



Nur für unsere Patienten, nicht zur Weitergabe bestimmt.

**Schwerpunktpraxis für Frauenkrebsleiden  
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

**Dr. med. Thomas Resch**, SP: Gynäkologische Onkologie  
**Dr. med. Bernhard Resch**, ZB: Naturheilverfahren  
**Melanie Baumgartner**

Gertrud-Piter-Platz 6 · 14770 Brandenburg  
Tel.: 03381 / 300 905 · Fax: 03381 / 410 191  
E-Mail: resch@rftonline.net  
www.frauenaerzte-im-netz.de/resch

**Zweigpraxis in Burg, Sachsen-Anhalt**

Bruchstr. 8 (Schusterinsel), 39288 Burg  
Tel. 03921 / 605 95 95 · Fax 03921 / 256 96 63

**Dr. med. Thomas Resch**  
Mittwoch – Chemotherapie und  
Pränataldiagnostik

**Monique Giensch**  
Montag, Dienstag, Freitag

**Melanie Baumgartner**  
Donnerstag



## 2 Therapie

*Übelkeit und Erbrechen –  
Die meisten Nebenwirkungen  
einer Tumorthherapie lassen  
sich gut behandeln*

## 3 Nachgefragt

*Kommunikation zwischen  
Arzt und Patient*

## 4 Überblick

*Immuntherapie – Funktion  
und Bedeutung der Immun-  
therapie in der individuellen  
Krebsbehandlung*

## 6 Therapie

*Leitlinien zur Behandlung  
von Blut-/Tumorerkrankun-  
gen gibt es auch in einer für  
Patienten verständlichen  
Sprache*

## 7 Ernährung

*Gesunde Ernährung leicht  
gemacht – Ein Rezept von  
Hans Haas*

## 8 Kurz berichtet

*Warnung vor ketogener Diät  
für Tumorkrankpatienten  
Alkoholeinfluss auf Krebs-  
risiko nicht unterschätzen*

# Liebe Patientin,

zu einer erfolgreichen medizinischen Betreuung speziell von Krebspatienten ist mehr erforderlich als „nur“ die Behandlung nach dem aktuellen Stand des Wissens, auf die Sie in unserer Praxis selbstverständlich bauen können. Genauso wichtig wie die fachliche Expertise ist aber die vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärzten und Patienten. Was heißt das konkret? Wir erleben, dass Patientinnen sehr unterschiedliche Bedürfnisse haben: Einige wollen sehr genau über den Verlauf der Behandlung aufgeklärt werden, wollen wissen, wann welche Entscheidungen zu treffen sind; andere signalisieren, dass sie über Details eher weniger informiert werden wollen, stattdessen aber konkrete Hinweise wünschen, etwa dazu, was sie selbst tun können, um ihre Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung zu erhöhen.

Und dann kommt es vor, dass diese beiden beispielhaft angeführten Grundmuster sich im Verlauf der Erkrankung ändern. Wer anfangs schüchtern und zurückhaltend war, will nach einiger Zeit mehr Details über die Behandlung erfahren, wer einen eher faktenorientierten Zugang zu seiner Erkrankung gesucht hat, wird ruhiger und nachdenklicher. Was wir damit sagen wollen: Es gibt keinen „Königsweg“ im Umgang mit der eigenen Krankheit. Lassen Sie uns wissen, was Sie sich von uns wünschen. Wir werden versuchen, Ihnen gerecht zu werden.

### Ihr Praxisteam

**Dr. Thomas Resch, Dr. Bernhard Resch,  
Melanie Baumgartner und Monique Giensch**



### Impressum

© 16 | 7 | 2015, LUKON GmbH  
ISSN 1436-0942  
Lukon Verlagsgesellschaft mbH  
Postfach 600516, 81205 München

Chefredaktion:  
Dr. med. Thomas Resch  
(verantwortlich)

Redaktion: Tina Schreck,  
Ludger Wahlers  
Anzeigen: Manfred Just,  
Anschrift wie Verlag

Grafik-Design, Illustration:  
Charlotte Schmitz, Haan

Druck: Schätzl Druck & Medien  
GmbH & Co.KG, Donauwörth

# Was tun gegen Übelkeit und Erbrechen?



Von allen möglichen Nebenwirkungen einer Krebstherapie sind Übelkeit und Erbrechen die am meisten gefürchteten. Ob und in welchem Maße sie auftreten, ist von der Art der Behandlung und vom einzelnen Patienten abhängig. Wichtig: Gegen schwere Übelkeit können wir immer etwas tun. Sprechen Sie mit uns über Ihre Beschwerden.

## Das können Sie selbst tun

- **Aufregung vermeiden, ruhige Ablenkung suchen (ruhige Musik, Entspannungsübungen)**
- **Zitronen-, Pfefferminz- oder andere „frische“ Bonbons lutschen**
- **Pfefferminz-Melisse-Tee trinken, der krampflösend und entspannend wirkt**
- **Auf leichte Kost achten; nur das essen, worauf Sie wirklich Lust haben**
- **Und falls Sie doch erbrochen haben: Sorgen Sie für eine besonders sorgfältige Mundpflege**

Von allen in der Krebstherapie eingesetzten Medikamenten ist bekannt, ob und wie stark sie Übelkeit und Erbrechen verursachen. Diese Einteilung nach „emetogener Potenz“ ist wichtig; sie bestimmt, ob ein Patient schon vorbeugend ein Medikament gegen Übelkeit und Erbrechen erhält (Tabelle). Wer mit hoch oder moderat emetogenen Arzneimitteln behandelt wird, erhält routinemäßig vorbeugend ein Medikament gegen Übelkeit und Erbrechen.

