere Erkrankungsalter im Jahr 2014 lag bei 72 Jahren bei Männern und 75 Jahren bei Frauen. Das Lebenszeitrisiko, an Magenkrebs zu erkranken, beträgt für Männer aktuell 1,9 % und für Frauen 1,2 %.

Das heißt, dass in Deutschland – statistisch betrachtet – einer von 52 Männern und eine von 80 Frauen in ihrem Leben an Magenkrebs erkranken werden.

Aufbau und Funktion des Magens

Der Magen ist ein schlauch- bis sackförmiges Hohlorgan, welches im linken Oberbauch liegt und eine räumliche Beziehung zur Leber, zur Bauchspeicheldrüse, zum Dickdarm und zur Milz hat. Er erhält die Nahrung aus der Speiseröhre und gibt sie in den Zwölffingerdarm ab. Anatomisch wird der Magen in verschiedene Abschnitte geteilt. Dabei ist die Kardia, der Mageneingang, in den die Speiseröhre mündet. Das Magengewölbe wird Fundus genannt. Der Magenkörper (Corpus) geht in den Magenvorhof (Antrum) über. Der Magenpförtner ist ein ringförmiger Schließmuskel, der in den Zwölffingerdarm (Duodenum) mündet (Abb. 1). Mikroskopisch besteht die 3-4 mm dicke Magenwand aus Schleimhaut (Mukosa), einer Bindegewebsschicht unterhalb der Schleimhaut (Submukosa) und einer dreigliedrigen Muskelschicht (Abb. 1).

Die Magenschleimhaut enthält zahlreiche Drüsen, die für die Produktion des Magensaftes verantwortlich sind. Neben der Magensäure produziert der Magen den sogenannten Intrinsic Faktor. Dieser ist Voraussetzung für die Aufnahme von Vitamin B₁₂. Fehlt dieser, ist die Aufnahme von Vitamin B₁₂ über die Nahrung nicht mehr möglich und es entwickelt sich eine spezielle Form der Blutarmut.

Entstehung von Magenkrebs und Risikofaktoren

Der häufigste bösartige Tumor des Magens ist das sogenannte Magenkarzinom. Es geht von den Drüsen der Magenschleimhaut aus und kann von dort sämtliche Schichten der Magenwand durchdringen. Man geht davon aus, dass Magenkrebs aus einer einzigen Zelle entsteht, in der sich die Erbinformation verändert. Meistens werden derartige Zellen vom Immunsystem erkannt und kontrolliert. Durch Veränderungen auf der Zellebene können Zellen aber dieser Kontrolle entgehen, so dass sie sich ungehindert teilen können und in Blut-, Lymphgefäße und gesundes Nachbargewebe eindringen können.

In den letzten Jahrzehnten zeigte sich, dass Krebs auch mit viralen und bakteriellen Infektionen zusammenhängen kann. **Im Magen kann das Bakterium *Helicobacter pylori* die Krebsentstehung fördern.** Man geht davon aus, dass in Deutschland etwa ein Viertel der Bevölkerung mit diesem Bakterium infiziert ist. Das Risiko, an Magenkrebs zu erkranken, ist dann um das 3-6 fache erhöht. Außer der durch *Helicobacter pylori* ausgelösten Magenschleimhautentzündung sind viele andere Erkrankungen des Magens Risikofaktoren für Magenkrebs. So ist das Risiko z.B. bei Magenpolypen und einer Blutarmut infolge von Vitamin B₁₂ Mangel erhöht. Vorangegangene Operationen am Magen sind ebenso ein Risikofaktor.

Ein weiterer Risikofaktor sind die Ernährungsgewohnheiten. Eine faserreiche ausgewogene Ernährung, die reich an Vitamin C, Vitamin E und Beta-Carotin ist, senkt das Risiko, an Magenkrebs zu erkranken. Zudem leiden Menschen, die sich ausgewogen

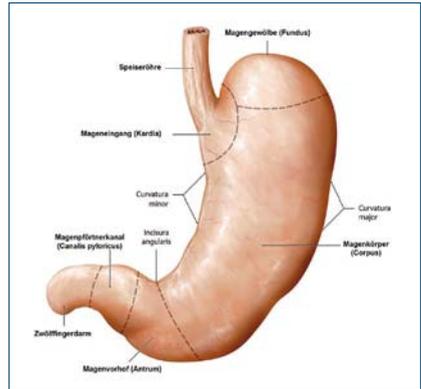
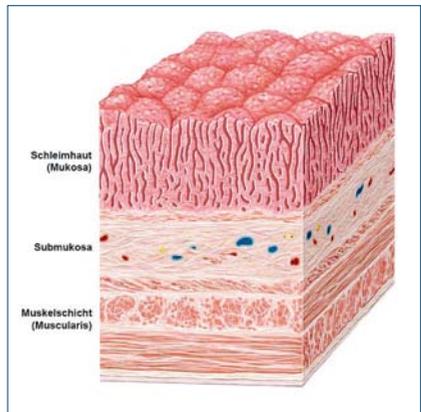


Abbildung 1: Aufbau des Magens und der Magenwand. Abbildung modifiziert nach eref.thieme.de



ernähren, seltener an Übergewicht, welches vor allem ein Risikofaktor für Karzinome des Mageneingangs ist. Der überwiegende Verzehr pflanzlicher Nahrung senkt das Erkrankungsrisiko. Hingegen führt der häufige Verzehr von stark gesalzenen Lebensmitteln und verarbeiteten Fleischprodukten zu einem erhöhten Magenkrebs-Risiko. Auch der übermäßige Konsum gepökelter, geräucherter oder gegrillter Produkte erhöht das Erkrankungsrisiko.

Wie bei vielen anderen Krebserkrankungen auch, haben Raucher ein etwa dreifach erhöhtes Risiko, an Magenkrebs zu erkranken. Die Kombination von Alkohol und Rauchen erhöht dies auf das 5-fache.

Zudem spielen sowohl geographische als auch ethnische und genetische Faktoren eine Rolle. So tritt Magenkrebs in Ostasien sehr viel häufiger auf als in Westeuropa. Zudem haben Kaukasier ein niedrigeres Risiko, an Magenkrebs zu erkranken.

Symptome und Diagnostik

Die Beschwerden, die Magenkrebs auslöst, sind oft nur schwer von harmlosen Symptomen zu unterscheiden. So können Symptome wie geringer Appetit, Völlegefühl oder Oberbauchschmerzen auch viele andere Ursachen haben. Diese Tatsache macht die Diagnose der Erkrankung sehr schwer und führt dazu, dass Magenkrebs oft erst in fortgeschrittenen Stadien erkannt wird.

Neben diesen unspezifischen Symptomen gibt es eine Reihe von „Alarmsymptomen“, die eine weitere Abklärung der Beschwerden unbedingt notwendig machen. Diese sind Schluckstörungen, häufiges Erbrechen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Blutungen aus dem oberen Magen-Darm-Trakt.

Besteht der Verdacht auf das Vorliegen eines Magenkarzinoms, so erfolgt eine Magenspiegelung. Bei dieser Untersuchung wird ein biegsamer Schlauch mit integrierter Kamera über die Speiseröhre in den Magen und den Zwölffingerdarm geschoben. Bei auffälligen Veränderungen können dabei Gewebeproben entnommen werden. Diese werden dann zur feingeweblichen Untersuchung geschickt. So kann die Diagnose Magenkrebs bestätigt werden. Zudem sind Aussagen zum Grading und zum Ausbreitungsverhalten des Tumors möglich. Das **Grading** ist ein Maß dafür, wie weit sich die Tumorzellen vom gesunden Gewebe unterscheiden. Das Ausbreitungsmuster des Tumors wird mit der **Laurén-Klassifikation** beschrieben. Sie unterscheidet den intestinalen vom diffusen Typ.

Beim intestinalen Typ finden sich in der feingeweblichen Untersuchung drüsenartige Verbände von Tumorzellen, die lokaler begrenzt und kompakter wachsen als der diffuse Typ. Beim diffusen Typ wachsen die Tumorherde eher diffus flächig in der Magenwand. Ein Mischtyp zeigt Merkmale beider Typen.

Ausbreitungsdiagnostik bei Magenkrebs

Wurde der Magenkrebs durch eine Gewebeprobe gesichert, wird untersucht, welche Schichten der Magenwand bereits vom Tumor betroffen sind und ob bereits regionale Lymphknoten des Magens befallen sind oder ob Tochtergeschwüre (Fernmetastasen) vorliegen.

Um die Tumorausdehnung im Magen zu erfassen, erfolgt eine sogenannte Endosonographie. Diese Untersuchung läuft wie eine Magenspiegelung ab, allerdings enthält das verwendete Gerät eine Ultraschallsonde, durch die ein Ultraschall der Magenwand von innen möglich ist.



Abbildung 2: Links: Gastrokop mit Videoturm; modifiziert aus Adobe Stock; Rechts: Endosonographie-Gerät; modifiziert nach Kursbuch Endosonografie, Thieme

Dadurch kann diese genauer abgebildet werden, so dass die einzelnen Schichten der Magenwand voneinander abgegrenzt werden können. So kann dargestellt werden, welche Schichten vom Krebs betroffen sind und ob der Tumor möglicherweise in Nachbarorgane einwächst.

Lymphknoten können so ebenfalls visualisiert werden. Während Lymphknotenmetastasen im örtlichen Lymphabflussgebiet des Magens keine Fernmetastasen sind, zählen alle übrigen befallenen Lymphknoten zu den Fernmetastasen.

An die lokale Ausbreitungsdiagnostik schließt sich eine **Computertomographie** mit Kontrastmittel von Bauch und Lunge zum Ausschluss von Fernmetastasen an. Besteht der Verdacht auf Metastasen im Bauchfell (sog. Peritonealkarzinose), dann können diese Absiedelungen oft nur durch eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) nachgewiesen werden. Auch bei lokal fortgeschrittenen Magenkarzinomen wird die Laparoskopie häufig ergänzend zum Ausschluss einer Peritonealkarzinose durchgeführt. In speziellen Fällen können zusätzliche Untersuchungen wie eine Kernspintomographie (MRT) notwendig sein. Tumormarker spielen beim Magenkrebs keine Rolle, da es aktuell keine solchen Marker gibt, für die belegt ist, dass sie den Verlauf der Erkrankung abbilden könnten.

Behandlung von Magenkrebs

Findet sich in der Ausbreitungsdiagnostik kein Anhalt auf Fernmetastasen, dann ist die Erkrankung potentiell heilbar. Man spricht dann von einem kurativen Therapieansatz. Dabei lässt sich jedoch mit allen verfügbaren Untersuchungen nicht ausschließen, dass bereits okkulte - also nicht sichtbare - Metastasen vorliegen, die oft erst im späteren Verlauf manifest werden. Liegen Fernmetastasen vor, ist das Ziel der Therapie, das Tumorwachstum aufzuhalten und die Lebensqualität zu verbessern. Man spricht dann von einer palliativen Therapie.

Eine Operation ist obligater Bestandteil eines kurativen Therapiekonzeptes. Die einzige Ausnahme bilden sehr frühe, auf die Magenschleimhaut begrenzte Tumorstadien ohne Befall von Lymphknoten.

Hier kann in bestimmten Fällen eine rein endoskopische Behandlung im Rahmen einer Magenspiegelung ausreichend sein. Tumore, die die unter der Schleimhaut liegende Submukosa nicht überschreiten (sog. T₁-Karzinome), werden primär operiert. Bei Befall der örtlichen Lymphknoten (Lymphknotenmetastasen) sollte eine perioperative Chemotherapie, also eine Chemotherapie vor und nach der Operation erfolgen. Dies gilt auch für Tumore, die die Muskelschicht des Magens überschreiten (T₃- bzw. T₄-Tumore). Daten großer Studien sprechen dafür, dass die zusätzliche Chemotherapie in diesen Fällen das Gesamtüberleben verbessert.

Tumore, die die Muskelschicht des Magens infiltrieren, aber nicht überschreiten (T₂), stellen einen Grenzfall dar. Hier erfolgt eine individuelle Entscheidung in Abhängigkeit von Patientenalter und Allgemeinzustand. Bei Tumoren des Übergangs von der Speiseröhre zum Magen kann alternativ zur Chemotherapie auch eine Kombination aus Bestrahlung und Chemotherapie vor der Operation durchgeführt werden.

Operationen bei Magenkrebs

Voraussetzung für die Operation ist, dass der Tumor vollständig entfernt werden kann. Zudem ist ein ausreichender Allgemein- und Ernährungszustand des Patienten wichtig.

Gerade bei Patienten mit Magenkrebs liegt häufig eine Mangelernährung vor. Diese muss vor der Operation möglichst gut ausgeglichen werden.

Dies kann durch Trinknahrung (sog. Astronautenkost) erfolgen. Eine Anreicherung der Trinknahrung mit Stoffen, die das Immunsystem stimulieren (sog. Immunonutrition) scheint ebenfalls einen positiven Einfluss zu haben.

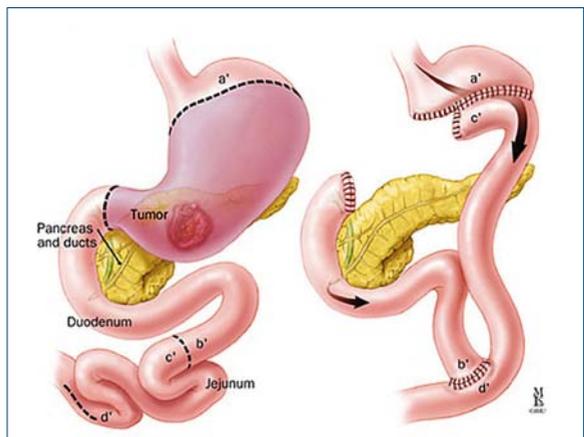
Das Ziel der Operation ist die Entfernung des Tumors mitsamt der Lymphknoten im Tumorabflussgebiet (sog. regionäre Lymphknoten).

Um tumorfreie Schnittränder zu erreichen, muss dabei ein Sicherheitsabstand in Richtung der Speiseröhre (sog. oraler Sicherheitsabstand) eingehalten werden. Dieser Sicherheitsabstand bestimmt sich nach dem Ausbreitungsmuster nach Laurén. Bei den Tumoren des intestinalen Typs werden 5 cm gefordert, bei den Tumoren des diffusen Typs 8 cm. Tumore vom Mischtyp werden wie diffuse Typen behandelt.

