

Zertifizierte Fortbildung

Cancer Survivorship

Langzeitüberleben nach Krebs

Wissenschaftliche Leitung

H. Christiansen, Hannover
I. Gockel, Leipzig
M.-O. Grimm, Jena
A. Hasenburg, Mainz
A. Hochhaus, Jena
R. Hofheinz, Mannheim
F. Lordick, Leipzig
C. Röcken, Kiel
D. Schadendorf, Essen
M. Untch, Berlin



Amelie Löwe · Annette Hasenburg · Alexander Seeger · Katrin Almstedt

Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Zusammenfassung

International steigt die Anzahl an Menschen, die mit oder nach einer Tumorerkrankung leben. Die große Gruppe der Langzeitüberlebenden, der sog. „cancer survivors“, ist in verschiedener Hinsicht sehr heterogen und der hieraus resultierende Unterstützungsbedarf entsprechend individuell. Strukturierte Survivorship-Programme haben zum Ziel, die verschiedenen Bedürfnisse sowie den Bedarf der Betroffenen zu erfassen. Zur besseren Information und Kommunikation innerhalb des interdisziplinären Versorgungsnetzwerks von Langzeitüberlebenden wird die Ausstellung eines individualisierten Survivorship Care Plan empfohlen – ein Projekt, das nur im interdisziplinären Team gelingen kann.

Schlüsselwörter

Survivorship Care Plan · Lebensqualität · Fatigue · Therapiemonitoring · Nachsorge

Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit werden 3 Punkte vergeben.

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
(kostenfrei in Deutschland)
E-Mail:
kundenservice@springermedizin.de

Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden Sie im CME-Fragebogen am Ende des Beitrags.

Lernziele

Nach Absolvieren dieser Fortbildungseinheit ...

- haben Sie grundlegende Kenntnisse zum Thema Cancer Survivorship und Langzeitüberlebende.
- sind Ihnen die vielfältigen Herausforderungen in der Betreuung von onkologischen Langzeitüberlebenden („cancer survivors“) bekannt.
- kennen Sie den Unterschied zwischen Langzeit- und Spätfolgen einer Tumorerkrankung und/oder -therapie und können häufige Folgen benennen.
- wissen Sie um die psychosozialen Herausforderungen einer Krebserkrankung.
- können Sie zwischen symptomorientierter Nachsorge, Therapiemonitoring und Langzeit-Follow-up differenzieren.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Einleitung

Innovative Forschungserkenntnisse, stetige Verbesserungen in Früherkennung und Diagnostik, neue Therapieoptionen und die demographische Alterung haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass die Anzahl der Betroffenen mit und nach einer Krebserkrankung, der sog. Langzeitüberlebenden, deutlich angestiegen ist. Nach Expertenschätzung leben rund 4,5 Mio. Menschen mit oder nach einer Krebserkrankung in Deutschland [1]. Unser Gesundheitssystem wird dadurch in den kommenden Jahren zunehmend mit den spezifischen Versorgungsanforderungen dieser Bevölkerungsgruppe konfrontiert werden, welche über die reguläre Nachsorgeversorgung hinausgeht.

Cancer Survivorship

Der englische Begriff „cancer survivorship“ hat sich als zusammenfassende Bezeichnung für Menschen mit und nach einer Krebserkrankung etabliert. Bei etwa 2,6 Mio. an Krebs Erkrankten in Deutschland liegt die Erstdiagnose mindestens 5 Jahre zurück. Sie werden als sog. Langzeitüberlebende („**cancer survivors**“) bezeichnet [2]. Ebenso wenig wie für die Definition des Cancer Survivorship spielt auch für das Langzeitüberleben keine Rolle, ob die Erkrankung in diesem Zeitraum erneut aufgetreten ist. Die Betroffenen unterscheiden sich somit in Bezug auf ihr onkologisches Erkrankungsstadium und ihre Prognose sowie die erfolgten Therapien, ihre Spät- und Langzeitfolgen, ihre Komorbiditäten und ihren soziokulturellen Hintergrund. Der hieraus resultierende Unterstützungsbedarf ist entsprechend individuell, und es bedarf interdisziplinärer Versorgungsstrukturen, die diesen komplexen Ansprüchen und Bedürfnissen gerecht werden. Die Etablierung von sog. Cancer-Survivorship-Programme, Survivorship-Sprechstunden bzw. Survivorship-Kliniken sowie die Ausstellung eines individualisierten **Survivorship Care Plan** (SCP) stellen hierbei

Cancer survivorship. Long-term survival after cancer

The number of people living with or after cancer treatment is increasing internationally. The large group of long-term survivors, the so-called cancer survivors, is very heterogeneous in various respects and the resulting need for support is correspondingly individual. Structured survivorship programs aim to identify the different needs and requirements of those who are affected. For better information and communication within the interdisciplinary care network of long-term cancer survivors, the development of an individualized survivorship care plan is recommended, a project that can only be successful in an interdisciplinary team approach.