### Große individuelle Unterschiede

Auch eine Strahlentherapie kann das Brechzentrum im Gehirn reizen. Eine Bestrahlung der Gliedmaßen wird meist gut vertragen, schwieriger wird es, wenn Schleimhäute oder Teile des Verdauungstrakts betroffen sind. Ausschlaggebend sind auch die Größe des bestrahlten Feldes und die verwendete Strahlendosis.

Allgemeingültige Aussagen zum Nebenwirkungsrisiko von Krebstherapien sind schwierig, weil große individuelle Unterschiede bestehen, selbst bei Patienten, die am gleichen Krebs erkrankt sind. Geschlecht und Alter spielen offenbar eine große Rolle, ebenso der Allgemeinzustand und die Erwartungshaltung eines Patienten. Junge Frauen scheinen häufiger betroffen zu sein, ebenso wie Patienten, die auf die Beschwerden regelrecht warten oder schon im Vorfeld der Behandlung große Angst davor haben.

### Akute, verzögerte und antizipatorische Beschwerden

Übelkeit und Erbrechen werden je nach zeitlichem Auftreten in drei Kategorien eingeteilt. Von akuten Beschwerden sprechen Ärzte immer dann, wenn das Erbrechen kurze Zeit (bis zu 24 Stunden) nach einer Chemotherapie einsetzt. Verzögerte Beschwerden verursachen einen Brechreiz mehr als 24 Stunden bis fünf Tage nach Ende der Chemotherapie – meist dann, wenn der Patient denkt, bereits alles hinter sich zu haben.

Besonders tückisch sind die sogenannten antizipatorischen Beschwerden, die erst nach einigen Chemotherapie-Zyklen auftreten. Der Patient reagiert auf bestimmte optische oder Geruchsreize, die er im Rahmen einer Chemotherapie kennengelernt hat, mit Übelkeit und Erbrechen. Unter Umständen reicht schon der Anblick eines weißen Arztkittels oder der typische Krankenhausgeruch, um die Beschwerden auszulösen. Nicht eine vorangegangene Chemotherapie ist Ursache für die Beschwerden, der Patient „erahnt“ sie vielmehr aufgrund bekannter Begleitumstände – fachsprachlich ausgedrückt: antizipiert – und reagiert entsprechend.

Krebstherapien werden hinsichtlich ihres Risikos, ohne Begleitmedikation Übelkeit und Erbrechen hervorzurufen, in vier Kategorien eingeteilt:

<b>hoch</b>	bei mehr als 90 von 100 Patienten
<b>moderat</b>	bei 30 bis 90 von 100 Patienten
<b>niedrig</b>	bei 10 bis 30 von 100 Patienten
<b>minimal</b>	bei weniger als 10 von 100 Patienten

### Aufklärendes Gespräch vor der nebenwirkungsträchtigen Therapie

Um Patienten vor den zu erwartenden Nebenwirkungen einer Therapie optimal schützen zu können, ist ein aufklärendes Gespräch im Vorfeld wichtig. Dabei stellen wir fest, ob Sie parallel zur eigentlichen Therapie eine medikamentöse Vorbeugung benötigen. Gegebenenfalls verordnen wir Ihnen auch eine sogenannte Rescue-Medikation, die Sie nach Bedarf selbst einnehmen können. Es stehen zahlreiche hochwirksame Medikamente – sogenannte Anti-Emetika – zur Bekämpfung von Übelkeit und Erbrechen zur Verfügung.

Sie können auch selbst eine Menge tun, um die Beschwerden in Grenzen zu halten (siehe Kasten). Besonders wenn bei Ihnen eine ängstliche Erwartungshaltung besteht, können Entspannungstechniken oder eine Verhaltenstherapie sinnvoll sein. <<



Nachgefragt

# Kommunikation

## zwischen Arzt und Patient

Jedes Jahr erkranken etwa eine halbe Million Menschen in Deutschland an Krebs oder einer bösartigen Bluterkrankung. Der jeweilige Krankheitsverlauf ist so unterschiedlich wie die einzelnen Patienten. Ob sie erfolgreich behandelt werden können, hängt nicht allein vom medizinischen Fortschritt ab. Genauso entscheidend ist die Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Wie das gelingen kann, haben wir Ihnen in Fragen und Antworten zusammengestellt.

**In meiner „Karriere“ als Patient habe ich viele verschiedene Ärzte kennengelernt. Mit manchen bin ich besonders gut klar gekommen, bei anderen hatte ich das Gefühl, ich müsste die Behandlung über mich ergehen lassen. Woran liegt das?**

Auch Ärzte sind nur Menschen, das heißt auch in der Beziehung zwischen Arzt und Patient spielt die „Chemie“ eine wichtige Rolle. Entscheidend sind aber auch die gegenseitigen Erwartungen aneinander. Es gibt Patienten, die wollen keine ausführlichen Erklärungen. Sie gehen zum Doktor und erwarten, dass der ihnen sagt, was zu tun ist – und genau das tun sie dann. Andere erwarten detaillierte Erläuterungen zu allen Therapie-Möglichkeiten, bevor sie sich für eine Behandlung entscheiden. Wieder andere verfügen bereits über umfangreiche Informationen und wünschen sich jemanden, der diese für sie ordnet und bewertet. Es ist also wichtig, dass man als Patient sagt, was man von seinem Arzt erwartet.

