

Der Karzinoidbote

Ausgabe Dezember 2008

BAD BERKA

Hoffen und Bangen

Bangen und Hoffen, aus diesen zwei Komponenten scheint das Leben der an Krebs Erkrankten zu bestehen. Jeder Krebspatient kennt die guten und die schlechten Nachrichten und weiß welchen Einfluss diese auf die weiteren Lebensaussichten nehmen können. Dabei sind die guten und schlechten Nachrichten, Hoffnung und Angst meistens miteinander verbunden, denn auf eine gute Nachricht folgt immer die Frage wie lange diese anhalten wird und auf eine schlechte die Hoffnung auf eine wirksame Therapie. Zwischen diesen zwei Extremen pendelt das Leben der an Krebs Erkrankten, denen eine sorglose Existenz oft unmöglich erscheinen mag.

In dieser Ausgabe des Karzinoidboten wollten wir Ihnen einen Beitrag zum Thema Krankheitsbewältigung schreiben. Bei der Konzeption und vor allem beim Umgang mit den vielen chronisch an Krebs erkrankten Menschen, die wir behandeln, fiel mir jedoch auf, wie bewusst die meisten Patienten nicht nur mit ihrer Erkrankung sondern auch mit ihren Erwartungen an das Leben und ihre Lebensplanung umgehen. In der Auseinandersetzung mit der Erkrankung bleibt es keinem Krebskranken erspart, sich mit der Vergänglichkeit der Existenz und damit den elementaren Lebensinhalten auseinanderzusetzen. Die Diagnose einer Krebserkrankung – und manchmal tritt dies nicht nur einmal sondern mehrfach auf – führt bei den allermeisten Betroffenen zu einer Neubewertung des bisherigen Lebens und der Erwartungen an die Zukunft. Davon wird kein Lebensbereich ausgenommen und oft werden die Ziele neu gesteckt. Stützende Partnerschaften werden als Bereicherung wahrgenommen, erfüllende Berufstätigkeit erscheint in einem neuen Licht und Freundschaften werden neu bewertet und gepflegt. Viele Tätigkeiten des normalen Lebens werden auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft und danach wird die weitere Lebensplanung ausgerichtet. Von einer Aufstellung von Lebensweisheiten zur Krankheitsbewältigung habe ich daher Abstand genommen, da diese Ihnen schal vorkommen würden und vieles enthält, was sie bereits praktizieren.

Dagegen wollen wir die Krankheitsbewältigung und das Leben mit einem neuroendokrinen Tumor zum Thema eines Patiententages 2009 machen und würden uns freuen, wenn Sie uns hier mit Anregungen und ihren Wünschen nach wichtigen Themen helfen würden. Ein Thema wird hierbei der Umgang der Erkrank-

ten mit ihrer Erkrankung sein, wir wollen aber auch Hilfe für die Angehörigen anbieten. In Ergänzung zu den bereits etablierten Patiententagen mit frontalen Vorträgen wollen wir dieses Mal Ihnen die Möglichkeit bieten, in kleinen Seminargruppen spezielle Themen zu vertiefen. Ort und Zeit werden wir Ihnen in der nächsten Ausgabe des Karzinoidboten mitteilen.

Einen Austausch unter Patienten mit einem neuroendokrinen Tumor kann Entlastung bedeuten, und die Betroffenen fühlen sich mit Ihren Sorgen und Nöten nicht alleine und alleingelassen. Zwei Vereinigungen von Selbsthilfegruppen existieren in Deutschland, die **Bundesorganisation Selbsthilfe NET e.V.** und das **Netzwerk Neuroendokrine Tumoren (NeT) e.V.** Am Ende dieses Beitrags sind die Kontaktadressen der Selbsthilfegruppen angegeben. Diese zwei Selbsthilfegruppen haben einen verschiedenen Ursprung und damit eine etwas andere Konzeption. Sinnvoll wäre es, wenn sich beide Vereinigungen zusammenschließen würden, damit sich eine einzige und starke Patientenorganisation um die Belange der Patienten mit neuroendokrinen Tumoren kümmern kann. Eine Vereinigung war in diesem Jahr vorgesehen, wurde aber bisher nicht vollzogen. Ich hoffe, dass dies im nächsten Jahr geschieht.

Wir behandeln in Bad Berka Patienten mit seltenen Tumoren aus allen Teilen Deutschlands. Durch die Seltenheit der Erkrankung ist das Wissen um die beste Behandlung beschränkt und oft sind die Patienten auf die Erfahrungswerte der behandelnden Ärzte angewiesen. Die Wahl der verschiedenen Therapien richtet sich oft nach den verfügbaren Methoden und weniger nach der wirkungsvollsten Therapie. Erfreulicherweise können wir Ihnen von der Radiorezeptortherapie über die selektive interne Radiotherapie bis zu aktuellen Studienmedikationen alle zur Zeit verfügbaren Therapiekonzepte in Bad Berka anbieten. Trotzdem bleibt das Wissen auch bei uns beschränkt und wir haben uns daher entschlossen, die von uns angebotenen Therapien im Rahmen einer Beobachtungsstudie auf Herz und Nieren zu überprüfen. Beobachtungsstudie bedeutet, dass die Wahl der Therapie weiterhin unbeeinflusst durch Sie im Gespräch mit dem behandelnden Arzt festgelegt wird. Im Rahmen der Beobachtung werden die Komplikationen, die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, die Lebensqualität, das Körpergewicht

und der Karnofsky Index (der anzeigt inwieweit die Tätigkeiten des normalen Alltags bewältigt werden können) erhoben. Mit dieser Untersuchung, der wir den Namen BESTE-THERAPIE-NET gegeben haben, wollen wir zu Ihrem Nutzen das Wissen um die wirksamste Behandlung der neuroendokrinen Tumoren erweitern. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns dabei durch Ihre Bereitschaft an dieser Studie teilzunehmen, unterstützen würden.

Diese Ausgabe des Karzinoidboten enthält Informationen zur Schmerzentstehung und zur suffizienten Schmerzbehandlung, zur Ernährung bei Krebserkrankungen und zur Palliativtherapie – Themen die für Tumorkranken in bestimmten Lebensphasen wichtig werden können. Vorerst hoffe ich, dass diese Informationen zwar nützlich sind aber nicht benötigt werden und wünsche Ihnen im Namen des Zentrums für Neuroendokrine Tumoren Bad Berka ein frohes Weihnachtsfest und ein hoffnungsvolles neues Jahr,

Ihr

Dieter Hörsch und das Team des Zentrum für Neuroendokrine Tumore Bad Berka.

