

Praxis Journal

Nur für unsere Patienten, nicht zur Weitergabe bestimmt.

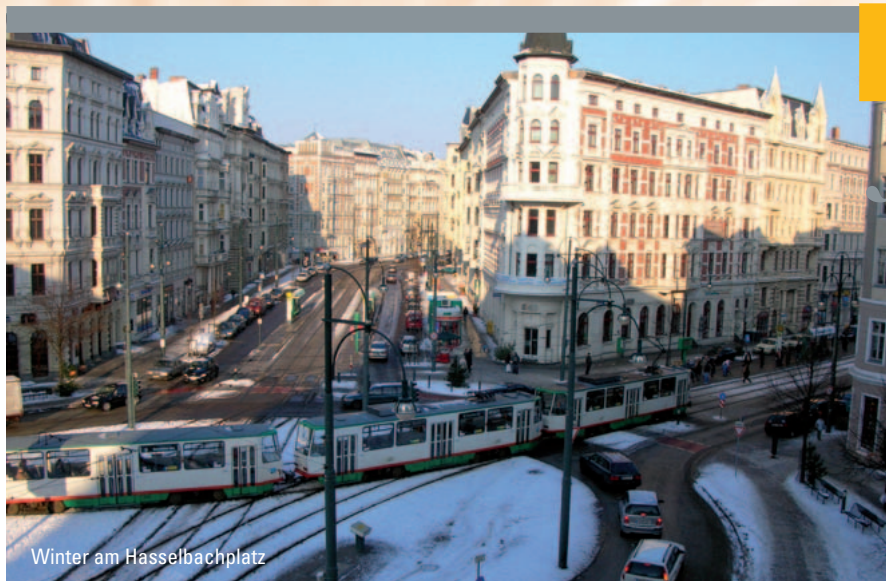
Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie

Dr. med. Renate Uhle
Dr. med. Gerd Müller
Dr. med. Hendrik Kröning
PD Dr. med. habil. Kathleen Jentsch-Ullrich

Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie, Medikamentöse Tumortherapie, Palliativmedizin, Spezielle Schmerztherapie (Dr. Müller), Hämostaseologie

Hasselbachplatz 2 · 39104 Magdeburg
Tel. 0391 / 561 65 68 · Fax 0391 / 561 66 87
E-Mail: info@onkologie-magdeburg.de
www.onkologie-magdeburg.de

Praxisbesonderheiten: Parenterale Chemotherapie, Transfusion von Blut und Blutprodukten, Knochenmarkdiagnostik, tagesklinische Betreuung



Winter am Hasselbachplatz

2 Therapie

Transplantation von Blutstammzellen

3 Nachgefragt

Habe ich ein Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung?

4 Überblick

Fortschritte in der Darmkrebs-Therapie: Antikörper gegen das Wachstum von Blutgefäßen

6 Stichwort

Wie wirksam ist Komplementärmedizin? Drei Voraussetzungen sollten erfüllt sein

7 Ernährung

Wunschkost heißt das Lösungswort

8 Kurz berichtet

Was ist von E-Zigaretten zu halten?

Liebe Patientin, lieber Patient,

Gesundheit – was ist das eigentlich? Die Frage mag sich für schwer erkrankte Patienten fast ein wenig zynisch anhören und dennoch beschäftigt sie jeden Krebspatienten. Bedeutet Gesundheit Abwesenheit von Krankheit? Ja, unbedingt, sagen viele mit diesem Thema beschäftigte Experten. Ist aber vollständige Gesundheit Voraussetzung für ein erfülltes Leben? Ganz sicher nicht, das beweisen viele beeindruckende Biographien berühmter Künstler und Wissenschaftler. Denn Gesundheit ist vielschichtig, hat verschiedene Komponenten. Neben der Abwesenheit von Krankheit gehört sicher auch etwas dazu, das wir gern als Wohlbefinden bezeichnen.

Und für Ihr eigenes Wohlbefinden können Sie eine Menge tun, selbst wenn Sie nicht gesund

sind und mit Ihrer Krankheit leben müssen. Es klingt fast zu banal: aber wenn Sie versuchen herauszufinden, was Ihnen gut tut, was Sie gerne essen wollen, womit Sie sich gerne beschäftigen, welche Bewegung Ihnen am meisten Spaß macht und wie Sie am wirkungsvollsten zu innerer Ruhe finden, dann tun Sie das Beste für Ihr Wohlbefinden. Und das hat dann auch wieder Einfluss auf die Bekämpfung Ihrer Krankheit; denn ein Patient, der sich aktiv um sein Wohlbefinden kümmert, verbessert seine Abwehrkräfte und erhöht seine Widerstandskraft. In diesem Sinne: Werden Sie Experte für Ihr eigenes Wohlbefinden.

Ihr Praxisteam Dr. Uhle, Dr. Müller, Dr. Kröning und PD Dr. Jentsch-Ullrich

Buchtipps



DIE FÄHIGKEIT ZU STERBEN

Sabine Lenz

Einer neuen kanadischen Studie zufolge wollen die meisten Patienten – anders als Ärzte oft vermuten – über ihre Prognose informiert werden. Sie möchten klare Aussagen über ihre Aussichten, den üblichen Krankheitsverlauf und die häufigsten Komplikationen. Auch und gerade dann, wenn sie sich in ihrer letzten Lebensphase befinden. Nicht zuletzt, um die erwünschte Pflege und Fürsorge im eigenen Sinne und nach den eigenen Bedürfnissen organisieren zu können.

Die Psychoonkologin Sabine Lenz betreut seit vielen Jahren todkranke Krebspatienten und weiß, welchen seelischen Belastungen sie ausgesetzt sind. Sie weiß auch, welche Fragen die Menschen

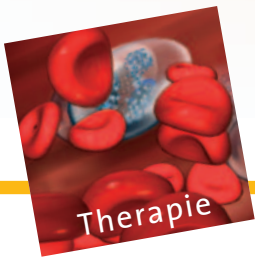
in dieser Situation umtreiben: Warum hat es mich getroffen? Kann ich das Unausweichliche wirklich annehmen? Und: Hat diese Erkrankung vielleicht sogar einen Sinn?

