



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Volker Tschuschke

Psychoonkologie praktizieren – Welche Hilfe wann und bei wem?

Mit einem Geleitwort
von Christian Schubert

Univ.-Prof. Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke
Raiffeisenstraße 23
51503 Rösrath
volker.tschuschke@icloud.com

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © unsplash/Jens Johnsson

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Volker Drüke, Münster

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-43209-1

Auch als E-Book erhältlich

Geleitwort

In den letzten Jahren hat eine onkologische Forschungsarbeit mein besonderes Interesse geweckt: Desmond G. Powes' Studie zum Einfluss von Beta-Blockern auf die Rückfallhäufigkeit und Überlebensrate bei Brustkrebs (1).

Powe und Mitarbeiter untersuchten 466 Patientinnen mit operablem Brustkrebs über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren hinweg. Von diesen Patientinnen waren 92 bereits vor ihrer Krebsdiagnose an Bluthochdruck erkrankt und nahmen mindestens ein Jahr lang antihypertensive Medikamente ein. Es gibt eine Reihe von Typen von Antihypertensiva mit ganz unterschiedlichen Wirkmechanismen. Beta-Blocker bzw. Beta-Adrenozeptor-Antagonisten (z. B. Atenolol, Propranolol) senken beispielsweise den Blutdruck, indem sie die Wirkung des Stress-Neurotransmitters Noradrenalin an den Blutgefäßen blockieren. Andere Blutdrucksenker wiederum (z. B. ACE-Hemmer, Ca^{2+} -Antagonisten, Diuretika) greifen nicht in die Aktivität des Stresssystems ein, sondern entfalten ihre Wirkung an anderen Stellen des Blutkreislaufsystems.

Die Studie von Powe zeigte, dass Brustkrebspatientinnen, die Beta-Blocker einnahmen, im Vergleich zu Patientinnen, die unter Antihypertensiva standen, die nicht mit dem Stresssystem interferierten, oder zu Patientinnen, die überhaupt keine Blutdruckmittel einnahmen, ein um 57 % verringertes Metastasierungsrisiko und eine um 71 % reduzierte Brustkrebsmortalität aufwiesen. Um diese Ergebnisse angemessen interpretieren zu können, sollte man wissen, dass die Aktivierung von beta-adrenergen Signalwegen in Laborversuchen die Tumorprogression und -metastasierung stimuliert, dass Beta-Blocker die krebsaktivierende Wirkung des Sympathikus unterbinden und dass Patientinnen, die Beta-Blocker einnehmen, von geringerer krebsassoziiertes Angst berichten. Somit liegt zusammengenommen auf der Hand: Die Brustkrebspatientinnen der Powe-Studie, die unter Beta-Blockern standen, dürften deshalb länger überlebt haben, weil mit der Dämpfung der Aktivität des Stresssystems die biologische Schnittstelle zwischen Krebsangst und Tumorwachstum unterbunden wurde.

Solch ein Ergebnis, sollte man meinen, müsste den ärztlichen Umgang mit an Brustkrebs erkrankten Patientinnen fundamental in Richtung Psychoonkologie verändern. Denn wenn bereits die Blockade der beta-adrenergen Rezeptoren, die die Wirkung von Stressoren auf das Krebswachstum vermittelt, zu einer verbesserten Krebsprognose führt, wie mächtig ist dann erst die professionelle psychoonkologische Unterstützung der Patientinnen in ihrer existentiellen Angstsituation? In der Arbeit von Powe ist von all dem nichts zu lesen. Vielmehr sieht man dort in der Gabe von Beta-Adrenozeptor-Antagonisten eine neue klinisch effektive Strategie, den Krebs zu behandeln. Wieder nicht Psychoonkologie. Wieder nur ein Medikament. Warum ist das so?

Das in der modernen Biomedizin und damit auch der konventionellen Onkologie vorherrschende Paradigma ist die Sichtweise des Menschen als Maschine (2).

Das damit zusammenhängende Narrativ besagt, dass die Menschmaschine in allen ihren Einzelteilen verstanden werden muss (Reduktionismus), um sie im Falle eines Defekts reparieren zu können. Der Arzt genießt Expertenstatus, wenn es um die Gesundheit und Krankheit des Patienten geht. Dabei hat er sich möglichst nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu richten (Objektivismus). Der Patient (aus dem Lateinischen *patiens* = »leidend«, »aushaltend«, »ertragend«) wiederum gibt die Verantwortung und die Kontrolle über sein Leben in die Hände des Arztes. Die Seele und der Einfluss sozialer Beziehungen gilt als vom körperlichen Geschehen unabhängig/getrennt (Dualismus) und hat keinen oder höchstens einen marginalen Einfluss (Placebo) auf die Wirkung einer Behandlung. Mechanistisch-reduktionistisch ist auch die Forschung in der Maschinenmedizin ausgerichtet. Das randomized-controlled-trial (RCT)-Design mit Doppelblindversuch (Studienleiter und Patient wissen nicht, in welche Versuchsgruppe, z. B. Verum oder Placebo, der Patient kommt) gilt als Goldstandard, um wissenschaftlich fundierte patientenorientierte Entscheidungen zu treffen – meint zumindest Wikipedia (3).

Das eben dargestellte Narrativ des Maschinenparadigmas macht deutlich, dass – biomedizinisch gesehen – die Angst des Patienten vor einem Krebsrezidiv nicht mehr als ein Epiphänomen der körperlichen, genau genommen der Stresssystemaktivität ist. Ein anderes Narrativ, nämlich das des biopsychosozialen Medizinparadigmas (4), sieht es anders, ja entgegengesetzt – hier spiegelt die Stresssystemaktivität die höherkomplexen psychischen Angst- und Verarbeitungsvorgänge wider und der Fokus der Therapie liegt damit klar auf der erkrankten Person.

Denn im biopsychosozialen Narrativ ist der Mensch der Experte seiner selbst – egal ob gesund oder krank – er trägt das gesamte Wissen über seinen individuellen Zustand in sich. Er ist selbstverantwortlich und damit auch aktiver Teil der Therapie. Er ist der Agent (von *agens*, lateinisch für »Treibender«, »Handelnder«) seines Lebens (5). Kein objektives Wissen, keine medizinische Expertise, wie ausgefeilt sie auch ist bzw. wie überzeugend sie vorgebracht wird, mag der subjektiven Wirklichkeit des Agenten in ihrer individuellen Wahrhaftigkeit entsprechen. Der Fokus dieses Narrativs liegt auf der Untrennbarkeit biologischer, psychologischer und sozialer Entitäten bei der Entstehung, beim Verlauf und bei der Heilung von Krankheiten, also auf der Ganzheit des Menschen, der in intersubjektiver Beziehung zum Therapeuten steht. Der Arzt bzw. Psychologe/Psychotherapeut wird dabei zum beratenden Begleiter, die letztliche Entscheidung über die Belange des eigenen Lebens bleibt beim Agenten. Diese Grundsätze gelten für klinische Fragestellungen wie auch für neue biopsychosoziale Forschungsansätze (2).