Die Adressen der Selbsthilfeorganisationen

Bundesorganisation Selbsthilfe NET e.V.

Dieffenbachstr. 1 / Haus 3b
10967 Berlin
Telefon: (0 30) 41 99 48 04
Fax: (0 30) 41 99 48 06
E-Mail: info@net-shg.de
Internet: <http://www.net-shg.de>

Netzwerk Neuroendokrine Tumoren (NeT) e.V.

Waldstraße 34
91054 Erlangen
Tel.: 09131/815046
Fax.: 09131/815047
Email: netzwerk@glandula-online.de
Internet: <http://www.glandula-net-online.de>

Schmerztherapie bei Tumorerkrankungen

Mit der Diagnose „Tumorerkrankung“ werfen sich plötzlich und unvorhergesehen eine ganze Menge Fragen auf, über die man sich naturgemäß vorher wenig Gedanken gemacht hat. Was bedeutet die Erkrankung für meinen Alltag und meine Zukunft? Werde ich ab jetzt meine Zeit in Krankenhäusern und in Praxen verbringen? Werde ich weiterarbeiten können? Muss ich unter Schmerzen leiden? Werde ich viele Medikamente brauchen, auch starke Schmerzmittel? Diese oder ähnliche Fragen drängen sich auf. Eindeutige und einfache Antworten wird es nicht geben und die Antworten werden von der jeweiligen Situation und vom einzelnen Menschen abhängen. Der folgende Artikel will

will zum Thema Schmerz Stellung nehmen und hier mögliche Wege aufzeigen.

Werde ich im Rahmen meiner Tumorerkrankung Schmerzen bekommen?

Nimmt man alle Tumorkranken zusammen, so lässt sich feststellen, dass ungefähr die Hälfte aller Patienten im Laufe der Erkrankung Schmerzen haben werden. 20 - 50 % aller Patienten haben diese Schmerzen schon zu Beginn des Leidens und viele wurden durch Schmerzen auf die Erkrankung aufmerksam gemacht. Es ist also wahrscheinlich, dass man sich angesichts einer solchen Erkrankung mit dem Thema Schmerz befassen muss. Schmerzen haben aber nicht immer etwas mit Tumorerkrankungen zu tun, d. h. nicht jeder Schmerz, der im Rahmen einer Tumorerkrankung auftritt, hat mit der Erkrankung ursächlich zu tun. Jeder Mensch weiß, was Schmerz ist und ist auf die eine oder andere Weise damit in Berührung gekommen. Kopf- und Rückenschmerzen sind uns allen ein Begriff und diese Beschwerden verschwinden natürlich beim Auftreten eines Tumors nicht plötzlich. Sie müssen aber bei einer umfassenden Schmerzbehandlung mit berücksichtigt werden.

In einer wissenschaftlichen Untersuchung zur Häufigkeit von Tumorschmerzen fand einer der Gründer der deutschen Palliativmedizin am Malteserkrankenhaus in Bonn, Prof. E. Klaschik, heraus, dass neben Schwäche und Verstopfung, Schmerzen zu den am häufigsten beklagten Symptomen gehörten, die Patienten bei der Aufnahme auf eine Palliativstation genannt hatten. Untersucht hatte er einen Zeitraum von 1990 - 2006. In einer neueren Untersuchung durch die Epidemiologin Dr. Lindena vom CLARA-Institut in Berlin stand das Symptom Schmerz nicht mehr an erster Stelle der Problembereiche. Dies kann durchaus als Anzeichen gedeutet werden, dass sich die Versorgung von Tumorschmerzpatienten in den letzten Jahren verbessert hat. Schmerz ist bei Tumorerkrankung durchaus ein regelmäßig vorhandenes Problem.

Das klingt zwar zunächst beunruhigend aber es gibt in diesem Zusammenhang auch eine gute Botschaft.

Tumorschmerzen lassen sich nämlich in der Regel gut behandeln.

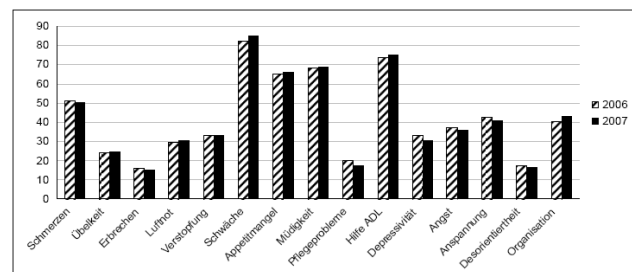


Abbildung 1 Problembereiche bei der Aufnahme auf eine Palliativstation (Lindena 2007)

Was kann bei einer Tumorerkrankung Schmerzen verursachen?

Die wichtigste und häufigste Schmerzursache ist das Einwachsen eines Tumors in Organe, die schmerzemp-

findlich sind (z. B. Knochen) oder die Einengung empfindlicher Organe, wie z. B. Nerven. Auch eine starke Vergrößerung von mit Tumor befallenen Organen kann schmerzhaft werden. Nicht nur der Tumor selbst kann Schmerzen verursachen, auch Therapiemaßnahmen, wie z. B. Operationen, Chemotherapien und Bestrahlungen können Schmerzen verursachen. Dabei ist es oft schwierig diese Ursachen scharf voneinander zu trennen. Schmerzen können auch indirekt mit dem Tumor zusammenhängen. So kann z. B. eine Gürtelrose (Viruserkrankung durch Herpes Zoster) während einer Tumorerkrankung auftreten und dann auch Schmerzen verursachen.

Wichtige Fragen zum Schmerz selbst

Bevor man sich Gedanken zur Schmerztherapie machen kann, sollte man das Schmerzproblem eingrenzen und beschreiben. Wo genau sitzen die Schmerzen? Seit wann sind sie aufgetreten und wie stark sind sie? Durch was lassen sie sich bisher beeinflussen? Was verstärkt? Was lindert? Dies sind Fragen, die vom betreuenden Arzt gestellt werden, bevor eine Therapie beginnen kann. Eine schwierige Frage ist die nach der Schmerzstärke.

Kann man Schmerz messen?

