

Experten Slidekit: Cancer Survivorship & Melanom

-September 2023-

Interdisziplinäres Expertenteam: Die Autorinnen



Prof. Dr. med. Friedegund Meier

Universitätsklinikum Dresden,
Leiterin Hauttumorzentrum



PD Dr. med. Andrea Forschner

Universitätsklinikum Tübingen,
Leiterin Melanomambulanz



PD Dr. med. Georgia Schilling

Asklepios Tumorzentrum Hamburg,
leitende Oberärztin

Asklepios Nordseeklinik Westerland,
Chefärztin onkologische Rehabilitation



Prof. Dr. med. Lisa Zimmer

Universitätsklinikum Essen,
Oberärztin Hauttumorzentrum und Studienambulanz



Prof. Dr. med. Lucie Heinzerling

Klinikum der Universität München,
Leiterin Hautkrebszentrum

Dieses Slidekit wurde durch die Novartis Pharma GmbH unterstützt.
Auswahl und Zusammenstellung der Inhalte erfolgte durch die Autorinnen.

Interdisziplinäres Expertenteam: Die Berater



PD Dr. med. Markus Heppt

Universitätsklinikum Erlangen,
Geschäftsführender Oberarzt



Prof. Dr. med. Max Schlaak

Charité-Universitätsmedizin Berlin,
Leitender Oberarzt

Dieses Slidekit wurde durch die Novartis Pharma GmbH unterstützt.
Auswahl und Zusammenstellung der Inhalte erfolgte durch die Autorinnen.

Inhaltsverzeichnis

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung
2. Melanom Survivorship: Die großen Themen
 1. Körperliche Langzeit-/Spätfolgen
 1. Langzeit- und Spätfolgen gängiger Melanom-Systemtherapien
 2. Die adjuvante Therapieentscheidung
 3. Lymphödem
 4. Zweitmalignome
 5. Fatigue
 2. Psychosoziale Belastungen
 3. Ökonomische Langzeitfolgen: Financial Toxicity und Beruf
 4. Lebensstil und tertiäre Prävention
3. Versorgung der *Cancer Survivors* in Deutschland
 1. Survivorship-Programme
 2. Anschlussheilbehandlung (AHB)/Rehabilitation
 3. Versorgungsangebote für Melanom-Survivors
4. Appendix:
 1. Zusatzinfo Fatigue

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Fitzhugh Mullan | Kinderarzt und Verfechter sozialer Gerechtigkeit¹

Geboren am 22. Juli 1942 in Tampa (Florida, USA), gestorben am 29. November 2019 in Bethesda (Maryland, USA)



- Erkrankte mit 32 Jahren erstmals an Krebs, starb mit 77 Jahren an Lungenkrebs
- Buch 1982: „*Vital Signs: A Young Doctor's Struggle With Cancer*“²
- Publikation im NEJM 1985: „*Seasons of Survival: Reflections of a Physician with Cancer*“³
- 1986 gehörte er zu den Gründern der National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS)

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Cancer Survivor(ship): Ein schwieriger Begriff^{1–3}

Cancer Survivorship: Was ist das?

Akutes Überleben		Mittleres Überleben		Langzeitüberleben
1. Jahr nach Diagnose und Primärtherapie	➔	1.–3. Jahr nach Diagnose und Primärtherapie	➔	> 3. Jahr nach Diagnose und Primärtherapie



Der Begriff „Cancer Survivorship“ umschreibt den Übergang von der Erkrankung und Akutbehandlung in die Phase des Langzeitüberlebens.

- *Aber: Es gibt keine allgemein anerkannte Definition!*
- *Für Patientinnen und Patienten, deren Diagnosestellung mehr als fünf Jahre zurückliegt, wird häufig die Bezeichnung **Langzeitüberlebende** verwendet.*

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

***Cancer Survivor*: Ein schwieriger Begriff**

- *Cancer Survivor* stellen eine heterogene Gruppe mit sehr unterschiedlichen Bedürfnissen dar.
- Die Betroffenen eint lediglich die Erfahrung, mit einer eigenen Krebsdiagnose konfrontiert gewesen zu sein.
- *Cancer Survivor* verstehen sich oftmals nicht als „*Survivor*“ oder „(Langzeit-)Überlebende“ – manche empfinden Umschreibungen wie z. B. „Betroffene mit und nach Krebs“ als treffender.
 - Manche Patienten in sehr frühen Stadien fühlen sich des Begriffs „*Cancer Survivor*“ nicht würdig.
 - Patienten in einer palliativen Therapiesituation tun sich mit dem Begriff Krebs-Überlebende ebenfalls schwer.

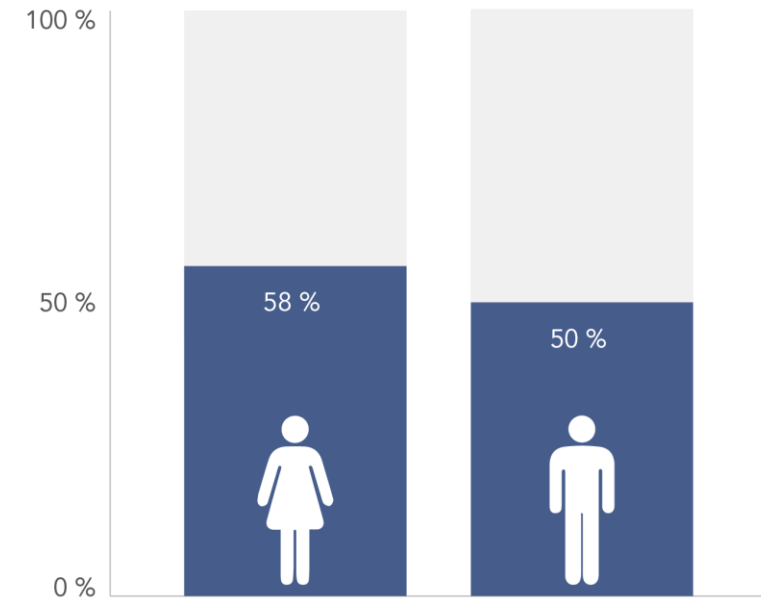
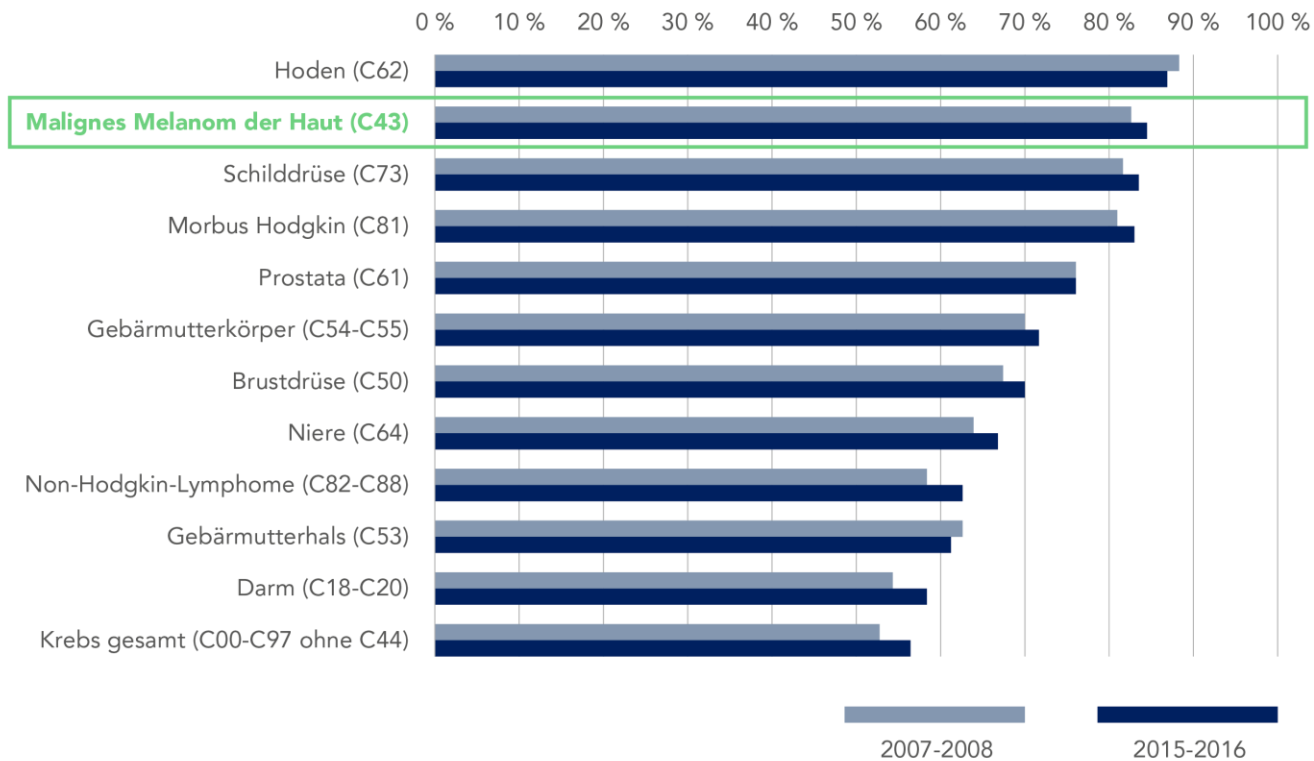
Cancer Survivorship umfasst unterschiedliche Krankheitsverläufe und -stadien und erfordert eine differenzierte Betrachtung von Patienten mit Krebs.

Aufgrund dieser Herausforderungen sind maßgeschneiderte Betreuungskonzepte notwendig.

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Die Zahl der *Cancer Survivor* in Deutschland steigt – dank besserer Therapien und Früherkennung¹

5-Jahresüberlebensraten[#]



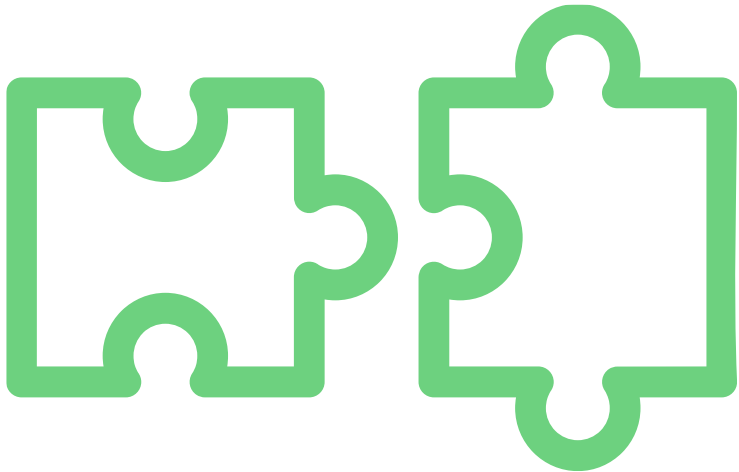
50 % der Männer und 58 % der Frauen überleben die ersten 5 Jahre nach einer Krebsdiagnose

[#] Die dargestellten Daten stammen von Patienten aller Tumorstadien.

Referenzen: 1. Arndt V et al. Krebsprävalenz in Deutschland 2017. Onkologie 2021; 27: 717–723.

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Cancer Survivorship: Ein breites Thema



Auf der individuellen Ebene setzen sich *Survivor* auseinander mit

- Rezidivrisiko und Sterblichkeit
- Langzeit- und Spätfolgen der Erkrankung/Therapie
- Rezidivangst und anderen psychischen Problemen
- Zweitmalignomen/Früherkennung
- Lebensstil: Sport/Ernährung etc.
- Beruf und Finanzen
- Partnerschaft inkl. pflegende Angehörige

Die zunehmende Zahl von *Survivors* geht mit sozio-ökonomischen und strukturellen Herausforderungen in Gesundheitssystem und Gesellschaft einher

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Survivor berichten über viele unerfüllte Unterstützungsbedürfnisse¹

Sie wünschen sich Unterstützung bei ...

... sexuellen Beschwerden

... Informationsbedarf

... Aktivitäten im Alltag

... der Arzt-Patienten-Kommunikation



... spirituellen Belangen

... psychischen Belastungen

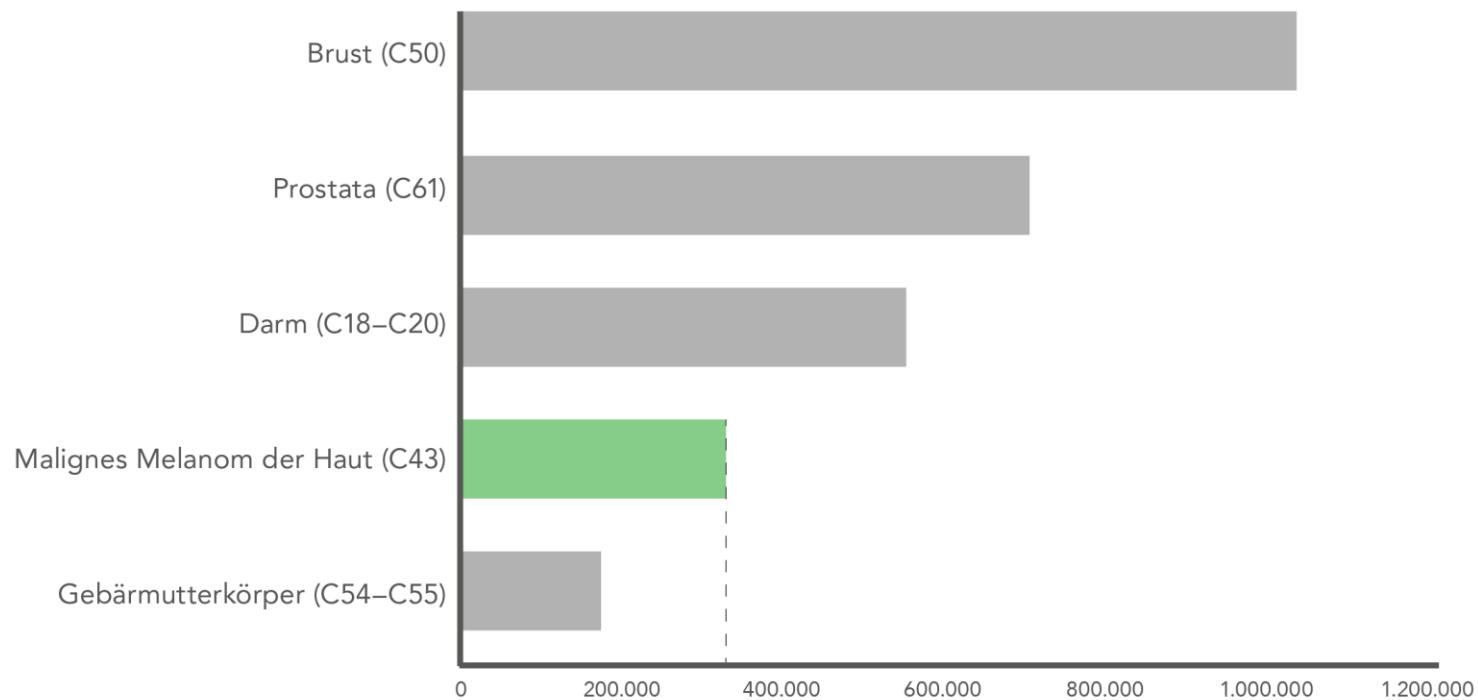
... psychosozialen Belastungen

... körperlichen Beschwerden

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

In Deutschland leben mehr als 300.000 Menschen mit und nach Melanom

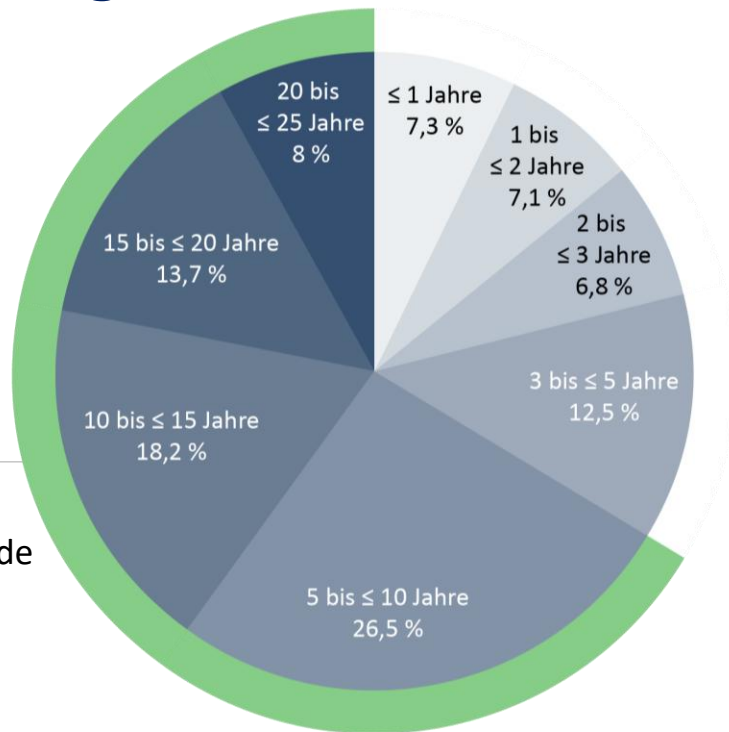
Lebenszeitprävalenz der häufigsten Tumorentitäten (Deutschland 2017)



Grafik adaptiert nach Arndt et al. 2021.