Einer dieser umsichtigen und ganzheitlich beratenden Therapeuten ist Volker Tschuschke. Er hat mit seinem Lehrbuch »Psychoonkologie praktizieren – Welche Hilfe wann und bei wem?« ein Standardwerk der biopsychosozialen Onkologie geschaffen. Mit viel Erfahrung, Bedacht und Respekt holt der Autor den Leser dabei von der onkologischen Biomedizin ab und trägt ihn quasi hinüber in die onkologische Ganzheitsmedizin. Dieses Buch wird vielen Psychoonkologen

zur Praxisbegleitung werden – und vielleicht auch so manchem »doppelblinden« Onkologen die Augen öffnen.

Referenzen

1. Powe, D. G., Voss, M. J., Zänker, K. S., Habashy, H. O., Green, A. R., Ellis, I. O., Entschladen, F. (2010). Beta-blocker drug therapy reduces secondary cancer formation in breast cancer and improves cancer specific survival. *Oncotarget* 1 (7): 628 – 638.
2. Schubert, C. (2017). Bewusstwerdung als Heilung – die Wirkung künstlerischen Tuns auf das Immunsystem. In: Von Spreti, F., Martius, P., Steger, F. (Hrsg). *KunstTherapie*. Stuttgart: Schattauer: 43 – 128.
3. Wikipedia. Randomisierte kontrollierte Studie. https://de.wikipedia.org/wiki/Randomisierte_kontrollierte_Studie. Letzter Aufruf: 28.07.2020.
4. Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137 (5): 535 – 544.
5. Walach, H., Loughlin, M. (2018). Patients and agents – or why we need a different narrative: a philosophical analysis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 13 (1): 13.

Innsbruck, im Juli 2020

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. Sc. Christian Schubert

Vorwort

Die Psychoonkologie ist hierzulande als eigenständige Disziplin innerhalb der Onkologie mittlerweile relativ gut integriert. Spezialisierte Kliniken und Tumorzentren benötigen für ihre Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) die Beschäftigung von anerkannt psychoonkologisch fortgebildetem, ebenfalls von der DKG zertifiziertem, Personal. Auch wenn – beklagenswerterweise – das Berufsbild des Psychoonkologen immer noch nicht gesetzlich geregelt ist, kommt die Professionalisierung innerhalb der Psychoonkologie, wenn auch langsam, so doch voran. Die Erkenntnis der Forschung in der Onkologie der letzten Jahre beginnt sich ganz allmählich in der klinischen Praxis den Weg zu bahnen: Die Prognose der neoplastischen Erkrankungen hängt nicht nur von den biologischen Charakteristika des Tumors ab – einschließlich der onkogenen Expression und der Aktivität von Wachstumsrezeptoren –, sondern vom Immunstatus der Erkrankten, auf den die psychischen Reaktionen des Organismus mitentscheidend Einfluss nehmen (1). Die Medizin der Gegenwart befindet sich im Umbruch. Sie erkennt zunehmend – und kann dies auch nicht länger ignorieren –, dass der menschliche Organismus eine komplizierte Gesamtheit aus Körper, Seele und Umwelt ist, dass also biologisch-körperliche Prozesse untrennbar mit subjektiven psychischen Empfindungen und Eindrücken aus der sozialen Umgebung zusammenhängen. Dieses neue Medizinparadigma wird die Medizin revolutionieren, wir benötigen dringend dieses neue »Narrativ«, eine neue Orientierung und Sinnstiftung – wie dies mein Freund und Kollege Prof. Schubert in seinem Geleitwort so plastisch beschreibt.

Es gibt inzwischen eine große Anzahl von Fachbüchern zur Psychoonkologie, sodass ein weiteres, ähnliches Buch zu veröffentlichen nicht mehr sinnvoll schien. Betroffene Patienten, ihre Angehörigen und psychoonkologisch tätiges Fachpersonal können inzwischen auf eine vergleichsweise große Auswahl seriöser Fachbücher zum Themenbereich Krebs und Psyche zugreifen. Was es bislang nicht gibt, ist ein Buch für die psychoonkologisch tätigen Berufsgruppen. Die vielfältigen und nicht vergleichbaren Situationen in den unterschiedlichen klinischen Einrichtungen, die komplexen klinischen Abläufe, die große Vielfalt an Patientenpersönlichkeiten, Erkrankungsformen und -stadien, die unterschiedlichsten Möglichkeiten und Bedürfnisse von Betroffenen und ihren Angehörigen, all dies verlangt nach individuellen Interventionsmöglichkeiten der verschiedenen im onkologischen Bereich tätigen Berufsgruppen.

Dieses Buch will eine Basis für alle in der Onkologie und Psychoonkologie Tätigen bieten, sich über die spezifischen Probleme, Nöte und Bedürfnisse betroffener Erkrankter und ihrer Angehörigen ebenso zu informieren wie über klinisch erforderliche Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten, indem sie auf das in diesem Buch bereitgestellte Wissen aus zahlreichen wissenschaftlichen und klinischen Studien zugreifen und es im klinischen Alltag anwenden können.

Der Aufbau des Buches ist so gestaltet, dass grundlegende und allgemeine Aspekte psychoonkologischer Fragen und Probleme, die sich in der Arbeit mit betroffenen Erkrankten und ihren Angehörigen ergeben, in den Teilen I bis IV behandelt werden.

Erkrankungsspezifische psychische Probleme und Bedürfnisse von Erkrankten und Angehörigen werden im Buch-Abschnitt V für 22 onkologische Grunderkrankungen behandelt.

Im abschließenden Teil VI des Buches werden die im deutschsprachigen Bereich verfügbaren wichtigsten Verfahren und Screening-Methoden für die alltägliche psychoonkologische Praxis kurz dargestellt. Ein Glossar der wichtigsten Fachbegriffe befindet sich am Ende des Buches.

Ich möchte den Personen danken, die dieses Buch erst ermöglicht, unterstützt oder entscheidend begleitet haben. Zuerst möchte ich dem ehemaligen Geschäftsführer des Schattauer-Verlages Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Bertram herzlich danken, der die Idee zu diesem Buch hatte und zuvor jahrelang Publikationen zum Thema Psychoonkologie im Schattauer-Verlag förderte. Dr. med. Johannes Bruns, dem Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, danke ich für die stetige Unterstützung bei der Entwicklung der Psychoonkologie in Deutschland. Der Onkologin Dr. med. Johanna Kantner-Rumplmaier aus Innsbruck und dem Urologen Dr. med. Ansbert Lotter aus Köln bin ich für fachliche Hinweise zu Dank verpflichtet. Frau Dr. Nadja Urbani vom Lektorat Schattauer begleitete und betreute dieses Buchprojekt in stets ermutigender und kompetenter Weise; dafür meinen herzlichen Dank. Ich hatte das Glück, einen solch belesenen und gebildeten Lektor wie Herrn Volker Drüke zu haben. Dafür und für die hervorragende Zusammenarbeit danke ich sehr.

Hinweis

Ich verwende in diesem Buch überwiegend das sog. »generische Maskulinum«. Dies soll alle geschlechtlichen Formen implizieren: die weibliche und männliche Form sowie Menschen mit anderen geschlechtlichen Identitäten und körperlicher Vielfalt.

Referenz

1. Lissoni, P. (2012). A reinterpretation of the pathogenesis and cure of cancer according to the psychoneuroimmunological discoveries. *Methods in Molecular Biology* 934: 183–192.