Keywords

Survivorship care plan · Quality of life · Fatigue · Therapy monitoring · Aftercare

elementare Bausteine zum Aufbau eines adäquaten Versorgungsnetzwerkes für Langzeitüberlebende dar (siehe unten).

► Merke

- Der englische Begriff „cancer survivorship“ definiert die Zeit ab der onkologischen Erstdiagnose.
- Bei Langzeitüberlebenden liegt die Erstdiagnose mindestens 5 Jahre zurück, unabhängig davon, ob ein Rezidiv aufgetreten ist.

Mögliche Langzeit- und Spätfolgen einer Krebserkrankung

Die steigende Zahl von Langzeitüberlebenden bedeutet gleichzeitig einen Anstieg potenzieller körperlicher und psychosozialer Langzeit- und Spätfolgen durch die Erkrankung selbst bzw. durch die erfolgten Krebstherapien [3]. Die Betroffenen tragen ein erhöhtes Risiko für bestimmte körperliche (u. a. kardiovaskuläre, gastrointestinale, neurologische, endokrine, dermatologische Toxizitäten), kognitive (u. a. verringerte Merkfähigkeit, Konzentrationsschwäche) und soziale (u. a. Frühberentung, finanzielle Probleme) Folgen.

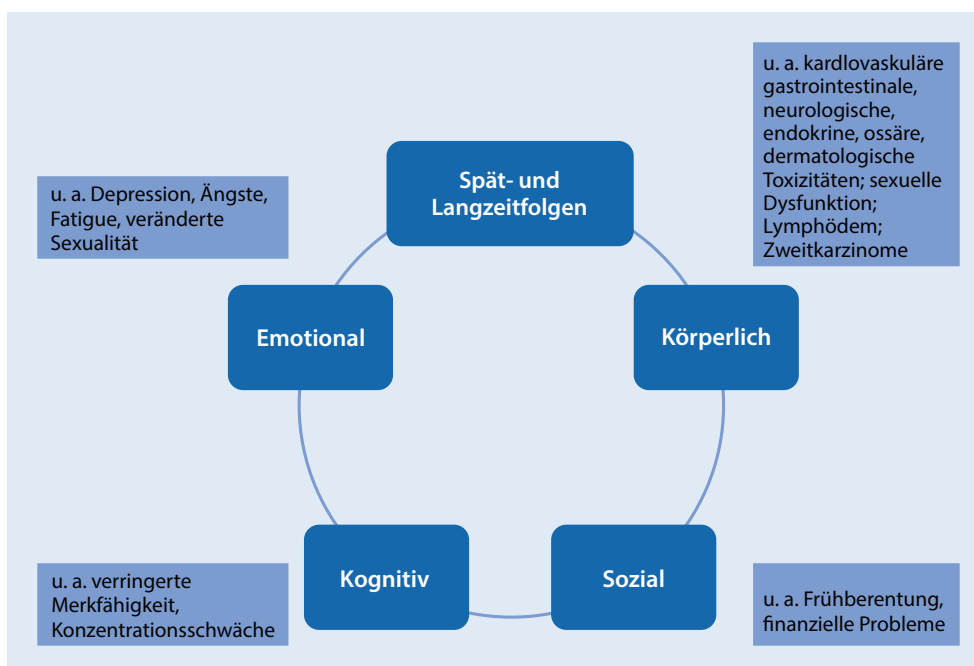


Abb. 1 ◀ Potenzielle Themen des Survivorship

Tab. 1 Mögliche Spät- und Langzeitfolgen nach einer Krebserkrankung (Auswahl; [2, 7]). (Analog zu [3])		
	(Tumor- und therapieassoziierte) Risikofaktoren	Survivorship Care Plan
<i>Körperliche Spät- und Langzeitfolgen</i>		
Kardiovaskuläre Folgen (u. a. arterieller Hypertonus, Kardiomyopathie, Herzinsuffizienz)	Nach Anthrazyklin/Trastuzumab Linksseitige Radiatio (Mamma) Kardiale Vorerkrankungen, CVRF	Lebensstilberatung und Patientenedukation, EKG und Echokardiographie, Blutdruckkontrollen, Lipidprofil, HbA _{1c} jährlich
Pulmonale Einschränkungen	Radiatio, Chemotherapie, Immuncheckpoint-Inhibitoren	Lebensstilberatung, Vorstellung Pulmologie
Gastrointestinale Nebenwirkungen	Radiatio abdominell, Chemotherapie, Immuncheckpoint-Inhibitoren	Lebensstilberatung, medikamentöse Therapie (z. B. Loperamid bei Diarrhö), komplementärmedizinische Ansätze
Neurologische Folgen (u. a. periphere Polyneuropathie)	Z. n. taxan- und/oder platinhaltiger Therapie, Diabetes	Fragebögen (z. B. CIPN als Teil des EORTC-QOL-Fragebogens), Physiotherapie, neurologische Vorstellung, ggf. medikamentöse Therapie (z. B. Gabapentin)
Reduzierte Knochengesundheit/erhöhtes Osteoporoserisiko	Radiatio des kleinen Beckens, Oophorektomie, Chemotherapie, Antihormontherapie (insb. Aromataseinhibitoren)	Knochendichtemessung, Kalzium, Vitamin D, Bisphosphonate, Denosumab
Induzierte Wechseljahresbeschwerden	Radiatio des kleinen Beckens, Oophorektomie, Chemotherapie, Antihormontherapie	Lebensstilberatung, je nach Tumor Hormontherapie, komplementärmedizinische Ansätze, körperliche Aktivität
Veränderung der Sexualität/sexuelle Dysfunktion	Operationen und Bestrahlung des inneren und äußeren Genitals sowie der weiblichen Brust; hormonelle Veränderungen durch Operation, Bestrahlung und/oder Systemtherapie (Chemotherapie, Antihormontherapie)	QOL-Fragebögen (z. B. FSFI, FSQS, SQF), Vaginaldilatoren, ggf. Gleitmittel, Hyaluronsäure, lokale oder systemische Hormontherapie, Genitalpflege, komplementärmedizinische Ansätze, Vorstellung sexualmedizinische Sprechstunde