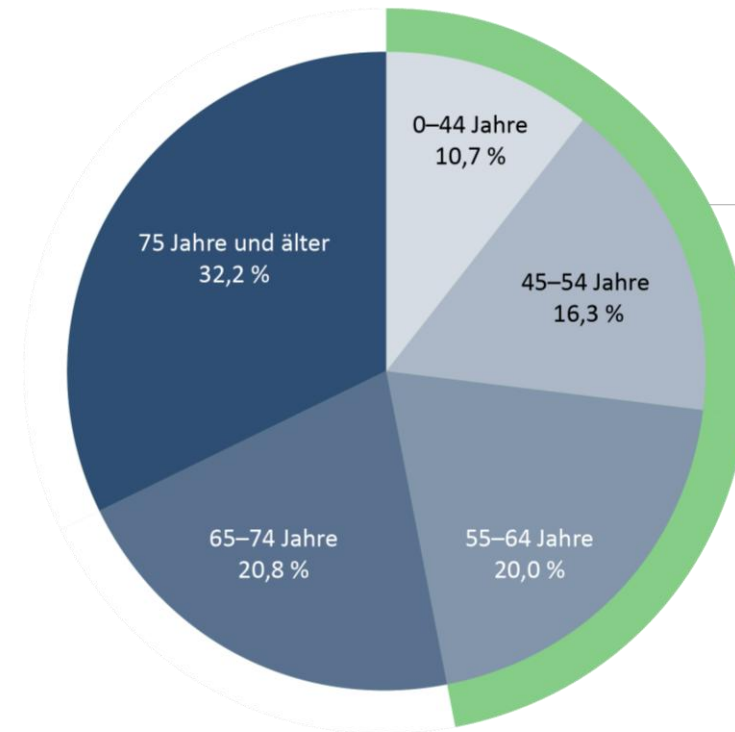
1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Die meisten Melanom-Survivor sind Langzeitüberlebende, häufig im berufsfähigen Alter



Zeit seit Erstdiagnose der Melanom-Survivor in Deutschland

Zwei Drittel sind Langzeitüberlebende (≥ 5 Jahre seit der Krebsdiagnose)



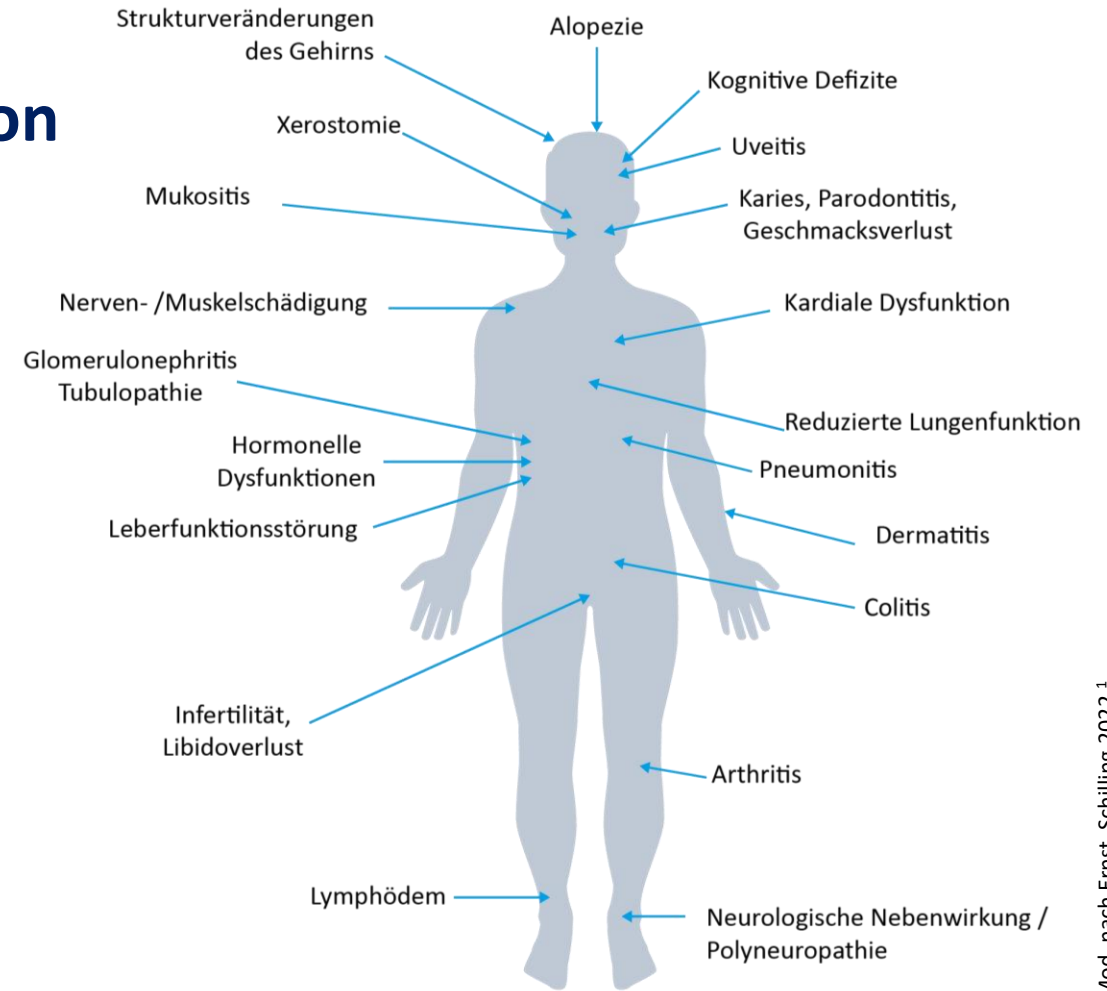
Prozentuale Verteilung der Melanom-Survivor in Deutschland nach Alter

Fast die Hälfte befindet sich im erwerbsfähigen Alter

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Melanom-Survivor sind oft mit körperlichen Spät- und Langzeitfolgen von Erkrankung und Therapie konfrontiert

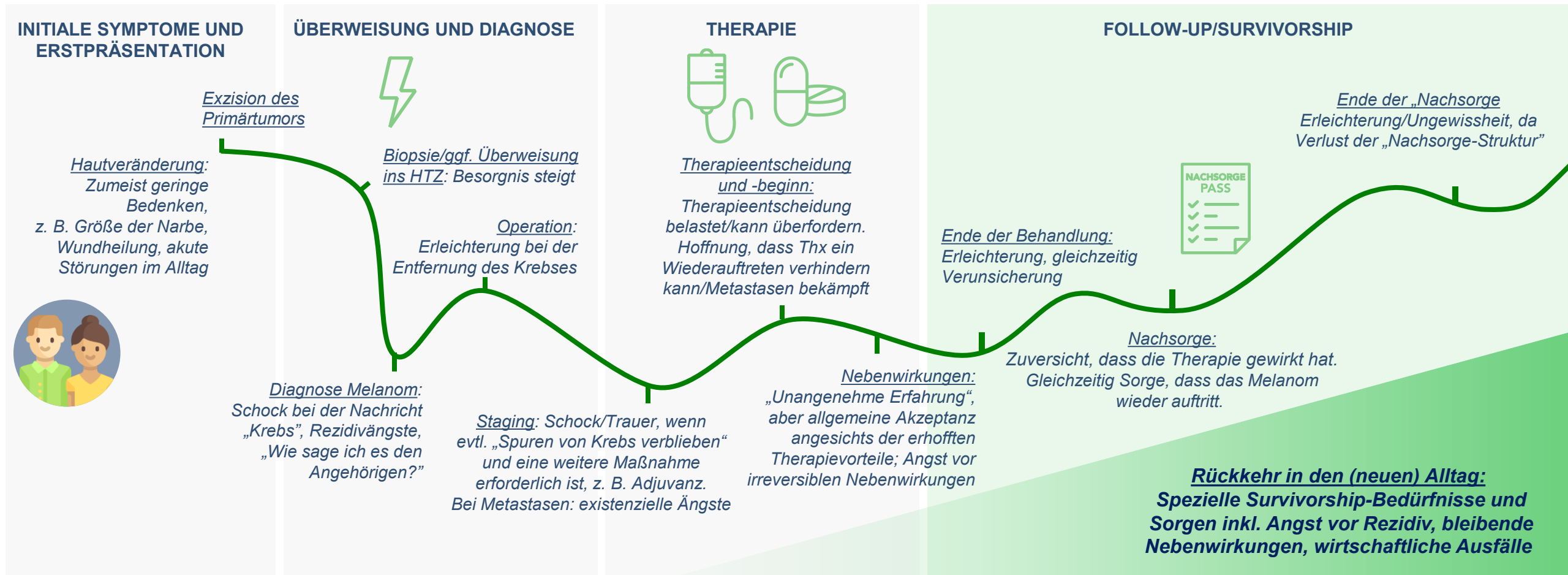
- Operationen und Bestrahlung können zu Langzeitfolgen führen (z. B. Lymphödem oder kutane Strahlenschäden)¹
- Auch Systemtherapien können Langzeit- und Spätfolgen hinterlassen²
 - Der Einsatz von Immun-Checkpoint-Inhibitoren kann mit Langzeitfolgen wie z. B. Hypophyseninsuffizienz, Hypothyreose und Nebenniereninsuffizienz einhergehen³
- Zweitneoplasien, Schlafstörungen, Fatigue und Schmerzen werden nach einer Krebserkrankung und -therapie häufiger beschrieben¹



Mod. nach Ernst, Schilling 2022.¹

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Vom Melanompatienten zum *Survivor* – eine emotionale Achterbahnfahrt



Patientenerfahrungen können sehr unterschiedlich sein, die hier gezeigte Darstellung stellt nur ein typisches Beispiel dar.

HTZ: Hauttumorzentrum; Thx: Therapie.

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Relevanz für die Therapieentscheidung

Zu beachten:

- Ausführliche Patienteninformation zu Therapiemöglichkeiten
- Aktive Einbindung des Patienten in die Therapieentscheidung
 - Abwägen zwischen Überlebensvorteil und Therapienachteilen
 - Bei verschiedenen Therapieoptionen: Immer auch Langzeiteffekte berücksichtigen!
 - **Besonders wichtig im kurativen/adjuvanten Setting**

Der „Wert“ der Tumorthherapie

Zeittoxizität¹

- Arztbesuche für Monitoring und Therapie
- Hospitalisierung aufgrund von Nebenwirkungen

Nebenwirkungen²

- Langzeitfolgen/chronische/irreversible AEs

Ökonomische Folgen³

- Kosten von Therapie und Monitoring
- Potentieller Einkommensverlust

Verbessertes Überleben^{4, 5}

Rezidivfreies Überleben

Hoffnung!



AEs: unerwünschte Ereignisse; **irAEs:** immunvermittelte unerwünschte Ereignisse.

Referenzen: 1. Gupta A et al. The Time Toxicity of Cancer Treatment. JCO 2022; 40(15): 1611–1615. 2. Schulz TU et al. Persistent immune-related adverse events after cessation of checkpoint inhibitor therapy: Prevalence and impact on patients' health-related quality of life. Eur J Cancer. 2022; 176: 88–99. 3. Weiss et al. Therapy preferences in melanoma treatment – willingness to pay and preference of quality versus length of life of patients, physicians, healthy individuals and physicians with oncological disease. Cancer medicine 2020; 9(17): 6132–6140. 4. Krammer and Heinzerling. Therapy preferences in melanoma treatment – willingness to pay and preference of quality versus length of life of patients, physicians and healthy controls. PLOS ONE 2014; 9(11): e111237. 5. Augustin M et al. Willingness to pay for a cure of low-risk melanoma patients in Germany. PLoS One 2018; 13(5): e0197780.

1. Cancer Survivorship: Eine Einführung

Blick in die Zukunft: Melanom-Survivorship-Programme?

Anspruch von Survivorship-Programmen:¹

*„Die übergeordnete Zielsetzung von Survivorship-Programmen ist es, Patienten **nach Ende der akutmedizinischen Behandlung im Übergang von der Phase der Erkrankung und Behandlung zur Phase des Langzeitüberlebens zu begleiten** und sie hinsichtlich des jeweiligen individuellen Beratungs- und Behandlungsbedarfes bestmöglich zu versorgen, um die mittel- und langfristigen Auswirkungen von Erkrankung und Behandlung soweit möglich zu verringern.“*

Vgl. auch Institute of Medicine and National Research Council 2006
„From cancer patient to cancer survivor: lost in transition“²

Status heute: Perspektive der Betroffenen³

*„Es gibt bei uns noch keine Angebote oder Programme, die auf Überlebende einer (Haut-)Krebserkrankung zugeschnitten sind. **Derzeit sind wir uns selbst überlassen, unsere Nachsorge irgendwie zu koordinieren, mit Spätfolgen oder Langzeitnebenwirkungen zurechtzukommen, oder etwa psychoonkologische Hilfe zu finden.**“*

Katharina Kaminski, Melanom Info Deutschland – MID e.V.