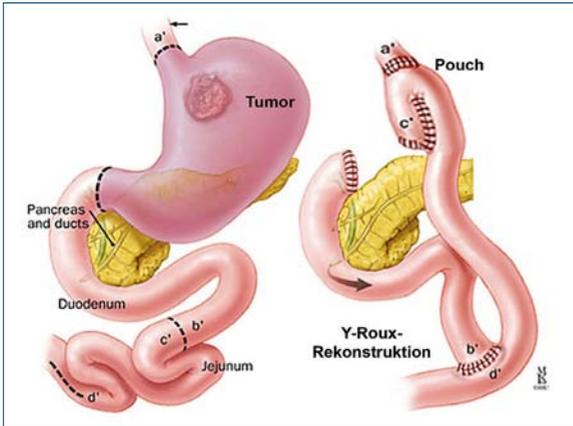
Ob der gesamte Magen entfernt werden muss, richtet sich nach dem Sitz des Tumors und den einzuhaltenden Sicherheitsabständen in Richtung der Speiseröhre. Bei Karzinomen, die so nahe am Magenföhrner lokalisiert sind, dass die Sicherheitsabstände in Richtung Speiseröhre eingehalten werden können, erfolgt eine sogenannte 4/5-Magenentfernung (4/5-Gastrektomie, subtotale Gastrektomie, Abb. 3).

Abbildung 3

Resektionsausmaß und Rekonstruktion nach subtotaler Gastrektomie nach Y-Roux



Dabei werden der Mageneingang und der Fundus erhalten. Aufgrund der niedrigeren notwendigen Sicherheitsabstände beim Magenkrebs vom intestinalen Typ kann hier häufiger eine Operation unter Erhalt eines Restmagens durchgeführt werden. Alle übrigen Magenkarzinome werden mit einer vollständigen Entfernung



des Magens behandelt (Gastrektomie, Abb. 4). Dabei wird der Zwölffingerdarm kurz hinter dem Magenpförtner verschlossen und die Speiseröhre wird knapp oberhalb des Mageneingangs durchtrennt.

Abbildung 4: Resektionsausmaß und Rekonstruktion nach kompletter Magenentfernung mittels Ersatzmagen

Die Entfernung der regionären Lymphknoten des Magens ist bei allen Verfahren obligat und umfasst neben den Lymphknoten, die direkt um den Magen lokalisiert sind, auch die Entfernung der Lymphknoten um die Leber- und die Milzarterie sowie die Lymphknoten um den Truncus coeliacus, aus dem neben der Leber- und Milzarterie auch die linke Magenarterie abgeht, die direkt am Ursprung abgesetzt wird. Dabei werden in der Regel mehr als 25 Lymphknoten entfernt und vom Pathologen untersucht.

Um die Nahrungsaufnahme wieder möglich zu machen, muss der Dünndarm an die Speiseröhre genäht werden. Eine direkte Naht des Zwölffingerdarms an die Speiseröhre verbietet sich aus mehreren Gründen: Da der nachfolgende Zwölffingerdarm im Bauchraum fixiert ist, kann dieser nach vollständiger Entfernung des Magens nicht spannungsfrei zur Speiseröhre geführt werden. Zudem würde das gallige Sekret, das im Zwölffingerdarm vorhanden ist, nach vollständiger Entfernung des Magens die Speiseröhre schädigen, da die Reflux-Barrieren des Mageneingangs und des Magenpförtners fehlen. Aus diesem Grund müssen alternative Verfahren gewählt werden.

Die in Deutschland am häufigsten durchgeführte ist die sog. Rekonstruktion nach Y-Roux. Hierbei wird eine dem Zwölffingerdarm nachgeschaltete Dünndarmschlinge an die Speiseröhre genäht und der Zwölffingerdarm weiter unterhalb in diese Dünndarmschlinge geleitet.

Wurde der vollständige Magen entfernt, ist ein zentrales Problem, dass die Funktion des Magens als Reservoir für den Speisebrei fehlt. Um dieses Problem zum Teil aufzuheben, kann zusätzlich ein „Ersatzmagen“ aus einer Dünndarmschlinge gebildet werden. Dieser Ersatzmagen wird auch „Pouch“ genannt (Abb. 4).

Mittlerweile weiß man, dass durch die Pouchbildung keine Steigerung der Komplikationsraten erfolgt, allerdings die Lebensqualität und die Nahrungsaufnahme gerade im späteren Verlauf nach der Operation relevant verbessert sind.

Sonderfälle sind Karzinome, die direkt am Mageneingang sitzen (sog. AEG Karzinome). Aktuell wird empfohlen, bei Magenkrebs, der direkt im Mageneingang oder knapp darunter lokalisiert ist, eine Entfernung des gesamten Magens und des unteren Teils der Speiseröhre (**sog. transhiatal erweiterte Gastrektomie**) durchzuführen. Dabei werden neben den Lymphknoten des Magens auch die Lymphknoten um die untere Speiseröhre entfernt.

Während bei den übrigen Verfahren die Neuverbindung zwischen Magen und Dünndarm im Bauchraum liegt, ist diese hier im Brustraum lokalisiert. Liegt die Hauptmasse des Tumors mehr als einen Zentimeter oberhalb des Mageneingangs, dann muss die Speiseröhre (Ösophagus) mitsamt ihrer Lymphknoten bis hoch in den Brustkorb entfernt werden (Ösophagusresektion mit 2-Feld Lymphadenektomie). Meistens ist das Krebswachstum dann auf den Mageneingang beschränkt, so dass ein Teil des Magens erhalten werden kann, aus dem ein Schlauch gebildet wird, der die Speiseröhre ersetzt. Für diese Operation ist nicht nur eine Operation im Bauchraum sondern auch ein Zugang im Brustkorb erforderlich. Dies ist einer der Gründe dafür, dass diese Operation ein sehr viel höheres Risiko bedeutet als die Magenentfernung an sich.

Hat der Magenkrebs zu Absiedelungen im Bauchfell (sog. Peritonealkarzinose) geführt, werden diese meistens durch eine Bauchspiegelung vor Einleitung der Therapie gesichert und ihre Ausdehnung mithilfe eines speziellen Punktesystems quantifiziert. Sind diese Absiedelungen sehr begrenzt, kann unter Umständen eine Entfernung des Tumors mitsamt der Absiedelungen ergänzt durch die Spülung des Bauchraums mit heißer Chemotherapie (sog. HIPEC) sinnvoll sein.

Minimal-invasive Operation bei Magenkrebs (Schlüssellochchirurgie)

Heutzutage werden viele Operationen minimal-invasiv in der sog. Schlüssellochtechnik (laparoskopisch) durchgeführt. Dabei werden statt eines großen Bauchschnitts kleine Schnitte gesetzt, über die eine Kamera und Instrumente in die Bauchhöhle eingebracht werden. Die Vorteile sind – außer des besseren kosmetischen – eine niedrigere Anzahl an Narbenbrüche sowie häufig auch eine schnellere Rekonvaleszenz. In der Tumorchirurgie stellt sich aber immer auch die Frage, ob die Ergebnisse hinsichtlich der vollständigen Entfernung des Tumors und seiner Lymphabflussgebiete der offenen Chirurgie ebenbürtig sind. Für frühe Stadien des Magenkrebses konnte in



Abbildung 5: Unterschied des kosmetischen Ergebnisses nach minimal-invasiver (links) und offener Operation (rechts) bei Magenkrebs.

Studien gezeigt werden, dass beide Verfahren offensichtlich hinsichtlich ihrer Radikalität vergleichbar sind. Für fortgeschrittene Magenkarzinome gibt es ebenfalls gute Hinweise, dass die minimal-invasive Chirurgie sicher durchführbar ist.

Einschränkungen durch das Fehlen des Magens

Nach einer Magenoperation spielen das Essen und das Körpergewicht eine zentrale Rolle. **Wichtig ist, dass die Patienten viele kleine Mahlzeiten zu sich nehmen und Essen und Trinken zeitlich entkoppelt wird. Zudem müssen rohe Fleisch- und Fischprodukte vom Speiseplan gestrichen werden.** Oft müssen zur Verbesserung der Fettverdauung Bauchspeicheldrüsenenzyme als Granulat hinzugefügt werden. Nahrungsmittel, die reich an Zucker und Fetten sind, werden oft nicht gut vertragen. Zudem fehlen die natürlichen Refluxbarrieren des Körpers, so dass die Nahrungsaufnahme nur in aufrechter Position zu empfehlen ist.

In der Frühphase ist es den Betroffenen oft nicht möglich, das Gewicht mit der Nahrung zu halten. In diesen Fällen kann Trinknahrung oder auch Sondenkost helfen, einem zu hohen Gewichtsverlust vorzubeugen.

Wichtig ist, dass nach der Entfernung des Magens das lebenswichtige Vitamin B12 nicht mehr mit der Nahrung aufgenommen werden kann.

Aus diesem Grund muss dieses künstlich über Spritzen dem Körper zugefügt werden. Werden diese Einschränkungen beachtet, ist das Leben ohne Magen langfristig mit einer angemessenen Lebensqualität möglich.

Nachsorge

Die Nachsorge nach erfolgreicher Therapie erfolgt symptomorientiert individuell. Das heißt, dass sich die notwendigen Untersuchungen nach den Beschwerden richten und nicht einem starren Zeitplan folgen.

Palliatives Therapiekonzept

Liegen Fernmetastasen vor, werden in der Regel palliative Therapiekonzepte eingeleitet. Diese haben zum Ziel, das Tumorwachstum zu bremsen und die Lebensqualität zu verbessern. **Bei der Auswahl des am besten geeigneten Konzepts stellt sich immer die Frage nach dem Allgemeinzustand des Patienten.** Ist dieser sehr stark reduziert, kann unter Umständen eine Therapie zum Bremsen des Tumorwachstums aufgrund ihrer Nebenwirkungen nicht mehr möglich sein. In diesen Fällen ist das **alleinige Ziel, Beschwerden zu lindern.** Dieses Konzept wird mit als „Best supportive Care“ bezeichnet.

Ist der Allgemeinzustand ausreichend gut, um eine medikamentöse Tumorthherapie durchzuführen, gibt es beim Magenkrebs neben der Chemotherapie auch in manchen Fällen die Möglichkeit einer Antikörpertherapie. Antikörper richten sich gegen bestimmte Moleküle auf der Zelloberfläche.

Die Chemotherapie beeinflusst die Zellteilung und greift dabei besonders die sich häufig teilende Tumorzellen an. Dennoch existieren im Körper auch viele gesunde Zellen, die sich physiologisch schnell teilen. Dies sind zum Beispiel Haarwurzeln oder Schleimhautzellen. Dadurch entstehen Nebenwirkungen wie Haarausfall, Mundschleimhautschäden und Durchfälle. Zudem wird die Bildung von Blutzellen im Knochenmark beeinflusst. Dies führt oft zu einer starken Infektgefährdung und Blutarmut.

In der Behandlung von Magenkrebs werden meistens Kombinationen aus mehreren Chemotherapeutika angewendet. Welche Kombination gewählt wird, hängt vom Allgemeinzustand und den Begleiterkrankungen des Patienten ab. Gerade bei fortgeschrittenen Tumoren kann es sein, dass zusätzlich zu den in Deutschland zugelassenen Medikamenten weitere Medikamente eingesetzt werden müssen, deren Nutzen zwar in Studien belegt ist, die aber noch nicht in Deutschland zugelassen sind.

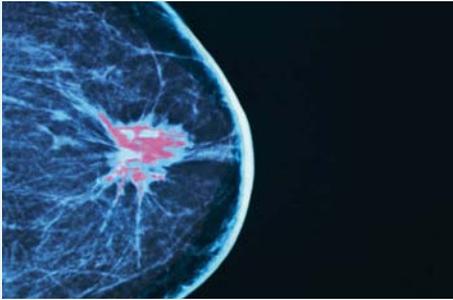
Anforderungen an die Behandlung von Magenkrebs

Die hier dargestellte enorme Vielfalt an möglichen Therapiekonzepten unter Einbezug von Onkologie, Gastroenterologie und Chirurgie zeigt, dass eine Entscheidung für eine Therapie nicht mehr von einer Person allein, sondern immer im Rahmen einer Tumorkonferenz getroffen werden sollte. Auch sind eine Ernährungsberatung sowie eine psychologische Betreuung elementar in der Behandlung. ■

TIPP:
Das könnte
Sie auch
interessieren:

→ Lesen Sie im Heft 16/2015 auch den Beitrag von Prof. Dr. Kreis:
„Tumoren im Verdauungstrakt, Darmkrebsbehandlung –
eine Volkskrankheit im Wandel der Zeit“

Bei Frauen mit Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs ist die adjuvante Chemotherapie meist nicht nötig



Es betrifft rund die Hälfte der Frauen mit einem Mammakarzinom, nämlich diejenigen, deren Tumor Hormonrezeptor-positiv, HER2-negativ und ohne Befall der axillären Lymphknoten ist: „Unsere Studie zeigt, dass in 70 Prozent der Fälle bei diesen Frauen eine Chemotherapie nicht notwendig ist. Wobei die Entscheidung für oder gegen die Chemo auf dem Risikoscore des 21-Gen-Expressionstests basiert.“

Diese für sehr viele Patientinnen erfreuliche Nachricht hatte Prof. Dr. Joseph A. Sparano, Albert Einstein Cancer Center und Montefiore Health System, New York, USA, auf einer Pressekonferenz bei der **Jahrestagung 2018 der ASCO** (American Society of Clinical Oncology) in Chicago präsentiert. Sparano stellte dort die Daten der Phase-3-Studie TailorX (Trial assigning individualized options for treatment) in der Plenarsitzung des Kongresses vor. Parallel wurden sie im New England Journal of Medicine publiziert.

Die Zeit ist reif für Deeskalationsstrategien!

(Quelle: TailorX-Studie: Bei Frauen mit Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs ist die adjuvante Chemotherapie meist nicht nötig - Medscape - 6. Jun 2018)

„Das wurde auch höchste Zeit“

HPV-Impfung für Jungen empfohlen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts hat soeben beschlossen, die Impfung gegen krebserregende humane Papillomviren (HPV) nun auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren zu empfehlen. Diese Empfehlung ist die Grundlage für eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Der Medizin-Nobelpreisträger Harald zur Hausen, Wegbereiter der HPV-Impfung, fordert bereits seit Jahren, auch die Jungen zu impfen.

Die Empfehlung der STIKO gilt erst mit der Veröffentlichung im Epidemiologischen Bulletin 34/2018 des Robert-Koch Instituts. Im Anschluss an diese Veröffentlichung prüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Kostenübernahmen durch die gesetzlichen Krankenversicherer. Eltern, die ihre Söhne umgehend impfen lassen möchten, sollten bis dahin eine mögliche Kostenübernahme direkt mit ihrer Krankenkasse besprechen.

(Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft)





„Blut im Urin ist immer ein Alarmzeichen, das ärztlich abgeklärt werden muss, **weil es ein Symptom einer ernsten Erkrankung sein kann**. Das ist die wichtigste Botschaft, die mit einer Themenwoche transportiert werden soll“, so DGU-Pressesprecher Prof. Dr. Christian Wülfing.

Harmlos ist eine vorübergehende Rotfärbung des Urins, die zum Beispiel durch den Verzehr von Roter Beete oder Blaubeeren entstehen kann; die häufigste Ursache für blutigen Urin ist eine Blasenentzündung.