**Und welche Erwartungen haben Ärzte an ihre Patienten?**

Das hat sich im Lauf der letzten zwanzig, dreißig Jahre stark verändert. Noch in den 1970er Jahren war es üblich, Patienten eine ärztliche Entscheidung einfach nur mitzuteilen. Angehörigen wurde meist mehr erzählt, Patienten sollten „geschont“ und nicht unbedingt vollständig informiert werden. In unserer Praxis richten wir uns nach den Wünschen unserer Patienten. Wir können sehr sparsam mit Informationen umgehen, wir können aber auch das praktizieren, was gemeinhin als „geteilte Verantwortung“ bezeichnet wird.

**Das heißt Arzt und Patient entscheiden gemeinsam?**

Prinzipiell ja. Als Arzt hat man allerdings die Verpflichtung, dem Patienten die entscheidenden Informationen verständlich zu vermitteln. Mit anderen Worten: Der Patient muss wirklich verstanden haben, wofür oder wogegen er sich konkret entscheidet.

**Kann man wirklich immer alles besprechen oder gibt es auch Situationen, in denen Sie als Arzt allein entscheiden?**

Solche Situationen gibt es natürlich. Wenn zum Beispiel Gefahr für Leib und Leben besteht, muss unverzüglich gehandelt werden. Bei Herzinfarkt, Ohnmacht, aber auch bei akutem Darmverschluss bin ich als Arzt zur sofortigen Hilfeleistung verpflichtet.

**Seit meiner Erkrankung habe ich mit vielen unterschiedlichen Fachärzten zu tun gehabt. Wer hat eigentlich den Gesamtüberblick über meine Behandlung?**

Genau diesen Überblick zu behalten ist der Anspruch unserer Praxis. Bei uns können Sie nicht nur eine ambulante Chemotherapie machen, wir sammeln auch alle für Sie individuell wichtigen Informationen zu Ihrem

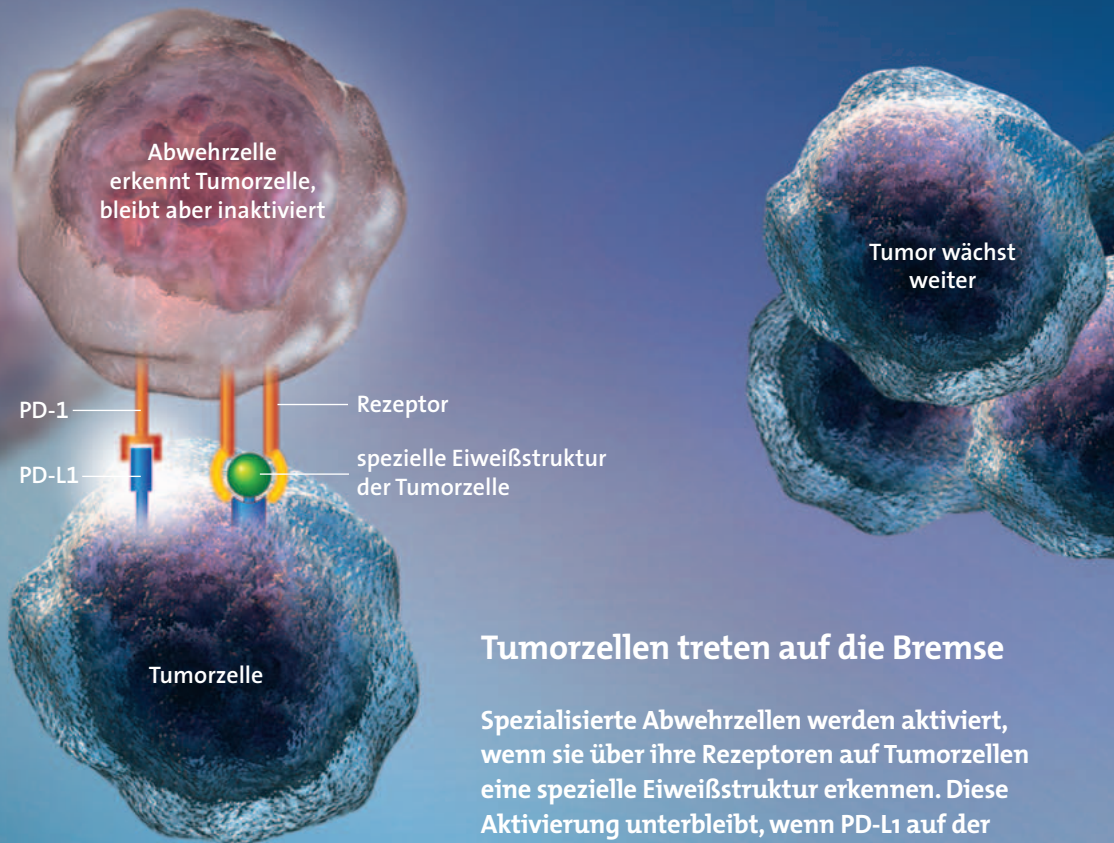
Krankheitsverlauf. Wir begreifen uns sozusagen als Lotse durch den Behandlungschunzel. Ob wir diese Funktion allerdings optimal erfüllen können, hängt nicht zuletzt davon ab, dass Sie uns all das mitteilen, was für Ihre Betreuung wichtig ist. Wenn Sie also andere Spezialisten, etwa Heilpraktiker oder naturheilkundlich tätige Ärzte aufsuchen, wenn Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente einnehmen, dann sollten Sie uns darüber informieren. Nicht, weil wir Sie kontrollieren oder maßregeln wollen, sondern weil es eine Stelle geben muss, an der alle Ihre Gesundheitsinformationen archiviert sind. Informieren Sie uns gegebenenfalls über eine Patientenverfügung, die Sie verfasst haben. Denn wir wollen Sie genau so betreuen, wie Sie es sich wünschen. <<

### Wir nehmen uns Zeit für Ihre Fragen

Das Informationsbedürfnis unserer Patienten ist so unterschiedlich wie die Menschen selbst, unabhängig von Grad und Verlauf der Erkrankung. Trotzdem ist Zeit – für Patienten wie für Ärzte – immer ein wichtiges Thema; besonders viel nehmen wir uns beim Erstgespräch. Denn schließlich geht es darum, sich kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen.

