

Patienten-Bibliothek®

Arzt und Patient im Gespräch – mehr wissen, aktuell und kompetent informiert



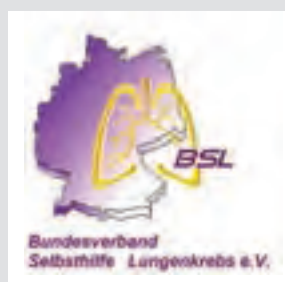
LUNGENKREBS

Starke Partner

Frühe Erkennung

Lebensqualität

Aktuelle Therapieoptionen



Deutschland 6,50 €

Sonderausgabe

Lungenkrebs

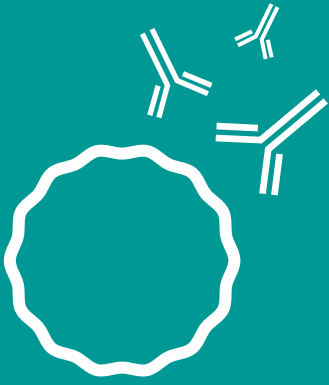
2017

Patientenzeitschrift für Lungenerkrankungen

1. Jahrgang

kostenfrei bei Ihrem Hausarzt, der Apotheke und in der Klinik





Unsere Vision: Nicht der Tumor wächst, sondern die Überlebenschancen.

Als eines der führenden Gesundheitsunternehmen gehen wir in der Krebstherapie auch einen neuen, personalisierten Weg – mit der Immunonkologie. Dabei stärken wir das Immunsystem in der Fähigkeit, Krebszellen zu entdecken und zu bekämpfen. Unser Ziel ist es, mit dieser innovativen Therapie möglichst viele Tumorarten zu behandeln und dem Leben so neue Perspektiven zu ermöglichen.

Weitere Informationen finden Sie auf: immunonkologie.de

Inhalt

Editorial

Leben mit Lungenkrebs

Basisinformationen

Kurzgefasst: Maßnahmen zur Diagnostik

Aktueller Status:
Stadieneinteilung und Therapieoptionen

Gut zu wissen: Früherkennung

Zukunft:
Forschungsaktivitäten zur Früherkennung

Therapieoptionen

Pneumologie-Kongress:
Behandlungsfortschritte

Aktualisierte S3-Leitlinie:
Individuelle Therapie des Lungenkarzinoms

Übersicht: Operative Therapie

Große Präzision: Strahlentherapie

Wissen nimmt Angst: Chemotherapie

Gut zu wissen:
Mögliche Nebenwirkungen und Langzeitfolgen

Ziele und Möglichkeiten: Rehabilitation

Was ist gesichert?
Möglichkeiten der Komplementärmedizin

Das Gespräch: Kommunikation als Therapie

Lungenkrebs und COPD

Gemeinsame Chancen und Therapieoptionen

Patientenorientierung

Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal

Persönliche Einblicke:
Umgang mit der Diagnose

Starke Partner

Porträt:
Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs

04 Überblick: Zertifizierte Lungenkrebszentren 46

Infonet Krebs – Wissen schafft Mut:
Deutsche Krebshilfe 47

05

Lebensqualität

06 Angehörige: Offene Kommunikation suchen 49

09 Ernährung:
mehr als nur eine Nahrungsaufnahme 50

11 Bewegung: Dem Körper wieder vertrauen 53

Fatigue-Syndrom:
Häufig kraftlos und erschöpft 56

12 Literaturtipps 59

17 Pilgern als Therapie 59

20 Wenn ich das Schicksal treffe,
kann es was erleben 61

22

25 Kontaktadressen 61

26 Impressum 62

28

31

36

39

42

43

44



Internationaler Lungenkrebstag, 17. November
„Mut für die Zukunft“

Editorial

Leben mit Lungenkrebs

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

nach der Diagnose Lungenkrebs werden Betroffene meist still. Es entstehen viele Fragen, z. B. wie die Krankheit bewältigt werden kann. In Selbsthilfegruppen unterstützen sich Betroffene und Angehörige gegenseitig, geben einander Beistand, Kraft und Mut. Wir in den Selbsthilfegruppen können nicht alles wissen, aber z. B. an Fachstellen verweisen. Manchmal hilft es auch, einfach eine Hierarchiestufe weiter oben anzusetzen. Wir liefern das Seil, an dem man sich entlang hangeln kann.

Bundesweit sind mehr als 40 Selbsthilfegruppen mit jeweils vier bis 25 Teilnehmern aktiv. Etwa 51.000 Männer und Frauen erkranken jährlich in Deutschland neu. Viele lehnen die Beschäftigung mit der Krankheit ab.

Andere wollen zwar informiert sein, haben aber gleichzeitig Angst vor dem Wissen. Unsere Erfahrung zeigt uns jedoch, dass Wissen die Angst nimmt. Wer bei den Treffen der Selbsthilfegruppen nicht reden will, muss dies keineswegs tun. Zu sehen, wie andere mit der Krankheit leben, hilft manchen bereits.

Noch immer wird Krebs mit Tod gleichgesetzt. Dafür, dass nach der ersten Diagnose noch viele erfüllte und intensive Lebensjahre folgen können, bin ich selbst ein guter Beweis. Mit einem Zufallsbefund begann im Jahr 2001 mein persönlicher wie öffentlicher Kampf. Die Suche nach einem Leben mit der Erkrankung war mein Motor von Anbeginn.

Als ich im Oktober 2001 im Alter von 44 Jahren erkrankte, fand ich keine anderen Lungenkrebspatienten. Ich hatte keinerlei Information, nur Angst. Erst durch eine Anzeige im Internet traf ich auch weitere Betroffene. Zusammen gründeten wir eine Selbsthilfegruppe nur für Lungenkrebspatienten und ihre Angehörigen.

Gerade die Berichte von anderen Mitpatienten, die die unterschiedlichsten Erfahrungen in der Behandlung ihrer Erkrankung gemacht haben, zeigen auf, dass Lungenkrebs nicht gleich Lungenkrebs ist. Es hilft, Ängste abzubauen, wenn man erfährt, dass andere Erkrankte auch durch Täler gehen, in denen man sich vielleicht gerade selbst befindet und dann sieht, wie es ihnen jetzt geht, wie sie ihr Leben mit der Erkrankung meistern und vor allem, dass man auch mit der Erkrankung leben kann.



Die vor Ihnen liegende Sonderausgabe „Lungenkrebs“ der Patienten-Bibliothek ist eine weitere Möglichkeit, sich zu informieren und in gebündelter Form aktuelle Veröffentlichungen kompetenter Lungenspezialisten zu erhalten.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Barbara Baysal

Vorsitzende Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. (BSL)



Basisinformationen

Kurzgefasst

Maßnahmen zur Diagnostik

 ONKO
INTERNETPORTAL

In Kooperation mit der
Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
www.krebsgesellschaft.de



Sollte ein Verdacht auf Lungenkrebs bestehen, leitet ein Lungenfacharzt alle notwendigen Untersuchungen in die Wege, um abzuklären, ob es sich wirklich um einen Tumor handelt und wenn ja, welche Tumorart vorliegt und wie weit die Erkrankung fortgeschritten ist. Zu den gängigen Untersuchungen bei Verdacht auf Lungenkrebs gehören:

Körperliche Untersuchung

Zunächst erkundigt sich der Arzt ausführlich nach Beschwerden und eventuellen Risikofaktoren (Anamnese) und führt eine körperliche Untersuchung durch. Dadurch kann er bereits wichtige Hinweise auf die Art der Erkrankung gewinnen.

Laboruntersuchungen

Blutuntersuchungen geben Aufschluss über den Allgemeinzustand des Patienten sowie über die Funktionen einzelner Organe wie Nieren, Leber und des Knochenmarks.

Eine Untersuchung auf Tumormarker wird bei Verdacht auf Lungenkrebs in der Regel nicht durchgeführt, da ihre Aussagekraft zu ungenau ist.

Röntgenaufnahme der Lunge

Eines der wichtigsten Diagnoseverfahren ist die Röntgenuntersuchung des Brustkorbs. Ab einer Größe von etwa einem halben Zentimeter Durchmesser sind Tumoren auf dem Röntgenbild zu erkennen.

Bronchoskopie (Lungenspiegelung)

Besteht der Verdacht auf Lungenkrebs, gehört die Spiegelung der Bronchien (Bronchoskopie) zu den Standarduntersuchungsmethoden. Mit dem Bronchoskop, einem optischen Gerät, können die Bronchien direkt eingesehen werden.

Dabei wird dem Patienten ein wenige Millimeter dicker, flexibler Schlauch durch Nase oder Mund in die Lufttröhre und weiter in die Bronchien eingeführt. Auf diese Weise kann der Arzt kleinste Gewebeproben oder Schleimhautabstriche aus den Bronchien und dem Lungengewebe entnehmen, die anschließend im Labor auf Krebszellen untersucht werden (zytologische oder histologische Untersuchung durch den Pathologen). Erst durch die Untersuchung einer Gewebeprobe kann sicher entschieden werden, ob es sich tatsächlich um Krebs handelt. Auch die Art des Tumors kann dadurch bestimmt werden.

Computertomografie

Die Computertomografie (CT) ist ein spezielles Röntgenverfahren, bei dem der Körper Schicht für Schicht durchleuchtet wird. Mit ihrer Hilfe lassen sich die genaue Position und die Ausdehnung eines Tumors bestimmen.

Ultraschalluntersuchung (Sonografie)

Mit Hilfe der Ultraschalluntersuchung des Bauchraums kann der Arzt feststellen, ob der Tumor sich bereits auf andere Organe ausgebreitet hat (Metastasenbildung). Insbesondere die Leber, aber auch Nieren, Nebennieren, Milz sowie Lymphknoten werden auf Metastasen untersucht.

Auch eine Flüssigkeitsansammlung in der Brusthöhle (Pleuraerguss) kann mittels Ultraschall beurteilt werden. Ultraschallgesteuert werden auch Punktionen von Lunge und Bauchorganen durchgeführt (nach entsprechender lokaler Betäubung).

Wird tatsächlich Lungenkrebs festgestellt, werden weitere Untersuchungen durchgeführt. Diese sollen vor allem zeigen, wie weit sich der Tumor ausgebreitet hat, ob Lymphknoten befallen sind und ob sich Tochtergeschwülste (Metastasen) in anderen Körperregionen gebildet haben.

Lesen Sie weiter...

Auszug www.krebsgesellschaft.de

Onko Internetportal der Deutschen Krebsgesellschaft

Aktueller Status

Stadieneinteilung und Therapieoptionen

Allgemeines

Lungenkrebs ist die am häufigsten zum Tode führende Krebserkrankung. Leider wird dieser Tumor in circa zwei Drittel der Fälle erst in einem Stadium entdeckt, in dem er nicht mehr operabel ist. In manchen Fällen kann dann durch eine Kombination von Chemo- und Strahlentherapie noch eine Heilung erreicht werden. In vielen Fällen ist nur ein Zurückdrängen oder Aufhalten der Erkrankung möglich. Mit modernen Therapieansätzen kann hier aber durchaus ein bedeutender Gewinn an Zeit und Lebensqualität erreicht werden.

Im Folgenden möchte ich die wichtigsten Aspekte der Behandlung dieser Erkrankung erläutern.

Lungenkrebs ist nicht gleich Lungenkrebs

Man unterscheidet verschiedene feingewebliche Arten (Histologien) von Lungenkrebs (Lungenkarzinom). Zunächst einmal gibt es sogenannte kleinzellige Lungenkarzinome (circa 20 %) und nicht-kleinzellige Lungenkarzinome.

Letztere werden noch in weitere Sorten unterteilt, was für die Wahl der Medikamente zur Behandlung von Bedeutung ist. Für die Entscheidung, ob eine Strahlentherapie oder eine Operation in Frage kommt, spielt die Unterteilung der nicht-kleinzelligen Karzinome keine Rolle.

Operation, Chemotherapie, Bestrahlung – wonach sich die Therapie des Lungenkarzinoms richtet

Das kleinzellige Lungenkarzinom wächst in der Regel aggressiver und bildet früher Metastasen als das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom. Es wird immer mit Chemotherapie behandelt; wenn keine Metastasen vorliegen, erfolgt zusätzlich eine Bestrahlung.

Beim nicht-kleinzelligen Karzinom ist die Behandlung abhängig von der Ausbreitung der Erkrankung (Stadium).

Wenn lediglich ein Tumor in der Lunge vorliegt, ohne Beteiligung der Lymphknoten oder anderer Organe, spricht man vom Stadium I. Hier ist die Operation die Therapie der Wahl, wobei mindestens der betroffene Lungenlappen entfernt werden sollte. Für Patienten, die den Verlust eines Lungenlappens wegen einer schlechten Lungenfunktion nicht tolerieren können, besteht alternativ die Möglichkeit der Bestrahlung.

(Siehe Abbildung 1)

Wenn Lymphknoten in der Lunge oder an der Lungenwurzel mitbetroffen sind, spricht man von einem Stadium II. Auch hier sollte eine Operation erfolgen. Auch wenn diese erfolgreich verläuft und der Tumor komplett entfernt werden kann, sollte eine Chemotherapie folgen. Das liegt daran, dass Lungentumoren leider schon sehr früh einzelne Zellen in die Blut- und Lymphbahnen absondern, welche Ausgangspunkt eines Rückfalls (Rezidiv) werden können. Man versucht, diese Zellen durch die Chemotherapie zu zerstören.

Wenn Lymphknoten zwischen den beiden Lungen befanden sind (dieser Raum nennt sich Mediastinum), sollte man auf jeden Fall eine Kombination aus Chemo- und Strahlentherapie anstreben. In Einzelfällen kann auch eine Operation zusätzlich sinnvoll sein.

Wenn Fernmetastasen in anderen Organen vorliegen, spricht man von einem Stadium IV. Hier sind lokale Therapieverfahren wie Operation und Strahlentherapie nur zur Behandlung gewisser Komplikationen sinnvoll, nicht jedoch zur Behandlung der gesamten Erkrankung. Es muss nun eine Behandlung mit Medikamenten erfolgen.

Chemotherapie, Tabletten oder Immuntherapie. Was wann eingesetzt wird (Tabelle)

Die Chemotherapie stellt nach wie vor den Standard in der Therapie des Lungenkarzinoms im Stadium 4 dar. In der Regel ist die Verträglichkeit akzeptabel, es kommt zu Müdigkeit, Erschöpfung und Appetitlosigkeit in verschiedener Ausprägung, insbesondere in der ersten Woche nach der Infusion. Übelkeit und Erbrechen sind nur manchmal ein Problem, Haarausfall tritt nur bei bestimmten Medikamenten auf. Manchmal ist die Hinzunahme eines Antikörpers, welcher die Blutversorgung des Tumors hemmt, sinnvoll.

Bei einem Teil der Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom bestehen bestimmte genetische Veränderungen im Tumor, die diesen empfindlich machen für eine Therapie mit Tabletten (sogenannte EGFR-Mutation, eine EML4-ALK-Translokation oder sehr selten eine ROS-1-Translokation). Diese sollte dann anstatt einer Chemotherapie durchgeführt werden.

Ein weiterer Ansatz ist die Immuntherapie, die als erste Behandlung eingesetzt werden kann, wenn Tabletten nicht in Frage kommen und der Tumor ein bestimmtes Eiweiß („PD-L1“) in mindestens 50 % der Zellen bildet. Hier ist die Wirksamkeit einer Immuntherapie der Che-

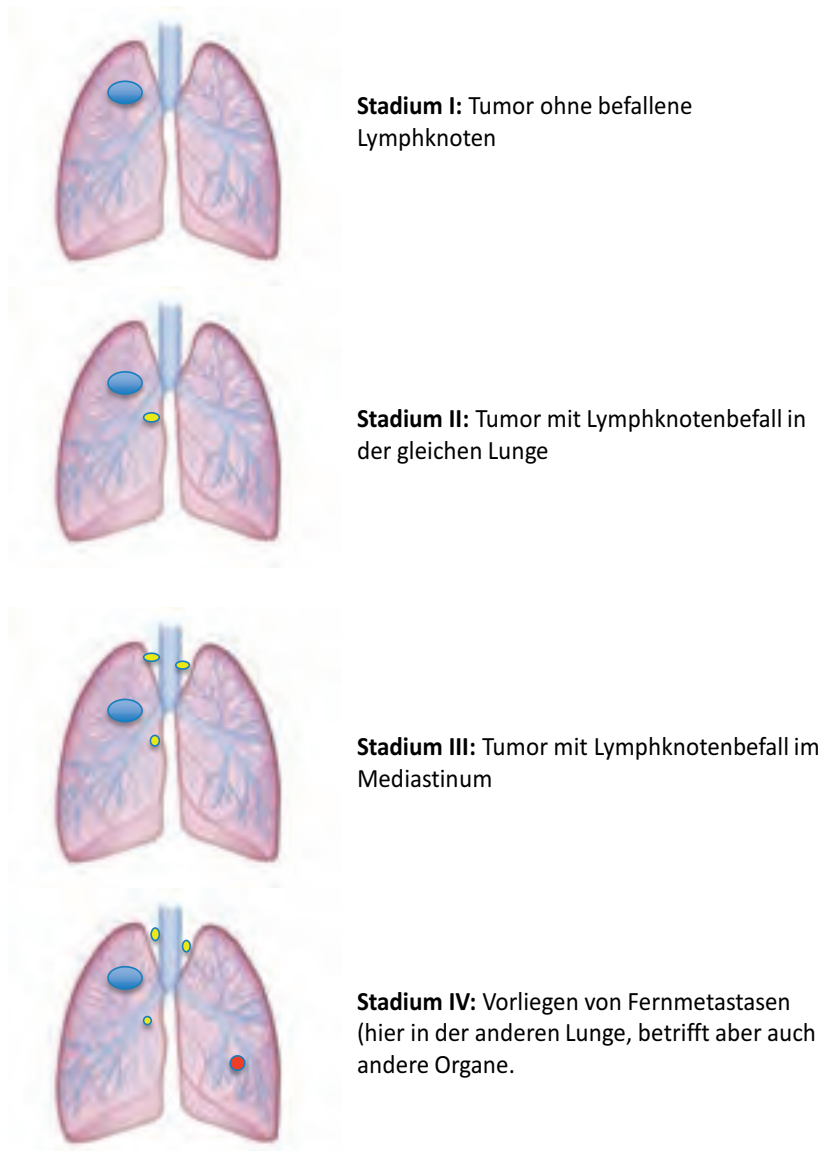


Abb. 1: Stadien des Lungenkrebs

Diese Darstellung ist stark vereinfacht. Es gibt noch andere Kriterien, wie z.B. Tumorgöße oder Lage, die in ein höheres Stadium führen können. Das bleibt aus didaktischen Gründen in dieser Abbildung unberücksichtigt.

Legende:

- Lungentumor
- Lymphknotenmetastase
- Fernmetastase

motherapie deutlich überlegen. Bei allen anderen Patienten kann die Immuntherapie eingesetzt werden, wenn ein nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom vorliegt und der Tumor nach der ersten Therapie wieder zu wachsen begonnen hat (als sogenannte „Zweitlinientherapie“). Die Verträglichkeit einer Immuntherapie (auch „Checkpoint-Inhibition“ genannt) ist meist besser als die einer Chemotherapie und es besteht die berechtigte Hoffnung, dass die Wirkung bei manchen Patienten sehr lange anhält.

Eine Immuntherapie ist aber nicht für jeden Patienten in der Zweitlinie die beste Wahl. Besonders wenn kein PD-L1 im Tumor gebildet wird oder der Tumor nach der ersten Therapie sehr schnell wieder wächst, sollte man die Blutversorgung des Tumors hemmen. Dies geschieht zusätzlich zu einer Chemotherapie mit Tabletten oder Antikörpern.

Tabelle:
Stadienabhängige Therapie des Lungenkarzinoms

Therapie Stadium	OP	Strahlentherapie	Medikamentöse Therapie	Palliativmedizin
I	+	(+) (statt OP)	-	-
II	+	(+) (statt OP)	+	-
III	(+)	+	+	-
IV	-	(+)	+	+

Zeichenerklärung: +: Therapie der Wahl, (+): Kommt unter gewissen Umständen in Frage, -: Wird in der Regel nicht angewendet

Welche Rolle die Palliativmedizin spielt

Palliativmedizin ist die optimale Behandlung eines Patienten in Hinblick auf Lebensqualität und Beschwerden. Viele Menschen verstehen unter Palliativmedizin fälsch-

licherweise eine Behandlung, die erst beginnt, wenn „nichts anderes mehr geht“. Manche Patienten setzen sie sogar mit einem Aufgeben der Behandlung gleich.

Tatsächlich sollte Palliativmedizin begleitend zur Chemo- oder Strahlentherapie bei Lungenkrebs durchgeführt werden, im Prinzip bereits mit der Diagnosestellung einer metastasierten Lungenkrebserkrankung. Natürlich geht sie noch darüber hinaus bis zum Lebensende, für die Angehörigen sogar noch weiter mit dem Angebot der Trauerbegleitung.

Man hat in wissenschaftlichen Studien festgestellt, dass durch den frühzeitigen Einsatz palliativmedizinischer Behandlung das Überleben der Patienten verbessert wird.

Was ich als Betroffener oder Angehöriger tun kann

Gerade weil bei Lungenkrebs charakteristische Symptome spät auftreten, trifft die betroffenen Patienten diese Diagnose häufig völlig unvorbereitet. Um in dieser Situation Hilfe zu bekommen, sollte man sich zuallererst vertrauensvoll an den Hausarzt wenden, der den Kontakt zu Spezialisten herstellt. Selbst wenn die Erkrankung bereits metastasiert ist, ist die Behandlung häufig recht komplex und sollte an erfahrenen Zentren durchgeführt werden.

Eine Liste zertifizierter Lungenkrebszentren finden Sie auf einer Internetseite der Deutschen Krebsgesellschaft: www.oncomap.de.



Priv. Doz. Dr. med. David Felix Heigener
Onkologischer Schwerpunkt,
LungenClinic Grosshansdorf
Mitglied des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL)

... per definitionem

Chemotherapie

Meist intravenöse Gabe von Medikamenten, welche direkt die Zellteilung verhindern, was in allererster Linie dem Tumor schadet. Wird in verschiedenen Abständen (meist drei Wochen) wiederholt.

EGFR-Mutation

Der Wachstumsrezeptor EGFR kann mit Medikamenten (Antikörper oder Tabletten) blockiert werden. Besonders gut reagieren Tumoren, in denen das Gen für diesen Rezeptor mutiert ist auf eine Tablettentherapie. Man spricht von einer EGFR-Mutation. Diese haben aber nur circa 9 % der Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkrebs.

EML4-ALK-Translokation

EML4-ALK ist eine Chromosomentranslokation, aus der, analog zu EGFR, ein Eiweiß gebildet wird, welches den Krebs zum Wachsen bringt.

Auch dieses Eiweiß kann mit Tabletten erfolgreich blockiert werden. Die EML4-ALK Translokation kommt 2-4 % der Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkrebs vor.

Immuntherapie

Antikörper, die das Immunsystem (wieder) gegen den Krebs aktivieren, sodass es diesen (teilweise) zerstört. Andere Immuntherapien wie z. B. Impfungen oder Infusion von Immunzellen sind experimentell.

Lungenlappen

Der Mensch hat zwei Lungen, links und rechts. Die linke Lunge hat zwei, die rechte Lunge hat drei Lappen.

Mediastinum

Der Raum zwischen den Lungen, in dem sich neben dem Herzen die großen Adern, die Lufttröhre, die Speiseröhre, die Thymusdrüse und Lymphknoten befinden, in die das Lymphsystem der Lunge drainiert („entwässert“).

Operation

Bei einer Lungenkrebsoperation wird in der Regel ein Schnitt zwischen den Rippen gesetzt und der Lungenlappen, in dem der Tumor sich befindet, entfernt. In manchen Fällen kann diese Operation als „Schlüsselloch“-Operation durch 2-3 kleine Schnitte erfolgen.

Palliativmedizin

Der Begriff „palliativ“ leitet sich vom lateinischen „Pallium“ (der Mantel) ab und steht für eine umfassende Behandlung des Patienten, welche neben den reinen Symptomen psychische, spirituelle und soziale Probleme und die Angehörigen und Freunde („wie ein Mantel“) einbezieht.

Strahlentherapie

Es werden hochenergetische Strahlen von außen auf den Tumor gelenkt, um ihn zu zerstören. Eine Strahlentherapie muss häufig in mehreren Sitzungen (in der Regel 10-30 Mal, jeweils eine pro Tag) verabreicht werden.

Gut zu wissen

Früherkennung

Lungenkrebs ist in Deutschland bei Frauen die dritthäufigste und bei Männern die zweithäufigste Krebserkrankung. Ein hohes Lungenkrebsrisiko haben insbesondere starke Raucher in höherem Alter. Das sind Personen mit mindestens 30 Packungsjahren (Anzahl der Packungen pro Tag multipliziert mit der Zahl der Jahre). 30 Packungsjahre können etwa zwei Packungen Zigaretten pro Tag über 15 Jahre hinweg entsprechen.

Früh erkannt lässt sich Lungenkrebs am besten behandeln. Beschwerden treten jedoch oft erst auf, wenn die Erkrankung fortgeschritten ist. Hier fragt man sich, ob es nicht sinnvoll wäre, auch gesunde Menschen auf eine mögliche Erkrankung zu testen. Derzeit gibt es jedoch keine gut geeignete Methode zur Früherkennung von Lungenkrebs.

Folgende Methoden werden von Experten in Deutschland **nicht** empfohlen:

- Röntgenaufnahmen des Brustraums (Thoraxübersichtsaufnahmen)
- Untersuchung von Auswurf (Sputumzytologie)
- Spiegelung der Luftwege (Bronchoskopie)
- Blutuntersuchungen (Tumormarkerdiagnostik)

Methoden zur Analyse der Ausatemluft sind noch Gegenstand der Forschung.

Diskutiert wird derzeit über die Früherkennung von Lungenkrebs mittels strahlenarmer Computertomografie (Niedrigdosis-CT).

Niedrigdosis-Computertomografie

Bei der Niedrigdosis-CT werden mithilfe von Röntgenstrahlen Schnittbilder des Körpers erstellt. Die Untersuchung dauert nur wenige Minuten. Auf den Schnittbildern suchen die Ärzte nach krebserkrankten Veränderungen in der Lunge.

Die Strahlenbelastung ist im Vergleich zur normalen Computertomografie geringer: Sie beträgt nur etwa ein Fünftel bis ein Viertel der Dosis der normalen Computertomografie.

Diskussion zum Nutzen läuft

Umstritten ist im Moment, ob eine Niedrigdosis-CT zur Lungenkrebsfrüherkennung (Screening) geeignet ist. In den USA wird ein solches Screening von Fachgesellschaften für Personen mit hohem Lungenkrebsrisiko empfohlen. In Deutschland empfehlen Fachgesellschaften



ten die Niedrigdosis-CT nicht als flächendeckende Reihenuntersuchung, um Lungenkrebs früh zu erkennen. Dies gilt auch für Risikogruppen. Grund hierfür ist, dass noch nicht klar ist, ob der Nutzen die Risiken überwiegt.

Grundsätzlich besteht jedoch die Möglichkeit, an klinischen Studien teilzunehmen und Lungenkrebs auf diese Weise früh zu erkennen. Derzeit werden in Deutschland mehrere Studien durchgeführt oder vorbereitet. Nicht jeder, der an einer Studie teilnehmen möchte, erfüllt auch alle Voraussetzungen, um in die entsprechende Studie aufgenommen zu werden. Häufig werden Teilnehmer auch zufällig ausgewählt, damit die Ergebnisse zuverlässig sind.

Beratung im Einzelfall

Haben Sie im Moment zwar keine Beschwerden, aber ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko, beispielsweise als starker Raucher? Dann können Sie sich an ein spezialisiertes Zentrum wenden. In einem solchen Zentrum arbeiten Ärzte, die Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von Lungenkrebs haben. Diese Ärzte können Ihre Fragen individuell beantworten und Sie über mögliche Nutzen und Risiken aufklären. Die Zentren wissen in der Regel auch, wo Studien stattfinden. Bei Bedarf kann der Krebsinformationsdienst Sie bei der Suche nach einem solchen Zentrum unterstützen. Wägen Sie auch selbst Vor- und Nachteile der Lungenkrebsfrüherkennung gegeneinander ab.

Was können Sie selbst tun?

Früherkennung von Lungenkrebs kann die Erkrankung nicht verhindern. Wichtigste Maßnahme, um das Risiko für Lungenkrebs zu senken, ist, nicht mehr zu rauchen. Generell gilt: Achten Sie selbst auf verdächtige Veränderungen. Die **Krankheitszeichen** sind leider oft so vieldeutig, dass sie häufig zunächst verkannt werden, etwa als chronische Bronchitis:

- Neu einsetzender und über Wochen anhaltender Husten oder die Verschlimmerung eines chronischen Hustens führen Betroffene am häufigsten zum Arzt.

- Auf Nachfrage stellt sich oft heraus, dass die Betroffenen sich seit längerem abgeschlagen fühlen, kurzatmig waren oder an Gewicht verloren haben.
- Häufig verschleimte Bronchien kennen vor allem Raucher. Klagen Patienten über Auswurf mit Blutbeimengungen oder verstärkt sich der Auswurf, kommen Schmerzen, Fieberschübe oder Atemnot hinzu, sind dies Warnsignale, die sofort zum Arzt führen sollten.

Allgemeine Informationen finden Sie im Informationsblatt „Krebsfrüherkennung“ des Krebsinformationsdienstes.

Der Krebsinformationsdienst beantwortet auch Ihre Fragen, telefonisch innerhalb Deutschlands unter der kostenfreien Rufnummer 0800 – 423040, täglich von 8 – 20 Uhr und per E-Mail unter krebsinformationsdienst@dkfz.de.

KID im Internet: www.krebsinformationsdienst.de oder auf Facebook unter www.facebook.com/krebsinformationsdienst.

Auszug Lungenkrebs: In Deutschland derzeit keine Früherkennung, Krebsinformationsdienst KID, Abruf 14.10.2017



Fragen zu KREBS?
Wir vom KID sind für Sie da.
0800 420 30 40

dkfz.
DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
KREBSINFORMATIONSDIENST

Zukunft

Forschungsaktivitäten zur Früherkennung

Atemluft

Tief einatmen und wieder ausatmen – so könnte ein Test auf Lungenkrebs in Zukunft aussehen. Wissenschaftler des Max-Planck-Instituts für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim haben ein Verfahren entwickelt, das die Erkrankung bereits im frühen Stadium erkennen kann. Dazu untersuchen sie Atemproben auf Spuren von RNA-Molekülen, die durch Krebswachstum verändert sind. In einer Untersuchung an gesunden Probanden und Krebspatienten konnte der Atemtest den Gesundheitsstatus von 98 Prozent der Teilnehmer korrekt bestimmen. Er soll nun zusammen mit Lizenzpartnern so weiterentwickelt werden, dass er für die Lungenkrebsdiagnose eingesetzt werden kann.

