perspektive

Ausgabe 1/2015

- Übelkeit und Erbrechen während der Chemotherapie – Vermeidungsstrategien und Therapiemöglichkeiten
- Primärbehandlung von Brustkrebs Stellenwert der antihormonellen Therapie
- Gut vorbereitet zum Arzt oder ins Krankenhaus – Tipps einer Patientenberaterin

Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.
seit 1976
Auffangen · Informieren · Begleiten

Magazin der Frauenselbsthilfe nach Krebs

3 Vorwort

4 Übelkeit und Erbrechen während der Chemotherapie
Vermeidungsstrategien und Therapiemöglichkeiten

7 Online Umfrage: Was sich junge Krebsbetroffene wünschen

8 Primärbehandlung von Brustkrebs – Stellenwert der antihormonellen Therapie

11 Gruppenjubiläen/Ehrungen

12 Gut vorbereitet ins Krankenhaus und zum Arzt – Tipps einer Patientenberaterin

15 Häuslicher Versorgungsbedarf – Wie gut werden Krebspatienten zuhause versorgt?

18 Aktuelle Meldungen

20 Aus der virtuellen Welt nach Frankfurt oder, wenn aus Avataren Menschen werden

21 Sternfahrt nach Hamburg – ein „Blind Date“ der besonderen Art

22 Personalisiert, individualisiert und risikoadaptiert – Weiterentwicklung der Strahlentherapie bei Brustkrebs

24 Unseriöse Therapieangebote erkennen

25 Von den Zufällen des Lebens und dem Glück der Mutigen

26 Schmerzen in Mund und Rachen – Vorbeugung und Behandlung einer Mundschleimhautentzündung

28 Famoca – Unterstützung im Internet für Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil

29 Was hat uns bewegt? – Was haben wir bewegt?

30 Die neue FSH-Gruppe „Speyer Abend-Aktiv“ ist auch tagsüber in Bewegung

31 Auszeit

32 Adressen

Impressum

Herausgeber:
Frauenselbsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

Verantwortlich i.S.d.P.:
Karin Meißler

Verantwortlich im
Bundesvorstand:
Susanne Volpers

Redaktion:
Caroline Mohr

Gesamtherstellung:
Dietz Druck Heidelberg

Titelfoto: © iStock portishead1 · Seite 2: © drubig-photo - Fotolia.com · © PHILETDOM - Fotolia.com

Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

wenn Sie dieses Magazin in Händen halten, dann haben Sie wahrscheinlich direkt oder indirekt mit dem Thema Krebs zu tun. Vielleicht liegen schwierige Jahre hinter Ihnen oder Sie stecken noch mitten drin. Viele Menschen hadern in dieser Situation mit ihrem Schicksal. Eine Freundin erzählte mir dazu kürzlich folgende Geschichte:

„Als ich an Krebs erkrankte und ein Schlag dem anderen folgte, empfand ich es zeitweise als sehr ungerecht, dass es ausgerechnet mich so hart erwischt hatte und alle anderen glücklich weiterleben durften. Eines Tages las ich im Internet eine Umfrage zum Thema: ‚Haben Sie zurzeit in Ihrem Leben mit Schwierigkeiten zu kämpfen?' und machte mit. Dann sah ich mir an, wie die anderen Teilnehmer der Umfrage geantwortet hatten: Fast zwei Drittel von ihnen gaben genau wie ich an, dass sie momentan ‚schwere Zeiten durchleben'. Ich war erstaunt: Von all den Menschen da draußen, von denen ich dachte, dass sie glücklich und unbehelligt von einer schweren Krankheit leben, sehen sich so viele in einer vergleichbaren Situation wie ich?

Nach einem ersten Gefühl der Entrüstung stellte ich fest, dass es offensichtlich immer an der jeweiligen Perspektive liegt, wie man seine Lebenssituation bewertet. Ich erkannte dabei, dass es auch in meinem Alltag durchaus positive Ereignisse gab und ich es selbst in der Hand hatte, ob ich meine Konzentration darauf richte oder auf meine problematische Grundsituation: die Krankheit, die Nebenwirkungen meiner Therapien, meine Ängste.

Ich begann, die Dinge um mich herum anders zu betrachten. Mich berührte das Aufblühen der Natur im Frühling auf einmal tief. Ich war viel stärker als zuvor bereit, ihn willkommen zu heißen in seiner ganzen Kraft und seiner ganzen Zuversicht, die er mit seinem Aufkeimen und Aufblühen verströmt. In diesem Moment empfand ich mich als Meister meines Glücks. Das Gefühl des Ausgeliefertseins, das meine Erkrankung mit sich gebracht hatte, war nicht mehr so stark. Nein, es verschwand allmählich sogar ganz."

Diese Geschichte hat mich sehr berührt. Und angesichts des Frühlings, der nun vor der Tür steht, wünsche ich auch Ihnen, dass Sie die nun kommende Jahreszeit in vollen Zügen genießen können. Für freie Stunden bietet diese neue Ausgabe der „perspektive" wieder eine abwechslungsreiche Lektüre mit vielen interessanten Informationen.

Ihre

Karin Meißler
Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Übelkeit und Erbrechen während der Chemotherapie

Vermeidungsstrategien und

Immer noch fürchten Patienten Übelkeit und Erbrechen als belastende Folge einer Chemotherapie mit am meisten. Dass diese Furcht heute generell unbegründet ist, erläutern die Fachapothekerin für klinische Pharmazie, Dr. Angela Ihbe-Heffinger, und der Gynäkoonkologe, Dr. Johannes Ettl, beide vom Klinikum rechts der Isar in München.

Im Fachjargon wird Übelkeit und Erbrechen als Folge einer Zytostatika-Therapie „CINE" genannt, das kommt von Chemotherapie-induzierter Nausea und Erbrechen. Wer davon betroffen ist, für den steht die Einschränkung der Lebensqualität im Mittelpunkt. Die Patienten sind oftmals weniger leistungsfähig, schlaflos, übermäßig müde und erschöpft (Fatigue) und neigen zur Depression. Aus Sicht der Ärzte besteht die Gefahr von Flüssigkeitsverlust, Elektrolytverschiebungen und Fehlernährung. Dank moderner Medikamente kommt CINE in sehr schwerer Ausprägung jedoch nur noch selten vor.

Gleiches Risiko für alle?

Das CINE-Risiko ist für Patienten unter Chemotherapie sehr unterschiedlich.
Zum einen hängt es von der Art der verabreichten Zytostatika (Mittel, die in der Chemotherapie eingesetzt werden) ab. Diese unterteilt man in die Gruppen minimal, niedrig, moderat und hoch emetogen (Brechreiz erregend). Substanzen mit hoch emetogenem Potential (z.B. Cisplatin) rufen ohne medikamentöse Vorbeugung bei fast allen Patienten Erbrechen und/oder Übelkeit hervor. Maßgeblichen Einfluss auf das CINE-Risiko haben außerdem Dosis, Applikationsweg (Art und Weise der Verabreichung) und Kombination der Zytostatika, das Stadium und die Aggressivität der Krebserkrankung sowie die Anzahl der bereits absolvierten Therapiezyklen.

Zum anderen gibt es Patientengruppen, die mit einem erhöhten individuellen Risiko behaftet sind. Dazu gehören Frauen sowie ängstliche oder depressive Patienten. Eine Neigung zur Reiseübelkeit, vorangegangenes Schwangerschaftserbrechen oder eine schlechte Symptomkontrolle in früheren Chemotherapie-Zyklen können das CINE-Risiko ebenfalls erhöhen. Jüngere Patienten sind häufiger betroffen als Senioren.

Vorbeugung besser als Therapie

Wie beschrieben ist Cisplatin eine hoch emetogene Substanz. Langjährige Erfahrungen mit diesem Zytostatikum lassen zwischen akuten, verzögerten und antizipatorischen (vorweggreifenden) Symptomen unterscheiden. Die akute Phase von Übelkeit und Erbrechen ist bei Cisplatin in der Regel 24 Stunden nach Infusion abgeklungen, um dann verzögert wieder aufzutreten, besonders stark an Tag zwei bis drei. Verzögerte Beschwerden finden sich auch bei Carboplatin, Cyclophosphamid, Ifosfamid, Doxorubicin und Epirubicin, allerdings nicht in jedem Fall so eindeutig von akuten Symptomen abgrenzbar wie bei Cisplatin. Sowohl die akute als auch die verzögerte CINE-Phase können durch eine antiemetische (den Brechreiz mindernde) Prophylaxe sicher vermieden werden.

Bei bestimmten Chemotherapien, den sogenannten Kombinationstherapien, die über

Therapiemöglichkeiten

mehrere Tage hinweg erfolgen, können sich die CINE-Phasen überlappen und addieren. Hier ist zur Bestimmung von Art und Länge der Vorbeugung das Zytostatikum mit dem höchsten Risiko für emetogene Effekte ausschlaggebend. Der behandelnde Arzt berät deshalb stets ganz individuell.

Wichtiger Hinweis: Für den Erfolg der Prophylaxe ist es aufgrund der möglichen verzögerten CINE-Phasen wichtig, die Medikamente nicht vorzeitig abzusetzen, auch wenn Sie sich zuhause zwischenzeitlich besser fühlen.

Psychologische Effekte

Überängstlichen Patienten oder Patienten mit schlechten Vorerfahrungen kann bereits vor Gabe der Chemotherapie schlecht werden. Manchmal reicht der Anblick des Therapieplatzes oder der typische Umgebungsgeruch dafür aus. Experten sprechen hier von antizipatorischer CINE. Ist es erst so weit gekommen, sind die Symptome mit den klassischen Antiemetika (Mitteln gegen Übelkeit) nur schlecht in den Griff zu bekommen. Ggf. können dann vorübergehend Benzodiazepine eingesetzt werden. Dank moderner Antiemetika und konsequenter Umsetzung des Mottos: „Vorbeugung vor Therapie“ kommen antizipatorische Symptome heute jedoch nur noch sehr selten vor.

© Bastos - Fotolia.com

Sollten im häuslichen Umfeld trotz aller Vorsichtsmaßnahmen Beschwerden auftreten, muss sofort gegengesteuert werden. In der Regel wird der Patient schon vorab mit sogenannten Notfall-Antiemetika versorgt, die dann ergänzend eingenommen werden dürfen. Studien zeigen jedoch, dass Arzt und onkologisches Pflegeteam das tatsächliche Ausmaß der Symptome oftmals nicht gut genug abschätzen. Patienten sollten sich deshalb nicht scheuen, über ihre Probleme offen zu sprechen. Nur dann kann nach den Ursachen gesucht und die Medikation im nächsten Zyklus angepasst werden. Auch die Apotheken können mit kompetenter Beratung von Arzt und Patient wesentlich zum Erfolg einer antiemetischen Behandlung beitragen.

Übelkeit und Erbrechen heute gut beherrschbar

Heutzutage sind selbst bei Krebstherapien mit hohem Risiko für Übelkeit und Erbrechen diese Symptome gut beherrschbar. So sprechen drei von vier Patienten vollständig auf eine moderne Dreifachprophylaxe unter Cisplatin-Therapie an, während ohne Vorbeugung nahezu alle Patienten von emetogenen Effekten betroffen wären. Diese Dreifachprophylaxe besteht aus einer Kombination von drei Substanzgruppen: einem NK1- und einem 5-HT3-Rezeptorantagonisten sowie dem Kortikosteroid Dexamethason. Diese Kombination wird im höchsten Risikobereich von internationalen Leitlinien empfohlen.

Autoren
dieses Beitrags

Dr. rer. nat.
Angela Ihbe-Heffinger
Fachapothekerin für klinische Pharmazie, Klinisch-pharmazeutische Betreuung der Frauenklinik

Dr. med. Johannes Ettl
Oberarzt der Frauenklinik
Leiter der gynäkoonkologischen Tagesklinik

Beide vom Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Übelkeit und Erbrechen während der Chemotherapie

NK1-Rezeptorantagonisten

Aprepitant ist als bisher einziger Vertreter der NK1-Rezeptorantagonisten für den deutschen Markt zugelassen. Dieser Wirkstoff hat einen besonderen Stellenwert für die Prophylaxe verzögerter CINE. Für eine zuverlässige Wirkung erfolgt die erste Einnahme in Tablettenform eine Stunde vor Beginn der Chemotherapie und nicht erst dann, wenn Beschwerden auftreten. Aprepitant wird in der Regel gut vertragen, kann aber zu Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten führen. Gleichzeitig verabreichtes Dexamethason wird deshalb z.B. in der Dosis reduziert. Auswirkungen von Aprepitant auf die Krebstherapie sind bisher nicht bekannt.