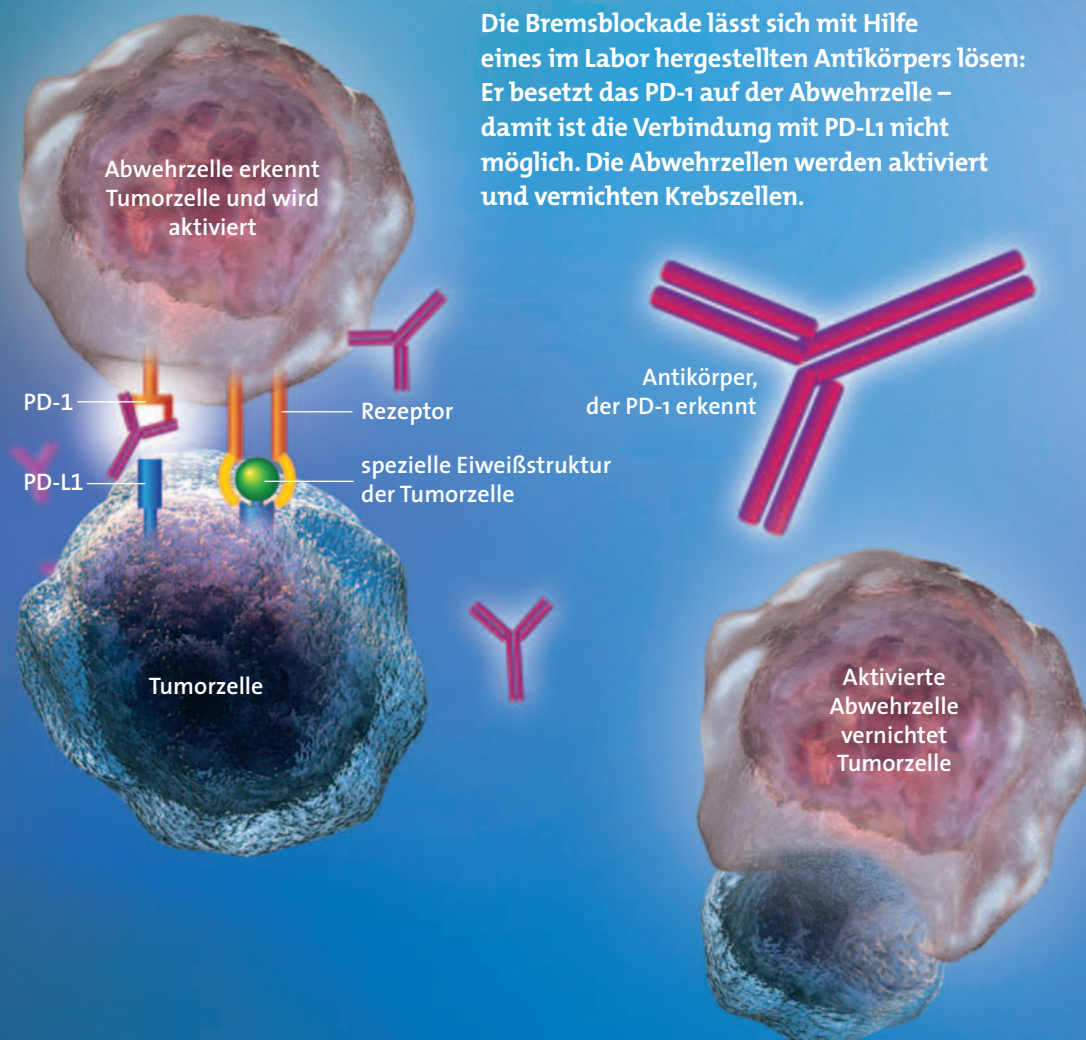
Aber auch im Verlauf der Behandlung können Fragen auftauchen, die nicht nur nebenbei besprochen werden können. Wenn Sie also etwas besonders Wichtiges oder Kompliziertes besprechen möchten, dann geben Sie uns bitte schon einen Hinweis bei der Terminvereinbarung. Gerne können Sie zu einem solchen Gespräch auch eine Person Ihres Vertrauens mitbringen.

# Immuntherapie



## Tumorzellen treten auf die Bremse

Spezialisierte Abwehrzellen werden aktiviert, wenn sie über ihre Rezeptoren auf Tumorzellen eine spezielle Eiweißstruktur erkennen. Diese Aktivierung unterbleibt, wenn PD-L1 auf der Tumorzelle sich mit PD-1 auf der Abwehr verbindet. Die Immunabwehr ist damit ausgebremst.