Man kann in der modernen Medizin viel messen. Hunderte verschiedener Blutwerte, die Knochendichte, die genaue Größe von Organen und Tumoren, Blutdruck und Herzrhythmus, um nur einige Beispiele zu nennen. Beim Schmerz allerdings wird es schwierig. Man kann zwar heutzutage Nervenmessungen machen, die aussagen wie schnell ein Nerv Signale, auch Schmerzsignale, weiterleiten kann. Wie stark diese aber empfunden werden, kann man nicht messen. Woran liegt das? Schmerz ist eine hochemotionale Sache, die naturgemäß einer stark individuell unterschiedlichen Bewertung unterliegt. Man weiß z. B. von Sportlern, dass sie oft im Laufe von Wettkämpfen, d. h. Situationen mit hoher Motivation und starken Glücksgefühlen, Verletzungen kaum wahrnehmen. Auf der anderen Seite sind Trauer und Wut Zustände, in denen wir Schmerzen deutlich stärker wahrnehmen. Es gibt viele Faktoren, die Schmerzen lindern aber auch verstärken können. Untersuchungen haben gezeigt, dass ein exakt gleicher Schmerzreiz (z. B. ein Nadelstich) mit Vorankündigung bei einem Versuchsteilnehmer deutlich höhere Schmerzen erzeugt als ein plötzlicher und *unvorhergesehener* Schmerz. Dabei wird die Schmerzstärke dann noch von verschiedenen Menschen verschieden hoch eingeschätzt.

Schmerz ist also etwas höchst Subjektives. Man kann Schmerz schwer zwischen verschiedenen Menschen vergleichen und niemand kann den Schmerz eines anderen Menschen zuverlässig einschätzen. Auch für einen Arzt ist es schwierig das Leiden eines Patienten mit Schmerzen einzuschätzen.

Um diesem Problem zu begegnen, ist man schon in den Anfängen der Schmerztherapie dazu übergegangen den Schmerz auf einer Schmerzskala einzuteilen. D. h. der *Betroffene selbst* muss die Schmerzstärke, z. B. auf einer Skala von 0 – 10 einordnen (siehe Abbildung 2)

und kann so nachvollziehen, ob die Beschwerden gleich bleiben, stärker oder schwächer werden. Dabei bedeutet die Zahl 0: ich habe keine Schmerzen und 10: ich habe den stärksten mir vorstellbaren Schmerz. Mit Hilfe einer solchen Einteilung kann das Schmerzniveau (z. B. mittelstark, sehr stark) dann auch einfacher kommuniziert werden.

Das Ziel dieser Messung ist nicht ein Vergleich mit anderen Patienten („der hat stärkere/schwächere Schmerzen wie ich“) sondern dient allein der Einschätzung des Leidens eines individuellen Patienten und hilft dem Arzt bei der Anpassung einer Schmerztherapie.

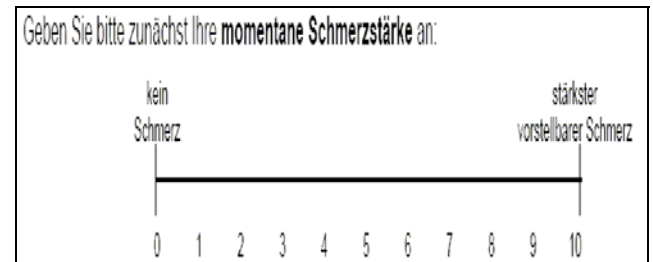


Abbildung 2: Schmerzstärkeskala von 0 - 10

Diagnose vor Therapie

Dieser Grundsatz der Medizin gilt selbstverständlich auch für die Schmerztherapie. Bevor man eine Therapie planen kann, sollten Schmerzursachen so gut wie möglich eingegrenzt und die Ziele einer Schmerztherapie definiert werden.

Die Schmerzursachen wurden oben bereits erwähnt. Hat man eindeutige Hinweise auf die Ursachen, lässt sich eine Therapie besser anpassen. So ist es z. B. wichtig zu wissen, ob es sich um Schmerzen handelt, die durch Knochenmetastasen hervorgerufen werden oder um Bauchschmerzen, die eventuell durch Tumoren in Bauchspeicheldrüse oder Leber bedingt sind. Die entsprechenden Schmerztherapien unterscheiden sich dann in einigen Punkten. Eine exakte Zuordnung gelingt aber nicht immer. In diesen Fällen wird dann eine Basis-Schmerztherapie begonnen und je nach Wirkung und Erfolg angepasst.

Die Ziele einer Schmerztherapie liegen zunächst auf der Hand. Man möchte eine Schmerzlinderung erreichen. Dabei ist aber nicht aus den Augen zu verlieren, warum man diese Schmerzlinderung braucht. Es geht eben nicht allein um die Verminderung der Schmerzstärke, sondern um die Wiedererlangung oder Aufrechterhaltung einer guten Lebensqualität. Damit ist in erster Linie der Erhalt der Mobilität und die Fähigkeit die Dinge des täglichen Lebens ausführen zu können gemeint. Ein guter Schlaf und die Teilnahme am sozialen Leben zählen ebenso dazu.

Das Ziel den Schmerz völlig auszuschalten ist eher unrealistisch. Um eine befriedigende Lebensqualität zu erreichen, ist eine Schmerzreduktion auf ein erträgliches Niveau meist schon ausreichend.

Welche schmerztherapeutischen Möglichkeiten gibt es für Tumorkranken?

An erster Stelle stehen Therapieverfahren, die eine Ursache der Schmerzen beheben können. Ist z. B. die Tumorgroße ein Problem, d. h. ein Tumor drückt auf andere Organe oder eine Lebermetastase, führt zu Spannungen in der Leber und damit zu entsprechenden Bauchschmerzen, dann können Verfahren richtig sein, die den Tumor entfernen oder zumindest reduzieren können. Gemeint sind Operationen, Strahlentherapien oder Chemotherapien. Als alleinige Therapien sind diese Verfahren aber manchmal nicht ausreichend. Eine Schmerzlinderung durch eine Strahlentherapie stellt sich z. B. oft erst verzögert ein. Es sind dann ergänzende Maßnahmen notwendig. *Die ursächliche Therapie* und die *symptomatische Therapie* schließen sich nicht aus, sondern werden häufig kombiniert angewandt.