2. Melanom Survivorship: Die großen Themen

2. Melanom Survivorship: Die großen Themen

1. Körperliche Langzeit-/Spätfolgen

1. Langzeit- und Spätfolgen gängiger Melanom-Systemtherapien
2. Die adjuvante Therapieentscheidung
3. Lymphödem
4. Zweitmalignome
5. Fatigue

2. Psychosoziale Belastungen

3. Ökonomische Langzeitfolgen: Financial Toxicity und Beruf
4. Lebensstil und tertiäre Prävention

2.1 Körperliche Langzeit-/Spätfolgen

Körperliche Belastungen nach Krebstherapie: Nomenklatur



Chronische Nebenwirkungen* und Langzeitfolgen:¹

Folgen einer Erkrankung/Therapie, welche über
Monate oder Jahre anhalten.
(Bsp.: Polyneuropathie, Fatigue)



Spätfolgen:²

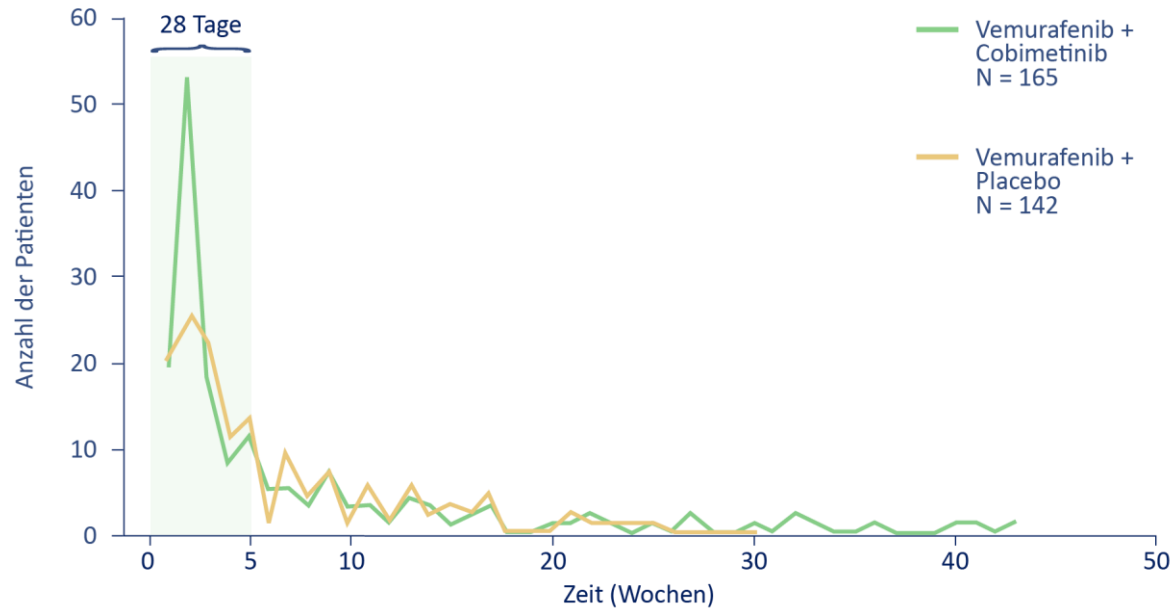
Gesundheitliche Probleme, welche erst
**Monate oder Jahre nach Diagnose oder
Therapieende auftreten.**
(Bsp.: Zweitmalignome, psych. Erkrankungen)

* In Studien häufig definiert als ≥ 12 Wochen nach Therapieende weiter bestehend.^{3,4}

2.1.1 Langzeit- und Spätfolgen gängiger Melanom-Systemtherapien

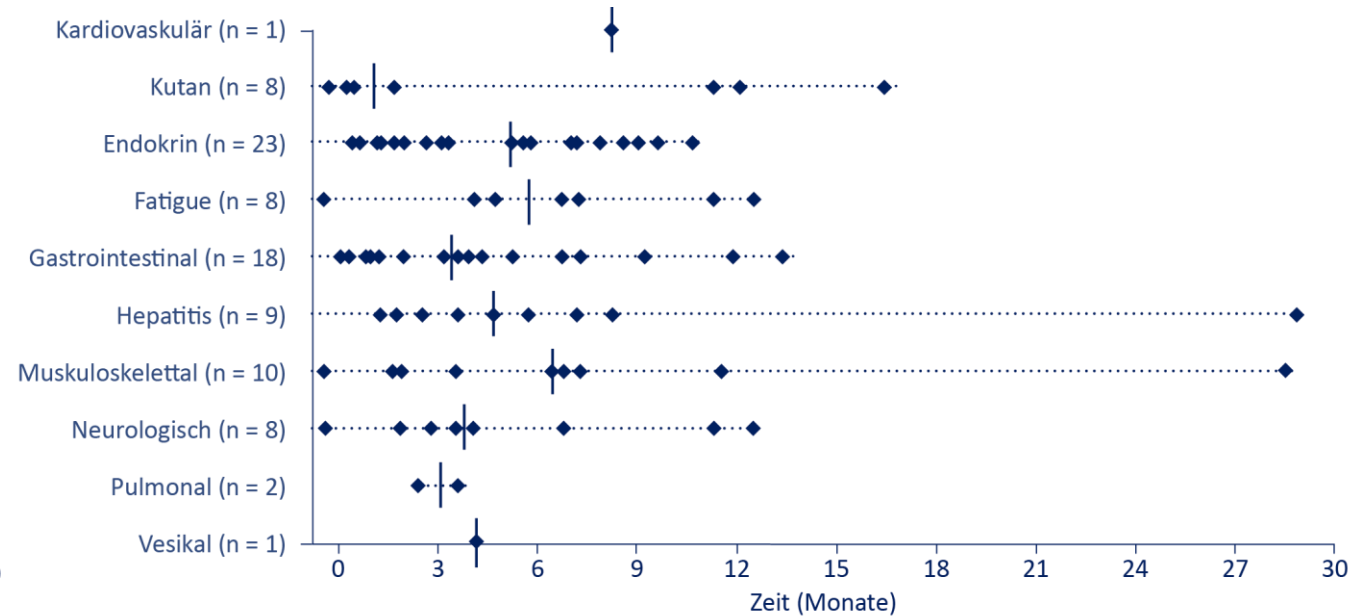
Toxizitätsprofile im Verlauf: BRAF/MEK- vs. Checkpoint-Inhibition

BRAF/MEK-Inhibitoren: Inzidenz der Nebenwirkungen in den ersten 3 Monaten am höchsten^{1, *}



Nebenwirkungen nach Therapiestopp reversibel

Checkpoint-Inhibitoren: irAEs können zeitlich verzögert auftreten²



Chronische Nebenwirkungen und Langzeitschäden möglich

* Bei Patienten mit BRAF-Mutation. irAEs: immunvermittelte unerwünschte Ereignisse.

Referenzen: 1. Ascierto P. Mündliche Präsentation beim 12. EADO-Kongress, 31. August bis 3. September 2016 in Wien, Österreich. 2. Abolhassani AR et al. C-reactive protein as an early marker of immune-related adverse events. J Cancer Res Clin Oncol 2019; 145(10): 2625–2631.

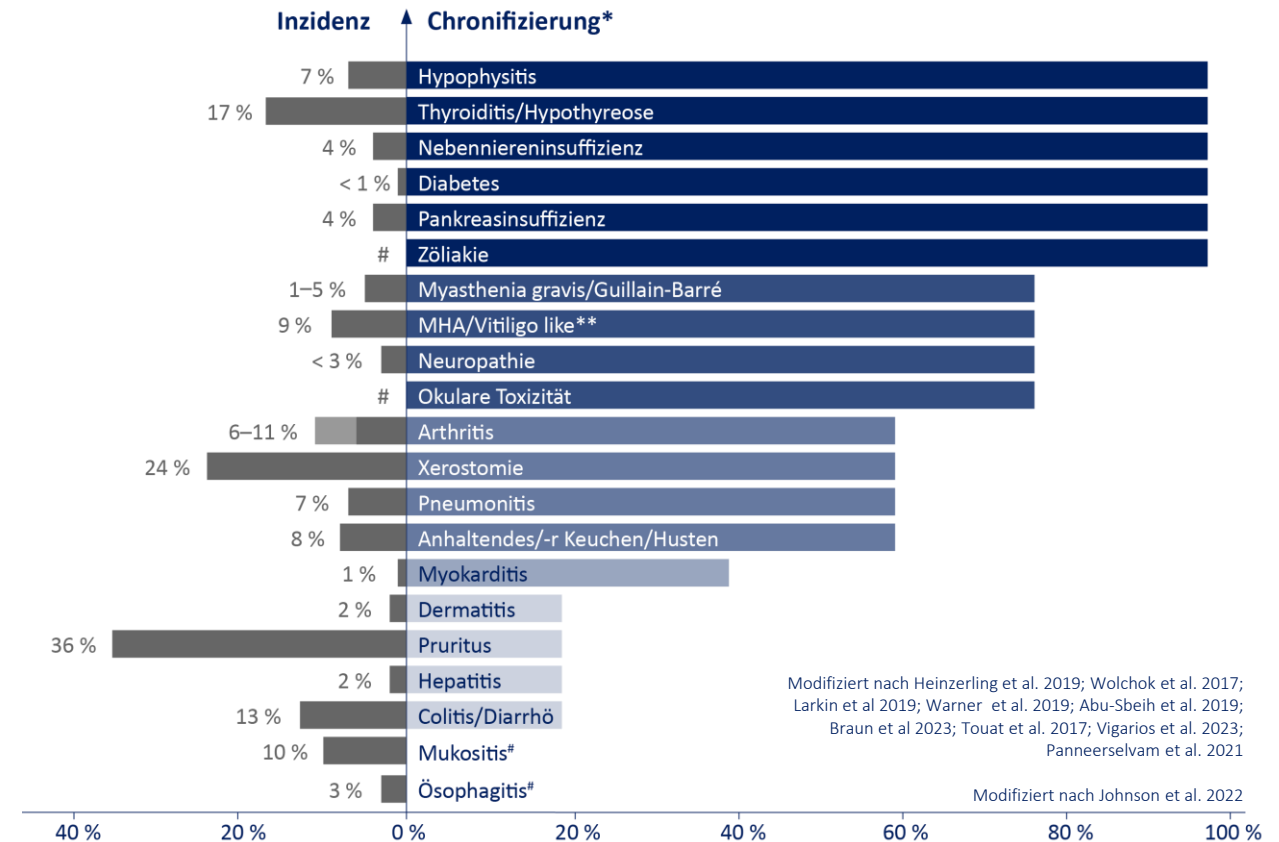
2.1.1 Langzeit- und Spätfolgen gängiger Melanom-Systemtherapien

Langzeitfolgen der Immun-Checkpoint-Inhibitoren

Patrinely et al. 2021¹

- bei n = 387 Melanompatienten, St. III/IV
- 69 % erfuhren akute immunvermittelte Nebenwirkungen (irAEs) (n = 267)
 - 19,5 % davon Grad 3–5 (n = 52)
- 43 % erfuhren chronische irAEs
 - mehr als 12 Wochen nach Stopp der Immuntherapie, n = 167

Inzidenz und Chronifizierungspotential von Immun-Checkpoint-Inhibitoren^{2–11}



irAEs: immunvermittelte unerwünschte Ereignisse; **MHA:** Melanom-assoziierte Hypopigmentierung. * Definiert als solche, die ≥ 12 Wochen anhalten. ** Kann auch therapieunabhängig auftreten. # Häufigkeit nicht bekannt.

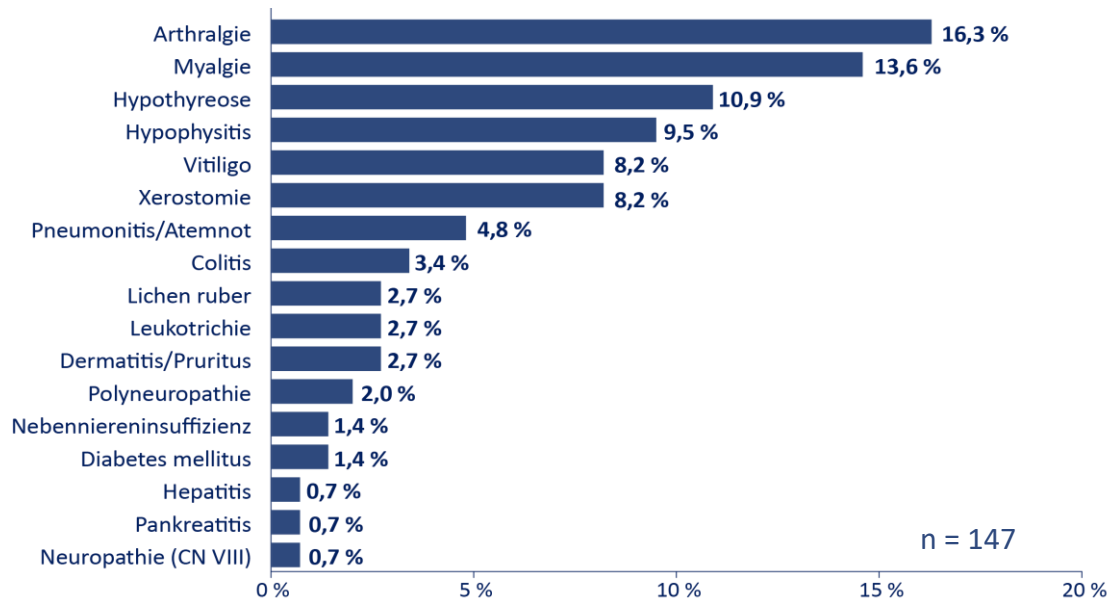
Referenzen: 1. Patrinely JR et al. Chronic Immune-Related Adverse Events Following Adjuvant Anti-PD-1 Therapy for High-risk Resected Melanoma. JAMA Oncol 2021; 7(5): 744–748. 2. Heinzerling L et al. Checkpoint inhibitors – the diagnosis and treatment of side effects. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 119–126. 3. Wolchok JD et al. Overall Survival with Combined Nivolumab and Ipilimumab in Advanced Melanoma. N Engl J Med 2017; 377(14): 1345–1356. 4. Larkin J et al. Five-Year Survival with Combined Nivolumab and Ipilimumab in Advanced Melanoma. N Engl J Med 2019; 381(16): 1535–1546. 5. Warner BM et al. Sicca Syndrome Associated with Immune Checkpoint Inhibitor Therapy. Oncologist 2019; 24(9): 1259–1269. 6. Abu-Sbeih H et al. Clinical characteristics and outcomes of immune checkpoint inhibitor-induced pancreatic injury. J Immunother Cancer 2019; 7(1): 31. 7. Braun DS et al. Subclinical Celiac Disease Unmasked by Immune Checkpoint Inhibitor Therapy. J Immunother 2023; 46(4): 152–153. 8. Touat M et al. Neurological toxicities associated with immune-checkpoint inhibitors. Curr Opin Neurol 2017; 30(6): 659–668. 9. Vigarios E, Sibaud V. Oral mucosal toxicities induced by immune checkpoint inhibitors: Clinical features and algorithm management. Ann Dermatol Venereol 2023; 150(2): 83–88. 10. Panneerselvam K et al. Clinicopathologic Features, Treatment Response, and Outcomes of Immune Checkpoint Inhibitor-Related Esophagitis. J Natl Compr Canc Netw 2021; 19(8): 896–904. 11. Johnson DB et al. Immune-checkpoint inhibitors: long-term implications of toxicity. Nat Rev Clin Oncol 2022; 19(4): 254–267.

2.1.1 Langzeit- und Spätfolgen gängiger Melanom-Systemtherapien

Deutsche Multizenterstudie: Prävalenz und Impact von Immun-Checkpoint-Inhibitor-Langzeitfolgen^{1, 2}

Auswertung von 200 Krebspatienten verschiedener Tumorentitäten (96,5 % davon Melanom) mind. 12 Wochen nach Ende einer Therapie mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren

42 % der Patienten hatten irAEs, die mehr als 12 Wochen nach Ende der Immuntherapie anhielten:



Krebspatienten mit chronischen Nebenwirkungen durch Immun-Checkpoint-Inhibitoren (irAEs):

- Hatten signifikante niedrigere Lebensqualität (QoL)* als Patienten ohne chronische irAEs
- Fühlten sich durch den Verlust an QoL, die irAEs selbst sowie deren Therapien ebenso stark belastet wie ein Vergleichskollektiv von primär Autoimmunerkrankten**
- Fühlten sich im Vergleich zu Patienten ohne chronische irAEs schlecht über potentielle Therapietoxizitäten aufgeklärt (p < 0,001)

* QoL: Lebensqualität (EQ-5D-5L Index und EQ-VAS).

** Vergleichsgruppe: 2.705 Pat. mit verschiedenen Autoimmunerkrankungen.

irAEs: immunvermittelte unerwünschte Ereignisse; **QoL:** Lebensqualität.