Max-Planck-Institut, Bad Nauheim 18.04.2017

Liquid Biopsy

Als "Liquid Biopsy", englisch für "flüssige Biopsie", werden zurzeit Verfahren bezeichnet, bei denen Informationen über eine Krebserkrankung aus einer Blutprobe oder anderen Körperflüssigkeiten gewonnen werden. Dabei geht es längst nicht mehr nur um klassische Tumormarker zur Diagnose und zum Monitoring: Inzwischen kann man auch im Blut zirkulierende Tumorzellen oder ins Blut freigesetzte zirkulierende Tumor-DNA und mikroRNA nachweisen.

Die Hoffnung vieler Forscher: Irgendwann soll die Liquid Biopsy nicht nur zur Erfassung von prädiktiven Markern und Prognosefaktoren einsetzbar sein, sondern auch zur Krebsfrüherkennung genutzt werden.

Bislang ist noch unklar, ob und wann es möglich sein wird, mit einer Liquid Biopsy eine bestimmte Krebserkrankung nachzuweisen oder verlässlich auszuschließen.

Krebsinformationdienst, www.krebsinformationsdienst.de – Weitere Informationen finden Sie in dem dort abrufbaren Informationsblatt.

Tumor-Genomsequenzierung

Die Tumor-Genomsequenzierung ist ein Ansatz in der personalisierten Krebsmedizin. Der Begriff "personalisierte Medizin" formuliert die immer notwendige Anpassung der Krebstherapie auf die Situation des einzelnen Patienten konkreter: Er bezeichnet eine Behandlung, die sich an die jeweiligen besonderen Eigenschaften der Krebserkrankung auf Zellebene anpasst. Bei der Tumor-Genomsequenzierung wird das Erbmaterial sowohl gesunder wie erkrankter Zellen von Krebspatienten auf tumorspezifische wie auch individuelle Veränderungen hin geprüft. Aus den Ergebnissen dieser Sequenzierung versucht man abzuleiten, welche biologischen Eigenschaften der Tumor hat und auf welche Therapie er deshalb gut ansprechen könnte.

Bislang ist die Tumor-Sequenzierung ein experimentelles Verfahren. Sie wird im Rahmen der klinischen Forschung überwiegend bei Patienten eingesetzt, denen etablierte Therapien nicht (mehr) zur Verfügung stehen.

Krebsinformationsdienst, www.krebsinformationsdienst.de – Weitere Informationen finden Sie in dem abrufbaren Informationsblatt.



Kann so die Zukunft für die Früherkennung aussehen?
Aktuell müssen die Entwicklungen abgewartet werden.

Pneumologiekongress 2017

Behandlungsfortschritte

Noch bis in die 1990er Jahre war eine Behandlung des Lungenkarzinoms fast aussichtslos. Seitdem hat sich sowohl bei der Diagnostik als auch bei den therapeutischen Möglichkeiten eine Menge getan – der diesjährige Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin bot daher umfangreichen Diskussionsstoff. Neue Entwicklungen geben berechtigten Anlass zu Hoffnung; gleichwohl sind auch von den neuen Therapiekonzepten, wie so oft in der Medizin, keine Wunder zu erwarten.

Bisherige Therapieoptionen noch nicht optimal

In der klinischen Praxis ist nach der Diagnose Lungenkrebs in frühen Stadien eine operative Entfernung des Tumors die Therapie der Wahl. Hat der Tumor bereits "gestreut" (metastasiert), war eine Chemotherapie bislang der zu empfehlende Therapieansatz, ggf. in Kombination mit einer Therapie, die lokal angewendet wird, z. B. einer Strahlentherapie. Auch können diese Therapieoptionen nacheinander eingesetzt werden, um ein Fortschreiten der Erkrankung so lange wie möglich hinauszuzögern und dem Patienten eine bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Dabei wird versucht, die jeweils individuell geeignete Therapie zu finden, von welcher der einzelne Patient am ehesten profitiert. Aber die Mechanismen der unkontrollierten Vermehrung von Krebszellen sind sehr kompliziert. Entsprechend schwierig ist es, das Wachstum von Krebszellen mit den bislang verfügbaren Mitteln zu bremsen.

Genaue Diagnose wichtig bei Wahl der Therapie

Der Kampf gegen den Krebs ist umso effektiver, je genauer die Informationen über die Krebsart, die Ursachen der Krebsentstehung und das Entwicklungsstadium bzw. das Stadium der Ausbreitung von Tochtergeschwüren sind. Bei Lungenkrebs unterscheidet man beispielsweise zwischen kleinzelligem und nicht-kleinzelligem Lungenkrebs.

Als eine der neueren Entwicklungen im Kampf gegen fortgeschrittenen Lungenkrebs stellen die innovativen Therapieoptionen aus dem Bereich der Immunonkologie eine Erweiterung des Behandlungsspektrums für bestimmte Patienten dar.

Immunsystem als Schlüssel im Kampf gegen Tumorzellen

Die immunonkologische Therapie zielt darauf ab, das körpereigene Immunsystem für den Kampf gegen den Krebs stark zu machen und zu reaktivieren. Immunzellen,

die von den Krebszellen ausgetrickst und an ihrer Abwehrfunktion gehindert werden, können dadurch wieder in die Lage versetzt werden, die Krebszellen zu erkennen und diese zu bekämpfen – das Immunsystem wird sozusagen reaktiviert. Vor Therapiebeginn mit bestimmten immunonkologischen Substanzen muss bei einigen Anwendungsgebieten allerdings erst ein sogenannter Biomarkertest durchgeführt werden. Bei diesem Biomarker handelt es sich um bestimmte Merkmale auf der Oberfläche der Krebszellen. Mit dem Test wird geprüft, ob und in welchem Umfang bestimmte Oberflächenstrukturen vorhanden sind. Patienten, die eine große Anzahl dieser Strukturen aufweisen, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, von bestimmten innovativen immunonkologischen Therapien zu profitieren.

Immuntherapeutika: Perspektive in der Krebstherapie

In relativ kurzer Zeit ist aufgrund bahnbrechender Studien der immunonkologische Therapieansatz, unter anderem zur Behandlung des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms im fortgeschrittenem Stadium, zum Hoffnungsträger für bestimmte Patienten geworden.

Wie erfolgreich sich die neuen Konzepte bereits in der Praxis bewähren, weiß Prof.

Dr. Martin Reck, Chefarzt des onkologischen Schwerpunkts der LungenClinic Grosshansdorf, der seit mehr als 25 Jahren Lungenkrebspatienten behandelt. Im Interview mit Elke Klug während des Pneumologie Kongresses 2017 in Stuttgart erläutert er die neuesten Forschungsergebnisse und wie Patienten schon jetzt davon profitieren können.



Herr Professor Reck, vor Ihnen sitzen täglich zahlreiche Patienten, jeder mit seinem Einzelschicksal. Was beschäftigt diese Menschen am meisten, wenn sie die Diagnose Lungenkrebs erhalten? Wie gehen Sie mit den Ängsten der Patienten um?

Die Patienten reagieren sehr unterschiedlich. Die einen sind von der Diagnose völlig überrascht, und es gibt andere, die schon damit rechnen, je nachdem, wie sie von ihrem Hausarzt vorbereitet wurden. Eine der ersten und häufigsten Fragen ist "Wie lange habe ich noch zu

leben?". Die zweite Frage nach einer gewissen Zeit ist, "Werde ich an der Erkrankung ersticken?" Also letztlich auch die Frage nach dem Tod, wann nimmt mir der Tumor die Luft zum Atmen.

Der Umgang mit solchen Fragen und Ängsten entwickelt sich in einem langen Prozess. Ein großes Problem ist, dass der Patient versucht, sich (meist im Internet) selbst Informationen zu beschaffen, völlig ungefiltert zum Teil schreckliche Dinge erfährt und den Arzt dann damit konfrontiert. Entscheidend ist, ihm vor allem zu erklären, dass es nicht möglich ist, pauschale Aussagen zu Lebenszeit oder Prognose zu machen. Das zweite ist, in der oft vorherrschenden großen Hoffnungslosigkeit darzustellen, dass es Chancen und Möglichkeiten gibt, etwas gegen die Krankheit zu tun. Sicher, der Blickwinkel auf das eigene Leben verändert sich, man kann nicht so weiterleben wie bisher. Aber es ist nicht so, dass man gar nichts machen kann.

Im Rahmen der Patientenveranstaltung des diesjährigen Kongresses für Lungenerkrankungen sagten Sie sinngemäß "Selten durften wir bei einer Krebserkrankung eine derart faszinierende Entwicklung in der Behandlung erleben wie jetzt."

Wie sieht diese Entwicklung aus? Welche Art von Lungenkarzinom betrifft das?

Circa 85 % aller Patienten haben ein sogenanntes nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom. Das ist der häufigste Lungenkrebs, den wir sehen. Leider wird diese Krebsart meist erst in einem fortgeschrittenen, nicht mehr heilbaren Stadium diagnostiziert. Die Tumore können über lange Zeit wachsen, weil die Lunge keine Schmerzsensoren hat, die frühe Signale aussenden könnten.

Bei diesen Patienten mit einem fortgeschrittenen, nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom gibt es die entscheidenden therapeutischen Verbesserungen.

Wird das Lungenkarzinom damit nun bald zu einer heilbaren Karzinomart?

Wir behandeln immer noch Patienten mit einem fortgeschrittenen Lungenkarzinom. Das wird auch zunächst so bleiben, weil die Krankheit für eine frühere Behandlung viel zu spät diagnostiziert wird. Wir werden ein fortgeschrittenes Lungenkarzinom nicht heilen können.

Unser aktuelles Ziel ist ein anderes: Wir möchten, dass Patienten mit dieser Erkrankung möglichst lange gut leben können. So wie wir Diabetes oder chronische Infektionen auch gut behandeln können, wollen wir den



Lungenkrebs in eine chronische Erkrankung verwandeln. Und wir sehen jetzt mit neuen Therapiekonzepten, dass es bestimmte Patienten gibt, die über Jahre hinweg von dieser Behandlung profitieren und quasi fast gesund leben können.

Wie sehen die Konzepte jenseits der bisher bekannten Behandlungsmöglichkeiten aus?

Das, was den Behandlungsfortschritt jetzt gerade so faszinierend macht, ist einerseits die Optimierung der Chemotherapie durch gezielter einzusetzende Medikamente und andererseits, dass zu den drei etablierten Therapie-säulen noch eine vierte Säule hinzu gekommen ist. Wir haben jetzt mit der Immuntherapie ein völlig neues Behandlungskonzept dazu gewonnen.

Was unterscheidet ungezielte und gezielte Therapien von der Immuntherapie?

Das Prinzip einer Chemotherapie sind Medikamente, die der Krebszelle in irgendeiner Weise schaden. Das läuft relativ ungezielt ab. Zellgifte verhindern, dass Zellen sich teilen können, und das führt dazu, dass sie absterben.

Zunächst haben wir bei der Erforschung verbesserter Therapiemöglichkeiten entdeckt, dass es einige Patienten gibt, die bestimmte genetische Veränderungen an ihren Tumoren haben. Diese können wir inzwischen mit gezielten Medikamenten behandeln. Das sind in der Regel Tabletten, die ebenfalls dazu führen, dass die Krebszellen sich nicht weiter teilen können und absterben. Aber das gelingt jetzt sehr viel gezielter, auf den einzelnen Patienten angepasster als früher.

Die Immuntherapie oder auch immunonkologische Therapie ist ein ganz anderes Prinzip. Es sind Antikörper, die an der Tumorzelle gar nichts verändern. Sie führen dazu, dass das körpereigene Abwehrsystem wieder aktiviert wird. Wir



stellen es uns so vor, dass eine Krebsgeschwulst in der Lage ist, sich unsichtbar zu machen für die Immunzellen des Körpers und so eine Immunantwort unterdrückt. Das geschieht über bestimmte sogenannte Pathways (Reaktionsketten) oder Checkpoints. Letztere sind Kontrollpunkte, die wir alle in unserem Immunsystem haben und die sich normalerweise im Gleichgewicht befinden. Sie steuern und kontrollieren die Aktivierung dieses Systems, damit es nicht überreagiert. Tumoren können in diese Immunsteuerung eingreifen, die Balance stören und die Abwehrzellen des Organismus lähmen.

Die neuen Medikamente sind in der Lage, diese Signalkette zu unterbrechen. Deswegen nennt man sie auch Checkpoint-Inhibitoren (Kontrollpunkt). Sie entfernen die "Tarnkappe" des Tumors, er wird sozusagen sichtbar für das Immunsystem, und es kann abwehrend reagieren.

Wie kann man identifizieren, welcher Patient für welche Therapie geeignet ist?

Es gibt verschiedene Situationen, in denen wir über eine Immuntherapie sprechen:

1. geht es um Patienten, die noch keine Vorbehandlung hatten. Bei ihnen schauen wir nach einem sogenannten Biomarker, um die geeigneten Kandidaten herauszufinden. Wir untersuchen eine Tumorseite, und wenn ein Marker ausreichend hoch da ist, kommt der Patient für eine Immuntherapie infrage.
2. behandeln wir Patienten, die bereits eine Chemotherapie hatten. Nach allem, was wir wissen, gibt es zurzeit ein Medikament, Pembrolizumab, das bei vorbehandelten Patienten nur gegeben werden kann, wenn der entsprechende Biomarker nachweisbar ist. Ein zweites Medikament, Nivolumab, kann gegeben werden, ohne dass man weiß, ob ein Biomarker vorhanden ist.

Wichtig ist, dass man regelmäßig Röntgenuntersuchun-

gen durchführt, um zu sehen, ob die Therapie wirkt. Wächst der Tumor weiter, würde man diese Therapie sicherlich nicht fortführen. Auch Patienten, die aktive Autoimmunerkrankungen, z. B. Darmentzündungen, wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, haben, sind nicht geeignet für eine solche Therapie.

Wie hoch ist der Anteil der Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom, die von der Immuntherapie profitieren können?

Das sind sicherlich 60 bis 70 % aller Patienten. Ungefähr 30 % haben den Biomarker in einer sehr hohen Konzentration, so dass sie auch in der Erstlinientherapie dafür geeignet wären und weitere 30 % haben den Biomarker, wenn auch nicht so hoch konzentriert, die aber ebenfalls davon profitieren können.

Für die Patienten, denen wir mit dieser Therapieform im Moment noch nicht helfen können, ist die Forschung auch bereits gut vorangekommen. Die Frage ist, wie empfindlich ist ein Tumor gegenüber solch einer Checkpoint-Hemmung. Ob der Tumor gegenüber einem Antikörper reagiert, hängt davon ab, wie dieser Tumor konstruiert ist, ob er der Abwehrzelle genügend Angriffsfläche bietet. Je mehr "Ecken und Kanten" die Geschwulst hat, desto besser ist sie erkennbar. Es gibt Tumoren, deren Zellen sehen alle gleich aus, z. B. wie bei Darmkrebs oder Brustkrebs. Solche Tumoren sind nicht gut für eine Immuntherapie geeignet. Die Idee ist nun, solche Tumoren irgendwie "anzureizen", man versucht einen Mechanismus zu erkennen, an dem eine Immuntherapie greifen kann, z. B. durch Kombination mit einer anderen Substanz. Gegenwärtig wird in Studien untersucht, ob die Kombination einer Chemotherapie mit einem Checkpoint-Hemmer funktioniert. Dazu gibt es erste positive Ergebnisse. Man versucht auch verschiedene Immunmedikamente miteinander zu kombinieren, um damit die Patienten, die bisher nicht ansprechen, geeignet zu machen für eine Immuntherapie.

Gibt es eine Alterseinschränkung für eine solche Therapie?

In Studien haben wir das bisher nicht gesehen. Man weiß zwar, dass mit zunehmendem Alter das Immunsystem "etwas müde" wird, d. h. die Reaktionsfähigkeit des Immunsystems lässt nach. Man könnte vermuten, dass die Wirkung im höheren Lebensalter schwächer wird. Ob das Alter tatsächlich einen Einfluss auf die Wirksamkeit einer Immuntherapie hat, wissen wir jedoch noch nicht.

Wodurch profitiert der geeignete Patient bei einer Immuntherapie im Gegensatz zur herkömmlichen Chemotherapie?

Eine Immuntherapie ist für diese Patienten mit extremen Vorteilen verbunden. Die Behandlung ist sehr viel einfacher. Sie bekommen nur ein Medikament anstelle einer Kombinationsbehandlung, das besser wirkt und besser verträglich ist.

Wie gestaltet sich die Therapie?

Eine Immuntherapie ist eine ambulante Infusionsbehandlung. Sie wird über einen Tropf gegeben, alle zwei bis drei Wochen ohne besondere Vor- oder Nachbehandlung. Das Besondere ist, es gibt keine feste Therapiezeit, die irgendwann beendet ist, anders als bei der Chemotherapie, die in festen Zyklen abläuft. Die Immuntherapie wird so lange gegeben, wie man den Eindruck hat, sie ist erfolgreich, und der Patient kommt gut damit klar. Das kann sehr unterschiedlich sein. Es gibt Patienten, die bekommen sie nur zwei bis drei Monate, andere bekommen sie schon zwei Jahre. In der Regel wird man die Therapie irgendwann absetzen; wenn in regelmäßigen Röntgenuntersuchungen beobachtet wird, dass sich ein stabiler Zustand einpendelt.

Was wir noch nicht wissen ist, wie es dann weitergehen könnte. Wir haben jetzt die ersten Daten von einer vor vier Jahren begonnenen Studie. Da hat man ein Medikament über zwei Jahre gegeben, dann abgesetzt, und wir beginnen jetzt, 50 Patienten nachzukontrollieren. Wir sehen, dass häufig eine Stabilisierung oder Rückbildung der Krebserkrankung, wir sprechen von einer Remission, bestehen bleibt. Das ergäbe auch Sinn, weil das Immunsystem lernfähig ist. Unsere Hoffnung ist, dass man mit der Therapie einen Impuls setzt, der im Körper "gespeichert" ist. Ob das funktioniert, wissen wir noch nicht.

Wird der Patient unter weniger Nebenwirkungen als bei der Chemo zu leiden haben?

Das ist genau das Signal, was wir in allen Studien zur Immuntherapie gesehen haben. Die Rate an schweren

therapiebedingten Nebenwirkungen ist deutlich geringer, etwa halb so hoch wie unter einer Chemotherapie. Auch alle Untersuchungen zur Lebensqualität und zur Symptomkontrolle sind für die Immuntherapie vorteilhaft ausgefallen.

Allerdings muss man sich darüber im Klaren sein, es gibt kein wirksames Medikament gänzlich ohne Nebenwirkungen. Die Immuntherapeutika verursachen jedoch ein anderes Spektrum an Nebenwirkungen. Während wir bei der Chemotherapie Nebenwirkungen wegen der Unterdrückung der Immunreaktion fürchten, handelt es sich bei der Immuntherapie um Nebenwirkungen, die mit der "Hochregulierung" der Immunantwort in Zusammenhang stehen, die meist leicht bis moderat einzustufen sind und die sich gut behandeln lassen. Meistens sind es Entzündungen verschiedener Organe, an denen wir bei einzelnen Patienten sogenannte immunvermittelte Reaktionen beobachten. Bei ca. 20–30 % der Patienten treten sie in leichter Form auf, ca. 6–10 % sind etwas schwerer betroffen.

Worauf ist also unter einer Immuntherapie besonders zu achten?

Behandelnde Ärzte sollten regelmäßig die Leberwerte kontrollieren, um eine Leberentzündung auszuschließen. Auch die Schilddrüsenhormonwerte sollten regelmäßig bestimmt werden. Eventuelle Verdauungsstörungen können ein Zeichen für eine immunvermittelte Darmentzündung sein. Des Weiteren ist auf Symptome der Atmung zu achten als mögliches Zeichen für eine immunvermittelte Lungenentzündung.

Auch der Patient sollte auf die genannten Symptome achten: insbesondere Durchfälle, Husten und Luftnot und ob er z. B. besonders müde wird unter der Therapie. Eine weitere häufige Nebenwirkung, die nicht gefährlich ist, aber sehr unangenehm sein kann, ist ein Juckreiz, der relativ häufig von Patienten beschrieben wird, aber beherrschbar ist.

Gerade in der Onkologie hört man oft, dass die Ziele der Ärzte (längere Überlebenszeit mit eingeschränkter Lebensqualität) nicht übereinstimmen mit den Vorstellungen und Wünschen der Patienten (kürzer leben bei guter Lebensqualität).

Machen Sie diese Erfahrung auch, und wie gehen Sie damit um?

Die Wünsche des Patienten bespreche ich mit ihm sehr ausführlich. Er hat natürlich das Recht zu seiner souveränen Entscheidung. Das heißt aber auch, dass er selbst

Verantwortung für sich übernimmt. Häufig ist es nicht so einfach, zu sagen "eigentlich möchte ich das alles nicht, aber ich möchte auch nicht "selbst schuld" sein, wenn es dann in drei Monaten zu Ende ist. Es gibt Patienten, oft sind es jüngere, sie haben eine Familie zu versorgen und sagen "ich kann jetzt noch gar nicht gehen". Sie wissen, wenn sie die Therapie nicht annehmen, machen sie sich ständig Vorwürfe, dass sie die Chance nicht wahrgenommen haben.

Das sind sehr vielschichtige Probleme, vor denen alle Beteiligten stehen. Aber unsere Hoffnung, über die wir mit den zweifelnden Patienten sehr ausführlich sprechen, ist nicht unbegründet.

Wir haben in den großen Studien mit vorbehandelten Patienten, die metastasierten Lungenkrebs hatten und eine Immuntherapie bekamen, Zweijahresüberlebensraten von ca. 30 % gesehen. Das erscheint wenig, aber es ist immerhin doppelt so viel, wie unter Chemotherapie. Da erreichen wir 13–14 % Zweijahresüberlebensraten. Inzwischen gibt es auch Fünfjahresüberlebensdaten, die sind im Bereich von ca. 16 %. Hier muss man berücksichtigen, dass wir beim metastasierten Lungenkarzinom von bisher 0 % ausgehen.

D. h., wir haben ein Plateau von Patienten, die wirklich lange von der Therapie profitieren. Wenn man speziell die Patienten anschaut, die tatsächlich diesen genetischen Biomarker haben, dann haben wir über fünf Jahre eine Überlebensrate von über 40 %. Das ist gigantisch. So etwas haben wir noch nie gesehen.

Wir haben im letzten Jahr selbst eine Studie publiziert, in der es gerade um diese Patienten geht. Diese werden wir sehr engmaschig nachverfolgen, aber wir sehen

schon jetzt, dass diese Verbesserung des Überlebens konsistent ist, also etwas ist, was über die Zeit anhält.

Was ist in naher Zukunft zur weiteren Verbesserung der Patientenversorgung zu erwarten? Können Sie bitte ein oder zwei Beispiele nennen.

Im Bereich der Immuntherapeutika erwarten wir den dritten Antikörper in der zweiten Jahreshälfte 2017. Es gibt ein neues Medikament (Atezolizumab), das in einer Studie bei einer bestimmten Form von Lungenkrebs biomarkerunabhängig einen Überlebensvorteil gegenüber der Chemotherapie zeigt. Dieses Medikament ist bereits in Amerika zugelassen und wurde inzwischen auch in Europa zugelassen.

Im Bereich der zielgerichteten Therapien gibt es mehrere neue Medikamente. Es ist in naher Zukunft also noch viel zu erwarten.

Um die Früherkennung zu verbessern, arbeiten wir zurzeit an einer Ergänzung des Röntgens durch Marker, die wir im Blut messen können und die zeigen, ob eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Krebserkrankung vorliegt. Außerdem gibt es Verfahren, bei denen das Atemgas, d. h. bestimmte Stoffe in der Ausatemluft, durch eine Art elektronische Nase auf typische Veränderungen für eine Krebserkrankung untersucht werden.

Anzeige



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



**Gerne senden wir Ihnen
auf Anfrage unsere attraktiven
„Gesundheitswochen“ Angebote zu**



Die Espan-Klinik ist eine familiengeführte Rehabilitationsfachklinik, die sich auf die Behandlung von Atemwegserkrankungen spezialisiert hat.

Unter der Leitung von zwei Lungenfachärzten werden unsere Patienten nach den neuesten medizinischen Leitlinien behandelt.

AHB/AR-Klinik, Rentenversicherung, alle Krankenkassen
Beihilfe, Privatzahler

Stationäre und ambulante Angebote
private Gesundheitsarrangements
Heilklimatischer Kurort, Soleheilbad, Kneipp-Kurort

Die ruhiger Lage direkt am Kurpark von Bad Dürkheim, das reizarme Klima auf der Höhe von 700m, die heilsame Wirkung der Bad Dürkheimer Sole und die ebene Landschaft bieten hervorragende Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation



78073 Bad Dürkheim, Gartenstr. 9, Tel: 07726/650
Fax: 07726/9395-929
E-Mail: info@espan-klinik.de
www.espan-klinik.de

Aktualisierte S3-Leitlinie Individuelle Therapie des Lungenkarzinoms

Die Handlungsempfehlungen für Ärzte werden neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst



Um Ärzte, Patienten und andere, an der medizinischen Versorgung Beteiligte, bei der Entscheidung zu Maßnahmen der Krankenversorgung zu unterstützen, geben medizinische Leitlinien Orientierung im Sinne von Entscheidungs- und Handlungsoptionen. Die Umsetzung liegt im Einzelfall im Ermessensspielraum des Behandlers; die Wünsche der Patienten sind in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Leitlinien werden in drei Stufen unterteilt: S3 ist die höchste Stufe, d. h. es gehen Expertenmeinung und in Studien gewonnene Erkenntnisse in die Erarbeitung mit ein. Leitlinien spiegeln den fachlichen Entwicklungsstand (aktueller Stand der Wissenschaft) wider. Sie werden regelmäßig aktualisiert. Die Leitlinie zum Lungenkarzinom wurde gerade überarbeitet und ist online unter www.onkopedia.com einsehbar.

Das Lungenkarzinom ist in Deutschland bei Frauen der dritt-, bei Männern der zweihäufigste bösartige Tumor. Das mittlere Erkrankungsalter liegt zwischen 68 und 70 Jahren. Hauptrisikofaktor ist Rauchen. Therapieoptionen sind Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, meist kombiniert als multimodale Therapie. Für die große Mehrzahl von Patienten im Stadium IIIB/IV hat die Therapie das Ziel der Linderung von Symptomen und Verlängerung der Überlebenszeit. Zur Behandlung stehen verschiedene Medikamente und unterstützende Maßnahmen zur Verfügung.

Unter anderem wurde die Klassifikation zur Differenzierung des Lungenkarzinoms aufgrund von Daten von fast 100.000 Patienten erneut überarbeitet, die in den vergangenen zwei Jahren in insgesamt fünf Publikationen vorgestellt wurden.

Es werden sowohl Empfehlungen zur zielgerichteten Therapie und, was noch wichtiger ist, zur Diagnostik dieser genetischen Veränderungen enthalten sein. D. h., es ist wichtig, dass, wenn die Diagnose Lungenkrebs gestellt wird, gleichzeitig auch daran gedacht wird, diese Untersuchungen in die Wege zu leiten, kommentiert Prof. Dr. Martin Reck die Neuerungen in der aktualisierten Leitlinie.

Das ist nicht selbstverständlich. "Normalerweise sagt uns der Pathologe nur, es ist ein nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, aber wir müssen zusätzlich wissen, liegt eine genetische Veränderung vor, die man gezielt therapieren kann, und ist dieser Patient möglicherweise für eine Immuntherapie besonders gut geeignet."

Da eine Leitlinie den zusammengefassten aktuellen Stand der Erkenntnisse aus der Studienlage und verschiedener Expertisen darstellt und dazu entsprechende Empfehlungen beinhaltet, werden in der Leitlinie auch die neuen Therapiemöglichkeiten erwähnt und bewertet.

Immuntherapie

Zur Immuntherapie beispielsweise ist die Studienlage so gut, dass eine Empfehlung in die neuen S3-Leitlinie aufgenommen wurde.

Das gleiche trifft für die zielgerichteten Therapien zu. Hier benutzt man sogenannte EGFR-Tyrosinkinaseinhibitoren, das ist eines der Medikamente für die häufigste genetische Veränderung, die sogenannte EGFR-Mutation. Diese Substanz hemmt den epithelialen Wachstumsfaktorrezeptor (EGFR) und blockiert so das Tumorstadium. Dafür gibt es einen ganz klar höchsten Empfehlungsgrad.

Mit der Identifikation einer anderen genetischen Veränderung, der sog. ALK-Translokation, die allerdings nur sehr wenige Patienten betrifft, konnte ein weiterer spezieller Wirkstoff entwickelt werden, für den es auch sehr gute Studiendaten gibt, und der deshalb mit einem sehr hohen Empfehlungsgrad bewertet werden kann.

Für die Immuntherapie bei nicht vorbehandelten Patienten, die einen bestimmten Biomarker tragen, gibt es hierzu in der neuen Leitlinie eine sehr gute Empfehlung.

Etablierte Therapien

Auch für die etablierten Therapiesäulen gibt es verschiedene neue Konzepte, die in den aktuellen Handlungsempfehlungen Berücksichtigung finden.

Bei der Operation gewinnen vor allem minimalinvasive Techniken immer mehr an Bedeutung. Nicht jeder Patient braucht den großen Schnitt und dann wird mit der Schlüssellochmethode operiert. Gerade Operationen am Rippenfell werden fast nur noch über einen videothorakoskopischen, also minimalinvasiven Zugang durchgeführt. Das bietet einerseits einen kosmetischen Vorteil, andererseits können die postoperativen Schmerzen und das Langzeitbefinden der Patienten damit verbessert werden.

Bei der Bestrahlung ist für den Patienten der wichtigste Fortschritt die "kleinvolumige Strahlentherapie", der Fachbegriff ist stereotaktische Bestrahlung (eine robotergestützte Technik, auch unter dem Begriff Cyberknife bekannt), erklärt Prof. Reck. Es handelt sich dabei um eine sehr stark konzentrierte Bestrahlung eines kleinen Bereichs. Diese Therapieoption wird vielfach z. B. bei der Behandlung von Gehirnmetastasen, die bei Lungenkrebs nicht selten vorkommen, eingesetzt. Dabei wird nicht mehr das ganze Areal des Gehirns, sondern bestimmte isolierte Metastasen punktförmig bestrahlt, so dass die

Nebenwirkungen reduziert werden. Diese Technik kann auch bei frühen Stadien des Lungenkrebses eingesetzt werden wie z. B. bei Patienten, die aufgrund ihrer Begleiterkrankungen nicht für eine Operation geeignet sind, obwohl sie nur einen ganz kleinen Tumor haben. Mit dieser neuen Technik der Strahlentherapie – wir nennen es auch schon Strahlenchirurgie, so Professor Reck – können wir die Tumoren genauso

gut wie mit einer Operation behandeln.