Reduzierte oder fehlende Fertilität	Chemotherapie, Radiatio des kleinen Beckens, Oophorektomie	Anbindung und Beratung in einem Kinderwunschzentrum
Erhöhtes Zweitmalignomrisiko	Junges Alter bei Erstdiagnose, Radiatio des kleinen Beckens, Z. n. PARP-Inhibitor-Therapie, HPV-Infektion, genetisches Risikoprofil	Motivation zur Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeprogrammen und Sekundärprävention, Lebensstilberatung, ggf. genetische Beratung
Periphere Lymphödeme	Operationen im kleinen Becken und in der Axilla, Z. n. Lymphonodektomie	Physiotherapie, Lymphdrainage, komplexe physikalische Entstauungstherapie
Chronische Schmerzen	Operation, Bestrahlung, Systemtherapien	Evaluation mit Schmerzscore (z. B. VAS, NRS), Physiotherapie, Analgesie, Vorstellung in einem Schmerzzentrum
<i>Kognitive Spät- und Langzeitfolgen</i>		
Kognitive Einschränkungen (z. B. verringerte Merkfähigkeit, Konzentrationsschwäche)	ZNS-Tumoren, Strahlen- oder Chemotherapie	Screening auf Symptome wie Depression, Fatigue, Ängste, Schlafstörungen, ggf. neurologische Vorstellung, Psychoedukation, Training der kognitiven Fähigkeiten, komplementärmedizinische Ansätze (u. a. Bewegungstherapie)
<i>Emotionale/psychische Spät- und Langzeitfolgen</i>		
Depression, Ängste, Fatigue	Jüngeres Erkrankungsalter, wenig soziale Unterstützung, negatives Körperbild, finanzielle Probleme, Einsamkeit, vorbekannte Depression	Kontinuierliches psychoonkologisches Screening (HADS, Distressthermometer), Lebensstilberatung, Kreativtherapien, komplementärmedizinische Ansätze (u. a. Bewegungstherapie)
<i>Soziale Spät- und Langzeitfolgen</i>		
Frühberentung, finanzielle Probleme	Jüngeres Erkrankungsalter, geringeres Einkommen, niedriger sozialer Status, Vorbehalte des Arbeitgebers	Sozialmedizinische Beratung, psychosozialer Support, Einleitung Rehabilitation, Angebot von Selbsthilfegruppen
CVRF kardiovaskuläre Risikofaktoren, HbA _{1c} Hämoglobin A _{1c} , CIPN chemotherapieinduzierte periphere Neuropathie, EORTC European Organisation for Research and Treatment of Cancer, QOL „quality of life“, FSFI Female Sexual Function Index, FSQS Female Sexual Distress Scale, SQF Sexual Quotient – Female Version, PARP Poly(ADP-Ribose)-Polymerase, HPV humanes Papillomavirus, VAS Visuelle Analogskala, NRS Numerische Rating-Skala, ZNS zentrales Nervensystem, HADS Hospital Anxiety and Depression Scale		

tionsschwäche), emotionale/psychische (u. a. Depression, Ängste, Fatigue, sexuelle Dysfunktion) und soziale (u. a. Frühberentung, finanzielle Probleme) Einschränkungen sowie für die Erkrankung an Zweitmalignomen ([4, 5]; **Abb. 1**; **Tab. 1**). Nebenwirkungen und Erkrankungen, die erstmalig während der Therapie auftreten und bis über das Ende der Behandlung hinaus persistieren, werden als Langzeitfolgen bezeichnet [5, 6].