NK1-Rezeptorantagonisten können auch erfolgreich eingesetzt werden, wenn im vorangegangenen Zyklus Probleme mit einer anderen Substanzkombination aufgetreten sind.

5-HT3-Rezeptorantagonisten

5-HT3-Rezeptorantagonisten, die sogenannten „Setrone“, spielen bei der Vorbeugung der akuten CINE bei hoch und moderat emetogenen Chemotherapien eine herausragende Rolle. Bei moderat emetogenen Chemotherapien ist eine Zweier-Kombination von Setron mit Dexamethason meist ausreichend. Bei Schluckbeschwerden können Schmelztabletten (Ondansetron) die Einnahme erleichtern. Seit kurzem ist auch ein Pflaster erhältlich, das kontinuierlich den Wirkstoff Granisetron durch die Haut an den Körper abgibt.

Setrone sind in der Praxis meist gut verträglich. Als Nebenwirkung wird am häufigsten über Kopfschmerzen und Verstopfung berichtet. Leichte Schmerzmittel und Abführmittel verschaffen hier Abhilfe. Wegen der Gefahr von Veränderungen der Herzspannungskurve dürfen Setrone nicht überhöht dosiert werden.

Das Kortikosteroid Dexamethason

Obwohl der Wirkmechanismus weitgehend unbekannt ist, sind Kortikosteroide, insbesondere Dexamethason, wertvolle Wirkverstärker der oben genannten Rezeptorantagonisten. Als Einzelsubstanz kommen sie bei niedrig emetogenen Chemotherapien zum Einsatz. Sind sie bereits Bestandteil des onkologischen Therapieregimes, müssen sie nicht zusätzlich verabreicht werden.

Die weit verbreitete Angst vor Nebenwirkungen bei der Gabe von Dexamethason ist bei der kurzen Anwendung als Antiemetikum oft unbegründet. Sollten Oberbauchbeschwerden auftreten, kann ein Magenschutz, z.B. ein Protonenpumpenhemmer, sinnvoll sein. Wird der Appetit durch die Gabe von Dexamethason angeregt, ist das durchaus erwünscht. Bei Diabetikern kann allerdings die Blutzuckereinstellung gestört werden.

Ingwer

Als komplementärmedizinische Maßnahme gegen Übelkeit hat sich sowohl vorbeugend als auch lindernd die Einnahme eines Ingweraufgusses sehr bewährt.

Ausblick

Die Einnahmefreundlichkeit von Antiemetika und damit Einnahmetreue und Patientenzufriedenheit wird sich künftig durch vereinfachte Prophylaxe-Schemata noch mehr verbessern. In den USA wurde z.B. 2014 eine Fixkombination des NK1-Rezeptorantagonisten Netupitant mit dem 5-HT3-Rezeptorantagonisten Palonosetron zugelassen.

Online-Umfrage:

Was sich junge Krebsbetroffene wünschen

Junge Frauen trifft die Diagnose Krebs meist in einer Zeit der Orientierung, zu Beginn von Karriere und Familiengründung. Haben diese Frauen daher besondere Bedürfnisse, die die Selbsthilfe auffangen kann? Um diese Frage zu klären, hat die Frauenselbsthilfe nach Krebs im Jahr 2014 eine Online-Umfrage durchgeführt. In ihr wurden sowohl die Bedürfnisse in Bezug auf die medizinische Versorgung und Aufklärung sowie die psychologische und am Alter orientierte Unterstützung abgefragt, aber auch Hilfsmöglichkeiten für Angehörige sowie der gesellschaftliche Umgang mit dem Thema Krebs.

Die Auswertung der Umfrage hat viele interessante Aspekte zu Tage gefördert. So geben beispielsweise nur drei Prozent der befragten Frauen an, sich sehr gut über die Langzeitfolge Osteoporose informiert zu fühlen. Auch hinsichtlich der Nebenwirkung Fatigue werden erhebliche Informationsdefizite deutlich: Mehr als zwei Drittel der Befragten fühlt sich schlecht oder nur wenig über dieses Thema informiert. Über das Thema berufliche Wiedereingliederung fühlen sich lediglich 14 Prozent der Befragten sehr gut informiert.

Aus der Umfrage geht zudem hervor, dass junge Frauen der gesellschaftliche Umgang mit der Krankheit Krebs stört, z.B. Vorurteile durch mangelndes Wissen über Krebs, Diskriminierung und Ignoranz.

86 Prozent der Befragten zeigen ein großes Interesse an einem Austausch mit gleichaltrigen Betroffenen. Bei einigen der Befragten mündet das Bedürfnis nach Austausch in dem Wunsch nach einem Netzwerk von jungen Krebsbetroffenen. Die Umsetzung dieses Wunsches steht auf der Agenda der Frauenselbsthilfe nach Krebs für das Jahr 2015. Bereits im November 2014 kamen zehn junge, an Krebs erkrankte Frauen zusammen, diskutierten die Ergebnisse der Online-Umfrage und entwickelten gemeinsame Projektideen, um die Situation von jungen Patientinnen kurz- und langfristig zu verbessern. Für 2015 haben sich die jungen Frauen entschlossen, weitere Interessierte für das Netzwerk zu gewinnen sowie erste Projekte umzusetzen.

Franziska Anna Leers, Sozialarbeiterin, M.A.
Projektbegleiterin

Primärbehandlung von Brustkrebs

Stellenwert der antihormonellen

Die Entwicklung der antihormonellen Therapie stellt einen Meilenstein in der gezielten Therapie der Brustkrebserkrankung dar und hat zur deutlichen Verbesserung der Prognose der Patientinnen beigetragen. Im folgenden Beitrag erläutern Prof. Dr. Tanja Fehm, PD Dr. Eugen Ruckhäberle und Dr. Uta von Westernhagen vom Universitätsklinikum Düsseldorf, welche Optionen der sogenannten endokrinen (auf den Hormonhaushalt bezogenen) Therapie es gibt. Außerdem geht das Autorenteam auch auf die möglichen Nebenwirkungen und deren Behandlung ein.

Ca. 60 bis 70 Prozent aller bösartigen Brusttumore werden durch weibliche Geschlechtshormone, vor allem Östrogene, zum Wachstum stimuliert. Die Hormone docken an sogenannten Hormon-Rezeptoren (Bindungsstellen) an, die sich auf der Oberfläche der Brustkrebszellen befinden. Dort fördern sie das Wachstum der Krebszelle. Antihormonelle Medikamente wirken durch eine Verhinderung der Bildung von Östrogen und/oder durch die Hemmung der Bindung des Östrogens an den Zellrezeptor. Eine antihormonelle Therapie ist nur dann sinnvoll, wenn mindestens ein Prozent der Tumorzellen auf ihrer Oberfläche den Hormonrezeptor trägt.

Möglichkeiten der antihormonellen Therapie

Mittlerweile gibt es verschiedene Wirkstoffgruppen, die zur Behandlung eines hormonabhängigen Mammakarzinoms eingesetzt werden können:

Tamoxifen ist ein Antiöstrogen, welches auf Tumorzellen den Östrogenrezeptor belegt. Auf diese Weise kann Östrogen als Wachstumsreiz an der Tumorzelle nicht mehr wirken und es gelingt, das Wachstum von Tumorzellen zu stoppen oder zu hemmen. An der Gebärmutterschleimhaut wirkt Tamoxifen allerdings wie Östrogen und kann deshalb in seltenen Fällen eine Krebserkrankung des Gebärmutterkörpers auslösen.

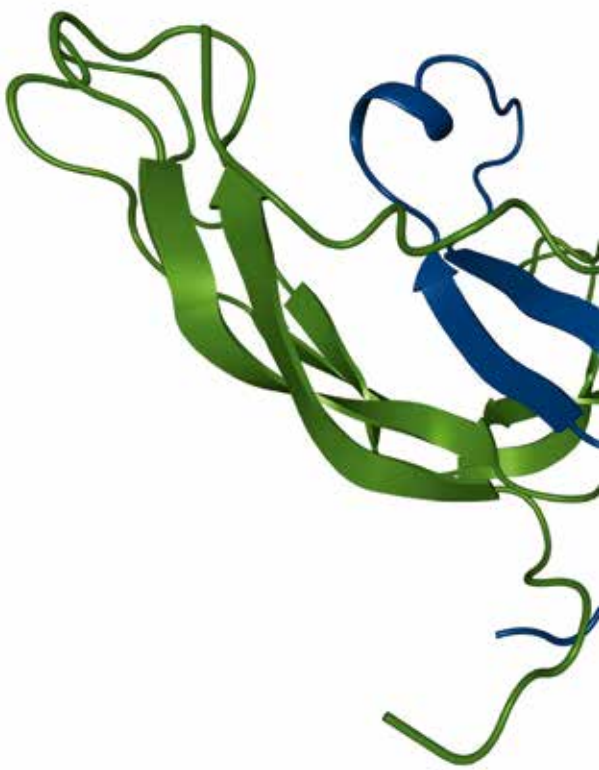
Aromataseinhibitoren, auch Aromatasehemmer genannt, reduzieren die Konzentration der weiblichen Geschlechtshormone im Blut über eine Hemmung der Produktion des Hormons Östrogen vor allem im Fett- und Muskelgewebe. Bei Patientinnen vor den Wechseljahren ist ein alleiniger Einsatz von Aromatasehemmern nicht wirksam, da die noch vorhandene Produktion der weiblichen Geschlechtshormone im Eierstock so nicht gehemmt wird. Bei ihnen müssen sie kombiniert mit GnRH-Analoga eingesetzt werden.

GnRH-Analoga ähneln einem Hormon der Hirnanhangdrüse, das zentral die Freisetzung von weiblichen Geschlechtshormonen steuert. Das Analogon bewirkt die Blockade der Rezeptoren am Hypothalamus (Regulationszentrum für alle vegetativen und endokrinen Vorgänge im Körper), sodass das körpereigene Hormon (GnRH) dort nicht andocken und seine Wirkung entfalten kann. Das GnRH-Analogon selbst löst keine vermehrte Ausschüttung von weiblichen Geschlechtshormonen aus.

GnRH-Analoga werden nur in der Prämenopause, also vor dem Beginn der Wechseljahre eingesetzt. Sie werden entweder alleine oder mit Tamoxifen/Aromatasehemmern kombiniert verabreicht.

Individuelle Auswahl der Medikamente

Bis vor Kurzem war die Dauer einer endokrinen Therapie auf fünf Jahre festgelegt. Auf Grund aktueller Studien sollte – in Abhängigkeit vom

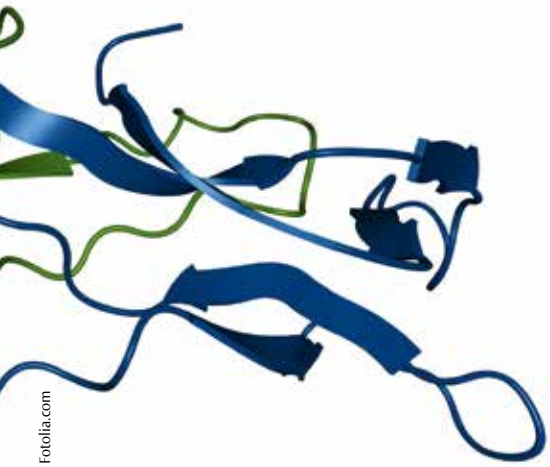


Therapie

Risikoprofil der Patientin und der Verträglichkeit der Therapie – die Dauer zehn Jahre betragen. Hintergrund ist, dass mehr als 50 Prozent aller Rezidive nach fünf Jahren auftreten, die durch die erweiterte Therapie erfolgreich reduziert werden können. Die erweiterte Therapie muss mit jeder Patientin besprochen werden. Insbesondere bei deutlich eingeschränkter Lebensqualität und ausgeprägten Nebenwirkungen unter endokriner Therapie ist eine individuelle Nutzen-/Risikobewertung erforderlich.