Die Bremsblockade lässt sich mit Hilfe eines im Labor hergestellten Antikörpers lösen: Er besetzt das PD-1 auf der Abwehrzelle – damit ist die Verbindung mit PD-L1 nicht möglich. Die Abwehrzellen werden aktiviert und vernichten Krebszellen.

Was macht eine erfolgreiche Tumorthherapie aus? – Ihre möglichst gezielte Wirkung. Der Tumor soll möglichst komplett entfernt und die Schädigung gesunden Gewebes so weit wie möglich in Grenzen gehalten werden. Nicht umsonst ist die gezielte molekulare Therapie in der personalisierten – also auf die Gegebenheiten des einzelnen Patienten zugeschnittenen – Krebsbehandlung schon seit einigen Jahren das Maß aller Dinge. Doch nun kommen Verfahren hinzu, die unter dem Etikett Immuntherapie zusammengefasst werden. Was steckt dahinter?

Der Einsatz von Werkzeugen des Immunsystems in der Krebstherapie ist nicht wirklich etwas Neues. Seit mehreren Jahrzehnten sind Wissenschaftler in der Lage, sogenannte monoklonale Antikörper im Labor herzustellen. Diese Y-förmigen Gebilde zeichnen sich dadurch aus, dass sie mit ihren kurzen Ärmchen ein exakt definiertes Eiweißmolekül „erkennen“. Seit mehr als zehn Jahren wird beispielsweise der monoklonale Antikörper Rituximab als Medikament zur Behandlung von Non-Hodgkin-Lymphomen (NHL) des B-Zell-Typs eingesetzt. Er erkennt ein bestimmtes Eiweiß, das auf geschädigten Blutzellen besonders häufig vorkommt und gibt die Zellen mit dieser Markierung für die Vernichtung durch das Immunsystem frei. Auch das in der Bekämpfung einer bestimmten Brustkrebsart eingesetzte Trastuzumab ist ein im Labor hergestellter monoklonaler Antikörper. Er sorgt dafür, dass Wachstumssignale für Tumorzellen abgeschaltet werden.

## Aktivierung des Immunsystems gegen den Tumor

Die Immuntherapie neuen Zuschnitts geht noch einen Schritt weiter: Sie benutzt nicht nur einzelne Werkzeuge, sondern sorgt dafür, dass das Immunsystem des Patienten insgesamt gegen den bösartigen Tumor aktiv wird. Damit hat ein alter Traum von Krebsforschern sozusagen Gestalt angenommen.

Dass das Immunsystem in der Lage ist, entartete, also zu Krebszellen gewordene Körperzellen selbst erfolgreich zu bekämpfen, ist unter anderem beim schwarzen Hautkrebs entdeckt worden. Es geschieht zwar selten, aber durchaus regelmäßig, dass ein malignes Melanom sich eine kurze Zeit lang spontan zurückbildet. Ausgelöst wird diese Rückbildung durch spezielle Abwehrzellen, die sich im Tumor anreichern, und von Krebs befallene Hautzellen abtöten. Trotzdem fängt der Tumor nach kurzer Zeit wieder an zu wachsen. Offensichtlich sind Tumorzellen in der Lage, die Abwehrzellen gewissermaßen abzuschalten oder sich so zu tarnen, dass das Immunsystem die bösartigen Zellen nicht mehr erkennt.

In den vergangenen Jahren wurde erforscht, wie diese Tarnung funktioniert und wie man ihr therapeutisch entgegenwirken kann. Tumorzellen greifen demnach aktiv in die komplexe Regulation der Immunantwort ein: Sie veranlassen beispielsweise regulatorische Immunzellen dafür zu sorgen, dass die Abwehrzellen sich vom Tumor fernhalten. Mit anderen Worten: Die Abwehrzellen sind alarmiert, gelangen aber nicht ins Blut und damit auch nicht zum Tumor, den sie theoretisch wirksam bekämpfen könnten.

### Tumorzellen treten auf die Bremse

Eine andere Tarnstrategie von Tumorzellen ist mittlerweile so gut aufgeklärt, dass sie in der Zwischenzeit zur Zulassung von Medikamenten geführt hat. Die Rede ist von sogenannten Checkpoint-Inhibitoren. Checkpoints oder Kontrollstellen sind Eiweißmoleküle (Rezeptoren) auf der Membran von vielen Immunzellen, mit denen sich die Aktivität der Immunzelle sehr fein steuern lässt. Findet ein Checkpoint einen passenden Bindungspartner (Ligand) auf einer anderen Zelle, so entsteht ein Signal: An manchen Checkpoints wird auf diese Weise die Aktivität der Immunzelle hochgeschraubt, an anderen Checkpoints führt die Bindung des passenden

Liganden gewissermaßen zur Stilllegung der Immunzelle.

Abwehrzellen, die auf die Tötung infizierter oder entarteter Körperzellen spezialisiert sind, tragen auf ihrer äußeren Membran unter anderem den Checkpoint-Rezeptor PD-1 (*Programmed Death 1*). Wenn an diesen Rezeptor der passende Ligand PD-L1 oder PD-L2 bindet, wird die aktivierte Abwehrzelle auf der Stelle stillgelegt und geht in den „Abgeschaltet-Modus“ zurück. Viele gesunde Körperzellen tragen an ihrer Oberfläche PD-L1 und/oder PD-L2 und können sich so offenbar vor einem Angriff des eigenen Immunsystems schützen. Auf vielen Tumorzellen aber – vor allem solchen des malignen Melanoms oder einer bestimmten Lungenkrebs-Art – kommen diese Liganden in sehr großer Zahl vor. Die Tumorzellen sind also in der Lage, die Aktivität der Abwehrzellen zu stoppen, sie treten sozusagen auf die Immunbremse.