Ebenso sind in der Chemotherapie viele Fortschritte zu verzeichnen. Zum einen durch neue sogenannte Begleitmedikamente. Damit treten Nebenwirkungen wie z. B. Übelkeit nur noch sehr selten auf.

Außerdem gibt es inzwischen Medikamente, die bei bestimmten Unterformen des Lungenkarzinoms besonders wirksam sind. Mittlerweile können Medikamente nach der biologischen Gewebestruktur des Tumors besser ausgewählt werden.

Und wir haben neue Kombinationen von Chemotherapeutika und Medikamenten, die gegen die Blutgefäß-

neubildung (Angiogenese) wirken und die somit die Wirksamkeit der Chemotherapie verbessert haben. Dahinter verbirgt sich neues Konzept, dessen Idee ist: Nicht nur die Krebszelle zu zerstören, sondern die "Nabelschnur" des Tumors zu kappen, und somit dessen Blutversorgung zu unterbrechen.

Um herauszufinden, welche Therapie für den einzelnen Patienten optimal ist, wird nach dem sogenannten "Staging" (Stadieneinteilung der Ausdehnung eines Tumors) anhand eines definierten Algorithmus vorgegangen.

Während das Staging zunächst die Frage beantwortet, wo befindet sich der Tumor, wird mit weiteren Untersuchungen abgeklärt, ob die Erkrankung auf einen bestimmten Teil der Lunge beschränkt ist und ob Lymphknoten befallen oder bereits Fernmetastasen vorhanden sind. Danach erfolgt die Therapieentscheidung zusammen mit dem Patienten, in Abhängigkeit von feingeweblichem Befund, molekularen Veränderungen, Markern für eine Immuntherapie, Begleiterkrankungen, Alter und weiteren zu berücksichtigenden Faktoren. Solche Algorithmen, d. h. Vorgehensweise sind ebenfalls in der aktuellen S3-Leitlinie enthalten.

Speziell für Patienten wurden wissenschaftlich basierte Empfehlungen und Informationen entsprechend aufbereitet, wie z. B. von der Deutschen Gesellschaft für Hämatonkologie (DGHO) die sogenannten Onkopedia-Empfehlungen (www.onkopedia.com).

Dieser Beitrag entstand ebenfalls, wie der vorangegangene Beitrag, im Gespräch mit **Professor Dr. Martin Reck**, Chefarzt des onkologischen Schwerpunkts der LungenClinic Grosshansdorf.

Autor: Elke Klug, Berlin



11. Symposium Lunge



COPD und Lungenemphysem

**Chronische Atemwegserkrankungen
Neueste Erkenntnisse und Zukunftsaussichten**

Am Samstag, 01. September 2018

9:00 bis 17:00 Uhr

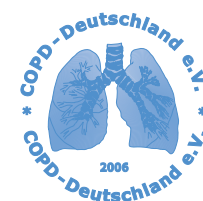
**Auf dem Gelände des
Westfälischen Industriemuseum
Henrichshütte - Gebläsehalle
Werksstrasse 31-33
45527 Hattingen/NRW**

Eintritt frei!

**Ein Symposium für alle Atemwegs- und
Lungenerkrankte, deren Angehörige,
Ärzte und Fachpersonal**

www.lungenemphysem-copd.de

Veranstalter:



Mitveranstalter:





Übersicht Operative Therapie

Voraussetzungen

Vor einer Operation zur kurativen (heilenden) Behandlung von Lungenkrebs muss die onkologische, funktionelle und technische Operabilität des Patienten geklärt sein.

Die funktionellen Untersuchungen (Blut-Gas-Analyse, Bodyplethysmographie, Diffusionskapazität, Spiroergometrie, 6-Minuten-Gehtest, Echokardiografie) und bildgebende Verfahren (Lungen-Perfusions-Szintigrafie, Coronarangiografie, Kardio-MRT) werden genutzt, um zu berechnen, ob der Patient in der Lage ist, ausreichend Sauerstoff aufzunehmen, wenn Anteile der Lunge entfernt werden würden.

Zur Sicherstellung der technischen Operabilität erfolgt eine Computertomografie des Brustkorbs, die die Größe und Lage des Tumors zeigt und ausschließt, dass wichtige Strukturen (Herz, Wirbelsäule, Speiseröhre, Aorta) vom Tumor infiltriert worden sind. Die obligate Bronchoskopie (Lungenspiegelung) dient der Gewebetypisierung, der

anatomischen Zuordnung des Tumors in den Atemwegen und der Abschätzung der technischen Abtrennbarkeit der Atemwege.

Die onkologische Operabilität (Ausschluss von Metastasen) sollte immer mittels Ganzkörper-PET-CT und einem MRT des Kopfes erfolgen.

Einen weiteren wichtigen Faktor stellt die Abklärung der Metastasierung des Tumors in den regionären Lymphknoten zwischen den Lungenflügeln dar. Über eine Bronchoskopie (endobronchialer Ultraschall mit Punktion der Lymphknoten) oder eine Video-Mediastinoskopie (komplette Entfernung der fraglichen Lymphknoten) sollten suspekta Lymphknoten-Befunde aus den bildgebenden Untersuchungen (CT / PET-CT) abgeklärt werden.

Falls sich in den Lymphknoten zwischen den Lungenflügeln vor der Operation keine Metastasen feststellen lassen, kann nur die Operation exzellente Ergebnisse hinsichtlich des Langzeitüberlebens der Patienten erzielen. Werden Lymphknotenmetastasen gefunden, werden zunächst eine Chemotherapie und dann die Operation durchgeführt.

Bei Nachweis einzelner Fernmetastasen (Nebenniere, Gehirn, anderer Lungenabschnitt) kann erst die Fernmetastase und nachfolgend der Lungentumor operativ entfernt werden. Dieses Konzept sollte immer als Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorliegen.

Im Falle einer multiplen Fernmetastasierung stellt die Operation lediglich noch eine palliative Möglichkeit dar, um eine lokale Kontrolle des Tumors zu erlangen. Eine Strahlen- oder Chemotherapie wäre in diesen Fällen vorzuziehen.

Lungenkarzinome in einem frühen Stadium – ohne Fernmetastasen – sind mehrheitlich peripher liegende Tu-



Keilresektion eines Lungentumors in Schlüssellochtechnik



Manschettenresektion des rechten Oberlappens mit Entfernung eines infiltrierten Anteils der Luftröhre

moren, die kleiner als 7 cm sind und in kurativer Absicht operativ entfernt werden sollten. Unter Umständen sind auch größere Tumoren operabel, aber diese Entscheidung sollte immer im Rahmen einer interdisziplinären, d. h. fachübergreifenden Tumorkonferenz in einem zertifizierten Lungenkrebszentrum getroffen werden.

Operationsmethoden

Der in Deutschland am häufigsten genutzte Zugangsweg zur Brusthöhle ist die (offenchirurgische) Thorakotomie. Es wird ein ungefähr 10–15 cm langer Schnitt zwischen zwei Rippen durchgeführt und die Lunge dann über diese Öffnung operiert. Vorteil dieser Methode ist eine gute Übersicht im Brustkorb und die Möglichkeit, große Tumoren über diesen Zugang zu entfernen.

Eine Alternative ist die sogenannte Schlüsselloch-Chirurgie. Über maximal drei ca. 2 cm lange Schnitte werden eine Videokamera und Instrumente in den Brustkorb eingeführt und die Operation erfolgt über die Betrachtung am Monitor. Tumoren bis zu 5 cm können so problemlos entfernt werden. Die Vorteile dieser Methode sind deutlich geringere postoperative Schmerzen und eine kürzere Krankenhausverweildauer.

Ausmaß der Operation

Abhängig von der Größe und Lage des Tumors und den funktionellen Kapazitäten des Patienten entscheidet sich das Ausmaß der Operation. Das wichtigste Gebot der Operation ist das vollständige Entfernen des Lungenkarzinoms mit einem ausreichenden Sicherheitsabstand.

Kleine Tumore (kleiner 2 cm), können über eine *Segmentresektion* entfernt werden. In diesem Fall wird lediglich das Lungensegment, in dem der Tumor liegt, entfernt und somit möglichst viel gesundes Lungengewebe erhalten. Der Lungenfunktionsverlust beträgt unter 5 %.

Die am häufigsten durchgeführte Operation der Lungenchirurgie ist die *Lobektomie*. Hier wird der Lungenteil entfernt, in dem der Tumor gewachsen ist. Dementsprechend verlieren Patienten in dieser Konstellation ungefähr 20–25 % ihres Lungengewebes. Auf der rechten Seite kann eine Operation auch als *Bilobektomie* erfolgen. Hier werden dann der Mittellappen und der Ober- oder Unterlappen in Kombination entfernt.

Eine weitere Möglichkeit, bei zentral liegendem Tumor möglichst viel gesundes Lungengewebe zu erhalten, stellt eine *Manschettenlobektomie*. Dabei werden ein Teil eines Bronchus oder der Lungenarterie mit dem Tumor entfernt und die beiden verbleibenden Enden werden wieder miteinander verbunden.

Eine *Pneumonektomie*, bei der ein kompletter Lungenflügel reseziert (entfernt) wird, sollte nach Möglichkeit vermieden werden. In dem Fall, dass ein Lungenkarzinom sehr zentral an der Lungenwurzel liegt, ist es allerdings nicht immer zu umgehen. Der Lungenfunktionsverlust beträgt dann bis zu 50 %.

Ergänzend muss bei Lungenkrebsoperation immer eine systematische Entfernung aller Lymphknoten der betroffenen Lungenseite sowie der Lymphknoten zwischen den Lungenflügeln erfolgen.

Die vielfachen Erweiterungen dieser Standardoperationen sind so komplex, dass sie nur in Spezialkliniken für Thoraxchirurgie erfolgen sollten.



Dr. med. Dominik Herrmann
Thoraxzentrum Ruhrgebiet
Klinik für Thoraxchirurgie, Herne



Chefarzt Dr. med. Dipl.-Oec. Erich Hecker
Thoraxzentrum Ruhrgebiet
Klinik für Thoraxchirurgie, Herne

Große Präzision Strahlentherapie

Die Strahlentherapie gehört mit Chirurgie und medikamentöser Tumorthherapie zu den drei Säulen in der Behandlung des Lungenkrebses. Mehr als die Hälfte der Patienten mit Lungentumoren erhalten im Verlauf ihrer Erkrankung eine Bestrahlung.

Ihre Möglichkeiten haben sich in den letzten Jahren erheblich verbessert: Durch technische Entwicklungen der Geräte kann die Behandlung schneller und mit größerer Präzision erfolgen. Leistungsfähige Computer und moderne Rechenprogramme ermöglichen die Erstellung besserer Behandlungspläne, mit denen zugleich die Strahlendosis im Krebsherd erhöht und die umliegenden Organe besser geschont werden. Derzeit werden in der Strahlentherapie ganz überwiegend energiereiche Röntgenstrahlen („Megavolt-Strahlung“) eingesetzt.

Zur Verbesserung beigetragen haben auch Entwicklungen auf dem Gebiet der Diagnostik: Mit Hilfe der Positronen-Emissionstomografie (FDG-PET) oder der ultraschallgesteuerten (EBUS) Entnahme von Gewebeproben aus verdächtigen Lymphknoten ist heute eine zuverlässigere Unterscheidung zwischen gesundem Gewebe und Krebsherden möglich, was wiederum die Sicherheit beim Einsatz der präzisen strahlentherapeutischen Methoden erhöht.

Ablauf der Strahlentherapie

Zur Vorbereitung ist die Anfertigung einer Computertomografie („Planungs-CT“) erforderlich. Hierbei wird der Patient so gelagert, wie später dann auch die Bestrahlung erfolgt. Mithilfe der CT erstellen dann Ärzte und Medizinphysikexperten den Behandlungsplan. Die Bestrahlung erfolgt in werktäglichen, zumeist ca. 20-minütigen Sitzungen („Fraktionen“).

Je nach Größe und Lage des Tumors und nach Behandlungsziel kann die Strahlentherapie manchmal in nur wenigen Fraktionen erfolgen, zumeist ist aber eine mehrere Wochen dauernde Serie erforderlich.

Die Therapie kann überwiegend ambulant durchgeführt werden, lediglich im Falle einer begleitenden Chemotherapie oder bei stärkeren Nebenwirkungen kann zeitweilig eine stationäre Aufnahme erforderlich sein.

Anwendungsgebiete

Frühe Stadien

Wenn der Tumor noch auf die Lunge begrenzt ist und nicht in umgebende Lymphknoten gestreut hat, ist bis-

her die operative Entfernung die Therapie der Wahl. Seit mehr als 10 Jahren ist jedoch die sogenannte stereotaktische Bestrahlung in der Praxis etabliert. Bei dieser Technik werden in wenigen, meist 3-8, Sitzungen hohe Einzeldosen zielgenau auf den Tumor eingestrahlt.

Dabei sind eine aufwendige Lagerung, genaue Planung und präzise Durchführung erforderlich, so dass diese Therapie in erfahrenen Zentren durchgeführt werden muss. Es handelt sich dann um eine sehr wirksame und zugleich risiko- und nebenwirkungsarme Methode. Vorsicht ist allerdings bei großen Tumoren, bei einem Sitz an der Lungenwurzel oder Kontakt zu Organen des Lungenzwischenraumes geboten.

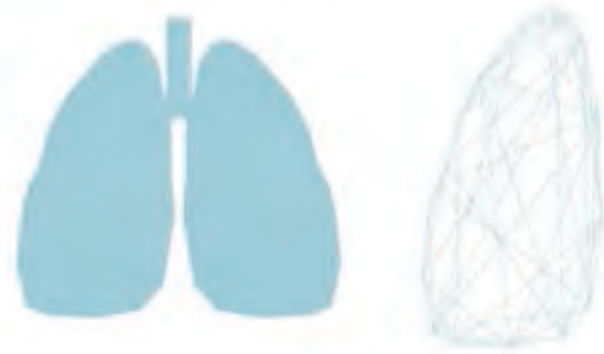
Bisher wird diese schonende Behandlung insbesondere bei Patienten eingesetzt, die z. B. aufgrund ihrer schlechten Lungenfunktion nicht operiert werden können. Neuere Daten lassen allerdings vermuten, dass die Erfolgsraten der stereotaktischen Bestrahlung denen einer Operation vergleichbar sein können, weshalb es sich hier um eine Behandlungsoption auch für grundsätzlich operable Patienten handelt.

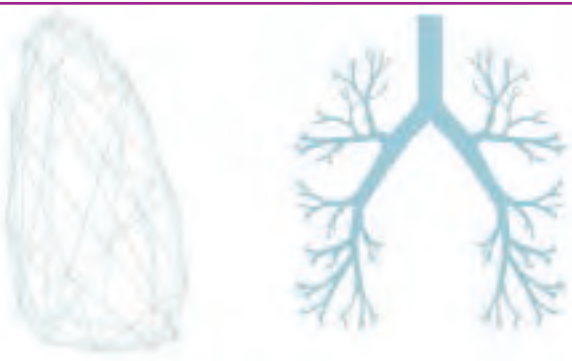
Lokal fortgeschrittene Stadien

Wenn bereits ein Befall der Lymphknoten an der Lungenwurzel (Hilus) vorliegt, wird im Allgemeinen eine Operation empfohlen, möglichst kombiniert mit einer vorher oder nachher gegebenen Chemotherapie.

Bei noch fortgeschritteneren Erkrankungen, in der TNM-Klassifikation Stadium IIIA-IIIC entsprechend, wenn der Tumor in den Lungenzwischenraum (Mediastinum) eingewachsen ist, oder wenn dort bereits ein Lymphknotenbefall vorliegt, ist eine alleinige Operation nicht mehr ausreichend oder eine chirurgische Entfernung des Tumors gar nicht mehr möglich. Oft wird hier eine Kombination aus Chemo- und Strahlentherapie und anschließender Operation gewählt. Mehrere große Vergleichsstudien zeigten aber, dass in diesem Stadium die Chancen auf eine Kontrolle der Tumorerkrankung mit einer Kombination aus alleiniger Strahlen- und Chemotherapie ebenso gut sein können.

Es ist wichtig zu betonen, dass auch auf diesem Wege





eine Heilung und ein langfristiges Überleben der Erkrankung möglich sind. Dies gilt gerade auch für Patienten, deren Herz- oder Lungenfunktion durch Vorerkrankungen eingeschränkt und bei denen eine Operation daher nur mit erhöhtem Risiko möglich ist. Das beste Vorgehen sollte im Einzelfall möglichst in einer interdisziplinären Tumorsprechstunde, an der ärztlicherseits ein Thoraxchirurg, ein Strahlentherapeut und ein Pneumologe teilnehmen, gemeinsam mit dem Patienten entschieden werden.

Wenn eine Strahlen- und Chemotherapie gewählt wird, sollten diese Behandlungen möglichst gleichzeitig angewendet werden. Die gesamte Behandlung erstreckt sich dann über einen Zeitraum von zumeist ca. 6 Wochen.

Metastasierte Stadien

Leider wird auch heute noch die Mehrzahl der Lungenkrebserkrankungen erst diagnostiziert, wenn sich bereits Metastasen in anderen Organen gebildet haben. Eine Heilung ist in der Regel nicht mehr möglich. Die Strahlentherapie wird dann zur Beschwerdelinderung eingesetzt, z. B. bei Schmerzen durch Knochenmetastasen, Besserung von Luftnot durch den Tumor oder stereotaktische Bestrahlung von Hirnmetastasen. Zur Anwendung kommen hier zumeist kürzere Behandlungsschemata, der Schwerpunkt liegt auf einer möglichst geringen Belastung des Patienten durch die Therapie.

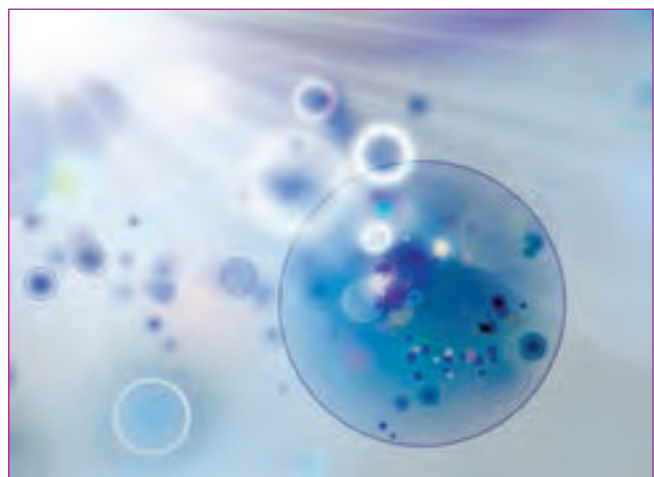
Eine Ausnahme stellen sogenannte oligometastasierte (oligo = wenig) Stadien dar. Damit bezeichnet man Situationen, in denen nur eine oder sehr wenige Fernmetastasen vorliegen. Neuere Untersuchungen lassen vermuten, dass diese Patienten von einer intensivierten Therapie profitieren, so dass hier auch längere, kombinierte Behandlungen angeraten sein können.

Nebenwirkungen der Strahlentherapie

Die Nebenwirkungen sind abhängig von der Dosis, der Lage und Größe des Bestrahlungsgebiets und davon, ob gleichzeitig eine Chemotherapie gegeben wird. Daher müssen die im Einzelfall zu erwartenden Risiken im Aufklärungsgespräch vor Beginn der Therapie individuell besprochen werden. Zur Erkennung und Behandlung möglicher Nebenwirkungen und Komplikationen finden während der Bestrahlung regelmäßige ärztliche Kontrollen und im Anschluss Nachsorgeuntersuchungen statt.

Während der eigentlichen Bestrahlung verspürt der Patient nichts. Nach einer Therapiesitzung kann manchmal etwas Müdigkeit auftreten. Zumeist sind die Behandlungen gut verträglich, so dass sie überwiegend oder vollständig ambulant erfolgen können.

Bei Bestrahlung des Lungenzwischenraums (Mediastinum) kommt es jedoch im Verlauf der Therapie häufig zu einer Entzündung der Speiseröhre, die zu starken Schmerzen beim Schlucken führen kann. Zumeist lassen sich diese Beschwerden mit Medikamenten und weicher Kost zufriedenstellend mildern. Insbesondere wenn gleichzeitig eine Chemotherapie erfolgt, kann eine vorübergehende Aufnahme ins Krankenhaus zur Therapie der Schmerzen und zur zusätzlichen Ernährung über Infusionen notwendig sein. In aller Regel klingen die Beschwerden nach Ende der Bestrahlung innerhalb von 3–4 Wochen ohne Spätfolgen ab. Bleibende Schäden an der Speiseröhre sind äußerst selten.



Mit Verzögerung von einigen Wochen nach Ende der Bestrahlung kann sich noch eine Entzündung des bestrahlten Lungengewebes entwickeln, die sich durch Husten oder Kurzatmigkeit bemerkbar macht. Fieber ist selten. Im Allgemeinen bessern sich die Symptome recht schnell nach Einleitung einer Behandlung.

Noch nach mehreren Monaten können sich im Röntgenbild sichtbare Vernarbungen und Verdichtungen des Lungengewebes oder ein Rippenfellerguss entwickeln. Diese machen aber in der Regel wenig oder gar keine Beschwerden. Eine Unterscheidung zwischen solchen Vernarbungen und einem erneuten Tumorwachstum kann manchmal schwierig sein, insbesondere für mit der Strahlentherapie nicht vertrauten Untersuchern. Auch aus diesem Grund sollte stets ein Strahlentherapeut in die Nachsorgeuntersuchungen einbezogen werden.

Eine dauerhafte, wesentliche Verschlechterung der Lungenfunktion lässt sich heute zumeist vermeiden, kann aber noch bei z. B. großen Tumoren, ausgedehntem Lymphknotenbefall oder stark vorgeschädigter Lunge vorkommen.

Fazit

Mit der modernen Strahlentherapie steht eine wirksame Methode zur Therapie des Bronchialkarzinoms zur Verfügung, die im lokalisierten Stadium die Chance auf eine Heilung und bei fortgeschrittener Erkrankung wertvolle Linderung bietet. Die im Vergleich bessere Schonung des Lungengewebes und die geringere Belastung des Patienten macht sie zu einer Alternative zur Operation insbesondere bei Vorschädigung der Lunge oder Herz-Kreislaufkrankungen.

Dr. med. Philip Kleine

Oberarzt, Universitätsklinikum Würzburg
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie

Anzeige

Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Beatmungsmedizin und Allgemeine Innere Medizin



Krankenhaus vom Roten Kreuz



- **Wir sind zertifiziertes Weaningzentrum der DGP seit 2011**
- **Wir sind zertifiziertes Lungenkrebszentrum der DKG seit 2010**
- **Wir sind Zentrum für Interventionelle Lungenemphysemtherapie seit 2010**
mit Erfahrung aus über 1300 Behandlungen (Ventile, Coils, Polymerschaum und Thermoablation)
- **Wir sind die raucherfreundliche Lungenklinik**
Wir beraten rauchende Patienten und Mitarbeiter zur Tabakentwöhnung und machen Hilfsangebote.



Zertifiziertes Weaningzentrum



Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt
Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin,
Beatmungsmedizin und Allgemeine Innere Medizin
Chefarzt: Prof. Dr. Martin Hetzel



Badstraße 35-37 | 70372 Stuttgart | rkk-info@sana.de | www.rkk-stuttgart.de

Wissen nimmt Angst Chemotherapie

Neben Operation und Strahlentherapie ist die Chemotherapie eine der zentralen Säulen der Krebstherapie. Sie umfasst die Behandlung bösartiger Tumoren mit chemischen Substanzen, den sogenannten Chemotherapeutika oder Zytostatika (griech. Kytos = Zelle; statikos = zum Stehen bringen), die in den Vermehrungszyklus der Krebszellen eingreifen. Die Wirkstoffe der Chemotherapie werden in Form von Infusionen, Spritzen oder Tabletten verabreicht.

Die Wirkstoffe richten sich vornehmlich gegen die Erbsubstanz von Zellen, die sich in der Vermehrungsphase befinden und teilungsaktiv sind.

Auch gesunde Zellen teilen und vermehren sich, können also durch Zytostatika angegriffen werden. Allerdings ist deren Wirkung bei sich häufig und sehr schnell teilenden Zellen besonders intensiv. Da die Teilungsgeschwindigkeit der Zellen vieler Krebsarten sehr hoch ist, befinden sich diese im Allgemeinen häufiger in Teilungsphasen als normale Körperzellen und sind deshalb anfälliger für die Wirkung von Zytostatika.

Systemische Wirkung

Im Unterschied zu Operation und Bestrahlung ermöglicht die Chemotherapie mit Medikamenten eine „systemische“, also den ganzen Körper betreffende Behandlung. Die als Tabletten, Spritzen oder Infusion verabreichten Wirkstoffe verteilen sich in den verschiedenen Organen und können dadurch potenziell verstreute Tumorzellen erreichen und zerstören. Eine Ausnahme ist das Gehirn, in das aufgrund der so genannten „Blut-Hirn-Schranke“ nur bestimmte Zytostatika vordringen können.

Die systemische Chemotherapie erlaubt es – anders als die nur lokal wirkenden Methoden Operation und Strahlentherapie –, fortgeschrittene Krebsstadien, in denen sich bereits Tochtergeschwülste, sogenannte Metastasen, gebildet haben, zu behandeln. Doch auch im Frühstadium von Krebserkrankungen wird die Chemotherapie unterstützend zu anderen Verfahren eingesetzt: Viele Tumoren bilden schon früh winzige Tochtergeschwülste, sogenannte Mikrometastasen, die in den zur Verfügung stehenden bildgebenden Verfahren noch nicht sichtbar sind. Sie können mit einer Chemotherapie „aufgespürt“ und zerstört werden. Möglich ist zudem eine lokale Che-

motherapie, bei der die Zytostatika ihre Wirkung unmittelbar am Tumorgewebe entfalten. Ein Beispiel ist die sogenannte transarterielle Chemoembolisation (TACE). Hierbei werden die Wirkstoffe über die Leberarterie in die Leber geleitet und können dort gegen Leberkrebs oder Metastasen anderer Organe wirken.

Die zellschädigende Wirkung der Chemotherapie betrifft nicht nur die Krebszellen, sondern auch alle anderen Zellen, die sich natürlicherweise schnell teilen, beispielsweise Zellen der Schleimhaut, der Haarwurzeln oder des Knochenmarks.

Welche Medikamente gibt es?

In der Krebstherapie gibt es mehr als 50 verschiedene die Zellteilung hemmende Medikamente (Zytostatika). Die verschiedenen Wirkstoffklassen greifen die Krebszellen in jeweils unterschiedlichen Phasen des Zellzyklus an. Bei der Behandlung werden deshalb oft mehrere Substanzen miteinander kombiniert, um so viele Tumorzellen wie möglich in den unterschiedlichen Phasen zu erreichen.

Derzeit werden neue Zytostatika entwickelt und klinisch erprobt, die besonders selektiv wirken sollen: Sie treffen vorwiegend die Tumorzellen und lassen gesunde Zellen weitgehend unbeschadet. Ein Beispiel sind eingekapselte Zytostatika: Die Kapseln können nur von Enzymen, die für Tumorzellen typisch sind, „geöffnet“ werden. Erst dann wird das Zellgift, das Zytostatikum, frei. Verbesserungen werden auch von sogenannten Therapieoptimierungsstudien erwartet. Sie ermitteln, welche Zytostatika in welcher Weise miteinander kombiniert werden müssen, um effizient und nebenwirkungsarm zu wirken.

„Über 80 % der Chemotherapiebehandlungen gehen inzwischen ohne Übelkeit und Erbrechen einher“, formuliert Professor Diana Lüftner, Berlin, 2017.

Lesen Sie weiter...

www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/therapieformen/chemotherapie.html
ONKO Internetportal, Deutsche Krebsgesellschaft 2017

Auszug aus dem ONKO Internetportal der Deutschen Krebsgesellschaft, abgerufen 15.10.2017

Gut zu wissen

Mögliche Nebenwirkungen und Langzeitfolgen

Welche Behandlungsformen oder Optionen bei Lungenkrebs eingesetzt werden, ist insbesondere abhängig davon, ob ein kleinzelliger oder ein nicht-kleinzelliger Tumor vorliegt.

Bei einem kleinzelligen Tumor gilt die Chemotherapie als die wichtigste Behandlungsoption, wobei auch die Strahlentherapie (Radiotherapie) zum Einsatz kommt. Eine Operation kann eher selten durchgeführt werden. Bei Vorliegen eines nicht-kleinzelligen Tumors ist die Operation die Therapie der ersten Wahl. Ebenso werden Bestrahlung und Chemotherapie angewendet.



Im Gespräch mit
PD Dr. med. Georgia Schilling,
Onkologin und Palliativmedizinerin, leitende Oberärztin, Asklepios Klinik Altona, Hamburg, erfahren wir mehr über mögliche Nebenwirkungen und Langzeitfolgen.

Welche Nebenwirkungen kann eine konventionelle Chemotherapie auslösen?

Eine Chemotherapie zerstört alle Zellen, die sich schnell teilen. Somit werden neben den Tumorzellen z. B. auch Zellen der Darmschleimhaut, der Haarwurzeln und des Knochenmarks zerstört und es kann beispielsweise zu Durchfällen, Übelkeit, Erbrechen, Haarausfall und Veränderungen des Blutbildes kommen.

Vor etwa 15-20 Jahren standen als Hauptnebenwirkung vor allem die Übelkeit im Rahmen von Blutbildveränderungen im Rahmen der Chemotherapie im Fokus. Diese Auswirkungen der Chemotherapie können inzwischen gut behandelt werden. Wir können das Wachstum von weißen Blutkörperchen durch die Gabe von Wachstumsfaktoren beschleunigen, die Blutbildfunktion regulieren und zudem stehen sehr gute Medikamente gegen die Übelkeit zur Verfügung.

Seit einigen Jahren rückt hingegen eine andere Nebenwirkung in den Vordergrund: die Fatigue (gesprochen Fatieg) Symptomatik – das chronische Müdigkeitssyndrom. Etwa 80 % der Patienten, die eine klassische Chemotherapie erhalten, sind davon betroffen. Aber auch die neuen Medikamente, Immuntherapeutika zur Immuntherapie und ebenso die Tyrosinkinasehemmer (Medikamente zur Hemmung des Zellwachstums), die immer

häufiger bei Lungenkrebs zum Einsatz kommen, lösen in 40 % aller Fälle eine Fatiguesymptomatik aus.