Die Art der antihormonellen Therapie hängt im Wesentlichen vom Menopause-Status ab. Bei Frauen **vor oder in den Wechseljahren (Prä-/Perimenopause)** wird Tamoxifen als Standardmedikament verabreicht. Die Dauer beträgt zunächst fünf Jahre. Bei guter Verträglichkeit und erhöhtem Risikoprofil der Patientin kann die Einnahme auf zehn Jahre ausgedehnt werden.

Basierend auf aktuellen Therapieempfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) kann Patientinnen mit erhöhtem Risiko zusätzlich ein GnRH-Analogon für zwei bis fünf Jahre angeboten werden. Diese Variante und deren Dauer sind allerdings noch nicht abschließend geklärt.



© molekuul.be - Fotolia.com

Sollten gegen Tamoxifen Kontraindikationen (Gründe, die gegen die Maßnahme sprechen) bestehen, kann betroffenen Patientinnen statt Tamoxifen ein GnRH-Analagon ggf. mit einem Aromatasehemmer verabreicht werden. Ein Aromatasehemmer allein kann nicht gegeben werden, da dieser ohne die Gabe von GnRH potentiell schädlich ist.

Kommt eine Frau während der Tamoxifen-Therapie in die Postmenopause, kann für die Dauer von fünf Jahren auf einen Aromatasehemmer gewechselt werden.

Bei Frauen **nach den Wechseljahren (Postmenopause)** mit niedrigem Risikoprofil ist die Gabe von Tamoxifen für die Dauer von fünf Jahren eine gute Therapiemöglichkeit. Alle anderen Patientinnen sollten entweder direkt einen Aromatasehemmer (Upfront-Therapie) erhalten oder nach einer zwei- bis dreijährigen Tamoxifen-Behandlung auf einen Aromatasehemmer umgestellt werden (sequenzielle Therapie – insgesamt fünf Jahre).

Außer bei niedrigem Risikoprofil sollte auch bei postmenopausalen Frauen die endokrine Therapie auf zehn Jahre ausgedehnt werden. Hier ist jedoch eine zehnjährige Gabe von Tamoxifen nur bedingt zu empfehlen, da anders als in der Prämenopause das Gebärmutterkrebsrisiko durch die Therapie erhöht wird. In diesem Fall sollte über die Gabe von Aromatasehemmern diskutiert werden.

Nebenwirkungen der endokrinen Therapie

Die am häufigsten auftretenden Nebenwirkungen von Tamoxifen und Aromatasehemmern sind **klimakterische Beschwerden** wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche und vaginale Trockenheit. Die Therapie mit Aromatasehemmern kann zudem zu Osteoporose sowie zu Muskel- und Gelenkbeschwerden führen.

Autoren dieses Beitrags

Prof. Dr. Tanja Fehm,
Direktorin der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf

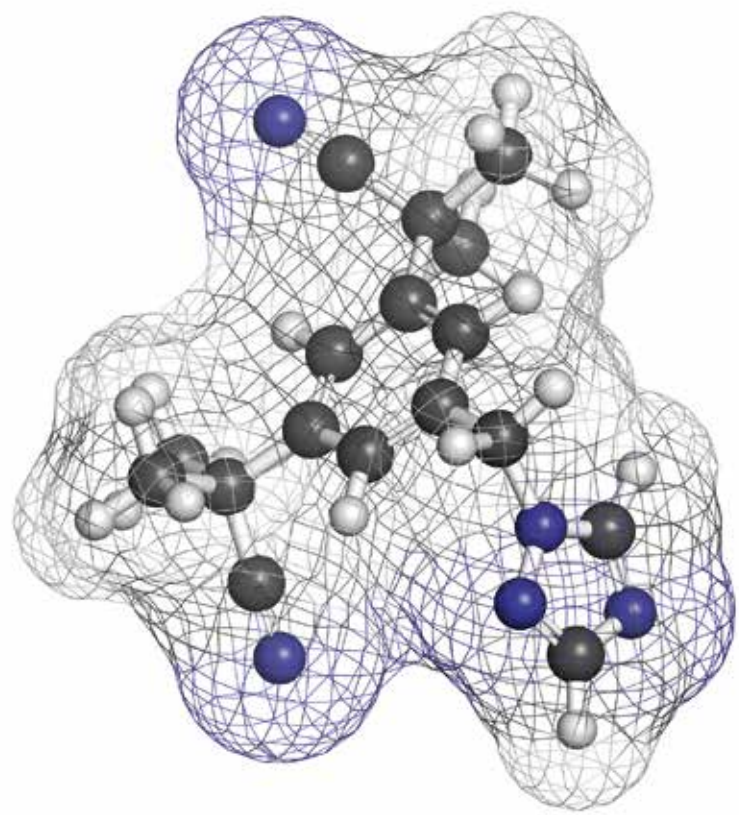
PD Dr.
Eugen Ruckhäberle
Geschäftsführender Oberarzt
Kom. Leiter der Konservativen Gynäkologischen Onkologie, Universitätsfrauenklinik Düsseldorf

Dr.
Uta von Westernhagen
Assistenzärztin Universitätsfrauenklinik Düsseldorf

Antihormonelle Therapie in der Primärbehandlung von Brustkrebs

Wichtig ist, dass die Nebenwirkungen der antihormonellen Therapie offen mit dem Arzt besprochen werden. Viele der oben genannten Beschwerden können durch effizientes Nebenwirkungsmanagement gelindert werden.

Gegen Hitzewallungen und Schweißausbrüche helfen kalte Getränke und angepasste, insbesondere mehrlagige Kleidung. Als weitere Maßnahmen zur Behandlung von klimakterischen Beschwerden gibt es medikamentöse Ansätze mit Clonidin (ein Mittel gegen Bluthochdruck) und Venlafaxin (ein leichtes Antidepressivum). Auch mittels Akupunktur durch Spezialisten ist eine Besserung der Beschwerden erzielbar. Bei Scheidentrockenheit und Blasenproblemen können spezielle Salben und Cremes zu einer Beschwerdelinderung beitragen. Außerdem kann zur Therapie von medikamentös bedingten Wechseljahresbeschwerden Cimicifuga racemosa eingesetzt werden. Das ist ein Extrakt aus der Trauben-Silberkerze.



© molekuul.be - Fotolia.com

Viele Patientinnen, die eine antihormonelle Therapie in Form von Aromatasehemmern einnehmen, leiden unter ausgeprägten **Muskel- und Gelenkbeschwerden**. Eine der wichtigsten und effektivsten Maßnahmen gegen diese Nebenwirkung ist regelmäßige sportliche Betätigung. Bei ausgeprägten Symptomen können Schmerzmedikamente nach dem WHO-Stufenschema (Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation zum Einsatz von Schmerzmitteln) eingenommen werden. Ein weiterer wissenschaftlich nachgewiesener Ansatz ist die Anwendung einer Akupunktur bei Muskel-Knochen-Symptomen.

Zur Vorbeugung einer **Osteoporose** unter Therapie mit Aromatasehemmern sind sportliche Maßnahmen ebenfalls zu empfehlen. Außerdem sollte Vitamin D und Calcium eingenommen werden. Bei bereits vorliegender Osteoporose sollten zusätzlich zu den Aromatasehemmern Bisphosphonate oder der humane Antikörper Denosumab eingesetzt werden.

Fazit

Die endokrine Therapie stellt eine der wichtigsten Säulen der Therapie von Brustkrebs dar. Sie verringert das Rückfallrisiko erheblich und senkt die Brustkrebssterblichkeit. Doch nur Medikamente, die tatsächlich eingenommen werden, können auch wirken. Leider brechen 50 Prozent aller Patientinnen ihre Antihormon-Therapie bereits nach zwei Jahren ab. Sie fühlen sich stark beeinträchtigt, da ihr psychisches und körperliches Wohlbefinden leidet.
Es ist daher von entscheidender Bedeutung, offen mit dem behandelnden Arzt über vorhandene Probleme zu sprechen, denn ein gutes Nebenwirkungsmanagement ist möglich. Unter anderem kann neben den oben geschilderten Maßnahmen auch eine psychoonkologische Gesprächstherapie oder eine medikamentöse antidepressive Therapie erforderlich sein.

© drubig-photo - Fotolia.com

Gruppenjubiläen 1. Quartal

Land	Gruppe	Gründungsdatum
35 Jahre		
Baden-Württemberg	Tübingen	01.01.80
Baden-Württemberg	Waldshut	01.01.80
Nordrhein-Westfalen	Detmold	01.01.80
Baden-Württemberg	Winnenden	29.01.80
Baden-Württemberg	Ravensburg	01.02.80
Nordrhein-Westfalen	Minden	07.02.80
Bayern	Sonthofen	11.03.80
Nordrhein-Westfalen	Düren	13.03.80
25 Jahre		
Berlin/Brandenburg	Schwedt/Oder	02.02.90
Thüringen	Gera	21.02.90
Sachsen-Anhalt	Jessen	01.03.90
20 Jahre		
Baden-Württemberg	Bad Urach	01.01.95
Sachsen	Schlema-Schneeberg-Aue	18.01.95
Sachsen	Oelsnitz/Vogtland	31.01.95
Sachsen	Großenhain	14.02.95
Sachsen	Riesa	07.03.95
10 Jahre		
Thüringen	Ernstthal	02.01.05
Rheinland-Pfalz/Saarland	Alzey	07.01.05
Niedersachsen/Bremen/Hamburg	Burgdorf	07.02.05
Rheinland-Pfalz/Saarland	Saarbrücken	10.03.05

EHRUNGEN

Mit der **Ehrennadel des Landes Mecklenburg-Vorpommern** für besondere Verdienste im Ehrenamt wurde **Edith Retzlaff** ausgezeichnet, die seit 21 Jahren die Gruppe Ribnitz-Damgarten leitet und sich auch als Landesrechnungsprüferin engagiert. Überreicht wurde die Ehrennadel von Ministerpräsident Erwin Sellering in Schwerin.

19 Jahre leitete **Hannelore Horstmann** die FSH-Gruppe Rostock, 15 Jahre davon war sie außerdem Vorsitzende des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern. Nun ist sie für ihr herausragendes ehrenamtliches Engagement von der Ostsee-Sparkasse als „**Ehrenamtlerin des Jahres 2014**“ ausgezeichnet worden.

Für ihr großes ehrenamtliches Engagement insbesondere in der FSH ist **Carola Schwarz**, stellvertretende Leiterin der FSH-Gruppe Wiesbaden, mit der **Bürgermedaille in Silber der Landeshauptstadt Wiesbaden** geehrt worden.

Gut vorbereitet ins Krankenhaus und zum

Angelika Grudke, Vorsitzende des Landesverbandes Baden-Württemberg der Frauenselbsthilfe nach Krebs, berät seit vielen Jahren ratsuchende Patientinnen und Patienten am Telefon. Für die Aufgabe als Telefonberaterin, die sie sich im wöchentlichen Wechsel mit zwölf weiteren FSH-Mitgliedern teilt, wird sie regelmäßig in speziellen Seminaren geschult. Wir wollten von ihr wissen, welche Tipps sie Anruferinnen gibt, die gerade erst die Diagnose Krebs erhalten haben und bei denen eine Operation kurz bevor steht.

Wer die Diagnose Krebs erhält, der wird häufig sofort mit Informationen überflutet. Vielen Patienten fällt es in dieser Situation schwer, den Erläuterungen des Arztes zu folgen. Was raten Sie Betroffenen, die sich bei Ihnen melden?

Nach dem Schock der Diagnose sind die meisten Betroffenen nicht aufnahmefähig. Informationen, die sie dann vom Arzt erhalten, können sie häufig weder verarbeiten noch abspeichern. Wir empfehlen daher, den Arzt um ein weiteres Gespräch zu bitten. Vor diesem Termin sollte man sich schon mal selbst über die Krankheit informieren. Qualitätsgesicherte, laienverständliche Informationen findet man beim Krebsinformationsdienst (KID) – entweder im Internet (www.krebsinformationsdienst.de) oder auch telefonisch über die kostenlose Hotline des KID (Tel.: 0800 - 420 30 40).

Welche Tipps haben Sie für Betroffene, damit das Gespräch beim Arzt möglichst hilfreich ist?