Referenz: 1. Schulz TU et al. Untersuchung zu Folgen der Autoimmunität im Hinblick auf Lebensqualität bei Patient*innen mit Checkpoint-Inhibitor-Therapie im Vergleich zu Patient*innen mit Autoimmunerkrankung. Poster auf dem Kongress der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) 2021; 8.–11. September, virtuell. 2. Schulz TU, et al. Persistent immune-related adverse events after cessation of checkpoint inhibitor therapy: Prevalence and impact on patients' health-related quality of life. Eur J Cancer 2022; 176: 88–99.

2.1.1 Langzeit- und Spätfolgen gängiger Melanom-Systemtherapien

Wie könnten wir dem Thema „Langzeitfolgen“ besser gerecht werden?^{1, 2}

In der (Dermato-)Onkologie:

Bewusstsein für Spät- und Langzeitfolgen fördern

- Etwa 42 % der Patienten haben chronische Nebenwirkungen
- irAEs können auch noch Monate nach Beendigung der Therapie auftreten und bleibende Schäden verursachen

Bessere Erfassung von Spät- und Langzeitfolgen

- Z. B. längeres Follow-up von Studienpatienten hinsichtlich Toxizität
- Abfrage von Spät- und Langzeit-Auswirkungen der Tumorthherapie auf den Patienten

Zentrale Dokumentation zum Schaffen einer gemeinsamen Datenbasis

- Dokumentation des langfristigen Outcomes von irAEs bislang lückenhaft
- Dokumentation der ICI-NW in SERIO-Register (Side Effect Registry Immuno-Oncology; www.serio-registry.org)

Im Umgang mit Betroffenen:

Zusammenstellung einer allgemeinen Survivorship-Mappe mit Informationen zu typischen Themen

Individuellen Bedarf/Belastung im ärztlichen Gespräch erheben

- Strukturierte Befragung zu Langzeitfolgen und empfundener Belastung
- Anerkennung der Einschränkung
- Einordnung der Symptome: bleibend, therapierbar, supportive Möglichkeiten, Prognose
- Evaluation: Ist medikamentöse/therapeutische Intervention möglich/nötig?

Unterstützung

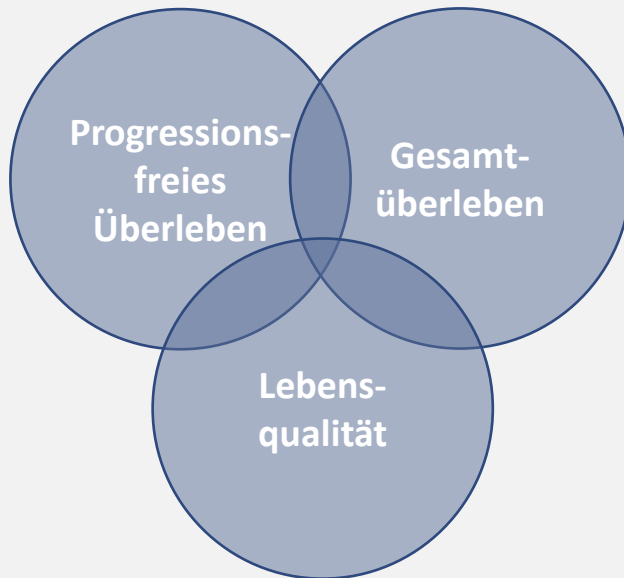
- Medikamentöse und therapeutische Intervention wenn möglich/nötig, z. B. psychoonkol. Support, Ernährungsberatung
- Versorgung mit Symptom-spezifischem Informationsmaterial, z. B. „Siccablatt“, Schulungsmaterial Hypophysitis

Re-Evaluation bei Follow-up

2.1.2 Die adjuvante Therapieentscheidung

Zielsetzung einer Tumorthherapie: Individuell und komplex

Ziele einer Tumorthherapie:



Gewichtung je nach angenommenem Risiko
durch die Tumorerkrankung

Die adjuvante Therapiesituation birgt eine besondere Nutzen-Risiko-Balance:

- **Therapie eines Risikos (Rezidiv) – ohne nachweisbare Erkrankung**
- **Kurativer Ansatz:** *Survivor* haben
 - hohe Lebenserwartung
 - Hoffnung auf „langes und normales Leben“
- **Chronische Nebenwirkungen und Folgeschäden können über Jahrzehnte belasten**

2.1.2. Die adjuvante Therapieentscheidung

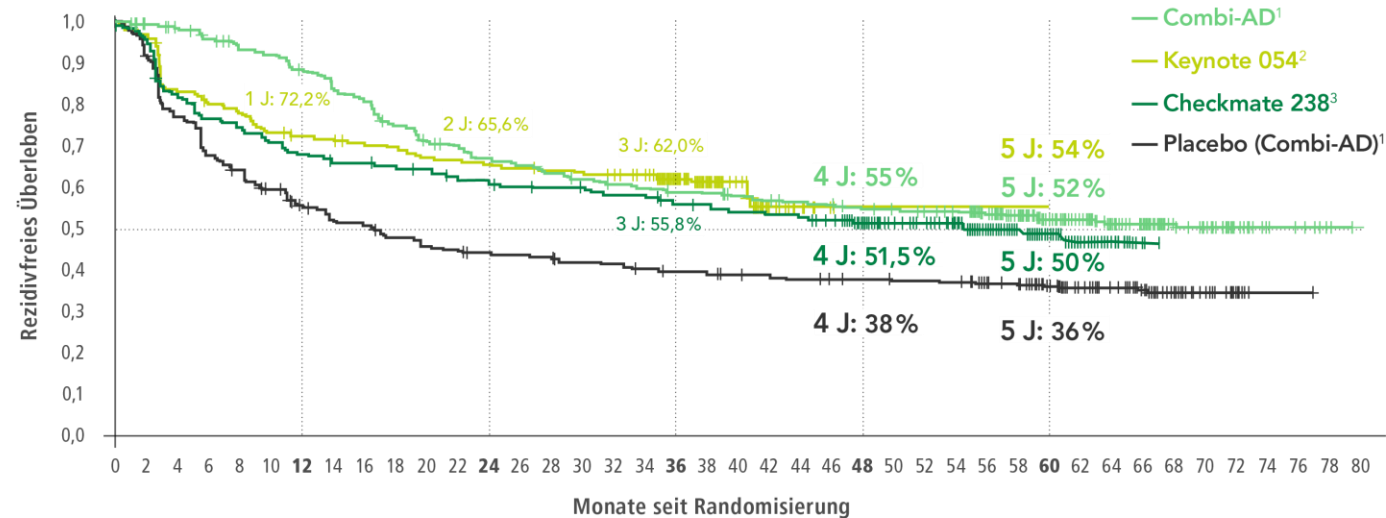
Die Therapieentscheidung von heute prägt die Lebensqualität des *Survivors* von morgen

Zu beachten:

- Ausführliche Patienteninformation zu Therapieoptionen
 - Inkl. Aufklärung über mögliche fatale und lebensverändernde Nebenwirkungen
- Aktive Einbindung des Patienten in die Therapieentscheidung
 - Abwägen zwischen Überlebensvorteil und Therapienachteilen
 - Bei mehreren Therapieoptionen (BRAF+): Immer auch Langzeiteffekte berücksichtigen!
 - Besonders wichtig im kurativen/adjuvanten Setting

Checkpoint- oder BRAF/MEK*-Inhibition:

Rezidivschutz gleichermaßen gewährleistet



Die Substanzen wurden nicht in Head-to-Head-Studien verglichen.

Grafik modifiziert nach Dummer R, et al. 2020, Eggermont AMM, et al. 2020, Eggermont AMM, et al. 2022, Weber J, et al. International Congress of The Society for Melanoma Research 2021.

* Nur für Patienten mit BRAF-Mutation. Derzeitig (Stand 06/2023) ist in dieser Substanzklasse nur die Kombination Dabrafenib und Trametinib adjuvant zugelassen.

Referenzen: 1. Dummer R et al. Five-Year Analysis of Adjuvant Dabrafenib plus Trametinib in Stage III Melanoma. N Engl J Med 2020; 383(12): 1139–1148. 2. Eggermont AMM et al. Longer Follow-Up Confirms Recurrence-Free Survival Benefit of Adjuvant Pembrolizumab in High-Risk Stage III Melanoma: Updated Results From the EORTC 1325-MG/KEYNOTE-054 Trial. J Clin Oncol 2020; 38(33): 3925–3936. 3. Eggermont AMM et al. Five-Year Analysis of Adjuvant Pembrolizumab or Placebo in Stage III Melanoma. NEJM Evid 2022; 1(11). 4. Weber J et al. Poster präsentiert auf dem 18th International Congress of The Society for Melanoma Research (SMR), 28.–31. Oktober 2021.

2.1.3 Lymphödem

Das Lymphödem: Eine häufige Belastung von Melanom-*Survivors*

Lymphödeme stellen *Cancer Survivor* vor **körperliche, funktionale und sozio-ökonomische** Herausforderungen.

Inzidenz beim Melanom wird auf insg. ca. 16 % geschätzt:¹

- je nach Studie 1–66 %
- häufiger bei
 - ausgedehnter LKD vs. SNB
 - LKD im Bereich der unteren Extremität
 - nach Radiatio

NCCN-Empfehlungen zu Screening und Diagnostik²

Anamnese

- Schwellung, Schweregefühl, Völlegefühl
- Häufigkeit/Schweregrad der Schwellungen, Schwellungen, die den Alltag beeinträchtigen
- Schmerz/Unwohlsein
- Bewegungsumfang und Mobilität (z. B. Beugung, Streckung)

Klinische Untersuchung

- Bewegungsumfang
- Muskelleistung
- Durchblutung
- Sensibilität
- Hämodynamische Funktion
- Funktionelle Mobilität

Weitere Diagnostik

- Tumorrezidiv ausschließen
- Überweisung an Lymphologen
- Lymphszintigraphie

LKD: Lymphknotendisektion; SNB: Sentinelknotenbiopsie.

Referenzen: 1. Cormier JN et al. Lymphedema beyond breast cancer: a systematic review and meta-analysis of cancer-related secondary lymphedema. *Cancer* 2010; 116(22): 5138–5149. 2. NCCN Guidelines for Survivorship V1.2023 https://www.nccn.org/login?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf (Zugriff Juni 2023).

2.1.3 Lymphödem

Behandlung: Mitwirkung der Betroffenen ist ausschlaggebend

NCCN-Empfehlungen¹

Überweisung an Physiotherapeuten mit der Zusatzqualifikation Lymph- und Ödemtherapeut für

- **Kompression** (inkl. pneumatische Kompression)
- **Manuelle Lymphdrainage**

Patientenschulung – Patienten sollten hinsichtlich folgender Aspekte geschult werden:

- Zeichen und Symptome einer Infektion
- Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen
- Erhaltung der Hautintegrität
- Kompressionsstrümpfe
- Manuelle Lymphdrainage
- Intermittierende pneumatische Kompression für die Fortführung der Behandlung in der Häuslichkeit

Weitere wichtige Informationen für Patienten:

- Körperliche Aktivität führt nicht zu einer Verschlimmerung der Erkrankung
- Flugreisen, Venenpunktion/Blutentnahmen und Blutdruckmessung führen nicht zu einer Verschlimmerung oder Entwicklung von Lymphödemen
 - Jedoch sollten Venenpunktion und Blutdruckmessung wenn möglich an der Seite des nicht betroffenen Arms durchgeführt werden

2.1.4. Zweitmalignome

***Cancer Survivor* haben ein erhöhtes Risiko für erneute/weitere Krebserkrankungen¹**

Warum?

- Allgemeine „Krebs-Risikofaktoren“, z. B. Rauchen, Alkohol, Übergewicht, Umwelteinflüsse
- Genetik
- Selten: Spätfolge der Krebstherapie, insb. Bestrahlung und systemische Therapien
- Wichtig: Teilnahme am allgemeinen – evtl. intensivierten – Früherkennungsprogramm

Melanom-spezifisch: Inzidenz von Zweitmalignomen der Haut unter/nach BRAF-MEK-Inhibition (lt. Fachinformation):²

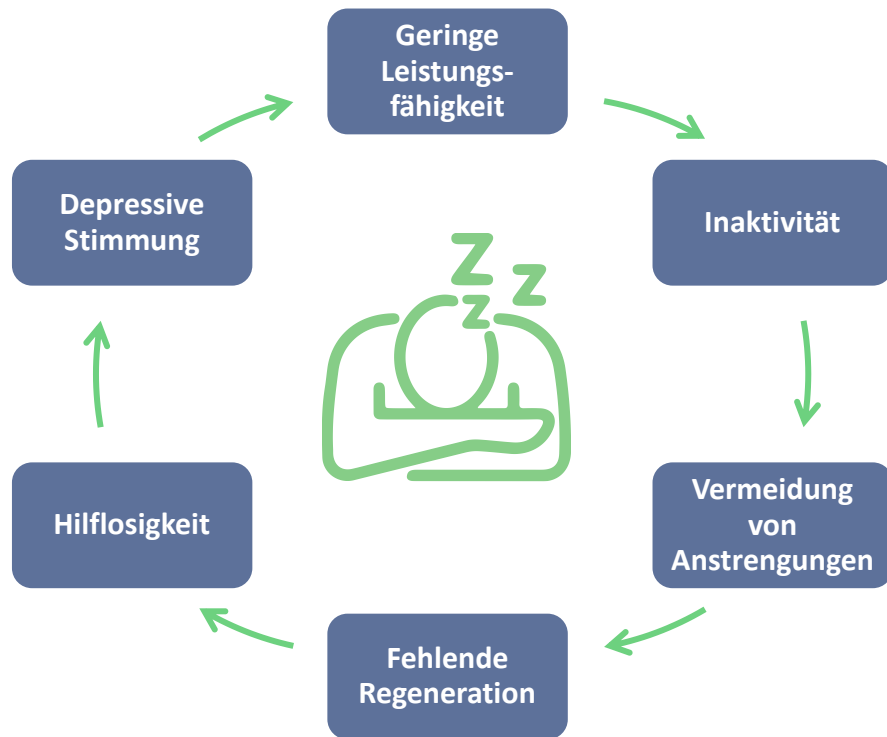
	Dabrafenib/ Trametinib	Encorafenib/ Binimetinib	Vemurafenib/ Cobimetinib
Zweitmelanom	0,1–1 % unter DAB-Mono- und Kombitherapie	4,1 % unter ENCO-Monotherapie	keine Angabe
Plattenepithelkarzinome	1 % unter Kombi-, 10 % unter DAB-Monotherapie	3,3 % unter Kombi-, 7,4 % unter ENCO-Monotherapie	3 % unter Kombi-, 20 % unter VEM-Monotherapie
Basalzellkarzinome	1–10 % unter DAB-Monotherapie	1–10 % unter Kombi-, 0,1–1 % unter ENCO-Monotherapie	1–10 % unter Kombitherapie

DAB: Dabrafenib; ENCO: Encorafenib; VEM: Vemurafenib

2.1.5 Fatigue

Tumor-assoziierte Fatigue (CrF): Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom bei Krebspatienten

CrF setzt einen Teufelskreis in Gang:



Risikofaktoren für CrF:

- Schmerz
- Übelkeit
- vorbestehende depressive Störungen
- andere psychische Störungen und Belastungen

Je stärker die Beschwerden während der Tumortherapie sind, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie auch nach der Behandlung weiter bestehen.

CrF: Cancer-related fatigue.

Referenzen: 1. Horneber M et al. Tumor-assoziierte Fatigue. Deutsches Ärzteblatt 2014; 111 (1).