Blut im Urin ist aber auch das Leitsymptom für Harnblasenkrebs und damit für den zweithäufigsten urologischen Tumor, an dem in Deutschland jährlich rund 29.000 Menschen neu erkranken.

„Da es keine gesetzliche Früherkennungsuntersuchung für Blasenkrebs gibt, ist die Aufklärung über das frühe Warnzeichen dieser bösartigen Erkrankung umso wichtiger“, so Prof. Wülfing.

(Weitere Informationen: www.urologenportal.de)

ASCO Annual Meeting 2018

Die zahlreichen neuen Studienergebnisse zu Immuntherapien sorgen in der medizinischen Fachpresse für großes Interesse. Vielversprechende aktuelle Daten sehen die Immuntherapie bei zahlreichen Krebsarten in der Erstlinie der Behandlung. Aber nicht bei allen Karzinomen scheint die Immuntherapie erfolversprechend.

Prostatakrebs:

Neue Therapie für Patienten mit Prostatakrebs in Dresden

Dresdner Urologen haben erstmals minimalinvasiv ein Prostatakarzinom operiert. Für Deutschland war das die Premiere für das sogenannte **Tookad-Verfahren**, das außerhalb klinischer Studien angewendet wurde. Was ist das Besondere dieses Verfahrens?

Prof. Manfred Wirth sprach von einem „Meilenstein der Urologie“. **Diese Therapie konzentriert sich nur auf die vom Krebs betroffene Stelle des Organs**. Das Verfahren füllt die Lücke zwischen radikaler Behandlung und aktiver Beobachtung. Denn bisher konnten die Ärzte nur zwischen Bestrahlung des Tumors, der operativen Entfernung des ganzen Organs und dem sogenannten aktiven Abwarten wählen; Therapien mit möglichen einschneidenden Nebenwirkungen.

Mit der Tookad-Methode kann der Krebs nun gezielt und schonend für den Patienten behandelt werden.

Genutzt wird der Wirkstoff Padeliporfin (Tookad), der auf Strahlen reagiert. Bei der OP werden Laserstrahlen auf die vom Tumor befallene Region eingebracht. So aktivieren die Mediziner das Tookad-Medikament. Dabei kommt es örtlich zur Gefäßzertörung und verminderten Blutzufuhr. Das Gewebe stirbt dadurch ab.

Dieser operative Vorgang sei so schonend, dass der Patient am dritten Tag nach der OP die Klinik verlassen könne.

(Quelle: DPA)

ADIPOSITAS – das unterschätzte Krebsrisiko

Heute sind etwa 64% der Männer und rund 49% der Frauen in Deutschland übergewichtig. Wir sprechen von Adipositas. Die Tendenz ist steigend.



Viele Betroffene versuchen, das Übergewicht mit den verschiedensten Diäten zu bekämpfen. Und Fragen stellen sich ein: Ist Übergewicht eine Essstörung? Wie gefährlich sind Diäten? Und was hilft letztlich wirklich gegen Übergewicht?

Übergewicht ist häufig mit emotionalem Essen verknüpft. Das heißt, hier werden häufig Gefühle über das Essen reguliert. Schlechte Stimmungen werden durch Essen kompensiert, bei positiven Empfindungen dient das Essen zur Beruhigung. Häufig spielt aber auch eine generell höhere Impulsivität der Menschen eine große Rolle, die zu enthemmtem Essen führt. Daraus kann dann in der Folge ein gestörtes Verhältnis zu Essen entstehen, was wiederum das natürliche Gefühl für Hunger und Sattsein verschwinden lässt. **Eine schwere psychologische Situation für eine Diät.**

Aber auch der Prozess aus zu wenig Bewegung in Kombination mit längerfristig zu viel zugeführter Energie führt zu Adipositas. Jeder Deutsche nimmt jeden Tag durchschnittlich 120 Kilokalorien zu viel zu sich. Nicht zu unterschätzen ist aber auch die biogenetische Komponente. **Man schätzt, dass 30 bis 70 Prozent des Körpergewichts genetisch bedingt sind.** Die treibende Kraft hinter den steigenden Adipositas-Zahlen ist unsere Umwelt mit ständig verfügbarem fett- und zuckerreichem Essen, zunehmendem Konsum an Unterhaltungsmedien und **immer weniger Bewegung.** Eigentlich müssten wir in diesem Umfeld fast alle übergewichtig sein.

Warum kann man nicht einfach weniger essen? Übergewichtige Menschen haben ja schon eine gewisse Körpermasse, die einen höheren Energiebedarf hat als bei Normalgewichtigen. Sie müssen also mehr essen und das fordert der Körper auch durch ausgeklügelte biopsychologische Mechanismen ein.

Warum aber hilft beispielsweise eine Diät langfristig fast nie? Studien haben gezeigt, dass selbst in realistischen, professionellen Ansätzen, in denen empfohlen wird, über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten fünf bis zehn Prozent des Körpergewichts zu verlieren, die meisten Teilnehmer nach spätestens fünf Jahren ihr Ausgangsgewicht wieder erreicht oder sogar überschritten haben. **Dafür spielen biologische und psychologische Prozesse eine Rolle, insbesondere der beschriebene Umgang mit Emotionen und Impulsivität, aber auch Stress.** Forscher beschäftigen sich heute mit den psychologischen Ursachen von Adipositas.

Heute ist bekannt, dass Adipositas Begleitfaktor von Diabetes, von Bluthochdruck ist und zu einer beschleunigten Gefäßverkalkung führen kann. Das sind dann wiederum Risikofaktoren für Herzinfarkt, Schlaganfall und Gefäßerkrankungen.

Weit weniger bekannt ist, dass Adipositas das Risiko für Krebs erhöht.

Es gibt Hinweise, dass die Entwicklung von 13 verschiedenen Krebserkrankungen durch Adipositas gefördert wird. Gefährdet sind Dickdarm, Speiseröhre, Magen, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Schilddrüse und Nieren. Aber auch Brustkrebs und gynäkologische Tumoren, sowie das Multiple Myelom und Krebserkrankungen des zentralen Nervensystems zählen dazu.

Adipositas wird von Teilen der Bevölkerung noch immer nicht als Erkrankung betrachtet, sondern als Resultat eines ungesunden Lebensstils. Auch einige Ärzte denken so. Dabei gibt es viele Ursachen dafür: Neben verschiedenen Umwelteinflüssen, die unter anderem mit der Ernährung, der Bewegung und der Psyche zusammenhängen können, ist Adipositas, wie schon formuliert, auch genetisch bedingt.

Aktuell wird am Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum für Adipositas Erkrankungen (IFB) der Leipziger Universitätsmedizin der Zusammenhang der genetischen Veranlagung und der Umwelteinflüsse bei der Entstehung von Adipositas geforscht. Dabei interessiert besonders, welche Gene für die Fettverteilung im Körper zuständig sind. Denn diese wiederum erhöhen, wie bereits beschrieben, das Risiko einer Folgeerkrankung, wie Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Leiden, Typ-2-Diabetes mellitus, Fettleber und Fettgewebestörungen, aber auch Krebs. ■ →

(Quellen: PM Universität Leipzig, Ärzteblatt März 2018, Medscape „Kongress News“ 1-06.2018)

Wie entsteht starkes Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen?



Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist kein kosmetisches Problem, sondern eine schwerwiegende Gesundheitsstörung.

Zu den Folgen von Adipositas gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie auch Stoffwechselstörungen und orthopädische Probleme. Stark übergewichtige Kinder zeigen meist ein erhöhtes Suchtverhalten und leiden häufiger unter Depressionen und Essstörungen.

Wenn Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter entstehen, so ist die Ursache meistens eine Kombination von angeborenen und äußeren Faktoren, wie Fehlernährung und mangelnde Bewegung. Der Druck, unter dem übergewichtige Kinder in ihrer Umwelt stehen, kommt zu all dem noch dazu.

Verstärkt wird der Trend durch hochkalorische Lebensmittel und Bewegungsmangel, aber auch durch politische Entscheidungen. So haben stundenlanges Sitzen in der Schule und gestrichener Sportunterricht Anteil daran, dass sich Kinder immer weniger bewegen. Aus Innenstädten verschwinden Spielplätze, wo sich Kinder austoben können. Da kann man nicht beklagen, wenn Kinder übergewichtig werden.

Adipositas ist weiter auf dem Vormarsch. Das Forschungsprojekt „LIFE Child“ (Leipzig) möchte herausfinden, wie Umweltfaktoren und Lebensgewohnheiten die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflussen. „Wir haben uns den sozio-ökonomischen Status, also die Einkommen in den Leipziger Stadtteilen angesehen und ihn mit der Rate übergewichtiger Kinder in den Stadtteilen abgeglichen“, erklärt Prof. Dr. Wieland Kiess. Beim Abgleich fanden die Wissenschaftler heraus, dass in den ärmsten Leipziger Stadtteilen zugleich die meisten übergewichtigen Kinder leben. Das bedeutet, dass Einkommen und Bildung der Familien und das kindliche Gewicht im Zusammenhang stehen.

Ein beispielhaftes Projekt zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung „Grünau bewegt sich“ wurde gestartet.

Leipzig-Grünau ist laut Statistik einer dieser ärmeren Stadtteile. Deshalb wird hier seit Jahren mit dem Projekt „Grünau bewegt sich“ aktive Adipositasprävention für Kinder betrieben. Das Projekt entwickelt seit 2015 praxisbezogene gesundheitsfördernde Maßnahmen. Die Laufzeit beträgt fünf Jahre.

Das Projekt soll dazu beitragen, dass die Lebenswelten von Kindern in Grünau sich so gestalten, dass sie gesundheitsförderliches Verhalten begünstigen. Alles, was die Kindergesundheit gefährden kann, soll aus dem Weg geräumt bzw. korrigiert werden.

Ein Präventionsprojekt auch gegen Krebs!



(Quelle: Universität Leipzig,
Forschung, Medizin/
Gesundheitswissenschaften)

Aktuelles vom Adipositas Kongress in Wien (01. 06. 2018):

In einem Interview mit Prof. Dr. Stefan Martin, (Uni Leipzig?) stand die Frage: Sollte man die Primär-Prävention aufgeben und nur die Folgen von Übergewicht früher behandeln? Die Adipositas Chirurgie boomt! Viele Fragen wurden diskutiert und bleiben auch nach dem Kongress aktuell. *Wir bleiben dran. (Red.)*

AKTUELLES vom Kongress Ernährung, Kassel Juni 2018 (Siehe auch Seite 60):

Ernährung ist Therapie und Prävention. Das Thema Mangelernährung stand im Fokus. Gefährdet sind chronisch Kranke, Tumorpatienten und immer öfter Kinder. Prof. Dr. Löser: „Nahrung ist nicht nur Stillen eines Bedürfnisses, sondern hochwirksamer Teil medizinischer Therapie.“ *Wir bleiben dran. (Red.)*

Depression bei Krebspatienten

Prof. Dr. Anja Mehnert



Wie sieht eine Depression bei Menschen mit Krebs aus?

Nicht selten weisen Menschen mit Krebs im Verlauf der Erkrankung und deren Behandlung psychische Belastungsreaktionen auf, die sich manchmal zu schwereren psychischen Erkrankungen entwickeln können. Das Belastungsspektrum bei Patienten reicht von „normalen“ Sorgen und Ängsten, Gefühlen von Traurigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit bis hin zu gravierenderen Belastungsreaktionen wie Depressionen oder Angststörungen sowie familiären Konflikten und existentiellen Krisen. Angststörungen und Depressionen zählen hierbei zu den häufigsten psychischen Störungen bei Menschen mit Krebs.

Niedergeschlagenheit und Traurigkeit sind vorübergehende normale menschliche Reaktionen, wenn man mit der Diagnose Krebs konfrontiert wird. Doch auch schwerere,

klinisch relevante depressive Symptome und Syndrome treten in der onkologischen Versorgung häufig auf.

Daher ist es wichtig, Merkmale „normaler“ Traurigkeit und solche Beschwerden, die eine klinische Depression charakterisieren, zu unterscheiden. Auch, weil eine Depression gut behandelbar ist.

Bei einem Zustand normaler Niedergeschlagenheit und Traurigkeit stehen die Symptome meist eng mit bestimmten Ereignissen, z.B. einer schlechten Nachricht im Behandlungsverlauf in Zusammenhang. Die Symptome sind insgesamt weniger drastisch und fluktuieren üblicherweise im Zeitverlauf während eines Tages oder von einem Tag auf den anderen. Darüber hinaus wird ein Patient in der Regel positiv auf emotionale Zuwendung und professionelle wie persönliche Unterstützung reagieren.

Eine klinische Depression ist durch das Vorhandensein sogenannter Kernsymptome, nämlich einer niedergeschlagenen Stimmung oder dem Verlust an Interesse und Freude gekennzeichnet.

Weitere Symptome beziehen sich auf den Antrieb, auf psychomotorische Veränderungen (z.B. Verlangsamung), Kognition sowie vegetative und somatische Beschwerden (Tabelle 1). Die Symptome sind intensiver, höher in ihrer Anzahl und länger in ihrer Dauer als bei „normaler“ Traurigkeit und sie beeinträchtigen spürbar das Leben der Person.

Tabelle 1

SYMPTOME EINER DEPRESSIVEN STÖRUNG
Stimmung Niedergeschlagene Stimmung Verlust an Interesse oder Freude Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit Geringes Selbstwertgefühl, Gefühle von Wertlosigkeit Schuldgefühle
Antrieb Antriebslosigkeit, Apathie Motorische Verlangsamung (seltener Unruhe) Geringe Motivation
Kognition Verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit Beeinträchtigung des Gedächtnisses Wiederkehrende Gedanken an den Tod (Suizidgedanken)
Vegetative und somatische Symptome Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust (seltener gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme) Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf) Fatigue oder Energieverlust Sexuelle Störungen Andere Symptome (z.B. Schmerzen, Magen-Darmbeschwerden, Kopfschmerz, muskuläre Verspannungen)

Stellenwert von Depressionen bei Menschen mit Krebs

Fast jeder Krebspatient erlebt im Verlauf der Erkrankung Phasen von Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. **Etwa 15 von hundert Krebspatienten erfüllen die Kriterien einer Depression.** Bei schwerer kranken Patienten liegt der Anteil deutlich höher, insbesondere dann, wenn eine eingeschränkte körperliche Funktionsfähigkeit und Schmerzen zusätzliche Belastungen darstellen.

Depressive Störungen gehen häufig mit einer Reihe anderer psychischer Beschwerden oder Erkrankungen einher, besonders häufig mit Angststörungen. Krebspatienten, die gleichzeitig eine depressive und eine Angststörung haben, leiden dabei häufig unter gravierenderen Symptomen und benötigen eine längere Genesungszeit.