In der Aufregung vergessen viele Patienten zu fragen, was ihnen wichtig ist. Wir raten den Betroffenen daher, sich wichtige Fragen vorab zu notieren und den Zettel beim Arztgespräch dabei zu haben. Sehr hilfreich ist es auch, sich eine Begleitung mitzunehmen, denn vier Ohren hören mehr als zwei. Partner oder Freunde sind zudem emotional meist besser in der Lage, das Gesagte aufzunehmen als die Betroffenen selbst.

Was mache ich denn, wenn ich trotzdem nicht alles verstehe, was die Ärzte mir erläutern?

Da sollten Sie keine Hemmungen haben, so lange nachzufragen, bis Sie alles verstanden haben. Und wenn Sie zuhause feststellen, dass Punkte unklar geblieben sind, dann vereinbaren Sie einen weiteren Gesprächstermin. Der Arzt hat die Verpflichtung, Ihnen alles so lange zu erklären, bis Sie es verstanden haben.

Und noch ein Tipp: Gespräche mit Gleichbetroffenen können die Informationen des Arztes meist sehr gut ergänzen. Es lohnt sich daher, Kontakt zur Selbsthilfe aufzunehmen; entweder zu unserer Telefonberatung, zu einer Gruppenleiterin vor Ort (Adressen unter www.frauenselbsthilfe.de/gruppen) oder zu den Teilnehmerinnen im Forum der FSH im Internet (https://forum.frauenselbsthilfe.de).

Was raten Sie Anrufern, die zusammen mit der Diagnose Krebs auch direkt den Operationstermin erhalten haben und noch völlig verunsichert sind?

Das erste, was wir in so einer Situation betonen: Krebs ist in aller Regel kein Notfall und eine Operation innerhalb weniger Tage daher nicht notwendig. Lassen Sie sich nicht zu etwas drängen, das Sie noch gar nicht vollständig begriffen haben. Wenn Sie noch nicht 100-prozentig überzeugt davon sind, dass jetzt genau das Richtige geschieht, sollten Sie den Operationstermin ohne zu zögern wieder absagen.

Es ist sehr wichtig, dass die Entscheidung über Ihre Behandlung gemeinsam mit Ihnen getroffen wird und nicht über Ihren Kopf hinweg.

Könnten Sie dafür ein Beispiel anführen?

Ein gutes Beispiel dafür stellt die Behandlung von Brustkrebs dar. Ist aus medizinischen Gründen eine teilweise oder vollständige Entfernung der Brust erforderlich, dann gibt es viele Möglichkeiten des weiteren Vorgehens. Es kann direkt während der OP ein Brustaufbau erfolgen – hier gibt es wiederum sehr viele Möglichkeiten –, es kann zu einem späteren Zeitpunkt ein Brustaufbau erfolgen. Und manche Frauen entscheiden sich auch lieber für das Tragen einer Prothese, weil sie zum Beispiel keine weiteren Operationsnarben haben möchten, die ein Brustaufbau mit Eigengewebe z.B. an Bauch oder Rücken mit sich bringt.

Arzt – Tipps einer Patientenberaterin

Hier ist es sehr wichtig, sich über die verschiedenen Möglichkeiten vorab gründlich zu informieren und gegebenenfalls auch eine Zweitmeinung einzuholen. Wir haben schon häufiger von Fällen gehört, bei denen Frauen unglücklich über die Operation waren, weil sie im Nachhinein – mit dem dann erworbenen Wissen – eine ganz andere Entscheidung getroffen hätten.

Patienten haben heute das Recht darauf, sich eine zweite Meinung einzuholen. Ist das generell empfehlenswert oder nur, wenn man sich unsicher ist?

Eine zweite Meinung ist nur dann erforderlich, wenn Patienten sich mit dem vorgeschlagenen Behandlungsweg nicht wohl fühlen oder sich mit den Empfehlungen der behandelnden Ärzte schlecht auseinandersetzen können. Wie schon anfangs betont, ist es psychologisch sehr wertvoll, wenn man von der eigenen Therapie überzeugt ist und z.B. die geplante Operation voller Vertrauen angegangen werden kann. Sollten Zweifel an der Richtigkeit des Vorgehens bestehen, ist es besser, sich Gewissheit zu verschaffen. Eine zweite ärztliche Meinung kann dabei hilfreich sein.

Zur Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt gehört auch die Wahl der richtigen Klinik. Was raten Sie Anruferinnen, wie sie eine geeignete Klinik finden?

Welche Klinik im individuellen Fall für die Behandlung am besten geeignet ist, sollten die Patienten in jedem Fall mit dem einweisenden Facharzt besprechen. Auch hier lohnt es sich aber, sich selbst vorab zu informieren.

Seit 2008 gibt es in Deutschland ein Zertifizierungssystem für Krankenhäuser, die Tumorerkrankungen behandeln. Die zertifizierten Tumorzentren sind Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von einer oder mehrerer Krebserkrankungen spezialisiert haben und hohe Qualitätsanforderungen erfüllen. Sie bieten eine Versorgung nach dem besten Stand des medizinischen Wissens an.

Wer beispielsweise an Brustkrebs erkrankt ist, sollte sich in jedem Fall in einem Brustzentrum behandeln lassen. Zertifizierte Einrichtungen sind fast überall in Deutschland vorhanden. Eine Suchmaschine bietet die Deutsche Krebsgesellschaft im Internet an: www.oncomap.de.

© contrastwerkstatt - Fotolia.com

Gut vorbereitet ins Krankenhaus und zum Arzt – Tipps einer Patientenberaterin

Plant der Arzt die Einweisung in eine Klinik ohne Zertifizierung, obwohl ein Tumorzentrum in erreichbarer Nähe ist, sollten Sie zumindest nachfragen, warum er so entscheidet.

Das richtige Krankenhaus ist gefunden und die Operation steht kurz bevor. Können Patienten davon ausgehen, dass die behandelnden Ärzte ihnen alle wichtigen Fragen stellen?

Patienten sollten besser nicht davon ausgehen, dass die behandelnden Ärzte ihr gesamtes Umfeld berücksichtigen. Daher ist es wichtig, bestimmte Punkte selbst anzusprechen, auch wenn diese scheinbar in keinerlei Zusammenhang mit der Krebserkrankung oder der geplanten Operation stehen. So sollte beispielsweise ungefragt auf bereits bestehende Vorerkrankungen wie Diabetes, Schilddrüsenprobleme usw. hingewiesen werden. Auch Medikamente, die man regelmäßig einnimmt, sollten angesprochen werden.

Außerdem ist es wichtig, auf die eigenen Lebensumstände hinzuweisen. Wer z.B. allein erziehend ist und niemanden hat, der sich um die Kinder kümmert, dem wird womöglich ein anderes Vorgehen bei der Operation empfohlen. Gleiches gilt für Patienten, die alleinstehend sind und niemanden haben, der sich nach der Operation zuhause um sie kümmert.

Nach der Operation wird in den meisten Fällen direkt anschließend eine Rehabilitationsmaßnahme bzw. Anschlussheilbehandlung empfohlen. Was raten Sie Anruferinnen, die sich unsicher sind, ob oder an welcher Maßnahme sie teilnehmen sollen.

Die Diagnose Krebs ist für die meisten Menschen ein Schock, der seelisch, körperlich und sozial verarbeitet werden muss. Zu der sehr belastenden psychischen Lage kommen die Operation und belastende Therapien. In dieser Situation ist es empfehlenswert, eine onkologische Anschlussheilbehandlung in Anspruch zu nehmen.

Anrufern versuchen wir im Gespräch zu helfen, ihre persönlichen Ziele für die Teilnahme an einer solchen Maßnahme zu klären. Wir zählen Aspekte auf, die für eine solche Maßnahme sprechen, damit die Ratsuchenden eine informierte Entscheidung treffen können. Wir zeigen beispielsweise die Möglichkeit auf, dass eine Reha-Maßnahme sowohl stationär als auch ambulant wahrgenommen werden kann.

Liebe Frau Grudke, wir danken Ihnen für dieses Gespräch!

Hinweis in eigener Sache

In der Ausgabe 4/2014 ist uns leider ein kleiner Fehler unterlaufen. Aus aktuellem Anlass wurde auf S. 7 des Heftes der Beitrag: „Immuntherapie – Auf dem Weg in eine neue Ära?“ ausgetauscht gegen den Beitrag „Pharmaspenden? Nicht bei uns!“. Im Inhaltsverzeichnis hatten wir vergessen, den Titel des alten Artikels gegen den neuen auszutauschen. Da das Thema Immuntherapie von großem Interesse ist, werden wir einen ausführlichen Beitrag dazu in der Mai-Ausgabe der *perspektive* bringen.

Ihr Redaktionsteam

Häuslicher Versorgungsbedarf

Wie gut werden Krebspatienten zuhause versorgt?

Auf die Diagnose Krebs folgen in der Regel eine Operation im Krankenhaus, anschließend eine Strahlen- und oft auch eine Chemotherapie. Größtenteils erhalten die Patienten ihre Therapien ambulant, d.h. sie können während der Therapiephasen weiterhin zuhause leben – vorausgesetzt, sie werden dort gut versorgt. Je aggressiver eine Chemo- und/oder Strahlentherapie ist, desto eher ist mit Nebenwirkungen zu rechnen, die das Leben zuhause erschweren.

Prof. Dr. Jutta Räbiger von der Alice Salomon Hochschule und Prof. Dr. Jochen Breinlinger-O'Reilly von der Hochschule für Wirtschaft und Recht, beide Berlin, berichten im folgenden Beitrag über ein Forschungsprojekt, das sich mit der Frage beschäftigt, wie gut Krebspatienten während einer ambulanten Krebstherapie zuhause versorgt sind.

In unserem Forschungsprojekt „Therapiebedingte Versorgungsbedarfe onkologischer Patienten im häuslichen Milieu" sind wir der Frage nachgegangen, welchen Versorgungsbedarf Krebspatienten zuhause unter einer laufenden Krebstherapie entwickeln und wie dieser gedeckt werden könnte.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass ambulante Tumortherapien mit vielfältigen, zum Teil erheblichen Auswirkungen auf den Alltag verbunden sein können. Rund drei Viertel der befragten Patienten, die diese Therapien erhielten, berichteten, dass sie infolge der Nebenwirkungen in ihren Fähigkeiten zur Verrichtung von Alltagsarbeiten eingeschränkt sind, insbesondere bei der Zubereitung von Mahlzeiten, beim Einkaufen oder Saubermachen der Wohnung.

Wie werden die Patienten im Bedarfsfall zuhause versorgt? Zunächst ist festzustellen, dass den rund 75 Prozent Patienten, die unter Nebenwirkungen leiden, nur 20 Prozent gegenüber stehen, die während der Therapie häusliche Krankenpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung von ihrer Kasse erhalten. 30 Prozent sehen für sich keinen Versorgungsbedarf und rund 50 Prozent bleiben ohne professionelle Pflege, obwohl sie Versorgungsbedarf verspüren.

Hohe Hürden

Die Hürden für häusliche Krankenpflege als Kassenleistung sind hoch. Onkologische Patienten erhalten von ihrer Kasse – wenn überhaupt – nur Behandlungspflege, also Wundversorgung, Medikamentengabe etc. Das, was sie unter der Chemo- bzw. Strahlentherapie am meisten brauchen, die Grundpflege (Hilfe bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität) und die hauswirtschaftliche Versorgung, erhalten sie von ihrer (gesetzlichen) Krankenkasse in aller Regel nicht.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten (geregelt im Sozialgesetzbuch, 5. Buch: § 37 Abs.1 SGB V) werden nach Aussage von Pflegediensten heutzutage von den Ärzten kaum noch verordnet bzw. von den Krankenkassen höchst selten genehmigt. Das Statistische Bundesamt hat in den Jahren 2000 bis 2010 einen Rückgang dieser Leistungen um insgesamt 90 Prozent festgestellt.

Im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V wird Grundpflege nur in Kombination mit Behandlungspflege gewährt, die bei Krebskranken jedoch in den meisten Fällen nicht erforderlich ist. Zudem gilt ganz generell, dass häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe von den Krankenkassen nur gewährt werden dürfen, wenn im Haushalt des Patienten kein Angehöriger lebt, der diese Leistungen übernehmen kann.