Im Gegensatz zu Langzeitfolgen treten Spätfolgen häufig erst Monate bis Jahre nach der Erkrankung oder nach Therapieab-

schluss in Erscheinung [9, 10]. In diesem Zusammenhang gehören **Zweitmalignome** zu den häufigsten Todesursachen von Langzeitüberlebenden. Das Bronchialkarzinom gehört zu den häufigsten sekundären Malignomen. Mehrere Faktoren scheinen dafür ursächlich zu sein. Insbesondere **Lebensstilfaktoren**, wie z. B. Nikotinabusus und Radiotherapie im thorakalen Bereich, erhöhen das Risiko [11]. Nach Donin et al. starben in den Vereinigten Staaten zwischen 1992 und 2008 55 % der Krebspatientinnen/-patienten an einem Zweitmalignom [11]. Verantwortlich für das

erhöhte Risiko ist ein multifaktorielles Geschehen aus Systemtherapien (Chemotherapie, Antikörpertherapien, Immuntherapien etc.), Bestrahlungsdosis, genetischen Faktoren, Alter und Umweltfaktoren. Weiterhin spielen Alkoholkonsum, Sonnenexposition und mangelnde Bewegung eine Rolle bei der Entstehung [6, 12].

► Merke

- **Langzeitfolgen treten bereits während der Therapie auf und können nach Therapieabschluss persistieren oder sogar progredient sein.**
- **Spätfolgen manifestieren sich erst Monate bis Jahre nach Erstdiagnose bzw. Beendigung der onkologischen Therapie.**

Fokus

Fatigue-Syndrom – eine der häufigsten Langzeitfolgen

Fatigue, das chronische Erschöpfungssyndrom, stellt eine der häufigsten Folgen einer Krebserkrankung und ihrer Therapie dar. Sie zeichnet sich durch extreme und lang anhaltende körperliche und geistige Erschöpfung aus. Das Erscheinungsbild der Fatigue ist sehr variabel. Zu den Symptomen zählen verminderte Leistungsfähigkeit, hohes Ruhe- und Schlafbedürfnis, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie nachlassendes Interesse, Traurigkeit und Ängste [13]. Unter einer onkologischen Therapie sind je nach Krebsdiagnose und Behandlung 60–100% der Patientinnen und Patienten betroffen. Etwa ein Drittel der Betroffenen gibt an, noch 6 Monate nach Therapieabschluss unter den Symptomen zu leiden [14, 15, 16, 17]. Trotz der Häufigkeit des Auftretens gibt es bislang keine spezifische Leitlinie zu tumorassoziierter Fatigue in Deutschland. International empfehlen das National Comprehensive Cancer Network (NCCN) und die European Society for Medical Oncology (ESMO) für eine adäquate Fatigue-Versorgung zu beachten [18, 19, 20], dass eine ausführliche Information und Aufklärung über das Fatigue-Syndrom erfolgen. Dabei sollen insbesondere auch Angehörige der Krebspatientinnen/-patienten aufgeklärt werden. Regelmäßige systematische Screenings (z. B. Numerische Rating-Skala von 0 [„keine Erschöpfung“] bis 10 [„stärkste vorstellbare Erschöpfung“]) sollen ebenso dabei helfen, die Fatigue zu diagnostizieren, wie ein umfassendes Anamnesegespräch. Die angemessene Behandlung der Fatigue (vorwiegend nichtpharmakologisch; z. B. körperliches Training, Yoga, psychosoziale Interventionen, kognitive Verhaltenstherapie) soll eingeleitet werden.

In Bezug auf die Behandlung des Fatigue-Syndroms besteht durch die verschiedenen onkologischen Fachgesellschaften internationaler Konsens, dass nichtpharmakologische Interventionen zu bevorzugen sind. Ein ganzheitliches Verständnis zum Beschwerdebild des Fatigue-Syndroms birgt die Chance für Betroffene, durch Selbstwirksamkeit Linderung zu erfahren. Die effektivste Methode mit der stärksten Evidenz besteht hierbei in der **körperlichen Aktivität**. Entsprechend werden in der seit September 2021 erstmalig in Deutschland veröffentlichten S3-Leitlinie zum Thema „Komplementärmedizin in der Onkologie“ als eine der beiden Empfehlungen mit dem stärksten Empfehlungsgrad („Soll“-Empfehlung) körperliche Aktivität und Sport mit dem Ziel der Behandlung und Prävention von krebspezifischer Fatigue empfohlen [21]. Nach Campbell et al. zeigen sich positive Effekte auf das Fatigue-Syn-

drom bei einem Trainingsprogramm über mindestens 12 Wochen für moderates Aerobic-Training (3-mal pro Woche), moderates Widerstandstraining (2-mal pro Woche) und eine Kombination aus beiden Trainingsformen (2- bis 3-mal pro Woche; [22]).