Wissenschaftliche Studien zu den Folgen von Depressionen bei Menschen mit Krebs zeigen insgesamt folgende Ergebnisse:

- **Verringerte Lebensqualität**
- **Erhöhte Belastungen für die Familie und Angehörige**
- **Verminderte Therapietreue (z.B. Nichteinhaltung ärztlicher Empfehlungen)**
- **Längere Krankenhausaufenthalte**
- **Kürzere Lebenserwartung**
- **Erhöhtes Suizidrisiko**



Ursachen einer Depression

Die Ursachen einer Depression bei Krebspatienten sind multifaktoriell, häufig aber mitbedingt durch die Schwere der Erkrankung und Behandlung, einen Mangel an individuellen und sozialen Ressourcen, ein maladaptiver, d.h. vor allem resignativer und passiver Umgang mit der Erkrankung, sowie durch Autonomie- und Kontrollverlust. Eine Depression geht darüber hinaus häufig mit Gefühlen von Hilf- und Hoffnungslosigkeit einher.

Folgende Risikofaktoren wurden studienübergreifend gefunden:

- fortgeschrittenes Krankheitsstadium,
- geringe körperliche Funktionsfähigkeit (vor allem Schmerzen),
- jüngeres Erkrankungsalter,
- weibliches Geschlecht,
- Vorhandensein psychischer Erkrankungen in der Vorgeschichte.

Zu den psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression gehören belastende Lebensereignisse kurz vor oder während der Diagnose und ein Mangel an interpersonalen Ressourcen. Einige Krebsarten wie Bauchspeicheldrüsenkrebs, Lungenkrebs und Brustkrebs werden mit einem höheren Risiko für Depression in Verbindung gebracht. Begünstigende Faktoren für eine Depression sind weiterhin körperliche Symptome wie starke oder chronische Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Fatigue (krebsspezifische Erschöpfung) sowie eine Reihe von Medikamenten wie Steroide, Virustatika (z.B. Interferon und Interleukin), Methyldopa, Reserpin, Corticosteroide und Zytostatika (z.B. Vinblastin, Vincristin, Methotrexat).

Suizidgedanken und Suizid sind ernste Konsequenzen einer unerkannten und inadäquat behandelten Depression.

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist das Suizidrisiko bei Krebspatienten 1,5 Mal höher.



Eine schlechte Prognose, geringe familiäre und soziale Unterstützung, Behandlungskomplikationen sowie Schmerzen, Depression, Delirium und weitere Defizitsymptome tragen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu dem erhöhten Suizidrisiko bei.

Therapie von Depressionen

Die psychoonkologische Behandlung ist abhängig von Art und Schweregrad der auftretenden Beschwerden. Eine optimale Versorgung von Krebspatienten mit Depressionen umfasst primär psychotherapeutische Interventionen, die sich vor allem bei einer milden bis moderaten Symptomatik durch eine hohe Effektivität auszeichnen, kann aber auch eine medikamentöse Behandlung (z.B. Benzodiazepine, Antidepressiva) beinhalten. Studien konnten zeigen, dass psychoonkologische Interventionen psychische Belastungen reduzieren und positive Effekte u.a. auf Angst, Depression, Hilflosigkeit, Schmerzen, berufliche Beeinträchtigung, körperliche und soziale Aktivitäten sowie die Lebensqualität insgesamt haben.

Grundsätzlich sind psychoonkologische Interventionen weniger durch einzelne Therapieschulen bestimmt und zeichnen sich durch einen supportiven Arbeitsansatz aus. Einen wichtigen Bestandteil bilden darüber hinaus Entspannungs- und imaginative Verfahren (Tabelle 2).

Wesentliches Ziel besteht im Erhalt bzw. der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten. Bisher gibt es allerdings keine Hinweise darauf, dass die Behandlung einer Depression bei Menschen mit Krebs auch die Lebenserwartung verbessert.

Tabelle 2

ÜBERSICHT ÜBER PSYCHOONKOLOGISCHE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE

- Beratung, Information
- Einzelgespräche, -therapie
- Gruppentherapeutische Angebote
- Krisenintervention
- Symptomorientierte Verfahren (z.B. Entspannung)
- Kunst-, Musik- und Ergotherapie
- Paar- und Familiengespräche

Im Akutkrankenhaus findet psychoonkologische Betreuung in der Regel im Rahmen von Konsil- und Liaisondiensten (Mitbehandlung am Krankenbett) statt. Zielsetzungen bestehen im Einzelnen in der Entlastung und Stabilisierung von psychischem Befinden und Funktionen, Reduktion von Neben- und Folgewirkungen der Behandlung, Information und Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheits- und Behandlungsfolgen.



Weitere Informationen zur Autorin dieses Beitrages:



Prof. Dr. Anja Mehnert
Abteilung für
Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie,
Universitätsklinikum Leipzig
E-Mail: [anja.mehnert@
medizin.uni-leipzig.de](mailto:anja.mehnert@medizin.uni-leipzig.de)

Nach Abschluss der Primärbehandlung besteht für Krebspatienten die Möglichkeit, stationäre Nachsorgeangebote im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme und ambulante Angebote in Anspruch zu nehmen. Letztere bieten niedergelassene Psychoonkologen in Form von Einzel- oder Gruppentherapie oder Selbsthilfegruppen, allerdings stehen diese in wesentlich geringerem Ausmaß zur Verfügung. Krebsberatungsstellen bieten Orientierung und Unterstützung bei der Suche nach wissenschaftlich fundierten Unterstützungsangeboten an.

Fazit

Eine Depression zählt zu den häufigeren psychischen Erkrankungen bei Krebspatienten. Da Depressionen den Therapieverlauf und die Lebensqualität der Betroffenen negativ beeinflussen können, ist es wichtig, frühzeitig Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. ■

TIPP: Das könnte Sie auch interessieren:

- Heft 5/2012 „Psychoonkologie als Integrativer Dialog zwischen Therapeut und Patient“ (Dr. Caroline Schmauser, Berlin)
- Heft 10/2013 „Angst bei Krebs – wie kann psychoonkologische Unterstützung helfen“ (Martina Preisler, Charité Universitätsmedizin Berlin)

Im Test: Kindermilch in Pulverform

Mineralöle in zehn der getesteten Produkte

Kindermilch ist Milch in Pulverform, die speziell für Kinder ab dem zwölften Monat gedacht ist.

Sie ist mit einer Vielzahl an Vitaminen und Mineralstoffen angereichert. Laut Bundesinstitut für Risikobewertung ist das völlig unnötig, da Kinder bei einer ausgewogenen Ernährung ausreichend mit allen notwendigen Nährstoffen versorgt werden. Trotzdem kann sie schädlich sein.

Kindermilch ist oftmals mit Mineralöl und umstrittenen Zusätzen wie Phosphaten belastet.

Das Ergebnis ist laut einer Pressemitteilung von ÖKO-TEST niederschmetternd: Die Bestnote im Test ist „ausreichend“. Die meisten Produkte wurden mit „mangelhaft“ oder sogar „ungenügend“ bewertet.

Zehn der elf getesteten Produkte enthielten mehr als ein Milligramm gesättigte Kohlenwasserstoffe (Mosh/Posh) pro Kilogramm Milch.

Dabei handelt es sich um Mineralölbestandteile, die sich im Fettgewebe und in der Leber anreichern können und in Tierversuchen zu Organschäden geführt haben. Außerdem setzten die Hersteller in neun der elf Produkte Phosphate zu.

Diese dienen in Lebensmitteln häufig als Stabilisatoren oder Säureregulatoren. Phosphatzusätze stehen aber in der Kritik, da zu viel davon den Nieren schaden kann. Zudem können sie das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen.

ÖKO-TEST hat die Kindermilch auf Mineralölbestandteile, Fettschadstoffe, die Keimbelastung und auf Chlorat untersuchen lassen.

In das Gesamturteil ging darüber hinaus die Deklaration auf der Verpackung ein – falsche Nährwertangaben, fehlende Warnhinweise, übertriebene Gesundheitsversprechen und Werbung mit Selbstverständlichkeiten führten zu einer Abwertung des Produktes. *(Quelle: Pressemitteilung von „Öko-Test“)*



Porträt der Stiftung LebensBlicke – Früherkennung Darmkrebs



LebensBlicke

Stiftung Früherkennung Darmkrebs

*Eine Bürgerinitiative
mit Langzeitwirkung
in Deutschland*

notiert von
Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, FACP

Es hat lange gedauert, bis uns Ärzten bewusst wurde, dass wir etwas gegen die Geißel Darmkrebs tun müssen und auch können. 1993 hatte eine Publikation von Winawer Aufsehen erregt (1). Er konnte zeigen, dass bei konsequenter Entfernung von Darmpolypen einige Jahre später Darmkrebs-Neuerkrankungen gegenüber einer Kontrollgruppe deutlich geringer auftraten.

Diese Meilenstein-Publikation war Anlass zu ersten „Petersberger Gesprächen“ mit Krankenkassen mit der Absicht, die seit 1977 geltende Regelung mit dem g-FOBT (Red.: Test auf okkultes Blut im Stuhl) zur Darmkrebsfrüherkennung zu verbessern.

1996 wurde mit den Krankenkassen das Bayerische Modellprojekt aufgelegt. Es hatte zum Ziel, analog zu Erfahrungen in den USA, Öffentlichkeitsarbeit für die Darmkrebsprävention zu organisieren. Unterstützt durch die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe, waren damals die kassenärztliche Vereinigung Bayerns und viele Medien mit im Boot. Zusätzlich zu konsequenter Öffentlichkeitsarbeit wurde die Koloskopie nach positivem Stuhltest besser vergütet. Und in der Tat: Es zeigte sich eine deutlich größere Akzeptanz des bis dahin angebotenen g-FOBT. Aber wie so oft, wenn Werbung abflaut, flaute auch hier nach 3 Jahren gleichzeitig die Wirkung ab. Immerhin: Diese Meilenstein-Aktion hat den Weg gewiesen und wurde daher damals mit der Ernst-von-Leyden-Medaille ausgezeichnet.

All diese Entwicklungen führten **1998 zur Gründung der Stiftung LebensBlicke-Früherkennung Darmkrebs** in Ludwigshafen. Persönlichkeiten aus Wirtschaft (Dr. Wolfgang Fliess, KPMG), Pharmabranche (Herbert Hein, Röhm Pharma) waren

zusammen mit Prof. Riemann die Gründer; weitere Interessenten konnten dafür gewonnen werden. Die Stadt Ludwigshafen war ebenfalls ein wichtiger Motor. Die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) trug maßgeblich zur Erstfinanzierung der Stiftung bei. Darmkrebs stellte in dieser Zeit bei Frauen und Männern in Deutschland die zweithäufigste Tumorerkrankung dar. Die Stiftung formulierte damals die Vision, bis ins Jahr 2020 die Zahl der Darmkrebstoten zu halbieren.

Wichtigste Mottos waren „Hinschauen hilft“ (symbolisiert durch das Logo!) und „Vermeiden statt leiden“. Das Logo „Auge mit Darm“ (Abb. S. 36) geht auf eine initiale Zusammenarbeit mit den Burda-Medien zurück. Beim ersten Journalistentreff war für den Burda-Verlag Frau Dr. Christa Maar dabei, die 2001 nach dem Tode ihres Sohnes die eigene Felix Burda Stiftung ins Leben gerufen hat.

In den 20 Jahren seit Gründung hat die Stiftung LebensBlicke mit vielen Aktivitäten die Öffentlichkeit für das Thema Darmkrebs und für die Vorsorge sensibilisiert. Es war nicht abzusehen, welche besondere Rolle diese als Bürgerinitiative gestartete Stiftung in Fragen des Darmkrebsscreenings in Deutschland spielen würde. **Sie gab sicher mit den Anstoß für das 2002 in Deutschland eingeführte bimodale opportunistische Darmkrebsscreening mit dem g-FOBT ab 50 Jahren bei jährlicher Wiederholung und der Vorsorgedarmspiegelung ab 55 Jahren mit Wiederholung nach zehn Jahren bei unauffälligem Erstbefund.**

Die Koloskopie war gebunden an Qualitätskriterien u.a. an eine Dokumentation, die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) in einem Register zusammengetragen wurde. Diese Kombination war bis dato in Europa einmalig.

In den ersten zehn Jahren wurde die Stiftung von einem sehr aktiven Förderverein (um Dr. Dirk Wuppermann) begleitet. Er war wichtiger Motor für die finanzielle Unterstützung, für Werbemaßnahmen und für eigene Aktionen, die den Stiftungsgedanken umsetzen sollten. Auf seine Initiative gehen viele Aktivitäten wie Charity-Veranstaltungen, wissenschaftliche Symposien, die Teilnahme einer Mannschaft der Stiftung LebensBlicke am Mannheimer MLP-Marathon und vieles andere mehr zurück. Eine von der Stiftung initiierte und viel beachtete Allensbach-Umfrage 2008 konnte erstmals zeigen, dass viele Menschen über das Darmkrebs-Screening informiert waren und dass ca. 50% der Berechtigten bereits koloskopiert worden sind ⁽²⁾, viele aus Gründen einer medizinischen Indikation z.B. Bauchschmerzen.



Ein großes Netz von Regionalbeauftragten bildet das Rückgrat der Stiftung LebensBlicke. Heute sind in nahezu allen mittleren und großen Städten Deutschlands Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheker für die Stiftung tätig; jedes Bundesland hat einen Fortbildungskordinator.

Alle Aktivitäten sind darauf ausgelegt, das Thema Darmkrebsprävention durch Veranstaltungen, Kontakte und durch Pressearbeit kontinuierlich, nicht nur im Darmkrebsmonat, auf der Tagesordnung zu halten.

Abb.: Übersicht der Regionalbeauftragten in Deutschland

Jährliche Pressekonferenzen zum Darmkrebsmonat März, über 16 Jahre geleitet von Ludwigshafens OB Dr. Eva Lohse, später auch Städtetags-Präsidentin, waren Garant für die bundesweite Aufmerksamkeit. **Prominente Persönlichkeiten haben jedes Jahr die Schirmherrschaft übernommen, zuletzt der Baden-Württembergische Ministerpräsident Winfried Kretschmann.**

Die Stiftung hat sich auch schon sehr früh mit der betrieblichen Darmkrebsvorsorge befasst. Eine große Studie in der BASF (Prof. Andreas Zober, Dr. Stefan Webendörfer) hat seinerzeit die Blaupause entwickelt, **nach der betriebliche Darmkrebs-Früh-erkennung heute in vielen großen, mittleren und sogar kleinen Betrieben angeboten werden kann** (3).