Fatigue ist aktuell die bedeutendste Nebenwirkung, insbesondere da man diese medikamentös nicht behandeln kann. Die Behandlungsstrategien bestehen derzeit aus den Komponenten Bewegung plus sogenannter „Psychohygiene“ in Zusammenarbeit mit Psychologen und Psychotherapeuten. Von den Patienten fordern diese Maßnahmen sehr viel Mitarbeit und Durchhaltevermögen.

Erläuterung Psychohygiene:

Unter Psychohygiene versteht man alle Maßnahmen, die entweder zur Erhaltung oder zum Erlangen von psychischer Gesundheit ergriffen werden. Psychohygiene kann somit sowohl zum Schutz als auch als Gegenmaßnahme gegen bereits vorliegende Probleme oder sogar Erkrankungen aufgefasst werden.

Welche Nebenwirkungen kann eine Immuntherapie im Rahmen der Chemotherapie auslösen?

Aktuell ist die Immuntherapie insbesondere bei Vorliegen eines Lungenkarzinoms ein großer Hoffnungsträger. Doch auch diese Therapie ist nicht nebenwirkungsfrei. Die Mechanismen, die zu Nebenwirkungen führen können, unterscheiden sich zwar bei einer Immuntherapie von denen der konventionellen Chemotherapie, aber auch diese Nebenwirkungen können alle Organe betreffen.

Eine Immuntherapie beeinflusst das Immunsystem und kann Entzündungen jeglicher Art, wie z. B. Entzündungen der Hirnanhangdrüse oder Symptome wie bei einer chronischen Darmentzündung, auslösen.

Aktuelle Publikationen berichten zudem von Herzschäden, die bei Gabe einer Kombination aus zwei verschiedenen Immuntherapeutika auftreten können.

Während wir bei der konventionellen Chemotherapie auf fast 30-40 Jahre Erfahrung zurückblicken und wissen, welche Spuren die Therapie im Langzeitverlauf hinterlässt, ist die Immuntherapie noch zu neu. Um hier ein eindeutigeres Bild zu erhalten, müssen wir die nächsten 10 Jahre abwarten.

Welche Nebenwirkungen kann eine Strahlentherapie haben?

Genau wie jede andere Antitumorthherapie kann natürlich die Strahlentherapie auch Nebenwirkungen auslösen, allerdings treten diese Nebenwirkungen in der Regel



erst im späteren Verlauf auf. Die Strahlentherapie kann, je nachdem, in welcher Region sie eingesetzt wird, zu Übelkeit führen und, je nachdem wie viel Knochenmark sich innerhalb des Strahlenfelds befindet, das blutbildende System im Knochenmark beeinträchtigen.

Da die Präzision der Strahlung in den letzten Jahren sehr verbessert werden konnte, werden diese Schäden jedoch immer geringer. Der Strahl kann inzwischen ganz gezielt eingesetzt werden, damit das umliegende Gewebe so wenig wie möglich geschädigt wird.

Derzeit wird sehr viel Forschungsarbeit investiert, um mögliche Folgeschäden einer Strahlentherapie weiter zu minimieren, aber dennoch die gleiche Wirkung zu erhalten.

Welche Langzeitfolgen können sich bei den Therapieoptionen Bestrahlung und Chemotherapie einstellen?

Als Langzeitfolge der Chemotherapie finden sich Polyneuropathien. Diese Nervenschädigungen, die über Jahre anhalten können, äußern sich durch Kribbeln in den Händen und den Füßen.

Weiterhin können im Langzeitverlauf Herzschädigungen auftreten, besonders wenn bestimmte Medikamente der Chemotherapie in Kombination mit einer linksthorakalen, also einer linksseitigen Bestrahlung eingesetzt werden. Diese Folgen treten oft erst Jahre nach der Therapie in Form einer Herzschwäche (Herzinsuffizienz) auf.

Weiterhin können im Verlauf Zweittumoren oder Tumoren des blutbildenden Systems (Knochenmarks), also eine Leukämie, auftreten.

Welche Langzeitfolgen auftreten, steht immer in Zusammenhang mit dem jeweils verabreichten Zytostatikum und natürlich auch dem Strahlenfeld. Der behandelnde Onkologe wird somit individuell die möglichen Folgen vor Therapiebeginn aufzeigen.



Wie verhält es sich mit Nebenwirkungen, wenn Chemotherapie (konventionell und Immuntherapie) und Bestrahlung kombiniert eingesetzt werden?

Wissenschaftlich betrachtet gehen wir derzeit davon aus, dass die Kombination verschiedener Therapiemodalitäten die Wirkung insgesamt potenzieren kann. Allerdings erhöht sich ebenso die Wahrscheinlichkeit, dass Nebenwirkungen und Folgeschäden ausgelöst werden. Dies gilt sowohl für den Akutverlauf der Therapie, als auch für den Langzeitverlauf.

Eine wichtige Aufgabe für uns Ärzte, gemeinsam mit den Patienten, ist daher das Abwägen der Therapiemaßnahmen: Was können wir unseren Patienten zumuten, was können wir realistisch erreichen und in welcher Situation befindet sich der Patient? Kann ein Patient geheilt werden, wird man eher bereit sein, Nebenwirkungen auf sich zu nehmen, als wenn es um das Ziel einer Linderung von Symptomen geht. Natürlich dürfen die Nebenwirkungen durch die Therapie niemals schlimmer sein als die Symptome, die der Patient bereits durch die Erkrankung erleidet. Es gilt, je mehr sich eine Erkrankungssituation palliativ darstellt, desto nebenwirkungärmer muss die Therapie sein.

Was können Patienten selbst tun, um mögliche Begleiteffekte zu minimieren bzw. entstehende Risiken zu reduzieren?

Ich glaube, viele Ängste können durch gute Informationen reduziert werden. Daher empfehle ich Patienten immer, sich so umfassend wie möglich zu informieren. Sei es z. B. über Gespräche mit den Ärzten, aber auch Kontakte mit Landeskrebsgesellschaften, bei Vorträgen in Krankenhäusern und Arztpraxen, aber natürlich auch in Selbsthilfegruppen.

Wissen hilft, Begleitscheinungen besser zu verstehen und im besten Fall sogar, Begleitscheinungen zu vermeiden.

SH

Ziele und Möglichkeiten Rehabilitation

Lungenkrebs gehört zu den häufigen Krebsarten. In Deutschland lag laut Informationen des Zentrums für Krebsregisterdaten die Zahl der Neuerkrankungen im Jahr 2010 bei 52.070. Für das Jahr 2014 rechnet man mit einem Anstieg der Neuerkrankungen auf 55.600. Männer erkranken zweimal häufiger als Frauen.

Betroffen ist hier insbesondere die Altersgruppe zwischen dem 75. und 80. Lebensjahr.

Während die Zahlen bei den Männern konstant oder leicht rückläufig sind, ist bei den Frauen eine dramatische Zunahme zu verzeichnen. In diesem Jahr erwarten Forscher, dass bei Frauen der Lungenkrebs den Brustkrebs als Todesursache überholen wird. Dies reflektiert den ansteigenden Zigarettenkonsum bei Frauen in den letzten Jahrzehnten.

Allgemein wird angenommen, dass die Häufigkeit von Krebserkrankungen generell in den nächsten Jahrzehnten, auch aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung, deutlich zunehmen wird.

Etwa 90 % der Lungenkarzinome sind auf das Inhalationsrauchen zurückzuführen. Die Häufigkeit von Lungentumoren, die durch andere Ursachen als das Zigarettenrauchen verursacht werden, wird auf 9–15 % geschätzt. Hier ist zum einen die berufliche Exposition, gegenüber Asbest, sogenannten polyzyklischen Kohlenwasserstoffen (Ruß und Teer), Chromate, Arsen und Nickel zu nennen.

Zum anderen wird das in der Natur vorkommende radioaktive Edelgas Radon, welches sich in Kellerräumen von Häusern ansammeln kann, für das Entstehen von Lungenkarzinomen verantwortlich gemacht. Als weiterer Risikofaktor gilt auch das Passivrauchen.

In der Therapie und Diagnostik des Lungenkrebses hat es in den letzten Jahren zahlreiche Fortschritte gegeben. Als Beispiel für neue diagnostische Verfahren seien hier das sogenannte PET-CT und der endobronchiale Ultraschall genannt. Diese Verfahren ermöglichen es, das Tumorstadium vor einer geplanten Therapie sehr genau zu bestimmen. Hierdurch ist es möglich, dem Patienten unter Umständen weitere, möglicherweise belastende Untersuchungen und unnötige Therapien von vornherein zu ersparen.

Durch die sogenannte individualisierte Therapie und Target-Therapie (zielgerichtete Behandlung), können die Erfolgsaussichten einer Behandlung entscheidend verbessert werden.

Die Therapie des Lungenkrebses richtet sich unter anderem nach der Art des Tumors. Es werden sogenannte kleinzellige und nicht-kleinzellige Karzinome unterschieden. Ferner ist das Tumorstadium entscheidend. Leider ist es immer noch so, dass Lungenkrebs häufig erst im fortgeschrittenen Tumorstadium diagnostiziert wird, weil Symptome anfangs völlig fehlen können oder aber verkannt werden (z. B. langanhaltender Husten).

Große Hoffnungen richten sich derzeit auf die sog. Immuntherapie. Hierbei werden eigene Abwehrzellen des Körpers stimuliert und damit wieder in die Lage versetzt, Krebszellen abzutöten. Diese Therapie wird zur Zeit in der Behandlung des nicht kleinzelligen Lungenkrebses eingesetzt und zeigt zum Teil sehr ermutigende Erfolge.

In Frühstadien von Lungentumoren wird allgemein eine Operation mit Entfernung aller Tumorbestandteile, einschließlich befallender Lymphknoten angestrebt. Um das Wiederauftreten (Rezidiv) des Tumors zu verhindern, wird bei Befall von Lymphknoten eine Chemotherapie und/oder Bestrahlung angeschlossen. In fortgeschrittenen Stadien oder wenn eine Operation aus anderen Gründen nicht möglich ist, werden häufig Strahlen- und Chemotherapie miteinander kombiniert.



Im Rahmen sogenannter Tumorkonferenzen, an denen Lungenfachärzte, Onkologen, Strahlentherapeuten und Chirurgen beteiligt sind, wird über das beste Vorgehen bei den betroffenen Patienten entschieden.

Spezialisierte Rehabilitation

Obwohl in der Behandlung von Lungentumoren große Fortschritte gemacht wurden und die Nebenwirkungen von Chemo- und Radiotherapie gut behandelt werden können, stellen diese Therapieverfahren dennoch eine erhebliche Belastung für den Patienten dar.

So wird nach überstandener Behandlung häufig über allgemeine Schwäche, allgemeine Müdigkeit (sogenanntes Fatiguesyndrom), Appetitlosigkeit und Übelkeit geklagt. Darüber hinaus verursacht die Operation oft Schmerzen im Brustkorb sowie Missempfindungen im Bereich der Operationsnarbe. Daneben können auch Heiserkeit und Schluckstörungen Folge des operativen Eingriffs, aber auch des Lungentumors selbst sein.

Neben den körperlichen Beeinträchtigungen stellt die Diagnose Lungenkrebs auch eine erhebliche psychische Belastung für die Patienten dar. Neben Ängsten und Depression besteht ein mangelndes Zutrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten.

Die Rehabilitationsbehandlung in einer für Lungenerkrankungen spezialisierten Klinik kann hier wesentliche Hilfestellung leisten. Mit Hilfe eines entsprechend spezialisierten therapeutischen Teams, bestehend aus Lungenfachärzten, Sport- und Physiotherapeuten, aber auch Krankenschwestern, Ernährungsberaterinnen, Psychologen und Sozialberatern, kann auf die individuellen Probleme des Patienten eingegangen werden.

Mit Hilfe eines angemessenen körperlichen Trainings, angepasst an die Leistungsfähigkeit des einzelnen Patienten, können körperliche Beschwerden verringert und das Leistungsvermögen sowie die Lebensqualität gesteigert werden.

Eine Kombination aus Ausdauertraining und Muskelaufbau steigert die körperliche Belastbarkeit. Hier kommen beispielsweise Ergometertraining, MTT (medizinische Trainingstherapie), Vibrationsmuskeltraining und Wassergymnastik zur Anwendung.

In einzelnen Studien konnte nachgewiesen werden, dass körperliches Training auch die Heilungsaussichten bei Lungenkrebs verbessern und die Folgen einer Chemotherapie deutlich lindern kann. Auch Husten, Verschleimung und Atemnot stellen bei Patienten mit Lungentumoren ein häufiges Problem dar, zumal viele dieser Patienten bedingt durch langjähriges Rauchen auch unter einer chronischen Bronchitis (COPD) und/oder einem Emphysem (Blählung) leiden.

Hier kann die Atemtherapie durch Vermittlung spezieller Atemtechniken (z. B. Lippenbremse) helfen, mit diesen Einschränkungen besser zurechtzukommen.

Darüber hinaus können die Vermittlung von speziellen Hustentechniken, Vibrations- und Klopfmassagen das Abhusten von Schleim erheblich erleichtern.

Die Verwendung zusätzlicher Hilfsmittel wie Flutter und Cornet können unterstützend zur Anwendung kommen und werden, sofern es notwendig ist, im Einzelfalle auch noch während der Rehabilitation als Hilfsmittel verordnet. Zur Linderung der Atembeschwerden dienen auch Inhalationen mit Sole. Bei der Sole handelt es sich um eine natürlich vorkommende Kochsalzlösung mit einem Salzgehalt von 3–6 ‰. Sie wirkt bei der Inhalation schleimlösend und auch entzündungshemmend.

Durch logopädische Behandlung können zudem Schluckstörungen und Heiserkeit gezielt therapiert werden.

Hoher Beratungsbedarf

Neben der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit sind auch die psychologische und sozialmedizinische Betreuung sowie der intensive Arztkontakt für die Patienten von hoher Wichtigkeit. Nach der akuten Behandlung besteht häufig ein hoher Bedarf an Beratung.





Der Patient hat häufig viele Fragen in Bezug auf die Behandlung und die weitere berufliche und private Zukunft. Hier ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Sozialdienst und den Psychologen erforderlich. Durch die Möglichkeit der stationären Behandlung, bei welcher der Patient aus dem Kontext Familie und Beruf, zumindest zeitweise, herausgenommen werden kann, ist es möglich, auf die individuellen Sorgen und Nöte des Patienten intensiver einzugehen.

Eine automatische Berentung bei den häufig noch berufstätigen Patienten, ist in vielen Fällen nicht notwendig und auch aus psychologischen Gründen (Erhalt des Selbstwertgefühls) nicht wünschenswert. Durch entsprechende Maßnahmen wie beispielweise Wiedereingliederung und Leistungen zur Teilhabe ist eine berufliche Reintegration häufig möglich.

Strukturierte Raucherentwöhnung

Von besonderer Wichtigkeit ist auch eine strukturierte Raucherentwöhnung, die im Rahmen einer Gruppentherapie mit Unterstützung von Psychologen und Ärzten durchgeführt wird. Der Rauchstopp führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität (weniger Husten und Atemnot) und steigert die Heilungschancen. Auch die Gefahr des Auftretens von Rezidiven des Tumors oder sogenannter Zweitkarzinome wird reduziert.

Ernährung

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Ernährung. Patienten mit Lungentumoren leiden nach der Chemotherapie häufig unter Appetitlosigkeit. Durch eine Bestrahlung kann auch eine Entzündung der Speiseröhre hervorgerufen werden, die die Nahrungsaufnahme zusätzlich erschwert. Auch dadurch verlieren Patienten mit Lungentumoren an Gewicht.

Hier erfolgt im Rahmen der Rehabilitation eine umfassende Diätberatung. So können für den Patienten individuelle Mahlzeiten bereitet werden. Das verlorene Gewicht kann durch Verordnung von Zwischenmahlzeiten und Ergänzungsnahrung (Astronautenkost) gesteigert werden. Eine spezielle Krebsdiät existiert nicht, der Tumor kann nicht „ausgehungert“ werden. Auch für Patienten mit Lungenkrebs ist eine vitaminreiche, leicht bekömmliche Kost (mediterrane Kost) empfehlenswert.

Fazit

Beim Lungenkrebs stellt die Rehabilitation neben den akuttherapeutischen Maßnahmen, wie Chemotherapie, Operation, Bestrahlung, eine wertvolle Ergänzung dar und sollte bei jedem Patienten mit Lungenkrebs erfolgen. Wichtig ist, dass diese Behandlungsmaßnahme in einer Klinik durchgeführt wird, die sowohl auf dem Gebiet der Onkologie als auch der Lungenheilkunde über ausreichende Kompetenzen und das entsprechende Therapieangebot verfügt. Hierdurch können die Lebensqualität, das körperliche und seelische Wohlbefinden und nicht zuletzt auch die Heilungschancen der betroffenen Patienten maßgeblich verbessert werden.



Dr. med. Horst Wittstruck
Chefarzt Espan Klinik,
Bad Dürkheim

Anzeige



„Der Nächste bitte!“

Ihre Rechte und Möglichkeiten im Gesundheitssystem.

www.vfa-patientenportal.de

Ein Internetportal rund um Patientinnen und Patienten und ihre Versorgung.

vfa patientenportal

Eine Initiative der forschenden Pharma-Unternehmen

Was ist gesichert?

Möglichkeiten der Komplementärmedizin



Vor allem in der Onkologie wird häufig von Komplementärmedizin gesprochen. Doch was verbirgt sich eigentlich hinter diesem Begriff und was sollten Patienten dazu wissen? Im Gespräch erfahren wir mehr von **Professor Dr. Jutta Hübner**, Stiftungsprofessorin für Integrative Onkologie der Deutschen Krebshilfe am Universitätsklinikum Jena.

Was bedeutet komplementär in der Onkologie?

Komplementär steht für begleitend, ergänzend. In der Komplementärmedizin geht es um Verfahren, die zusätzlich, also neben den schulmedizinischen Behandlungsmaßnahmen, angewendet werden. Dabei verfolgt die Komplementärmedizin das Ziel, die Verträglichkeit der konventionellen Therapie zu erhöhen und den Patienten insgesamt zu unterstützen.

Welche Verfahren bzw. Maßnahmen zählen zur komplementären Medizin?

Diese Frage ist etwas schwierig zu beantworten, da es derzeit für den Begriff keine weltweit einheitlich geltende Definition gibt. In Deutschland wird komplementär oftmals auf Naturheilverfahren, wie beispielsweise mittels Nahrungsergänzungen und Heilkräutern, begrenzt. In Amerika wird der Begriff komplementär wesentlich weiter gefasst, indem alle Maßnahmen, die vom Patienten selber durchgeführt werden können, als komplementär bezeichnet werden. Somit sind Bereiche wie Ernährung, körperliche Aktivität, Entspannungsverfahren, Aktivitäten in einer Selbsthilfegruppe, bis hin zur Psychoonkologie integriert. Ich persönlich befürworte diese Definition, da sie alle Aspekte, die Patienten selber aktiv gestalten können, berücksichtigt. Dies fördert letztendlich das Ziel der Patientenautonomie, d.h. des selbstständigen, aktiven Handelns des Patienten.

Nicht verwechselt werden darf Komplementärmedizin mit Alternativmedizin, die anstatt der Schulmedizin verwendet wird und hinter der sich meist dubiose Angebote verbergen, ohne jegliches wissenschaftliches Fundament.

Komplementärmedizin beinhaltet ergänzende Maßnah-

men, die die Befindlichkeit des Patienten verbessern. Dabei kann es sich durchaus auch um scheinbar ganz einfache Dinge handeln, wie beispielsweise Maßnahmen der Hausmedizin oder schlicht ein Spaziergang – Maßnahmen, die eine positive Wirkung erzielen.

Komplementärmedizin will auch den Mut der Patienten fördern, bewusst in sich hineinzuhorchen, um individuelle Bedürfnisse zu erkennen. Aufgrund ihrer Erkrankung sind Krebspatienten höchst verunsichert und wissen oft nicht, ob sie ihrem Körper und den Signalen, die er sendet, noch vertrauen können. Wir versuchen mit komplementären Maßnahmen das Bewusstsein bei den Patienten zu schärfen, verstärkt auf positive Signale zu achten, wahrzunehmen, was gut tut. Ein Teil einer individuellen Beratung zu komplementärmedizinischen Maßnahmen ist daher immer auch das Thema der Selbstwirksamkeit. Darunter versteht man die Einstellung, die wir zur Wirksamkeit unseres Handelns haben. Das Vertrauen, das wir in die eigene Stärke und Leistungsfähigkeit haben.

Welche Rolle nehmen komplementäre Maßnahmen innerhalb des gesamten Behandlungskonzeptes ein?

Wir wissen, dass etwa die Hälfte aller onkologischen Patienten Maßnahmen aus dem breit gefächerten Spektrum an komplementären Möglichkeiten durchführt. Komplementärmedizin ist somit die am häufigsten angewandte Maßnahme innerhalb des onkologischen Gesamtkonzepts überhaupt. Dem zugrunde liegt das Bedürfnis eines jeden Patienten: Was kann ich selber tun?

Das Spektrum an Möglichkeiten ist groß, wie könnte man komplementärmedizinische Maßnahmen dennoch kategorisieren?

Bewegung stellt einen ganz essenziellen Faktor dar. Natürlich immer angepasst auf die jeweilige individuelle Situation des Patienten.

Ein weiterer wichtiger – jedoch weitgehend vernachlässigter – Bereich ist die Ernährung. Unsere Ernährung ist die natürlichste Möglichkeit, um dem Körper alle erforderlichen Nährstoffe zukommen zu lassen, die er braucht. Viele onkologische Patienten nehmen an Gewicht ab und selbst die, die ihr Gewicht halten können, verlieren oft gesunde Körpermasse, insbesondere Muskelmasse – Situationen, die mit einer schlechteren Prognose der Erkrankung einhergehen. Daher gilt es, auf



eine individuell angepasste nährstoffreiche Ernährung zu achten.

Dann zählen Maßnahmen dazu, die einem Patienten einfach individuell gut tun. Das können beispielsweise Entspannungsverfahren, Musikhören ebenso wie Malen sein. Also alles, was das Wohlbefinden fördert und dazu beiträgt, den Patienten auf andere Gedanken kommen zu lassen. Maßnahmen der Kategorie „Wohlfühlen“ sollen helfen, den Sorgen und Ängsten, die Patienten berechtigterweise haben, Zeit und Raum zu geben, um einen besseren Umgang mit der eigenen Erkrankung zu finden.

Der vierte Bereich umfasst natürliche Behandlungsmethoden mit dem Fokus, Nebenwirkungen der Tumorthherapie zu reduzieren. Hier geht es beispielsweise um Entzündungen der Mundschleimhaut, Übelkeit oder Erbrechen, denen bereits prophylaktisch mit einfachen Mitteln entgegengewirkt werden kann. Ich empfehle jedoch, vorher unbedingt eine individuelle Beratung in Anspruch zu nehmen und danach auch den Mut zu haben, etwas auszuprobieren.

Bei welchen komplementären Verfahren konnten bereits wissenschaftlich positive Effekte nachgewiesen werden?

Vielfältige positive Studiennachweise können wir inzwischen bei körperlichen Aktivitäten dokumentieren. Dabei reichen die Effekte von Verbesserungen auf das Überleben, die Verträglichkeit der Therapie, bis zur Steigerung der Lebensqualität.

Auch haben wir erste positive Hinweise im Bereich der Ernährung. Da sich die wissenschaftliche Forschung zur Ernährung allerdings wesentlich komplexer gestaltet als bei Bewegung, ist die vorhandene Datenlage begrenzter.

Bei dem Kerngebiet „Was kann ich gegen Nebenwirkungen tun?“ gestaltet sich der wissenschaftliche Nachweis



nochmals schwieriger. Denn es gilt, jede Substanz, jede Nebenwirkung, die man behandeln will, also jede Maßnahme einzeln, zu untersuchen.

Einige Beispiele zum besseren Verständnis: Nehmen wir die Nebenwirkung Erbrechen, hier haben wir bei der Anwendung von Ingwer zwar eine relativ gute Datenlage, allerdings nicht für jede Anwendung. Bei Mundtrockenheit liegen extrem widersprüchliche Daten verschiedener möglicher Substanzen vor, so dass wir momentan wissenschaftlich betrachtet, nicht wirklich sagen können, was hilft und was nicht hilft. Ob Yoga im Einsatz bei onkologischen Patienten helfen kann, können wir derzeit nicht beantworten, da uns nur Studienergebnisse von jungen Brustkrebspatientinnen vorliegen und wir diese beispielsweise nicht auf andere Patientengruppen übertragen können. Wissenschaftlich haltbare Nachweise zu erbringen, kann also extrem schwierig und sehr komplex sein.

Welche Risiken, welche Nebenwirkungen können mit komplementärer Medizin verbunden sein? Was ist zu beachten?

Ein wichtiges Thema! Da wir über die breite Palette, der in der Anwendung befindlichen Substanzen, zu wenig wissen, bestehen extrem viele Risiken für mögliche Nebenwirkungen und auch für Wechselwirkungen.

Wie bereits beschrieben, liegen so gut wie keine klinischen Studien vor. Teilweise ist dies begründet in der Tatsache, dass es sich bei den angewendeten Substanzen häufig nicht um Medikamente, sondern um Nahrungsergänzungen handelt. Im Gegensatz zu Medikamenten benötigen Nahrungsergänzungen bzw. Lebensmittel keine wissenschaftlichen Studien, die Nachweise über deren Nutzen, aber auch Risiken, Neben- und Wechselwirkungen dokumentieren.

Anhand einer retrospektiven Analyse mit Patienten, die



ihre eingenommenen komplementärmedizinischen Maßnahmen mitgeteilt haben, konnten wir zeigen, dass ein Viertel bis ein Drittel dieser Patienten ein erhöhtes Risiko für Wechselwirkungen mit ihren konventionellen Therapiemaßnahmen aufwies.

Besonders problematisch ist, dass die meisten Patienten nicht mit ihrem behandelnden Arzt über zusätzliche Maßnahmen – gleich welcher Art – sprechen. Somit kann sich der Arzt bei auftretenden Veränderungen, wie z. B. erhöhten Leberwerten oder anderen Komplikationen, kein komplettes Bild der tatsächlichen Situation machen, Ursachen erkennen und reelle Rückschlüsse ziehen.

Ich möchte daher alle Patienten eindringlich auffordern: sprechen Sie mit Ihrem Onkologen über alle Maßnahmen, alle Substanzen, die Sie zusätzlich zur verordneten Therapie anwenden oder anwenden möchten.

Prinzipiell plädiere ich für eine Art Register, in der ärztlicherseits alle Anwendungen erfasst werden, so dass wir langfristig mittels Versorgungsforschung und aufgrund möglichst vielfältiger Daten die Chance erhalten, mehr über tatsächliche Neben- und Wechselwirkungen in der



Komplementärmedizin zu erfahren. Nur so kann langfristig mehr Sicherheit in der Anwendung gewährleistet werden.

Auch bemühen wir uns um qualifizierte ärztliche Ausbildungen in der Komplementärmedizin, um die Seriosität in diesem riesigen Feld der verschiedenen Maßnahmen zu fördern.

Was empfehlen Sie Patienten im Umgang mit Komplementärmedizin? Wie sollten Patienten an die Thematik herangehen?

Zunächst sollte sich jeder Patient überlegen, was er mit komplementärmedizinischen Maßnahmen erreichen möchte. Geht es um ein konkretes Problem, wie z. B. Übelkeit, oder allgemein um den Wunsch, selbst ergänzend aktiv zu werden?

Je nach Zielsetzung kann der Patient individuell beraten werden. Manchmal reichen bereits Maßnahmen hinsichtlich Ernährung und körperlicher Aktivität, je nach persönlicher Neigung kann eine Kunst-, Mal- oder Tanztherapie – auch gemeinsam mit dem Partner – Unterstützung leisten.

Ein intelligentes Fahrkonzept mit hoher Fahrfreude für Ihre neue Mobilität der **freeliner**

- Beratung und Verkauf
- Fahrtraining (auch Gruppen)
- Vermietung (rund um Lindau)



RadInsel Lindau
Dammsteggasse 4, 88131 Lindau
info@RadInsel.de
Telefon 01709862370



in Zusammenarbeit mit
Offene Akademie &
Patienten-Bibliothek gGmbH
www.patienten-bibliothek.de

- leicht, stabil, komfortabel und klappbar
- robust, wendig, kräftig in der Leistung
- einstellbare Geschwindigkeiten
- fahrbar in Fußgängerzone Einkaufszentrum
- sparsamer, leiser, wartungsfreier Elektromotor
- Rückwärtsgang, Alarmanlage mit Wegfahrsperre
- vielfältiges und individuelles Zubehör (Dach)

auch für Ihre Sauerstoffversorgung



Anzeige

Fragen Patienten gezielt nach Vitamin- und Nahrungsergänzungsmitteln, sollte zunächst geprüft werden, ob ein spezifischer Mangel vorliegt.

Erster Ansprechpartner für Fragen zur Komplementärmedizin ist der behandelnde Onkologe. Einige Onkologen verfügen bereits über eine entsprechende Qualifizierung, andernfalls kann der Onkologe jedoch kompetente regionale Ansprechpartner benennen.

Empfehlenswerte Basisinformationen sind auch über das Internet zu finden:

- Inforeihe: Komplementäre Behandlungsmethoden bei Krebserkrankungen von Prof. Dr. Josef Beuth, Köln, Broschüre 100 Seiten, www.komplementaermethoden.de
- Zuhören, Begleiten, Helfen – Komplementärmedizin, Informationen über anerkannte Methoden, um aktiv etwas für sich selbst zu tun, den Körper auf natürlichem Weg zu stärken und Beschwerden zu lindern der Bayerischen Krebsgesellschaft e.V., Broschüre 32 Seiten, www.bayerische-krebsgesellschaft.de
- Krebsinformationsdienst, www.krebsinformationsdienst.de
- Infonetz der Deutschen Krebshilfe, www.infonetz-krebs.de
- Prävention und Integrative Onkologie, eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft, www.prio-dkg.de, spezielle Informationen für Patienten sind in Planung

Mit welchen komplementär therapeutischen Maßnahmen befasst sich aktuell die Wissenschaft?

Derzeit befassen sich viele interessante Studien mit Vitamin D und Selen. Die Ergebnisse hierzu bleiben jedoch abzuwarten.

Weiterhin finden viele Forschungsaktivitäten sowohl auf der Grundlagenseite im Labor als auch teilweise auf klinischer Ebene zu sekundären Pflanzenstoffen wie Grüntee, Katechinen oder Flavonoiden statt. Hier stellt sich für mich die Frage, ob die antioxidativen, entzündungshemmenden Wirkungen durch einzelne Substanzen hervorgerufen werden oder letztendlich ein Gemisch aus den Substanzen – wie z. B. in einem Apfel, der viele sekundäre Pflanzenstoffe enthält – entscheidend ist.