Köln und Berlin, im Sommer 2020
Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke

Inhalt

I	EINFÜHRUNG	1
1	Was ist »Krebs« heute?	3
1.1	Krebsinzidenz und Krebsmortalität	3
1.2	Krebsfrüherkennungsmaßnahmen	10
2	Onkologische Behandlungsmöglichkeiten und -perspektiven	12
2.1	Operative Therapie	13
2.2	Zytostatische Therapie	13
2.3	Strahlentherapie	14
2.4	Hormontherapie	15
2.5	Immuntherapie	15
3	Psychoonkologische Aspekte	19
3.1	Beratung und Information	19
3.2	Supportive Maßnahmen	21
3.3	Entspannungsverfahren und imaginative Verfahren	22
3.4	Psychotherapie	23
	3.4.1 Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Interventionen bei Krebs-Patienten	24
	<i>Der Faktor Zeit</i>	25
	<i>Der Faktor Raum und Rahmen</i>	26
	<i>Der Faktor der Behandlungsdauer</i>	27
	<i>Therapeutische Inhalte und Behandlungsverlauf</i>	27
	<i>Die therapeutische Beziehung</i>	28
	3.4.2 Einzeltherapie	28
	3.4.3 Gruppentherapie	30
4	Zur Struktur der onkologischen und psychoonkologischen Versorgung in Deutschland	33
4.1	Der nationale Krebsplan	33
4.2	Die Psychoonkologie im Nationalen Krebsplan	35
4.3	Strukturen psychoonkologischer Versorgung in Deutschland	36

5	Psychoonkologische Fortbildung in Deutschland	39
	<i>Literatur zu Teil I</i>	40
II	ERKRANKUNGSURSACHEN UND RISIKEN	43
6	Anlagebedingte Risiken	45
7	Epidemiologie	46
8	Verhaltens- und umgebungsbedingte Risiken	48
8.1	Rauchen, Alkohol, Drogen	48
8.2	Ernährung und Krebs	49
8.3	Körperliche Bewegung und Krebs	52
8.4	Krebsförderer und Erkrankungsrisiko	56
8.5	Entzündungen und Krebsrisiko	62
8.6	Die Rolle des Immunsystems	64
	<i>Literatur zu Teil II</i>	68
III	PATIENTENPERSÖNLICHKEIT UND REAKTIONEN	71
9	Die Rolle der Persönlichkeit	73
9.1	Prämorbidität der Grundpersönlichkeit	74
9.2	Traumatisierung	75
9.3	Die Rolle von Depression und chronischem Stress bei der Krebsentstehung	75
9.4	Lebensqualität	79
9.5	Persönlichkeit und Abwehr	80
9.6	Persönlichkeit und Coping	82
10	Laientheorien zur Krankheitsentstehung	88
11	Gibt es eine »Krebspersönlichkeit«?	94
12	Religiosität und Spiritualität	97
13	Der Patient und sein mitbetroffenes Umfeld	100
13.1	Die Situation der Familie	100
13.2	Kommunikation zwischen Patienten und Familie	100

13.3	Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten bei der Familie	101
13.4	Die Situation der Kinder	103
13.5	Die Situation der Partner	105
13.6	Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten beim Partner	106
14	Suizidalität	107
15	Psychoneuroimmunologie	110
	<i>Literatur zu Teil III</i>	114
IV	KONTAKTAUFNAHME, GESPRÄCHSFÜHRUNG, ZIELE PSYCHOONKOLOGISCHER INTERVENTIONEN – PROBLEME UND LÖSUNGSWEGE	119
16	Rahmenbedingungen und Möglichkeiten	121
17	Psychische Situation, Probleme und Erfordernisse	123
18	Wie den Kontakt herstellen?	131
19	Welche Patienten suchen psychoonkologische Hilfe?	133
20	Gesprächsführung in der Psychoonkologie: Was können die verschiedenen Berufsgruppen? Was dürfen sie?	135
20.1	Grundhaltungen in der Gesprächsführung	136
21	Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten	139
21.1	Psychotherapeutische Interventionen	139
21.1.1	Verhaltenstherapeutische und kognitiv-behaviorale Techniken	139
21.1.2	Psychodynamische Verfahren	140
21.1.3	Existenzanalytischer Ansatz	142
21.1.4	Gruppenansätze	143
21.1.5	Selbsthilfegruppen	146
21.1.6	Psychoedukation	147
21.1.7	Meditation und achtsamkeitsbasierte Ansätze	148
21.2	Psychopharmakologische Maßnahmen	149
21.3	Kreativtherapeutische Interventionen	149
21.4	Bewegungstherapeutische Angebote	150
21.5	Komplementärökologische Maßnahmen	150

21.6 Zusammenfassende Anmerkungen	151
21.6.1 Zusammenfassende Anmerkungen zu den psychotherapeutischen Konzepten	154
<i>Literatur zu Teil IV</i>	156
V DIE HÄUFIGSTEN KREBSERKRANKUNGEN	161
22 Bronchial- und Lungenkarzinom	163
22.1 Klinisches Bild, Symptomatik	163
22.2 Epidemiologie	163
22.3 Risikofaktoren/Ätiologie	165
22.3.1 Feinstaub, Stickoxide, Dieselabgase	167
22.4 Diagnostik	171
22.5 Therapie	174
22.6 Psychoonkologische Aspekte des Bronchialkarzinoms	177
22.6.1 Neuropsychiatrische Symptome	177
22.6.2 Allgemeine psychische Belastungen	178
22.6.3 Tod, Sterben und Suizidalität	181
22.6.4 Psychische Bedürfnisse von Erkrankten	182
22.6.5 Persönlichkeit und Coping	182
22.6.6 Anpassung an die Erkrankung	184
22.6.7 Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten	185
<i>Literatur zu Kap. 22</i>	187
23 Brustkrebs-Erkrankungen	192
23.1 Erste Symptome – die diagnostische Phase	197
23.2 Psychische Belastungen durch die Diagnose	202
23.2.1 Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten	203
23.3 Onkologische Behandlungsoptionen	205
23.3.1 Brustentfernung (Mastektomie)	205
<i>Psychische Belastungen durch Brustentfernung (Mastektomie)</i>	206
23.3.2 Axilläre Lymphknotenentfernung	208
23.3.3 Sentinel-Methode	209
23.3.4 Adjuvante (systemische) Chemotherapie	209