Die Stiftung LebensBlicke konnte in 20 Jahren viele Persönlichkeiten aus allen Bereichen des öffentlichen Lebens dafür gewinnen, als Befürworter die Ziele der Stiftung

zu unterstützen und zum Teil auch über das eigene Darmkrebscreening zu berichten. Der erste Befürworter war der langjährige Stuttgarter Oberbürgermeister Dr. Manfred Rommel. Befürworter aus der Fußballwelt wie André Schürrle, aus der Comedian-Szene wie Bülent Ceylan und oder Chako Habekost, aus der jüngeren Politiker-Generation wie Daniel Günther und Armin Laschet gehören ebenso dazu wie aus der Wissenschaftsszene Prof. Harald zur Hausen, Nobelpreisträger für Medizin, und Prof. Michel Baumann, Leiter des DKFZ in Heidelberg.

Bekannt und sehr akzeptiert sind die LebensBlicke-Symposien wegen der gewohnt hochkarätigen Referenten und der immer aktuellen Themen. Sie sind seit vielen Jahren beim deutschen Internistenkongress, beim nationalen Krebskongress, bei der Jahrestagung der Viszeralmedizin sowie bei der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren integriert.

Abgerundet wird die Informationsverbreitung der Stiftung durch die seit 2013 gebündelte Internetpräsenz (www.lebensblicke.de) mit nationaler und internationaler Ausstrahlung und ca. 140.000 Klicks und 1,5 Millionen Websiteaufrufen pro Jahr.

Die Stiftung hat seit 2008 sehr erfolgreich politisch präsent im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung mitgewirkt ⁽⁴⁾. Prof. Dr. J. F. Riemann, Vorstandsvorsitzender, ist Sprecher der Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Darmkrebs-Früherkennung“.



Abb. (v. rechts: Tom Buhrow (WDR-Intendant) Stefan Grüttner Gesundheitsminister Hessen, Preisträgerin Frau Prof. Ulrike Haug, Prof. Dr. Peter Albers DKG und Prof. Riemann, ganz links)

Diese Arbeitsgruppe hat maßgeblich zum Krebsfrüherkennungsregistergesetz (KFRG) beigetragen, das, 2013 politisch verabschiedet, vermutlich in 2019 in Kraft tritt. Damit wird ein Paradigmenwechsel vom opportunistischen Screening hin zu

einem bundesweiten bevölkerungsbezogenen organisierten Einladungsverfahren vollzogen. Auf ihre Arbeit ist auch die Einführung des deutlich empfindlicheren immunologischen Stuhltests an Stelle des g-FOBT in die Regelversorgung zurückzuführen, der seit dem 1. April 2017 ausgegeben wird. Eine jährlich tagende Steuerungsgruppe prüft die Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen. Die Stiftung hat in zahllosen Studien gezeigt, dass sie für seriöse wissenschaftliche Arbeit steht. Sie war ganz wesentlich mitbeteiligt an der vom Bundesgesundheitsministerium

unterstützten FAMKOL-Studie (Abb. S. 40), bei der erfolgreich untersucht wurde, inwieweit die Qualifikation von medizinischem Fachpersonal zu einer verbesserten Information von Angehörigen von Patienten mit Darmkrebs beiträgt (risikoadaptierte Früherkennung).



Die Stiftung war auch Schirmherrin vieler Studien wie der Dachs- und der KolosSal-Studie, die vom DKFZ (Prof. Dr. Hermann Brenner) durchgeführt wurden. Zahlreiche Stipendiatinnen und Stipendiaten, die an für die Stiftungsarbeit wichtigen wissenschaftlichen Fragestellungen arbeiten, werden unterstützt. Die Stiftung ist seit Jahren Partner des Darmkrebspräventionspreises, der zusammen

mit der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebsstiftung ausgelobt wird (Abb. S.40). Mit dem neu geschaffenen Ernst-von-Leyden-Preis wird beim Kongress Viszeralmedizin das beste Abstract zur Darmkrebsprävention ausgezeichnet.

Weitere Informationen zum Autor dieses Beitrages:



Prof. Dr. J. F. Riemann,
ehem. Direktor der
Med. Klinik C am Klinikum
Ludwigshafen,
Vorstandsvorsitzender
der Stiftung LebensBlicke
Schuckertstr. 37
67063 Ludwigshafen
riemannj@garps.de

2018 feiert die Stiftung ihr 20-jähriges Bestehen.

Alle Aktivitäten haben über die Jahre zu einer signifikanten Senkung nicht nur der Neuerkrankungsrate, sondern auch der Sterberate an Darmkrebs beigetragen (5).

Das KFRG wird sicher zu einem erhöhten Informationsbedarf der Menschen gerade durch Hausärzte und Magen-Darmspezialisten führen. So nimmt es nicht wunder, wenn auch in den nächsten Jahren gerade von Organisationen wie der Stiftung LebensBlicke noch viel zu erwarten sein wird. Es ist viel erreicht worden, das Ziel aber, Darmkrebs als eine Geißel der Menschheit zu besiegen, noch nicht. ■

(Quellen: Abb. von der Stiftung gestellt.)

Literatur:

- (1) Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN et al., Gastroenterology 1993; 329:1977-1981
- (2) Wuppermann D, Wuppermann U, Riemann JF, Z Gastroenterol 2009; 47:1132-1136
- (3) Webendörfer S, Messerer P, Eberle F et al., Dtsch Med Wschr 2004;129:239-243
- (4) Riemann JF, Maar C, Betzler M; Z Gastroenterol 2011;49:1428-1431
- (5) Brenner H, Schrotz-King P Holleccek B, Dtsch Arzteztbl Int 2016;113:101-106

Die Redaktion der „Aktuellen Gesundheitsnachrichten“ gratuliert der Stiftung „LebensBlicke Früherkennung Darmkrebs“ zu 20 Jahren erfolgreicher Arbeit.

Wiener Ärzte-Initiative für eine gesunde Umwelt **Pestizide auf Bananen!**

Immer mehr Verbraucher greifen im Supermarkt zu Bio und Fairtrade, achten in ihrer Lebensführung auf Nachhaltigkeit und geltende Zertifizierungen von Lebensmitteln. Auch bei Bananen.

Also in Sachen Banane alles in Ordnung?

Die Experten für Missstände im Fruchtanbau bei Oxfam sind deutlich anderer Meinung. Erst kürzlich wurden Bananenplantagen in Ecuador besucht und festgestellt, dass immer noch zu wenig passiert. Die Bananen wachsen nach wie vor in reinen Monokulturen, und man sieht auch immer wieder Flugzeuge, die Pestizide versprühen.

Dieses Aerial Spraying ist im konventionellen Bananenbau weit verbreitet und wird vor allem gegen die hartnäckige Blattkrankheit Sigatoka eingesetzt. Wie oft gesprüht wird, hängt davon ab, wie groß die Probleme mit Schädlingen sind.

In einer Untersuchung der Wiener Initiative Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt, die sich mit den gesundheitlichen Auswirkungen der Pestizidnutzung im Bananenbau befasst, antwortete gut die Hälfte der befragten Arbeiter von konventionellen Plantagen, sie hätten einmal pro Woche Flugzeugeinsätze beobachtet.

Ein Viertel der Befragten berichtete von Flügen, die öfter als einmal wöchentlich stattfanden. Ein Hauptproblem des Sprayings sind Verwehungen, Experten sprechen von Verfrachtung. Sie führen dazu, dass die Spritzmittel nicht nur dort landen, wo sie wirken sollen. Sie gelangen auch in andere Bereiche und reichern sich in Böden und Gewässern an. Die Arbeiter auf den Bananenfeldern sind direkt betroffen. Aber auch andere Mitarbeiter, etwa in der Packstation, oder Menschen in den angrenzenden Wohngebieten können die versprühten Mittel abbekommen.

Wiederbetretungsfristen sollen sicherstellen, dass die Arbeiter nach dem Einsatz der Sprühflugzeuge nicht zu früh in die behandelten Farmbereiche zurückkehren. Das würden Plantagenbesitzer aber oft nicht ernst genug nehmen, sagt Braßel.

Experten sehen Handlungsbedarf; auch bei den Schutzausrüstungen. Die Pestizide gehen nicht spurlos an der Gesundheit der Menschen im Bananenbau vorbei. Nach akuten Symptomen befragt, berichteten die Arbeiter, die auf konventionellen Plantagen beschäftigt waren, deutlich häufiger von Schwindel, Erbrechen, Augenbrennen, Hautreizungen, starker Müdigkeit und Schlaflosigkeit als die Arbeiter von Bio-Plantagen.

Damit nicht genug: In weiterführenden DNA-Tests an Zellen der Wangenschleimhaut fanden die Wissenschaftler bei den Arbeitern auf konventionellen Plantagen signifikant häufiger Zellveränderungen als in der Kontrollgruppe. **Dies lege ein höheres Risiko, an Krebs zu erkranken, nahe.**

Auch ÖKO-TEST hat Bananen in Laboren auf ein breites Spektrum an Pestiziden untersucht. Fast alle Bio-Produkte mit Fairtrade-Kennzeichnung haben mit „sehr gut“ abgeschnitten.

Deutlich anders steht es um die konventionell produzierten Früchte. Hier reicht das Gesamterteil von „befriedigend“ bis „ungenügend“.

(Quelle: ÖKO-TEST Januar 2018)

**Deshalb unser Tipp:
Nach dem Essen von Bananen –
Hände waschen!**

Sie suchen einen Arzt?

Im besten Fall finden Sie Ihren Arzt über persönliche Empfehlungen. Anderenfalls: Wie transparent sind heute Informationen, wenn Sie eine zuverlässige Auskunft über eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus suchen?

Es scheint, dass es starke bis sehr starke Qualitätsunterschiede in Deutschland gibt. Umfragen belegen das. (EMNID, Weisse Liste). Bei Krankenhäusern ist es offenbar sicherer, an Qualitätsinformationen zu kommen als im ambulanten Bereich. Hier zeigen sich in Informationen zur Qualitätssicherung Transparenzlücken. Grundsätzlich liegen offenbar alle Daten vor – nur sind sie entweder unzugänglich oder nur auf ganz bestimmten Portalen vorhanden.

ZUR ORIENTIERUNG:

Heute gibt es in Deutschland drei Typen von Portalen wenn Sie auf Arztsuche sind:

→ **Kommerzielle Portale:**

Die Anzahl der Indikatoren mit prüfbareren Informationen ist in der Regel eingeschränkt. Die Finanzierung erfolgt über das Angebot von Arztprofilen oder die Positionierung von Werbung

→ **Körperschaftliche Portale:**

Hier finden wir Ärztekammern der Länder, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen mit Informationen zu Praxen und Kliniken

→ **Gemeinnützige Portale:**

Dazu zählen Arztsuchen von gemeinnützigen Stiftungen, die Basis sind selbst ermittelte oder erworbene Daten.

Es gibt Handlungsempfehlungen, um diese Situation, die wir hier nur anreißen können, zu verbessern. Fest steht: Die Offenlegung von Informationen über niedergelassene Ärzte ist in Deutschland noch immer unterentwickelt. Andere Länder können das besser – Deutschland sollte davon profitieren. Um Patienten die Arztsuche zu erleichtern, müssen Portalanbieter Zugang zu allen relevanten Daten erhalten. Dafür ist das Verhältnis von Informationsfreiheit und Datenschutz neu auszubalancieren. Eine Studie der Bertelsmann Stiftung bietet Informationen, die die Gesamtsituation beleuchten.

Krankenhausqualität aus Patientensicht

Die meisten Patienten haben im Krankenhaus nur einen Wunsch: Sie wollen gut behandelt und versorgt werden. Die Krankenhausplanung der Bundesländer soll genau dies sicherstellen.

Aber gelingt das? Wie zufrieden sind Patienten mit der Krankenhausqualität in den einzelnen Ländern?

Ist Versorgung auf dem Lande immer schlecht und in Großstädten automatisch gut? Auf welchem Stand ist die Telemedizin und wie steht es hier um die Qualität? Und was muss sich in der Planung ändern. Gegenwärtig gibt es in Deutschland einen **Pflegenotstand**. Es fehlen 26.000 Pflegekräfte und 10.000 Hilfskräfte. Politische Programme suchen nach Lösungen. Erste ressortübergreifende Reformen sind verabschiedet. Ihr Erfolg ist unsicher und umstritten.

Eine Studie der Bertelsmann Stiftung und der Weissen Liste belegt große Unterschiede in der Versorgung: **Einige wenige Kliniken werden von Patienten nahezu uneingeschränkt weiterempfohlen:** 28 von gesamt 1.579 untersuchten Kliniken weisen dabei sogar Zufriedenheitswerte von über 95 Prozent auf.

Auf der anderen Seite liegt die Bereitschaft zur Weiterempfehlung der Klinik in manchen Fällen bei unter 50 Prozent.

In Sachsen und Bayern sind die Patienten am zufriedensten. Wie gut ein Patient aus seiner Sicht in einem Krankenhaus versorgt wird, hängt nach der Studie auch vom Bundesland ab: Sachsen 82 %, Bayern 81,7 % und Thüringen 80%.

In anderen Ländern sind die Patienten weit weniger zufrieden:

In Bremen 73,9 %, in Niedersachsen 76,7 %, Hessen 77,1 % und Nordrhein-Westfalen 77,1 %. Diese verhältnismäßig großen Differenzen sind nicht durch Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur erklärbar.

Welche Empfehlung für Ihre persönliche Arztsuche können wir Ihnen geben?

Ihnen steht schnell und einfach die Weisse Liste (www.weisse-liste.de) zur Verfügung. Sie informiert bundesweit über zertifizierte Krebszentren, Kliniken in der Nähe, je nach Ihrer Filtereingabe. Diese Leistung ist unabhängig, spezialisiert und frei von Interessenskonflikten.

Und so geht's: In die Suchmaske geben Sie Ihre Beschwerden, Diagnosevermutungen oder ihre Krebsdiagnose z.B. Brustkrebs ein. Angebote kommen schnell. Ist z.B. das Krebszentrum zertifiziert, wird das mit dem entsprechenden Logo angezeigt. Auch die Art des Zentrums wird angezeigt – so z. B. Brustkrebszentrum, Hautkresbszentrum oder Darmkrebszentrum. Die genannten Zentren müssen jährlich nachweisen, alle fachlichen Anforderungen für die Behandlung der Tumorerkrankung zu erfüllen und zudem ein funktionierendes Qualitätsmanagement-System haben.

Wie die Deutsche Krebshilfe signalisierte, scheint die Regelversorgung in den 13 deutschen Krebs-Spitzenzentren vor großen finanziellen Problemen zu stehen. Die bisherige zusätzliche Finanzierung wurde durch den Spendenfonds der DKH (jährlich 10,4 Mio Euro) gestützt.

Zwingend wird gefordert, dass die stetig steigenden Kosten für die Sicherung der hohen Behandlungsqualität in der Krebsversorgung in die Regelversorgung überführt werden. Eine politische Lösung wird zwingend! ■

(Quellen: Bertelsmann-Stiftung, Weisse Liste, Deutsche Krebshilfe, ARD-TV)

Brustkrebs

Studie der Charité lädt zum Walken ein – Machen Sie mit!