Der dritte Bereich der Forschung konzentriert sich auf die sogenannte „Mind-Body-Medizin“ wie z. B. Yoga, Thai Chi, Chi Gong – meines Erachtens etwas überbewertet.

Leider haben wir in Deutschland zwar eine langjährige Tradition, aber derzeit wenige Forschungsaktivitäten hinsichtlich Heilpflanzen, was ich persönlich bedaure, da

dieser Bereich durchaus vielversprechend und sehr komplex ist. Heilpflanzen lassen sich jedoch nicht patentieren, so dass sich auf diesem Gebiet wenige finanzielle Mittel zur Erforschung finden lassen.

Ein weiteres Manko in der Erforschung der Komplementärmedizin sind die derzeit fehlenden Forschungsnetzwerke. Diese sind in anderen Bereichen der Medizin üblich und ermöglichen schnellere Forschungsergebnisse. SH

Anzeige



Unsere Nordseeklinik Westfalen liegt in 1A-Lage, direkt am feinsandigen Hauptstrand und der Strandpromenade des Heilbads Wyk auf der Insel Föhr, wenige Meter von der Altstadt und dem Hafen entfernt.

Ein erfahrenes, gesundheitsorientiertes Mitarbeiterteam freut sich, Sie ärztlich, therapeutisch und persönlich auf Ihrem individuellen Weg der Krankheitsbewältigung und Gesundung zu begleiten.

Eine wertschätzende und unterstützende Kommunikation ist für uns dabei wesentlich im Umgang miteinander. Seien Sie herzlich willkommen.



Sandwall 25-27
25938 Wyk auf Föhr
Telefon 0 46 81 / 599-0
info@Nordseeklinik.online
www.Nordseeklinik.online

Gesundheitskompetenz für Meer Lebensqualität

- Wohnen direkt am Strand plus Mahlzeiten mit Meerblick
- Klimatische Reize, schadstoff- und pollenarme Luft
- Nachhaltige Reha mit wissenschaftlicher Expertise (Uni Lübeck)
- Patientenorientierter Familienbetrieb mit den gelebten Werten Vertrauen, Transparenz und Fairness
- alle Renten- und Krankenkassen
- Beihilfefähig

Indikationsspektrum

- Chronische Erkrankungen der Atemwege und der Lunge, Spezialisierung COPD und Asthma
- Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (Orthopädische Erkrankungen)
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Nebenindikationen: Psychosomatische & psychovegetative Erkrankungen
- Spezialisierung auf Präventionsmaßnahmen für Polizei, Bundeswehr und Feuerwehr



Bestell- und Lieferservice der Patienten-Bibliothek für die Patientenzeitschrift **COPD in Deutschland**

Natürlich, Sie können die Zeitschrift weiterhin kostenfrei über Ihren Arzt, in der Klinik, über die Apotheke oder die Selbsthilfegruppen (siehe Hinweis im Impressum) beziehen. Die kostenfreien Sammelbestellungen erfolgen über die www.Patienten-Bibliothek.de.

Sie möchten jedoch die nächste Ausgabe der Zeitschrift ganz bequem nach Hause geliefert bekommen? Dann nutzen Sie ab sofort unseren Versandservice ohne Abonnementverpflichtung.

Bestellen Sie eine oder gleich mehrere Ausgaben. Wichtig: Der Bestellauftrag erhält Gültigkeit, sobald die entsprechende Einzahlung auf das u.g. Konto erfolgt ist.

Bestellungen können formlos per E-Mail (Angabe der Bestellung und Lieferadresse nicht vergessen!) und gleichzeitiger Zahlung an info@patienten-bibliothek.de oder per Einsendung des nachfolgenden Bestellcoupons erfolgen (kein Abonnement). Bitte senden Sie den Bestellcoupon an:

Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH, Unterer Schranneplatz 5-7, 88131 Lindau



Hiermit bestelle ich folgende Ausgabe(n) der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland

Ausgabe/n 2017	Frühjahr ☐	Sommer ☐	Herbst ☐	Winter ☐
Bestellung muss vorliegen bis zum	15.02.2017	15.05.2017	15.08.2017	15.11.2017

Ausgabe/n 2018	Frühjahr ☐	Sommer ☐	Herbst ☐	Winter ☐
Bestellung muss vorliegen bis zum	15.02.2018	15.05.2018	15.08.2018	15.11.2018

Sonderausgabe Lungenkrebs	I/2017 ☐
---------------------------	---------------------------------

Der Bezugspreis für eine Ausgabe beträgt € 2,50 (inkl. Porto und Versandkosten – gültig in Deutschland und im europäischen Ausland).

Die Erscheinungstermine sind jeweils: 01.03./01.06./01.09. und 01.12.

Vorname:

Name:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mail für den Rechnungsversand angeben:

Die Bestellung erhält Gültigkeit, wenn der Bestellpreis (pro gewünschter Ausgabe € 2,50) auf das folgende Konto überwiesen wurde. Bitte beachten Sie, dass der Betrag spätestens zu den o.g. Bestellendterminen vorliegen sollte.

Empfänger:	Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH
Geldinstitut:	Sparkasse Lindau
Kontonummer:	1001 227 584
Bankleitzahl:	731 500 000
IBAN:	DE16 7315 0000 1001 2275 84
BIC:	BYLADEM1MLM
Verwendungszweck:	Angabe der Ausgabe(n) und komplette Lieferanschrift



Das Gespräch Kommunikation als Therapie

Erstaunlich weitblickend hat bereits der Nationale Krebsplan 2008 „Kommunikation“ und „Patientenkompetenz“ zu zentralen Zielen der zukünftigen onkologischen Versorgung erklärt.



Im Gespräch mit **Dr. med. Christian Grah**, Leitender Arzt der Abteilung für Pneumologie und des Lungenkrebszentrums (DKG) des Berliner Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe, erfahren wir mehr über Kommunikation in der Onkologie. Um die Kommunikationsfähigkeit in der Klinik Havelhöhe aktiv zu verbessern, hat Dr. Grah eine Kommunikationswerkstatt für med. Fachpersonal gegründet.

Was kann mit „guter“ Kommunikation erreicht werden und wie wird gute Kommunikation definiert?

Zunächst einmal sei gesagt, dass gute Kommunikation keine naturgegebene Fähigkeit ist. Kommunikation muss trainiert werden.

Die Kommunikationsforschung der letzten 100 Jahre hat uns dafür Instrumente an die Hand gegeben, die es ermöglichen, Kommunikation zu verstehen und zu analysieren und für das ärztliche Gespräch bestmöglich einzusetzen. Wobei klar sein sollte, dass Kommunikation sich keineswegs darüber definiert, dass ausschließlich Informationen ausgetauscht werden. Studien belegen, dass der wesentlich größere Anteil einer guten Kommunikation nonverbal – also ohne Worte – abläuft. Diesen Teil der Kommunikation kann man als innere Aufmerksamkeit dem Gegenüber bezeichnen, bei dem es zunächst darum geht, eine Beziehung aufzubauen, und Vertrauen zu gewinnen. Damit ist z. B. gemeint: wie spreche ich mit dem Patienten, wie wirke ich auf ihn, wie setze ich mich hin

oder wie erwecke ich überhaupt in meinem gesamten Verhalten den Eindruck und die Überzeugung, dass in diesem Moment nur er gemeint ist.

Untersuchungen zeigen, dass die Qualität der Beziehung zwischen Arzt und Patient – und natürlich ebenso Therapeuten oder medizinischem Fachpersonal und Patient – eine wirksame Voraussetzung, für die Bewältigungsvermögen bei Krankheiten für Patienten sind. Daher sollten drei Qualitäten von Kommunikation in einer therapeutischen Beziehung angestrebt werden: unbedingte Wertschätzung, Authentizität und Empathie.

Erst ein entstandenes Vertrauen, gibt dem Patienten den notwendigen Raum und die Möglichkeit, schwerwiegende Fragen, Fragen die Patienten ängstigen, zu stellen oder auch Zweifel zu äußern. Wobei es nicht nur um die wichtige Kernfrage der Lebenszeit, sondern auch um viele Fragen, die für die Lebensqualität des Patienten entscheidend sein können, geht.

Gelingt die Kommunikation nicht und ist keine wirkliche Beziehung entstanden, fühlt sich der Betroffene alleine gelassen und weiß nicht, wie er mit seinen Fragen umgehen soll. Untersuchungen hierzu zeigen, dass diese Situation Auswirkungen auf sein Wohlbefinden und sogar auf seine Überlebenszeit haben kann.

Welche Möglichkeiten sollten Patienten und Angehörige nutzen, um das Gespräch mit dem Arzt aktiv zu gestalten?

Ich empfehle jedem Lungenkrebspatienten und ebenso den Angehörigen, Mut zu fassen und nachzufragen. Fordern Sie ein, dass mit Ihnen gesprochen wird. Bringen Sie zum Ausdruck, wenn Ihnen die stattfindende Kommunikation nicht ausreicht, Sie Erläuterungen nicht verstanden haben oder grundsätzliche Fragen die direkt oder indirekt Ihre Krankheit betreffen nicht ausreichend besprochen wurden.

Veränderungen können nur stattfinden, wenn Wünsche, aber auch Kritik unmittelbar formuliert werden. Insofern ist es ein ganz wichtiges Instrument, dass Betroffene lernen, selber zu sagen, was sie brauchen. Nehmen Sie eben nicht gleich den Weg der „Drehtür“ zum nächsten Arzt, wenn eine Problematik auftaucht, sondern wählen auch Sie als Patient den Weg der Kommunikation.

Darüber hinaus sollten Sie alle Möglichkeiten nutzen, die helfen, ein sicheres Gefühl bei den nächsten Behandlungsschritten zu gewinnen. Hier können ergänzend zum Arztgespräch Informationswege wie z. B. über den Krebsinformationsdienst oder andere Organisationen in Anspruch genommen werden. Eine weitere Möglichkeit bietet ggf. die Einholung einer Zweitmeinung.

Wie sollten Patienten sich beispielsweise auf ein Gespräch mit dem Arzt vorbereiten?

Es ist sehr wichtig, dass nicht nur der Arzt oder andere medizinische Betreuer vorbereitet in ein Gespräch gehen, sondern auch der Betroffene selbst. Die Vorbereitung auf ein Gespräch ist auch Ausdruck dessen, dass man sich als Patient aktiv um seine Erkrankung kümmert.

Hilfreich bei der Vorbereitung sind im Vorfeld Fragestellungen an sich selbst, wie beispielsweise: Welche Fragen möchte ich beantwortet bekommen? Mit welcher Zielsetzung gehe ich in das Gespräch? Welche symptomatischen Veränderungen habe ich seit dem letzten Termin? Die Antworten sollten auf einem Merkzettel notiert und zum Termin mitgenommen werden, damit man in der besonderen Situation des Gesprächs keinen der Punkte vergisst.

Am Ende eines Gesprächs sollten dessen wichtigste Ergebnisse und Vereinbarungen nochmals kurz wiederholt werden. Dies kann durch den Arzt, den Patienten selbst oder aber einen Angehörigen erfolgen. Auch hier können ggf. Notizen, die man dann mit nach Hause nimmt, hilfreich sein. Wichtig ist, dass Patient und ggf. Angehöriger alles verstanden haben. Abschließend sollte konkret festgehalten werden, wann man sich das nächste Mal ggf. mit welchen Ergebnissen wiedersieht.

Diese Vorgehensweise schafft Sicherheit und trägt zum Wohlbefinden bei.

Wie sollten sich Patienten in kommunikativ schwierigen Situationen verhalten, wenn sie sich z. B. überfordert fühlen, nicht genügend in Therapieentscheidungen einbezogen werden etc.?

Steht ein schwieriges Gespräch an, so empfehle ich, sich hierauf ein wenig vorzubereiten. Legen Sie sich durchaus ganze Sätze, die Sie sagen wollen, zurecht und schreiben diese auf.



Gelingt dennoch der Gesprächsverlauf nicht wie erhofft oder treten erst während eines Gesprächs schwierige, überfordernde Situationen auf, haben Sie den Mut, dies auch auszusprechen. Gehen Sie nicht nach Hause, bevor Sie die Problematik angesprochen haben. Bitten Sie ggf. um einen weiteren Termin oder beziehen Sie weitere Bezugspersonen wie z. B. Krankenschwestern mit ein. Sehr hilfreich kann auch der Beistand eines Psychoonkologen sein, eine sehr wichtige, häufig vermittelnde Berufsgruppe, die die „Sprache“ der Ärzte, die für Betroffene oftmals eine Überforderung darstellt, besser „übersetzen“ können. Auch hier wieder der Rat: Formulieren Sie, wenn Sie Unterstützung benötigen.

Die Umsetzung einer Therapie ist das eine; sie kann aber nur dann optimal verlaufen, wenn alle Fragen geklärt sind. Das Gefühl und der innere Wert, den jeder Mensch in einem guten und wertschätzenden Gespräch erleben kann, ist eine reale Ressource, die über die onkologische Therapie hinaus wirkt. Auf diese sollte eine moderne Medizin nicht mehr verzichten. Kommunikation hat eine eigenständige Bedeutung innerhalb des therapeutischen Gesamtkonzeptes und sollte als Behandlungsmodalität genauso bewertet werden wie andere onkologische Therapien.

Welche Bedeutung kommt der ärztlichen Kommunikation bei Lungenkrebs zu?

Bereits drei Faktoren verdeutlichen, warum bei der Erkrankung Lungenkrebs ärztlicher Kommunikation eine zentrale Rolle zukommt: Lungenkrebs entwickelt generell sehr viele Symptome, wie z. B. Luftnot, Müdigkeit, Schmerzen, was bei Betroffenen einen hohen Belastungsdruck auslöst. Im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen tritt Lungenkrebs besonders häufig auf und geht zudem mit einer schlechten Überlebensperspektive einher.

Nur etwa bei einem Sechstel der Patienten besteht be-



gründete Hoffnung auf eine 100-%ige Heilung. Und obwohl sich in den vergangenen Jahren die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen deutlich verbessert haben, profitieren derzeit nur wenige Patienten davon. Welche individuellen Chancen ein Patient tatsächlich hat, kann in der Diagnostikphase, zum Teil aber erst während des Krankheitsverlaufs festgestellt werden. Die größere Gruppe der Neudiagnosen, die sich mit der Erkrankung auseinandersetzen muss, hat eine Perspektive, die nicht mehr als ein Jahr beträgt.

Diese Situation macht bereits verständlich, warum es in der ärztlichen Kommunikation besonderer Fähigkeiten bedarf, um den Patienten adäquat begleiten zu können.

Im Nationalen Krebsplan wird der Patientenorientierung ein eigenes Handlungsfeld zugeordnet. Die Qualitätsentwicklung für Kommunikationsstrukturen wurde als Ziel definiert. Was können Sie uns zu den aktuellen Entwicklungen sagen?

Mit dem Nationalen Krebsplan wurde ein politischer Wille ausgedrückt, die Behandlung und flächendeckende Versorgung von Krebserkrankungen Schritt für Schritt zu verbessern. Dem Thema Kommunikation wurde dabei ein eigenständiges Handlungsfeld gewidmet.

Anfang 2016 wurde ein Curriculum für eine Kommunikationsausbildung während des Studiums für Ärzte verabschiedet. Bisher wurden diesbezüglich lediglich Fort- und Weiterbildungen angeboten. Weiterhin fordern wir eine adäquate Berücksichtigung auch in der fachärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie in der Ausbildung der medizinischen Mitarbeiter in der Onkologie.

Diesen positiven Entwicklungen wirken jedoch andere Veränderungen entgegen. Lungenkrebspatienten werden insbesondere in Zentren behandelt, da dort eine hohe Spezialisierung und Qualität angestrebt wird. Die somit hohe Frequenz an Patienten bringt jedoch eine größere Anonymisierung der Behandlungsexperten den Patienten gegenüber mit sich und es besteht die Gefahr einer diskontinuierlichen Betreuung. Gleiches gilt hinsichtlich des ökonomischen Drucks zu mehr Wirtschaftlichkeit.

Anonymisierung und auch Merkantilisierung in der Medizin wirken einer guten Kommunikation entgegen. Dieser kontraproduktiven Entwicklung – die auch den Zielen des Nationalen Krebsplanes widerspricht – gilt es entgegenzutreten.

Patienten sollten daher „gute“ Kommunikation und eine kontinuierliche Betreuung einfordern und wir Ärzte sollten Patienten dabei unterstützen, sowohl ihre eigenen

Bedürfnisse besser zu artikulieren als auch Mut zu machen, Notwendigkeiten zum Ausdruck zu bringen.

Wie kann eine gute Kommunikation trotz ständigem Kostendruck gelingen?

Grundsätzlich möchte ich betonen, dass ich die bereits angesprochene Merkantilisierung in der Medizin, Krankheiten als Ware zu betrachten, für eine falsch eingeschlagene Richtung halte. Ich glaube, dass es Zeit ist, umzudenken.

Vor allen Dingen gilt es, dringend die Wertigkeit guter Kommunikation neu zu beleben. Wir unterliegen einem großen Irrtum, wenn wir derzeit zwar für medikamentöse Therapien hohe Summen bereitstellen, für Kommunikation jedoch nur einen kaum nennenswerten Bruchteil davon.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christian Grah
Lungenkrebszentrum Havelhöhe
Kladower Damm 221, 14089 Berlin
Telefon 030 – 36501-0
lunge@havelhoehe.de

Das Buch, herausgegeben von Dr. med. Christian Grah zur Thematik möchte Patienten und Angehörige unterstützen, Fragen zu stellen, verständliche Antworten einzufordern, Zuständigkeiten zu klären, Hilfen in Anspruch zu nehmen und Gespräche mit Ärzten aktiv mit zu gestalten. Betroffene erzählen, was ihnen geholfen hat, trotz der enormen Belastung einen eigenen Weg zu finden.



Lungenkrebs und COPD

Gemeinsame Chancen und Therapieoptionen

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine Volkskrankung mit steigender Häufigkeit. In Deutschland sind Schätzungen zufolge etwa 7 Millionen Menschen an COPD erkrankt. Lungenkrebs ist bei Männern mit ca. 30.000 Todesfällen pro Jahr mit Abstand die am häufigsten zum Tode führende Krebserkrankung; bei Frauen mit ca. 20.000 Sterbefällen die zweithäufigste.

Welche Gemeinsamkeiten gibt es?

Hauptursache beider Erkrankungen ist das Rauchen. Weiterhin sind Umweltfaktoren, Schadstoffe etc. mitsächlich, auch klimatische Veränderungen wie die globale Erwärmung begünstigen die Lungenerkrankungen.

Bei Patienten mit der Diagnose Lungenkrebs liegt bei ca. 50 % der Fälle auch eine COPD vor.

Die Prognose einer leichten COPD im Stadium GOLD I und II ist, wie die des Lungenkarzinoms im Stadium I und II, gut. In den späten Stadien beider Erkrankungen ist die Prognose jedoch erheblich verschlechtert.

Bei COPD ab dem Stadium GOLD III treten in der Regel gehäufte Exazerbationen (akute Verschlechterungen) auf. Diese können die Lungenfunktion erheblich beeinträchtigen. Eine nahezu lineare Beziehung zwischen Überleben und Häufigkeit der Exazerbationen ist bekannt.

Beim Lungenkrebs kann auch im fortgeschrittenen Stadium IV eine der COPD im Stadium IV vergleichbare Prognose von wenigen Jahren ab Diagnosestellung erreicht werden. Ermöglicht wird dies durch zielgerichtete Therapien, die aber nur für wenige Fälle mit Nachweis von behandelbaren molekularen Alterationen gelten.

Wo erfolgt die Therapie von COPD und Lungenkrebs

Während die Behandlung der COPD in überwiegender Mehrheit durch Hausärzte und Lungenfachärzte getragen wird, erfolgt die Behandlung des Lungenkarzinoms durch Pneumologen mit thoraxonkologischer Spezialisierung und Onkologen. Meist erfolgt die Behandlung an größeren Zentren, nicht immer unmittelbar direkt heimatnah.

Die Behandlung des Lungenkarzinoms ist komplex, die der COPD nicht weniger anspruchsvoll. Neben der medikamentösen Therapie, Rehabilitation, Lungensport, unterstützenden Maßnahmen wie z. B. Atemphysiotherapie



kommen neue interventionelle Behandlungen wie z. B. die Lungenvolumenreduktion hinzu.

Behandlungsziele

Bei der COPD steht die Reduktion der Belastungsatemenot an erster Stelle. Diese ist ein quälender Begleiter der Patienten und erinnert täglich an die Erkrankung. Die Erkennung und Mitbehandlung relevanter Begleiterkrankungen bei der COPD (kardiovaskuläre – das Herz und Gefäßsystem betreffende, metabolische – den Stoffwechsel betreffende und psychische Komorbiditäten) haben einen ungünstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Sterblichkeit.

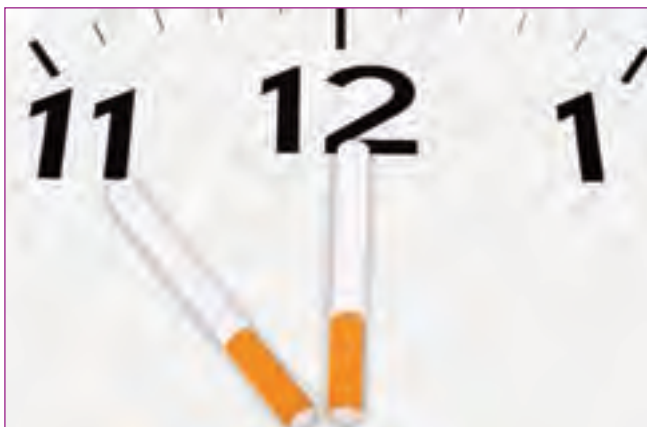
Beim Lungenkarzinom geht es primär um die Frage: Ist eine Heilung möglich? In der metastasierten Situation ist dies nicht mehr möglich. Insofern geht es stärker um die Frage nach der Verlängerung des Lebens. Mehr Überlebenszeit – ja, aber nicht zu jedem Preis. Die Erhaltung der Lebensqualität ist aus Sicht der Patienten und Angehörigen maßgebend. Die Begleiterkrankungen beim Lungenkarzinom, vergleichbar mit denen bei der COPD, sind oft limitierend für ein intensives, multimodales Behandlungskonzept und können somit die Prognose erheblich beeinflussen.

In der Betrachtung beider Erkrankungen, die zu einem Großteil gemeinsam auftreten, lassen sich also identische Behandlungsziele definieren:

- Besserung krankheitsspezifischer Symptome
- Erhalt der Lebensqualität
- Verlängerung des Überlebens

Beeinflussung der Erkrankungen

COPD und Lungenkarzinom liegen häufig gemeinsam vor. Fast immer geht die COPD voraus. Die Therapie des Lungenkarzinoms ist aufwendig, viele Untersuchungen, Eingriffe,



Chemotherapie, Bestrahlungen, Operationen sind belastend. Aber auch die neuen medikamentösen Möglichkeiten, wie die zielgerichtete Therapie oder die Immuntherapie können die Funktionalität der Lunge stark beeinflussen. Insofern ist eine gleichzeitige stabile Erkrankungssituation seitens der COPD hilfreich und wichtig. Aus Sicht des Patienten kommt neben der bekannten COPD noch eine todbringende Erkrankung Lungenkrebs hinzu, die wiederum eine Verstärkung der bereits bestehenden Belastungsatmenot bewirkt.

Therapie der Erkrankungen

Raucherentwöhnung

Bereits historische Daten beschreiben den Zusammenhang zwischen frühzeitigem Rauchstopp und weniger Verlust an FEV1 (Einsekundenkapazität – das Volumen, das nach einer maximalen Einatmung ausgeatmet werden kann) in der Lungenfunktion. Bei der COPD sind die positiven Effekte der Raucherentwöhnung unumstritten, doch oftmals ist diese schwer umzusetzen. Ohne ein strukturiertes Programm zur Raucherentwöhnung schaffen es die meisten Patienten nicht und werden rückfällig.

Beim Lungenkarzinom ist aufgrund der meist „todbringenden“ Diagnose der Rauchstopp zunächst nicht das wichtigste therapeutische Ziel bei Patient und Arzt. Eine differenzierte Betrachtung der Szenarien zeigt jedoch eine Chance auf: Rauchstopp kann in bestimmten Situationen doch gelingen.

Zeigt sich bei einem Lungenkrebscreening in der Computertomografie des Thorax ein Verdacht (subjektiver Befund), so dokumentieren Studiendaten, besteht eine hohe Motivation für eine Raucherentwöhnung. Diese Situation kann eine individuelle Chance darstellen, endgültig mit dem Rauchen aufzuhören – auch wenn sich in der Folge der Krebsverdacht nicht erhärtet.

Beim Frühkarzinom mit kurativem, also heilendem, Therapieansatz haben aktive Raucher ein höheres Risiko: Bei einer Lungenoperation haben Raucher eine erhöhte

Mortalität (Sterblichkeit) und Komplikationsrate als Nie-Raucher oder frühere Raucher. Insbesondere eine Nikotinkarenz vor der Operation wirkt sich günstig aus. Beim lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Lungenkarzinom ist die Motivation für eine Raucherentwöhnung unmittelbar nach Diagnosestellung am höchsten. Bereits wenige Monate später lässt der initial, also auslösende, psychologisch günstig erscheinende Moment (infolge der fatalen Diagnose: Krebs) dann wieder nach.

Behandlung der Begleiterkrankungen

Nicht nur bei einer COPD, sondern auch beim Lungenkarzinom können Begleiterkrankungen relevant sein. Immer häufiger sehen wir aufgrund der Innovationen in der Therapie beim Lungenkarzinom mehrjährige Behandlungsverläufe. Organdysfunktionen können ein limitierender Faktor sein. Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz und Leberfunktionsstörungen lassen nicht jede Chemotherapie zu.

Aber auch zielgerichtete Substanzen und Immuntherapien sind bei Patienten mit vielen Erkrankungen teils kontraindiziert oder mit deutlich mehr schädigenden Wirkungen assoziiert. So kommt es auch in Studiendaten beim Lungenkarzinom immer mehr zu dem Ereignis des nicht krebssbedingten Todes oder des natürlichen Todes. Neben der Verbesserung des Outcomes beim Lungenkarzinom liegt in der ganzheitlichen Therapie mit Berücksichtigung der Begleiterkrankung inklusive der COPD noch ein großes Potenzial zur Verbesserung von Lebensqualität und Gesamtüberleben.

Antientzündliche Therapie

Bei der COPD sind inhalative Steroide (Cortison), selektive Phosphodiesterase-Inhibitoren und systemische Steroide (Cortison in Tablettenform) die Grundlage der chronischen und akuten antiinflammatorischen (antientzündlichen) Therapie. In Studien konnte durch Anwendung von inhalativen Steroiden eine Reduktion der Rate akuter Verschlechterungen erreicht werden.

Beim Lungenkarzinom spielen antiinflammatorische Konzepte bislang keine Rolle. Interessant ist aber, dass sich in einigen Studien zur COPD Hinweise auf die Reduktion der Lungenkrebsrate unter einer Therapie mit inhalativen Steroiden ergaben. Diese stammen eher aus Registerdaten mit längerem Beobachtungszeitraum. Dabei scheint eine höhere Dosis inhalativer Steroide umso effektiver zu sein. In den Studien konnte das nicht eruiert werden. Oft ist der Beobachtungszeitraum hier wesentlich kürzer und die Studien sind nicht geeignet, um einen derartigen Effekt zu zeigen.

Grundlage der antiinflammatorischen Therapie zur Reduktion des Lungenkarzinomrisikos bei der COPD kann das pathophysiologische Konzept sein, dass bei der COPD bereits protektive Enzymsysteme in der Aktivität vermindert bzw. aufgebraucht sind. Ein fortwährender Einfluss inhalativer Noxen, wie z. B. das Rauchen, ist ein zusätzlicher proinflammatorischer Trigger (Auslöser) der Carcinogenese und erhöht das Lungenkrebsrisiko nochmals. Raucher mit COPD haben ein ca. 3-fach höheres Lungenkrebsrisiko als Nichtraucher mit COPD.

Unterstützende Therapie

Vermeidung und Behandlung der Kachexie (krankhafte Abmagerung) ist ein grundsätzlich anerkanntes Behandlungskonzept beider Erkrankungen, verbessert Lebensqualität und kann Einfluss auf das Überleben haben.

Die Langzeit-Sauerstofftherapie ist vielfach indiziert und wird den aktuellen Leitlinien und Empfehlungen bei COPD und in Parallelität dazu beim Lungenkarzinom angewandt.

Palliative Therapie

Die Schmerztherapie ist beim Lungenkarzinom (metastasen bedingt) als auch bei der COPD (ossäre, den Knochen betreffende, Komplikationen) symptomlindernd und kann zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Auch die Reduktion von Atemnot in der letzten Lebensphase ist ein Ziel der Opiattherapie beider Erkrankungen.

Die nichtinvasive Beatmung (NIV) ist bei der COPD als Intervention bei akuter Hyperkapnie (erhöhter Kohlendioxidgehalt im Blut), z. B. im Rahmen einer Exazerbation als auch als Heimbeatmung bei chronischer Hyperkapnie etabliert. Beim Lungenkarzinom kann die NIV in der Terminalphase als symptomlindernd eingesetzt werden, meist in Kombination mit Opiaten.

Die interventionellen Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Lungenvolumenreduktion beim Lungenemphysem) kann beim Lungenkarzinom in Einzelfällen (gute Prognose)

angewandt werden. Das Ziel ist immer eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Reduktion der Atemnot. Die Indikation und Durchführung derartiger Eingriffe sollten sorgfältig geprüft werden. Dies kann in einem interdisziplinären Thoraxboard erfolgen. Eine Anbindung an ein hierfür erfahrenes Zentrum ist erforderlich. Aber auch interventionelle Verfahren bei endobronchialen Tumorbefall sind stets abzuwägen und in der Hand des erfahrenen Pneumologen gut etabliert. So können Retentionspneumonien (Lungenentzündung aufgrund Sekretstau in den Bronchien), Verengungen der zentralen Atemwege oder Tumorblutungen mit rascher Verbesserung der Symptomatik durch mechanische oder thermische Verfahren oder Stenting behandelt werden.

Zusammenfassung

COPD und Lungenkarzinom sind nicht heilbare, aber in Teilen behandelbare Erkrankungen. In späten Stadien kann die Prognose vergleichbar schlecht sein. Zudem kommen beide Erkrankungen häufig gemeinsam vor. Die systemischen, den ganzen Körper betreffenden, Auswirkungen von Erkrankung und Therapie ist ein wichtiger therapeutischer Ansatz. Besonders hervorzuheben sind bei guter Prognose die Nikotinkarenz und die Beachtung der Begleiterkrankungen sowie bei schlechter Prognose die supportive und palliative Therapie. Inwieweit antiinflammatorische Behandlungen einen Einfluss auch auf die Behandlung des Lungenkarzinoms haben, ist noch nicht geklärt.