23.3.5	Neoadjuvante Chemotherapie	210
	<i>Psychische Belastungen durch adjuvante/neoadjuvante (systemische) Chemotherapie</i>	212
23.3.6	Adjuvante Strahlentherapie	213
	<i>Adjuvante Strahlentherapie und psychische Belastung</i>	213
	<i>Hormonersatztherapie</i>	214
	<i>Psychische Belastungen durch Hormonersatztherapie</i>	216
23.4	Bewältigungsverhalten (Coping)	217
23.5	Psychoonkologische Interventionen	218
	<i>Literatur zu Kap. 23</i>	221
24	Gynäkologische Tumoren	225
24.1	Endometriumkarzinom	225
24.1.1	Klinisches Bild, Symptomatik	225
24.1.2	Prävention	225
24.1.3	Epidemiologie	225
24.1.4	Ätiologie und Risikofaktoren	226
	<i>Ernährung, Mikronährstoffe und Risikoverhalten</i>	226
	<i>Genetisches Risiko</i>	226
24.1.5	Diagnostik und Klassifikation	227
24.1.6	Therapie	228
24.1.7	Psychische Belastungen und psychoonkologische Hilfen beim Endometriumkarzinom	229
	<i>Literatur zu Kap. 24.1</i>	232
24.2	Zervixkarzinom	233
24.2.1	Klinisches Bild, Symptomatik	233
24.2.2	Prognose	233
24.2.3	Epidemiologie	233
24.2.4	Ätiologie und Risikofaktoren	235
24.2.5	Diagnostik und Klassifikation	236
24.2.6	Therapie	237
24.2.7	Psychoonkologische Aspekte des Zervixkarzinoms	239
	<i>Literatur zu Kap. 24.2</i>	240
24.3	Ovarialkarzinom	241
24.3.1	Klinisches Bild, Symptomatik	241
24.3.2	Epidemiologie	242
24.3.3	Ätiologie und Risikofaktoren	242

24.3.4 Diagnostik und Klassifikation	243
24.3.5 Therapie	244
24.3.6 Psychoonkologische Aspekte bei Ovarialkarzinom-Erkrankungen ...	246
<i>Literatur zu Kap. 24.3</i>	249
24.4 Psychische Situation bei gynäkologischen Tumorerkrankungen und psychoonkologische Hilfsmöglichkeiten	250
24.4.1 Situation	250
24.4.2 Verarbeitung der Diagnose	251
24.4.3 Treffen von Behandlungsentscheidungen und damit verbundene Konflikte	252
24.4.4 Folgen der Behandlung und ihre psychologischen Implikationen ...	253
24.4.5 Anpassung an die Erfordernisse und Herausforderungen für die Bewältigung	255
24.4.6 Psychoonkologische Hilfsmöglichkeiten	258
<i>Literatur zu Kap. 24.4</i>	263
25 Prostatakarzinom	267
25.1 Symptome und Beschwerden	267
25.2 Epidemiologie	268
25.3 Ätiologie und Pathogenese	268
25.4 Diagnostik und Klassifikation	269
25.5 Onkologische Behandlungsmöglichkeiten	275
25.6 Psychische Belastungen	278
25.7 Psychoonkologische Interventionsmaßnahmen	281
25.7.1 Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten bei bestimmten Behandlungsmaßnahmen	283
<i>Literatur zu Kap. 25</i>	287
26 Hauttumoren	289
26.1 Benigne Hauttumoren	289
26.2 Maligne Hauttumoren	289
26.2.1 Aktinische Keratosen	289
<i>Klinisches Bild</i>	290
<i>Epidemiologie</i>	290
<i>Ätiologie und Pathogenese</i>	291
<i>Diagnostik</i>	291
<i>Therapie</i>	291

26.2.2	Spinozelluläres Karzinom (Plattenepithelkarzinom, Stachelzellkarzinom)	292
	<i>Klinisches Bild</i>	292
	<i>Epidemiologie</i>	293
	<i>Ätiologie und Pathogenese</i>	294
	<i>Diagnostik</i>	295
	<i>Therapie</i>	296
26.2.3	Basalzellkarzinom (Basaliom)	296
	<i>Klinisches Bild</i>	296
	<i>Epidemiologie</i>	297
	<i>Ätiologie und Pathogenese</i>	297
	<i>Diagnostik</i>	298
	<i>Therapie</i>	298
26.2.4	Malignes Melanom	299
	<i>Klinisches Bild</i>	299
	<i>Epidemiologie und Risikofaktoren</i>	300
	<i>Prognose</i>	301
	<i>Ätiologie/Pathogenese</i>	301
	<i>Diagnostik</i>	302
	<i>Therapie</i>	304
26.2.5	Psychoonkologische Aspekte	306
	<i>Die psychologische Situation</i>	306
	<i>Beherrschende Themen bei Melanom-Patienten</i>	307
	<i>Anpassung an die Krankheit und die Behandlungserfordernisse</i>	308
	<i>Bewältigungsverhalten – Erfordernisse und Effekte</i>	309
	<i>Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten</i>	311
	<i>Literatur zu Kap. 26</i>	313
27	Gastrointestinale Tumoren (Ösophagus, Magen, Leber, Pankreas, Nieren, Harnblase)	316
27.1	Ösophaguskarzinom	316
27.1.1	Klinisches Bild, Symptomatik	316
27.1.2	Epidemiologie und Ätiopathogenese	317
27.1.3	Diagnostik	319
27.1.4	Therapie	321
	<i>Operation</i>	321
	<i>Chemotherapie und Radiochemotherapie</i>	322
27.1.5	Nebenwirkungen und Folgen der Behandlung	323
27.1.6	Psychische Folgen und psychoonkologische Möglichkeiten	324
	<i>Literatur zu Kap. 27.1</i>	326

27.2 Magenkarzinom	327
27.2.1 Klinisches Bild, Symptomatik	327
27.2.2 Epidemiologie	327
27.2.3 Ätiologie und Pathogenese	328
27.2.4 Diagnostik	329
27.2.5 Therapie	331
<i>Operative Therapie</i>	331
<i>Adjuvante Therapie</i>	333
<i>Palliative Therapie</i>	334
27.2.6 Psychoonkologische Aspekte beim Magenkarzinom	334
<i>Literatur zu Kap. 27.2</i>	336
27.3 Leberkarzinom	337
27.3.1 Klinisches Bild, Symptomatik	337
27.3.2 Epidemiologie	337
27.3.3 Risikofaktoren	337
27.3.4 Diagnostik	338
27.3.5 Therapie	339
<i>Resektion</i>	340
<i>Lebertransplantation</i>	340
<i>Systemische Therapien</i>	341
<i>Interventionelle Therapien</i>	341
27.3.6 Psychologische Situation und Hilfsmöglichkeiten	342
<i>Literatur zu Kap. 27.3</i>	347
27.4 Pankreaskarzinom	349
27.4.1 Klinisches Bild, Symptomatik	349
27.4.2 Prognose	350
27.4.3 Epidemiologie	350
27.4.4 Ätiologie und Pathogenese	350
27.4.5 Diagnostik	352
27.4.6 Therapie	353
<i>Operation</i>	353
<i>Strahlen- und chemotherapeutische Behandlungen</i>	354
27.4.7 Psychoonkologische Interventionsmöglichkeiten	355
<i>Literatur zu Kap. 27.4</i>	357
27.5 Nierenzellkarzinom	358
27.5.1 Klinisches Bild, Symptomatik	358
27.5.2 Epidemiologie	358