In zwölf Geschichten erzählt sie von den unterschiedlichen Reaktionen der Menschen, die sich mit dem Ende ihres Lebens auseinandersetzen. Die Annäherung an den Tod, das zeigt jede ihrer Patienten-Geschichten, ist so einmalig und persönlich wie jedes Leben einmalig und persönlich ist. Aber allen gemeinsam ist die Möglichkeit, das Leben unabhängig von seiner Dauer auch in den allerengsten Passagen immer noch selbst zu gestalten.

Rowohlt Verlag, 2014, 208 Seiten, 17,95 Euro

Impressum

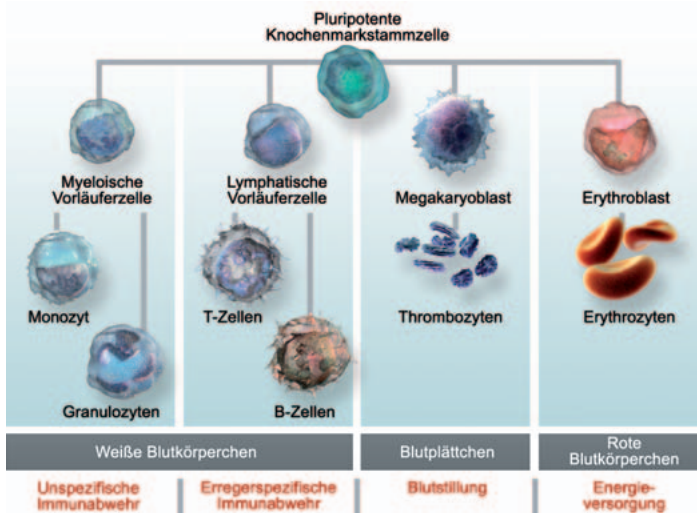
© 32|11|2014, LUKON GmbH · ISSN 1436-0942
Lukon Verlagsgesellschaft mbH
Postfach 600516, 81205 München
Chefredaktion: Dr. Uhle, Dr. Müller,
Dr. Kröning, PD Dr. Jentsch-Ullrich
Redaktion: Tina Schreck, Ludger Wahlers
Anzeigen: Manfred Just, Anschrift wie Verlag
Grafik-Design, Illustration: Charlotte Schmitz
Druck: DDH GmbH, Hilden



Transplantation von Blutstammzellen

Stammzellen – woran denken Sie bei diesem Stichwort? An künstlich erzeugte Menschen, an Klone, also an embryonale Stammzellen? In diese Diskussion wollen wir uns nicht einmischen.

Uns geht es hier um ganz andere Stammzellen, nämlich solche, die lebenslang im Knochenmark gebildet werden und aus denen die roten und weißen Blutkörperchen sowie die Blutplättchen heranreifen. Unter bestimmten Bedingungen lassen sich patienteneigene oder Blutstammzellen von Spendern sozusagen als Medikamente einsetzen. Das ist immer dann sinnvoll, wenn es darum geht, die Bildung von Blutzellen anzukurbeln. Blutstammzelltransplantationen haben sich vor allem bei der Bekämpfung verschiedener Formen der Leukämie und des Lymphdrüsenkrebses bewährt.



Störung der Blutbildung

Mit Blutstammzellen allein kann man zwar keine Krebstherapie durchführen, aber mit ihnen lässt sich die wichtigste Nebenwirkung hochdosierter Chemo- oder Strahlentherapien behandeln: Die Störung der Blutbildung. Ähnlich wie Krebszellen teilen sich Blutstammzellen vergleichsweise schnell. Aus ihnen bilden sich Vorformen aller Blutzellen im Knochenmark, die dann im Blut zu roten und weißen Blutkörperchen sowie Blutplättchen ausreifen (Abbildung). Chemo- und Strahlentherapie schädigen aber alle sich schnell teilenden Zellen. Das ist der Grund dafür, warum die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen im Rahmen einer Chemotherapie unter Umständen dramatisch zurückgeht. Bleierne Müdigkeit und vor allem eine stark erhöhte Infektanfälligkeit können dann die Folge sein.

Normalerweise werden Art und Dosis der Chemotherapeutika deshalb so gewählt, dass die Störung der Blutbildung sich in Grenzen hält. Aber das gelingt nicht immer: Bestimmte Formen der Leukämie und des Lymphdrüsenkrebses bedürfen sogar einer sogenannten Hochdosis-Chemotherapie, vor allem dann, wenn bereits Vorformen der Blutzellen im Knochenmark zu Krebszellen entartet sind. In solchen Fällen wird mit einer Hochdosis-Chemotherapie zunächst das gesamte blutbildende System des Patienten zerstört, um es anschließend mit Hilfe von krebsfreien Blutstammzellen wieder aufzubauen.

Stammzellen aus dem Blut

Dazu müssen vor der Hochdosis-Behandlung geeignete Blutstammzellen in ausreichend großer Menge gewonnen werden. Blutstammzellen finden sich vorzugsweise im Mark bestimmter Knochen. Bis vor wenigen Jahren wurden sie deshalb direkt aus dem Knochenmark gewonnen. Dazu ist allerdings immer ein stationärer Krankenhausaufenthalt nötig, da dieser Eingriff nur unter Vollnarkose möglich ist. Seit man weiß, dass einige Blutstammzellen auch aus dem Knochenmark ins Blut auswandern, ist die Gewinnung wesentlich einfacher geworden. Mit geeigneten Behandlungsverfahren lässt sich die Bildung von Blutstammzellen mit Wachstumsfaktoren anregen. Nach dieser sogenannten Mobilisierung werden in einer etwa zwei- bis dreistündigen Sitzung gesunde (also krebsfreie) Stammzellen mit Hilfe eines Zellseparators aus dem Blut aussortiert und bei minus 196 Grad Celsius eingefroren.