Neue Medikamente können dieses Blockadesignal der Tumorzellen wirkungsvoll verhindern. Es handelt sich wieder um monoklonale Antikörper, die gegen PD-1 gerichtet sind. Sie blockieren PD-1 auf den Abwehrzellen. Die Folge: PD-L1 der Tumorzellen können nicht mehr binden, die „Immunbremse“ wird gelöst, der Tumor ist enttarnt, und das Immunsystem bekämpft die Tumorzelle aktiv (siehe Abbildung). Diese Enttarnung des Tumors ist offensichtlich bei der Bekämpfung des malignen Melanoms und möglicherweise einer Reihe von soliden Tumoren sehr erfolgreich. Damit scheint das Arsenal der immuntherapeutischen Strategien allerdings noch nicht erschöpft. Forscher arbeiten an einer möglichen Impfung gegen Krebs oder auch an der gezielten Aufrüstung des körpereigenen Immunsystems (Kasten).

### Die Immuntherapie wird Teil der personalisierten Krebstherapie

Bei aller Euphorie, die derzeit zum Thema Immuntherapie allenthalben zu spüren ist, dürfen auch die Risiken dieser neuen Behandlung nicht verschwiegen werden. Bei einer zu starken Aktivierung kann es geschehen, dass sich das Immunsystem auch gegen den eigenen Körper richtet. Patienten müssen deshalb während der Therapie sorgfältig überwacht werden, denn das Ausmaß der Wirkung unterscheidet sich von Patient zu Patient. Es kommt auch vor, dass PD1-Hemmstoffe bei

Patienten gar nicht wirken. Die Gründe dafür sind noch nicht wirklich klar. Zukünftig wird es deshalb nicht einfach nur um die Entwicklung weiterer Checkpoint-Hemmstoffe gehen. Wichtig ist in jedem Fall die Individualisierung des Behandlungskonzepts. Der Therapieerfolg für den Einzelnen muss besser vorhersagbar sein, ebenso wie das Risiko, das ein neues Medikament für den individuellen Patienten mit sich bringt. Die Immuntherapie wird also der zielgerichteten und personalisierten Krebstherapie nicht den Rang ablaufen, sondern ein Teil dieser Strategie werden. <<

## Immuntherapeutische Strategien

**Enttarnung:** Mit Checkpoint-Hemmstoffen lässt sich bereits heute die Blockade der Immunaktivität lösen, über die Tumorzellen sich vor dem Zugriff des Immunsystems schützen. Erste Medikamente dieser Klasse sind bereits zugelassen.

**Impfung:** Unser Immunsystem kann zuverlässig „fremd“ von „selbst“ unterscheiden. Tumorzellen sind aber nicht eindeutig „fremd“, sondern entartete/geschädigte Zellen des eigenen Körpers. Eine direkte Impfung gegen Tumoren ist deshalb nicht möglich. Impfen kann man nur gegen Viren und daher auch gegen Gebärmutterhalskrebs, weil dieser Krebs durch eine Virus-Infektion hervorgerufen wird.

**Aufrüstung:** Patienten können Abwehrzellen entnommen und in einem sehr aufwendigen Verfahren mit im Labor hergestellten Rezeptoren ausgestattet werden. Die derart veränderten Abwehrzellen werden den Patienten dann wieder re-infundiert. Die „aufgerüsteten“ Abwehrzellen erkennen über ihre neuen Rezeptoren Eiweißstrukturen, die auf bestimmten Tumoren besonders häufig vorkommen. Bindet eine so aufgerüstete Abwehrzelle an ihre Zielstruktur auf der Tumorzelle, ist sie in der Lage, die Tumorzelle zu zerstören. Erfolgreich eingesetzt wurde diese experimentelle Strategie bislang bei der Bekämpfung bestimmter akuter lymphatischer Leukämien.

# Verständliche Behandlungsleitlinien

**D**er Fortschritt in der Medizin ist atemberaubend. Etwa alle fünf Jahre verdoppelt sich das Wissen, weltweit erscheinen Jahr für Jahr tausende wichtige Publikationen in internationalen Fachzeitschriften, mindestens ebenso groß ist die Zahl der auf medizinischen Kongressen gehaltenen Fachvorträge. Wie sollen Ärzte im praktischen Alltag da den Überblick behalten? Und wie kann man sich als Patient orientieren?

Möglicherweise haben Sie den Begriff evidenzbasierte Medizin schon einmal gehört. Nur Verfahren, deren unzweideutiger Nutzen sich in großen Studien erwiesen hat, sollen in Diagnose und Therapie Anwendung finden. Mittlerweile existieren in Deutschland für alle wichtigen großen Erkrankungen sogenannte Leitlinien, in denen die Standards von Diagnostik und Behandlung festgelegt sind.

In Deutschland zeichnen mehr als 150 medizinische Fachgesellschaften für die Erstellung dieser Leitlinien verantwortlich. Die zentrale

Koordination der Leitlinienerstellung übernimmt die AMWF, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Allein in Onkologie und Hämatologie existieren Leitlinien für 14 unterschiedliche Erkrankungen. In diesen können Ärzte nachlesen, wie eine konkrete Krebserkrankung nach neuestem Stand des Wissens behandelt wird. Die Leitlinien geben allerdings nur einen Rahmen vor. Was am Ende konkret getan wird, entscheiden Arzt und Patient gemeinsam.