Professor

Dr. med. Christian Schumann
Klinik für Pneumologie, Thorax-
onkologie, Schlaf- und Beat-
mungsmedizin
Klinikverbund Kempten-Ober-
allgäu, Immenstadt



Patientenorientierung



Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Stiftung Deutsche Krebshilfe Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal

Als die Deutsche Krebshilfe 1974 von Mildred Scheel als Bürgerbewegung im Kampf gegen den Krebs gegründet wurde, war die Behandlung krebserkrankter Menschen alles andere als vorbildlich. Die Heilungschancen waren schlecht. Niemand fühlte sich für eine Verbesserung der Versorgung krebserkrankter Menschen wirklich zuständig. Keiner sprach über Krebs.

Die Krankheit Krebs von ihrem Tabu zu befreien, krebserkrankten Menschen zu helfen und ihnen Hoffnung zu geben, war von Anfang an der Kerngedanke der Deutschen Krebshilfe – er galt vor 40 Jahren und gilt auch heute noch.

Inzwischen hat sich an der damaligen Situation erfreulicherweise vieles geändert. Etwa die Hälfte der Krebs-Neuerkrankungen in unserem Land kann heute geheilt werden:

- Heute wird über Krebs gesprochen,
- die Forschung wurde vorangebracht – und damit auch die Krebsdiagnostik und –behandlung,
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Ärzten wird seit einigen Jahren endlich ernst genommen, die Patientenversorgung erfolgt nach Leitlinien und
- weitgehend in ausgewiesenen Zentren oder onkologischen Netzwerken,
- es sind Versorgungsstrukturen entstanden, wie beispielsweise in der Palliativmedizin
- und auch die Krebsregistrierung ist durch das Krebsfrüherkennungs- und –registriergesetz (2013) in einer flächendeckenden Umsetzung.

Dennoch: Trotz aller Fortschritte ist das Krebsproblem noch lange nicht gelöst. Wir stehen nach wie vor vor großen Herausforderungen. Die Zahl der Krebserkrankungen wird aufgrund der demographischen Entwicklung weiter steigen. Viele Details der komplexen

Vorgänge, die sich in und an einem Tumor abspielen, sind noch unbekannt und einige Krebsarten sind nach wie vor schwer zu behandeln.

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient als Basis für eine erfolgreiche Therapie ist ein brennender Themenkomplex. Der Krebspatient von heute möchte als aktiver, gleichberechtigter Partner angesprochen werden. Die traditionell geprägte Arzt-Patienten-Beziehung ist ein Auslaufmodell – der paternalistisch behandelnde Arzt hält den heutigen Herausforderungen nicht mehr stand. Die Patienten wollen aktiv zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes beitragen und mitentscheiden.

Dr. Fritz Pleitgen
Präsident der Deutschen
Krebshilfe

Auszug aus der Pressemitteilung zur Eröffnungspressekonferenz des
Krebstages 2016 in
Berlin



8. KREBSAKTIONSTAG 2018
GEMEINSAM GEGEN KREBS
Forum für Betroffene, Angehörige und Interessierte

Persönliche Einblicke

Umgang mit der Diagnose

Im Garten des Salvatorianerklosters Steinfeld in der Eifel liegt ein kleines Felsstück, in das die Schüler einer Abiturklasse des benachbarten Gymnasiums die Worte eingemeißelt haben: **Frei ist, wer will, was er muss.** Das ist die Kurzfassung der Philosophie der alten Stoiker und meint, dass Glück und Zufriedenheit sich im Leben erst einstellen können, wenn wir unser Schicksal annehmen.

Für jemanden, der die Diagnose Lungenkrebs erhält, steht das Annehmen seiner Erkrankung, wenn es denn überhaupt gelingt, am Ende eines langen und oft qualvollen Weges. Bis dahin durchlaufen Erkrankte verschiedene Phasen, die unterschiedlich intensiv erlebt und durchlebt werden. Am Anfang steht zumeist die Ablehnung des Befundes. Susi, Mitglied der Berliner Selbsthilfegruppe Lungenkrebs, erinnert sich: „Wenige Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, wo ich an einem Tumor in der Brust operiert worden war, stand ich im Sprechzimmer von Professor Kaiser und starrte auf das Röntgenbild meiner Lunge. Bösartig? Ausgeschlossen, dachte ich. Der muss sich irren. Ich kann nicht auch noch Lungenkrebs haben. Mir tut nichts weh, ich habe keinen Husten, keine Atemnot und treibe Sport. Aber er hatte sich nicht geirrt.“

Barbara, Leiterin des Bundesverbandes Selbsthilfe Lungenkrebs und der Berliner Selbsthilfegruppe, erklärt die Reaktion des Ablehnens und des Unverständnisses so: Ich bekomme die Diagnose, schaue in den Spiegel und sehe keine Veränderung. Ich kann es nicht greifen, nicht sehen und oft nicht spüren. Trotzdem ist die Beurteilung des Arztes da. Bei Zufallsbefunden ist es noch schwieriger zu verstehen, denn es gibt keine Symptome wie Husten, Schmerzen, nächtliches Schwitzen oder ähnliches. Wir werden behandelt, uns geht es oft schlechter als vor der Behandlung, und die Diagnose, die immer noch eine schlechte Prognose hat, will uns nicht in den Kopf. Wir sehen aus wie immer und sind trotzdem sehr krank. Auch in den Selbsthilfegruppen sieht man kaum jemandem an, dass er Lungenkrebs hat. Bei den neuen Therapien bleibt oft auch der gefürchtete Haarausfall aus, so dass wir nach außen ein Bild abgeben, das unserem Innersten nicht entspricht. Man muss es doch sehen, fühlen, Symptome haben. Man kann doch nicht gesund aussehen, wenn man so eine Diagnose bekommt.

Barbara erinnert sich: „Freunde und Kollegen, die mich sahen, konnten nicht begreifen, dass ich eine schwere Erkrankung hatte (sie wussten damals noch nichts von meiner Diagnose). Es kamen Sätze wie: Du siehst gut aus, warst du im Urlaub? Wann kommst du wieder arbeiten? So krank kannst du doch gar nicht sein! Wie soll man auch etwas akzeptieren können, das nicht sichtbar und greifbar ist? Man kann lernen, damit umzugehen, sich der neuen Situation zu stellen, aber das benötigt viel Zeit. Auch unsere Angehörigen,

Freunde und Verwandte brauchen Zeit, um sich mit der Diagnose Lungenkrebs auseinanderzusetzen.“

Christian, ein Betroffener aus der Selbsthilfegruppe Lungenkrebs Heidelberg, sagt: „Mir hat es sehr geholfen, mit anderen Betroffenen zu sprechen, um dabei zu lernen, wie sie mit der Situation umgehen. Dabei bin ich auch immer wieder auf die eine oder andere Haltung gestoßen, die mich sehr beeindruckt hat. Manchmal so sehr, dass ich dachte: alle Achtung, davon möchte ich mir eine Scheibe abscheiden! So habe ich „einfach“ gelernt, mit meiner Situation umzugehen.“

Bedeutung einer Selbsthilfegruppe

Nicht allen gelingt es, ihre Krebserkrankung zu akzeptieren, ihr neues Leben anzunehmen und es zu leben. Eine Selbsthilfegruppe kann helfen, dieses Ziel zu erreichen. Hier finden neue Erkrankte Gleichgesinnte, die ihre Ängste selbst durchlitten haben, die sie deshalb verstehen und keine Erklärungen brauchen. Die positive Atmosphäre in der Gruppe kann dazu beitragen, dass die Betroffenen Kraft und Optimismus aufbauen und angstfrei in ihre Zukunft blicken können.

Ein Beispiel hierfür war Rainer, ein regelmäßiger Gast in einer der Berliner Gruppen. Er hatte nach seiner ersten Diagnose immer wieder harte Rückschläge erlitten. Selbst als er seine Wohnung aufgeben musste und ins Hospiz zog, brachte er den Willen und die Kraft auf, weiter zu den Terminen zu kommen, erzählte neuen Besuchern humorvoll seine Geschichte und fand tröstende Worte für sie. Eines Tages blieb sein Platz leer. Für die Teilnehmer der Gruppe bleibt er unvergessen als ein Mensch, der sein schweres Schicksal annehmen und mit fröhlicher Gelassenheit die Endlichkeit seines Lebens akzeptieren konnte.

In der Selbsthilfegruppe erfahren die Erkrankten das, was sie in ihrer Lage sicher am meisten benötigen: die Annahme ihrer Person und einen achtungsvollen und ehrlichen Umgang mit ihrem Thema. Die offene Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit und das Gespräch mit Leidensgenossen sind der erste Schritt, das neue Leben mit Lungenkrebs optimistisch und aktiv anzunehmen.

Günter Kranz
Öffentlichkeitsarbeit
Bundesverband Selbsthilfe
Lungenkrebs e.V.





Starke Partner

Porträt

Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.

Bis zum Jahr 2003 gab es keine spezielle Selbsthilfegruppe für Lungenkrebsbetroffene. Sie fanden sich in den allgemeinen Krebsgruppen wieder, wo sie kaum auf ebenfalls an Lungenkrebs Erkrankte trafen.

Für diese Menschen ist der Kontakt zu anderen Lungenkrebskranken jedoch wichtig, um die Möglichkeit des Austausches zu haben, um Erfahrungen mitzuteilen und zu sehen, wie andere mit ihrer Krankheit umgehen und mit ihr leben. Denn auch für Lungenkrebsbetroffene gibt es Wege, ein erfülltes Leben zu führen. Die Selbsthilfe als sinnvolle und notwendige Ergänzung stärkt die Kompetenz des Patienten, hilft Ängste abzubauen und die medizinischen Verordnungen besser zu verstehen. Auch hinsichtlich Schwerbehinderung, Rente, Rehabilitation und weiterer sozialer Komponenten werden wertvolle Tipps aus eigener Erfahrung zur Beschleunigung der Abläufe gegeben. Beratende Unterstützung finden wir bei den sozialen Dienststellen und bei den Ärzten der Fachkliniken.

Lungenkrebs ein Gesicht geben

Anfang November 2013 gründeten engagierte Betroffene den Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. während des Bundestreffens der Selbsthilfegruppen in Bochum. Nach mehrjähriger Vorbereitung haben die Interessenvertreter diesen wichtigen Schritt unternommen. Er resultierte aus der Erkenntnis, dass sich die Gruppenvertreter in einem starken Bundesverband zusammenfinden wollten, damit Information schnell dahin kommt, wo sie gebraucht wird.

Bundesweit sind über 40 Selbsthilfegruppen mit jeweils 4 bis 25 Teilnehmern aktiv. Es existieren zwei eigenständige Vereine, Berlin und Düsseldorf, sowie zwei eigenständige Landesverbände – im Norden der Landesverband Hamburg und im Südwesten der Landesverband Baden-Württemberg. Beide Verbände haben sich dem Bundesverband angeschlossen.

Anzeige

Lungenklinik Ballenstedt

– das moderne überregionale pneumologische Zentrum direkt am Harzrand



**Zertifiziertes
Lungenkrebszentrum**

Lungenklinik Ballenstedt/Harz gGmbH
Evangelisches Fachkrankenhaus für
Lungenkrankheiten und Tuberkulose



Ein freundliches und engagiertes Team aus erfahrenen Fachärzten, geschultem Pflegepersonal und Atemwegstherapeuten gewährleistet eine hochmoderne und komplexe Diagnostik und Therapie aller Formen von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge.

Leistungsspektrum der Klinik

- Kardiopulmonale Funktionsdiagnostik
- Allergologie
- Endoskopie
- Interventionelle Therapie
- Onkologie
- Palliativmedizin
- Nichtinvasive Beatmung
- Beatmungsentwöhnung /
zertifiziertes Weaningzentrum
- Schlafmedizin
- Sonographie/Endosonographie
- Infektiologie/Tuberkulose
- Klinisches/zytologisches Labor
- Physiotherapie
- Ambulanter Hospizdienst
- Klinikseelsorge
- Raucherentwöhnung

Leistungsspektrum der Praxen

Pneumologie/Allergologie/Schlafmedizin

MVZ Standort Ballenstedt 039483 70510
OA DM A. Pitschmann/ OÄ Dr. med. K. Conrad

MVZ Standort Aschersleben 03473 807037
Dr. med. B. Kühne

Kinderheilkunde/Kinderpneumologie

MVZ Standort Ballenstedt 039483 70541
OÄ G. Gudowius
K. Tinnefeld

Radiologie (CT, Röntgen, Mammographie)

MVZ Standort Ballenstedt 039483 70520
Th. Krampitz

Physiotherapie

MVZ Standort Ballenstedt 039483 70530
Kati Hofmann

Unterbringung in modernen Zimmern mit Bad/WC, TV, Telefon, Telekom-Hotspot ++ Cafeteria ++ Blick ins Grüne ++ eigener Park ++ reichlich kostenfreie Parkplätze ++ Bushaltestelle der Linie 6 der HVB vor der Klinik

Lungenklinik Ballenstedt/Harz gGmbH, Robert-Koch-Str. 26-27, 06493 Ballenstedt Telefon: 039483 700 www.lungenklinik-ballenstedt.de



Barbara Baysal, Vorsitzende BSL, erhielt 2017 das Bundesverdienstkreuz

Lungenkrebs ist mit über 50.000 Neuerkrankungen im Jahr mittlerweile die zweithäufigste Krebserkrankung in Deutschland. Bei der Anzahl an Neuerkrankungen dieses relevanten Krankheitsbildes war es notwendig, den Gründungsschritt zu vollziehen, um endlich auch dieser Krebserkrankung ein Gesicht zu geben und in der Öffentlichkeit ein brauchbares Bild unserer ehrenamtlichen Selbsthilfearbeit zu zeichnen.

Wir werden die Enttabuisierung der Erkrankung mit Folge- und Nebenwirkungen weiter vorantreiben.

Der Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. setzt sich aus der bundesweiten Selbsthilfe, den Landesverbänden, Vereinen, Gruppen und Einzelpersonen zusammen.

Bei unserem Krankheitsbild mit so vielseitig erkrankungsbezogenen Besonderheiten kann es vorkommen, dass die Bildung örtlicher Selbsthilfegruppen nicht möglich ist. Deshalb wurde die Möglichkeit geschaffen, dass die Betroffenen sich direkt unserem Bundesverband anschließen können.

Ziele

Eigentlich sagt das Wort „Selbsthilfe“ schon vieles aus. Finden sich aber betroffene Menschen in einer Gruppe zusammen, um über ihr Hauptthema, das sie speziell betrifft, Austausch zu halten, sich gegenseitig mit Tipps und Tricks zu helfen, sich bei glücklichen Momenten gemeinsam zu freuen, in traurigen Momenten Trost zu spenden und um den Mutlosen Mut zu machen zu kämpfen, so ist das Selbsthilfe, wie wir sie meinen und wie sie von uns angeboten und vertreten wird.

Unsere Mitglieder werden durch den Verband, insbesondere durch den Erfahrungs- und Informationsaustausch, unterstützt. Ebenfalls wird durch Kongresse, Seminare, Arbeitskreise und Veröffentlichungen die krankheitsbezogene schnelle Information an die Mitglieder ermöglicht und zusätzlich werden interessierte Kreise informiert.



Susanne Kranz (li.) und Barbara Baysal am Informationsstand

Die von uns durchgeführte Beratungsarbeit baut immer auf dem Selbsthilfeprinzip und die Betroffenenkompetenz der in der Selbsthilfe zusammengeschlossenen Menschen auf. Dadurch grenzen wir uns in unserer Arbeit zu anderen Organisationen, wie z. B. Patientenberatungsstellen ab.

Die Vorsitzende der Berliner Selbsthilfe, Barbara Baysal, hat bereits bei der Erstellung der S3-Leitlinie mitgewirkt und wir, als Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. arbeiten an der Überarbeitung der S-3 Leitlinie zur Optimierung der Behandlungsformen des Lungenkarzinoms mit. Bei der Berliner Projektgruppe „Lungenkarzinom“ am Tumorzentrum Berlin nimmt die Vorsitzende der Berliner Gruppe ebenfalls teil. Bei der Erstellung des Berliner Qualitätshandbuchs zur Behandlung des Lungen tumors war ihre Erfahrung ebenso gefragt, wie auch die Teilnahme und Vertretung der Selbsthilfe Lungenkrebs auf Kongressen und Veranstaltungen. Diese Aktivitäten werden wir in Zukunft verstärkt durch den Bundesverband vornehmen können, um somit der Selbsthilfe im Bereich Lungenkrebs stärker Gehör zu verschaffen.

Der Bundesverband ist Mitglied im europäischen Verbund „LuCE“ (Lungen Cancer Europe).

Kontakt

BSL Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.
 Rotenkruger Weg 78, 12305 Berlin
 Telefon 0160 – 90671779
info@bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de
www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de

Überblick

Zertifizierte Lungenkrebszentren



Lungenkrebszentren (LKZ) können sich seit dem Jahr 2008 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizieren lassen. Im Gespräch mit **Professor Dr. med. Dieter Ukena**, Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Klinikum Bremen-Ost und stellvertretender Sprecher „Lunge“ der Zertifizierungskommission des Nationalen Zertifizierungsprogramms Krebs erfahren wir mehr.

Was ist unter einem zertifizierten Lungenkrebszentrum zu verstehen?

Ein zertifiziertes Zentrum ist mit einem „Versorgungsnetzwerk“ gleichzusetzen. Diese Begrifflichkeit verdeutlicht, dass die gesamte Versorgungskette der Erkrankung abgebildet sein muss – von der Diagnostik über die Therapie bis zur Nachsorge oder der Palliativmedizin zur Linderung von Beschwerden.

Bei einem Lungennetzwerk zählen hierzu: Pneumologen (Lungenfachärzte), Thoraxchirurgen, internistische Onkologen (Krebspezialisten), Hämatologen (Spezialisten aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin, die sich mit der Diagnostik und medikamentösen Therapie bösartiger Erkrankungen befassen), Strahlentherapeuten, Pathologen und Radiologen. Zu den sonstigen Behandlungspartnern gehören: Psychoonkologen, Nuklearmediziner, der Sozialdienst, eine Raucherberatung und Tabakentwöhnung, Physiotherapie/Krankengymnastik sowie Hospiz und Palliativmedizin; weiterhin Selbsthilfegruppen, Pflege, Klinisches Krebsregister und niedergelassene Ärzte.

Jeder aufgeführte Fachbereich ist Teil eines zertifizierten Zentrums – was dessen Interdisziplinarität ausdrückt – und verständlich werden lässt, dass es sich in der Regel nicht nur um spezialisierte Krankenhäuser handelt. Übrigens ist ein Zentrum verpflichtet – sofern noch nicht vorhanden – die Gründung einer Selbsthilfegruppe vor Ort zu unterstützen. Dennoch ist eine räumliche Nähe aller beteiligten Partner im Umkreis von maximal 40 km zu gewährleisten.

Um eine Zertifizierung zu erhalten, müssen fachliche, personelle und strukturelle Anforderungen und Standards gegeben sein. Diese Anforderungen werden von der Deutschen Krebsgesellschaft in Kooperation mit den jeweiligen Fachgesellschaften – bei Lungenkrebs ist dies beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Pneumolo-

gie und Beatmungsmedizin und die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie – erhoben.

Grundlage für eine Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum ist beispielsweise die jährliche Neuaufnahmen von mindestens 200 Patienten mit der Diagnose Lungenkrebs, eine Mindestzahl von 75 Operationen jährlich des Chirurgen und eine mindestens einmal wöchentlich stattfindende Tumorkonferenz für die Einhaltung des interdisziplinär zu erstellenden individuellen Behandlungsplans in Anlehnung an die Therapiestandards der wissenschaftlichen Leitlinien. Ein weiterer wesentlicher Punkt von Zentren ist zudem die Erfassung der Langzeitergebnisse, um die Behandlungsqualität vergleichbar zu machen.

Der Vorteil von zertifizierten Zentren ist also die Sicherheit, dass der Standard in allen Zentren gleich ist, deren Ärzte über ausreichend Erfahrung verfügen und eine fachübergreifende interdisziplinäre Behandlung, in Anlehnung an die aktuellen wissenschaftlichen S3-Leitlinien, stattfindet. Zudem müssen Zentren für ein Zweitmeinungsverfahren zur Verfügung stehen.

Was ist unter dem Dreistufenmodell zu verstehen? Welches Zentrum ist für welchen Patienten geeignet?

Zunächst sei gesagt, dass grundsätzlich alle zertifizierten Lungenkrebszentren gleichermaßen für jeden Lungenkrebspatienten geeignet sind. Alle Patienten sind in jedem Lungenkrebszentrum, gleich welcher Art, optimal aufgehoben und werden nach den aktuellen Standards und Leitlinien bestmöglich versorgt.

Das Dreistufenmodell zeigt lediglich eine Unterteilung in Organkrebszentren, Onkologische Zentren und Onkologische Spitzenzentren auf.

Wobei Organzentren regionale Versorgungszentren im Sinne von Lungenkliniken sind, die oftmals die größte Zahl von Neuerkrankungen aufweisen. Onkologische Zentren sind dagegen nicht nur auf Lungenkrebs spezialisiert, sondern behandeln auch andere Arten von Krebserkrankungen und onkologische Spitzenzentren haben zusätzlich universitäre Strukturen und betreiben somit zusätzlich Grundlagenforschung zum Thema Lungenkrebs.

Wie wird die Qualität in einem zertifizierten Zentrum gemessen bzw. überprüft? Wer nimmt die Zertifizierung vor?

Die Zertifizierung wird von OnkoZert vorgenommen, im Prinzip einer Art „TÜV“. OnkoZert ist von der Deutschen

www.infonetz-krebs.de

INFONETZ KREBS

WISSEN SCHAFFT MUT

Ihre persönliche
Beratung

Mo bis Fr 8 – 17 Uhr



0800

80708877

kostenfrei



Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

Krebsgesellschaft zur Durchführung der Zertifizierung beauftragt.

Ein Zertifikat wird über den Zeitraum von drei Jahren ausgestellt und jährlich einmal überprüft. Eine Überprüfung erfolgt nach sogenannten Kennzahlen und Qualitätsindikatoren mittels Erhebungsbögen, die die Zentren einreichen müssen. Anhand von Kennzahlen können z. B. bestimmte Erfahrungswerte oder Tumorraten abgeleitet werden. Qualitätsindikatoren basieren auf den jeweils aktuellen S3 Leitlinien für bestimmte Behandlungsstandards. Die Erhebungsbögen werden nach deren Einreichung zuerst von sogenannten Auditoren auf ihre Vollständigkeit hin geprüft, bevor ein Überprüfungstermin vor Ort stattfindet.

Warum sind onkologische Zentren gerade für eine Erkrankung wie dem Lungenkrebs von besonderer Bedeutung?

Eine Lungenkrebserkrankung ist vergleichsweise komplex und hat einen hohen Stellenwert verschiedener Therapiemodalitäten.

Ungefähr 20-25 % der Patienten können operiert werden, ungefähr 30-40 % müssen systemisch (den ganzen Körper betreffend) therapiert werden und ein gewisser Teil wird nur strahlentherapiert. Das Entscheidende ist jedoch, der größte Teil der Patienten muss kombiniert therapiert werden.

Die Kombinationstherapie – bestehend aus Chemotherapie, Chirurgie und anschließender Bestrahlung – ist sehr anspruchsvoll, auch unter der Berücksichtigung, dass viele der Patienten bereits über 70 Jahre alt sind und häufig neben der Lungenkrebserkrankung weitere Begleiterkrankungen aufweisen.

Wird ein Patient mit Lungenkrebs automatisch innerhalb der ärztlichen Versorgung einem zertifizierten Zentrum zugeführt? Wie sieht die ganz praktische Umsetzung für Patienten aus?

Bundesweit haben wir aktuell 45 zertifizierte Lungenkrebszentren. Wir gehen davon aus, dass wir mit ca. 60-70 Zentren eine optimale flächendeckende Versorgung erreichen werden. Die aktuelle Liste der zertifizierten Zentren ist z. B. über die Internetseite der Deutschen Krebsgesellschaft einsehbar, www.krebsgesellschaft.de oder über www.oncomap.de – hier finden Sie auch das jeweilige Netzwerk der angehörnden Partner.

In der Regel werden Lungenkrebspatienten fachspezifisch von einem Lungenfacharzt betreut. Lungenfachärzte wissen, welches Zentrum in regionaler Nähe zertifiziert ist. Überweisungen an entsprechende Zentren sind bereits in die ärztliche Routine übergegangen. Empfehlenswert ist dennoch auch eine direkte Nachfrage durch den Patienten. SH



8. KREBSAKTIONSTAG 2018
GEMEINSAM GEGEN KREBS

Forum für Betroffene, Angehörige und Interessierte

Im Rahmen des **33. DEUTSCHER KREBSKONGRESS 2018**

8. KREBS-
AKTIONSTAG 2018

CITYCUBE BERLIN

SAMSTAG, 24. FEBRUAR 2018

09:00 - 17:00 UHR – EINTRITT FREI

VERANSTALTER



UNTERSTÜTZER

INFORMATIONEN

Informieren Sie sich über neueste Erkenntnisse:

- Was ist neu in der Krebsmedizin?
- Was kann ich selbst tun? Ernährung, Sport und Komplementärmedizin
- Psychische und existenzielle Belastungen
- Supportivtherapie: mehr Lebensqualität durch unterstützende Maßnahmen
- Leben mit Krebs – Spätfolgen/Survivorship
- Der informierte Patient
- Palliativmedizin: wenn Heilung nicht mehr möglich ist

Von Experten und Betroffenen erfahren Sie Aktuelles zu den Erkrankungen:

- Brustkrebs, Prostatakrebs, Darmkrebs, Lungenkrebs, Blasen- und Nierenkrebs, Hautkrebs, gynäkologische Tumoren, Krebs an Magen und Speiseröhre, Schilddrüsenkrebs, Krebs an Mundhöhle und Rachen, Leukämien und Lymphome, Hirntumoren und Sarkome

Wir laden Sie ein zu Gesprächen mit

- Selbsthilfeorganisationen
- Experten
- anderen Betroffenen und Angehörigen.

Wir stellen Informationsangebote vor und beraten Sie persönlich vor Ort.

www.krebsaktionstag.de



Lebensqualität

Angehörige Offene Kommunikation suchen



Susanne und Günter Kranz

Betroffenheit der Familie

Am Nachmittag des 1. Februar 2007 fand das Halbfinalspiel um die Handball-Weltmeisterschaft zwischen Deutschland und Frankreich statt. Ich fuhr ins Krankenhaus Waldfriede in Berlin-Zehlendorf, um zusammen mit meiner Frau die Übertragung im Fernsehen anzuschauen. Ihre Brust-OP war gut verlaufen, und die Ärztin hatte zu ihr gesagt: "Sie können von ihrem Brustkrebs jetzt in der Vergangenheit sprechen."

Als ich das Krankenzimmer betrat, merkte ich sofort, dass etwas nicht stimmte. Meine Frau sagte mit leiser Stimme: „Setz dich mal zu mir.“ Und dann eröffnete sie mir, dass die Ärzte bei einer Röntgenuntersuchung eine verdächtige Stelle in der Lunge gefunden hatten. Für mich klang das absurd; ich war überzeugt, dass ein Irrtum vorlag. Doch wenige Tage später erklärte uns Professor Kaiser in der Lungenklinik Heckeshorn im Emil-von-Behring-Krankenhaus, dass die verdächtige Stelle auf dem Röntgenbild ein bösartiger Lungentumor sei. Der Operationstermin wurde für die folgende Woche vereinbart.

Von diesem Tag an ließ mich das Wort Lungenkrebs nicht mehr los. Im Internet fand ich niederschmetternde Aussagen über die Sterblichkeit von Lungenkrebspatienten und ihre Überlebenschancen in den ersten fünf Jahren. Ich konnte nicht mehr schlafen. Ich hatte das Gefühl, keine Luft zu bekommen und bekam Panikattacken. Auf der Arbeit war ich nicht zu gebrauchen; mein Chef hatte Verständnis und ließ es zu, dass ich immer, wenn ich es wollte, bei meiner Frau sein konnte. In dieser Zeit übernahm es meine Frau, mich ungeachtet ihrer eigenen Angst zu beruhigen und zu trösten.

Unser jüngerer Sohn erwartete damals mit seiner Frau das erste Kind; er reagierte gefasst auf die Nachricht von der Erkrankung seiner Mutter. Für unseren älteren Sohn war es ein großer Schock. Als er merkte, dass meine Frau ruhig und beherrscht mit ihrer Diagnose umging, konnte er nach und nach seinen Schrecken überwinden.

Gemeinsame Bewältigung

Ich hatte mir vorgenommen, nach dem Eintritt in den Ruhestand den Jakobsweg in Spanien zu laufen. Mit der Erkrankung meiner Frau trat dieser Wunsch in den Hintergrund. Doch im Frühjahr 2009 schlug meine Frau vor, den Weg mit mir zu gehen. Wir fuhren nach Südfrankreich und liefen den Camino von den Pyrenäen bis nach Santiago de Compostela. Diese gemeinsame Pilgerreise hat bewirkt, dass meine Frau ihren Krebs annehmen konnte und ich meine Ängste überwand.

Erst als ich meine Frau nach unserer Rückkehr in die Selbsthilfegruppe begleitete, kehrte meine Beklemmung für kurze Zeit zurück. Ein neuer Besucher berichtete über seine Diagnose; sein Krebs war zurückgekehrt und hatte viele Metastasen in der Lunge und im Kopf gebildet. Mir fiel es schwer, seinen Bericht zu ertragen, und ich konnte danach für einige Monate lang nicht zur Selbsthilfegruppe gehen.

Inzwischen sind meine Frau und ich aber regelmäßige Gäste der Gruppe, und ich arbeite ehrenamtlich im Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e. V.

Die meisten Betroffenen kommen alleine zu unseren Treffen. In einigen Fällen hören wir, dass die Partner die Beziehung abgebrochen haben, offenbar, weil der Umgang mit der neuen Situation sie überforderte. Manchmal sind es die Ehefrauen, die mit ihren erkrankten Männern in die Gruppe kommen, teils in der Hoffnung, sie dort zum Reden zu bringen, teils, um Informationen über Erkrankung und Behandlung zu erhalten. Weibliche Betroffene werden nur selten von ihrem Ehemann oder Partner in die Gruppe begleitet. Einer von ihnen berichtete, dass er nach einer dreiwöchigen Kur besser mit der Erkrankung seiner Frau umgehen konnte und dass ihm die regelmäßigen Gespräche in der Gruppe gut tun. Für Angehörige besteht auch die Möglichkeit, sich außerhalb der Gruppe zu Gesprächen zu treffen und sich über ihre Sorgen und Ängste im kleinen Kreis auszutauschen.