Nach der Hochdosis-Chemotherapie oder der Ganzkörperbestrahlung – die beide die Vernichtung der noch im Patienten verbliebenen Stammzellen zum Ziel haben – werden die zuvor eingefrorenen (und krebsfreien) Stammzellen einfach über eine Infusion wieder in den Körper zurückgebracht. Ganz von allein finden sie aus den Blutgefäßen ihren Weg in das Knochenmark, wo sie sich wieder ansiedeln und zu teilen beginnen. So kommt die Blutbildung wieder in Gang.

Autolog oder allogene

Bei diesen körpereigenen, Fachleute sprechen von autologen Transplantationen werden die Stammzellen vor Beginn der zellzerstörenden Hochdosis-Therapie vom Patienten selbst gewonnen, eingefroren und direkt nach der Hochdosis-Chemotherapie wieder zurückübertragen. Bei manchen Leukämien allerdings – bei denen in der Regel das blutbildende Knochenmark selbst erkrankt ist – sind Blutstammzellen von fremden Spendern notwendig. Voraussetzung für solch allogene Transplantationen ist – ähnlich wie bei Bluttransfusionen – die Gewebeerträglichkeit zwischen Spender und Empfänger. Auch bei Leukämien werden die Blutstammzellen meist aus dem Blutkreislauf, nur noch selten aus dem Knochenmark gewonnen.

Die Vor- und Nachteile von allogenen und autologen Transplantationen liegen auf der Hand. Beim autologen Verfahren ist nie ganz auszuschließen, dass auch Krebszellen in das Zellkonzentrat gelangen. Zwar kann dieses Risiko durch einen speziellen Reinigungsschritt bei der Gewinnung der Blutstammzellen mittlerweile minimiert werden. Gänzlich auszuschließen ist eine Verunreinigung aber leider nie. Beim allogenen Verfahren können sich die vom Spender übertragenen Immunzellen jedoch gegen Organe und Gewebe des Empfängers richten. Schwere Schäden an Haut, Schleimhäuten und inneren Organen können die Folge sein. Wichtig ist in jedem Fall – wie immer in der Onkologie – die sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken der Behandlung.

Nachgefragt

Habe ich ein Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung?

Im Verlauf der Behandlung von Krebspatienten müssen viele Entscheidungen getroffen werden, die unter Umständen weitreichende Konsequenzen haben. Das kann schon mit der Frage beginnen, welche Verfahren zur Sicherung der Diagnose einzusetzen sind. Ebenso gilt es abzuwägen, wie aggressiv eine Tumorbehandlung sein darf, und schließlich muss festgelegt werden, wie oft Kontrolluntersuchungen stattzufinden haben. Es ist kein Zeichen von mangelndem Vertrauen, wenn man sich in solchen Situationen manchmal fragt, ob es nicht sinnvoll wäre, die Meinung eines zweiten Experten oder einer zweiten Expertin einzuholen. Die wichtigsten Fragen und Antworten zu einer solchen ärztlichen Zweitmeinung haben wir Ihnen im Folgenden zusammengestellt.

Was genau ist eigentlich eine ärztliche Zweitmeinung?

So ganz genau ist das nicht definiert. Grundsätzlich geht es darum, bestimmte Entscheidungen zu Diagnostik und Therapie durch einen zweiten Arzt, eine zweite Ärztin oder auch durch ein Team von Ärzten an einem spezialisierten Zentrum beurteilen zu lassen.

Wann ist eine solche zweite Meinung erforderlich?

Die allermeisten Krebserkrankungen werden heute nach bestimmten Standards, sogenannten Leitlinien, behandelt. Diese Leitlinien werden von spezialisierten Arbeitsgemeinschaften medizinischer Fachgesellschaften wie etwa der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegt, und zwar auf Grundlage von international durchgeführten Studien. Einfach gesagt heißt das, dass nicht für jeden Krebspatienten notwendigerweise eine Zweitmeinung erforderlich ist. Da aber kein Krebspatient ganz genauso wie ein anderer ist, wird jeder behandelnde Arzt für jeden Patienten eine individuelle Behandlungsstrategie im Rahmen dieser Leitlinien festlegen. Wenn bei der Festlegung dieser Strategie Zweifel auftreten, dann ist die Einholung einer zweiten Meinung sinnvoll.

Gibt es Experten für eine solche zweite Meinung?

Grundsätzlich sollte jeder Facharzt für Hämatologie und Onkologie in der Lage sein, anhand von Untersuchungsbefunden und Verlaufsberichten zu beurteilen, ob der Patient die beste verfügbare Behandlung erhalten hat. Wenn es um eine ärztliche Zweitmeinung geht, bietet es sich aber häufig auch an, ausgewiesene Experten an zertifizierten Zentren, die sich auf die Diagnose und Behandlung des jeweiligen Tumors spezialisiert haben, zu

befragen. Übrigens tun wir als Praxis genau das. Wenn wir es für erforderlich halten, unseren Untersuchungs- und Behandlungsplan überprüfen zu lassen, wenden wir uns an das zuständige Brust-, Darmkrebs- oder Prostatazentrum.

Habe ich als Patient ein Recht auf eine zweite Meinung?

Dieses Recht ist in keinem deutschen Gesetz ausdrücklich formuliert. Juristen sagen allerdings, dass jeder Versicherte darüber verfügt, weil er das Recht auf freie Arztwahl hat. Auch in der 2002 erstmals erschienenen Patientencharta, die vom Bundesgesundheits- und Justizministerium gemeinsam herausgegeben wurde, ist das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung dokumentiert.