Autoren
dieses Beitrags

Prof. Dr. Jochen Breinlinger-O'Reilly
Management im Gesundheits- und Sozialwesen
Hochschule für Wirtschaft und Recht, Berlin

Prof. Jutta Räbiger
Gesundheitsökonomie und -politik
Alice Salomon Hochschule, Berlin

Häuslicher Versorgungsbedarf

Wie gut werden Krebspatienten zu

Angehörige häufig überfordert

Für uns hat sich die Frage gestellt, inwieweit die Angehörigen die Grundversorgung der Patienten übernehmen (können). Unsere Patientenbefragung hat gezeigt, dass drei Viertel der Patienten in den Therapiephasen von Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn etc. betreut werden. Darüber, wie gut und umfassend die Versorgung durch Laien ist, lässt sich aufgrund der Projektergebnisse keine Aussage treffen; es gab aber mehrere Hinweise darauf, dass die Laienhilfe bei onkologischen Patienten in der Therapiephase häufig nicht ausreichend ist. Etwa ein Drittel der befragten Patienten gab an, dass ihre Angehörigen mit den Versorgungsaufgaben psychisch und/oder physisch überfordert waren.

In den Interviews mit Ärzten und Patienten wurde deutlich, dass unzulängliche häusliche Versorgungssituationen von den Ärzten oft nicht oder erst spät bemerkt werden, weil Haubesuche kaum erfolgen und der häusliche Versorgungsbedarf in der ärztlichen Sprechstunde in der Regel „kein Thema" ist. Die Ärzte fragen ihre Patienten nicht danach und die Patienten getrauen sich nicht, ihren Hilfebedarf anzusprechen. Die Hälfte der befragten Ärzte bestätigte zwar einen Bedarf bei den Patienten, sieht jedoch aufgrund der Gesetzeslage keine Möglichkeit, diesem Bedarf durch eine ärztliche Verordnung zu entsprechen.

Ein weiterer Grund für die Unterversorgung mit Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zulasten der Krankenkasse besteht nach den Ergebnissen der Patientenbefragung darin, dass die Versicherten, sofern sie überhaupt Kassenleistungen dieser Art beanspruchen können, diese nicht abrufen, entweder, weil sie nichts davon wissen, keine fremden Menschen in ihrem Haushalt haben wollen oder die Zuzahlung (zehn Prozent der Krankenkassenkosten) nicht leisten wollen oder können.

Unübersichtliche Regelungen

Mit dem neuen Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VstG), das Anfang 2012 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, die Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V auszuweiten. Die jetzigen Regelungen sind jedoch unübersichtlich und von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich. Wenn Regelungen vorhanden sind, verstecken sich diese in den jeweiligen Satzungsleistungen der Kassen. Satzungsleistungen sind keine Pflichtleistungen, sie „können" allenfalls gewährt werden.

Inwieweit die Krankenkassen die Möglichkeit der Ausweitung ihrer Satzungsleistungen nutzen und die hauswirtschaftliche Versorgung der Patienten dadurch tatsächlich verbessert wird, wurde von uns nicht untersucht. Eine stichprobenhafte Überprüfung hat allerdings ergeben, dass die Gewährung von häuslicher Krankenpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung durch die Kassen bisher verhalten ist und es weiterhin große Unterschiede zwischen den einzelnen Kassen gibt.

Einige Krankenkassen werben mit diesen Leistungen, wie auf ihren Webseiten nachzulesen ist. Für die Versicherten lohnt sich also ein Leistungsvergleich der Krankenkassen.

Schlussfolgerungen aus der Studie

- Nicht alle Patienten benötigen bzw. wünschen eine professionelle pflegerische Versorgung in ihren eigenen vier Wänden. Soweit vorhanden, sollen und wollen die Angehörigen die häusliche Versorgung der Patienten übernehmen.
- Ärzte verfahren vielfach nach dem Grundsatz: Wer zur Behandlung in die Praxis kommen kann, wird sich zuhause auch selbst versorgen können. Viele Ärzte fürchten bzw. kennen zudem das Vorgehen der Krankenkassen, die von ihnen verord-

hause versorgt?

nete häusliche Krankenpflege und/oder Haushaltshilfe generell eher abzulehnen, und verzichten daher von vorn herein auf eine entsprechende Verordnung.

- Die von vielen Patienten benötigte pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung, die Hilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens umfasst, wird von den Krankenkassen – wenn überhaupt – nur unter engen Voraussetzungen und nur als Kann-Leistung gewährt. Die wichtigste Voraussetzung ist, dass kein Angehöriger im Haushalt des Patienten lebt, der die Pflege übernehmen kann (37 SGB V, Häusliche Krankenpflege) bzw., dass ein minderjähriges Familienmitglied im Haushalt des Patienten versorgt werden muss (§ 38 SGB V, Haushaltshilfe).

- Angehörige wollen und können eine gute Unterstützung bieten. Andererseits ist zu bedenken, dass sie ggf. psychisch und/oder körperlich selbst belastet sind – insbesondere wenn sich die Behandlung über einen langen Zeitraum erstreckt – und dass sie im Unterschied zu professionellem Personal mit der Krebskrankheit und den möglichen Nebenwirkungen der Behandlungsmaßnahmen in der Regel nicht vertraut sind. Die Gefahr besteht, dass die pflegenden Angehörigen von heute die Patienten von morgen sind.

Welche Empfehlungen ergeben sich daraus?

Patienten sollten den Arzt möglichst frühzeitig fragen, wie die Krankheit und die Behandlung voraussichtlich verlaufen werden, welche Nebenwirkungen infolge von Chemo- und Strahlentherapie zu erwarten sind und welcher Unterstützungsbedarf daraus resultieren kann. Hierüber können neben den Ärzten auch Selbsthilfegruppen, die Sozialarbeiter im Krankenhaus, der Krebsinformationsdienst oder die Deutsche Krebshilfe Auskunft geben.

Mit den Angehörigen und Nachbarn sollte geklärt werden, welche Unterstützung sie (kurz- und langfristig) leisten können. Und schließlich wäre mit dem Arzt zu besprechen, ob weitere professionelle Hilfen notwendig sind, die von ihm verschrieben werden können. Wenn Kassenleistungen erforderlich sind, aber nicht gewährt werden (können), ist zu überlegen, zu einer Kasse zu wechseln, die Krankenpflege bzw. Haushaltshilfe als Satzungsleistung im Angebot hat.

An Ihren Erfahrungen in Bezug auf häuslichen Versorgungsbedarf während Ihrer Krebstherapie sind wir sehr interessiert. Ihre Rückmeldung senden Sie bitte an: raebiger@ash-berlin.eu.

Aktuelle Meldungen

Brustkrebsrisiko für Raucherinnen deutlich höher als bisher angenommen

In der Canadian National Breast Screening Study (NBSS), einer großen Studie mit knapp 90.000 Frauen im Alter von 40 bis 60 Jahren, wurden die Teilnehmerinnen im Schnitt über 22 Jahre hinweg regelmäßig untersucht. Mehr als 6.500 von ihnen entwickelten erstmals einen Brusttumor. Ein Team US-amerikanischer und kanadischer Forscher hat sich nun diese Daten zunutze gemacht, um nach dem Brustkrebsrisiko unter Raucherinnen zu schauen. Nach Berücksichtigung einer Reihe von Begleitfaktoren wie Alter, Hormontherapie, Zahl der Kinder und Alter bei der Geburt, BMI (Körpergewicht) oder körperliche Aktivität war die Brustkrebsrate unter allen Frauen, die jemals geraucht hatten, um 17 Prozent erhöht. Bei starken Raucherinnen (mehr als 40 Zigaretten pro Tag) war die Rate um 21 Prozent erhöht, und Frauen, die 40 Jahre lang geraucht hatten, erkrankten zu 57 Prozent häufiger als Nichtraucherinnen.

Quelle: Ärzte-Zeitung

Vitamin-D-Mangel nicht mit Solarienbesuchen selbst therapieren

© nasared - Fotolia.com

Zwanzig Fachorganisationen aus den Bereichen Strahlenschutz, Gesundheit, Risikobewertung, Medizin und Ernährung haben eine gemeinsame Empfehlung zu UV-Strahlung und Vitamin-D-Bildung vorgelegt. Sie sind sich einig, dass es für eine ausreichende Vitamin-D-Synthese genügt, Gesicht, Hände und Arme unbedeckt und ohne Sonnenschutz zwei- bis dreimal pro Woche ca. zwölf Minuten (je nach Hauttyp etwas länger oder kürzer) der Sonne auszusetzen. Von einem Solarienbesuch in der dunklen Jahreszeit, um den Vitamin-D-Spiegel zu erhöhen, sei dringend abzuraten. Die Nutzung eines Solariums bereits in jungen Jahren (< 35 Jahre) verdoppele das Risiko nahezu, an schwarzem Hautkrebs (malignes Melanom) zu erkranken. Wer befürchtet, z.B. aufgrund seiner Krebstherapie an einem Vitamin-D-Mangel zu leiden, der sollte dies von einem Arzt diagnostizieren und nur falls nötig behandeln lassen.

Quelle: Bundesamt für Strahlenschutz

Medikationsplan für mehr Arzneimittelsicherheit

Die Arzneimitteltherapie wird häufig – vor allem bei multimorbiden Patienten – dadurch beeinträchtigt, dass die Gesamtmedikation gar nicht oder nur unzureichend bekannt ist. Einerseits ist es damit Ärzten, Apothekern und Pflegekräften nicht möglich, Doppelmedikationen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Kontraindikationen, notwendige Dosisanpassungen usw. bei der Arzneimitteltherapie umfassend zu berücksichtigen. Andererseits wird vor allem die Therapietreue der Patienten beeinträchtigt, wenn diese nicht zuverlässig darüber informiert sind, welche Arzneimittel sie wie und wann einnehmen sollen. Aus diesem Grund haben nun Fachleute den bundeseinheitlichen, patientenorientierten Medikationsplan weiterentwickelt. Ein Muster zum handschriftlichen Ausfüllen findet sich hier: www.akdae.de/AMTS/Medikationsplan/docs/Medikationsplan_blanko.pdf

Quelle: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Aluminium gegen Achselschweiß nach wie vor umstritten

Der Einsatz von Aluminium gegen Achselschweiß sollte nach Expertenmeinung vorsichtshalber reduziert werden. Fachleute des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) sehen weiteren Forschungsbedarf, da über Langzeitwirkungen des Stoffes im menschlichen Körper noch zu wenig bekannt ist. „Wer sich jahrzehntelang ein Anti-Transpirant mit Aluminium unter die Achseln sprüht, sollte das nicht unterschätzen", warnen die Experten des BfR. Vermutlich sei bei einem Teil der Bevölkerung bereits allein über die Nahrungsmittelaufnahme die tolerierbare Aluminium-Menge schon erreicht. Wissenschaftlich belegt sei der Zusammenhang zwischen Aluminiumaufnahme und der Entwicklung bestimmter Krankheiten wie Brustkrebs allerdings noch nicht, so die Wissenschaftler.

© creative soul - Fotolia.com

Quelle: Bundesamt für Risikobewertung

Wussten Sie schon, dass...

... sehr saure oder salzige Speisen wie z.B. Salzheringe, Rhabarber, Tomatenpüree oder Erdbeeren nicht mit Alufolie zugedeckt werden sollten. Aluminium ist unter dem Einfluss von Säure oder Salz löslich und eine Aufnahme von zu vielen Aluminium-Ionen gesundheitsschädlich.

Warnung vor Ketogener Ernährung bekräftigt

Die Arbeitsgemeinschaft „Prävention und Integrative Onkologie (PRiO)" der Deutschen Krebsgesellschaft warnt erneut vor der sogenannten Ketogenen Ernährung. Bei dieser Diät wird speziell auf Kohlenhydrate verzichtet. Als Begründung für diese Maßnahme wird angeführt, dass der Stoffwechsel von Tumorzellen von Kohlenhydraten abhängig sei. Die Anhänger der Diät versprechen entweder einen direkten Einfluss auf das Tumorwachstum und die Metastasierung oder eine Verbesserung der Wirksamkeit von Chemo- und/oder Strahlentherapie bzw. eine bessere Verträglichkeit insbesondere der Chemotherapie. Die Experten der Arbeitsgemeinschaft PRiO haben bei ihren Recherchen jedoch keinerlei wissenschaftliche Untermauerung dieser Behauptungen gefunden. In Studien konnten keine positiven Effekte nachgewiesen werden. Im Gegenteil: Die Lebensqualität der Patienten nahm durch die starke Reglementierung bei der Nahrungsaufnahme deutlich ab. Bei Patienten mit starkem Gewichtsverlust wirkte sich die Diät sogar nachteilig auf den Krankheitsverlauf aus.