Es gibt Angehörige, die nach dem Tod ihres Partners der Selbsthilfe treu bleiben und sich in ihr engagieren. Sie sind mit ihren tröstenden Worten, ihrer Erfahrung und ihrem Wissen der gute Geist der Gruppe.

Meine Erfahrung aus der Selbsthilfe ist, dass das offene Gespräch zwischen Betroffenen und Angehörigen hilft, mit der schwierigen Situation nach der Diagnose umzugehen und aufbrechende Krisen in der Partnerschaft zu überwinden. Wenn das im privaten Umfeld nicht zustande kommt, kann der Austausch in der Selbsthilfegruppe beiden helfen, aus dem Trauma gestärkt hervorzugehen.

Kommunikation ist für mich der Königsweg für Betroffene und Angehörige, die schwere Zeit zwischen Diagnose und Behandlung gemeinsam durchzustehen und sich auf das neue Leben mit Lungenkrebs einzulassen.

Günter Kranz

Öffentlichkeitsarbeit

Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.

Ernährung

...mehr als nur eine Nahrungsaufnahme

Ist die Diagnose „Lungenkrebs“ vom Arzt ausgesprochen, stellt sich bei den meisten Patienten und deren Angehörigen zunächst ein Schockzustand ein. Das ganze Leben wird plötzlich anders, sowohl für den Betroffenen selbst als auch für die ganze Familie.

Obgleich die meisten Patienten die Therapiemöglichkeiten der Schulmedizin in Anspruch nehmen – zum Glück sind wir heute sowohl in der Lungenchirurgie als auch in der Strahlen- und Chemotherapie ein ganzes Stück weiter als noch vor 10 Jahren – suchen viele Patienten nach zusätzlichen Möglichkeiten, um mit der Diagnose besser umgehen zu können und den Krebs zu besiegen. Hier spielen viele Player mit, von alternativen und sonstigen Heilmethoden bis zur Scharlatanerie. Über das Internet ist es heute leicht möglich, sich zu informieren, aber auch sich verwirren zu lassen.

Der folgende Artikel soll dazu beitragen, etwas mehr Licht ins Dunkel bezüglich der Ernährung und Krebs zu bringen. Fangen wir mit etwas ganz Einfachem an: Essen und Trinken ist mehr als nur Nahrungsaufnahme!

Mit Essen und Trinken verbunden sind Freude und Genuss, Geselligkeit, Pflege sozialer Kontakte, Entspannung und Tradition. Alleine durch die Diagnose Krebs vergeht vielen Patienten der Appetit, der Spaß an Geselligkeit und Entspannung, die Lebensfreude und Lebensqualität nehmen ab. Damit ist schon das erste Problem entstanden, ohne dass man über spezielle Ernährung reden muss.

Wichtig ist hier, dass der Betroffene und sein Umfeld trotz der Diagnose versuchen, ein möglichst normales Leben weiterzuführen, der Raum für die oben genannten Dinge lässt. Dazu gehören neben der Ernährung auch Krankheitsbewältigung (evtl. mit Hilfe von professioneller psychologischer Unterstützung) sowie körperliche Aktivitäten und Entspannungsübungen.

Was passiert im Körper bei einer Tumorerkrankung?

Tumore verursachen Zellveränderungen. Es kommt zu einer vermehrten Produktion von entzündungsfördernden Substanzen (TNF- α , Interleukin 6), die bei dem Patienten zu Appetitlosigkeit, Übelkeit und Widerwillen gegen Essen führen können. Verstärkt werden diese Symptome bei einer Therapie gegen den Tumor, also einer Chemo- und/oder Strahlentherapie.

Häufig führen Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust im Krankheitsverlauf zu Fehl- und/oder Mangelernährung, Schwächung des Immunsystems, Therapie Nebenwirkungen,



schlechterer Therapieverträglichkeit, verminderter Belastbarkeit, verminderter Lebensqualität und verkürzter Lebensdauer. Es gibt hinreichend Studien, die belegen, dass Patienten mit Untergewicht eine deutlich schlechtere Prognose haben als Patienten mit Normalgewicht.

Hinzu kommt, dass der Gewichtsverlust auch durch die Erkrankung selbst gefördert wird.

Wie schon erwähnt, produziert der Tumor Stoffe, die sowohl Symptome bei dem Patienten auslösen, als auch in den Stoffwechsel eingreifen. Diese Substanzen führen zu Reaktionen im Körper, die ähnlich sind wie bei einer chronischen Entzündung – auch da verlieren die Patienten an Gewicht. Es kommt zu einer Art Ruhigstellung des Organismus, Mobilisierung von Muskeleiweiß sowie Organisation defektbegrenzender und reparaturfördernder Prozesse in deren Folge vermehrt Eiweiß (insbesondere Muskulatur) und Fett abgebaut werden (Abbildung 1).

All diese Faktoren führen schließlich zu der sogenannten Tumorkachexie, die bei den Patienten eine geringere Belastbarkeit und schnellere Ermüdung zur Folge hat. Die Lebensqualität der Patienten wird somit vermindert.

Wie diagnostiziert man diese Kachexie?

Um eine Beeinträchtigung der Ernährungssituation frühzeitig zu erkennen, sollen beginnend mit der Diagnosestellung regelmäßig in ausreichend kurzen Abständen (zumindest alle 4 bis 8 Wochen) eine Überprüfung des Ernährungszustands, der Nahrungsaufnahme, der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Schweregrads der Erkrankung durchgeführt werden. Hierzu werden folgende Messwerte erfasst:

- Gewicht und Größe zur Bestimmung des BMI (kg/m^2)
- Ungewollter Gewichtsverlust?
- Ermittlung der Nahrungszufuhr der letzten Woche (Wie viel Prozent der sonst üblichen Mengen wurden verzehrt?)
- Bioelektrische Impedanzmessung (Bestimmung der Körperzusammensetzung)
- Labor (Bestimmung von Albumin)



Wer braucht eine Ernährungstherapie?

- Patienten mit ungewolltem Gewichtsverlust
- Patienten, bei denen aufgrund der Erkrankung und geplanter Krebsbehandlungen eine mögliche Mangelernährung in der Zukunft erwartet (Chemo-/Strahlentherapie) wird.

Grundsätzlich gilt: Je besser der Patient versorgt ist, desto besser verkräftet er die Behandlung. Ist ein Patient gut ernährt, verringern sich oft auch die Nebenwirkungen der Therapie. Und nicht zuletzt sind manche Behandlungen überhaupt nur bei ausreichend ernährten Patienten möglich.

Daher beginnt ein modernes Ernährungskonzept frühzeitig und konsequent, um einem Gewichtsverlust von vornherein entgegenzuwirken.

Ernährungstherapie

Es gibt keine Pauschalrezepte für „gute“ oder „schlechte“ Ernährung. Bei jeder Beratung muss folgendes berücksichtigt werden:

- Individuelle Vorlieben und Abneigungen
- Einschränkungen beim Kauen oder Schlucken
- Probleme beim Riechen oder Schmecken von Speisen
- Appetitmangel
- Übelkeit/Erbrechen

Zu Beginn einer Ernährungsberatung werden grundsätzliche Verhaltensregeln besprochen wie:

- Den Teller nicht zu voll machen. Nachfassen geht immer
- Häufiger zwischen den regulären Mahlzeiten „snacken“
- Snacks, z. B. Käsewürfelchen oder Nüsse in greif- und sichtbare Nähe stellen
- Starke Essensgerüche vermeiden
- Wenn möglich, in Gesellschaft essen (dann schmeckt's besser)

Ein Stufenplan zur Festlegung des Ernährungsregimes hilft, die Ernährungstherapie zu optimieren. Grundsätzlich gilt: Je höher der ungewollte Gewichtsverlust, desto mehr Maßnahmen müssen ergriffen werden, wobei die orale (über den Mund), enterale (über eine Sonde) sowie die parenterale Ernährung (über eine Vene) immer auch in Kombination eingesetzt werden können.

Ist ein Patient normalgewichtig, ist eine vitaminreiche, leicht fett- und eiweißmodifizierte Mischkost ausreichend. Hat der Patient Probleme, sein Gewicht zu halten, wird zunächst versucht, über kalorienreiche Snacks und Anreichern der Mahlzeiten mit mehr Öl/Butter/Margarine/Sahne dem Gewichtsverlust entgegenzuwirken.

Reicht auch dies nicht aus, muss der Einsatz von Zusatznahrung in Erwägung gezogen werden. Hier gibt es auf dem Markt zahlreiche Angebote, so dass in der Regel für jeden Geschmack etwas zu finden ist. Diese Zusatznahrung ist kein Ersatz für Mahlzeiten, sondern eine Zusatzmahlzeit, d.h. sie wird über den Tag verteilt zu sich genommen. Viele Patienten bringen sie zum Beispiel zur Chemotherapie mit und nehmen diese dann währenddessen ein.

Sind auch diese Maßnahmen nicht ausreichend, muss an eine Sondennahrung mittels PEG bzw. über eine parenterale Ernährung mittels Port (Portkatheter) in eine Vene nachgedacht und mit den Patienten diskutiert werden. Die PEG kommt dabei vorzugsweise bei Patienten zum Einsatz, die langfristig ernährt werden müssen, eine parenterale Ernährung wird meist bei Patienten eingesetzt, für die eine Ernährung über mehrere Wochen angedacht ist.

In beiden Fällen wird dem Patienten über Nacht Nahrung zugeführt, so dass der Patient trotz bestehendem mangelndem Appetit und eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung seinen Energie- und Nährstoffbedarf ohne allzu großen Stress decken kann.

Im Falle der parenteralen Ernährung erhält der Patient

heute eine sogenannte heimparenterale Ernährung, d.h. er kann die Ernährung über die Vene mit einem Infusionsbeutel zu Hause erhalten. Da die meisten Patienten, die eine Chemotherapie bekommen, bereits einen Port haben, ist dies über Nacht über den Port problemlos möglich. In der Regel schließt ein ambulanter Pflegedienst den Patienten abends an die Infusion an und morgens entsprechend wieder ab.

Zusammenfassung

- Zentrale klinische Probleme stellen Gewichtsverlust/Mangelernährung und Abnahme der Muskelmasse dar
- Wichtig: frühzeitiges und wiederholtes Screening (Überprüfen) auf Mangelernährung
- Frühzeitiger Beginn einer Ernährungstherapie.
- Rechtzeitiger Einsatz von balanzierter Zusatznahrung oder – wenn dies nicht ausreicht – Sonden- bzw. (heim-)parenterale Ernährung.
- Eine kombinierte Ernährung aus oraler Ernährung plus Zusatztrinknahrung und/oder Sondenernährung bzw. (heim-)parenteralen Ernährung kann eine gute Begleittherapie darstellen



Ulrike Müller. Dipl. oec. troph.



Professor Dr. med. Joachim Bargon
St. Elisabethen Krankenhaus
Frankfurt am Main

Ursachen der Mangelernährung

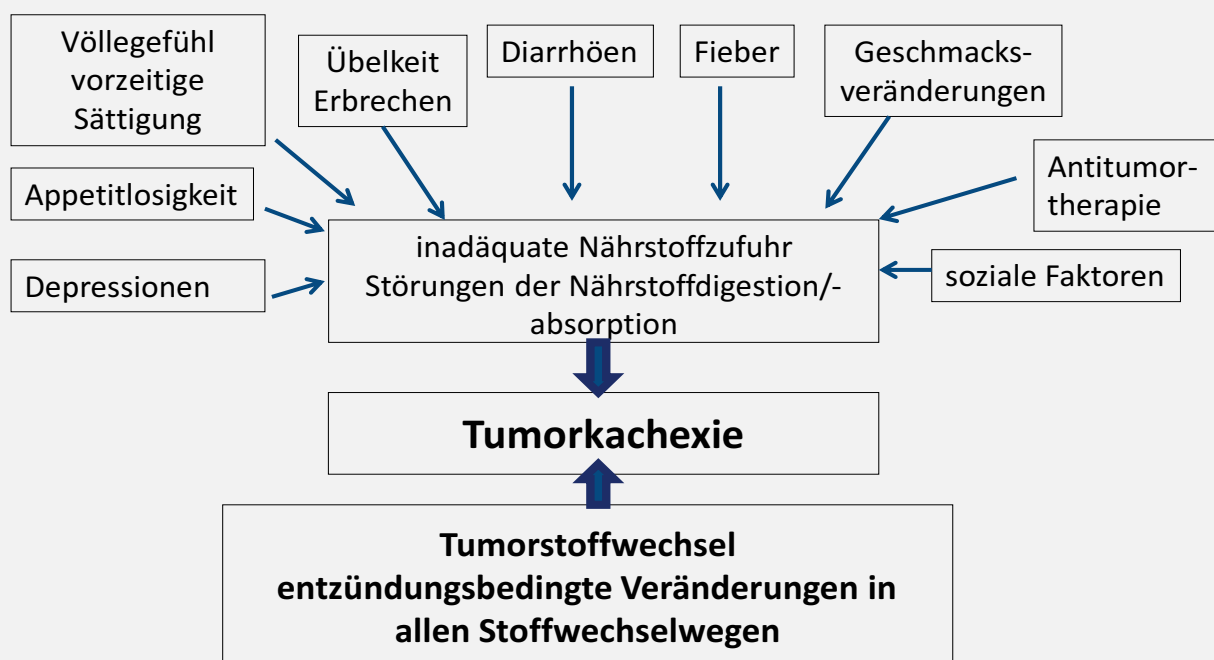


Abbildung 1: Die vielfältigen Ursachen der Mangelernährung bei Patienten mit Lungenkrebs

Bewegung Dem Körper wieder vertrauen

Während in der Vergangenheit Patienten mit einer onkologischen Erkrankung eher geraten wurde, sich nicht körperlich anzustrengen, belegen inzwischen zahlreiche Studien, dass körperliches Training den Behandlungsverlauf verbessern kann. Im Gespräch mit Sportwissenschaftler PD Dr. Freerk Baumann, Universitätsklinik Köln, AG Onkologische Bewegungsmedizin, erfahren wir mehr.



Wie ist aktuell der Stand der Wissenschaft?

Wir wissen heute, dass körperliche Aktivität bzw. Bewegungstherapie bei onkologischen Patienten unter medizinischer Therapie nicht nur sicher, sondern auch wirksam ist. Wirksam vor allem im Hinblick auf die verschiedensten medizinischen Nebenwirkungen, die positiv beeinflusst werden können.

Darüber hinaus haben wir sogar erste wissenschaftliche Daten vorliegen, die auch eine Optimierung der medizinischen Therapie durch Bewegung aufzeigen. Bewegungstherapie ist somit nicht nur sicher und wirksam, sondern sollte Teil der Gesamttherapie sein.

Studienergebnisse dokumentieren: Patienten, die während einer Chemotherapie gleichzeitig eine Bewegungstherapie durchführen, weisen weniger Nebenwirkungen auf, sodass die Chemotherapie bei optimaler Dosierung, ohne Reduktion bis zum Ende aufrecht erhalten werden kann. Weitere positive Effekte sehen wir beim chronischen Fatigue-syndrom (Müdigkeitssyndrom) und der Polyneuropathie (Nervenschädigungen mit Missempfinden, Kribbeln in Händen und Füßen).

Diese Erkenntnisse gilt es nun in wissenschaftliche Leitlinien zu überführen, um so die Voraussetzungen zu schaffen, dass sich auch die entsprechend notwendigen Versorgungsstrukturen verbessern. Ich selbst bemühe mich um diese Zielsetzung seit zwei Jahren innerhalb der S3-Leitlinienmitarbeit.

Welchen Stellenwert nimmt die Bewegung innerhalb des Gesamtkonzeptes der Behandlung ein?

Die wissenschaftlichen Nachweise (Evidenzen) sind so überzeugend, dass in Zukunft die Bewegungstherapie Bestandteil der Empfehlungen wird. Es ist nur noch eine Frage der Zeit, bis die Bewegungstherapie in die wissenschaftlichen belegbaren Empfehlungen als Standardsäule in der Behandlung onkologischer Patienten integriert wird.

Bereits 2009 haben Sie ein Buch mit dem Titel „Die Macht der Bewegung: Dem Körper wieder vertrauen nach einer schweren Erkrankung“ veröffentlicht. Was verbirgt sich hinter dem Titel?

Das Bewegungsverhalten onkologischer Patienten hängt auch mit der eigenen psychischen Sicherheit bzw. mit dem eigenen Sicherheitsgefühl, dem Selbstvertrauen in den eigenen Körper zusammen. Anders ausgedrückt: Je mehr ich mir selber zutraue und je weniger ich verunsichert bin, desto mehr bewege ich mich.

Patienten, die die Diagnose Krebs erhalten haben, ziehen sich zurück, sind irritiert, schockiert, haben Existenzängste, sind verunsichert. Diese natürlichen Reaktionen der Blockierung bestehen in der Regel nicht nur während der Zeit der medizinischen Therapie, sondern reichen weit hinein in die Nachsorge. Oftmals fehlt an dieser Stelle professionelle Hilfestellung im Sinne einer zunächst notwendigen Anleitung zur Bewegungstherapie, bis wieder im Laufe der Zeit Patienten aus eigenem Antrieb körperliche Aktivitäten ergreifen.

Nach Ablauf der Nachsorge endet für die Patienten zudem ein äußerst engmaschiges Netz medizinischer Versorgung. Patienten formulieren häufig, dass sie erst in dieser Situation richtig realisieren, was sie durchlebt haben und können in ein tiefes emotionales Loch fallen. Aus diesem Wissen und den Erfahrungsberichten ist die Idee entstanden, Patienten bereits während der Nachsorge in Natursportprojekte einzubinden, um das Selbstvertrauen zu stärken.

Zunächst haben wir betreute lange Wanderungen durchgeführt. Danach folgten Projekte wie der Jakobsweg, eine Alpenüberquerung, eine Wandertour durch Norwegen und viele mehr.

Entscheidend war, dass diese Touren nicht professionell organisiert wurden, sondern sich die Teilnehmer gänzlich selbst organisieren mussten und individuell oder in einer Gruppe mitwandern konnten. Pausen wurden frei gewählt, ebenso das eigene Tempo oder die zeitweilige



Nutzung von Transportmitteln wie einem Bus. Jeglicher Druck sollte genommen werden.

Während der Wanderungen konnten wir beobachten, wie sich die Teilnehmer jeden Tag, mit jedem Schritt etwas stärker und sicherer fühlten und ein Bewusstsein entwickelten, dass sie den Weg tatsächlich bewältigen können und letztendlich das Ziel erreichten.

Über diese realisierbare Herausforderung einer Wanderung, konnte ein positives Erleben generiert und wieder ein positives Selbstvertrauen zum eigenen Körper gewonnen werden. Nach dem Motto: „Ich kann ja doch noch etwas.“ Eine ganz wichtige Erfahrung.

In einer Nacherhebung konnten wir zeigen, dass selbst nach einem halben Jahr die Teilnehmer weiterhin deutlich aktiver waren als vor der Wanderung – ein wahrscheinlich nachhaltiger Effekt.

Werden Projekte, wie der im Buch beschriebene Jakobsweg, aktuell fortgeführt?

Nach dem Jakobsweg habe ich 2011 einen Verein zur Verbesserung der Lebensqualität von Krebspatienten durch Bewegung und Sport mit dem Namen „Über den Berg e.V.“ gegründet. Der Verein wird inzwischen von ehemaligen Teilnehmern der Natursportprojekte geleitet und es wird Interessierten ein gut gefülltes Programm unterschiedlichster Wanderungen angeboten.

Kontakt über www.ueberdenberg.de oder telefonisch unter der Rufnummer 02234 – 9817266.

In Köln wird seit 2012 ein deutschlandweit bisher einzigartiges Projekt im Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) durchgeführt: die onkologische Bewegungs- und Trainingstherapie. Was hat es damit auf sich?

Als wir bereits vor einigen Jahren erkannten, dass die Evidenzen für eine onkologische Bewegungs- und Trainingstherapie immer überzeugender werden, war klar, dass im nächsten Schritt Versorgungskonzepte benötigt



werden, um die erbrachten Nachweise in der onkologischen Realität umzusetzen.

Mit diesem ersten Projekt der onkologische Bewegungs- und Trainingstherapie im Centrum für Integrierte Onkologie (www.cio-koeln-bonn.de) bieten wir nun ein Versorgungsprojekt unmittelbar innerhalb eines onkologischen Zentrums an – also am selben Ort, an dem Patienten auch behandelt werden.

Auf knapp 70 qm haben wir eine Trainingsfläche installiert, auf der wir eine Bewegungstherapie nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen anbieten können. Ausgestattet mit Aufbaugeräten, Vibrationsplatte, Hanteln, Kleingeräten etc.

Durch die Integration in das Onkologische Zentrum können Patienten bereits nach der Diagnosestellung und während des gesamten Zeitraums der Therapie parallel das Bewegungsprogramm durchführen.

Zu Beginn erheben wir zunächst bei jedem Patienten eine sportwissenschaftliche und sporttherapeutische Analyse und erstellen dann in Verbindung mit der jeweils vorliegenden Tumorerkrankung sowie möglichen Begleiterkrankungen ein individuelles personalisiertes Bewegungstherapieprogramm.

Gegründet wurde die OTT 2012, inzwischen liegen erste Anerkennungen zur Kostenübernahme seitens Krankenkassen vor, wie z. B. der AOK Rheinland und Hamburg. Im Jahr 2014 wurde zudem die Akademie OTT (Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie) gegründet, bei der es sich um eine Ausbildungs- und Fortbildungsakademie handelt. Die Akademie bietet Sporttherapeuten und Physiotherapeuten zweimal jährlich eine OTT-Qualifikation über jeweils eine Woche mit 60 Unterrichtseinheiten an. Die dann qualifizierten Therapeuten können an ihren Einsatzorten das onkologische Bewegungsprogramm durchführen.

Eine bundesweite Ausweitung des Angebotes ist in Planung, ebenso eine universitäre Integration. Darüber hin-

aus wurden erste Gespräche hinsichtlich einer flächen-
deckenden Kostenübernahme geführt.

**Welche Möglichkeiten der Trainingstherapie haben
Patienten, die nicht das Glück haben, in Köln ansässig
zu sein?**

Zunächst gilt es unbedingt den Zustand und die Situation,
in der sich der Patient befindet, zu berücksichtigen. Han-
delt es sich um eine Akutsituation, d.h. hat der Patient ge-
rade seine Diagnose erhalten oder befindet er sich bereits
in einer Chemo- oder Strahlentherapie oder einer post-
operativen Situation, sollte er sich zeitnah auch in eine
physiotherapeutische Betreuung begeben. Der kann dem
Patienten dann ergänzend ein spezielles Übungsprogramm
für zu Hause erstellen.

Die Teilnahme an einer Lungensportgruppe ist erst während
der Nachsorge, jedoch nicht während der Akutphase, emp-
fehlenswert, da es sich bei den Übungsleitern zumeist nicht
um Physiotherapeuten, sondern um angelernte Übungslei-
ter ohne medizinisches Hintergrundwissen, handelt.

Kurz zusammengefasst sind folgende Maßnahmen sinn-

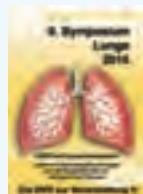
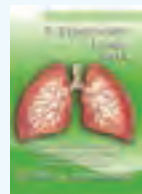
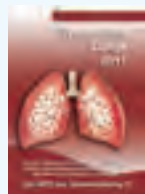
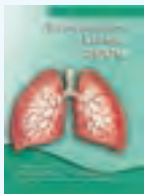
voll:

- ✓ Bewegungstherapie unter Betreuung eines Physio-
therapeuten in der Akutphase
- ✓ Teilnahme an einer Lungensportgruppe in der Nach-
sorge
- ✓ Ergänzend eigene, physiotherapeutisch angeleitete
Aktivitäten zu Hause

Zudem sollten Alltagsaktivi-
täten, die auch vor der Dia-
gnose durchgeführt wurden,
so gut es geht aufrecht er-
halten werden. SH



Anzeige



**Die DVDs zu den Symposien-Lunge 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 sowie 2016 (ca. Ende November)
können beim COPD - Deutschland e.V. bestellt werden.**

Auf den von einem professionellen Filmteam erstellten DVDs sind alle Referate in voller Länge festgehalten.
Desweiteren gibt es einen Einleitungsfilm mit Eindrücken und Interviews zur Veranstaltung.
Die Gesamtspieldauer jeder Double Layer DVD beträgt zwischen 220 und 360 Minuten.

Bestellungen bitte unter: verein@copd-deutschland.de oder der Faxnummer: 02324 - 68 76 82

Bitte teilen Sie uns **unbedingt Ihre komplette Lieferanschrift** sowie Informationen darüber mit,
welche DVD Ausgaben Sie bestellen möchten. Der Name muss identisch mit dem auf dem Überweisungsträger sein,
anderenfalls ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich.

Überweisen Sie den Betrag in Höhe von 7,00 € **je DVD** (Versandkosten sind in dem Betrag enthalten) auf folgendes Konto:

Volksbank Rhein-Ruhr
Kontoinhaber COPD - Deutschland e.V.
Kontonummer DE54350603867101370002 • Bankleitzahl GENODED1VRR
Verwendungszweck: DVD Symposium und Ihr Vor- und Zuname

Eine Bezahlung ist ausschließlich mittels Überweisung auf oben genanntes Konto möglich.
Nachdem die Zahlung auf dem Konto des COPD - Deutschland e.V gebucht wurde, werden die DVDs versendet.

Fatigue-Syndrom

Häufig kraftlos und erschöpft

Viele Krebspatienten – geschätzt etwa 80 % aller Therapiepatienten und bis zu 40 % auch Jahre nach einer Therapie – leiden unter extremer Müdigkeit und Erschöpfung – doch Hilfe ist möglich.

Krebspatienten fühlen sich häufig kraftlos und erschöpft – und das nicht nur während der Therapie, sondern auch noch oft Jahre nach einer erfolgreichen Behandlung. Die Folgen dieses als Fatigue (sprich: fatieg) bezeichneten Syndroms sind für die meisten Patienten verheerend: Das Familienleben leidet, Freundschaften gehen in die Brüche und das berufliche Aus droht, wenn selbst leichte Aktivitäten kaum oder gar nicht mehr bewältigt werden können. Die Patienten fühlen sich allein gelassen und müssen sich für ihren lähmenden Zustand oft rechtfertigen, denn Erschöpfung und Kraftlosigkeit sind im Gegensatz zu Beinbruch oder Grippe weder anerkannt noch leicht erklärbar.

Was versteht man unter tumorbedingter Fatigue?

Fatigue ist ein Begriff aus dem französischen und englischen Sprachgebrauch, der für Müdigkeit und Erschöpfung verwendet wird.

Eine offizielle Definition lautet: „Unter Tumorererschöpfung – auch Fatigue genannt – wird ein krankheitswertiges, unüberwindliches, anhaltendes und ganzkörperliches Gefühl einer emotionalen, mentalen und physischen Erschöpfung verstanden, das gekennzeichnet ist durch verminderte Kapazität für körperliche und geistige Betätigung. Es besteht ein Missverhältnis zwischen der (unmittelbar) vorausgegangenen Belastung und dem Erschöpfungsgefühl, das sich durch Schlaf nicht aufheben lässt.“

Das heißt, Fatigue stellt eine krankhafte Ermüdung dar, die den Patienten extrem belastet. Die Erschöpfung lässt sich durch normale Erholungsmechanismen nicht beheben. Auch Schlaf führt nicht zur Regeneration. Fatigue lässt sich nicht auf eine Ursache reduzieren, man spricht von einem multifaktoriellen oder auch multikausalen Geschehen.

Innerhalb der Medizin sind unterschiedliche Krankheitsbilder bekannt, die mit Fatigue einhergehen. Vor allem chronische Erkrankungen werden von Müdigkeit und Erschöpfung begleitet. Um Missverständnisse und falsche Zuordnungen zu vermeiden ist daher eine möglichst exakte Definition der Fatigue-Erkrankung notwendig.

Die Ursache der krebsbedingten Fatigue ist noch nicht in allen Einzelheiten geklärt, und ihre Eingrenzung kann nur durch eine exakte Beschreibung der auftretenden Symptome erfolgen.

Wodurch wird ein Fatigue-Syndrom verursacht und wie äußert sich eine tumorbedingte Fatigue?

Akute Fatigue kann durch den Tumor, aber auch durch die Tumorthherapie verursacht werden. Abgeschlagenheit und verminderte Leistungsfähigkeit können mögliche Anzeichen einer Tumorerkrankung sein. In Einzelfällen können diese Symptome schon Monate vor einer Diagnose auftreten. Ursache hierfür sind verschiedene tumorbedingte Veränderungen, die dem Körper, besonders durch das ungebremste Zellwachstum des Tumors, Kraftreserven rauben. Biologisch sehr aktive Tumore bilden darüber hinaus Botenstoffe, die die Stoffwechselprozesse des Körpers empfindlich stören können.

Auch die Behandlung des Tumors kann Fatigue verursachen. Chemo- und Strahlentherapie bekämpfen nicht nur die entarteten Zellen. Gleichzeitig belasten sie auch den ganzen Körper, da durch die Tumorthherapie nicht allein die Krebszellen, sondern auch gesunde, wachstumsintensive Zellen vernichtet werden. Außerdem kann durch Hemmung der Blutbildung eine reduzierte Abwehrbereitschaft des Körpers (Leukopenie), eine erhöhte Blutungsgefahr (Thrombopenie) oder längerfristig auch eine Blutarmut (Anämie) auftreten.

Die Anämie ist eine der wesentlichen Ursachen für das Auftreten der akuten Fatigue. Chemo- und Strahlentherapie beeinträchtigen, ähnlich wie der Tumor, den Prozess der Blutbildung. Das führt längerfristig zur Anämie – einer Armut an roten Blutkörperchen (Erythrozyten). Die Aufgabe der Erythrozyten im Blut ist der Transport von Sauerstoff, der aus der Atemluft in der Lunge auf die Erythrozyten übertragen wird und so über den Blutkreislauf den gesamten Körper versorgt. Je weniger rote Blutkörperchen vorhanden sind, desto schlechter ist die Sauerstoffversorgung der Organe. Die Produktion der roten Blutkörperchen im Knochenmark wird durch das Hormon Erythropoetin stimuliert. Sowohl der Tumor als auch die Chemotherapie können zu einem Mangel an Erythropoetin führen und damit die Blutbildung empfindlich stören. Die Folge ist eine individuell unterschiedlich ausgeprägte Anämie, die durch den fortwährenden Sauerstoffmangel den gesamten Organismus nachhaltig schwächt.

Wie kann ich feststellen, ob ich eventuell von Fatigue betroffen bin?