Bedeutet das Einholen einer zweiten Meinung zwangsläufig einen Arztwechsel?

Nein, ganz und gar nicht. Grundsätzlich läuft das Verfahren so ab, dass ausgewiesene Experten Ihre Unterlagen durchschauen und Sie gegebenenfalls noch einmal untersucht werden, um dann die zweite Meinung abzugeben.

Übernimmt meine gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung?

Prinzipiell ja, zumindest dann, wenn die gewünschten Experten ebenfalls berechtigt sind, Leistungen über gesetzliche Krankenversicherungen abzurechnen. Schwierig wird es, wenn Sie als Experten für eine Zweitmeinung einen nur privat abrechnenden Arzt aufsuchen möchten. Es ist immer empfehlenswert, vor Hinzuziehung eines zusätzlichen Experten Kontakt mit der Krankenversicherung aufzunehmen, um die Einzelheiten zu besprechen. Selbstverständlich unterstützen wir Sie dabei, wenn Sie es wünschen.



Fortschritte in der Darmkrebstherapie

Darmkrebs, genauer: Dickdarm- oder Mastdarmkrebs, ist heimtückisch. Er kann lange Zeit unbemerkt wachsen, und wenn er dann diagnostiziert wird, ist es für eine komplette Heilung nicht selten zu spät. Mithilfe neuer Operationstechniken und Arzneimittel lassen sich kolorektale Tumoren – so die für beide Tumorarten zusammenfassende Fachbezeichnung – aber besser denn je behandeln.

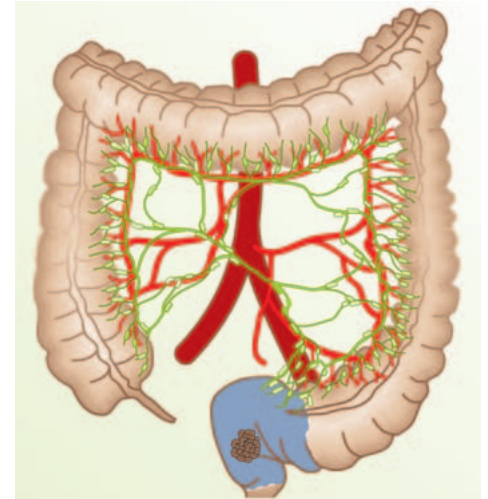
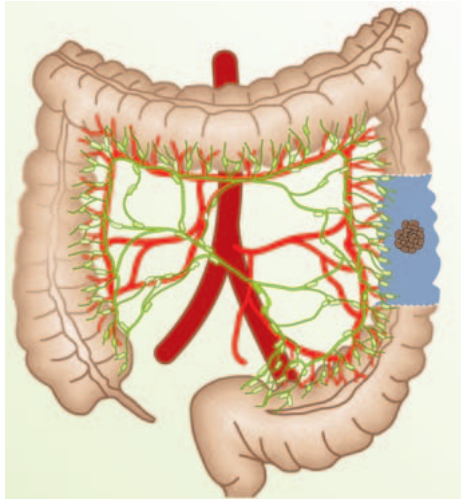


Abbildung 1. Operation bei Kolonkarzinom (links) und Rektumkarzinom (rechts): Je nach Lage des Tumors werden unterschiedlich große Anteile des Darmes (blauer Bereich) entfernt. (Rot = Blutgefäße; Grün = Lymphgefäße)

Nach wie vor ist die Operation mit dem Ziel der restlosen Entfernung des Tumors das einzige Verfahren, mit dem sich Darmkrebs dauerhaft heilen lässt. Je nach Lage des Tumors unterscheidet man Dickdarm- und Mastdarmkrebs, von Medizinern meist Kolon- beziehungsweise Rektumkarzinom genannt (Abb. 1). Nach der Operation untersuchen Pathologen das entnommene Gewebe sorgfältig auf Tumorzellreste.

Stellt sich dabei heraus, dass Krebszellen bereits in Lymphknoten vorgedrungen sind, wird im Fall des Kolonkarzinoms nach der Operation in der Regel eine adjuvante, das heißt eine ergänzende Chemotherapie veranlasst. Auf diese Weise sollen eventuell noch im Organismus vorhandene Krebszellen unschädlich gemacht werden. Diese Behandlung dauert in der Regel sechs Monate.

Rektumkarzinom: Vorbehandlung vor der Operation

Anders als beim Kolonkarzinom hat sich in der Therapie des Mastdarmkrebses (Rektumkarzinom) vor der Operation ab dem Stadium II – das heißt der Tumor hat eine gewisse Größe überschritten oder man vermutet aufgrund der vor der Operation durchgeführten Untersuchungen, dass bereits Lymphknoten befallen sind – eine medikamentöse und/oder

strahlentherapeutische Vorbehandlung als sinnvoll erwiesen. Ob eine etwa einwöchige Strahlentherapie allein oder in Kombination mit einer Chemotherapie durchgeführt wird, hängt unter anderem von der Größe des Tumors ab. Das Ziel der Vorbehandlung ist immer gleich: Die Geschwulst soll vorab zum Schrumpfen gebracht werden, um die Erfolgsaussichten der Operation zu verbessern.

Speziell beim Rektumkarzinom ist das Rezidivrisiko – also das Wiederauftreten der Erkrankung am gleichen Ort – besonders groß. Seit der Einführung verbesserter Operationstechniken, konkret der totalen mesorektalen Exzision (TME), sinkt es jedoch beständig und liegt nach Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft derzeit bei etwa 10 Prozent.

Mithilfe der TME wird neben dem Tumor auch das umliegende Fett- und Bindegewebe, das sogenannte Mesorektum, komplett herausgelöst. In dieses Gewebe, das viele Lymph- und Blutgefäße enthält, ist der Mastdarm eingebettet. Die chirurgische Kunst besteht darin, die an dieser Stelle ebenfalls vorhandenen anderen Organe und Gewebe wie die Harnblase, die beiden Harnleiter oder die Sexualnerven unverletzt zu lassen. Die TME sollte deshalb nur von Spezialisten in entsprechend ausgestatteten Zentren durchgeführt werden.