2.1.5 Fatigue

Screening: Regelmäßige Abfrage von Müdigkeit und Erschöpfung während Behandlung und in der Nachsorge¹



Visuelle Analogskalen erlauben die Abfrage von

- **Intensität von Müdigkeit/Erschöpfung in der vorangegangenen Woche**
(0 = keine Müdigkeit, 10 = stärkste Müdigkeit)
→ Intensität von ≥ 4 als Schwellenwert für weitere Diagnostik
- **Auswirkung von CrF auf verschiedene Lebensbereiche**
→ Werte von ≥ 5 : starke und ernstzunehmende Beeinträchtigung sozialer Funktionen

Differentialdiagnose Depression

- Tumor-assoziierte Fatigue kann sowohl Ausdruck einer (vorbestehenden) Depression sein als auch depressive Störungen nach sich ziehen

2-Fragen-Test zur Differentialdiagnose einer depressiven Erkrankung

1. „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“
2. „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

2.1.5 Fatigue

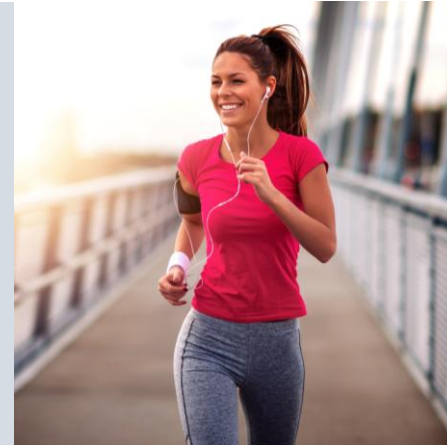
Therapieansätze¹

- Fatigue **so früh wie möglich behandeln** – um Chronifizierung entgegenzuwirken
- **Verknüpfung verschiedener Therapieansätze** – gemäß den individuellen körperlichen, psychischen und kognitiven Beschwerden
- **Nicht-medikamentöse** Behandlungsmöglichkeiten spielen **tragende Rolle**



Kausale und verstärkende Faktoren mindern/ behandeln, z. B.

- Anämie
- Depression
- Schlafstörungen



Vorhandene Kräfte und Ressourcen aktivieren, z. B.:

- Sport und Bewegung,
- kognitive Verhaltenstherapie
- Entspannungstechniken
- Achtsamkeit



Medikamentöse Intervention, z. B.:

- Phytopharmaka (Ginseng)
- Kortikosteroide
- Stimulantien

Kritisch zu bewerten

2.2 Psychosoziale Belastungen

***Survivor* klagen vermehrt über**



Psychosoziale Folgen einer Krebsdiagnose und -therapie resultieren aus dem Zusammenspiel von individuellen Charakteristika der Person, Merkmalen des sozialen Umfelds, Lebensstilfaktoren, Folgen des normalen Alterungsprozesses sowie Langzeit- und verzögert auftretenden Toxizitäten der multimodalen Therapien.

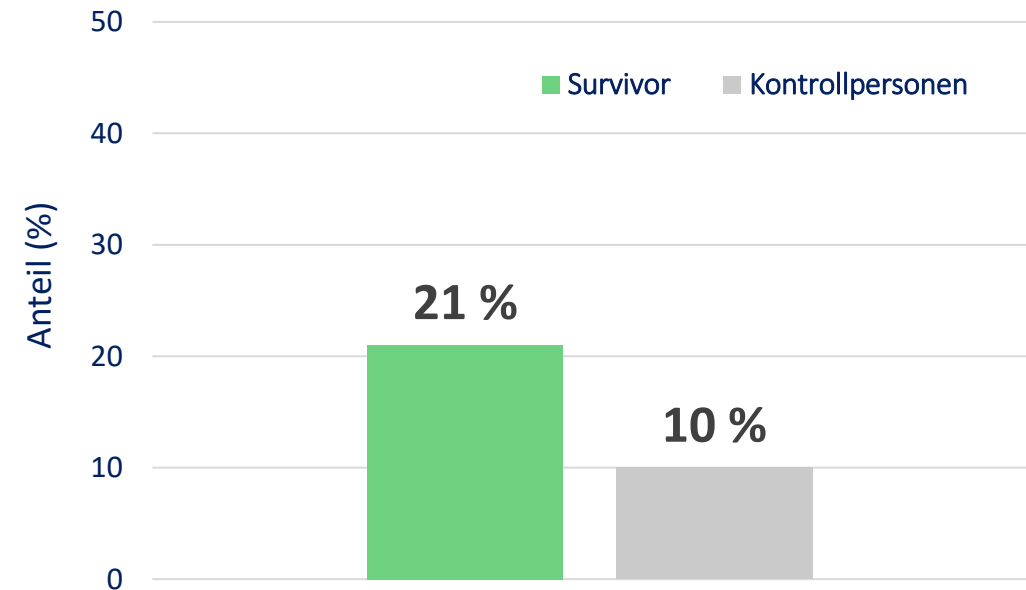
2.2 Psychosoziale Belastungen

Die psychische Belastung von *Cancer Survivors* ist allgemein hoch

Psychische Belastungen^{1, 2}

- **1/3 der Patienten** leidet im Krankheitsverlauf an einer **psychischen Störung**, v. a. Angst- und Anpassungsstörungen
- Die **Hälfte der Patienten** hat hohen **Distress**
- Mit **30–40 %** ist bei Tumorpatienten die **Häufigkeit von depressiven Störungen 2–4 × höher** als in der Allgemeinbevölkerung (6–20 %)
- Bis zu **20 % der Patienten** zeigen eine PTSD-relevante Symptomatik

Jeder 5. nimmt Antidepressiva oder Medikamente gegen Angstzustände (10 J. nach Diagnose, n = 137)³



PTSD: post-traumatic stress disorder.

Referenzen: 1. Mehnert A. Psychosoziale Langzeitfolgen nach erfolgreich behandelter Krebserkrankung. Forum 2014; 29(3): 198–201. 2. Röntgen I et al. Mögliche psychosoziale Langzeitfolgen onkologischer Behandlung. Onkologe 2018; 24: 817–821. 3. Syrjala KL et al. Late effects of hematopoietic cell transplantation among 10-year adult survivors compared with case-matched controls. J Clin Oncol 2005; 23(27): 6596–6606.

2.2 Psychosoziale Belastungen

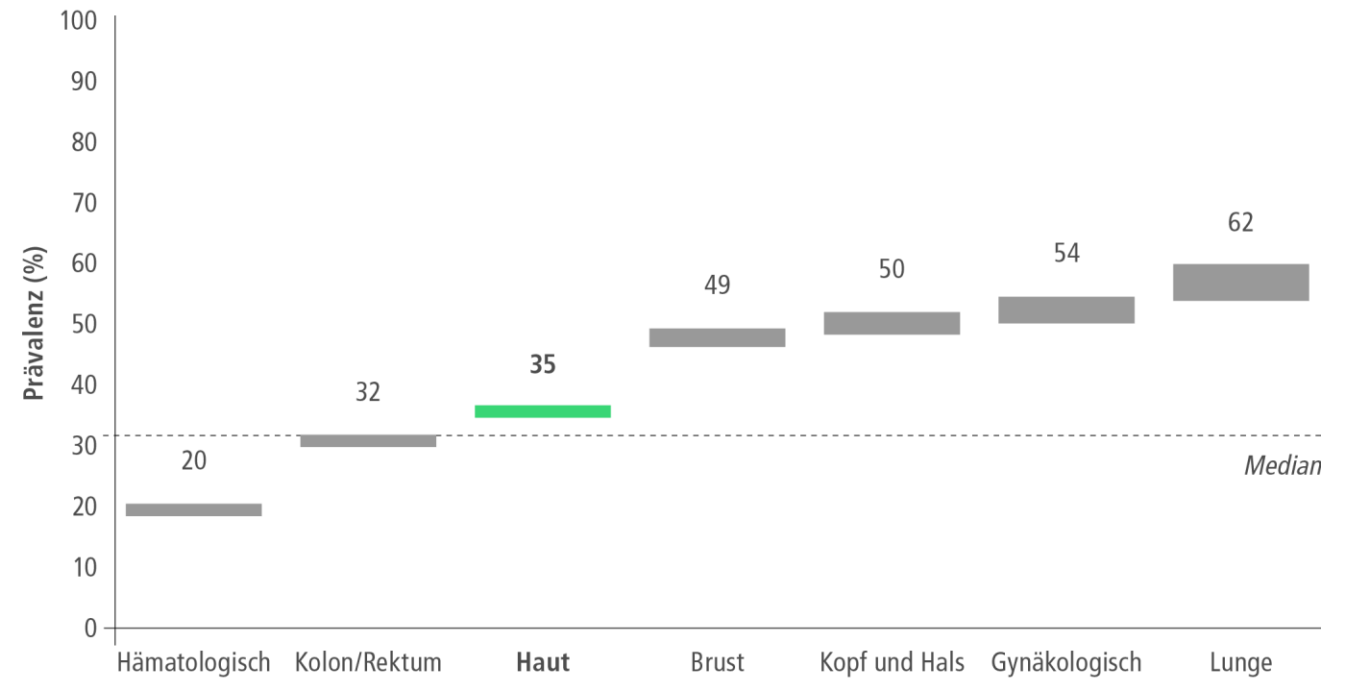
Die Rezidivangst (FCR = fear of cancer recurrence)^{1,2}

Eine der 10 häufigsten Belastungen und der am häufigsten genannte ungedeckte Versorgungsbedarf bei Langzeitüberlebenden¹

- Bleibt im gesamten Verlauf relativ stabil¹
- Ausgeprägte Rezidivangst ist assoziiert mit: jüngerem Alter, Vorliegen von schweren körperlichen Symptomen, psychologischem Stresserleben und einer geringeren Lebensqualität¹
- Folgen: verändertes Gesundheitsverhalten, psych. Erkrankungen, Funktionseinschränkungen im Alltag¹

Therapieansatz: Umgang mit der Angst erleichtern, z. B. Entspannungsverfahren und psycho-onkol. Unterstützung

Prävalenz von klinisch relevanter Rezidivangst in Deutschland²



n = 883 Krebspatienten (im Median 23 Monate nach Erstdiagnose), befragt mittels FoP-Q-SF

FoP-Q-SF: Fear of Progression Questionnaire.

Referenzen: 1. Simard S et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. J Cancer Surv 2013; 7: 300–322. 2. Mehnert A et al. Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. Acta Oncol 2013; 52(6): 1102–1109.

2.2 Psychosoziale Belastungen

Vielfältig: Soziale Belastungen von *Cancer Survivors*

- Konflikte in sozialen Interaktionen
- Fehlende Unterstützung
- Einsamkeit
- Soziale Ausgrenzung
- Kommunikationseinschränkungen
- Probleme am Arbeitsplatz
- Probleme bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Familiäre Belastungen durch Pflegebedürftigkeit



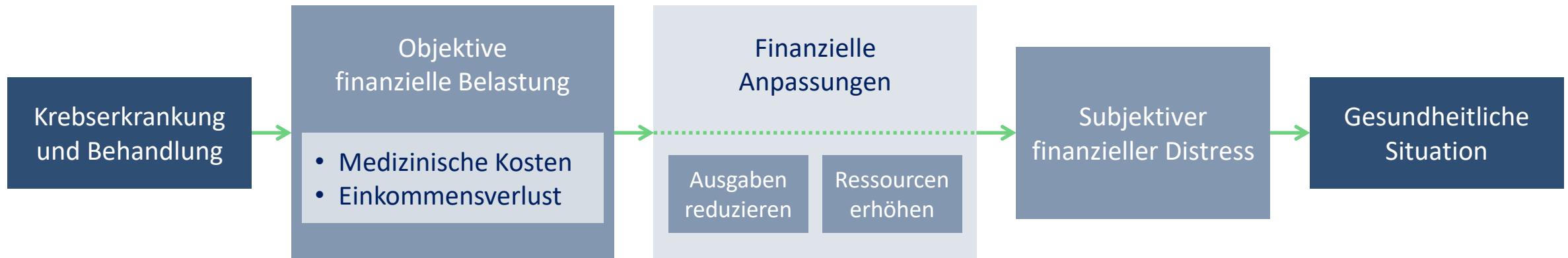
2.3 Ökonomische Langzeitfolgen: Financial Toxicity und Beruf

Finanzielle Toxizität^{1,2}

Die „**finanzielle Toxizität**“ einer Krebserkrankung beschreibt die **Kombination aus objektiven finanziellen Belastungen** (direkte und indirekte Kosten in Zusammenhang mit der Krebsbehandlung sowie Einkommensverluste) und **subjektivem Distress** infolge der Erkrankung

Risikofaktoren^{3,4}

- geringere Schulbildung
- aggressive Tumoren
- mittelschwere oder schwere Arbeit (nach Kriterien der Normalleistung gemäß REFA/ Verband für Arbeitsstudien und Betriebsorganisation e. V.)
- intensive Therapien
- höheres Lebensalter (> 50 Jahre)



2.3 Ökonomische Langzeitfolgen: Financial Toxicity und Beruf

Berufliche (Re-)Integration von Krebserkrankten in DE^{1,2}

- **40–50 % der Krebspatienten** in Deutschland sind **im erwerbsfähigen Alter**¹
 - Beim Melanom: 47 %¹
- **Reintegrationsquoten**
Krebserkrankter liegen in Deutschland **zwischen 60 % und 65 %**³
- **Krebspatienten** haben ein **37 % höheres relatives Risiko, nicht wieder zur Arbeit zurückzukehren** als Patienten nach gutartigen Erkrankungen²

Lohnersatzleistungen im Überblick⁴



- 6 Wochen Lohnfortzahlung durch Arbeitgeber
- maximal 78 Wochen (abzüglich LF und ÜG) in 3 Jahren
- Aussteuerung aus dem „Krankengeld“ nach 78 Wochen! (§ 48 SGB V)
- Überbrückung durch soziale Leistungen bei längerfristiger Arbeitsunfähigkeit
- meist auf 2 Jahre befristete (Teil-) Erwerbsminderungsrente bei längerfristiger (Teil-) Erwerbsunfähigkeit
- besonders hoher Beratungsbedarf und hohes finanzielles Risiko
- bei Erreichen des Rentenalters
- vorgezogene Altersrente bei Schwerbehinderung

2.3 Ökonomische Langzeitfolgen: Financial Toxicity und Beruf

Das Dilemma nach einer Krebserkrankung^{1, 2}



85 % der Tumorpatienten **wünschen** sich nach erfolgreicher Behandlung eine **rasche (Re-)Integration** in „das normale Leben“ und somit auch in die berufliche Tätigkeit

ABER

Ca. **40 %** der Patienten **schätzen** ihre **körperliche und berufliche Leistungsfähigkeit** zu diesem Zeitpunkt als bestenfalls **mittelmäßig ein**¹

Dies führt z. B. zu Schlafstörungen:

- 58 % der Patienten, die unter finanziellen Sorgen leiden, haben Schlafstörungen²
- Kommen Sorgen um den Arbeitsplatz hinzu, steigt der Anteil mit Schlafstörungen auf 100 %²

Cave: sozialer Abstieg!

2.4 Lebensstil und tertiäre Prävention

Tertiärprävention bei Melanom¹⁻⁴

Definition:³

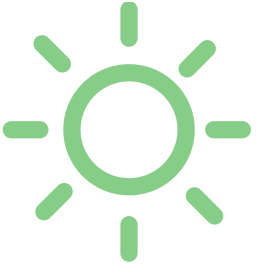
Tertiärprävention bezieht sich auf Maßnahmen, die dazu beitragen sollen, das Wiederauftreten oder Fortschreiten von Melanomen bei bereits diagnostizierten Patienten zu verhindern.