Häufig leiden Frauen mit Brustkrebs nach Abschluss ihrer Primärtherapie unter Einschränkungen ihrer Lebensqualität. Von psychischen Belastungen, Müdigkeit, Schwäche, Stress und Schmerzen der Patientinnen wird berichtet.

Inzwischen ist bekannt und bewiesen, dass körperliche Aktivität, angemessenes körperliches Training, eine der einfachsten und wirkungsvollsten Therapien bei und auch nach Krebs sind. Die Studie des Institutes für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité ruft Frauen, die sich zeitlich mindestens 6 Monate nach ihrer Therapie befinden, zum Mitmachen auf.

Welches Ziel hat die Studie und wie sieht die Studie aus?

In der Studie werden verschiedene Formen von Walking bei Brustkrebspatientinnen hinsichtlich der Auswirkungen auf Stressbelastung, Lebensqualität, Stimmung, vegetative Regulation, Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit, Schmerzen und chronische Müdigkeit untersucht.

An der Studie können Sie teilnehmen, wenn Sie u.a.:

- **älter als 18 Jahre sind**
- **auf Grund Ihrer Brustkrebs-erkrankung operiert wurden** und die tumorspezifische (z.B. OP, Chemotherapie, Bestrahlung) seit mindestens 6 Monaten abgeschlossen haben
- **bereit sind, über 8 Wochen an einem einmal wöchentlichen Walking Training mitzumachen** und bereit sind das Training auch zu Hause weiterzuführen
- **nicht bereits regelmäßig walken**





Dazu werden die Studienteilnehmerinnen nach Aufnahme in die Studie per Zufallsprinzip in eine Walking Gruppe und in eine Mindful Walking Gruppe eingeteilt.

Sollten Sie an der Studie teilnehmen, erhalten Sie kostenlos per Zufallsprinzip wöchentlich ein moderates Walking Training ohne Stöcke im Park – oder Walking kombiniert mit Achtsamkeitsübungen und Meditation (jeweils 90 Minuten über acht Wochen).

Im Verlauf der Studie füllen Sie insgesamt vier Fragebögen aus, was jeweils ca. 30 Minuten in Anspruch nimmt. Zusätzlich führen Sie während 12 Wochen ein Übeprotokoll. Dafür benötigen Sie max. 1-2 Minuten täglich.

Die Mindful Walking Kurse finden in Seminarräumen der Hochschulambulanz für Naturheilkunde an der Charité-Universitätsmedizin am Standort Mitte in der Luisenstraße 13, 10117 Berlin statt. Zum Walken geht's in den Berliner Tiergarten, eine große Parkanlage im Herzen Berlins. ■

**Weitere Informationen
und Erstkontakt bitte über
folgende Daten:**

→ Telefon: 030 450 529 262
E-Mail: nhk@charite.de

Verantwortlich für die Studie sind:
Prof. Dr. Benno Brinkhaus (Studienleiter)
Dr. Miriam Ortiz (Studienkoordinatorin)
Maren Schröder (Doktorandin)

*Unsere Redaktion
wünscht Ihnen Spaß, gute Besserung
und wenn Sie Lust zum Schreiben haben,
lassen Sie uns an Ihrem Studienerlebnis
teilhaben. Schreiben Sie uns,
gern an d.moldenhauer@eanu.de*

Alarm für die Haut

Die Haut kann eine bestimmte Zeit ungeschützt der Sonne ausgesetzt sein, ohne sich zu röten. Diese Zeitspanne wird als Eigenschutzzeit bezeichnet.

Die Dauer dieser Zeit hängt vom individuellen Hauttyp ab. Bei hellhäutigen Menschen beträgt die Eigenschutzzeit nur fünf bis zehn Minuten.

Spätestens nach Ablauf dieser Zeitspanne braucht die Haut Schutz durch Schatten, geeignete Kleidung und Sonnenschutzmittel.

Über die Risiken, an Hautkrebs durch unkontrolliertes Sonnen zu erkranken, haben wir in unserer Zeitschrift schon wiederholt für Sie geschrieben.

**Heute gibt's ein Angebot
von kompetenter Adresse
für junge Sonnenanbeter:**

App soll für's Sonnen sensibilisieren

Die Sunface App soll vor allem Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf lockere Art ihr persönliches Hautkrebsrisiko vor Augen führen. Sie zeigt anhand eines Selfies das Gesicht der Zukunft – abhängig davon, ob für gewöhnlich auf Sonnen- und UV-Schutz geachtet wird oder nicht.

„Die Haut vergisst nichts. Die Sunface App verdeutlicht das sehr eindrücklich und richtet sich primär an eine Altersgruppe, die man ansonsten mit Präventionsmaßnahmen nur schwer erreicht“, erklärt Professor Dr. Alexander Enk, Ärztlicher Direktor der Universitäts-Hautklinik Heidelberg“, der die Auszeichnung an Dr. Titus Briker für seine digitale Idee überreichte.

Vor allem junge Leute wollen mit dem ungesunden Bräunen ihre Attraktivität steigern. Das zeigen Befragungen unter Solariennutzern, erklärt Dr. Titus Brinker. „Dass dieser Schuss nach hinten losgeht, die Haut schädigt und ihre Alterung beschleunigt, zeigt die Sunface App als Blick in den Spiegel in naher oder auch etwas weiter entfernter Zukunft.“

So funktioniert es:

App kostenlos heruntergeladen, Selfie schießen, Hauttyp sowie eine von 3 Verhaltensoptionen:

Sonnenschutz, kein Sonnenschutz oder wöchentlicher Solariumsbesuch,

auswählen und dem um 5 oder 25 Jahre gealterten Ich ins Gesicht blicken, in 3D und mit animierten Effekten.

Dazu berechnet die App, wie stark sich, je nach Verhalten, das Hautkrebsrisiko erhöht. Und die App erklärt, wie man Hautkrebs und seine Vorstufen bei sich erkennen kann und gibt Tipps für den richtigen Sonnenschutz.

Wer will, kann sein animiertes Selfie via Social Media teilen.



Eine erste Studie mit insgesamt 205 Schülerinnen und Schülern im Alter von 13 bis 19 Jahren in Essen zeigte bereits: Die App motivierte die Schüler, sich besser vor UV-Strahlung zu schützen und das Solarium zu meiden.

Apps aus dem NCT sollen Infos zu Krebsprävention breiter streuen. Das Potential dieser niederschweligen Angebote in Form von Apps hat man am NCT erkannt und eine Forschungsgruppe „App-Entwicklung“ eingerichtet. Ziel des vierköpfigen Teams unter Brinkers Leitung ist es, digitale Gesundheitsangebote für Smartphone und Webbrowser zu entwickeln und auszuwerten.

An Ideen und Erfindergeist mangelt es dem Nachwuchswissenschaftler nicht: Neben Sunface entwickelte er bereits 7 weitere Apps, darunter die Tabakpräventions-Apps Smokerface und Smokerstop mit mehr als 500.000 Nutzern.

Außerdem ist er Inhaber der Smart Health Heidelberg GmbH, die Gesundheitsapps unter Nutzung von künstlicher Intelligenz entwickelt und vertreibt.

„Sunface App“ kostenlos für iPhones: itunes.apple.com/de/app/sunface/id1226606410

„Sunface App“ kostenlos für Android Smartphones play. google.com/store/apps/details

(Quelle: Universitätsklinikum Heidelberg)

Sport tut gut!

Felipe Temming erzählt: Das Gesicht meines Gastroenterologen schaute nicht sonderlich glücklich aus, als mich das Propofol aus seinem Reich entließ und ich die Augen aufschlug. Noch etwas benommen sah ich ihn an. ...



... Es war der zweite Versuch an dem Tag gewesen, den Darm zu spiegeln. Magen und Speiseröhre waren in Ordnung. Aber um den Rest hinter mich zu bringen, durfte ich noch mal anderthalb Liter nach Ananas schmeckendes Abführmittel trinken. Mir schwante ohnehin nichts Gutes, weil die Verdauungsbeschwerden, die ich die Wochen zuvor gehabt hatte, allzu seltsam waren, ohne dass mir jemand hätte richtig erklären können, was wirklich mit mir los ist. Eine Stuhlprobe hatte einen erhöhten Entzündungswert angezeigt; das war Anlass der Spiegelung.

„Wir haben da leider was gefunden“ – so antwortete er auf meine drängende Frage, weil ich wissen wollte, worauf sich meine Frau seelisch einzustellen hatte, die hinter der Tür im Aufwachraum nervös auf mich wartete.

Es war Anfang Februar vergangenen Jahres. Ich war da 42 Jahre alt, verheiratet und Vater von zwei süßen Bengeln (anderthalb und dreieinhalb).

Die Jahre zuvor waren anstrengend gewesen. Eigentlich wollte ich voller Elan meinen ersten Lehrstuhl „in Betrieb nehmen“, weil auch meine Mitarbeiter in jenem Monat anfangen, die ich zuvor während meines ersten Semesters als Professor ausgesucht und eingestellt hatte. *Stattdessen ereilte mich die Diagnose „Rectum Ca“.*

Ich würde erst einige Tage später wissen, ob der Tumor bösartig ist – aber schon in dem kurzen Videofilm über meine Innereien, den wir dann gemeinsam guckten, sahen diese vielen Zentimeter krankes Gewebe einfach nicht sonderlich gut aus. Mein gutes Umfeld war sehr überrascht – allen voran mein Gastroenterologe und mein Hausarzt.

Es waren drei Gründe, die mir halfen, den Schock und die kommenden Wochen zu überstehen, ohne komplett verrückt zu werden.

Erstens, die ruhige Art, mit der mein Gastroenterologe mir erklärte, auf was es jetzt ankäme, wie solche Tumore einzuordnen wären und dass Darmkrebs eine der „dankbarsten“ Krebsarten sei, weil die Heilungschancen so hoch wären.

Zweitens, seine wichtige Zentimeterangabe „Acht bis zehn cm ab ano“ und die damit verbundene Wahrscheinlichkeit, keinen endgültigen künstlichen Darmausgang bekommen zu müssen.

Und drittens: Ich bin (*Rechts-*)Wissenschaftler und kann – manchmal wundere ich mich darüber – durch solche kritischen Momente relativ nüchtern, konzentriert und abgeklärt navigieren (was sich möglicherweise sogar als essentiell erwiesen hat).

Kurze Zeit später – beim tumor staging – gesellte sich noch ein weiterer Grund dazu, als ich im Röntgenbild meine jungfräulich wirkende Lunge und Leber anblickte und mir der Leiter der Viszeralchirurgie versicherte, dass keine Metastasen auszumachen wären. Bei den Lymphen hingegen sähe ein Knoten verdächtig aus.

Rückblickend betrachtet war das wohl der Moment, in dem mir mehr und mehr klar wurde, dass ich möglicherweise viel Glück im Unglück haben würde (und meine Frau auch um einiges ruhiger wurde ...).

Seitdem kann ich auch die Bedeutung des von Ärzten verwendeten medizinischen Fachterminus „kurativ“ angemessen wertschätzen (dasselbe betrifft die leidlich kräftige, aber doch irgendwie humorvolle Sprache von Chirurgen, die letztlich nur ein Selbstschutz ist).

Freilich wies der Chirurg zugleich auch mit einer fast warnenden Stimme darauf hin, dass in meinem Falle wegen der Lage des Tumors möglicherweise „alles eine Frage der Perspektive“ sein könne, wenn es um die Antwort gehe, welcher Therapieweg jetzt einschlägig sei (oder im Chirurgen-Jargon: „Wie der Salat jetzt abzuarbeiten sei“). Seine Bemerkung sollte sich als weitsichtig erweisen.

Denn in den kommenden vier Wochen konsultierte ich fünf Professoren an drei Krankenhäusern und zwei Unikliniken, die mir alle etwas anderes vorschlugen:

- Neoadjuvante Chemotherapie/ Bestrahlung: ja/nein?
- OP: in verschiedenen Formen?
- Stoma: „vielleicht“ bis „auf jeden Fall“?
- Adjuvante Chemotherapie: „auf jeden Fall“?

Ich kam mir vor, als ob ich im Zentrum eines juristischen Meinungsstreits stünde. Dort stellen sich auch reale Probleme, wobei dann zwei, drei oder noch mehr Lösungen angeboten werden, von denen dann nach eingehender Erörterung des Für und Wider die subjektiv vertretbarste gewählt wird (wir sind ja keine exakte Wissenschaft – ein Richtig oder Falsch gibt es nicht).

Wenn es nicht um Medizin und vor allem nicht um meine Gesundheit gegangen wäre, hätte ich gesagt: Super – heimische Gefilde, da kenne ich mich aus.

Doch die Qual der Wahl betraf mich selbst, mein Leben. Wie geht man mit einer solchen Situation um?

Ich kann nur sagen: Es ist wichtig, die Familie hinter sich zu wissen. Es ist wichtig, gute Freunde zu haben, die gute Ratschläge geben können und – Überraschung, Überraschung – entweder selbst Ärzte sind oder welche kennen, die Ärzte sind. Und es ist vor allen Dingen wichtig, die Empfehlungen von Chirurgen, Onkologen und diverser Tumorboards als das zu nehmen, was sie sind:

Subjektive Meinungen, die kritisch zu hinterfragen sind und zumindest – da ich ein medizinischer Laie bin – auf Plausibilität überprüft werden können. Letztlich ist man selbst sein bester Arzt. Zugegebenermaßen mag das einfacher sein, wenn man zumindest akademisch ebenbürtig ist, also insoweit auf Augenhöhe diskutiert. Aber es geht um die Herrschaft und Verfügung über vitale Informationen und das Überwinden von Informationsasymmetrien.

Hier ist nicht der Platz zu beschreiben, wie viele Gespräche ich in kürzester Zeit geführt habe, in wie viel Literatur ich mich eingelesen habe, wie viele Hinweise und Tipps ich gleichzeitig registriert und umgesetzt habe, bis für mich der Weg klar war, der auch meinem Gefühl entsprach: Sofortige OP.

Raus mit dem Tumor. Dann Chemo, dann vielleicht Immuntherapie – alles inklusive komplementärtherapeutischen Hilfestellungen, die mich überzeugt hatten (Nahrungsergänzungsmittel nicht zu vergessen).

Ich habe diesen Weg auch dann noch verfolgt, als die erste Uniklinik drei Tage vor der geplanten OP die Strategie plötzlich änderte und dann doch erst auf neoadjuvante Behandlung (drei Monate) mit sich daran anschließender OP setzen wollte: Man sähe die Lage des Tumors jetzt anders. Wie gesagt, „alles eine Frage der Perspektive“. Mir leuchtete die Erklärung abstrakt-generell zwar ein, aber es passte irgendwie nicht auf meinen eigenen Fall. Ich habe daraufhin eine andere Uniklinik – sofortige OP – gewählt, bei der ich ein besseres Bauchgefühl hatte.