Künstlicher Darmausgang

Bei schätzungsweise 10 bis 15 Prozent der Rektumkarzinom-Operationen wird die Anlage eines künstlichen Darmausgangs notwendig, entweder weil der Schließmuskel selbst schon von Krebszellen befallen ist oder weil der Tumor zu nahe am Schließmuskel liegt, als dass dieser erhalten werden könnte. Nach der Entfernung des Mastdarms führt der Chirurg das nun „offene Ende“ des Dickdarms meist aus dem linken Unterbauch nach außen. Nach der Operation befindet sich an dieser Stelle eine Öffnung von etwa zwei Zentimetern Durchmesser, an die eine sogenannte Stomaversorgung angeschlossen wird. Dabei handelt es sich um eine Kunststoffplatte, die auf die Öffnung in der Bauchdecke geklebt wird, und einen daran befestigten Beutel. Dieser nimmt die Darmausscheidungen auf.

Chirurgen legen einen künstlichen Darmausgang nicht nur dauerhaft, sondern im Verlauf der Therapie auch vorübergehend an. Das geschieht immer dann, wenn ein bestimmter Darmabschnitt geschont werden soll, damit die Operationswunden schneller heilen.

Antikörper gegen das Wachstum von Blutgefäßen

Von zielgerichteter Therapie oder englisch *targeted therapies* ist in der Krebsbehandlung

Tipp

Das Internet bietet zum Thema Darmkrebs hervorragende Informationen, zum Beispiel unter www.darmkrebs.de oder auch beim Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (www.Krebsinformationsdienst.de). Für vorübergehende oder dauerhafte Stomaträger interessant ist außerdem die Website der entsprechenden Selbsthilfegruppe:

www.ilco.de.

schon länger die Rede. Mit diesem Schlagwort werden alle Bemühungen bezeichnet, den Tumor möglichst zielgenau – ohne Schädigung anderer Gewebe oder Organe – zu bekämpfen. Eine Chemotherapie allein zum Beispiel wirkt nicht gezielt. Als Infusion über das Blut verteilt, gelangt die Wirksubstanz in den gesamten Organismus und entfaltet überall Wirkungen, aber eben auch unerwünschte Nebenwirkungen. Entsprechende Medikamente, die meist in Kombination mit einer Chemotherapie eingesetzt werden, funktionieren wie Schlüssel und Schloss, das heißt die Medikamente wirken quasi als Schlüssel erst dann, wenn sie ihr Schloss gefunden haben. Allerdings werden mit diesen Substanzen nicht nur die „Schlösser“ im Tumor blockiert, sondern auch im gesunden Gewebe. Dies kann zu früher in der Krebstherapie nicht bekannten, unerwünschten Wirkungen in verschiedenen Organen, insbesondere auch an der Haut führen. Eine genaue Beobachtung ist deshalb unerlässlich.

Der seit Anfang 2005 für die Behandlung von fortgeschrittenem Darmkrebs zugelassene Antikörper Bevacizumab imitiert beispielsweise den Wachstumsfaktor VEGF, der das Hineinsprossen von Blutgefäßen in Tumoren begünstigt. Tatsächlich lässt sich das Fortschreiten der Krankheit mit einer Kombination aus klassischen Chemotherapeutika und Bevacizumab nachweislich verzögern, außerdem wird die Überlebenszeit der Patienten verlängert (Abb. 2).

Antikörper können das Signal zur Zellteilung hemmen

Ein anderer in der Darmkrebstherapie schon seit 2004 zugelassener Antikörper ist das Cetuximab, das nicht die Blutversorgung des Tumors, sondern die Teilung von Krebszellen selbst behindert, das Tumorwachstum also bremst. Cetuximab blockiert dazu spezielle Andockstationen (EGF-Rezeptoren) auf der Außenhülle von Darmkrebszellen. Damit unterbricht der Antikörper die Weitergabe des Zellteilungssignals von der Außenseite der Zelle über mehrere Stationen im Zellinneren bis zum Zellkern.

Allerdings wirkt Cetuximab nur auf solche Tumoren, bei denen weder das K- noch das N-Ras-Gen nicht verändert, sprich nicht mutiert ist. In der Sprache der Genetiker werden nicht mutierte Gene als Wildtyp-Gene bezeichnet. Cetuximab dürfen also nur Patienten mit Wildtyp-Ras-Genen erhalten; bei Patienten mit Ras-Mutationen wirkt es nicht. Cetuximab wird entweder allein oder in Kombination mit Chemotherapeutika gegeben.

Ein ganz ähnlich wirkender Antikörper ist das seit Dezember 2007 zugelassene Panitumumab, das bei metastasiertem Darmkrebs einsetzbar ist, aber ebenfalls nur bei Patienten ohne Ras-Mutation. Panitumumab ist ein „humanisierter“ Antikörper, das heißt er besteht ausschließlich aus menschlichen (und nicht aus tierischen) Eiweißen, was seine Verträglichkeit verbessert.

Optionen für Patienten mit Ras-Mutation

Etwa bei der Hälfte der Darmkrebspatienten sind die Tumorzellen Ras-mutiert, die Antikörper Cetuximab und Panitumumab also unwirksam. Für die Behandlung fortgeschrittener Ras-mutierter Tumoren stehen – immer in Kombination mit einer geeigneten Chemotherapie – die Präparate Regorafenib und Afibercept zur Verfügung. Regorafenib blockiert die krankmachende Weitergabe des Wachstumssignals im Inneren der Zelle, Afibercept dagegen hemmt die Ausbildung von Blutgefäßen im Tumor. Welches Präparat tatsächlich zum Einsatz kommt, ist auch davon abhängig, mit welchen Medikamenten der Darmkrebs vorher behandelt worden ist.