Weitere positive Effekte zur Linderung der chronischen Erschöpfung konnten unter anderem für Tai Chi/Qigong, Yoga, Akupunktur und Akupressur sowie **MBSR („mindfulness-based stress reduction“)** nachgewiesen werden [21]. Nach den Ergebnissen einer Metaanalyse von Hilfiker et al. scheinen zur Reduktion des Fatigue-Syndroms während onkologischer Therapien Entspannungstechniken ebenso ihren Stellenwert zu haben [23]. Des Weiteren wird in aktuell laufenden Studien untersucht, welchen Effekt das Intervallfasten auf Fatigue und Lebensqualität bei onkologischen Patient:innen hat [24]. In einer Pilotstudie konnte bereits nachgewiesen werden, dass Intervallfasten bei gesunden Proband:innen Fatigue-Symptome reduzieren kann [25].

Diagnostik und Therapie der Fatigue sind sehr umfangreich. Die Sensibilisierung von allen Beteiligten in der Betreuung von Langzeitüberlebenden sowie der Aufbau strukturierter Survivorship-Care-Programme können die Versorgung zukünftig optimieren. Bis dahin sollten Patientinnen und Patienten zu Eigeninitiative und Selbsthilfe motiviert werden. Hier können **E-Health-Anwendungen** oder das Führen eines Fatigue-Tagebuchs hilfreich sein [26, 27].

► Merke

- **Tumorassoziierte Fatigue ist eine der häufigsten Langzeitfolgen. Etwa 60–100% der Betroffenen leiden unter Therapie an den Symptomen.**
- **Das Erscheinungsbild der Fatigue ist sehr variabel. Leitsymptome sind extreme körperliche und geistige Erschöpfung.**
- **Von Bedeutung sind eine ausführliche Aufklärung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen sowie die Durchführung eines regelmäßigen Screenings.**
- **Effektive Behandlungsoptionen stellen insbesondere nichtpharmakologische Maßnahmen wie z. B. körperliche Bewegung dar.**

Psychische Folgen einer Krebserkrankung

Die steigende Anzahl von Langzeitkrebsüberlebenden macht es immer wichtiger, den Blick neben den körperlichen Folgen auch auf die psychische Gesundheit der Betroffenen zu lenken. Krebs ist oft zu einer chronischen Erkrankung geworden, und obwohl viele Patientinnen und Patienten die Krankheit gut verarbeiten, ist ein Großteil lange nach Therapieabschluss von psychischen Belastungen betroffen. Internationale epidemiologische Untersuchungen zeigten, dass 28% aller Langzeitüberlebenden unter Angst- und Depressionssymptomen leiden [28]. Neben der Reintegration in den Alltag fordert dies von den Betroffenen ein hohes Ausmaß an Bewältigungsstrategien, mit den Folgen der Erkrankung umzugehen [29]. Auch die Angst vor einem Rezidiv ist ein häufiger Begleiter. Trotz des Bewusstseins für die psychischen Folgen einer Krebserkrankung bleiben diese häufig unterdiagnostiziert [30]. Umso wichtiger ist es, im Rahmen der onkologischen Nachsorge nicht nur das potenzielle Rezidiv zu erkennen, sondern den Fokus ebenso auf die körperlichen, psychischen und sozialen Langzeit-

und Spätfolgen zu richten. Der Einsatz von systematischen Screeninginstrumenten, z. B. **HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale) oder **Distressthermometer**, kann zu einer primären Einschätzung beitragen. Zum jetzigen Zeitpunkt fehlen in Deutschland flächendeckend klar strukturierte und multiprofessionelle Cancer-Survivorship-Programme, weshalb Selbsthilfe und -management (z. B. Selbsthilfegruppen, E-Health-Anwendungen) eine wichtige Rolle spielen [31, 32].

► **Merke**

- Ca. 28 % aller Langzeitüberlebenden leiden unter Angst- und Depressionssymptomen.
- Regelmäßiges Distressscreening muss fester Bestandteil der Nachsorge sein.
- Auf Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen sowie Informations- und Aufklärungsmaterialien sollte frühzeitig hingewiesen und entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden.