Leitlinien sind also eine wichtige Orientierung für Ärzte, damit sie angesichts des rasanten medizinischen Fortschritts den Überblick nicht verlieren. Seit einigen Jahren werden Leitlinien auch in eine für Patienten verständliche Sprache „übersetzt“. Diese Patientenleitlinien geben wichtige Hintergrundinformationen zu den Ursachen der Erkrankung sowie den aktuellen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Patientenleitlinien enthalten immer auch Links und Adressen zu weiterführenden Hilfsangeboten.

**Patientenleitlinien:** <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Patientenleitlinien>

■ **Brustkrebs (2009)** Die Ersterkrankung und DCIS. Eine Leitlinie für Patientinnen.

■ **Brustkrebs II (2001)** Die fortgeschrittene Erkrankung, Rezidiv und Metastasierung.

■ **Früherkennung von Brustkrebs (2010)** Eine Entscheidungshilfe für Frauen.

■ **Darmkrebs im frühen Stadium (2014)** Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten.

■ **Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium (2014):** Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten.

■ **Früherkennung von Darmkrebs (2015)** Gesundheitsleitlinie. Wird derzeit bearbeitet.

■ **Eierstockkrebs (2014)** Ein Ratgeber für Patientinnen.

■ **Gebärmutterhalskrebs (2015)** Eine Leitlinie für Patientinnen. Wird derzeit bearbeitet.

■ **Hodgkin Lymphom (2013)** Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten.

■ **Krebserkrankung der Bauchspeicheldrüse (2014)** Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten.

■ **Leberkrebs (2014)** Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten.

■ **Magenkrebs (2013)** Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten.

■ **Melanom (2014)** Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten.

■ **Mundhöhlenkrebs (2014)** Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten.

■ **Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (2015)** Wird derzeit bearbeitet.

■ **Prostatakrebs I (2014)** Lokal begrenztes Prostatakarzinom. Wird derzeit bearbeitet.

■ **Prostatakrebs II (2014)** Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom. Wird derzeit bearbeitet.

■ **Früherkennung von Prostatakrebs (2012)** Eine Information für Männer.

■ **Psychoonkologie (2015)** Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige. Wird derzeit bearbeitet.

Patientenleitlinien sind unter <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Patientenleitlinien> herunterladbar.

# Kochen und Genießen



*Das Essen ist einer der vier Zwecke des Daseins.  
Welches die anderen drei sind, darauf bin ich noch  
nicht gekommen.*

Charles-Louis de Montesquieu

**M**üssen wir tatsächlich noch erklären, wie wichtig ausgewogene Ernährung für Gesundheit und Wohlbefinden ist? Nicht wirklich, denn Sie wissen sicherlich, dass wir mit saisonal typischen und möglichst aus der Region stammenden Lebensmitteln, einer schonenden Zubereitung und genussvollem Verzehr nicht nur unser Sättigungsbedürfnis befriedigen, sondern darüber hinaus einen enormen Zugewinn an Lebensqualität erzielen. Probieren Sie es aus, zum Beispiel mit einem Rezept des Sterne-Kochs Hans Haas.

## Mariniertes Gemüse



### Zubereitung:

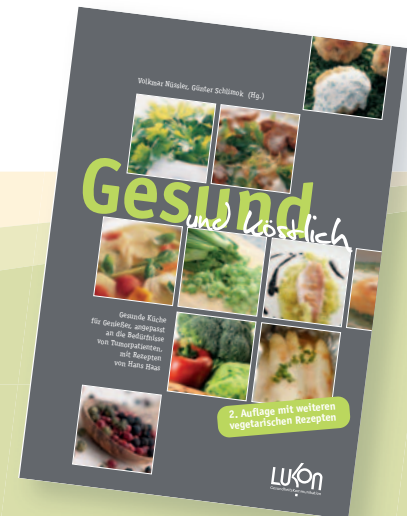
Schalotten, Ingwer, Knoblauch und Zitronengras im Öl andünsten, Koriander- und Pfefferkörner zufügen, mit Geflügelfond auffüllen und 30 Minuten leise köcheln. Abkühlen lassen und mit allen Ölsorten, Zitronensaft, Champagner-Essig, Salz, Pfeffer und Zucker zur Marinade verrühren und pikant abschmecken.

Karotten längs halbieren oder vierteln, Knollensellerie und Fenchel in etwa 1 cm dicke Scheiben schneiden und in Öl leicht andünsten, mit Wasser bedecken, salzen und pfeffern; leise köcheln lassen, bis das Gemüse weich ist. Den Saft vorsichtig abgießen und in die Marinade geben.

Die Paprikaschoten vierteln, von Stengelansätzen und Kernen befreien und auf ein Blech (Hautseite nach oben) legen. Im auf 250°C vorgeheizten Backofen bei Oberhitze weich werden lassen; dabei wird die Haut schwarz und lässt sich ganz leicht abziehen.

Staudensellerie in karottenlange Stücke teilen und in Salzwasser blanchieren. In Eiswasser abschrecken und abtropfen lassen.

Das gekochte Gemüse abtropfen lassen und mit dem übrigen Gemüse und den Tomatenvierteln in der Marinade mindestens 4–5 Stunden bei Zimmertemperatur durchziehen lassen.