In Abhängigkeit von der Schmerzstärke werden frühzeitig Schmerzmedikamente empfohlen und gerade bei Tumorschmerzpatienten sehr erfolgreich eingesetzt.

Bis zu 90% aller Tumorschmerzpatienten können medikamentös zufriedenstellend behandelt werden. Dies ist schon seit längerer Zeit bekannt und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit ihrem Stufenschema zur Tumorschmerztherapie wesentlich zur Verbreitung dieser Erkenntnis beigetragen.

Tumorschmerzen sind oft Dauerschmerzen. Alleine aus diesem Grunde machen bedarfsweise bzw. unregelmäßig eingenommene Schmerzmedikamente keinen Sinn. Eine gute medikamentöse Einstellung beinhaltet daher Präparate mit langer Wirkdauer, die regelmäßig, oft nach Uhrzeit, eingenommen werden. Für eventuell auftretende Schmerzspitzen sollten schnellwirksame Medikamente zur Hand sein. Die Häufigkeit der Schmerzmitteleinnahme richtet sich nach der jeweiligen Wirkdauer des Präparates. Es gibt inzwischen Zubereitungen, die einen Tag und länger wirken und damit eine häufige Einnahme überflüssig machen. Voraussetzung für Langzeitmedikamente ist aber eine stabile Schmerzsituation bzw. eine gute und ausführliche Einstellung des gesamten Regimes.

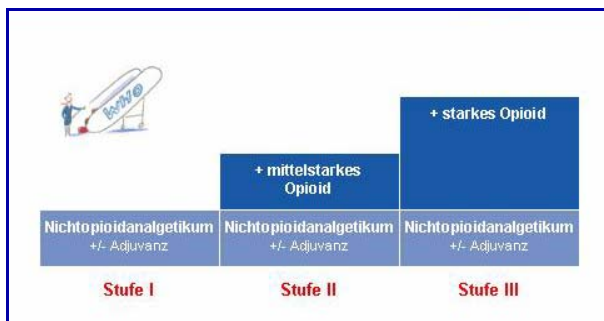


Abbildung 3: WHO-Stufenschema Schmerzmedikation

Sind Schmerzmedikamente schädlich?

Alle Medikamente, auch Schmerzmittel greifen in den Organismus ein, müssen aufgenommen und wieder abgebaut werden. Dies stellt selbstverständlich eine Belastung des Körpers, insbesondere von Niere und Leber, dar. Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass starke und stärkste Schmerzen auf lange Sicht dem

Körper ebenso, wenn nicht noch mehr schaden können. Es geht also um eine Risiko-Nutzen-Abwägung und die spricht gerade in der Tumorschmerztherapie eindeutig für eine begleitende gute medikamentöse Schmerzeinstellung. Natürlich gibt es Unterschiede, gerade bei den Schmerzmitteln, sowohl in der Wirkung auf die verschiedenen Organe, als auch in Anzahl und Ausprägung von Nebenwirkungen. Zu den bestverträglichsten und am wenigsten toxischen Substanzen zählen Morphine bzw. die synthetischen Morphine oder sogenannten Opioide. Richtig eingesetzt, können sie eine sehr gute Schmerzlinderung und anhaltenden Verbesserung bei gleichzeitig gut beherrschbarem Nebenwirkungsprofil erzielen.

Zur Behandlung von Nebenwirkungen, wie z. B. die Verstopfung oder die zu Beginn gelegentlich auftretenden Übelkeit sind heute gute Mittel verfügbar. Wichtig ist eine gute Kommunikation zwischen Patient und dem behandelndem Arzt, damit auch hier eine schnelle Einstellung erfolgen kann.

Was ist besser, Spritzen oder Tabletten?

Ein Hauptziel der Schmerztherapie ist die Unabhängigkeit des Patienten zu bewahren. Tabletten, Tropfen oder Schmerzpflaster können nach einer Einstellungsphase selbständig angewandt werden und benötigen den Therapeuten lediglich zur gelegentlichen Kontrolle und Anpassung des Therapieregimes. Es gibt heute exzellente orale Medikamente die ebenso gut wirken wie Spritzen. Injektionen wirken nicht unbedingt besser als eine Tablette. Auf Infusionen oder Spritzen weicht man nur dann aus, wenn es nicht zu beherrschende Probleme beim Schlucken oder im Falle eines Schmerzpflasters mit der Haut gibt. Sollte dies tatsächlich der Fall sein, gibt es inzwischen auch hier Möglichkeiten eine Therapie zuhause durchzuführen (Eigenejektion nach Anleitung, externe Schmerzpumpe).

Welche zusätzlichen oder speziellen Maßnahmen gibt es?

Neben der genannten Schmerztherapie mit Medikamenten gibt es auch spezielle Verfahren, die dann angewandt werden, wenn eine Tumor- oder Schmerzart dazu geeignet ist oder wenn Basis-Maßnahmen nicht ausreichen. Dazu zählen dann spezielle Schmerzmittelinjektionen an zentrale Nerven, elektrische Verfahren wie TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) oder die elektrische Rückenmarksstimulation. Stehen bei Tumoren im Bauchraum starke Bauchschmerzen im Vordergrund, kann manchmal mit speziellen Injektionen in das Sonnengeflecht (Plexus coeliacus), Abhilfe geschaffen werden.

Leidet ein Patient an vielen Knochenmetastasen, bieten sich manchmal auch spezielle strahlentherapeutische Maßnahmen an (z. B. eine Radionuklid-Therapie mit Samarium), die über eine Verkleinerung der Metastasen häufig eine sehr gute Schmerzlinderung erzielen können.

Um bei starken Schmerzen wieder auf die Beine kommen zu können, sich selbst versorgen zu können und mit den Anforderungen des täglichen Lebens zurecht zu kommen, sind neben einer medikamentösen Thera-

pie in vielen Fällen weitere Maßnahmen notwendig. Dazu zählen verschiedene physiotherapeutische Verfahren und Übungen und natürlich das Gespräch mit ärztlichen und psychologischen Therapeuten und Seelsorgern über konkrete Sorgen und Nöte, die die Krankheit betreffen.

Wie gehe ich vor, wenn ich Schmerzen bekomme?