27.5.3	Ätiologie, Pathogenese und Risikofaktoren	359
27.5.4	Diagnostik	360
27.5.5	Therapie	362
	<i>Fokale Therapie des Nierenzellkarzinoms</i>	362
	<i>Operatives Vorgehen</i>	363
	<i>Chemo- und Radiotherapie, andere Therapieverfahren</i>	364
27.5.6	Psychoonkologische Aspekte beim Nierenzellkarzinom	365
	<i>Literatur zu Kap. 27.5</i>	367
27.6	Harnblasenkarzinom	368
27.6.1	Klinisches Bild, Symptomatik	368
27.6.2	Epidemiologie und Risikofaktoren	368
27.6.3	Erkrankungsformen, Ätiologie/Pathogenese	371
27.6.4	Diagnostik und Klassifikation	371
27.6.5	Therapie	374
27.6.6	Rekonstruktion der Harnwege nach Zystektomie	375
27.6.7	Psychologische Belastungen und Interventionsmöglichkeiten	377
	<i>Zeitpunkt der Diagnose und der Behandlungsentscheidung</i>	377
	<i>Operativer Eingriff</i>	378
	<i>Anpassung an die neue Normalität</i>	378
	<i>Inkontinenz und veränderte Sexualität</i>	379
	<i>Literatur zu Kap. 27.6</i>	381
28	Kolorektale Karzinome	383
28.1	Klinisches Erscheinungsbild, Symptome	383
28.2	Epidemiologie	383
28.3	Ätiologie und Risikofaktoren	384
28.4	Diagnostik, Vorsorge und Früherkennung	386
28.5	Therapie	388
28.5.1	Operative Entfernung und Nebenwirkungen	388
28.5.2	Adjuvante und neoadjuvante Chemotherapie	390
28.5.3	Radiotherapie	391
28.5.4	Immuntherapie	392
28.6	Psychische Belastungen durch Diagnose und Behandlung	393
28.6.1	Sphinktererhaltende vs. entfernende Behandlungen – Auswirkungen auf die Lebensqualität	394

28.7 Psychoonkologische Behandlungsmöglichkeiten	397
<i>Literatur zu Kap. 28</i>	399
29 Tumoren des Zentralnervensystems	402
29.1 Erste Symptome und Beschwerden – die Phase der Unsicherheit	403
29.2 Fortschreitende Symptomatik – die diagnostische Phase	405
29.3 Behandlungsoptionen	407
29.3.1 Onkologische Behandlungsmöglichkeiten	407
29.3.2 Pilozytische Astrozytome, WHO-Grad I	407
29.3.3 Differenzierte Astrozytome, WHO-Grad II	407
29.3.4 Anaplastische Astrozytome, WHO-Grad III	408
29.3.5 Glioblastome, WHO-Grad IV	408
29.4 Psychoonkologische Behandlungsoptionen	409
29.4.1 Psychische Reaktionen der Betroffenen und ihrer Angehörigen	409
29.4.2 Psychoonkologische Erfordernisse und Interventionen	411
<i>Pharmakotherapie</i>	412
<i>Psychotherapie</i>	413
<i>Kognitive und berufliche Rehabilitation</i>	415
<i>Literatur zu Kap. 29</i>	415
30 Kopf- und Halstumoren	417
30.1 Epidemiologie	417
30.2 Klinisches Bild	418
30.3 Ätiologie und Risikofaktoren	418
30.4 Diagnostik	421
30.5 Therapie	421
30.5.1 Operative Entfernung	421
30.5.2 Strahlentherapie	423
30.5.3 Chemotherapie	424
30.5.4 Immuntherapie	425
30.6 Psychoonkologie der KHT-Erkrankungen	425
30.6.1 Diagnostische Phase	425
30.6.2 Welche primären Bedürfnisse gibt es?	427
30.6.3 Vorbereitung auf die Behandlung	428
30.6.4 Folgen von Erkrankung und Behandlung	430

30.6.5 Zusammenhänge zwischen psychosozialen Faktoren und dem Überleben bei Kopf-Hals-Tumorerkrankungen	431
30.6.6 Psychoonkologische Hilfsmöglichkeiten	432
<i>Literatur zu Kap. 30</i>	434
31 Hämatonkologische Erkrankungen	438
31.1 Akute Leukämien	438
31.1.1 Klinisches Bild	439
31.1.2 Epidemiologie	439
31.1.3 Ätiologie	439
31.1.4 Diagnostik	439
31.1.5 Behandlung	440
31.2 Chronische Leukämien	442
31.2.1 Klinisches Bild	442
31.2.2 Epidemiologie	443
31.2.3 Ätiologie	443
31.2.4 Diagnostik	443
31.2.5 Behandlung	445
31.3 Lymphome	446
31.3.1 Klinisches Bild	447
31.3.2 Epidemiologie	447
31.3.3 Ätiologie und Pathogenese	447
31.3.4 Diagnostik	448
31.3.5 Behandlung	449
31.4 Psychoonkologische Aspekte der hämatonkologischen Erkrankungen	450
31.4.1 Psychoonkologische Behandlungsmöglichkeiten bei malignen hämatonkologischen Erkrankungen	452
<i>Literatur zu Kap. 31</i>	455
VI DIAGNOSTIK UND SCREENING-METHODEN IN DER PSYCHOONKOLOGIE	457
<i>Allgemeine psychosoziale Belastung</i>	459
<i>Traumatisierung</i>	460
<i>Fatigue</i>	460
<i>Angst/Depression</i>	461
<i>Bewältigungsverhalten (Coping)</i>	461

<i>Lebensqualität</i>	462
<i>Psychoonkologische Basis-Dokumentation (PO-Bado)</i>	462
<i>Literatur zu Teil VI</i>	463
Glossar	467
Sachverzeichnis	477

I Einführung

1 Was ist »Krebs« heute?

1.1 Krebsinzidenz und Krebsmortalität

Krebs ist eine Sammelbezeichnung für ganz unterschiedliche bösartige Erkrankungen (Neoplasmen), deren einziges gemeinsames Merkmal ein ungezügelt Zellwachstum ist, das – ohne menschlichen Eingriff – in bestimmten Bereichen des Körpers raumfordernde Prozesse bewirkt, die mehr oder weniger schnell lebenswichtige Funktionen im Organismus an den Rand drängen und schließlich unterbinden können, was den Tod zur Folge hat. Körpereigene Zellen mutieren (d. h., sie entarten genetisch), wodurch gesunde Zellmechanismen wie die *Apoptose* (die zelleigene Fähigkeit, sich selbst den Befehl zum Absterben zu geben) außer Kraft gesetzt werden, was die Zellen in die Lage versetzt, sich unkontrolliert weiter zu vermehren. Normale Zellen verfügen über eine Art Bremsmechanismus, der weitere Zellteilungen stoppt, sobald der Bedarf an neuen Zellen gedeckt ist (1).