„Financial toxicity“ – finanzielle Herausforderungen durch Krebserkrankungen

Krebserkrankungen werden dem höheren Lebensalter zugeordnet, können jedoch auch schon in jungen Jahren auftreten. Etwa ein Drittel der geschätzt 4,5 Mio. Langzeitüberlebenden in Deutschland befindet sich im erwerbsfähigen Alter [1]. Ihr Risiko für Langzeit- und Spätfolgen ist aufgrund des jüngeren Alters zum Zeitpunkt der Diagnose und des besseren Gesamtüberlebens erhöht. Insbesondere für diese Gruppe von Betroffenen stellen mögliche finanzielle Schwierigkeiten, die trotz des bestehenden Sozialversicherungssystems auftreten können, eine reelle **soziale Gefährdung** dar. Dabei können objektive monetäre Belastungen zu individuellen subjektiven Belastungen führen. Objektive finanzielle Belastungen setzen sich aus Zuzahlungen (z. B. Behandlungskosten, Medikamentenzuzahlungen, Fahrtkosten oder veränderte Lebenshaltungskosten) und Einkommensverlusten (Verlust des Arbeitsplatzes, verminderte Leistungsfähigkeit, Frühberentung etc.) zusammen [33, 34, 35, 36]. Hieraus resultieren subjektive finanzielle Belastungen, die nach Witte et al. in eine materielle (finanzielle Ausgaben), eine psychosoziale (u. a. Angst aufgrund finanzieller Situation) und eine Verhaltensebene (z. B. reduzierte Einnahme von Medikamenten aus Kostengründen) unterteilt werden können [37]. Der hieraus resultierende finanzielle Distress ist mit geringerer Lebensqualität und einem höheren Risiko für Depressionen und Angstzustände assoziiert [38, 39, 40]. „Financial toxicity“ als Folge einer Krebserkrankung kann sogar zu erhöhter Mortalität führen [41, 42].

► **Merke**

- Etwa ein Drittel der Krebsbetroffenen in Deutschland befindet sich im erwerbsfähigen Alter.
- Objektive finanzielle Belastungen bestehen aus Zuzahlungen und Einkommensverlusten. Subjektive finanzielle Belastungen können die zusätzliche Folge sein.
- Finanzieller Distress reduziert die Lebensqualität und kann zu einer erhöhten Mortalität führen.

Fokus gynäkologische Onkologie: „symptomorientierte Nachsorge“, Therapiemonitoring und Langzeit-Follow-up

In Deutschland beträgt der reguläre Zeitraum der leitliniengerechten „symptomorientierten Nachsorge“ nach Abschluss der onkologischen Primärtherapie für die meisten gynäkologischen Tumorerkrankungen wie für die meisten soliden Tumorerkrankungen 5 (bis 10) Jahre. In den ersten 3 Jahren erfolgen die Kontrollen alle 3 Monate. Ab dem vierten Jahr wird der Zeitraum zwischen den Kontrollen auf 6 Monate erweitert. Danach werden die Kontrollen im Rahmen der jährlichen Krebsfrüherkennungsprogramme durchgeführt.

Durch die Individualisierung und Vergrößerung des Therapiespektrums für viele gynäkologische Tumorerkrankungen gehören Erhaltungstherapien inzwischen in vielen Situationen zum festen Behandlungskonzept. Dies hat für die Betroffenen und ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Folge, dass sich die reine Nachsorge um den Aspekt des zusätzlichen Therapiemonitorings sowie der Evaluation und Behandlung möglicher Erhaltungstherapiebedingter unerwünschter Nebenwirkungen erweitert. Der Übergang von der Therapie- in die (reine) Nachsorgephase ist dadurch in einigen Situationen nicht mehr klar abgrenzbar. Die regelmäßigen Therapievisiten werden durch Kontrollen des Therapieansprechens begleitet. Dies erfolgt durch eine klinische Evaluation, ein bildgebendes Verfahren (Sonographie, Computertomographie [CT]/Magnetresonanztomographie [MRT], ggf. Positronenemissionstomographie [PET]-CT oder PET-MRT) und ggf. durch Bestimmung von **Tumormarkern**. So kommt dem Tumormarker CA („cancer antigen“)-125 im Rahmen des Therapiemonitorings beim Ovarialkarzinom eine feste Bedeutung zu, während dieser in der regulären Nachsorge routinemäßig nicht bestimmt werden soll [43].

Bei vielen Patientinnen besteht nach Abschluss der Nachsorge und der Erhaltungstherapien ein besonderer Versorgungsbedarf, und ein großer Anteil der Langzeitüberlebenden mit gynäkologischen Malignomen fühlt sich weiterhin als „Krebspatientin“ [44, 45]. Diese individuellen Bedürfnisse führen dazu, dass aktuelle gynäkoonkologische S3-Leitlinien die Empfehlung einer bedarfsangepassten, risikoadaptierten, lebenslangen, interdisziplinär ausgerichteten Unterstützung aussprechen [43, 46].