- Wichtige Komponente ist die **regelmäßige Nachsorgeuntersuchung und Selbstuntersuchung**, um Rezidive, Zweitmelanome oder Metastasen so früh wie möglich zu erkennen (körperliche Untersuchungen, Bluttests, bildgebende Verfahren, Biopsien)¹
- Tertiärprävention umfasst auch **Lebensstiländerungen:**⁴
 - Vermeidung von UV-Strahlung
 - regelmäßige körperliche Aktivität
 - gesunde Ernährung
 - Vermeidung von Tabak und Alkohol
- **Psychologische Unterstützung und Beratung** können bei Patienten mit Melanom ebenfalls Teil der Tertiärprävention sein, um die emotionale Belastung und die Angst vor einem Rückfall zu verringern und die Lebensqualität zu verbessern

2.4 Lebensstil und tertiäre Prävention

Sonnenschutz: Empfehlungen¹

Im Arzt-Gespräch zu Hautkrebsprävention sollen folgende Empfehlungen gegeben werden:



- Aufklärung über die Gefährdung durch übermäßige UV-Strahlung
- Motivation zur Verhaltensänderung
- Starke Sonnenstrahlungsexpositionen vermeiden
 - Bei mittlerer und hoher UV-Exposition (UVI 3–7) in der Mittagszeit Schatten suchen
 - Bei sehr hoher UV-Exposition (UV-Index 8 und höher) Aufenthalt im Freien während der Mittagszeit möglichst vermeiden. Wenn dies nicht möglich ist, unbedingt Schatten suchen
 - Ggf. Aktivitäten im Freien in die Morgen- und Abendstunden verlegen
 - Auf jeden Fall einen Sonnenbrand vermeiden
- Schützende Kleidung tragen
- Sonnenschutzmittel benutzen, ohne die Expositionszeit zu verlängern
 - Individuelle Hautempfindlichkeit beachten
 - Über die verschiedenen Hauttypen informieren
- Beratung über individuelle Schutzmaßnahmen in Abhängigkeit vom Hauttyp des Patienten
- Auf mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten in der Sonne achten
- Besonders Säuglinge und Kinder schützen
- Sonnenstudios meiden
- Sonnenbrille tragen

2.4 Lebensstil und tertiäre Prävention

Ernährung: Empfehlungen¹⁻⁴

- Eine **gesunde Ernährung**, die reich an Obst, Gemüse, Vollkornprodukten und magerem Eiweiß ist, kann das Krebsrisiko senken.
- Der Konsum von rotem Fleisch, verarbeiteten Lebensmitteln und alkoholischen Getränken sollte begrenzt werden.
- Zuckerhaltige Getränke sollten vermieden werden.
- Keine Krebs-spezifischen Diäten – gesundes Gewicht halten.

- Studien liefern starke Hinweise darauf, dass eine gesunde Ernährung als Teil eines **umfassenden Präventionsansatzes** dazu beitragen kann, das Krebsrisiko zu senken.
- **Achtung: Gesunde Ernährung und tertiäre Prävention allein** können das Risiko von Krebs und Melanom bzw. einem Rückfall **nicht vollständig beseitigen**. Sie sind jedoch ein wichtiger Teil eines umfassenden Ansatzes zur Vorbeugung und Behandlung sowie in der Rezidivprävention von Krebs und Melanom.



Angebote zum Thema Ernährung und gesunder Lebensstil sind in Kapitel 3.3 „Versorgungsangebote für Melanom-Survivors“ zu finden

2.4 Lebensstil und tertiäre Prävention

Studien bestätigen: Körperliches Training während der Akutphase und in der Nachsorge empfehlenswert^{1–4}

Zeitnahe Einbindung der Bewegungstherapie

→ Reduktion eines Bewegungsmangels sowie therapieassoziiertes Nebenwirkungen und Ängste

Starke Evidenz:

- Körperliche Aktivität und Bewegung können psychische Parameter, Lymphödeme sowie die allg. körperliche Funktion verbessern

Moderate/schwache Evidenzen:

- Knochengesundheit und Vorbeugen einer Therapie-induzierten Polyneuropathie

- Frühzeitige Aufklärung über den Nutzen der körperlichen Aktivität durch das Fachpersonal schon in der Klinik mit Durchführung ergänzend zur Therapie
- Konkrete Bewegungsempfehlungen: „*Exercise Guidelines for Cancer Survivors*“²

2.4 Lebensstil und tertiäre Prävention

Das Gesundheitsverhalten von *Cancer Survivors*: Analysen aus 2007 und 2017 deuten wenig positive Veränderung an

2007

Analyse basierend auf einer Telefonumfrage in den USA mit 619 *Cancer Survivors* im Rahmen der Health Information National Trends Survey (HINTS) 2003¹

- **82 %** essen weniger als 5 Einheiten Gemüse/Obst pro Tag
- **58 %** sind übergewichtig
- **55 %** treiben nicht regelmäßig Sport
- **36 %** berichteten über eingeschränkten oder schlechten Gesundheitszustand
- **23 %** sind Raucher
- **< 10 %** berichten über einen gesunden Lebensstil und sind normalgewichtig

2017

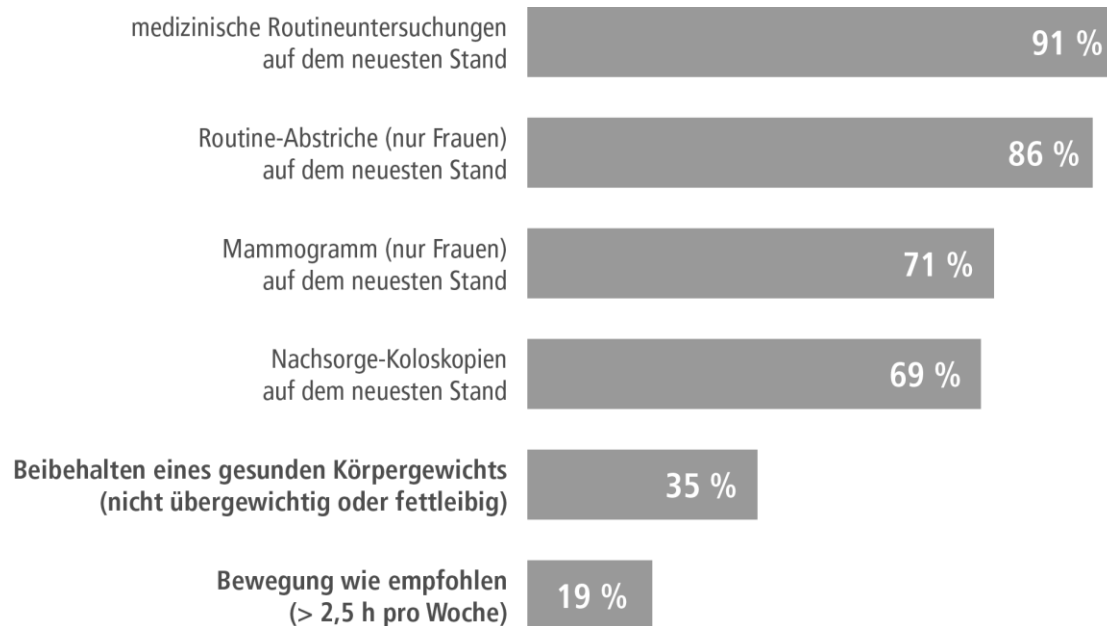
Analyse basierend auf Krebsregisterdaten aus Babol (Nordiran) von 157 Dickdarmkrebs-*Survivors* aus den Jahren 2007–2013²

- **89 %** keine körperliche Aktivität
- **87 %** essen nicht ausreichend Gemüse und Obst
- **15 %** rauchen auch nach der Diagnose

2.4 Lebensstil und tertiäre Prävention

Spielraum für Verbesserung! Gesundheitsverhalten in der Nachsorge – und darüber hinaus

Erhebung von Nachsorgepatienten in den USA¹



Adhärenz zu Lebensstilveränderungen

Erhebung an 9.105 *Cancer Survivors* in den USA in 2008²

Krebsart	Körperliche Aktivität (%)	Ausreichend Obst/Gemüse (%)	Nicht-Rauchen (%)
Brust (n = 2.885)	37,1	18,2	88,1
Prostata (n = 2.226)	43,2	15,6	91,6
Kolorektal (n = 1.918)	35,0	15,9	91,3
Blase (n = 586)	36,0	16,3	82,6
Gebärmutter (n = 729)	29,6	19,1	91,1
Melanom (n = 761)	47,3	14,8	89,0

3. Versorgung der *Cancer Survivors* in Deutschland

3. Versorgung der *Cancer Survivors* in Deutschland

1. Survivorship-Programme
2. Anschlussheilbehandlung (AHB)/Rehabilitation
3. Versorgungsangebote für Melanom-Survivors

3.1 Survivorship-Programme

Die Versorgung der Melanom-Survivors in DE: Es gibt noch viel zu tun!

Der Bedarf:

„Es braucht zielgerichtete Unterstützung für Menschen nach einer Krebserkrankung in Kombination mit der medizinischen Nachsorge einer Krebserkrankung!“

PD Dr. med. Georgia Schilling, Asklepios Tumorzentrum Hamburg, Oberärztin und Asklepios Nordseeklinik Westerland, Chefärztin onkologische Rehabilitation

Die Realität heute:¹

„Es gibt bei uns noch keine Angebote oder Programme, die auf Überlebende einer (Haut-)Krebserkrankung zugeschnitten sind. Derzeit sind wir uns selbst überlassen, unsere Nachsorge irgendwie zu koordinieren, mit Spätfolgen oder Langzeitnebenwirkungen zurechtzukommen, oder etwa psychoonkologische Hilfe zu finden.“

Katharina Kaminski, Melanom Info Deutschland – MID e.V.

3.1 Survivorship-Programme

Ziel von Survivorship-Programmen:¹

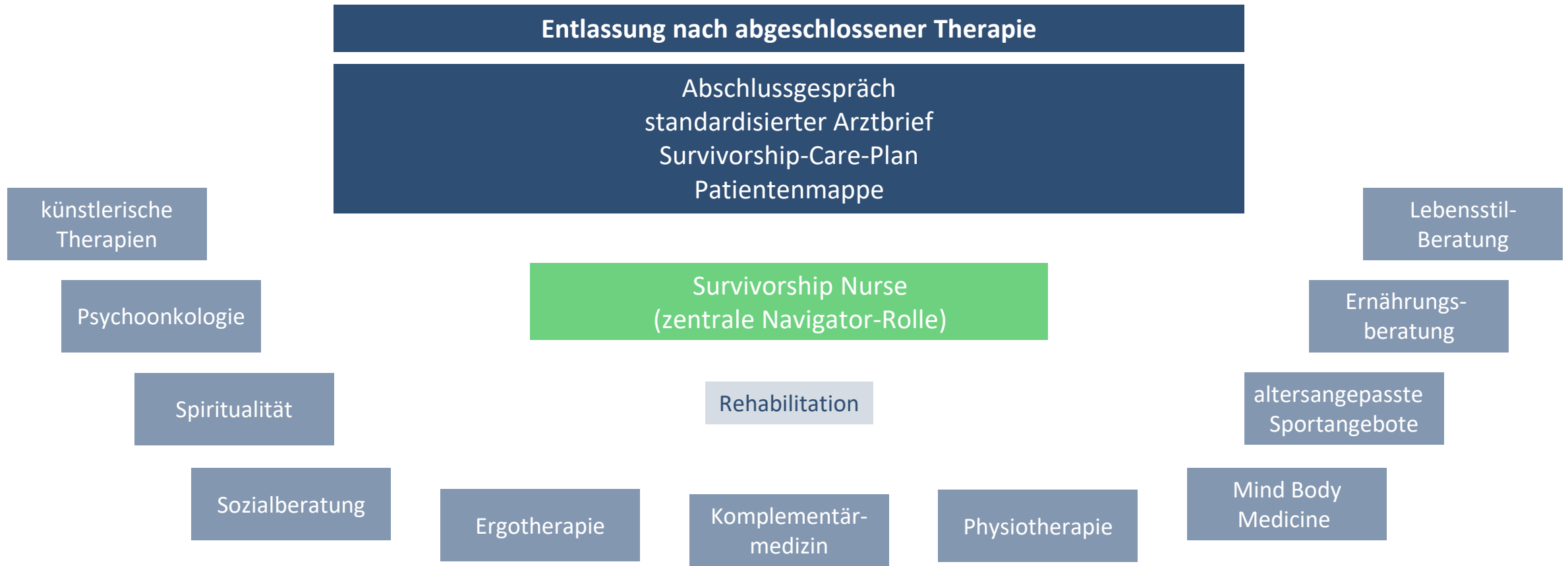
„Die übergeordnete Zielsetzung von Survivorship-Programmen ist es, Patienten nach Ende der akutmedizinischen Behandlung im Übergang von der Phase der Erkrankung und Behandlung zur Phase des Langzeitüberlebens zu begleiten und sie hinsichtlich des jeweiligen individuellen Beratungs- und Behandlungsbedarfes bestmöglich zu versorgen, um die mittel- und langfristigen Auswirkungen von Erkrankung und Behandlung so weit wie möglich zu verringern.“

Vgl. auch Institute of Medicine and National Research Council 2006

„From cancer patient to cancer survivor: lost in transition“²

3.1 Survivorship-Programme

Survivorship-Programm – so könnte es aussehen¹



3.2 Anschlussheilbehandlung (AHB)/Rehabilitation

Ein bestehendes Angebot für *Survivor*: Die „Reha“

Zahlreiche Rehabilitationskliniken in Deutschland bieten eine stationäre Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung nach Krebserkrankung an.

Infos dazu finden Sie z. B. auf:#

- <https://www.rehakliniken.de/krankheiten/hautkrebs>
- <https://www.qualitaetskliniken.de/reha/rehakliniken/hautkrebs>
- <https://www.reha-hilft-krebspatienten.de/>

Barthel-Index:¹

- Verfahren zur systematischen Erfassung der Fähigkeit grundlegender Alltagsfunktionen
- Bewertung von 10 unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen durch Arzt oder Pflegepersonal

Wichtig:

Reha-Maßnahmen werden nur erbracht, wenn die betreffende Person **Reha-bedürftig** und **Reha-fähig** ist.

Beides wird durch **sozialmedizinische Begutachtung** ermittelt.

- **Reha-Bedürftigkeit:** Der Versicherte kann den beruflichen Anforderungen behinderungsbedingt nicht entsprechen.
- Die **Reha-Fähigkeit** setzt eine hinreichende Belastbarkeit und Motivation für die geplante Maßnahme voraus (i. d. R. Barthel-Index ≥ 80 , Gehstrecke = 450 m, KG < 130 kg).
- **Reha-Potential:** Funktionseinschränkungen können durch eine Reha-Maßnahme beseitigt bzw. verbessert werden.

3.2 Anschlussheilbehandlung (AHB)/Rehabilitation

Rehakonzept für *Survivor* und Langzeitüberlebende in der Dermatatoonkologie¹

- 3- bis 4-wöchiger Aufenthalt
- Strukturiertes Rehabilitationsprogramm



Schwerpunkte:

- Psycho-Onkologie
- Aktivierende Bewegungstherapie
- Entspannungstherapie
- Sozialmedizinische Betreuung zur Resozialisierung
- Post-Rehabilitation-Nachsorgeprogramme (IRENA, T-RENA, PsyRENA)



Module:

- Edukation Krankheitsbild
- Psychologische Edukation Fatigue
- Psycho-Onkologie (Einzeltherapie, Gruppentherapie)
- Alltagsbewältigung
- Entspannungstherapie
- Screening/Therapieeinstellung Innere Medizin (u. a. Endo-krinologie)
- Krankengymnastik und physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Schmerztherapie
- Ernährungstherapie
- Sozialdienst und Resozialisierung
- Neuplanung/Wiedereinstieg berufliche Laufbahn

- Strukturierte Nachsorgeprogramme



- **IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge):**

1. Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie
2. Klinische Psychologie, Arbeitstherapie, Klinische Sozialarbeit
3. Information/Schulung/Motivation/Ernährungsmedizin

- **T-RENA (Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge):**

- Medizinische Trainingstherapie

- **Rehabilitationssport und Funktionstraining**

- **Digitale Rehabilitations-Nachsorge**

- Caspar Plattform
- EvoCare Telemedizin

- **PsyRENA (Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge)**

IRENA: Intensivierte Rehabilitationsnachsorge; **PsyRENA:** Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge; **T-RENA:** Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge.