Patientenentscheidung. Eine Woche später schob mich eine fürsorgliche Krankenschwester morgens um sieben zum Zentral-OP. Ich habe diese Entscheidung bislang nicht bereut bzw. nicht bereuen müssen. Es ist zwar eine „saftige OP“ geworden (O-Ton des Chirurgen). Aber im pathologischen Bericht stand dann auch, dass kein einziger Lymphknoten befallen war. Was für eine Erleichterung.

Wer hätte mir diese Garantie geben können, wenn ich mit einer Vorbehandlung begonnen und mit der OP gewartet hätte?

„Herr Temming, ihre Entscheidung war nicht nur subjektiv vertretbar, sondern die einzig richtige“, meinte dann auch später einer der führenden Koryphäen auf dem Gebiet der onkologischen Komplementärtherapie.

Nach der erfolgreichen OP war es für mich fast schon eine Erleichterung zu hören, dass der nächste Schritt standardmäßig in Angriff genommen werden könne: Chemotherapie nach dem FOLFOX-Schema. Ich habe mich für eine kleine onkologische Praxis entschieden, bei der die behandelnde Onkologin sowohl auf die klassische Schulmedizin als auch alternative Medizin schwört und sich auch Zeit für ihre Patienten nimmt.

Das war mir sehr sympathisch und eine gute Perspektive für die kommenden fünf Monate „Chemo“. Was die zwölf Zyklen anbelangt, habe ich von Beginn an versucht, dieses Geschehen als etwas Positives zu begreifen und mir gesagt, dass die „Cocktails“ etwas Gutes für meinen Körper



Ich habe mir bei der OTT das FOLFOX (Chemotherapie) regelrecht „aus den Rippen geschwitzt“, wie es die Oma eines Freundes bestimmt ausgedrückt hätte. Trainieren kann man übrigens auch mit einem Stoma relativ problemlos und – wenn der Wille stark genug ist – auch während des eigentlichen Chemozyklus. (Man besorgt sich ein sog. Stomaband, das wie ein Mieder um den Bauch gebunden wird.)

seien, so sehr sich auch mein Intellekt anfangs dagegen wehrte.

Schon vor meiner OP war mir die onkologische Trainings- und Bewegungstherapie des Zentrums für Integrierte Onkologie Köln-Bonn (OTT) wärmstens empfohlen worden, (s. a. Aktuelle Gesundheitsnachrichten, Heft 28/2018, S. 26-28), so dass ich wusste, was meine Hauptbeschäftigung während der Chemotherapie neben zwei wöchentlichen Yogasitzungen sein würde: Sport. Ich treibe gerne Sport und freue mich, in den letzten Jahren hier Routinen entwickelt zu haben, um körperlich einigermaßen fit zu bleiben.

Ich bin gerne montags bis freitags zur OTT gegangen. Der langegezogene Trainingsraum ist eigentlich ein Korridor durchgang und befindet sich in der Frauenklinik. Gegenüber sieht man die schwangeren Frauen mit Partner kommen und frisch gebackene Familien wieder gehen. Meine Söhne sind dort geboren. Das ist irgendwie lebensbejahend.

Ich kann nur jedem raten, in dieser nicht angenehmen Phase Sport unter professioneller und freundlicher Anleitung zu treiben, wie ich es bspw. bei der OTT erlebt habe.

Es hat mir die Lebensqualität erhalten und die Härte der zwölf Zyklen entscheidend abgemildert – davon bin ich felsenfest überzeugt.

Geholfen hat auch mit Sicherheit das Training auf den Vibrationsplatten, mit dem versucht wird, den Polyneuropathien an Händen und Füßen präventiv zu begegnen (es gibt bis auf Sensomotoriktraining sonst keine andere Therapiemöglichkeit). Das Missempfinden an Fingern und Füßen tritt fast zwangsläufig wegen der Platinprodukte auf, die man während der FOLFOX-Chemo zu sich nimmt (Oxaliplatin).

Es tut schließlich auch gut, unter Gleichgesinnten zu sein, weil man im gemeinsamen Gespräch besser über die Krankheit hinwegkommt.



Ich kann gar nicht beschreiben, wie glücklich ich war, als ich nach der Rückverlagerung des Stomas wieder mit richtigen Bauchmuskulübungen anfangen konnte. Allgemein hebt Sport die gute Laune und weil man sich nachher eben „lekker“ fühlt, wie der Holländer sagt, strahlt das auf Körper und Geist positiv aus – auch während der Chemotherapie.

Letztlich ist doch der Ratschlag für die Zeit der Chemotherapie – „Ernähren Sie sich gesund, treiben Sie Sport und halten Sie Körper und Geist im Gleichgewicht!“ – einer, den man immer beherzigen sollte. Nur warum ist das so verdammt schwer und gelingt so selten?

Natürlich habe ich während all der Zeit, seitdem mir die Diagnose Krebs mitgeteilt wurde, auch eine emotionale Achterbahn durchlebt, weil so vieles dadurch in Frage gestellt wird – bislang feststehende Gewissheiten und letztlich die gesamte Lebensplanung.

Da steht das „Warum?“ bzw. „Warum ich?“. Da gibt es das „Was muss ich ändern?“ bzw.

„Was lief falsch?“. Und schließlich das „Was jetzt?“ bzw. „Wohin soll es jetzt gehen?“.

Dabei geht es auch um Fragen, die irgendwie zwanzig bis dreißig Jahre eher kommen als es normalerweise der Fall ist. Auch wenn mich das alles schon seit letztem Februar beschäftigt, komme ich erst jetzt dazu, über das alles mit psychotherapeutischer Hilfe nachzudenken.

Was meine herausfordernden Kinder betrifft, haben sie mich liebevoll abgelenkt und auf ihre Weise gut geerdet. Ich bin froh, dass ich ihnen gegenüber mit der Krankheit tabulos umgegangen bin. Sie hatten wirklich viel Spaß mit dem Stoma.

Die kindliche Naivität zu erleben, hilft, vieles mit Humor zu nehmen. So meinte mein Sohn, als ihm ein Zoowärter das Känguruh mit seinem Beutel zeigte, dass sein Vater (also ich) ebenfalls einen solchen habe.

Alles in allem ist es noch nicht zu radikalen Änderungen gekommen und wird es wohl auch nicht – dazu bin ich zu sehr (halber) Westfale. Aber ich glaube, dass das alles ein wichtiger Fingerzeig war, den ich nun für mich richtig verstehen muss, um darauf aufbauend entsprechende Impulse setzen zu können.

Bei all dem bin ich momentan aber von tiefstem Herzen dankbar, dass meine Frau, meine beiden Kinder und ich es geschafft haben, diese kritische Phase meines Lebens mit Durchhaltevermögen und Liebe bislang einigermaßen erfolgreich zu meistern. ■

Lungenkrebs:

Nachweislich eine bessere Lebensqualität durch frühzeitige Palliativversorgung

Eine Aktualisierung von Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms entstand unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin sowie der Deutschen Krebsgesellschaft.

Die vorgelegte Version greift unter anderem neue Therapieprinzipien beim Vorliegen bestimmter Genveränderungen im Tumor sowie die Neuentwicklungen in der immunologischen Tumortherapie auf. Weitere Änderungen betreffen die Kapitel zur Früherkennung des Lungenkarzinoms, seine Stadieneinteilung, seine pathologisch-anatomische Diagnostik sowie die Aufklärung von Patienten mit Lungenkrebs.

Bei Patienten mit einem nicht heilbaren Lungenkarzinom wird außerdem eine frühzeitige palliativmedizinische Versorgung empfohlen.

„Das ist deshalb so wichtig, weil 40% aller Patienten mit Lungenkarzinom bereits zum Diagnosezeitpunkt Fernmetastasen aufweisen. Durch die frühzeitige Integration der Palliativversorgung verbessert sich nachweislich die Lebensqualität der Betroffenen und sie leiden weniger unter Depressionen“, betont Prof. Dr. Dieter Ukena, Koordinator der aktualisierten Leitlinie.

(Quelle: <https://pneumologie.de> www.krebsgesellschaft.de)

Bitte lesen Sie über Lungenkrebs im Heft 23/2016 auch den Beitrag von Dr. Christian Grah. Zu finden über: www.eanu.de



Balsam für die Seele, unvergesslich!

Wenn ein großer Musiker geht – und ein neuer Meister kommt (2019)



Chefdirigent Sir Simon Rattles nimmt Abschied von den Berliner Philharmonikern, und die Premiere von Kirill Petrenko

Zwei unvergessliche Konzerte: Denn Musik ist nicht nur ein schöner Zeitvertreib – Musik kann Balsam für die Seele sein. Musik produziert im wachen, mobilisierten Gehirn Glückshormone. Und wer möchte das nicht gern erfahren? Garantie dafür geben die Berliner Philharmoniker.

Das Extra-Besondere dieses Erlebnisses war der Ort des Erlebens. Wir waren im Kino um die Ecke und nahmen teil an Live-Übertragungen aus der Berliner Philharmonie. Beim ersten Mal, als wir als Klassik-Gäste in unserem Kino saßen, waren wir eigentlich in der „Met“, in der Metropolitan Opera New York, sahen/ hörten eine der großen italienischen Opern. Diese besondere Art von Rezeption war schon eine ungewöhnliche Ballanceerfahrung – am Schluss waren wir gefangen von einem großartigen und emotionalen Musik- und Bilderlebnis.

Nun diese Konzerte: Es war einzigartig, die besondere Tontechnik und die professionelle Bildregie haben es fertiggebracht, dass man diesen unglaublichen Musikern so nah sein durfte, wie kein anderer. Die eigenen Sinne nahmen jeden einzelnen Musiker,

jede Musikerin, ganz nah wahr. Man sah und spürte ihre Leidenschaft, ihr Können, ihre entspannte Konzentration und unsichtbare Kommunikation miteinander und verstand auf geheimnisvolle Weise die Musik auf eine neue Art. Die Bewunderung für dieses weltweit beste Ensemble wächst grenzenlos. Der Genuss wird unvergesslich und das Konzert wirkt intensiv noch lange nach.

Für Sir Simon Rattle gibt es nun kein zurück – der Neue ist da und er ist großartig! Anders genial als Sir Simon Rattle, jünger, sprühender, tänzerischer – er ist persongewordene Musik oder musikgewordene Person. Allerdings noch etwas zurückhaltend, was seine Musikauswahl in diesem Konzert betraf.

Der Neue: Kirill Petrenko – und zu Gast Yuja Wang.

Kirill Petrenko, designierter Chefdirigent der Berliner Philharmoniker, präsentierte an diesem Tag im April in seinem Programm zwei klangvolle Raritäten: Paul Dukas' irisierende Tondichtung *La Péri*. Verführung, Tod und die Sehnsucht nach Unsterblichkeit – das sind die Themen des *Poème dansé La Péri* von Paul Dukas. Der französische Komponist, bekannt als Schöpfer der Tondichtung *Der Zauberlehrling*.

Franz Schmidts Vierte Symphonie – ein weich fließendes Werk in der Tradition Anton Bruckners mit einem gewaltigen Trauermarsch als Höhepunkt.



Die Vierte Symphonie des österreichischen Komponisten Franz Schmidt, der als Cellist im Wiener Hofopernorchester die Ära Mahler miterlebte, war der Ausklang. Schmidt komponierte seine symmetrisch konzipierte Vierte viele Jahre später – nach dem Tod seiner einzigen Tochter: Klänge, die von Abschied und schmerzlicher Liebe erfüllt sind.

Zwischen den beiden genannten Werken hatte Kirill Petrenko Sergej Prokofjews klassizistisches Drittes Klavierkonzert gut gelaunt und atemberaubend virtuos aufs Programm gesetzt, das (ähnlich der Pulcinella-Musik von Igor Strawinsky) nach einer modernisierten Stilkopie alter Meister klingt.

Den Solopart übernahm Yuja Wang, die ihre Finger bisweilen akrobatisch in atemberaubender Schnelligkeit über die Klaviertasten tanzen ließ. Kein Wunder, dass manche meinten, sie „... müsse mehr als zwei Hände haben“ (*Die Zeit*). „Wer schon immer vermutet hatte, dass das Klavier ein Schlagzeug ist, wird sich durch Yuja Wang bestätigt fühlen.“ (*Berliner Morgenpost*) Die Rezensenten waren nicht zimperlich.

Noch bis zum Ende der Saison 2018 war Sir Simon Rattle Chefdirigent der Berliner Philharmoniker. Und er hat nach über drei Jahrzehnten einen grandiosen Abschied gegeben. Damals, am 14. November 1987, gab ein vielversprechender Dirigent mit Gustav Mahlers Sechster Symphonie sein Debüt bei den Berliner Philharmonikern: Simon Rattle. „Ich hatte an diesem Tag das Gefühl, ich würde meine Stimme finden“, so Rattle im Rückblick. Mahlers facettenreiches Werk stand jetzt im Juni 2018 erneut auf dem Programm, als Sir Simon zum letzten Mal als Chefdirigent der Berliner Philharmoniker in der Philharmonie auftrat. Dabei zu sein, war ein großartiges und sehr emotionales Erlebnis. Danke, Sir Simon Rattle.



Ein Kreis schloss sich. Nach diesen Erlebnissen erinnert man an das Gehörte, Gesehene, Gefühlte. Wir wussten, wir waren wieder einmal Zeugen sehr besonderer Kunst gewesen, dargeboten von den einzigartigen Philharmonikern und ihren Chefdirigenten. Von einem nehmen wir Abschied und danken – und auf den Neuen freuen wir uns mit großer Neugier. Da die Karten für Konzerte in der Philharmonie sehr gefragt sind, empfehle ich diese Form des Dabeiseins im Kino der Wahl.

Es lohnt sich – egal in welcher Verfassung man sich gerade befindet:
Man bleibt nicht gleichgültig, denn Musik ist Balsam für die Seele. ■

Erlebt und notiert von Dagmar Moldenhauer

(Quelle: Berliner Philharmonie, Bilder: Monika Rittershaus)

Hirntumoren

Bestrahlungserfolg bei Hirntumoren lässt sich mit kombinierter PET/MRT vorhersagen

Glioblastome, unheilbare Hirntumoren, lassen sich nicht dauerhaft entfernen und auch nach der Behandlung müssen Patienten mit Rückfällen rechnen. Wissenschaftler haben erstmals in einer klinischen Studie gezeigt, dass eine spezielle Kombinationsdiagnostik aus PET und MRT mit einem hochsensitiven Verfahren eine deutlich individuellere Verlaufsprognose nach einer Radiochemotherapie ermöglicht.

Diese Studie bildet eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung von Therapieverfahren, die viel stärker als bisher auf den individuellen Patienten zugeschnitten sind. Die Daten wurden auf der Europäischen Fachtagung für Radioonkologie in Barcelona vorgestellt.

Patienten mit einem Glioblastom, einer besonders aggressiven Variante von Hirntumoren, entwickeln oft Rezidive – das bedeutet, der Tumor kehrt trotz der Behandlung wieder.