Cancer-Survivorship-Programme

Um den Betroffenen eine langfristige und umfassende Unterstützung anbieten zu können, ist es sinnvoll, bereits kurz nach Abschluss der onkologischen Behandlung einen SCP zu erstellen. Dieser soll an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden und neben Informationen über die bisher erfolgten Behandlungen auch zukünftig empfohlene Verlaufskontrollen hinsichtlich potenzieller Spät- und Langzeitfolgen enthalten [47]. Weiterhin sollten Empfehlungen zu gesundheitsfördernden Maßnahmen, Lebensstil, sozialrechtlichen Themen und psychologischen Unterstützungsangeboten festgehalten werden [48]. Der SCP optimiert somit die interdisziplinäre Kommunikation und fördert „cancer survivors“ in ihrem Selbstmanagement in Bezug auf ihre gesundheitliche Si-

tuation [49]. Die Forschungslage zum Konzept eines SCP und zu dessen Wirksamkeit ist aktuell noch unzureichend und bedarf in Zukunft weiterer wissenschaftlicher Begleitung [32].

Fazit für die Praxis

- Die individuellen Beschwerden und Schwierigkeiten von Betroffenen nach einer Krebserkrankung sind sehr heterogen und können alle Lebensbereiche umfassen.
- Langzeitüberlebende („cancer survivors“) tragen ein erhöhtes Risiko für körperliche, kognitive, emotionale/psychische und soziale Einschränkungen sowie für die Erkrankung an Zweitmalignomen.
- Während Langzeitfolgen bereits unter der Therapie auftreten, manifestieren sich Spätfolgen erst Monate bis Jahre nach Erstdiagnose bzw. Beendigung der onkologischen Therapie.
- Mit Fokus auf die Selbstwirksamkeit der Betroffenen birgt der ganzheitliche Ansatz der Komplementärmedizin eine Chance für Langzeitüberlebende.
- In der kontinuierlichen Begleitung der Krebspatientin/des Krebspatienten zur Überlebenden/zum Überlebenden sollte jede Patientin/jeder Patient einen individualisierten Survivorship Care Plan (SCP) erhalten.
- Inhalte eines SCP sind Diagnose und bisherige Therapie, Beschreibung möglicher Langzeitfolgen, empfohlene Verlaufskontrollen und gesundheitsförderndes Verhalten wie Sport, Ernährung, Gewichtskontrolle, Nikotinabstinenz und Stressprophylaxe.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Amelie Löwe

Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit,
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz, Deutschland
amelie.loewe@unimedizin-mainz.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autoren und Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

Autoren. **A. Löwe:** A. Finanzielle Interessen: A. Löwe gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Assistenzärztin, Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit Mainz. **A. Hasenburg:** A. Finanzielle Interessen: A. Hasenburg gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Direktorin der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit Mainz, Leiterin der ESGO Task Force Psychoonkologie, Vorstand ISG (Informationszentrum Sexualität und Gesundheit) des Universitätsklinikums Freiburg, Mitglied des Fachausschusses Krebs-Therapiestudien der Deutschen Krebshilfe, Vorstandsvorsitzende der AGO, Stellv. Vorsitzende der Landeskonferenz der Universitätsmedizin Mainz, Mitglied des Ombudsgremiums der Universitätsmedizin Mainz. **A. Seeger:** A. Finanzielle Interessen: A. Seeger gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Angestellter Gynäkologe; Oberarzt an der Unimedizin Mainz | Mitgliedschaften: AGO, AGCPC, sowie DGGG. **K. Almstedt:** A. Finanzielle Interessen: Vortragshonorare oder Kostenerstattung als passiv Teilnehmende: Roche Pharma AG, Pfizer Pharma GmbH, AstraZeneca. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Oberärztin, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe Zusatzbezeichnung, Medikamentöse Tumortherapie Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren, Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, UNIVERSITÄTSMEDIZIN der

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz | Mandatsträgerinnen der DGGG im der S2k-Leitlinie „Langzeit – Nachsorge von krebskranken Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Vermeiden, Erkennen und Behandeln von Spätfolgen“, | Mandatsträgerinnen der DGGG im der S3 Leitlinie „Bewegungstherapie bei onkologischen Erkrankungen“ | Mitgliedschaften: Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (BGGF), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS), Deutsche Krebsgesellschaft (DGK), Nord-Ostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie e. V. (NOGGO), Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie e. V. (AGO).

Wissenschaftliche Leitung. Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf www.springermedizin.de/cme.