Darmkrebsvorsorge nutzen

In der Darmkrebstherapie hat es in den vergangenen Jahren also erhebliche Fortschritte gegeben. Allerdings gilt nach wie vor: Je früher der Tumor entdeckt wird, desto besser sind die Heilungsaussichten. Entsprechend wichtig sind die mittlerweile etablierten Vorsorgemöglichkeiten inklusive der Darmspiegelung. Damit können bereits Vorstufen von Darmkrebs erkannt und entfernt werden. Solche Vorsorge-Koloskopien bezahlen die gesetzlichen Krankenversicherungen bei Patienten ab 55 Jahren. Kinder und Geschwister von Darmkrebspatienten können sich schon ab dem 40. Lebensjahr koloskopieren lassen.

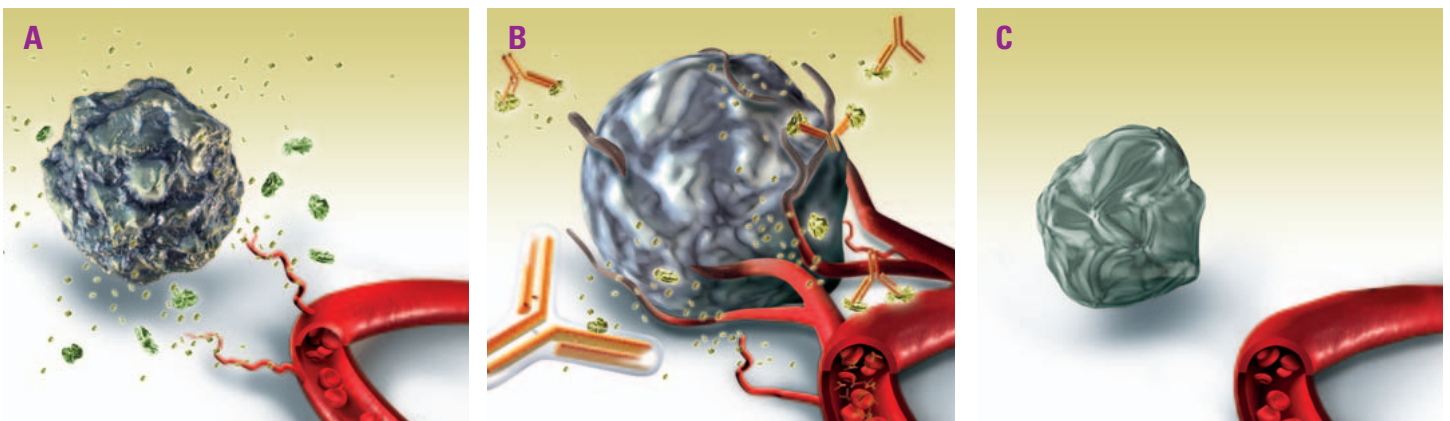


Abbildung 2. Antikörper gegen das Wachstum von Blutgefäßen: Tumoren müssen sich ab einer bestimmten Größe mit Blut versorgen, um weiter wachsen zu können. Sie schütten deshalb Signalstoffe (VEGF) aus, die das Blutgefäßwachstum in ihrer Umgebung stimulieren [A]. VEGF-Antikörper können in Kombination mit einer klassischen Zytostatika-Therapie die Wirkung von VEGF blockieren; das Blutgefäßwachstum verlangsamt sich [B]. Der Tumor wächst langsamer oder gar nicht mehr [C].

Komplementäre Behandlungsverfahren

Stichwort



Aus verständlichen Gründen erkundigt sich die Mehrheit aller Krebspatienten nach Behandlungsmöglichkeiten, die über die sogenannte Schulmedizin hinausgehen. Wenn Sie selbst auf der Suche nach ergänzenden Therapieverfahren sind, sollten Sie diesen Beitrag aufmerksam lesen.

Die Behandlung eines bösartigen Tumors verlangt Patienten Einiges ab: Sie haben die unangenehmen Nebenwirkungen zu ertragen und können doch nicht hundertprozentig sicher sein, dass die Therapie erfolgreich ist. Sie warten auf Labor- oder Röntgenbefunde und fühlen sich im Grunde genommen wie zur Untätigkeit verdamnte Zuschauer bei einem Spiel mit ungewissem Ausgang.

Kein Wunder, dass viele Krebspatienten selbst aktiv werden wollen, um die Aussichten auf den Behandlungserfolg zu verbessern. Nahezu jeder Patient besinnt sich im Krankheitsverlauf auf die Grundsätze gesunder Lebensführung. Die meisten achten nun sehr genau auf ihre Ernährung. Viele versuchen, jeden Tag ganz besonders bewusst zu erleben, nutzen vielleicht Angebote zu mentaler Entspannung oder bewegen sich – wenn möglich – mehr als vor ihrer Erkrankung.

Drei Voraussetzungen beachten

Neben dieser allgemeinen Umstellung des Verhaltens keimt irgendwann in fast jedem Krebspatienten auch der Wunsch nach zusätzlicher oder ergänzender, sprich komplementärer Behandlung. Gegen die Anwendung von komplementären Verfahren oder Methoden ist überhaupt nichts einzuwenden, wenn zumindest drei Voraussetzungen erfüllt sind:

■ **Die Methode richtet nach objektivierbaren Kriterien keinerlei Schaden an.**

■ **Die Methode versteht sich tatsächlich als Ergänzung. Wenn vor der Behandlung verlangt wird, der „Schulmedizin“ sozusagen abzuschwören, hat sich die Methode selbst disqualifiziert.**

■ **Die Methode überfordert Patienten finanziell nicht, konkret: Skepsis ist angebracht, wenn hunderte oder gar tausende von Euro fällig werden.**

Wirksam oder nicht?