Krebszellen unterscheiden sich außerdem in Bezug auf ihre Merkmale und ihr mikroskopisches Bild von den Zellen, aus denen sie sich entwickelt haben. Krebszellen nehmen bizarre Größen, Formen und andere Eigenschaften an. Dabei gilt der Grundsatz: je bizarrer sie werden, desto aggressiver und maligner ist ihr Verhalten. (1, S. 6)

Durch die enormen Fortschritte in der Onkologie sind Krebserkrankungen heute immer besser behandelbar. Fortschritte in Diagnostik und Therapie haben dazu geführt, dass die Überlebensrate steigt und die Mortalitätsrate ihren Höhepunkt leicht überschritten zu haben scheint (2). Wissenschaftler verstehen z. B. die Wechselwirkungen zwischen Immunsystem und Krebsentstehung immer besser, die Forschung ergab neue, ermutigende Untersuchungs- und Behandlungsansätze (3). Die Anzahl der mit einer Krebserkrankung lebenden Menschen nimmt langsam, aber kontinuierlich zu. Dies gilt auch für die Anzahl der Langzeitüberlebenden mit einer Krebserkrankung in Deutschland. Das heißt zunächst, dass die Krebssterblichkeit seit Jahren leicht rückläufig ist und sich dadurch die Lebenserwartung im Durchschnitt verbessert hat (► Abb. 1-1). Immer mehr Menschen mit einer Krebserkrankung können länger mit ihrer Erkrankung leben oder sogar dauerhaft überleben. Damit wird dem »Unheimlichen«, das mit dem Begriff »Krebs« verbunden ist, ganz allmählich etwas von seinem Schrecken genommen. »Krebs« bedeutet nicht mehr automatisch Tod und Sterben, da dieser »Krankheit wie keine« etwas von dem Entsetzen genommen wird, mit dem sie in der Menschheitsgeschichte seit jeher in Verbindung gebracht wird. Gleichwohl ist »Krebs« für die meisten Betroffenen immer noch ein Synonym für Tod und Sterben, selbst in dem Fall, dass es sehr gute Behandlungsmöglichkeiten gibt.

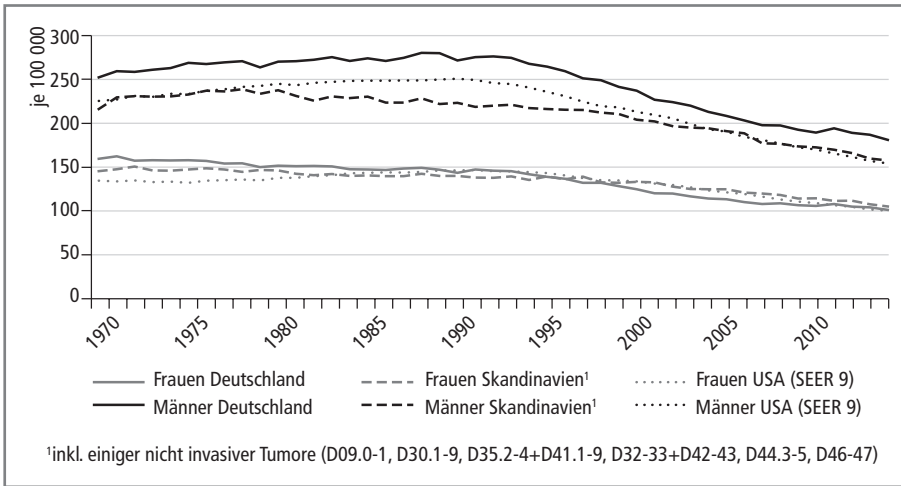


Abb. 1-1 Altersstandardisierte Sterberaten für Krebs gesamt (in Deutschland, Skandinavien und den USA), nach Geschlecht (in den Jahren 1970–2014) (mod. nach [2])

Andererseits ist es erschreckend, feststellen zu müssen, dass die Erkrankungsrate in den westlichen Gesellschaften auf unheimlich anmutende Weise immer noch zunimmt (► Abb. 1-2). Dies ist den besseren onkologischen und medizinischen Erfolgen zu verdanken, wodurch die allgemeine Lebenserwartung steigt – und mit zunehmendem Lebensalter steigt nun einmal auch die Krebsinzidenz an. Aber dies allein erklärt keineswegs die seit den 70er-Jahren ständig angestiegene Inzidenzrate.

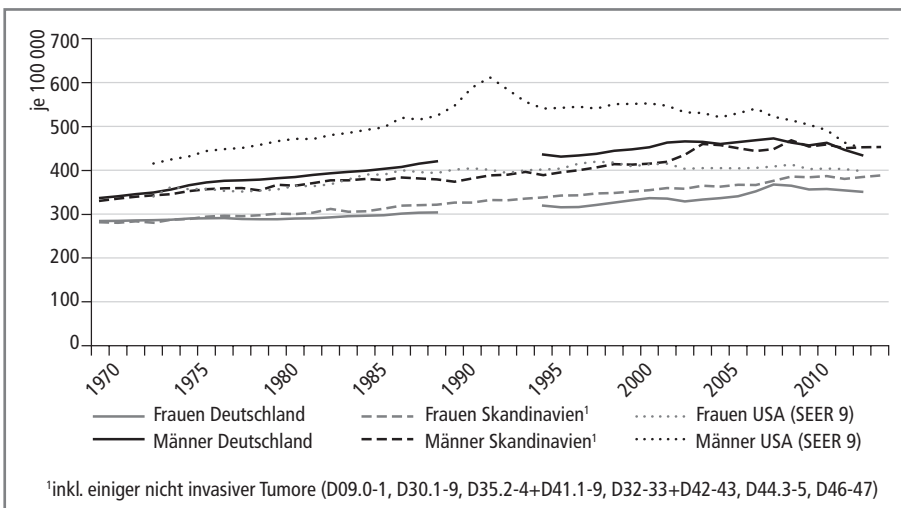


Abb. 1-2 Altersstandardisierte Neuerkrankungen für Krebs gesamt (in Deutschland, Skandinavien und den USA), nach Geschlecht (in den Jahren 1970–2013) (mod. nach [2])

Wie in Abschnitt II dieses Buches ausführlich dargestellt, kommt exogenen, umwelt- und verhaltensbedingten Faktoren wie Tabak-, Alkohol-, Rauschmittelkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel, UV-Strahlung und Umwelttoxinen eine immense Bedeutung beim Erkrankungsrisiko zu.

Die absolute Zahl der Neuerkrankungen an Krebs hat sich seit Anfang der 1970er-Jahre in Deutschland fast verdoppelt. Eine wesentliche, aber nicht die einzige Ursache ist die demografische Alterung der Bevölkerung in diesem Zeitraum. Der vor allem seit Anfang der 1990er-Jahre zu beobachtende Rückgang der Krebssterblichkeit hat seinerseits mit zur gestiegenen Lebenserwartung in Deutschland beigetragen. (2, S. 22)

Tabelle 1-1 gibt einen Überblick über die Erkrankungsraten für die meist vorkommenden Formen an Krebserkrankungen. Die *Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)* ging im Jahre 2010 von ca. 100 unterscheidbaren Arten von Krebserkrankungen beim Menschen aus. Die Tabelle stellt die 40 am häufigsten vorkommenden Erkrankungsformen dar. Demnach sind die fünf häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen Krebs der Brustdrüse, des Dick- und Enddarms, der Lunge, der Gebärmutter und das maligne Melanom der Haut, während bei den Männern die Abfolge der fünf häufigsten Erkrankungsformen Krebs der Prostata, der Lunge, des Dick- und Enddarms, der Harnblase und das maligne Melanom der Haut sind.

In ► Tab. 1-2 werden die Raten der Neuerkrankungen denen der Sterbefälle für beide Geschlechter einander gegenübergestellt.