Dieses und andere Rezepte von Hans Haas, angepasst an die Bedürfnisse von Krebspatienten, finden Sie in dem Kochbuch „Gesund und köstlich“, Hrsg. V. Nüssler, G. Schlimok, Lukon Verlag, München, 2013, 13,90 €

### Mariniertes Gemüse für 4 Personen

#### Zutaten

#### Marinade:

- 4 Schalotten, in Scheiben
- 4 Scheiben Ingwerwurzel (je 2 mm dick)
- 3 Knoblauchzehen, in Scheiben
- 1 Stengel Zitronengras, in Scheiben
- 2 EL Olivenöl
- 10 Korianderkörner
- 10 weiße Pfefferkörner
- ¾ l Geflügelfond
- je 2 EL Erdnussöl, Walnussöl und Sesamöl
- 5 EL Maiskeimöl
- 1 EL Zitronensaft (nach Belieben auch mehr)
- 1 EL Champagner-Essig (nach Belieben auch mehr)
- Salz, weißer Pfeffer aus der Mühle
- brauner Zucker

#### Gemüse:

- 3 Karotten
- ½ Knollensellerie (mittelgroß)
- 1 Fenchelknolle
- 1 EL Öl
- Salz, weißer Pfeffer aus der Mühle
- je ½ gelbe und rote Paprikaschote
- 3 Stangen Staudensellerie
- 1 Tomate, gehäutet, geviertelt, entkernt



# Kurz berichtet

## Häufigkeit des Schwarzen Hautkrebses nimmt weiter zu

Eine kürzlich veröffentlichte Studie aus Dänemark bestätigt die stetig steigende Zahl von Menschen, die am malignen Melanom erkranken. Besonders stark sind die Zuwächse bei 21- bis 30-Jährigen und bei über 60-Jährigen.

Bei der Analyse der Erkrankungsdaten stützten sich die Forscher auf Daten der nationalen Datenbank der dänischen Melanom-Gruppe. Dort waren in den Jahren 1985 bis 2012 fast 3300 Fälle sogenannter In-situ-Melanome, die noch auf ihren Ursprungsort beschränkt sind, und fast 21 000 Fälle invasiver, also bereits leicht oder stark ausgebreiteter Melanome registriert worden. Für Männer bedeutete dies eine Zunahme der Häufigkeit pro Jahr um 4,5 Prozent, bei Frauen um jährlich 4,3 Prozent. Bei älteren Patienten, jenseits der 60 Jahre, fielen die Zuwächse stärker aus, ebenso bei jungen Menschen zwischen 21 und 30 Jahren. Häufiger kamen dünne Melanome (weniger als 0,75 mm) und oberflächlich sich ausbreitende Melanome vor. Hingegen nahm die Häufigkeit von dicken Melanomen bei Frauen (mehr als 2,00 mm) und geschwürig veränderten Melanomen bei beiden Geschlechtern ab. Während die Sterblichkeit der Erkrankung bei Männern zunahm, blieb sie bei Frauen stabil. <<

# Warnung vor ketogener Diät für Tumorpatienten

In letzter Zeit werben interessierte Kreise bei Tumorpatienten verstärkt für die sogenannte ketogene Diät, die besonders arm an Kohlenhydraten ist. Der Stoffwechsel von Tumorzellen sei in erster Linie von Kohlenhydraten abhängig, so die Begründung. Anhänger der Diät versprechen drei unterschiedliche Effekte: Der Tumor soll quasi ausgehungert werden, die Wirksamkeit von Chemo- und/oder Strahlentherapie soll sich verstärken und ihre Verträglichkeit gleichzeitig verbessert werden. Die Arbeitsgemeinschaft „Prävention und Integrative Onkologie“ in der Deutschen Krebsgesellschaft (PRiO) stellt dazu fest, dass sich nichts davon belegen lässt. Messbar sei dagegen die Einschränkung der Lebensqualität. Wer die Diät länger befolgt, muss außerdem damit rechnen, untergewichtig zu werden. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Tumorpatienten mit einer Gewichtsabnahme oft eine schlechtere Prognose haben. Eine Diät, die zu einer Gewichtsabnahme führt ist daher für Tumorpatienten bedenklich.

Fazit: Es gibt keine Diät gegen den Krebs. Die ausführliche Stellungnahme der PRiO lesen Sie unter [www.praxisjournal.de](http://www.praxisjournal.de). <<

# Alkoholeinfluss auf Krebsrisiko nicht unterschätzen

Einer der bedeutendsten Risikofaktoren für Krebserkrankungen ist Tabak. Ein anderer, oftmals unterschätzter Faktor ist Alkohol: Wie Wissenschaftler kürzlich in der Fachzeitschrift *Cancer Causes and Control* berichteten, sind etwa 3 Prozent aller Krebsfälle in Deutschland auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen. Bei der Analyse stellte sich heraus, dass der Alkoholkonsum im Jahr 2010 für circa 13 000 Krebserkrankungen verantwortlich war.



Am stärksten war der Zusammenhang bei Speiseröhrenkrebs – hier hatte Alkohol einen Anteil von rund 48 Prozent bei Männern und 36 Prozent bei Frauen. Den geringsten Einfluss hatte Alkohol mit 10 Prozent bei Männern auf Darmkrebs und knapp 7 Prozent bei Frauen auf Brustkrebs. Dabei reichten schon moderate Mengen Alkohol, um das Krebsrisiko zu erhöhen. Als einigermaßen unbedenklich gilt für Männer der Genuss von täglich einem halben Liter Bier oder einem viertel Liter Wein, für Frauen gelten die halben Mengen. Der Gesundheit förderlich ist es, wenn man nicht jeden Tag Bier trinkt. <<

Anzeige



Das **Menschenmögliche** tun.

**ribosepharm**