An dieser Stelle sei nochmals betont, dass Schmerzen bei Tumorerkrankungen zwar relativ häufig vorkommen aber in aller Regel sehr gut zu behandeln sind. Man braucht also nicht zu verzweifeln. In einem ersten Schritt sollte der betreuende Hausarzt und der Onkologe angefragt werden. Viele Behandlungen lassen sich von zuhause aus beginnen und eine Schmerztherapie ist durchaus auch ambulant einzustellen. Wichtig ist, dass man frühzeitig Kontakt zu seinen Therapeuten aufnimmt und nicht versucht den Schmerz auszuhalten oder „die Zähne zusammenzubeißen“. Damit tut man sich keinen Gefallen und erschwert unter Umständen die spätere Anpassung einer Schmerztherapie. Wenn Schmerzen ambulant nicht befriedigend einzustellen sind, gibt es die Möglichkeit einer stationären Behandlung in den Abteilungen der Gastroenterologie, Onkologie, Schmerztherapie, Palliativmedizin und Nuklearmedizin. Alle diese Fachbereiche sind in der Zentralklinik Bad Berka vorhanden und helfen in schwierigen Fällen gerne weiter.

Dr. med. Johannes F. Lutz
 Leiter des Zentrums für interdisziplinäre Schmerztherapie
 Zentralklinik Bad Berka GmbH
 99437 Bad Berka

Ernährung bei Krebserkrankungen

Über kaum ein Thema existieren so viele Ratgeber und Empfehlungen wie über Ernährung und spezielle Diätformen. Andererseits gibt es über die meisten Inhaltsstoffe der Nahrung nur wenige Erkenntnisse, die eindeutig sind. Aus diesem Grund ist es wichtig die Forschung in diesem Gebiet voranzutreiben, denn bereits 1981 wurde ein Zusammenhang zwischen der Ernährung und der Krebsentstehung gesehen (Doll und Peto 1981). Wissenschaftler postulierten, dass die Ernährung für bis zu einem Drittel aller bösartigen Tumore verantwortlich sein soll. Was erschreckend klingen mag, bietet andererseits aber auch Chancen. Wenn es vorteilhaftere und weniger gute Ernährungsweisen gibt, dann ergibt sich die Frage, welche Lebensmittelinhaltsstoffe meiner Gesundheit einen Vorteil bieten. Zahlreiche Untersuchungen und Studien befassten sich in den letzten Jahrzehnten mit einzelnen Inhaltsstoffen von Lebensmitteln und deren krebsvorbeugenden bzw. krebsfördernden Wirkung. Das Problem dabei ist, dass ein Lebensmittel aus einer Vielzahl von Komponenten besteht, die unterschiedliche Wirkungen zeigen können,

sich die Untersuchungen aber meist nur mit einzelnen Inhaltsstoffen beschäftigt haben.

Es ist wohl bekannt, dass die verschiedenen Kostformen in unterschiedlichen Ländern einen Einfluss auf die Entstehung von Krebs haben. Auf diese Weise konnten verschiedene Nahrungsbestandteile wie Schimmelpilze oder Pökelsalz als Risikofaktoren für bestimmte Krebsarten identifiziert werden. Demgegenüber erscheinen andere Kostformen wie die Mittelmeerdiät, die sich durch viel Gemüse, Obst und die Verwendung von Olivenöl ebenso wie einen moderaten Eiweißkonsum durch Fisch und Geflügel auszeichnet, einen schützenden Einfluss auf die Entstehung von Krebs zu haben. Hier erscheint jedoch auch die Lebensart untrennbar mit der Kostform verbunden und eine Übertragung auf andere Länder mit anderen Lebensweisen nicht ohne weiteres möglich.

Kann Ernährung vor Krebs schützen?

Gibt es Kostformen, die vor Krebsentstehung schützen? Wie oben ausgeführt, ist es wohl möglich bestimmte Lebensmittel und Nahrungsbestandteile wie zum Beispiel das von Schimmelpilzen gebildete Aflatoxin B₁ oder Nitrosamine, die aus Nitrit und sekundären Aminen im sauren Magenmilieu gebildet werden, als so genannte Karzinogene zu identifizieren und diese als Folge dessen aus der Nahrungszusammenstellung möglichst auszuschließen.

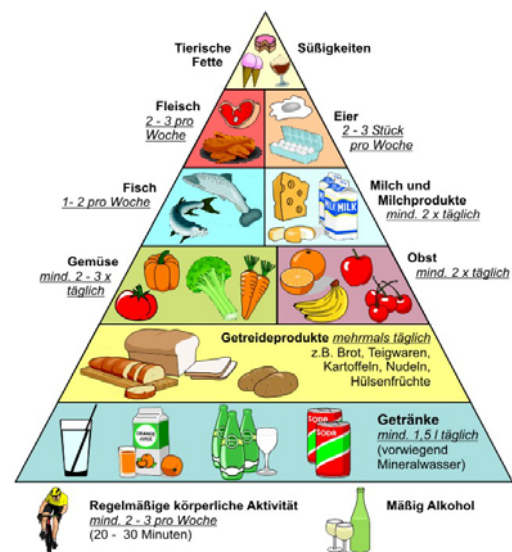
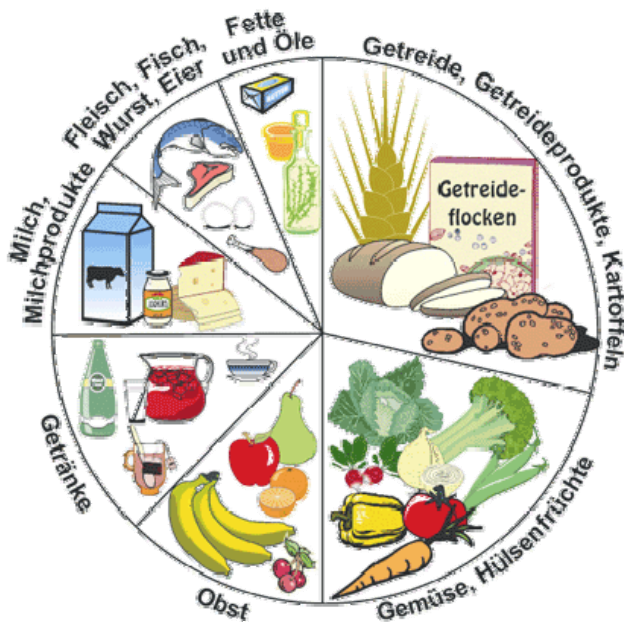


Abbildung: Die Ernährungspyramide enthält die gültigen Verzehrempfehlungen.