Referenzen: 1. Mit freundlicher Genehmigung von PD Dr. med. Athanasios Tsianakas, Fachklinik Bad Bentheim, Chefarzt Dermatologie.

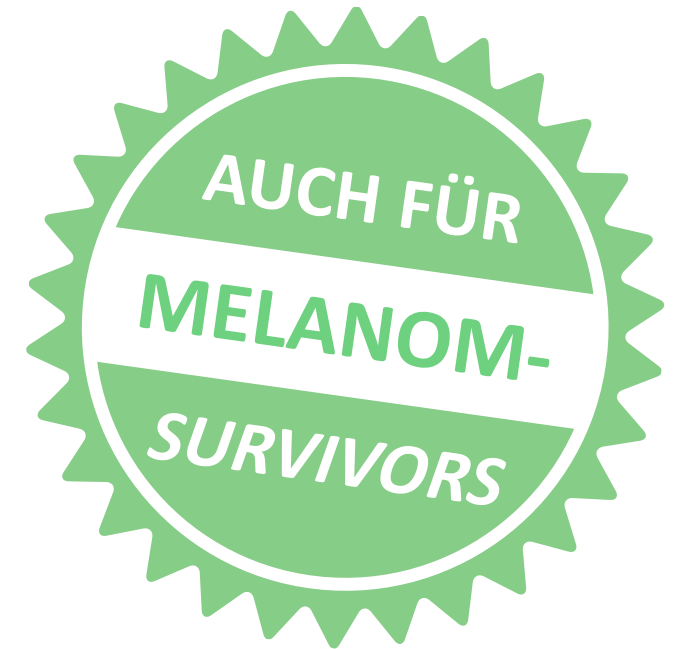
3.3 Versorgungsangebote für Melanom-Survivors

Beispiel eines speziellen Versorgungsangebots:¹

„Leben nach Krebs Sprechstunde“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

- Nachsorge der Krebserkrankung
- Früherkennung
- Langzeitnebenwirkungen
- Lebensstil-Beratung inkl. Ernährungsberatung
- Psychosoziale Begleitung in Kooperation mit der medizinischen Psychologie
- Junge Erwachsene/Care for CAYA (15–39 Jahre)

Für alle Patienten nach einer Krebserkrankung.



3.3 Versorgungsangebote für Melanom-Survivors

Das Angebot an Informationen und Ansprechpartnern ist vielfältig – und nicht einfach zu navigieren!

1. Allgemeine Informationen

Survivorship und das Leben nach Krebs

ESMO Patientenleitlinienprogramm

<https://www.esmo.org/content/download/140393/2569652/1/ESMO-Patientenratgeber-Survivorship.pdf>

Wie mit Spätfolgen von Krebs umgehen?

DKFZ/Krebsinformationsdienst

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/iblatt-krebs-langzeit-ueberleben.pdf>

Melanom und Nachsorge

Leben-mit-Hautkrebs.de

https://prod.leben-mit-hautkrebs.de/sites/leben_mit_hautkrebs_de/files/2020-09/Broschuere-Nachsorge.pdf

2. Unterstützung bei praktischen Problemen

„Alltagshilfen“

(Fahrtkosten, Schwerbehinderung, Vollmacht und Vorsorge, Hautkrebs als Berufskrankheit)

Infoportal Hautkrebs

<https://www.infoportal-hautkrebs.de/alltag-mit-hautkrebs>

„Arbeiten mit einer Krebserkrankung“

DKFZ/Krebsinformationsdienst

<https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/arbeiten-mit-krebs.php>

„Mobil bleiben und Krebs“ (Auto, Bus, Rad & Urlaub)

DKFZ/Krebsinformationsdienst

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/iblatt-auto-fahren-bei-krebs.pdf>

„Sozialrecht und Krebs: Wer ist wofür zuständig?“

(Erwerbsminderung, beruflicher Wiedereinstieg, Rente, Versicherung)

DKFZ/Krebsinformationsdienst

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/iblatt-sozialrecht.pdf>

Sozialleistungen bei Krebs

(Krankenversicherung gesetzlich/privat, Pflegeversicherung, Rehabilitation, Schwerbehinderung)

Deutsche Krebshilfe

https://www.krebshilfe.de/infomaterial/Blaue_Ratgeber/Sozialleistungen-bei-Krebs_BlaueRatgeber_DeutscheKrebshilfe.pdf

Information zum Antrag Schwerbehindertenausweis und Nachteilsausgleich

Familienratgeber.de

<https://www.familienratgeber.de/schwerbehinderung.php>

Anschlussheilbehandlung (AHB) und onkolog. Rehabilitation nach Melanom (Anspruch und Antragsstellung)

Infoportal Hautkrebs

<https://www.infoportal-hautkrebs.de/alltag-mit-hautkrebs/basisinformationen/rehabilitation>

Infoportal zur onkologischen Rehabilitation

(Reha-Antrag, Verzeichnis Rehakliniken)

Reha hilft Krebspatienten

<https://www.reha-hilft-krebspatienten.de>

3.3 Versorgungsangebote für Melanom-Survivors

Das Angebot an Informationen und Ansprechpartnern ist vielfältig – und nicht einfach zu navigieren!

3. Unterstützung bei familiären und sozialen Problemen

Unterstützung für Angehörige und Partner

Leben-mit-Hautkrebs.de

https://www.leben-mit-hautkrebs.de/sites/leben_mit_hautkrebs_de/files/2020-09/broschuere-partner.pdf

„Sexualität und Krebs“

DKFZ/Krebsinformationsdienst

<https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/sexualitaet.php>

„Kinderwunsch nach Krebs“

DKFZ/Krebsinformationsdienst

<https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/kinderwunsch/kinderwunsch-index.php>

Deutsche Krebshilfe

https://www.krebshilfe.de/infomaterial/Blaue_Ratgeber/Kinderwunsch-und-Krebs_BlaueRatgeber_DeutscheKrebshilfe.pdf

Unterstützung für Kinder krebskranker Eltern

Flüsterpost e.V.

06131 5548-798

info@kinder-krebskranker-eltern.de

<https://kinder-krebskranker-eltern.de>

4. Unterstützung bei psychischen Problemen (Betroffene und Angehörige)

Umgang mit psychosozialen Belastungen

Infoportal Hautkrebs

<https://www.infoportal-hautkrebs.de/alltag-mit-hautkrebs/psychoonkologie>

Patientenorganisationen/Selbsthilfegruppen deutschlandweit

Melanom Info Deutschland – MID e.V.

<https://www.melanominfo.com>

Hautkrebs-Netzwerk Deutschland e.V. (HKND)

<https://hautkrebs-netzwerk.de>

Überblick regionaler Selbsthilfegruppen

Infoportal Hautkrebs

<https://www.infoportal-hautkrebs.de/alltag-mit-hautkrebs/basisinformationen/selbsthilfegruppen/ueberblick>

Überblick virtueller Selbsthilfegruppen

Infoportal Hautkrebs

<https://www.infoportal-hautkrebs.de/alltag-mithautkrebs/basisinformationen/selbsthilfegruppen/ueberblick>

Finder regionaler Krebsberatungsstellen

DKFZ/Krebsinformationsdienst

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/adressen/krebsberatungsstellen.php>

Seelsorge am Telefon

Mein Krebs, mein Weg

<https://mein-krebs-mein-weg.de/aktuelles/seelsorge-telefon-krebs/>

Infonetz Krebs – Deutsche Krebshilfe

0800 80708877 (Montag–Freitag von 8 bis 17 Uhr, kostenlos)

Krebsinformationsdienst

0800 4203040 (täglich von 8 bis 20 Uhr, kostenlos)

Telefonseelsorge

0800 1110111 | 0800 1110222 (durchgehend erreichbar, kostenlos)

3.3 Versorgungsangebote für Melanom-Survivors

Das Angebot an Informationen und Ansprechpartnern ist vielfältig – und nicht einfach zu navigieren!

5. Unterstützung bei körperlichen Problemen

Fatigue/Chronische Erschöpfung

Deutsche Krebshilfe

https://www.krebshilfe.de/infomaterial/Blaue_Ratgeber/Fatigue-Chronische-Muedigkeit-bei-Krebs_BlaueRatgeber_DeutscheKrebshilfe.pdf

Nebenwirkungen bei/nach Krebs

DKFZ/Krebsinformationsdienst

https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/belastende-symptome/index.phpbei-Krebs_BlaueRatgeber_DeutscheKrebshilfe.pdf

Ernährung bei Krebs

Deutsche Krebshilfe

https://www.krebshilfe.de/infomaterial/Blaue_Ratgeber/Ernaehrung-bei-Krebs_BlaueRatgeber_DeutscheKrebshilfe.pdf

Eat what you need e.V.

<https://www.was-essen-bei-krebs.de/>

Bewegung und Sport bei Krebs

DKFZ/Krebsinformationsdienst

<https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/sport-nach-krebs.php>

Kontakte und Anlaufstellen

Bundesweit

Melanom Info Deutschland e.V.

Tel.: 0178 7213982

info@melanominfo.com

www.melanominfo.com

Hautkrebs-Netzwerk Deutschland e.V. (HKND)

www.hautkrebs-netzwerk.de

Infoportal Hautkrebs

Tel.: 06894 388130

info@nvkh.de

www.infoportal-hautkrebs.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Tel.: 030 32293290

service@krebsgesellschaft.de

www.krebsgesellschaft.de

DKFZ/Krebsinformationsdienst

Tel.: 0800 4203040 (*kostenfrei*)

krebsinformationsdienst@dkfz.de

www.krebsinformationsdienst.de

Bundesweit

Deutsche Krebshilfe

Tel.: 0800 80708877 (*kostenfrei*)

krebshilfe@infonetz-krebs.de

www.krebshilfe.de

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Tel.: 030 280930560

info@junge-erwachsene-mit-krebs.de

<https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/>

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Tel.: 030 9210580-0

www.vdk.de

Regional

Landeskrebsgesellschaften

<https://www.krebsgesellschaft.de/landeskrebsgesellschaften.html>

Regionale/örtliche Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen

<https://www.infoportal-hautkrebs.de/alltag-mit-hautkrebs/basisinformationen/selbsthilfegruppen/ueberblick>

Regionale/örtliche Krebsberatungsstellen

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/adressen/krebsberatungsstellen.php>

3.3 Versorgungsangebote für Melanom-Survivors

Unterstützungsangebot: Ein Nachsorge-Tool für Ihre Survivor-Betreuung

Zweiteiliges Tool zur Abfrage von Survivorship-Facetten bei Melanom-Betroffenen und für ein individualisiertes Unterstützungsangebot



Teil 1: Belastungsthermometer – zum Ausfüllen durch Betroffene und Besprechung in der Sprechstunde



Teil 2: Auflistung geeigneter Unterstützungsangebote – zur Abgabe an Betroffene nach Diskussion

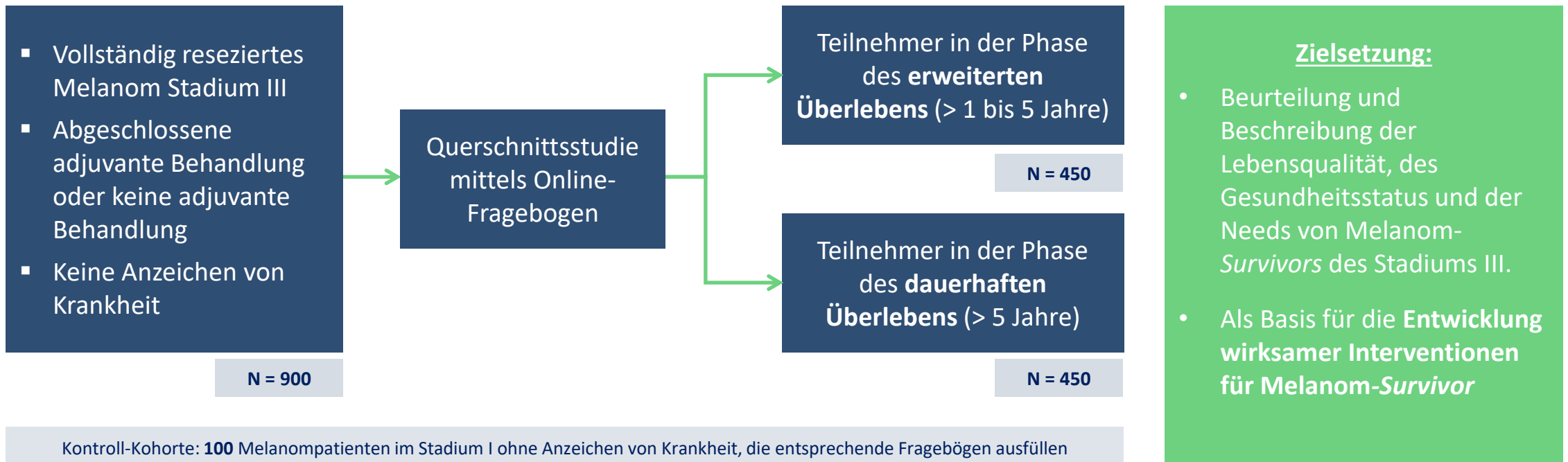


Erläuterungen für das Behandlungsteam

3.3 Versorgungsangebote für Melanom-*Survivors*

Versorgungsforschung: Die MESSAGE-Studie

*M*elanoma *S*urvivor*S*hip cross-section*A*l study in *G*ermany



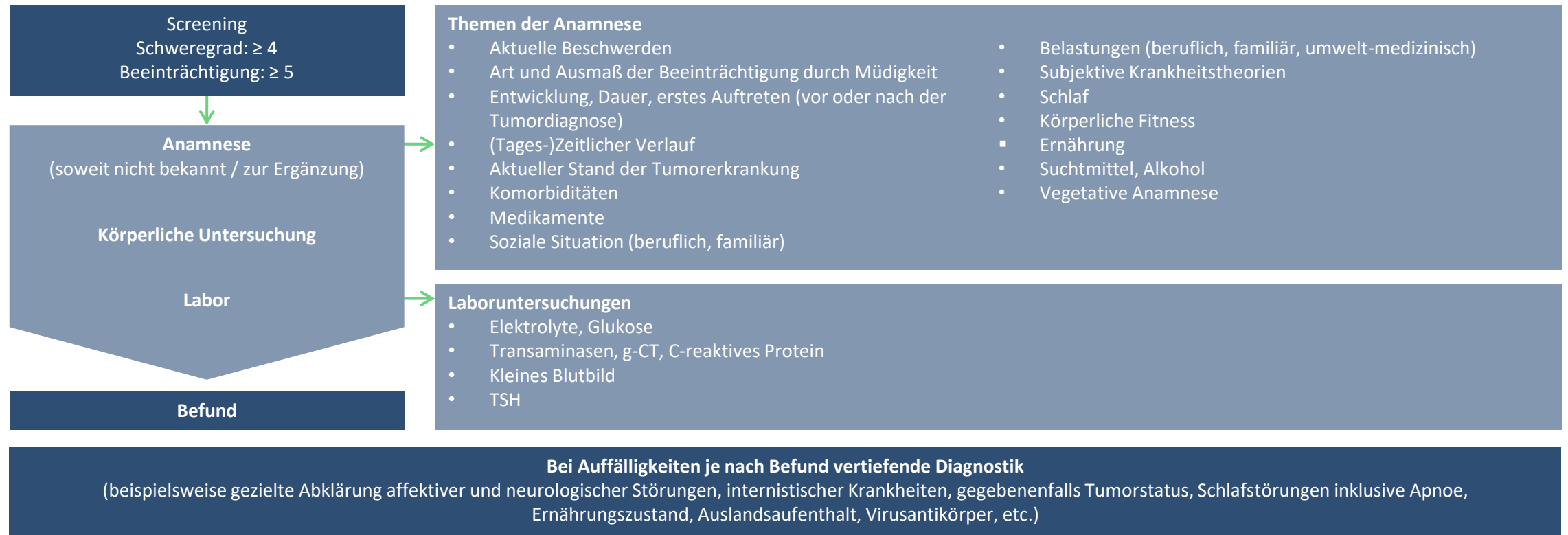
Teilnahme unter: <https://survivorship-melanom.psm-essen.de>