Die Relation zwischen Erkrankungs- und Sterberate lag für Frauen im Jahr 2013 durchschnittlich deutlich günstiger als für Männer. Während 44,3 % der an Krebs erkrankten Frauen verstarben, war dies bei 48,0 % der Männer der Fall. Für Männer wird für das Jahr 2020 im Vergleich zu Frauen eine schlechtere Prognose (+8,8 % Zunahme der absoluten Erkrankungen gegenüber der absoluten Zahl von 2013) als für Frauen (+6,2 %) angenommen.

Dass es sich nicht primär um hereditäre Verursachungen handeln kann, wird daran deutlich erkennbar, dass die im Vergleich zu den westlichen Industriestaaten noch im Jahr 2005 deutlich niedrigeren Erkrankungsraten in asiatischen Ländern (Indien, Japan, Südkorea) zunächst selbst in diesen Ländern mittlerweile sprunghaft ansteigen und dass in die USA (Beispiel San Francisco) und Kanada (Beispiel Vancouver) migrierte Asiaten eine Generation später im Erkrankungsrisiko zu den einheimischen Amerikanern, Kanadiern und Australiern aufschließen (4). Offensichtlich hängt das Krebserkrankungsrisiko eng mit dem Lebensstil zusammen.

Die aktuellen Zahlen haben sich etwas verändert, insofern die Krebsinzidenzrate für Japan inzwischen zu den westlichen Ländern aufgeschlossen hat (5). ► Tab. 1-3 gibt die aktuell gültigen geschätzten Zahlen (altersstandardisiert je 100 000 Einwohner; alle Krebserkrankungen) der *International Agency for Research on Cancer* der WHO für ausgewählte Länder an. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass es von westlich bzw. westlich orientierten Industrieländern hin zu

Tab. 1-1 Anzahl der Krebsneuerkrankungen und -sterbefälle in Deutschland sowie altersstandardisierte Raten in 2013 (Erkrankungs- und Sterberaten je 100.000 Einwohner) (mod. nach [2])

ICD-10	Lokalisation/Diagnose	Anzahl der Neuerkrankungen Frauen/Männer		Erkrankungsrate Frauen/Männer		Anzahl der Sterbefälle Frauen/Männer		Sterberate Frauen/Männer	
C0–C14	Lippe, Mundhöhle u. Rachen	3 680	9 450	5,9	17,9	1 389	4 084	2,0	7,5
C15	Speiseröhre	1 470	5 110	2,0	9,0	1 192	4 244	1,5	7,4
C16	Magen	6 290	9 340	7,9	15,5	4 031	5 591	4,6	9,0
C17	Dünndarm	1 010	1 200	1,5	2,1	256	299	0,3	0,5
C18–C20	Dickdarm und Enddarm	27 210	33 370	34,4	55,3	11 818	13 444	12,7	21,3
C21	Anus	1 150	680	1,8	1,3	267	164	0,3	0,3
C22	Leber	2 630	6 160	3,5	10,3	2 467	5 000	3,0	8,1
C23, C24	Gallenblase und Gallenwege	2 970	2 320	3,5	3,7	2 086	189	2,3	2,3
C25	Bauchspeicheldrüse	8 480	8 660	10,4	14,3	8 328	8 273	9,7	13,4
C26	Sonstige, nicht näher bezeichnete Verdauungsorgane	600	510	0,7	0,8	567	483	0,5	0,8
C30, C31	Nase, Nasennebenhöhlen und Mittelohr	320	560	0,5	1,0	79	156	0,1	0,3
C32	Kehlkopf	530	2 990	0,9	5,3	230	1 254	0,3	2,2
C33, C34	Lunge	18 810	34 690	28,6	58,6	15 140	29 708	21,7	48,8
C37–C39	Mediastinum und sonstige Brustorgane	210	300	0,3	0,5	117	185	0,2	0,3

ICD-10	Lokalisation/Diagnose	Anzahl der Neuerkrankungen Frauen/Männer		Erkrankungsrate Frauen/Männer		Anzahl der Sterbefälle Frauen/Männer		Sterberate Frauen/Männer	
C40, C41	Knochen und Knorpel	400	460	0,8	1,0	183	202	0,3	0,4
C43	Malignes Melanom der Haut	10470	10910	19,2	19,9	1255	1787	1,7	3,0
C45	Mesotheliom	320	1300	0,4	2,0	297	1157	0,4	1,7
C46–C49	Weichteilgewebe ohne Mesotheliom	1850	2090	3,1	4,0	831	744	1,2	1,3
C50	Brustdrüse	71640	680	119,3	1,1	17853	156	23,6	0,2
C51	Vulva	3260		4,6		833		0,9	
C53	Gebärmutterhals	4610		9,2		1550		2,5	
C54, C55	Gebärmutterkörper	10870		16,4		2579		3,1	
C56	Eierstöcke	7320		11,2		5466		7,1	
C52, C57, C58	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	1110		1,6		485		0,6	
C61	Prostata		59620		98,0		13408		20,0
C62	Hoden		4120		10,5		158		0,3
C60, C63	Sonstige männliche Geschlechtsorgane		880		1,5		182		0,3
C64	Niere	5550	9360	7,9	16,4	2100	3358	2,3	6,0

Tab. 1-1 Anzahl der Krebsneuerkrankungen und -sterbefälle in Deutschland sowie altersstandardisierte Raten in 2013 (Erkrankungs- und Sterberaten je 100.000 Einwohner) (mod. nach [2]) (Fortsetzung)

ICD-10	Lokalisation/Diagnose	Anzahl der Neuerkrankungen Frauen/Männer		Erkrankungsrate Frauen/Männer		Anzahl der Sterbefälle Frauen/Männer		Sterberate Frauen/Männer	
C67	Harnblase	4200	11 750	4,9	16,8	1 863	3 894	1,8	6,0
C65, C66, C68	ableitende Harnwege und nicht näher bezeichnete Harnorgane	1 030	1 740	1,2	2,7	1 127	2 462	1,2	3,8
C69	Auge	400	430	0,7	0,8	138	133	0,2	0,2
C70–C72	Zentrales Nervensystem	3 270	3 970	5,6	7,8	2 563	3 252	4,0	6,0
C73	Schilddrüse	4 240	1 950	8,9	4,1	479	297	0,5	0,5
C74, C75	Nebennieren und andere endokrine Drüsen	240	210	0,5	0,5	310	407	0,5	0,5
C81	Morbus Hodgkin	1 010	1 340	2,3	3,1	171	185	0,2	0,3
C82–C88	Non-Hodgkin-Lymphome und bösartige immunproliferative Krankheiten	7 800	8 850	11,3	15,5	2 992	3 507	3,3	5,5
C90	Multiples Myelom	2 980	3 680	3,9	6,0	1 835	2 146	2,1	3,3
C91–C95	Leukämien	5 820	7 570	8,6	13,7	3 560	4 395	4,1	7,0
C96	Sonstige Malignome des blutbildenden und lymphatischen Systems	90	140	0,2	0,3	18	22	0,0	0,0
C00–C96 o. C44	Krebs gesamt (ohne nichtmelanotischen Hautkrebs)	229 900	252 600	351,2	434,1	101 775	121 313	126,7	196,5