Einen wichtigen Beitrag dazu leistete der Einsatz von streng überwachten Kühlketten. In der Regel sind es in der westlichen Welt aber nicht alleinig einzelne Karzinogene, welche für die Tumorentstehung verantwortlich sind, sondern ein ungesunder Lebensstil. Dieser zeichnet sich neben zu geringer körperlicher Bewegung und Übergewicht im Bereich der Ernährung vor allem durch eine zu hohe Aufnahme an tierischem Fett, rotem Fleisch, verarbeiteten Fleischprodukten, Zucker und einer zu niedrigen Aufnahme von Obst und Gemüse sowie Ballaststoffen aus. Nicht zu unterschätzen ist der

Alkohol, der als Genussgift freiwillig konsumiert wird, aber zu den wichtigsten Karzinogenen gehört. Wenn alkoholische Getränke getrunken werden, sollte der Konsum auf nicht mehr als zwei Gläser pro Tag für Männer und ein Glas für Frauen, begrenzt werden. Allgemeine Empfehlungen zu einer ausgewogenen und vollwertigen Mischkost sind in Form der Lebensmittelpyramide dargestellt. Grundlage der Ernährungsempfehlung ist der moderate Konsum von Fleisch, Fett und Zucker bei reichlich Gemüse und Obst. Als Basis dienen kohlenhydrathaltige Lebensmittel wie Brot, Kartoffeln, Reis und Teigwaren. Nach Möglichkeit sollten fünf Mal am Tag Obst und Gemüseportionen konsumiert werden (5-er Regel). Diese Kostformen sind nicht für jeden ohne weiteres umsetzbar, durch eine gezielte Ernährungsberatung kann jedoch durch kleine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten viel bewirkt werden.

Der Ernährungskreis



Die zehn Regeln der DGE

1. Vielseitig essen
2. Getreideprodukte- mehrmals am Tag und reichlich Kartoffeln
3. Gemüse und Obst- nimm 5 mal am Tag
4. Täglich Milch und Milchprodukte, einmal in der Woche Fisch; Fleisch; Wurstwaren und Eier in Maßen
5. Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel
6. Zucker und Salz in Maßen
7. Reichlich Flüssigkeit
8. Schmackhaft und Nährstoff- schonend zubereiten
9. Nehmen sie sich Zeit, genießen Sie ihr Essen
10. Achten Sie auf ihr Gewicht- bleiben Sie in Bewegung

Durch eine ausgewogene und gesunde Mischkost ist die Versorgung mit Mineralstoffen (unentbehrliche, anorganische Nährstoffe, die der Mensch über seine Nahrung aufnehmen muss und die er für vielfältige Funktionen benötigt) und Vitaminen (lebensnotwendige, unentbehrliche Substanzen, die vom Körper nicht oder nur unzureichend gebildet werden können) sichergestellt. Es gibt Hinweise, dass eine vitamin- und mineralstoffreiche Ernährung vor Krebserkrankungen schützen kann, dagegen ist die Zufuhr von Vitaminen in Form von Nahrungsmittelzusätzen nicht nützlich und kann in gewissen Fällen sogar schädlich bzw. krebsfördernd sein. Wird β -Carotin als Nahrungsergänzungsmittel aufgenommen kann dies bei Rauchern beispielsweise sogar zu einem erhöhten Lungenkrebsrisiko führen. Ebenfalls nicht zu empfehlen sind sehr einseitige Kostformen, die aber häufig, wie auch die meisten Diäten, zur Gewichtsregulierung nicht lange durchgehalten werden. Bedacht werden sollte desweiteren, dass auch die gesündeste Diät eine ungesunde Lebensführung nicht in ihrer schädlichen Wirkung aufzuheben vermag. Überspitzt ausgedrückt bedeutet dies, dass der griechische Salat überfordert ist, die schädliche Wirkung von einer gleichzeitig konsumierten Packung Zigaretten und mehreren Schnäpsen zu neutralisieren.

Ernährung als Krebstherapie

Kann man durch spezielle Kostformen Krebs bekämpfen? Nein, nach dem heutigen Stand der Wissenschaft gibt es keine Ernährungsform mit der sich eine Krebserkrankung gezielt heilen lässt! Bei einer Suche im Internet erscheinen viele Heilsversprechen durch oft sehr einseitige und schädliche Diäten, die einer Wirksamkeitsprüfung nicht standhalten. Manche dieser Diäten beinhalten nur moderate Änderungen der Kostform und belasten daher möglicherweise nur den Geldbeutel der Patienten. Von anderen Diäten muss dagegen gewarnt werden, da diese zu Todesfällen geführt haben oder durch Auszehrung die Krebserkrankung beschleunigen. Vor allem die Diät nach Gerson und die Krebskur total nach Breuss können nicht empfohlen werden. Auch die makrobiotische Zendiät und die Burgerdiät sind als problematisch anzusehen. Die auf dem Warburg-Prinzip basierende Aushungerung des Tumors durch eine Verminderung der Kohlenhydratzufuhr ist zwar theoretisch fundiert, muss jedoch noch in kontrollierten Studien untersucht werden. Insgesamt kann gesagt werden, dass vor allen einseitigen oder mit einer propagierten Entgiftung einhergehenden Diäten nicht empfohlen werden können. Vor einer Diät bei einer Krebserkrankung sollte auf jeden Fall der behandelnde Arzt konsultiert werden. Eine Diät kann niemals eine Krebstherapie ersetzen!