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft

Pharmaziebibliothek hilft bei Fragen rund um Arzneimittel

Das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin hat seine „Pharmaziebibliothek" aktualisiert. Die frei zugängliche Linkliste erleichtert den Zugriff auf Informationsquellen zu Fragen rund um Arzneimittel und die Arzneimitteltherapie. Neben Hinweisen für Fachkreise gibt es hier auch eine Übersicht mit hilfreichen, qualitätsgesicherten Internet-Adressen für Patienten, die sich über ihre Arzneimittel-Therapie informieren möchten: www.ebm-netzwerk.de/pharmaziebibliothek/wissensdatenbanken/patienten

© Gstudio Group - Fotolia.com

Quelle: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin

Aus der virtuellen Welt nach Frankfurt oder

Wenn aus Avataren* Menschen werden

Krebs! Bedrohlich stand diese Diagnose im Raum. Ich wollte mich austauschen; austauschen mit Frauen, denen ich nicht erklären muss, warum ich mich gerade so fühle, wie ich mich fühle; warum ich plötzlich lache oder weine oder, warum es so schwierig ist, sich für bestimmte Therapien zu entscheiden. Ich wollte mich austauschen über das Unbekannte, zunächst auch Angstmachende. Und gleichzeitig wollte ich von Erfahrungen hören und auch eine neue Art Informationsquelle haben, die fernab von dem lag, was meine Onkologin mir erzählen konnte.

Ich befragte Dr. Google zu Vielem – was bekanntermaßen keine gute Idee ist. Aber dann kam doch noch etwas Gutes dabei heraus: Da wurde von der Frauenselbsthilfe nach Krebs ein Forum für Krebsbetroffene angeboten. Meine Neugier war geweckt und ich stöberte ein wenig in den Beiträgen umher. Dort fand ich schnell Frauen, die offensichtlich die gleichen Probleme und Ängste hatten wie ich. Kurze Zeit später meldete ich mich an, schrieb zaghafte, verzweifelte Worte und wusste nicht, ob ich dort ganz richtig war.

Ich war goldrichtig! Ich wurde herzlichst von den anderen Nutzerinnen aufgenommen. Innerhalb kürzester Zeit entstand eine Gemeinschaft, die ich nicht mehr missen möchte. Sie besteht aus gegenseitigem Verständnis, aufopferungsvoller Fürsorge und Hilfestellungen. Dabei dreht sich nicht immer alles nur um Krebs. In dem im Forum enthaltenen Chatraum geht es oft auch sehr lustig zu. Dort hörte ich schließlich immer wieder die Idee: „Es wäre so schön, wenn wir uns mal kennen lernen würden."

Gesagt. Getan. Über ein paar Wochen hinweg haben wir im Forum geplant. Damit möglichst viele an dem Treffen teilnehmen konnten, vereinbarten wir zwei Termine an zwei unterschiedlichen Orten, nämlich in Frankfurt und Hamburg.

Schließlich war es soweit und das Treffen in Frankfurt stand vor der Tür. Wie würde es wohl sein, auf die Frauen zu treffen, von denen ich so viel Privates wusste, aber nicht mal ihren echten Namen (im Forum nutzen wir aus Datenschutzgründen alle Pseudonyme)? Würden die Eindrücke aus Forum und Chat mit der Realität zusammen passen? Würde man sich immer noch so gut verstehen und offen reden, wenn keine Anonymität mehr vorhanden ist?

Mein Fazit: Es war ein sehr schönes Treffen, trotz Anreise- und Abreiseschwierigkeiten durch den Bahnstreik. Direkt nach der Begrüßung war eine Art von Vertrautheit da, die keine von uns hinterfragt hat. Wir haben viel geredet und gelacht. Dabei ging es um Alltäglichkeiten, Freuden, Familie, Bekannte und natürlich auch die Erkrankung, aber in einer Art und Weise die fördernd und stützend war.

Ein ganzes Wochenende verbrachten wir 19 Frauen gemeinsam in Frankfurt. Trotz des Umstandes, dass wir eine sehr bunte Gruppe waren – von 28 bis 74 Jahren – und in völlig verschiedenen Phasen der Therapien und somit auch Leistungsfähigkeit steckten, erkundeten wir stundenlang gemeinsam die Stadt und machten zahlreiche Cafés und Restaurants unsicher.

Das Forum ist für mich so mehr denn je zu einer starken und stärkenden Gemeinschaft geworden. Es ist schön, sich mit den anderen auszutauschen und dabei nun auch die Stimmen innerlich zu hören und Gesichter vor Augen zu haben. Unsere Verbindung ist herzlich und ich habe das Gefühl, dass das gegenseitige Verständnis sogar noch größer geworden ist.

Sonja

© Beboy - Fotolia.com

*Grafikfigur, die einem Internetbenutzer in der virtuellen Welt zugeordnet wird.

Sternfahrt nach Hamburg

Ein „Blind Date“ der besonderen Art

Vor dem ersten persönlichen Treffen mit meinen Forumsfreundinnen (Foris) war ich vor Aufregung schon zu nachtschlafender Zeit wach. Die Reise mit der Bahn nach Hamburg, die Begegnung mit Menschen, die ich letztlich nur aus der virtuellen Welt kenne – war das eine gute Idee? Jetzt war keine Zeit mehr zum Grübeln: Um 8.30 Uhr an einem Samstagmorgen Ende November ging es los. Und – um das gleich vorweg zu nehmen – das Treffen war einfach wunderbar!

Im Oktober hatte es ja bereits ein Treffen von Foris in Frankfurt gegeben, also mehr in der Mitte Deutschlands, damit keine von uns eine zu weite Anreise hat. Aber da einige bei diesem Treffen nicht dabei sein konnten, kamen sie nun auch von weit her nach Hamburg – Lisa und Kaktus sogar früh morgens mit dem Flieger aus München!

Wir hatten am Hamburger Bahnhof einen Treffpunkt ausgemacht und uns geschrieben, wann wer mit welchem Zug eintrifft. Ich hatte alle Ankunftszeiten im Kopf und wusste, dass ich die erste sein würde. Aber am vereinbarten Treffpunkt stand bereits eine sehr sympathisch aussehende Frau. Konnte das eine von uns sein? „Mein“ Zug war doch der erste? Keine von uns beiden hat sich getraut, etwas zu sagen. So standen wir beide da und warteten.

Dann kam der Zug mit Sonnenblümchen aus dem hohen Norden und wir haben uns gleich erkannt. Sonnenblümchen hatte Angelina dabei, die mit dem Bus aus Thüringen (sieben Stunden Fahrtzeit!) gekommen war und bei ihr übernachtet hatte. Beide haben sofort durchschaut, dass die nette Dame neben mir nur Alesigmai sein konnte. Sie hatte in Hamburg übernachtet und war deshalb schon so früh am Treffpunkt. Als nächstes trafen Ika und Fidi aus Bielefeld ein und schließlich Lexi und Keinohrhase aus Rostock.

Snoopy und Nicky kamen direkt in das Lokal, in dem wir uns alle treffen wollten, genauso wie Wildebeest, die mit dem Auto aus einem kleinen Dorf in Schleswig-Holstein anreiste. BML wiederum, die zu einer Feier in Mecklenburg-Vorpommern weilte, ließ sich von ihrem Mann zu uns bringen. Schaiti und Mary kamen schließlich ebenfalls noch dazu. So waren wir schließlich 16 begeisterte Frauen!

Lexi hatte auf dem Tisch, in dem liebevoll von Nicky ausgewählten Restaurant, Namenschilder verteilt, die nicht nur sehr schön anzusehen waren, sondern auch sehr hilfreich. Von Anfang an herrschte eine so vertraute Stimmung unter uns, obwohl wir uns zuvor noch nie gesehen hatten. Die selbstgenähten Herzen von Alesigmai und die Smileys von Ika für unsere Befundmappen bildeten dann das Tüpfelchen auf dem „i“ bei diesem wunderbaren Forumstreffen.

Als wir wieder zuhause waren, sind die meisten von uns gleich wieder ins Forum gegangen, um von der Heimreise zu berichten und von unseren Gedanken zum Treffen. Angelina hat dazu so schön geschrieben – und vielleicht trifft sie damit die Gedanken von uns allen: „Es war wunderbar, Euch viele starke, selbstbewusste Frauen zu sehen und zu hören, wie jede von Euch den eigenen Weg mit der Erkrankung geht – das ist Inspiration und Lebensfreude pur. Und wenn es mir mal nicht so gut geht, dann schaue ich mir die Bilder an oder besuche das Forum. Da bekomme ich dann wieder den Kick für´s Aufrappeln und Weitermachen!!!“

Diese Worte sprechen mir aus dem Herzen und ich freue mich bereits auf unser nächstes Treffen in der richtigen Welt.

Greta

Personalisiert, individualisiert und risikoadaptiert

Weiterentwicklung der Strahlen

Die Strahlentherapie bei Brustkrebs entwickelt sich immer mehr hin zu personalisierten, individualisierten und risikoadaptierten Konzepten – zum einen bezogen auf die Gesamtdosis und die Dosis pro Bestrahlungseinheit (Fraktion), aber auch bezogen auf die Definition der zu bestrahlenden Bereiche (Zielvolumina) und die eigentliche Bestrahlungstechnik. Prof. Frederik Wenz von der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Universitätsmedizin Mannheim stellt im folgenden Beitrag die aktuellen Entwicklungen auf diesem Gebiet dar.

Nachdem seit Mitte der 80er Jahre eine Ganzbrustbestrahlung über fünf bis sechs Wochen der Therapiestandard für alle Patientinnen nach brusterhaltender Operation war, wurden in den vergangenen Jahren mehrere, an die individuelle Risikokonstellation der Patientin angepasste Konzepte entwickelt.

Lange Zeit war die dreidimensional geplante Bestrahlung mit zwei opponierenden Feldern von schräg vorne bzw. schräg hinten (Mamma-Tangenten, Mammazange) der technische Standard. Zur Homogenisierung der Dosisverteilung und zur Vermeidung von Dosisspitzen (Hot Spots) wurden jeweils sogenannte Keilfilter eingefügt. Diese Behandlung wurde von den Patientinnen insgesamt relativ gut vertragen und systemische (den ganzen Körper betreffende) Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet – mit Ausnahme einer teilweise stark ausgeprägten Müdigkeit (Fatigue-Syndrom). In Abhängigkeit vor allem vom Gewicht (body mass index – BMI), der Brustgröße, der medikamentösen Therapie und dem Rauchverhalten entwickelten allerdings fünf bis zehn Prozent ein stärkeres Erythem (Hautrötung).

Die Einführung der tangentialen intensitätsmodulierten Radiotherapie (t-IMRT) statt der einfachen Homogenisierung über Keilfilter führte zu einer deutlichen Senkung der akuten Hautreaktionen, was eindrücklich in Studien demonstriert wurde. Feuchte Epitheliolysen, d.h. wunde Stellen, die speziell an den Stellen der Dosis-Hot-Spots in der Achsel und unterhalb der Brust entstehen können, sind inzwischen ausgesprochen selten.

Senkung der Strahlendosis und Verkleinerung des Bestrahlungsvolumens

Der Stellenwert der postoperativen Bestrahlung, speziell nach brusterhaltender Operation, hat sich weiter vergrößert, wie die aktuelle Meta-Analyse einer internationalen Studiengruppe (EBCTCG – early breast cancer trialists collaborative group) zeigt. Obwohl die Hormontherapie bei rezeptorpositiven Tumoren das Auftreten von Rezidiven hinauszögern kann, konnte in keiner prospektiven Studie und keiner Altersgruppe bisher gezeigt werden, dass dieser Effekt ausreicht, um auf eine postoperative Radiotherapie verzichten zu können. Das Rezidiv-Risiko reduziert sich durch die Radiotherapie um ca. 50 Prozent über alle Altersgruppen relativ konstant, wobei Lymphknoten-positive Patientinnen in allen Studien mehr profitieren als Patientinnen ohne Lymphknotenbefall.