Um dies zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern, werden die Patienten nach ihrer Tumoroperation intensiv mit einer Kombination

aus Chemo- und Strahlentherapie nachbehandelt. Eine Gratwanderung, denn die Therapie erreicht nicht nur verbliebene Tumorzellen, sondern auch gesundes Gewebe.

Für die PETra-Studie wurden die Patienten vor Beginn, während und nach Abschluss ihrer mehrere Monate dauernden Therapie mit einer Kombination aus PET und MRT untersucht.

Die Kombination aus Magnetresonanz- und Positronen-Emissions-Tomographie liefert den Medizinern deutlich mehr Informationen über die Gehirne ihrer Patienten.

Die PET/MRT-Anlage am Universitätsklinikum Dresden war die erste dieser Art in Deutschland. Jetzt konnten die Forscher zeigen, dass sich der Therapieverlauf dank dieser Kombination deutlich besser vorhersagen lässt als bisher. „Unsere Langzeitdaten von insgesamt 89 Patienten bilden die Basis dafür, künftig etwa ein Therapieschema individuell möglichst passgenau, also so aggressiv wie nötig, aber so schonend wie möglich zu planen“, so die Forscher.

(Quelle: DKFZ)



Abb.: Fast zeitgleich kann das PET/MRT-Kombinationsgerät den Stoffwechsel von Tumoren mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und deren anatomische Lage sowie weitere Parameter mit der Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) bildlich darstellen.

NEUES WISSEN DIREKT – HEUTE:

Aus dem Pressegespräch des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg, des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und des Netzwerkes gegen Darmkrebs und der Charité-Universitätsmedizin Berlin, am 21. Juni 2018, zum Thema:

Die Neuvermessung der Onkologie

Daraus den Beitrag von:

**Prof. Dr.
Bernhard Wörmann**



*Medizinischer Leiter,
Klinik für Hämatologie,
Onkologie und
Tumorimmunologie;
Charité-Universitätsmedizin
Berlin, Campus Virchow;
DGHO (Deutsche Gesellschaft
für Hämatologie und
Medizinische Onkologie)*

Innovative Ansätze und individualisierte Therapiekonzepte am Beispiel der Immuntherapie

Der Krebs besteht aus einer Vielzahl biologisch definierter Krankheitsbilder

Die Onkologie befindet sich in einem grundlegenden Wandel. Krebs spaltet sich zunehmend in eine Vielzahl verschiedener Erkrankungen auf, jede mit einzigartigen Merkmalen. Den Wandel kann man gut am Beispiel des Lungenkarzinoms sehen, das bis vor kurzem in zwei wesentlichen Diagnosen (kleinzelliges und nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom) zusammengefasst wurde und heute in mindestens zwei Dutzend biologisch unterschiedlicher Entitäten mit individualisierten Behandlungskonzepten eingeteilt wird. Die mikroskopische Charakterisierung bösartiger Erkrankungen wurde ergänzt und teilweise sogar abgelöst von einer komplexen biologischen Diagnostik unter Verwendung molekulargenetischer und anderer Verfahren. Das führt zu einem grundsätzlichen Wandel der Klassifikationen von Krebserkrankungen. Dabei wird der traditionelle Organbezug ergänzt oder ersetzt durch prognostische und vor allem prädiktive, pathophysiologisch orientierte Einteilungen.

Die Zahl wirksamer Arzneimittel steigt monatlich

Diese Erkenntnisse haben direkten Einfluss auf die Patientenbetreuung. Neue Verfahren gezielter Diagnostik steuern die Therapie, aber auch bei deren Begrenzung. Insbesondere eröffnet sich eine Vielfalt von Möglichkeiten in der medikamentösen Systemtherapie. Die Zahl wirksamer Krebsmedikamente hat sich in den letzten 20 Jahren fast verdreifacht. Seit Anfang 2011 wurden in Deutschland über 100 Arzneimittel für die Behandlung von Krebspatienten neu oder in neuen Indikationen zugelassen. Ein erfolgreicher Ansatz zielt auf die Beeinflussung spezifischer Signalwege, die essentiell für die Krebsentwicklung sind. Eine neue Substanzklasse von Immuntherapeutika aktiviert das Immunsystem zur effektiven Krebstherapie. Sie sind bereits jetzt bei sehr unterschiedlichen Malignomen in Deutschland zugelassen und werden sehr wahrscheinlich bei einer großen Zahl weiterer Krebsarten relevant.

Immuntherapie erfüllt die Erwartungen – endlich

Seit mehreren Jahrzehnten ist die Immuntherapie einer der Hoffnungsträger der Onkologie. Den Durchbruch in die praktische Anwendung haben inzwischen

die Immuncheckpoint-Inhibitoren geschafft. Zugelassen bei so unterschiedlichen Erkrankungen wie dem Melanom, dem nichtkleinzelligen Lungenkarzinom oder dem Hodgkin-Lymphom führen sie nicht nur zu einer Verlängerung der mittleren Überlebenszeit bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen, sondern insbesondere zu einer deutlichen Erhöhung der Überlebensrate nach zwei oder mehr Jahren. Die vielversprechendsten Biomarker zur Vorhersage des Ansprechens auf einen Immuncheckpoint-Inhibitor sind zum einen der immunhistochemische Nachweis von Oberflächen-Antigenen auf den Krebszellen und im benachbarten Gewebe, zum anderen die Messung genetischer Veränderungen in einem Tumor. Je höher die Mutationslast umso höher die Chance, dass das Immunsystem auf die veränderte Zelle reagiert. Die Immuncheckpoint-Inhibitoren sowie andere Antikörper können in derselben Form und oft in derselben Dosierung bei den unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden.

Eine aktuelle, individualisierte Weiterentwicklung sind die Chimeric-Antigen-Receptor (CAR) T-Zellen. Bei dieser Therapie werden T-Zellen des Patienten angereichert und im Labor mit einem spezifischen Antigenrezeptor genetisch verändert. Die T-Zellen entdecken jetzt Antigene auf Krebszellen.

Sie sind besonders erfolgreich bei Leukämien oder Lymphomen. Wie bei anderen Formen der zellulären Therapie werden sie dem Patienten als Transfusion verabreicht und führen nach den ersten Erfahrungen zu langdauernden Rückbildungen. Die Zukunft liegt wahrscheinlich in der Verwendung von Kombinationen der Immuntherapeutika mit traditioneller Chemotherapie und/oder gezielten Inhibitoren.

Individualisierte Therapie ist nicht nur komplexe Biologie, sondern persönlich

Ein Beitrag über individualisierte Therapie wäre unvollständig, ohne die Individualität der Patienten zu betonen. Insbesondere aufgrund der demographischen Entwicklung stellen wir uns für die nächsten Jahrzehnte in Deutschland auf ein älteres Patientenkollektiv ein. Gleichzeitig leben viele Patienten deutlich länger mit der Krebserkrankung. Beide Effekte führen zu einem starken Anwachsen der Patientenzahlen, begleitet von einer Verschiebung zu Patienten mit therapierelativen, häufig internistischen Begleiterkrankungen. Diese können die Krebstherapie begrenzen, zu Interaktionen von Medikamenten führen und die individuelle Zielsetzung des Patienten beeinflussen. Hat die Verlängerung der Lebenszeit oberste Priorität, die Linderung von Symptomen, die Verhinderung von belastenden Symptomen oder das Erreichen eines individuellen Lebensziels?

Herausforderung

Der Anspruch ist leicht formuliert: Die richtige Therapie für den richtigen Patienten! Die Umsetzung setzt voraus, dass Innovationen verfügbar sind, kritisch bewertet und qualitätsgesichert eingesetzt werden. ■

*(Quelle: Pressemappe,
Neuermessung
der Onkologie, 2018)*

17. Dreiländertagung der DGEM, AKE und GESKES, Jahrestagung des VDOE,
19. Jahrestagung des BDEM (21. bis 23. Juni 2018, Kassel):

KONGRESS: ERNÄHRUNG 2018

DGEM, BDEM und VDOE unterzeichnen gemeinsame Erklärung zur Verbesserung der ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), der Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM) und der Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE) setzen sich gemeinsam für die Verbesserung der ernährungsmedizinischen Versorgung, Ernährungsberatung und Ernährungsbildung ein.

Bei der Pressekonferenz anlässlich des Kongresses unterschrieben DGEM, BDEM und VDOE die Kasseler Erklärung.

Darin sind die gemeinsam getragenen Überzeugungen und Kernforderungen dargelegt.

Immer mehr Menschen benötigen Unterstützung bei der Umsetzung einer gesunden Ernährung: Die Ernährung und das Essverhalten sind mitverantwortlich für Volkskrankheiten wie Übergewicht, Diabetes und Bluthochdruck. Sie spielen aber auch eine wesentliche therapeutische Rolle in der Betreuung von kranken Menschen. Ernährungsmedizinische und therapeutische Konzepte sind nach heutigem Verständnis integraler, effektiver Bestandteil von Therapie und Prävention. Wissenschaftliche Studien belegen, dass die gezielte Ernährungsintervention im medizinischen Alltag bei vielen Erkrankungen eine vergleichbare Bedeutung hat wie die Verordnung krankheitspezifischer Medikamente. Trotz der Relevanz ernährungsmedizinischer Versorgung, Ernährungsberatung und Ernährungsbildung bestehen in Deutschland noch immer erhebliche Defizite. Beispielsweise fehlt es an Lehrstühlen für Ernährungsmedizin

und Ernährungswissenschaft. Ebenso wird ernährungsmedizinische und ernährungswissenschaftliche Forschung zu wenig gefördert. Obwohl es seit 2016 ein Präventionsgesetz gibt, werden Ernährungsinterventionen nicht konsequent und effektiv für Prävention eingesetzt.

Dass diese Defizite nicht mehr tragbar sind, legen DGEM, BDEM und VDOE in der Kasseler Erklärung dar. Sie fordern, dass Ernährungsmedizin, Ernährungsberatung und -betreuung in der Ausbildung, in Klinik und in Praxis fest etabliert werden. Ernährungstherapie muss zudem zur definierten Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen werden. Die Politik muss Leistungserbringern, Verbraucherschutz und Patientenvertretern die Möglichkeit bieten, gemeinsam den Rahmen für eine integrierte qualitätsgesicherte Ernährungsversorgung zu definieren. Hierin ist die qualitätsgesicherte Ernährungstherapie als ein strukturelles Therapieinstrument gegeben. Es müssen gesetzliche Strukturen geschaffen werden, die eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Umsetzung der entwickelten Rahmenbedingungen gewährleistet.

Eine Steuerungsgruppe aus Delegierten von DGEM, VDOE, BDEM und VDD (Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.) wird die in der Kasseler Erklärung beschriebenen Themengebiete und Forderungen in den nächsten Monaten weiter konkretisieren und spezifizieren. ■

(Quelle:
Pressemitteilung,
balz@medizin-
kommunikation.org)

Die Redaktion der „Aktuellen Gesundheitsnachrichten“ wird weiter darüber berichten.

Niedergelassene gynäkologische Onkologen trafen sich im Juni 2018 in Berlin zum Erfahrungsaustausch:

6. BNGO KONGRESS



Unter dem Motto:
„Die Patienten stehen im Mittelpunkt“
diskutierten Mediziner des Berufsverbandes die heute entscheidenden Fragen ihrer Fachgebiete.

Best of ASCO 2018 mit Updates zum Ovarialkarzinom, Zervixkarzinom kam von Prof. Dr. med. Jalid Sehouli zum Vortrag.

Best of Seno 2018 mit Updates zum Mammakarzinom

wurde von Prof. Dr. med. Jens Blohmer vorgestellt. Aktuelles zur Schmerztherapie, zur palliativen Tumorthherapie, zu medizinrechtlichen Fragen sowie die Rolle der Bewegungstherapie standen in Workshops auf dem Programm. Fehlende Daten für Cannabis- und Methadonbehandlungen wurden mit Blick auf Patientenwünsche bei Krebserkrankten diskutiert.

Der BNGO e.V. ist der berufspolitische Zusammenschluss von hochspezialisierten niedergelassenen gynäkologischen Onkologen. Die Qualität der Behandlung und das Wohl der Patientinnen stehen dabei im Mittelpunkt.

Oberste Maxime ist die kompetente ambulante, wohnortnahe und zugewandte Behandlung von Frauen mit Brustkrebs und anderen gynäkologischen Tumoren.

Um diesen Zielen gerecht zu werden, fördert der BNGO e.V. die Qualitätssicherung, die Fort- und Weiterbildung und den wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch der Mitglieder, so auch mit diesem Kongress. ■
(Kontakt: www.bngo.de)

Diese Themen werden wir weiter beobachten und darüber berichten. (Red.)

Vorschau auf „Aktuelle Gesundheitsnachrichten“ Ausgabe 31/2018

Unsere Themen u.a.:

Melanom: Schwarzer Hautkrebs
Neue Therapieoptionen
(Immuntherapie)

Ernährungstherapie:
Verbesserung der
ernährungsmedizinischen und
ernährungstherapeutischen
Versorgung

**Mangelernährung
bei Krebspatienten**
dazu Expertenstatements
Krebsprävention und -therapie:
Tumorerkrankungen mit der
richtigen Ernährung vorbeugen
und behandeln

**Immunsystem stärken:
Gesunder Schlaf**

Aktuelles aus der Krebsmedizin,
von Kongressen und
viele weitere Nachrichten

Erscheinungstermin:
voraussichtlich November 2018



Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin

Partner für einen Dialog zur Integrativen Krebstherapie

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

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

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

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



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

IMPRESSUM: Aktuelle Gesundheitsnachrichten, Heft 29/2018

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

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

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

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

Bild: Fotolia.com: Thomas (Titel), Marc Kunze (S.2-7), Roman Samokhin (S.8), Picture Factory (S.10), Luminis (S.10), Photo SG (S.11), ExQuisine (S.12), Kateryna Kon (S.13), Lichtfield Studios (S.26), Kwanchaichaidom (S.28), kontaurus (S.30), Jonas Glaubitz (S.32), Rawpixelcon (S.33), photographie eu (S.34), Oksana Kuzmina (S.35), Ian2010 (S.41), Gerhard Seybert (S.42/43), Antonio-guillerm (S.46/47), Stefan Körber (S.53). Weitere: Kelm priv. (S.2-7), Charité-Berlin (S.14-22, 58), DKFZ (S.24), Medical-Tribune/ Cartoons (S.24), Riemann, FACP (S.36-40), F. Temming (S.48-52), M. Rittershaus/Philh. Berlin (S.54-56), HZDR/ F. Bierstedt (S.57), Joachim Kirchmair. Alle im Impressum nicht aufgeführten Bilddokumente in den Artikeln sind von den Autoren zur Verfügung gestellt worden.

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.

Besuchen Sie uns auf Facebook:

www.facebook.com/EANU.Berlin



ONLINE GEDRUCKT VON



ISSN 2199-9791

(Internet)
ISSN 2199-9805