Ernährung bei einer Krebstherapie

Müssen Menschen, die an Krebs erkrankt sind, andere Lebensmittel essen als gesunde Menschen? Der neuste Bericht des World Cancer Research Fund (WCRF) empfiehlt, dass sich Krebskranke ähnlich ernähren sollten, wie es allen Gesunden geraten wird, die Krankheiten vorbeugen möchten. Ein guter Ernäh-

rungszustand kann eine Krebstherapie günstig beeinflussen und ist deshalb anzustreben. Jede Therapie beeinflusst jedoch den gesamten Körper und damit die Nahrungsaufnahme. Für Tumorpatienten, die oft bereits einen Gewichtsverlust erlitten haben, stellt die Aufrechterhaltung der Nahrungsaufnahme während der Krebstherapie oft ein Problem dar. Durch individuelle Ernährungskonzepte kann die Nahrungsaufnahme jedoch oftmals aufrechterhalten werden. Wenn die Verdauungsleistung während einer Chemotherapie oder nach einer Operation beeinträchtigt ist, werden nicht alle Speisen vertragen. Hier kann die Zubereitung vieler kleiner Mahlzeiten, die leicht verdaulich und angewärmt sind, helfen. Gegen Übelkeit hilft das regelmäßige Trinken in kleinen Portionen. Bei Appetitlosigkeit hilft das regelmäßige Essen, vor allem in Gesellschaft und das Vermeiden unangenehmer Essensgerüche. Auch Suppen oder ein Aperitif können den Appetit anregen. Cola, Salzstangen oder süße Tees sind ein altes und noch wirksames Hausmittel bei Durchfall und Übelkeit. Kau- und Schluckbeschwerden lassen sich durch Suppen und weiche Speisen wie Kartoffelbrei lindern. Bei anhaltenden Durchfällen sind fein geriebene nicht gekochte Äpfel oder Bananen zu empfehlen, dagegen wirkt anderes Obst verstärkend. Die Mahlzeiten sollten möglichst ballaststoffarm und fettarm sein. Auch hier sind Suppen in verschiedenen Zusammenstellungen sinnvoll. Bei Chemo- oder Strahlenbehandlung verändert sich oft das Geschmackempfinden. Hierbei kann es hilfreich sein, häufiger kleine Mengen zu trinken um den schlechten Geschmack zu beseitigen. Bittere Getränke und Getränke mit Zitronenaroma sowie Bonbons oder Kaugummi regen den Speichelfluss an und helfen gegen einen schlechten Geschmack. Bei Abneigungen gegen Fleisch und Wurst kann dies mit Fisch, Milchzubereitungen und Milchprodukten erstattet werden. Bei Verstopfung sollte die Nahrung Ballaststoffe und Faserstoffe enthalten, die in Vollkornprodukten, Hülsenfrüchten, Gemüse und Obst enthalten sind. Die Menge sollte jedoch langsam gesteigert- und gut gekaut werden, da sonst die Gefahr für Blähungen und Bauchschmerzen besteht. Um die Wirkung der Ballaststoffe zu ermöglichen sollte auf eine reichliche Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Ebenfalls wirksam können Milchzucker, Kleie und Trockenobst sein. Falls durch die Ernährung keine Besserung erzielt werden kann, gibt es eine Reihe von Medikamenten zum schonenden Abführen.

Bei Gewichtsverlust kann versucht werden, die normale Nahrung mit Fetten anzureichern, als Regel gilt hier, dass alles gegessen werden kann was die gesunde Bevölkerung meiden sollte, z.B. Eiskremes, Sahne, Sahnejogurt, fette Suppen, Schokolade etc. Spezielle Trinknahrungen können bei Mangelernährung eine Ergänzung zur normalen Nahrung bilden. Wenn eine Ernährung über den Verdauungstrakt nicht mehr möglich ist, kann auch auf eine parenterale Ernährung mittels Venenkatheter (Tropf) eine Überbrückungs- oder auch dauerhaft notwendig sein. Diese Ernährung kann jedoch auch gut zuhause durchgeführt werden. Die meisten Patienten bevorzugen die nächtliche Gabe um die Bewegungsfreiheit tagsüber nicht zu beeinträchtigen.

Was tun bei spezifischen Ernährungsstörungen?

Viele Patienten mit einem neuroendokrinen Tumor leiden nach der Operation an einer eingeschränkten Verdauungsleistung der Bauchspeicheldrüse (Pankreasinsuffizienz) oder einer nicht ausreichenden Nahrungsaufnahme aus dem Darm (Kurzdarmsyndrom). Bei der Pankreasinsuffizienz liegt eine Unverträglichkeit von Fetten und Eiweißen vor, die durch die Gabe von Pankreasfermenten in Kapselform teilweise aufgehoben werden kann. Die Zufuhr von Fetten kann durch die leicht verdaulichen mittelkettigen Fettsäuren (MCT) erfolgen, die in großen Supermärkten und Reformhäusern erhältlich sind.

Beim Kurzdarm sollte der Darm nach der Operation schrittweise an eine Nahrungsaufnahme gewöhnt werden, bei Verträglichkeit von Flüssigkeit und Suppen kann die Kost auf leicht verdauliche und fettarme Speisen ausgeweitet werden. Als Eiweißlieferanten eignen sich vor allem mageres Fleisch (z.B. Geflügel), magerer Fisch und fettarme Milchprodukte wie Magerquark. Die Zufuhr von Fetten kann wie bei der Pankreasinsuffizienz auf MCT-Fette umgestellt werden.

Wie Sie sehen, gibt es für die meisten Ernährungsprobleme Lösungsansätze. Die meisten Patienten gewöhnen sich schnell daran, nach einer Therapie die Ernährung umzustellen. Unverträglichkeiten werden nach dem Essen schnell bemerkt, und auch hier gilt der Grundsatz nur das zu sich zu nehmen, was auch bekommt. Man wünschte sich manchmal, die normale Bevölkerung würde sich auch an diesen Grundsatz halten, dann hätten viele Schnellrestaurants weniger Umsatz. Viele unserer Patienten haben bereits ihre Ernährung umgestellt und durch Selbstversuche festgestellt, was ihnen gut tut und was nicht. Da die Ernährung für Patienten mit neuroendokrinen Tumoren ein zentraler Punkt der Aufrechterhaltung der Lebensqualität ist, freuen wir uns, dass wir Ihnen ab Januar 2009 eine persönliche Ernährungsberatung bieten können. Frau Dipl. troph. Severina Haugvik wird Ihnen für Ihre individuellen Probleme Beratung bieten und mit Ihnen gemeinsam Lösungsansätze erarbeiten. Vorerst wünschen wir Ihnen aber ein frohes Weihnachtsfest mit leckerem Essen, in diesem Sinne

Ihr Dieter Hörsch und Severina Haugvik
Klinik für Innere Medizin / Gastroenterologie, Endokrinologie und Onkologie
Zentralklinik Bad Berka GmbH

Palliativmedizin - Möglichkeiten und Grenzen

Wenn alles vergeblich erscheint, der Kampf verloren gegeben wird und die Existenz bei einer chronischen Krebserkrankung als eine endlose Kette von Qualen erlebt wird, dann ist die Palliativmedizin gefragt. Palliativmedizin, das ist die Kunst bei krisenhafter Zuspitzung der Erkrankung oder am Ende eines Leidenswe-

ges das Leben wieder angemessen erlebbar und lebenswert zu machen.