Tab. 1-2 Epidemiologische Kennzahlen für Krebs gesamt (C00–C97 ohne C44); zum Vergleich Europäische Union (EU), 2012 (Inzidenz) bzw. 2013 (Mortalität) (mod. nach [2])

Neuerkrankungen	Frauen	Männer	Sterbefälle	Frauen	Männer
Absolute Zahl	229 900	252 600	Absolute Zahl	101 775	121 313
Mittleres Erkrankungsalter	67,2	68,3	Mittleres Sterbealter	74,3	72,6
Rohe Rate	558,4	639,9	Rohe Rate	247,2	307,7
Altersstandardisierte Rate	351,2	434,1	Altersstandardisierte Rate	126,7	196,5
Aktueller Trend ¹	+0,8 %	–0,5 %	Aktueller Trend ¹	–0,7 %	–1,2 %
Altersstandardisierte Rate (EU)	327,9	447,6	Altersstandardisierte Rate (EU)	126,8	211,8
Prognose für 2020 (absolute Zahl)	244 100	274 900	Aktueller Trend (EU) ¹	–0,8 %	–1,5 %
Überleben			Prävalenz		
Relatives 5-Jahres-Überleben	66 %	61 %	5-Jahres-Prävalenz	791 770	803 780
Relatives 10-Jahres-Überleben	61 %	57 %	10-Jahres-Prävalenz	1 334 320	1 334 270

¹ Durchschnittliche jährliche Veränderung der altersstandardisierten Rate zwischen 2003 und 2013

Tab. 1-3 Krebserkrankungsraten für ausgewählte Länder und Kontinente (altersstandardisiert je 100 000 Einwohner; alle Krebserkrankungen) (International Agency for Research on Cancer [WHO], 2018) (mod. nach [5])

≥ 253,9	183,8–253,8	138,3–183,7	106,5–138,2	≥ 106,4
<ul style="list-style-type: none"> • Australien • Europa • Japan • Südkorea • Uruguay 	<ul style="list-style-type: none"> • Argentinien • Brasilien • Chile • China • Osteuropa • Peru • Russland • Südafrika • Venezuela 	<ul style="list-style-type: none"> • Ägypten • Bolivien • Kenia • Malaysia • Marokko • Nordkorea • Philippinen • Thailand • Vietnam 	<ul style="list-style-type: none"> • Angola • Indonesien • Kambodscha • Kongo • Mozambique • Tansania 	<ul style="list-style-type: none"> • Indien • Zentralafrikanische Länder

technologisch wenig bzw. unterentwickelten Ländern ein kontinuierlich abnehmendes Risiko für Krebserkrankungen gibt (5).

Noch im Jahr 2005 verortete die WHO Japan und Südkorea im Erkrankungsrisiko deutlich unterhalb der westlichen Länder USA, Kanada und Australien (4). Binnen etwas mehr als zehn Jahren haben Japan und Südkorea im Erkrankungsrisiko zu den westlichen Industrieländern aufgeschlossen. Eine solche Entwicklung in so kurzer Zeit muss bestürzen.

1.2 Krebsfrüherkennungsmaßnahmen

Viele Krebserkrankungen lassen sich heilen und sind mit guten Überlebenschancen verbunden, wenn sie frühzeitig erkannt werden. Der im Jahre 2008 initiierte *Nationale Krebsplan (NKP)* (► Kap. 4.1) wurde zum Ausgangspunkt für das *Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG)*, das im Jahr 2013 in Kraft trat (6). Das KFRG folgt den Empfehlungen des Nationalen Krebsplans, Früherkennungsprogramme in den Bereichen Darm- und Zervixkarzinom zu organisieren. Zusätzlich soll es die Einrichtung regionaler klinischer Krebsregister in den einzelnen Bundesländern festlegen.

Außer dem Mammographie-Screening-Programm (► Kap. 2) existieren damit in Deutschland drei Früherkennungsprogramme: neben dem Mammographie-Screening und dem PSA-Test beim Prostatakarzinom (► Kap. 25) noch Programme für Darm- und Gebärmutterkrebs-Erkrankungen. Der Nationale Krebsplan, das Bundesgesetzblatt wie auch die S3-Leitlinie für das Mammakarzinom sprechen stets von *Krebsfrüherkennung*, nicht von »Krebsvorsorge«. Die missbräuchliche umgangssprachliche Verwendung des Begriffs »Vorsorge« suggeriert, dass durch die Teilnahme an einem Früherkennungsprogramm einer Krebserkrankung vorgebeugt werden könnte. Dies trifft für die allermeisten Krebserkrankungen eben nicht zu. Allenfalls im Zervixbereich und im Darmbereich – bei der sehr seltenen familiären adenomatösen Polyposis und dem nichtpolypösen kolorektalen Krebsyndrom (Darmkrebs-Erkrankungen) – kann man von »Vorsorge« i. e. S. sprechen, indem Erkrankungsstadien erkennbar sind, die als »Krebsvorstufen« anzusehen sind, z. B. ab Pap IV (Klassifikation nach Papanicolaou beim Gebärmutterhalskrebs).

Eine echte Vorsorge gegen mögliche Krebserkrankungen würde in einer angemessenen, risikoreduzierten, gesunden Lebensweise bestehen, die sich in einer gesunden Ernährung, körperlich ausreichender Aktivität und Bewegung sowie der Vermeidung von Aussetzungen gegenüber Schadstoffen aller Art im Lebensalltag niederschlagen würde.

Aber selbst Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung sind nur sehr eingeschränkt möglich. Dies liegt daran, dass für die meisten Krebserkrankungen mangels diagnostischer Möglichkeiten keine Screening-Verfahren zur Verfügung stehen, die Vorstufen von Krebserkrankungen identifizieren könnten. Entweder sind erste frühe Symptome – und damit Hinweise – auf eine Krebserkrankung gegeben oder nicht.

Krebsfrüherkennung ist nicht Krebsvorsorge. In fast allen Fällen handelt es sich um eine möglichst frühzeitige Erkennung und Behandlung von frühen Erkrankungsstadien, die dadurch mit einer deutlich günstigeren Prognose einhergehen.

Krebsvorsorge ist nur bei wenigen Krebserkrankungen wie Gebärmutterhalskrebs, erhöhtem PSA-Wert beim Prostatakarzinom oder bestimmten Kolonkarzinomen möglich. Bei allen übrigen ist dies mangels diagnostischer Screening-Verfahren nicht möglich. Echte Krebsvorsorge betrifft eine gesunde Lebensweise (Ernährung, Bewegung, Vermeidung von Risikoverhaltensweisen).

Zusammenfassung

Krebsinzidenz und -mortalität

- Die **Krebsinzidenz steigt** seit den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts in den westlichen Industrienationen und mittlerweile weltweit an, wofür höchstwahrscheinlich der westliche Lebensstil verantwortlich ist, der der menschlichen und der biologischen Natur um uns herum nicht angemessen ist.
- Die **Krebssterblichkeit sinkt** allmählich – trotz steigender Lebenserwartung. Dies ist in erster Linie den *verbesserten medizinischen Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen* geschuldet und vermutlich in zweiter Linie den vor Jahren eingeführten *Früherkennungsprogrammen*.
- Damit (über-)leben heute mehr Menschen mit einer Krebserkrankung längere Zeit oder dauerhaft.