Muss die Wirksamkeit einer Methode belegt sein, bevor man sich für ihre Anwendung entscheidet? Ja und Nein. Es kommt darauf an, was man unter Wirksamkeit versteht. Kein seriöser Anbieter eines komplementären Therapieverfahrens wird für sich in Anspruch nehmen, einen Tumor tatsächlich ohne die Mitwirkung der „Schulmedizin“ schrumpfen lassen zu können.

Hingegen sollte jede ergänzende Methode die Lebensqualität des Anwenders spürbar verbessern. Objektiv lässt sich Lebensqualität allerdings nur schwer messen – schließlich ist sie kein eindeutiger Laborwert, sondern von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig. Als wirksam kann man eine ergänzende Therapie erst dann bezeichnen, wenn sie zur subjektiven Verbesserung der Situation eines Patienten führt.

Vorsicht bei Diäten und Geistesheilern – empfehlenswerte Physiotherapie

Im Tumorzentrum des Universitätsklinikums Freiburg hat man die wenigen verfügbaren zuverlässigen Daten zu komplementären Therapieverfahren ausgewertet. Der Katalog der

bewerteten Präparate und Verfahren reicht von Massagen, Mistel, Weihrauch und anderen Kräutern über die Ordnungstherapie von Kneipp und die Homöopathie bis hin zu sogenannten imaginativen Verfahren. Ergebnis: Kein einziges Verfahren hat eine direkte tumorverkleinernde Wirkung. Bestimmte Fasten-Diäten und die den Geistesheilern zugeordnete sogenannte „Neue Medizin nach Dr. Hamer“ richten sogar nicht wieder gut zu machenden Schaden an.

Die gute Nachricht aus Freiburg lautet aber: Eine ganze Reihe von Verfahren wirkt sich positiv auf die Lebensqualität der Patienten aus. An vorderster Stelle sind diesbezüglich Methoden zu nennen, die direkt auf den Körper einwirken: Krankengymnastik, Massagen, Atemtherapie sowie alle physiotherapeutischen Verfahren. Diese Verfahren können unterstützend bei der Behandlung wirken und auch bei der Beherrschung von Schmerzen nützlich sein. Voraussetzung ist selbstverständlich die Durchführung durch erfahrene Physiotherapeuten.

TCM und Ayurveda

Kompetenz und Erfahrung sind entscheidende Stichworte: Gleichgültig für welches komplementäre Verfahren sich ein Patient entscheidet: Wichtig ist immer, dass der/die Leistungserbringer/in von seinem/ihrer Fach tatsächlich etwas versteht. Unter dieser Voraussetzung können auch Anwendungen aus der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) und aus dem indischen Ayurveda sinnvoll sein.

Weiterführende Informationen finden Sie im Patientenratgeber „Komplementäre Verfahren“ des Tumorzentrums Freiburg; im Internet kostenlos herunterzuladen unter

<http://www.uniklinik-freiburg.de/cccf/patienten.html> (Bereich „Broschüren“)

Gewichtsverlust Ernährung vermeiden



„Du siehst gut aus – hast Du abgenommen?“ Eine häufig gestellte Frage, die in vielen Fällen gern gehört wird, denn nichts wünscht sich so mancher Übergewichtige Mensch sehnlicher als ein paar Kilo weniger auf den Rippen. Doch im Fall einer Krebserkrankung ist ein Gewichtsverlust keineswegs erwünscht, da der Körper dadurch zusätzlich geschwächt wird. Um aber eine anstrengende Tumorbehandlung durchzustehen, bedarf der kranke Mensch all seiner Kräfte. Sinkt das Körpergewicht dennoch, sollte alles versucht werden, das zu verhindern.

Es gibt unterschiedliche Gründe, warum viele Krebspatienten an Gewicht verlieren. Falsch ist aber in jedem Fall die Vorstellung, der Tumor verbrauche Energie. Häufige Ursache für den Gewichtsverlust ist eine durch die Tumorerkrankung bedingte chronische Entzündung, die bis zu einer Tumorkachexie – das heißt Auszehrung – führen kann. Außerdem essen viele Patienten weniger als zuvor. Das kann an Schmerzen oder Nebenwirkungen der Behandlung liegen, aber auch an der nicht zu unterschätzenden psychischen Belastung. Was also tun?

Wunschkost heißt das Lösungswort

Tumorpatienten brauchen keine spezielle Diät – wichtig ist eine gesunde und schmackhafte Kost. Wunschkost heißt das Lösungswort. Sie essen ganz nach ihren Wünschen und Vorlieben. Sie sollten nur darauf achten, dass der Körper alle nötigen Nährstoffe bekommt, die er für sein Funktionieren und seinen Abwehrkampf gegen den Krebs braucht.

Von dem Gedanken, dass Krebspatienten möglichst häufig genießen sollten, ließ sich Hans Haas, Chef des Münchner Sterne-Restaurants Tantris, leiten, als er die Rezepte für sein Kochbuch „Gesund und köstlich“ speziell für Krebspatienten zusammenstellte.

Confierte Kaninchenkeule mit Paprika-Graupen

Besonders geeignet bei Mangelernährung

Wildbret wird aufgrund seines Wohlgeschmacks hoch geschätzt – die stressarme Lebensweise des Wildes in der freien Natur, die Bewegungsfreiheit und die Nahrung aus Kräutern und Gräsern verleihen diesem Fleisch den unverwechselbaren Geschmack. Darüber hinaus zeichnet sich das Fleisch von Wildtieren im Vergleich zum Fleisch von Gatterwild durch einen niedrigeren Fettgehalt aus.

Zubereitung:

Das Öl mit den Kräutern auf 65°–70°C erwärmen. Die Keulen salzen und pfeffern, in das Olivenöl legen und ca. 25 Minuten garen – danach herausnehmen und kurz ruhen lassen.