4. Appendix

Zusatzinfo Fatigue

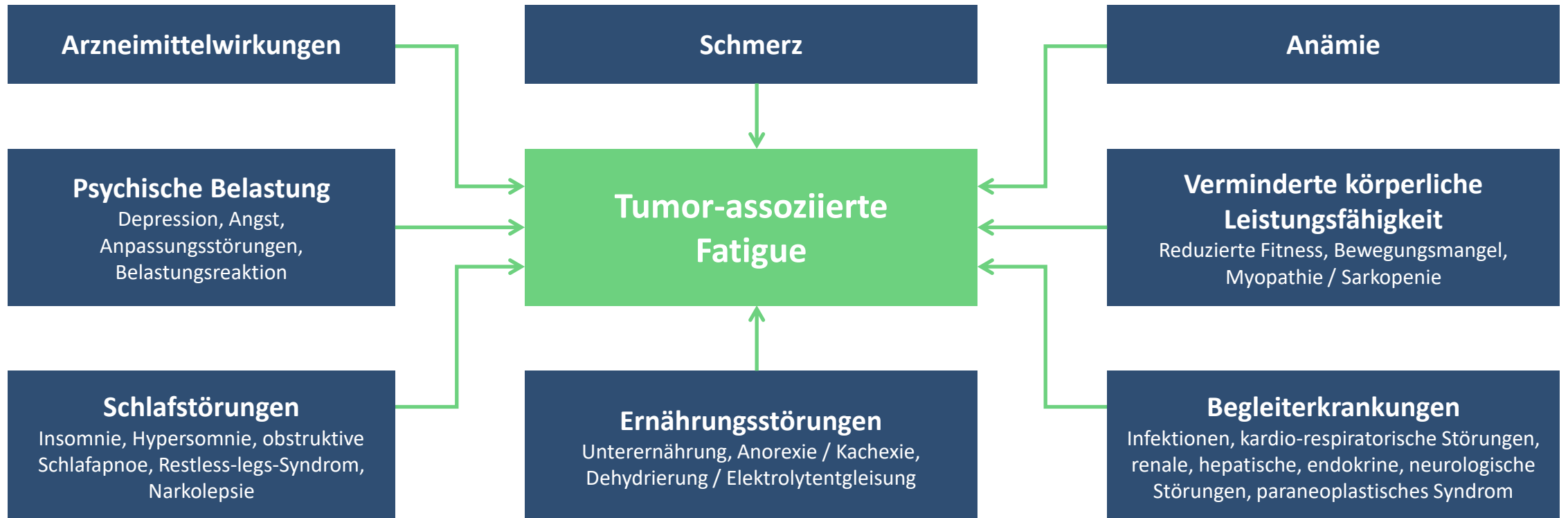
4.1 Zusatzinfo Fatigue

(Differential-)Diagnose¹



4.1 Zusatzinfo Fatigue

Einflussfaktoren^{1, 2}



4.1 Zusatzinfo Fatigue

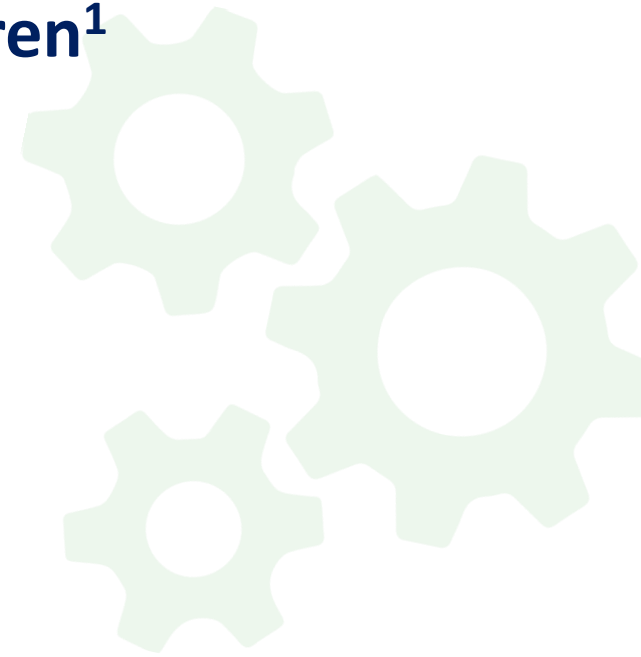
Mögliche pathophysiologische Faktoren¹

Dysregulation inflammatorischer Zytokine

Störung hypothalamischer Regelkreise

Veränderungen im serotoninergen System

Störung der zirkadianen Melatoninsekretion



Genpolymorphismen für Regulationsproteine

4.1 Zusatzinfo Fatigue

Therapieansätze¹

Therapieziele:

- Kausale und verstärkende Faktoren mindern
- Hilfen für Umgang mit Beschwerden und Belastungen geben
- Vorhandene Kräfte und Ressourcen aktivieren

Grundsätzliches:



Fatigue so früh wie möglich behandeln.

Insb. wenn Fatigue bereits während Akuttherapie der Tumorerkrankung besteht, um Chronifizierung entgegenzuwirken.



Verknüpfung verschiedener Therapieansätze.

Gemäß den individuellen körperlichen, psychischen und kognitiven Beschwerden.



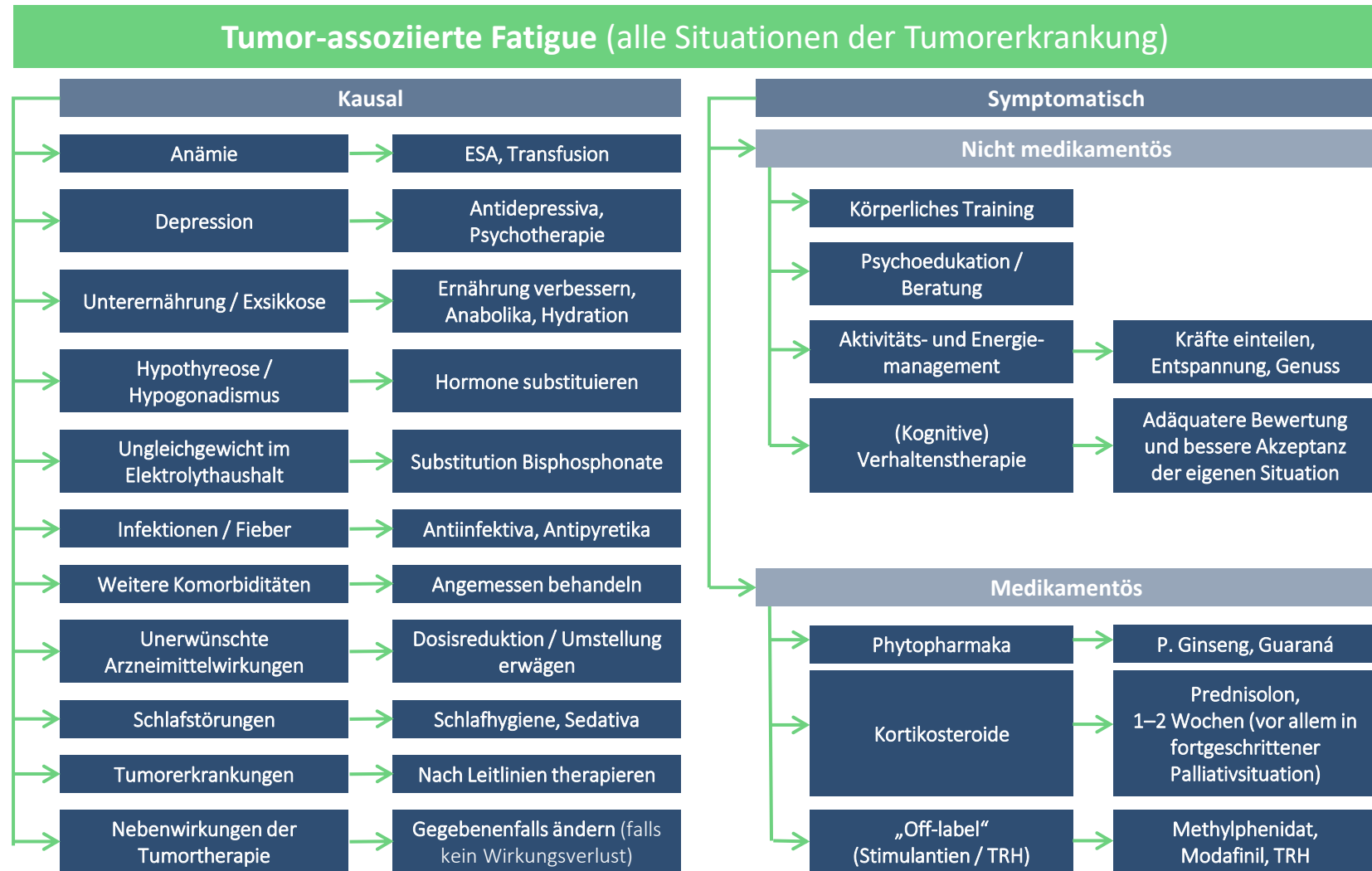
Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten spielen tragende Rolle.

Überzeugende Datenlage für

- Sport / Bewegung
- Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie
- Aktivitäts- und Energiemanagement
- Entspannungstechniken, Achtsamkeit

4.1 Zusatzinfo Fatigue

Therapieoptionen im Überblick



4.1 Zusatzinfo Fatigue

Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten¹

Intervention	Inhaltliche Gestaltung
Sport / Bewegung	Mehrmals wöchentliches Ausdauer- und Krafttraining bei moderater Belastungsintensität, je 30–45 min, langsame Steigerung der Intensität, individuelle Anpassung der Übungen, fachkundige Anleitung wünschenswert (bei Krafttraining erforderlich)
Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie	Gezielte Beratung / Information über CrF, Entlastung der Patienten, Identifikation adaptiver und maladaptiver Einstellungen, Abbau von Ängsten, Hilfen beim Umgang mit Stress und erlebten Belastungen, Förderung aktiver problemzentrierter Verarbeitungsstrategien, Erlernen von Kontrollmöglichkeiten
Aktivitäts- und Energiemanagement	Einteilen von Kräften, Aufgabenplanung, Einlegen von Pausen und Ruhephasen, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung
Entspannungstechniken, Achtsamkeit	Progressive Muskelrelaxation, achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR)



Effektives Training

Für ein effektives Training sollte die Intensität bei einem Puls von 70–80 % der maximalen Herzfrequenz liegen. Ein Leitsatz hierfür ist: „**Laufen, ohne zu schnaufen**“

4.1. Zusatzinfo Fatigue

Fatigue: Therapie – Sport und Bewegung^{1–4}



Ausdauertraining

- verbessert signifikant die **Fatigue**



Krafttraining

- verbessert signifikant die **körperliche Fatigue**
- schwächere Effekte auf **kognitive** und **emotionale Fatigue**

Mehrmals wöchentlich 30–45 min pro Trainingseinheit bei moderater Belastungsintensität⁵

4.1 Zusatzinfo Fatigue

Therapie – Ganzheitliche Ansätze¹⁻⁴

Yoga¹

- verbessert Fatigue und Vitalität und reduziert Entzündungsparameter (anti-inflammatorische Wirkung) bei Brustkrebspatienten
- Frequenz: 2 Sitzungen à 90 min pro Woche über 3 Monate
- keine Auswirkung auf Depression

Qi Gong^{2,3}

- verbessert signifikant Fatigue bei Brustkrebspatienten
- verbessert nicht die Depression

Achtsamkeitsmeditation (MBSR)⁴

- reduzierte Fatigue in einer randomisiert kontrollierten Pilotstudie
- Wirkungen nach 6 Monaten immer noch stabil

MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction.

Referenzen: **1.** Kiecolt-Glaser JK et al. Yoga's impact on inflammation, mood, and fatigue in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2014; 32 (10): 1040–1049. **2.** Larkey LK et al. Randomized controlled trial of Qigong/Tai Chi Easy on cancer-related fatigue in breast cancer survivors. *Ann Behav Med* 2015; 49 (2): 165–176. **3.** Chen Z et al. Qigong improves quality of life in women undergoing radiotherapy for breast cancer: results of a randomized controlled trial. *Cancer* 2013; 119(9): 1690–1698. **4.** Johns SA et al. Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors. *Psychooncology* 2015; 24(8): 885–893.

4.1 Zusatzinfo Fatigue

Fatigue: Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten^{1,2}

- **Psychostimulantien**
(Methylphenidat, Modafinil)
 - in randomisierten Studien effektiv Off-Label-Use!
- **Antidepressiva**
 - bislang keine Verbesserung in Interventionsstudien!
- **Steroide**
 - kurzfristig wirksam
 - cave:
Langzeitnebenwirkungen!
- **Phytotherapeutika (Ginseng)**
 - *Panax ginseng* frei verkäuflich!

Studie	Design	Patienten	Intervention	Wirkung auf CrF (Hauptzielparameter)
Roth 2010	zweiarmig, parallel, placebokontrolliert	68, fortgeschrittenes Prostatakarzinom	Methylphenidat, Beginn mit 1 × 5 mg/d oral, Dosissteigerung alle 2–3 Tage um 5 mg/d möglich, Höchstdosis 2 × 15 mg/d	Besserung nach 6 Wochen Behandlung (BFI)
Lower 2009	zweiarmig, parallel, placebokontrolliert	152, vorwiegend Mamma- und Ovarialkarzinom, alle Stadien	D-MP, Beginn mit 2 × 5 mg/d oral, Dosissteigerung wöchentlich möglich, Höchstdosis 50 mg/d	Besserung nach 8 Wochen Behandlung (FACIT-F)
Jean-Pierre 2010	zweiarmig, parallel, placebokontrolliert	867, verschiedene Tumorerkrankungen, alle Stadien, während Chemotherapie	Modafinil, 1 × 100 mg/d oral, nach 3 Tagen 200 mg/d, Höchstdosis 400 mg/d	Besserung nach 8–12 Wochen Behandlung nur in der Gruppe mit schwerer CrF (BFI)
Younus 2003	zweiarmig, parallel, placebokontrolliert	20, verschiedene Tumorerkrankungen, verschiedene Stadien, während Chemotherapie	Panax ginseng, oral, Dosierung nicht angegeben, tägliche Einnahme	Besserung nach 9–12 Wochen Behandlung (BFI)
Barton 2010	vierarmig, parallel, placebokontrolliert	290, verschiedene Tumorerkrankungen, alle Stadien, während Chemotherapie	Panax quinquefolius, 750–2.000 mg/d oral	Besserung nach 4 und 8 Wochen in den Gruppen mit 1.000 und 2.000 mg/d (BFI)
Campos 2011	zweiarmig, parallel, placebokontrolliert	75, Mammakarzinom, alle Stadien, während Chemotherapie	Guarana, 2 × 50 mg/d, oral	Besserung nach 3 und 7 Wochen Behandlung (FACIT-F)
Kamath 2011	zweiarmig, crossover, placebokontrolliert	9, verschiedene Tumorerkrankungen und Stadien	TRH, 1 × 0,5 mg/Woche i.v., dann 1 × 1,5 mg/Woche i.v.	Besserung 3, 7 und 24 h und bis zu 1 Woche nach TRH-Gabe (VAS)