Da die meisten Lokalrezidive am ursprünglichen Tumorbett auftreten, wurden in den vergangenen zehn bis 15 Jahren Konzepte zur Teilbrustbestrahlung entwickelt. Hier wird bei ausgewählten Patientinnen nur das erweiterte Tumorbett möglichst mit verkürzten Schemata bestrahlt. Die kürzeste Form der sogenannten akzelerierten Teilbrustbestrahlung (APBI) stellt die intraoperative Radiotherapie (IORT) dar. Andere Konzepte applizieren zweimal täglich über fünf Tage die APBI mittels einer Brachytherapie, bei der die Strahlenquelle operativ

© frankoppermann - Fotolia.com

therapie bei Brustkrebs

in das Brustgewebe eingebracht wird, oder mittels speziellen perkutanen (durch die Haut gehenden) Techniken.

Aktuelle Studien zur IORT

Bei der intraoperativen Radiotherapie (IORT) wird das Tumorbett schon während der Operation quasi von innen nach außen bestrahlt. Die Patientin liegt dabei in Narkose. Nachdem der Tumor entfernt wurde, wird das den Tumor umgebende Gewebe mittels eines speziellen Geräts bestrahlt: gezielt, hochdosiert und ca. 30 bis 45 Minuten lang. Durch die gezielte lokale Bestrahlung noch während der Operation werden umliegende Gewebe und Organe geschont. Das bedeutet theoretisch: weniger Nebenwirkungen für den Körper, weniger Belastung für die Patientin, bessere kosmetische Ergebnisse.

Um zu prüfen, ob diese Vorteile in der klinischen Praxis auch tatsächlich eintreten, wurde eine großangelegte, internationalen Studie (TARGIT-A-Studie) durchgeführt. 30 Zentren in neun Ländern brachten Patientinnen in die Studie ein. Über zehn Jahre wurden mehr als 3.400 Patientinnen unter kontrollierten Studienbedingungen behandelt. Wichtig war es, im Rahmen dieser Studie den neuen Therapieansatz der intraoperativen Radiotherapie schon während der Operation möglichst detailliert mit dem Standardverfahren, der mehrwöchigen Bestrahlung von außen nach der Operation, zu vergleichen.

Hierbei wurde ein besonderes Augenmerk auf die lokale Tumorkontrolle (Lokalrezidiv-Rate), aber auch auf die Nebenwirkungen und das kosmetische Ergebnis gelegt. In die Studie eingeschlossen wurden ältere Patientinnen mit einem kleinen Brusttumor ohne tastbaren Befall von Lymphknoten. Die Patientinnen wurden dann im Losverfahren (Randomisierung) auf die beiden Behandlungsgruppen aufgeteilt. Nach der Behandlung erfolgte eine systematische Nachbeobachtung.

Erfreulicherweise waren in beiden Behandlungsgruppen die Rückfallraten nach fünf Jahren im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Das neue Verfahren war – obwohl wesentlich schonender – dem Standard nicht unterlegen. In beiden Behandlungsgruppen waren die bedeutsamen Nebenwirkungen sehr niedrig und lagen bei nur ca. drei Prozent.

Auch eine vergleichbare Studie aus Italien (ELIOT-Studie) konnte bei ausgewählten Patientinnen zeigen, dass eine einmalige Bestrahlung während der Operation zu niedrigen Lokalrezidiv-Raten führen kann.

Durch die TARGIT- und die ELIOT-Studie hat sich zunehmend ein Patientenkollektiv herauskristallisiert, bei dem dieser neue, patientenfreundliche Therapieansatz angewendet werden kann. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um ältere Patientinnen ohne Lymphknotenbefall mit einem kleinen, hormonrezeptorpositiven Tumor mit geringer Aggressivität (Luminal A). Diesen Patientinnen kann das neue Verfahren der IORT inzwischen auch außerhalb von klinischen Studien angeboten werden.

Autor dieses Beitrags

Prof. Dr. Frederik Wenz
Ärztlicher Direktor
Klinikdirektor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Universitätsmedizin Mannheim

Unseriöse Therapieangebote erkennen

© Arpad Nagy-Bagoly - Fotolia.com

Da sich mit Ängsten viel Geld verdienen lässt, gibt es gerade auf dem Gesundheitsmarkt diverse Anbieter, die diese menschliche Schwäche ausnutzen. Insbesondere für Menschen mit Krebs wird eine große Zahl an Mitteln und Methoden angeboten, die angeblich helfen, die Krankheit zu überwinden. Im besten Fall nützen diese Produkte einfach nur nichts; im schlimmsten Fall richten sie viel Schaden an.

Hier ein paar Tipps, bei welchen Angeboten Zweifel an deren Seriosität angebracht sind:

- In jedem Fall misstraut werden sollte Therapieangeboten, bei denen unrealistische Hoffnungen geweckt werden. Dazu gehört unter anderem das Versprechen von Heilungsraten, die jenseits der 90 Prozent liegen, oder die Behauptung, dass eine Therapie bei allen Krebserkrankungen wirkt.
- Wird die angepriesene Methode ausdrücklich als nebenwirkungsfrei beschrieben, ist dies ein wichtiges Indiz für ein unseriöses Angebot. Generell gilt: Was wirkt, hat auch Nebenwirkungen. Bei seriösen Therapien ist der Nutzen in Studien nachgewiesen und die Nebenwirkungen werden benannt. Überwiegt der Nutzen gegenüber den Risiken und Belastungen, wird eine Therapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen übernommen.
- Äußerste Skepsis ist angebracht, wenn vom Anbieter einer Therapie etablierte Therapien (Operation, Bestrahlung) schlecht gemacht werden. Die Erfolge der Schulmedizin stellt heute in Fachkreisen niemand mehr in Frage. Seit in Tumorzentren bundesweit gemäß Leitlinien behandelt wird, sind die Heilungschancen für Krebspatienten in Deutschland deutlich gestiegen.
- Auch wenn die Wirkungsweise einer Therapie oder eines Arznei- bzw. Nahrungsergänzungsmittels vom Anbieter sehr überzeugend erläutert wird, kann das nicht als Beweis des Nutzens gelten. Im Gegenteil: Kennzeichen von unseriösen Angeboten ist häufig, dass sie mit leicht nachvollziehbaren Erläuterungen der Wirkungsweise daherkommen. Wirksame Krebstherapien lassen sich aber nur selten in wenigen, einfachen Sätzen erläutern, weil sie generell sehr komplex sind.
- Werden die Therapien als wissenschaftlich bewiesen dargestellt, sind sie nicht so leicht als unseriös zu erkennen. Ein wichtiges Kriterium ist hier, ob die Methoden bzw. Medikamente von der Krankenkasse bezahlt werden? Wenn nicht, muss davon ausgegangen werden, dass bisher kein Nutzennachweis erbracht wurde.
- Auch wenn die Krankenkasse eine Therapie nicht zahlt, kann die Anwendung z.B. eines Nahrungsergänzungsmittels im Einzelfall im Gesamtkonzept einer Behandlung sinnvoll sein. Misstrauen sollte man jedoch Angeboten, die sehr teuer sind. In jedem Fall sollte vor der Anwendung der behandelnde Arzt informiert werden, da es zu ungünstigen Wechselwirkungen mit der Standardtherapie kommen kann.
- Von Arzneimitteln bzw. Nahrungsergänzungsmitteln, die im Ausland bezogen werden müssen, ist generell abzuraten, da hier nicht gesichert ist, dass sie nach deutschen Standards geprüft wurden und die Qualität stimmt.
- Fehlen Informationen zum Anbieter und seiner Qualifikation, muss davon ausgegangen werden, dass es sich um ein unseriöses Angebot handelt.

Seriosität von Angeboten prüfen

Um die Seriosität eines Angebotes zu prüfen, hilft folgendes Vorgehen:

- Versuchen Sie herauszufinden, wer der Anbieter ist.
- Sind diejenigen, die die Therapie durchführen, professionell ausgebildet?
- Sind die Anbieter Mitglieder anerkannter Fachgesellschaften?
- Nehmen die Anbieter an Tumorkonferenzen und Qualitätssicherungsmaßnahmen teil?
- Werden neben dem Nutzen auch die Risiken einer Therapie dargestellt?
- Was sagen unabhängige Quellen zu der angebotenen Methode, z.B. der Krebsinformationsdienst, die Deutsche Krebshilfe oder die Deutsche Krebsgesellschaft? Ist die Methode dort überhaupt bekannt?

Redaktion perspektive

Von den Zufällen des Lebens und dem Glück der Mutigen

Einmal ohne Anhang meiner Seele etwas Freiheit gönnen – das war mein Ziel, als ich im Herbst 2014 ganz allein für mich eine Reise nach Kappadokien in der Türkei buchte. Eine Freundin aus meiner Selbsthilfegruppe sagte: „Du bist aber mutig, allein zu verreisen!“ Doch ich war überzeugt, dass sich gerade daraus etwas Interessantes ergeben würde.

Im November ging es dann los und schon bei der Platzwahl im Flugzeug hatte ich Glück: Ich wurde ganz vorn platziert und hatte damit viel Beinfreiheit. In der gleichen Reihe wie ich saß eine jüngere Frau, die sich angeregt mit ihrem Sitznachbarn unterhielt. Aus dem Gespräch entnahm ich, dass sie an Krebs erkrankt ist und aus Freiberg stammt. So ein Zufall! Ich fragte sie, ob sie vielleicht meine Bekannte, die Leiterin der Freiberger FSH-Gruppe, kenne. „Ich bin in der Gruppe Freiberg!“, lautete die Antwort. Und ich dachte nur: „Bingo, wir von der Frauenselbsthilfe finden uns, auch ohne uns abzusprechen!“

Wir blieben aber nicht allein. Es gesellte sich auch noch eine ältere Dame aus Berlin zu uns, die ebenfalls an Krebs erkrankt ist. So waren wir nun ein Dreierteam. Gemeinsam hatten wir eine unbeschreiblich schöne Woche in Kappadokien. Unter anderem konnten wir in einem Heißluftballon 1.000 Meter über Kappadokien schwebend einen traumhaften Sonnenaufgang beobachten, während zeitgleich mit uns ca.100 weitere Ballone unterwegs waren. Was für ein Anblick! Ich werde noch lange an diese Reise zurückdenken!

Ingrid Hager
Leiterin der FSH-Gruppe Leipzig und
kommissarische Vorsitzende des Landesverbandes Sachsen

Schmerzen in Mund und Rachen

Vorbeugung und Behandlung einer

Medikamente, die zur Chemotherapie eingesetzt werden, sogenannte Zytostatika, greifen sehr grundlegend in Zellvorgänge ein, um die Vermehrung von Tumorzellen zu verhindern oder diese sogar abzutöten. Auch Zellen der sich schnell regenerierenden Gewebe wie die Schleimhäute (Mukosa) im Mund und im Verdauungstrakt können dabei angegriffen werden. Diese unerwünschte Nebenwirkung der Chemotherapie wird im Mundraum als „orale Mukositis“ oder „Stomatitis“ und im Verdauungstrakt als „gastrointestinale Mukositis“ bezeichnet. Nach Beendigung der Chemotherapie erholen sich die Schleimhäute wieder.

Ob und wie ausgeprägt eine Mukositis unter der Chemotherapie auftritt, ist von Patient zu Patient ganz unterschiedlich. Neben der Art der Krebserkrankung und dem Allgemeinzustand des Patienten haben auch Art, Dosierung und Dauer der Behandlung einen Einfluss.

Maßnahmen zur Vorbeugung

Bereits vor Beginn der Chemotherapie sollte ein Besuch beim Zahnarzt erfolgen, damit ggf. vorhandene Zahn- und Zahnfleischschädigungen beseitigt werden können. Um einer oralen Mukositis vorzubeugen, empfehlen Experten auch während der Therapie eine gründliche und korrekte Mund- und Zahnpflege. Die Zähne sollten regelmäßig mit einer weichen Zahnbürste und mit milder Zahnpasta geputzt werden. Bei der Verwendung von Zahnseide sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass das Zahnfleisch nicht verletzt wird. Vorbeugend und mildernd kann es wirken, den Mund mehrfach am Tag mit Wasser oder vom Arzt verordneten Lösungen zu spülen. In der klinischen Praxis hat sich gezeigt, dass es sich positiv auswirkt, auf Alkohol und Nikotin zu verzichten. Ebenso ist es günstig, stark gewürzte, sehr kalte oder heiße Speisen sowie Saures zu meiden.