Butter in einer Pfanne anbräunen, Thymian und Knoblauch dazugeben und das confierte Kaninchen kurz darin schwenken und auslösen.

Olivenöl in einem Topf leicht erwärmen die Schalotten und den Knoblauch begeben. Kurz andünsten, dann den Räucherspeck und die Graupen dazugeben, mit Salz und Pfeffer würzen. Lorbeer dazugeben, mit dem Gemüsefond aufgießen und bei mittlerer Hitze 20–30 Minuten kochen, bis die Graupen weich sind.

Die Paprika vierteln, entkernen und in Salzwasser 8–10 Minuten kochen, in kaltem Wasser abschrecken und die Haut abziehen. In kleine Würfel schneiden und unter die Graupen rühren, nochmals gut abschmecken, nach Belieben mit etwas Zitronensaft. Die Graupen in einen tiefen Teller geben und das ausgelöste Kaninchen daraufsetzen.

Für 4 Personen:

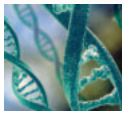
- 4 Kaninchenkeulen
- Salz, Pfeffer
- 1 l Olivenöl
- Zweig Thymian
- Etwas Knoblauch
- 1 TL Butter
- 1 Zweig Thymian
- Etwas Knoblauch

- 200 g Graupen
- 1 EL klein geschnittene Schalotten
- 1 Msp Knoblauch
- Etwas Räucherspeck
- 1 Lorbeerblatt
- 2 EL Olivenöl
- Salz, Pfeffer
- 1,5 l Gemüsefond
- Zitronensaft nach Belieben

Pro Person
696 Kcal, 45,3 g Fett,
38,6 g Kohlenhydrate,
33,6 g Eiweiß,
4,6 g Ballaststoffe,
111 mg Cholesterin

Dieses und viele weitere Rezepte von Hans Haas finden Sie in dem Kochbuch „Gesund und köstlich“, herausgegeben von V. Nüssler, G. Schlimok, Lukon Verlag 2014, 13,90 Euro. Pro verkauftem Exemplar gehen jeweils 1 Euro an die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. und 1 Euro an das Tumorzentrum München.





Kurz berichtet

Neues aus der Forschung

8



Was ist von E-Zigaretten zu halten?

E-Zigaretten dürfen – laut einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 20. November 2014 – weiterhin frei verkauft werden, weil sie kein Arzneimittel sind. Dazu fehle ihnen, so die Richter, eine therapeutische oder auch eine gesundheitsfördernde Wirkung. Was aber unterscheidet E-Zigaretten von herkömmlichen Zigaretten? Wir haben für Sie die wichtigsten Fragen und Antworten zusammengestellt.

Was sind E-Zigaretten genau? – Der Begriff steht für elektronische Zigarette. Es handelt sich um einen zigarettenähnlich aussehenden Zylinder, in dem kein Tabak, sondern Flüssigkeiten mit unterschiedlichen Aromen und Inhaltsstoffen (Liquids) in speziellen Kar-

tuschen enthalten sind. Diese Liquids werden über ein batteriebetriebenes Heizelement erwärmt und schließlich verdampft. Der Raucher inhaliert diesen Dampf.

Woraus bestehen die Liquids? – Es gibt tausende unterschiedlicher Aromastoffe, die – mit oder ohne Nikotin – in einer Basismischung gelöst sind. Diese Basismischung besteht aus Propylenglykol und/oder Glycerin. Die Palette der Aromastoffe reicht von Vanilleextrakt, Menthol, Apfelsäure oder Tiramisu-Geschmack bis hin zu Aromen, wie sie für konventionelle Tabakwaren typisch sind.

Kann man sich mit E-Zigaretten das Rauchen abgewöhnen? – Die dazu bislang verfügbaren Studienergebnisse lassen keine abschließende Beurteilung zu. Toxikologen wie Thomas Hartung von der renommierten Johns Hopkins University in Baltimore (USA) geben aber zu bedenken, dass tabakabhängige Raucher ihr Risiko in erheblichem Maß senken können, weil in den Liquids 4 000 Substanzen weniger enthalten sind als in handelsüblichem Tabak. Wer mit dem Rauchen aufhören will und dazu vorübergehend noch Nikotin inhalieren muss, dem empfiehlt das Bundesinstitut für Risikobewertung allerdings die Nutzung von arzneimittelrechtlich zugelassenen Nikotin-inhalatoren, die in Apotheken erhältlich sind. Diese Produkte werden hinsichtlich Qualitätsstandard und Gesund-

heitsgefährdung sehr viel sorgfältiger überwacht als E-Zigaretten.

Können E-Zigaretten auch Einstiegsdroge sein? – Auch zu dieser Frage ist die Datenlage bislang unbefriedigend. Allerdings befürchten Experten, dass gerade Jugendliche besonders gern zur E-Zigarette greifen könnten, und zwar aus zwei Gründen: Hersteller preisen die E-Zigarette als wenig gesundheitsschädlich an; darüber hinaus finden viele Jugendliche süßfruchtig schmeckende Dämpfe wie sie für die E-Zigaretten verfügbar sind, besonders attraktiv.

Wie weit sind E-Zigaretten verbreitet? – Im Jahr 2013 machten E-Zigaretten-Hersteller erstmals mehr als eine Milliarde Dollar Umsatz – das ist laut einem Bericht der Süddeutschen Zeitung zwar weniger als ein Prozent des gesamten Tabakwaren-Umsatzes, allerdings sind die Wachstumsraten offenbar dramatisch. In Deutschland wird für 2014 ein Umsatz von mehr als 200 Millionen Euro erwartet, Tendenz steigend.

Anzeige



Gesundheitsinformationen des LUKON-Verlags in München sind auch auf Facebook verfügbar:

facebook.com/lukon.verlagsgesellschaft

Anzeige



Das **Menschenmögliche** tun.