Ob ein Patient an einer Fatigue-Erkrankung leidet, lässt sich nicht durch die sonst üblichen medizinischen Verfahren klären. Obwohl Ultraschall, Computertomographie und Laboruntersuchungen helfen können, bestimmte Ursachen für Fatigue einzugrenzen, spielen sie in der eigentlichen Fatigue-Diagnostik eine untergeordnete Rolle. Die Feststellung von Fatigue stützt sich im Wesentlichen auf eine medizinische Anamnese, eine körperliche Untersuchung und eine Selbsteinschätzung des Patienten.

Die amerikanische „Fatigue Coalition“, ein Zusammenschluss von Experten auf dem Gebiet der Tumor-Fatigue, hat elf Kriterien formuliert. Liegen davon mindestens sechs Merkmale vor, gilt das Vorliegen eines Fatigue-Syndroms als sehr wahrscheinlich



Mindestens sechs der folgenden Symptome müssen zutreffen:

- ☐ Müdigkeit, Energiemangel oder inadäquat gesteigertes Ruhebedürfnis
- ☐ Gefühl der generalisierten Schwäche oder Gliederschwere
- ☐ Konzentrationsstörungen
- ☐ Mangel an Motivation oder Interesse, den normalen Altersaktivitäten nachzugehen
- ☐ Gestörtes Schlafmuster (Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis)
- ☐ Erleben des Schlafs als wenig erholsam
- ☐ Gefühl, sich zu jeder Aktivität zwingen zu müssen
- ☐ Ausgeprägte emotionale Reaktion auf die empfundene Erschöpfung, beispielsweise Niedergeschlagenheit, Frustration, Reizbarkeit
- ☐ Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags
- ☐ Störungen des Kurzzeitgedächtnisses
- ☐ Nach körperlicher Anstrengung mehrere Stunden andauerndes Unwohlsein

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es bei Fatigue?

Unterstützende Psychotherapie

Während in der akuten Krankheitsphase informationsvermittelnde, konfliktverarbeitende und psychoedukative Methoden, d. h. Aufklärung der Betroffenen und Angehörigen, im Vordergrund stehen, sind in der Nachsorge und Rehabilitation zusätzlich körperliche oder neuropsychologische Übungsbehandlungen, z. B. Gedächtnistraining, hilfreich. Der Zusammenschluss von Patienten in Selbsthilfegruppen ist ebenfalls eine sinnvolle, unterstützende Maßnahme. Die Entwicklung und Bewertung unterstützender Psychotherapien ist eine der wichtigsten Aufgaben für die Zukunft.

Bewegungstherapie

Es gibt vielfältige Hinweise, dass durch individuell dosierte, körperliche Betätigung die Lebensqualität verbessert und die Belastung durch das Fatigue-Syndrom reduziert werden können. So hat sich beispielsweise gezeigt, dass Patienten sogar während einer Knochenmarktransplantation von regelmäßigem körperlichem Training hinsichtlich ihrer Lebensqualität und Fatigue profitieren. Darüber hinaus wurden die Behandlungszeit und die Therapiekomplicationen verringert.

Medikamentöse Behandlung

Für eine medikamentöse Therapie müssen zunächst andere Grunderkrankungen ausgeschlossen oder angemessen behandelt werden. Abhängig von der individuellen Ursache der vorhandenen Fatigue-Problematik können medikamentöse Behandlungen erfolgreich sein.

Liegt der Fatigue eine Anämie zu Grunde, so kann durch Korrektur des niedrigen Hämoglobinwertes eine deutliche Befindlichkeitsbesserung erreicht werden.

Andere Stoffwechselstörungen wie Schilddrüsenfunktionsstörungen oder Diabetes mellitus müssen diagnostiziert und, wenn möglich, behandelt werden. Sind diese Ursachen ausgeschlossen, gibt es verschiedene medikamentöse Ansätze, für die bisher keine eindeutigen Therapieempfehlungen vorliegen.

Was kann ich selbst gegen Fatigue tun?

Ressourcen einteilen

Voraussetzung für die Wirkung therapeutischer Maßnahmen ist das Mitwirken der Betroffenen. Jeder Patient sollte für sich erkennen, wie er mit seinen Kraftreserven am besten haushalten kann. Dabei ist es wichtig, auf den eigenen Körper zu hören und aufzuschreiben, welche Tätigkeiten verrichtet wurden. Ist man am nächsten Tag vollständig erschöpft, war der vorangegangene Tag zu

anstrengend. Ist dies nicht der Fall, sollte man versuchen, die eigene Aktivität vorsichtig zu steigern. Auf diese Weise findet man schrittweise das Maß an Aktivität, bei dem man sich weder vollständig verausgabt, noch unterfordert, sondern die Reserven langsam aber stetig steigert.

Körperliches Training

Um die Symptome der Fatigue in den Griff zu bekommen und möglichst gering zu halten, hat sich körperliches Training sehr bewährt. Bewegung im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten kann helfen, aktiver am Leben teilzunehmen und ein besseres Körpergefühl zu entwickeln. Grundsätzlich unterscheidet sich Sport für Fatigue-Patienten deutlich von dem für Gesunde:

Bei tumorbedingter Fatigue ist es besonders wichtig, die körperliche Tätigkeit individuell zu dosieren, denn zu viel körperliches Training kann auch negative Auswirkungen haben. Die Deutsche Fatigue Gesellschaft hat deshalb zusammen mit der Deutschen Sporthochschule einen Ratgeber für Fatigue-Patienten entwickelt.

Die Broschüre „Fitness trotz Fatigue“ enthält eine DVD mit Bewegungsübungen sowie ein Trainingstagebuch, in dem die Übungen aufgezeichnet werden. Sie ist bei der Deutschen Fatigue Gesellschaft erhältlich oder auf der Internetseite www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de herunterladbar.

Die nachfolgenden Tipps sollen helfen, mit tumorbedingter Fatigue richtig umzugehen:

- Seien Sie Ihren Verwandten und Bekannten, aber auch Ihrem Arzt gegenüber offen. Für ein Problem, das man nicht kennt, kann man auch kein Verständnis aufbringen.
- Unterstützen Sie Ihren Körper: Verbessern Sie die Bedingungen für einen angenehmen und entspannenden Schlaf. Gönnen Sie sich auch tagsüber Ruhepausen.
- Achten Sie auf Ihre Ernährung. Trinken Sie viel, und essen Sie kleine Portionen. Weitere Hilfestellungen kann Ihnen die Ernährungsberatung im Krankenhaus und in der Rehabilitationseinrichtung geben.
- Suchen Sie von Beginn an die körperliche Betätigung, soweit es Ihnen möglich ist, d. h. vermeiden Sie nicht jegliche Anstrengung. Die positiven Effekte von kontrollierten Trainingsmaßnahmen sind mittlerweile auch durch wissenschaftliche Untersuchungen gut belegt.
- Überdenken Sie Ihren Tagesablauf: Planen Sie wichtige Aktivitäten für die Zeit des Tages, in der Sie besonders viel Energie haben.

- Planen Sie schöne Dinge bewusst in Ihr Tagesprogramm ein.
- Versuchen Sie Tätigkeiten kräfteschonend zu gestalten, bügeln Sie beispielsweise im Sitzen oder lassen Sie sich – wenn möglich – im Haushalt helfen.
- Überprüfen Sie Ihre Ziele und richten Sie sie an Ihrer neuen Situation aus. Wenn man sich nicht so viel vornimmt, ist man im Anschluss auch nicht frustriert, wenn man nicht so viel geschafft hat.
- Akzeptieren Sie Ihre Grenzen, unterfordern Sie sich aber auch nicht.
- Lassen Sie sich von Ihren Angehörigen und Freunden helfen.

An wen kann ich mich wenden, wenn ich unter Fatigue leide?

Der behandelnde Arzt ist der erste Ansprechpartner für Patienten, die unter tumorbedingter Fatigue leiden. Darüber hinaus steht die Deutsche Fatigue Gesellschaft über folgende Kontaktdaten für weitere Fragen zur Verfügung:

Hotline – Telefon 0221 – 9311596

Telefax 0221 – 9311597

www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Der Gesellschaft liegt eine Adressliste von Experten für das Fatigue-Syndrom zur Verfügung.

Auszug der Broschüre Fatigue – 18 Fragen



Literatur

Pilgern als Therapie

Wie mich mein Krebs nach
Santiago de Compostela führte

„Wer die Diagnose Lungenkrebs erhält, läuft gegen eine Wand. Aber die Wand hat eine Tür. Ich habe sie aufgestoßen und bin nach Santiago de Compostela gegangen.“

So beginnt Susanne Kranz ihren Bericht über das Abenteuer ihres Lebens, das sie zusammen mit ihrem Ehemann besteht. Trotz und gerade wegen der Diagnose Krebs wollen die beiden auf dem Jakobsweg in Spanien wandern. Entlang beeindruckender Landschaften sammeln sie unvergessliche Impressionen und begegnen interessanten Menschen. Vor allem wird der Weg zu einer Begegnung mit sich selbst. Es ist für die Autorin, als würden die Strapazen sie die Krankheit vergessen lassen. Immer wieder stößt sie an ihre Grenzen, aber die Dinge um sie herum bekommen eine ganz neue Bedeutung und sie lernt eine besondere Art von Freiheit kennen.

Susanne Kranz erkrankte 2007 an Brust- und Lungenkrebs. Drei Jahre später begann sie ihre Geschichte aufzuschreiben, bei der auch ihr Mann Günter zu Wort kommt. Ihr eindrucksvoller Erfahrungsbericht macht Mut und zeigt, wie man trotz einer schweren Krankheit über sich hinauswachsen kann.

Frieling Verlag, ISBN 978-3-8280-3174-6

Nachfolgend einige zusammengefügte Passagen des Buches:

Das Leben ist schön, oder? Mein Mann hört bald auf zu arbeiten, wir werden unbegrenzt Zeit haben und die Welt bereisen. Die Kinder sind aus dem Haus, sie leben in der Nähe, und es geht ihnen gut. Bald werden wir Enkelkinder haben. Doch plötzlich ist der Krebs da und stellt alles auf den Kopf. Er ist gekommen, um zu bleiben, er richtet sich ein, er will mich beherrschen und auslöschen. Was jetzt? Aufgeben? Den Kampf annehmen? Ich finde meinen Weg. Das Leben ist schön.

Im Sommer 2004 kam Günter, mein Mann, nach Hause und eröffnete mir, er werde im Frühjahr 2009 auf den spanischen Jakobsweg gehen. Ob ich Lust hätte mitzukommen? Er hatte gerade Altersteilzeit beantragt und würde in fünf Jahren aufhören zu arbeiten. Jakobsweg? Davon hatte ich bisher nie etwas gehört, und was Günter erzählte, klang recht abenteuerlich. Gewandert waren wir schon öfters, aber ich mit dem Rucksack quer durch die Pampa das war nicht mein Ding.



Ende 2006 sollte sich unser Leben grundlegend ändern. Wir saßen in der Sauna. Während ich mir den Schweiß vom Körper strich, bemerkte ich plötzlich einen kleinen Knoten in meiner rechten Brust. Günter ertastete die Schwellung auch. Zögernd sagte er: „Du wirst sehen, das wir schon nichts Ernstes sein.“

Nach drei Stunden kam ich auf der Wachstation wieder zu mir, und ein Weilchen später ging es zurück auf meine Station. Ich tastete und fühlte unter dem Verband meine Brust. Gott sei Dank! Es war gelungen, brusterhaltend zu operieren. Günter war bald bei mir, und wir warteten auf die Ärztin, die versprochen hatte vorbeizukommen.

In dieser Woche musste ich zum Knochenszintigramm. Es waren keine Metastasen in den Knochen gefunden worden, also wieder eine gute Nachricht. Bei der erneuten Aufnahme im Krankenhaus teilte man mir mit, beim Röntgen der Lunge sei ein Schatten aufgefallen, und zu meiner eigenen Sicherheit würde ein CT gemacht: „Keine Sorge, reine Routine!“ Ich versuchte, mir keinen Kopf zu machen und mich auf die erneute OP vorzubereiten. Alles lief gut, und am Tag danach holte mich die Schwester zum Lungen-CT. Obwohl ich seit meiner Jugend geraucht hatte, war ich ganz ruhig. Ich hatte keinen Husten, weder Atemnot noch Schmerzen, meine Lunge musste einfach in Ordnung sein.

Wir wollten den Kopf frei bekommen und positiv in die Zukunft sehen. Durch lange Wanderungen versuchten wir uns auf den Pilgerweg im nächsten Jahr vorzubereiten. Wir hielten an Günters Traum fest, der inzwischen auch mein Traum geworden war, und hofften, dass es mir bis dahin besser gehen würde. Ich ging morgens als Erstes schwimmen, und Günter machte das Frühstück. Tagsüber wanderten wir durch den Thüringer Wald, und abends kochten wir uns kleine Leckereien.

Literaturtipps

Ich sitze weinend auf meinem Bett im Hotel Duques de Najera. Ich kann nicht mehr. Unser Weg ist nach nur neun Tagen zu Ende, da bin ich mir ziemlich sicher. Ich habe Schmerzen am ganzen Körper, und meine Beine sind von den Füßen bis zum Po mit roten Quaddeln bedeckt. Ich kann mich nicht mehr bewegen und will nur noch schlafen. Günter sitzt besorgt neben mir und versucht, mich zu trösten. Ich lasse mich nach hinten aufs Bett fallen und bin im Nu eingeschlafen.

Gut eine Woche vorher hatten wir am Flughafen Schönefeld unsere Rucksäcke in Stoffsäcke verpackt, die ich aus alten Bettbezügen genäht hatte. Am 28. April flogen wir über Paris nach Biarritz. Am nächsten Morgen war der Himmel grau in grau, leichter Nieselregen besprühte die Fensterscheiben. Nach dem Frühstück nahmen wir den Bus, der uns nach Bayonne brachte. Auf dem Bahnsteig trafen wir die ersten Mitpilger, die an der Jakobsmuschel am Rucksack leicht zu erkennen waren.

Nach dem Ende unserer Wanderung war alles anders. Der Tag dehnte sich in die Länge, es fehlte das Laufen mit dem Rucksack, einfach los, ohne lange nachzudenken, immer dem gelben Pfeil nach. Fünf Wochen lang waren wir diesem Zeichen gefolgt, ab jetzt mussten wir wieder selbst entscheiden, welchen Weg wir gingen.

Am nächsten Tag wollten wir zum Leuchtturm laufen. Ich hoffte, das Wetter würde mitspielen, denn ich wollte vorher im Meer baden, das gehörte zum Ritual. Es heißt, man solle zuerst im Meer baden, was der äußeren Reinigung dient. Danach solle man zum Leuchtturm hochgehen, hinter dem die Welt aufhört, jedenfalls glaubte man das im Mittelalter. Auf der Klippe verbrennt man seinen Pilgermantel oder sonst ein Kleidungsstück. Man setzt sich auf den Felsen und wartet, bis die Sonne im Meer versinkt, und erst dann ist man ein neuer Mensch.

Für uns stand fest, es war nicht unsere letzte Pilgerreise. Es sei denn ... Da meldete sich der Krebs zurück. Die nächste Untersuchung im Behring-Krankenhaus stand an. Ich machte einen Termin zum PET-CT. Zwei Tage nach der Behandlung hatten wir Gewissheit: Es war eine neue Metastase gewachsen. Die beiden alten verbliebenen Metastasen hatte man aber nicht mehr gefunden. Sie hatten sich während unserer Wanderung zurückgebildet. Ich hatte mir also mit den Anstrengungen des Weges nicht geschadet, im Gegenteil.

Die Ärzte im Behring-Krankenhaus empfahlen mir eine Brachy-Therapie in der Universitätsklinik Magdeburg. Diese Therapie wurde zu der Zeit nur an zwei Kliniken in Deutschland durchgeführt, und Magdeburg lag für mich am nächsten.

Die Behandlung in Magdeburg war erfolgreich. Die Metastase hat sich verkapselt.

Wenn ich das Schicksal treffe, kann es was erleben

Ich habe Krebs – aber das Leben ist zu schön, um zu sterben

Wenn ich früher von Menschen hörte, die sich mit der Krankheit Krebs und den damit verbundenen Therapien, Schmerzen und Ängsten von scheinbar unfassbaren Ausmaßen quälten, dann meldete sich bei mir im Hinterkopf augenblicklich eine wispernde Stimme: „Bin ich froh, dass es mich nicht erwischt hat ...“ Und ich bin mir sicher, dass es ganz, ganz vielen anderen Menschen ebenso geht. Das ist ja irgendwie auch menschlich und verständlich.

Dann hat er mich doch gepackt, der Krebs. Zwei Tumore in der Lunge, jeder so groß wie ein Babykopf. Synchronkrebs. Das ist eine ziemlich seltene Krankheitsangelegenheit. Die Ärzte gaben mir noch ein halbes Jahr. „Eher weniger.“

Es war aber mehr, denn sonst hätte ich eineinhalb Jahre später nicht den Gehirntumor (eine Metastase vom Lungenkrebs, so groß wie ein Golfball) bekommen können. Da meinten die Ärzte: „Vielleicht noch zwei bis drei Monate, Frau Eyssen.“

Aber was sind schon Prognosen.

Cornelia Eyssen hat einen scheinbar aussichtslosen Kampf gekämpft, mit Rückschlägen, kleinen Wundern, vor allem aber mit unbeschreiblicher Willenskraft. Ihre Geschichte hat sie nun aufgeschrieben, um anderen Menschen Mut zu machen. Es gibt Momente voller Tränen, aber auch voller Humor und Selbstironie. Es geht auch mal um gutes Essen, um Schönheit und Wellness. Ums Leben.

Dabei lässt sie auch ihre nächsten Angehörigen zu Wort kommen: Ihren Mann, ihre beste Freundin, ihre Stieftochter und ihre Schwiegermutter.



ZS Verlag, ISBN 978-3-89883-606-7

Kontaktadressen

Selbsthilfeorganisationen



Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.
Rotenkruger Weg 78, 12305 Berlin
Telefon 016090 - 671779
www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de,
info@bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de



COPD – Deutschland e.V.
Fabrikstraße 33, 47119 Duisburg
Telefon 0203 – 7188742
www.copd-deutschland.de, verein@copd-deutschland.de



Deutsche Sauerstoff- und BeatmungsLiga LOT e.V.
Selbsthilfegruppen für Sauerstoff-Langzeit-Therapie
Frühlingsstraße 1, 83435 Bad Reichenhall
Telefon 08651 – 762148, Telefax 08651 – 762149
www.sauerstoffliga.de, geschaeftsstelle@sauerstoffliga.de



Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland
Lindstockstraße 30, 45527 Hattingen
Telefon 02324 – 999000, Telefax 02324 – 687682
www.lungenemphysem-copd.de, shg@lungenemphysem-copd.de

Patientenorientierte Organisationen



Deutsches Krebsforschungszentrum
Krebsinformationsdienst
Telefon 0800 – 4203040
Jeden Tag von 8-20 Uhr, Anruf kostenlos
www.krebsinformationsdienst.de, krebsinformationsdienst@dkfz.de



Deutsche Krebshilfe, INFONETZ KREBS
Buschstraße. 32, 53113 Bonn
Telefon 0800 – 80708877 (kostenfrei)
www.infonetz-krebs.de, krebshilfe@infonetz.de



Deutsche Krebsgesellschaft
Onko Internetportal
www.krebsgesellschaft.de/basis-informationen-krebs.html

Anschriften der Landeskrebsgesellschaften
www.krebsgesellschaft.de/landeskrebsgesellschaften.html



Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V.
Raiffeisenstraße 38, 33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 – 93706-03, Telefax 05252 – 93706-04

Impressum

Herausgeber

Offene Akademie und
Patienten-Bibliothek®
gemeinnützige GmbH
Unterer Schranenplatz 5
88131 Lindau
Telefon 08382-409234
Telefax 08382-409236
www.patienten-bibliothek.de
info@patienten-bibliothek.de

Patienten-Beirat

Ursula Krütt-Bockemühl, Deutsche
Sauerstoff- und Beatmungsliga
LOT e.V.

Jens Lingemann, COPD Deutsch-
land e.V. und Patientenorganisa-
tion Lungenemphysem-COPD
Deutschland
Marion Wilkens, Alpha1
Deutschland e.V.

Wissenschaftlicher Beirat

Dr. Justus de Zeeuw, Köln
Michaela Frisch, Bad Dürkheim
Dr. Jens Geiseler, Marl
Prof. Dr. Rainer W. Hauck,
Altötting
Prof. Dr. Felix Herth, Heidelberg
Prof. Dr. Klaus Kenn, Schöna
Prof. Dr. Winfried J. Randerath,
Solingen
Monika Tempel, Regensburg
Prof. Dr. Claus F. Vogelmeier,
Marburg
Sabine Weise, München

Verlag, Anzeigenvertrieb, Gestaltung

Crossmed® GmbH
Unterer Schranenplatz 5 – 7
88131 Lindau
www.crossmed.de
info@crossmed.de

Geschäftsführung

Anzeigenverwaltung
Ingo K.-H. Titscher
i.titscher@crossmed.de

Redaktionsleitung

Sabine Habicht (SH)
s.habicht@crossmed.de

Redakteur

Elke Klug, Berlin (frei)

Lektorat

Cornelia Caroline Funke M.A.
typoscriptum medicinae, Mainz

Versandleitung

Sigrid Witzemann, Lindau

Druck:

Holzer Druck+Medien GmbH
Friedolin-Holzer-Str. 22
88171 Weiler im Allgäu
www.druckerei-holzer.de

Ausgabe

Winter 2017/1. Jahrgang
Auflage 30.000

Schutzgebühr pro Heft

Deutschland 6,50 Euro,
Ausland 9,50 Euro

Medienpartner



Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Jens Lingemann
Lindstockstraße 30,
45527 Hattingen
Telefon 02324 – 999000
Telefax 02324 – 687682
www.lungenemphysem-copd.de
shg@lungenemphysem-copd.de



COPD – Deutschland e.V.

Fabrikstraße 33
47119 Duisburg
Telefon 0203 – 7188742
www.copd-deutschland.de
verein@copd-deutschland.de



Alpha1 Deutschland

Gesellschaft für Alpha-1-Antitryp-
sinmangel Erkrankte e.V.
Alte Landstrasse 3,
64579 Gernsheim
Kostenfreie Servicenummer
0800 – 5894662
www.alpha1-deutschland.org,
info@alpha1-deutschland.org



Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e. V.

Rotenkruger Weg 78
12305 Berlin
www.bundesverband-selbst-
hilfe-lungenkrebs.de
info@bundesverband-selbst-
hilfe-lungenkrebs.de
Telefon 0160 90 67 17 79



Deutsche Interdisziplinäre Ge- sellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.

Geschäftsstelle c/o Intercongress
GmbH, Karlsruher Straße 3
79108 Freiburg
Telefon 0761 – 69699-28
Telefax 0761 – 69699-11
www.digab.de



Deutsche Sauerstoff- und Beat- mungsliga LOT e.V.

Frühlingstrasse 1
83435 Bad Reichenhall
Telefon 08651 – 762148
Telefax 08651 – 762149
www.sauerstoffliga.de
geschaeftsstelle@sauerstoffliga.de

Verteilte Auflage 30.000 Stück

An ca. 7.000 Sammelbesteller
Ärzte, Kliniken, Apotheken, Patien-
tenkontaktstellen, Gesundheits-
ämter, Geschäftsstellen von
Krankenkassen, Bibliotheken der
www.Patienten-Bibliothek.de, ca.
750 Sammelbestel-ler der Pa-
tientenorganisation Lungenem-
physem-COPD Deutschland,
Alpha1 Deutschland, Bundesver-
band Selbsthilfe Lungenkrebs und
ca. 700 Lungensportgruppen in
Deutschland. Täglich über 500
Aufrufe/Lesungen in unserer
Google/AdWords Statistik.

Bildnachweise:

Deckblatt Alexander Raths © Fo-
tolia.com, S. 3, Robert Kneschke,
Fotolia, S. 4 Barbara Baysal, Berlin,
S. 5 Siemens, S. 7 Dr. David Felix
Heigener, Großhansdorf, S. 11
Marcin Twardosz, S. 13 Alexandr
Mitiuc, S. 14, ArTo, RFBS – Fotolia,
S. 17 Ольга Журба, Fotolia, S.
20, Stefan Gräf, Fotolia, Dr. Do-
minik Herrmann, Bochum, S. 22
Ольга Журб, S. 23. Thomas
Hecker, bittedankeschön – Foto-
lia, S. 27. Stockfotos-MG, Alexan-
der Raths, S. 28, 29, 30 Espan
Klinik, Bad Dürkheim, S. 32
Schlierner, Yuri Arcurs – Fotolia,
S. 33 Robert Kneschke, S. 36 Al-
Ma-Ga-Mi, S. 37 Carsten Strubbe,
Waltrup Gemeinschaftskranken-
haus Havelhöhe gGmbH, S. 39
tai111, S. 40 Digitalpress, con-
trastwerkstatt – Fotolia, S. 42
Deutsche Krebshilfe, S. 45 Bun-

desverband Selbsthilfe Lungen-
krebs e.V. Berlin, S. 49 Susanne
und Günter Kranz, Berlin, S. 50
Kurhan, S. 51 nyul, auremar – Fo-
tolia, S. 53 Thomas Söllner, S. 54
contrastwerkstatt, Robert
Kneschke – Fotolia

Hinweise

Die namentlich gekennzeichneten
Beiträge geben die Meinung
des jeweiligen Autors wieder. An-
zeigen müssen nicht die Meinung
der Herausgeber wiedergeben.

Für unverlangt eingesandte Ma-
nuscripte und Fotos wird keine
Haftung übernommen.

Eine Verwertung einschließlich des
Nachdrucks der in der Zeitschrift
enthaltenen Beiträge und Abbil-
dungen sowie deren Verwertung
und/oder Vervielfältigung – z. B.
durch Fotokopie, Übersetzung,
Einspeicherung und Verarbeitung
in elektronische Systeme oder Da-
tenbanken, Mailboxen sowie für
Vervielfältigungen auf CD-ROM
– ohne schriftliche Einwilligung
des Verlages sind unzulässig und
strafbar.

Alle Rechte der vom Verlag Cross-
med konzipierten Anzeigen und
Beiträge liegen beim Verlag.

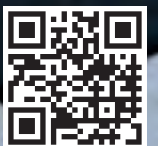
Die Informationen/Beiträge der
Patientenzeitschrift Patienten-
Bibliothek / Lungenkrebs können
das Gespräch mit dem Arzt sowie
entsprechende Untersuchungen
nicht ersetzen. Die Patientenzeit-
schrift Patienten-Bibliothek /
Lungenkrebs – dient der ergän-
zenden Information

BEWEGUNG GEGEN KREBS

SPENDENKONTO IBAN: DE65 3705 0299 0000 9191 91

*„Bleib auf dem Laufenden.
Mit Spaß und Bewegung.“*

Wolfgang Overath,
Fußball-Weltmeister 1974



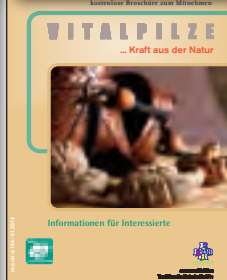
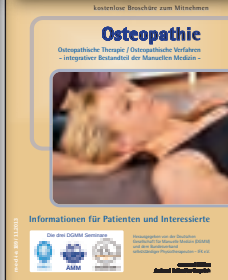
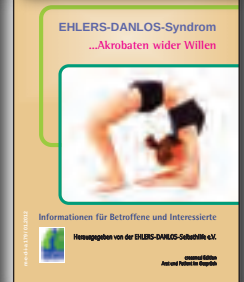
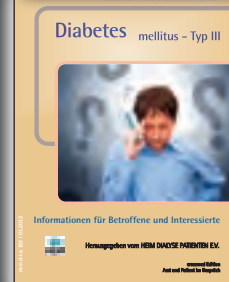
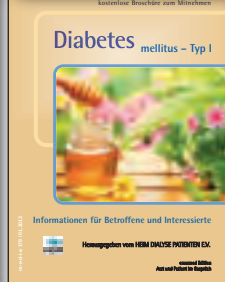
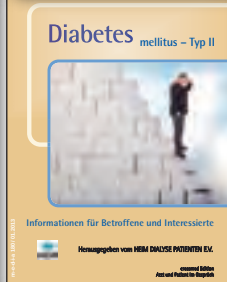
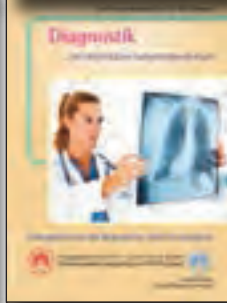
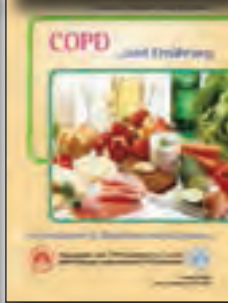
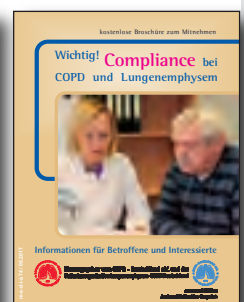
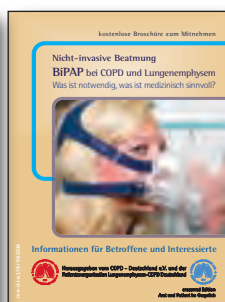
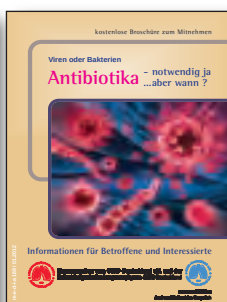
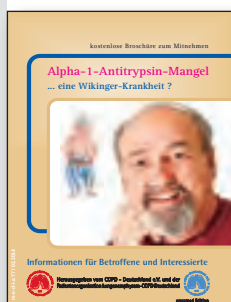
Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.



**Deutsche
Sporthochschule Köln**
German Sport University Cologne



www.Patienten-Bibliothek.de



Ratgeber, Informationsfolder und Patienten-Zeitschriften der Patienten-Bibliothek entstehen in engen Kooperationen und unter fachlich kompetenter Beratung. Das Angebot umfasst derzeit 130 Medien, wird kontinuierlich erweitert, Neuauflagen stetig aktualisiert. Über das Bestellsystem der www.Patienten-Bibliothek.de können Selbsthilfekontaktstellen, Ärzte, Kliniken, Therapeuten, Apotheken, Sanitätshäuser etc. die vorliegenden Ratgeber und Zeitschriften zur Weitergabe an Patienten kostenfrei und in erforderlicher Anzahl anfordern. Fragen Sie bei Ihrem Arzt, Apotheker, Therapeuten, Kontaktstelle oder Ihrer Klinik nach, sicher bestellt man dort gerne für Sie.