© Halfpoint - Fotolia.com

Bei ersten Anzeichen sofort handeln

Bereits bei ersten Anzeichen für eine orale Mukositis – Rötungen im Mund und Empfindlichkeiten beim Verzehr von Speisen und Getränken – sollte sich der betroffene Patient an seinen Arzt wenden, damit eine Verschlimmerung der Symptome verhindert werden kann. Ein Brennen oder eine Schwellung können sich zu einem wunden Schleimhautareal oder sogar zu einem Geschwür weiterentwickeln. Dieses ist nicht nur sehr schmerzhaft, sondern kann auch eine orale Nahrungsaufnahme vorübergehend unmöglich machen. Durch die verletzte Mundschleimhaut können Krankheitserreger in den Körper eindringen und Infektionen verursachen. Diese erschweren den Heilungsprozess und erfordern zusätzliche Behandlungen. Bei geschwächten Patienten kann dies dazu führen, dass notwendige Krebstherapien nicht wie geplant durchgeführt werden können.

Empfehlungen zur Behandlung

Die multinationale Gesellschaft zur supportiven (unterstützenden) Betreuung bei Krebspatienten (Multinational Association of Supportive Care in Cancer – MASCC) hat zusammen mit der internationalen Gesellschaft für orale Onkologie (International Society of Oral Oncology – ISOO) im Jahr 2014 ihre Empfehlungen zur Behandlung der Mukositis aktualisiert. Die Datenlage für wissenschaftlich fundierte Empfehlungen zur oralen Mukositis nach Chemotherapie ist jedoch nach wie vor

Mundschleimhautentzündung

begrenzt. Konkret wird empfohlen, unmittelbar vor und während einer Chemotherapie mit 5-Fluorouracil – hier ist die Gefahr einer Mukositis hoch – Eiswürfel zu lutschen, die nicht scharfkantig sind. Zur Behandlung von Schmerzen bei einer oralen Mukositis können ggf. Fentanyl-Pflaster, die am Körper aufgeklebt werden, oder eine Mundspülung mit 0,5 % Doxepin wirksam sein.

Andere Behandlungstipps

Es gibt eine Vielzahl von experimentellen Ansätzen zur Behandlung bei Mukositis und es kursieren viele in diesem Beitrag nicht genannte Behandlungstipps. Doch auch wenn in Einzelfällen damit Erfolge erzielt werden können, haben große klinische Studien bisher noch keinen Nutzennachweis dieser supportiven Maßnahmen erbracht.

Autorin dieses Beitrags

Dr. rer. nat. Kerstin Wittenberg
Wissensmanagement Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Krebsinformationsdienst

Telefon: 0800 – 420 30 40, kostenfrei, täglich von 8 bis 20 Uhr
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Internet: www.krebsinformationsdienst.de

Famoca

Unterstützung im Internet für Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil

Eine Krebserkrankung kann auch Eltern minderjähriger Kinder treffen. Neben der Angst um die eigene Gesundheit wird die Sorge um das Wohl der Kinder zu einem großen emotionalen Druck. Der Wunsch, die Kinder nicht unnötig zu belasten, verunsichert viele Eltern in ihren elterlichen Kompetenzen. Nach einer schwierigen Anfangsphase gelingt es jedoch den meisten Familien, das familiäre Funktionieren wieder zu finden, manchmal sogar gemeinsam stärker zu werden. Es gibt aber auch Familien, bei denen längerfristig psychische Belastungen bestehen bleiben.

Untersuchungen haben gezeigt, dass eine offene Kommunikation, der Mut, Bewältigungsstrategien auszuprobieren, und die Fähigkeit, sich flexibel auf die verschiedenen Bedürfnisse der Familienmitglieder einzustellen, die psychische Gesundheit positiv beeinflussen. Psychoonkologische Familienberatungen können hierbei unterstützen. Leider ist es jedoch für manche Familien aus zeitlichen oder geographischen Gründen schwierig, gemeinsam eine entsprechende Institution aufzusuchen.

Nun haben Psychologen und Ärzte des Universitätsspitals und der Universität Basel sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie Bruderholz (Schweiz) ein Unterstützungsprogramm namens FAMOCA für betroffene Familien im Internet entwickelt. Auf der Webseite erhalten Eltern und Kinder altersgerechte Informationen rund um das Thema Krebs. Außerdem finden sie dort Strategien zur Krankheitsbewältigung.

Die Webseite gliedert sich in einen Erwachsenen-, Jugend- und Kinderbereich, in dem folgende Themen altersgerecht vertieft werden: Innerfamiliäre Kommunikation und Wissen über Krebs; Organisation und Bewältigung des Alltags während der Krebstherapie; Bewältigung belastender Situationen und Gefühle; Stärkung von Ressourcen und Sinnstiftung im Hinblick auf die Zukunft. Es besteht zudem die Möglichkeit, per E-Mail Kontakt zu Psychoonkologen aufzunehmen oder sich in einem separaten Forum miteinander auszutauschen.

Die Wirksamkeit des Programms wird derzeit in einer Studie überprüft. Teilnehmen können Familien, die mindestens ein Kind im Alter zwischen 3 und 18 Jahren haben, deutschsprechend sind und Zugang zum Internet haben. Familienmitglieder können auch einzeln mitmachen. Weitere Informationen und Einblicke gibt es unter: *www.famoca.ch* oder *info@famoca.ch.*

Dr. Harriet Huggenberger
Universitätsspital Basel

Ausschnitte aus der Arbeit des Bundesvorstands und seiner Referate der Monate Dezember 2014 bis Februar 2015

Was hat uns bewegt? Was haben wir bewegt?

Durchführung

- von 2 Sitzungen des Bundesvorstands in Bonn und Schwetzingen
- einer Gesamtvorstandssitzung in Schwetzingen
- eines Workshops für die Mitglieder der FSH-Referate 5 und 6 (Interessenvertretung in gesundheitspolitischen Gremien) in Schwetzingen
- einer Sitzung des Fachausschusses Gesundheitspolitik und Qualität in Bonn
- eines Workshops „Organisationsmanagement“ in Bonn

Mitwirkung

- an Sitzungen von Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Berlin
- am Lenkungsausschuss des Nationalen Krebsplans in Berlin

Teilnahme

- an der Veranstaltung „Individualisierte Medizin – (Stellen-)Wert der Gendiagnostik“ im Rahmen der Reihe „Brennpunkt Onkologie“ der Deutschen Krebsgesellschaft in der Kalkscheune in Berlin
- an einem Workshop der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention zum Thema Nationaler Krebsplan „Informierte Entscheidung – Quo vadis?“ in Berlin
- am 4. Selbsthilfekongress; Thema „Erkenntnisse nutzen – Qualität gestalten“ in Berlin
- am Technologie- und Trendtag zum Thema „Wie gesellschaftliche und technologische Entwicklungen ehrenamtliches Engagement verändern“ in Berlin
- an der Vorstellung der Studie „Informations- und Schulungsmaßnahmen zur Stärkung der Patientenkompetenz – eine Analyse des Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom“ (PIAT-Studie) in Berlin
- am 23. NZW-Kongress „Onkologische Pharmazie“ in Hamburg

Sonstiges

- Auswertung der Online-Umfrage zum Thema „Wünsche und Bedürfnisse junger, an Krebs erkrankter Frauen“
- Aufbau des Bereichs „Infothek – Soziale Informationen“ im Web-Auftritt der Frauenselbsthilfe: www.frauenselbsthilfe.de/informieren/infothek
- Aktualisierung der Sozialen Informationen auf den Stand 2015

Die neue FSH-Gruppe „Speyer Abend-Aktiv“ ist auch tagsüber in Bewegung

Wenn es darum geht, was Menschen mit Krebs neben der klassischen Medizin noch für sich tun können, dann lautet die Antwort immer: Bewegen, bewegen, bewegen. Das war dann auch einer der Gründe, warum im Namen unserer neuen FSH-Gruppe in Speyer das Wort „aktiv“ auftaucht.

Um unsere Aktivität sogleich unter Beweis zu stellen und natürlich auch, um unsere junge Gruppe noch bekannter zu machen, haben wir im September zu einem Aktionstag für Menschen mit Krebs eingeladen unter dem Motto „Laufen, Walken, Bewegen und Spaß haben“.

In der Zeitung riefen wir dazu auf, mitzumachen: ob Betroffene, Angehörige, Männer oder Frauen. An einem herrlich sonnigen Samstagmorgen starteten wir inklusive Hund zu unserem Fitness-Parcours.

Los ging es mit Dehnübungen für Arme, Beine und den ganzen Körper. Danach kam eine längere Walkingstrecke, die wir strammen Schrittes absolvierten, bis zur nächsten Station. Dort wurde es schon etwas schwieriger, allerdings auch lustiger, denn die Balance auf einem Bein zu halten und dabei auch noch Übungen zu absolvieren, löste viele Lachanfälle aus.

Fröhlich gestimmt wanderten wir weiter bis zur Station „Bewegungsübungen mit dem Luftballon“. Nun schon richtig gut aufgewärmt, gingen uns diese Übungen natürlich leicht von der Hand – oder, wenn man so will – vom Bein. Flott bogen wir in die letzte Runde des Parcours und erreichten nach zwei Stunden wieder unseren Ausgangspunkt.

Dort gab es dann zur Abrundung nicht etwa ein deftiges Büffet. Belohnt wurden alle Teilnehmer mit einem Griff in unseren Apfelkorb. Denn neben viel Bewegung ist natürlich auch gesunde Ernährung die beste Medizin für Menschen mit Krebs.

Manuela Schurhammer
Leiterin der Gruppe
Speyer Abend-Aktiv,
Rheinland-Pfalz

Zwischen Weinen und Lachen
schwingt die Schaukel des Lebens,
zwischen Weinen und Lachen
fliegt in ihr der Mensch.

Christian Morgenstern

© Anna-Mari West - Fotolia.com

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Gruppen der Frauenselbsthilfe in Ihrer Nähe finden Sie im Internet unter
www.frauenselbsthilfe.de/gruppen/gruppen-in-ihrer-naehe/
oder rufen Sie unsere Bundesgeschäftsstelle an:
Bürozeiten: Montag bis Donnerstag: 9:00 – 15:00, Freitag 8:00 – 12:00 Uhr
Telefon: 0228 – 3 38 89-400, E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de

Die Landesverbände der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Angelika Grudke
Tel.: 0 74 20 – 91 02 51
kontakt-bw@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Bayern e.V.
Karin Lesch
Tel.: 0 98 31 – 8 05 09
kontakt-by@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Berlin/Brandenburg e.V.
Uta Büchner
Tel.: 03 38 41 – 3 51 47
kontakt-be-bb@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Hessen e.V.
Heidemarie Haase
Tel.: 0 66 43 – 18 59
kontakt-he@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern/ Schleswig-Holstein e.V.
Sabine Kirton
Tel.: 03 83 78 – 2 29 78
kontakt-mv-sh@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Niedersachsen/Bremen/ Hamburg e.V.
Wilma Fügenschuh
Tel.: 0 49 41 – 7 15 92
kontakt-ni-hb-hh@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
Petra Kunz
Tel.: 0 23 35 – 68 17 93
kontakt-nrw@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.
Dr. Sylvia Brathuhn
Tel.: 0 26 31 – 35 23 71
kontakt-rp-sl@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen e.V.
Ingrid Hager
Tel.: 03 41 – 9 40 45 21
kontakt-sn@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
Elke Naujokat
Tel./Fax: 03 53 87 – 4 31 03
kontakt-st@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Thüringen e.V.
Hans-Jürgen Mayer
Tel.: 0 36 83 – 60 05 45
kontakt-th@frauenselbsthilfe.de

Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V.
Peter Jurmeister
Tel.: 0 72 32 - 7 94 63
p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net
www.brustkrebs-beim-mann.de

Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn

Telefon: 02 28 – 33 88 9 - 400
Telefax: 02 28 – 33 88 9 - 401
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Internet: www.frauenselbsthilfe.de

Unter Schirmherrschaft und mit finanzieller Förderung der Deutschen Krebshilfe e.V.
Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.