Viele Ärzte ziehen sich von der Behandlung schwerstkranker und sterbender Patienten zurück, weil sie der Auffassung sind, dass nun die ärztliche Kunst versagt hat, der Patient „austherapiert“ ist. Dabei benötigen die Patienten gerade in dieser Zeit nichts dringender als ärztlichen Beistand, Betreuung und Hilfe. Mit der furiosen Entwicklung der modernen Medizin und ihren faszinierenden Heilungsmöglichkeiten geriet das ärztliche Aufgabengebiet der Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten aus dem Blick. Erst eine ehrenamtliche Bürgerbewegung, die Hospizbewegung, hat eine Rückbesinnung auf diese Seite des Arztseins ermöglicht und das junge Fachgebiet Palliativmedizin, welches eigentlich ein uraltes ist, hat sich etabliert.

Nach der Definition der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) „ist Palliativmedizin die angemessene medizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und weiter fortschreitenden Erkrankungen, bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist und die eine begrenzte Lebenserwartung haben“.

Es geht also bei der palliativmedizinischen Behandlung um medizinische Versorgung, um Angemessenheit und um Lebensqualität.

Medizinische Versorgung

Nicht selten besteht bei Ärzten und Pflegepersonal aber auch in der Öffentlichkeit Unklarheit darüber, was Palliativmedizin will und was Hospizarbeit ist und nicht selten wird das eine mit dem anderen verwechselt oder beides für das Gleiche gehalten.

Aufgabe der palliativ-medizinischen Komplexbehandlung ist es, mit medizinischen, pflegerischen, psychonkologischen, sozialfürsorglichen und anderen therapeutischen Maßnahmen (Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie...) belastende Symptome zu verbessern oder gar zu beseitigen mit dem Ziel, die Lebensqualität des betroffenen Patienten trotz schwerer Erkrankung mit infauster Prognose und kurzer Lebenserwartung zu verbessern. Dabei gibt es keine Standards oder Leitlinien. Es handelt sich überwiegend um Einzelfallentscheidungen, was den Umfang diagnostischer und interventionell-therapeutischer Maßnahmen anbelangt.

Palliativstationen sind im Gegensatz zu stationären Hospizen ärztlich geleitete Einheiten in Akutkrankenhäusern, auf denen Patienten versorgt werden, die unter einer hohen Symptomlast leiden, wobei die Symptome sowohl körperlicher aber auch psychischer oder sozialer Natur sein können. Es wird Arztpräsenz über 24 Stunden garantiert und nach Verbesserung der Situation bzw. Stabilisierung des Patienten wird dieser entweder in sein häusliches Umfeld entlassen, in ein Pflegeheim oder in ein stationäres Hospiz zur Weiterbetreuung verlegt oder, wenn diese Wege nicht zu beschreiten sind, verstirbt der Patient auf der Palliativstation. Es werden durchschnittlich auf deutschen Palliativstationen zwei Drittel der Patienten von der Palliativstation wieder entlassen oder verlegt und ein Drittel verstirbt auf Palliativstationen.

Die Aufgabe stationärer Hospize, die generell pflegerisch geleitet werden, ist die Betreuung von Patienten bis zum Tod durch qualifiziertes Pflegepersonal. In stationären Hospizen ist es nicht erforderlich, eine Arztpräsenz über 24 Stunden zu garantieren. Die ärztliche Betreuung der Patienten erfolgt in der Regel durch ortsansässige Hausärzte.

Erstrebenswert ist es, Patienten erst dann in ein stationäres Hospiz zu verlegen, wenn eine befriedigende Symptomkontrolle durch entsprechende palliativmedizinische Komplexbehandlung erreicht werden konnte. Entsprechend unterschiedlich sehen die Aufnahmeindikationen für eine Palliativstation und für ein stationäres Hospiz aus.

Palliativstation:

- Aufnahmeindikation für eine stationäre Behandlung muss gegeben sein.
- Vorliegen einer progredienten, nicht mehr heilbaren Erkrankung mit hoher Symptomlast, die außerhalb der qualifizierten Palliativeinheit nicht ausreichend beherrscht werden kann.
- Verschlechterung einer bisher stabilen Krankheitssituation mit neu aufgetretenen belastenden Symptomen zur Abklärung und suffizienten Behandlung.
- Instabilität einer bisher stabilen psychosozialen Betreuungssituation in der Häuslichkeit zur passageren Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Anleitung pflegebereiter Angehöriger.

Gelegentlich besteht auch die klare Indikation einer Aufnahme zum Sterben auf die Palliativstation, insbesondere wenn sich aufgrund extrem belastender Symptome, wie Luftnot, eine palliative Sedierung erforderlich macht.

Auf Palliativstationen werden auch Patienten in präterminaler Krankheitssituation, bei denen eine komplexe Symptomatik vorliegt, die eine entsprechende komplexe therapeutische Intervention erforderlich macht, aufgenommen. Sinnvolle tumorspezifische Therapiemaßnahmen können in solchen Fällen auch auf Palliativstationen durchgeführt werden. Wenn die palliativmedizinische Komplexbehandlung gelingt, was nicht immer der Fall ist, so bietet sie Schwerstkranken, Sterbenden und ihren Familien die Möglichkeit, die Sterbephase als Teil des Lebens wahrnehmen zu können, sie erlebbar zu machen durch suffiziente Symptomkontrolle, Sterbende als Lebende mit Möglichkeiten und Aufgaben zu sehen und eine realistische Alternative zu aktiver Sterbehilfe zu sein.

Frau Dr. med. Christina Müller
Klinik für Palliativmedizin Zentralklinik Bad Berka

Impressum & Kontakt

PD Dr. Dieter Hörsch
Zentrum für Neuroendokrine Tumore Bad Berka
Robert-Koch Allee 9 99437 Bad Berka
Tel. 036548-52600; Fax. 036458-53535
gast@zentralklinik-bad-berka.de

Beiträge, Kommentare und Veranstaltungstermine sind herzlich willkommen.