Der Verlag erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Arndt V (2019) „Cancer survivorship“ in Deutschland – Epidemiologie und Definitionen. Forum. <https://doi.org/10.1007/s12312-019-0560-2>
2. Woopen H, Sehouli J, Davis A et al (2022) GCGI-consensus guideline for long-term survivorship in gynecologic cancer: a position paper from the gynecologic cancer intergroup (GCGI) symptom benefit committee. Cancer Treat Rev 107:102396. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2022.102396>
3. Woopen H, Rolf C, Braicu EI et al (2021) Secondary malignancies in long-term ovarian cancer survivors: results of the 'Carolin meets HANNA' study. Int J Gynecol Cancer 31:709–712. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-002155>
4. Engelhardt M, Ihorst G, Landgren O et al (2015) Large registry analysis to accurately define second malignancy rates and risks in a well-characterized cohort of 744 consecutive multiple myeloma patients followed-up for 25 years. Haematologica 100:1340–1349. <https://doi.org/10.3324/haematol.2015.127548>
5. Schmidt ME, Goldschmidt S, Hermann S et al (2022) Late effects, long-term problems and unmet needs of cancer survivors. Intl Journal of Cancer 151:1280–1290. <https://doi.org/10.1002/ijc.34152>
6. Schilling G, Ernst L (2023) Körperliche Langzeitfolgen von Krebserkrankungen. Forum 38:194–200. <https://doi.org/10.1007/s12312-023-01191-y>
7. Arndt VH (2021) AG LONKO („Langzeitüberleben nach Krebs“) im Nationalen Krebsplan
8. Löwe AHA, Almstedt K (2022) Langzeitüberleben bei Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen. Frauenarzt. https://doi.org/10.1515/9783110810134_27
9. Aziz NM, Rowland JH (2003) Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. Semin Radiat Oncol 13:248–266. [https://doi.org/10.1016/s1053-4296\(03\)00024-9](https://doi.org/10.1016/s1053-4296(03)00024-9)
10. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA (2008) Physical and psychological long-term and late effects of cancer. Cancer 112:2577–2592. <https://doi.org/10.1002/cncr.23448>
11. Donin N, Filson C, Drakaki A et al (2016) Risk of second primary malignancies among cancer survivors in the United States, 1992 through 2008. Cancer 122:3075–3086. <https://doi.org/10.1002/cncr.30164>

12. Travis LB, Demark Wahnefried W, Allan JM et al (2013) Aetiology, genetics and prevention of secondary neoplasms in adult cancer survivors. *Nat Rev Clin Oncol* 10:289–301. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2013.41>
13. Bower JE (2014) Cancer-related fatigue—mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol* 11:597–609. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127>
14. Barton-Burke M (2006) Cancer-related fatigue and sleep disturbances. Further research on the prevalence of these two symptoms in long-term cancer survivors can inform education, policy, and clinical practice. *Am J Nurs* 106:72–77. <https://doi.org/10.1097/0000446-200603003-00025>
15. de Vries U, ReifK, Petermann F (2012) Cancer-related fatigue. *Psychosocial support. Urologe A* 51:413–420. <https://doi.org/10.1007/s00120-012-2844-3> (quiz 421)
16. Prue G, Rankin J, Allen J et al (2006) Cancer-related fatigue: a critical appraisal. *Eur J Cancer* 42:846–863. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.11.026>
17. Servaes P, Verhagen C, Bleijenbergh G (2002) Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *Eur J Cancer* 38:27–43. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(01\)00332-x](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(01)00332-x)
18. Fabi A, Bhargava R, Fatigoni S et al (2020) Cancer-related fatigue: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis and treatment. *Ann Oncol* 31:713–723. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016>
19. Network NCC (2023) NCCN clinical practice guidelines in oncology: cancer-related fatigue (Version 2.2023)
20. Milzer M, Schmidt ME, Steindorf K (2023) Krebsassoziierte Fatigue. *Forum* 38:201–205. <https://doi.org/10.1007/s12312-023-01188-7>
21. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF) (2021) Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen (AWMF Registernummer: 032/0550L)
22. Campbell KL, Winters-Stone KM, Wiskemann J et al (2019) Exercise guidelines for cancer survivors: consensus statement from international multidisciplinary roundtable. *Med Sci Sports Exerc* 51:2375–2390. <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000002116>
23. Hilfiker R, Meichtry A, Eicher M et al (2018) Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis. *Br J Sports Med* 52:651–658. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096422>
24. Schmidt MW, Brenner W, Gebhard S et al (2023) Effects of intermittent fasting on quality of life tolerance of chemotherapy in patients with gynecological cancers: study protocol of a randomized-controlled multi-center trial. *Front Oncol* 13:1222573. <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1222573>
25. Anic K, Schmidt MW, Furtado L et al (2022) Intermittent fasting-short- and long-term quality of life, fatigue, and safety in healthy volunteers: a prospective, clinical trial. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu14194216>
26. Schmidt ME, Milzer M, Weiß C et al (2022) Cancer-related fatigue: benefits of information booklets to improve patients' knowledge and empowerment. *Support Care Cancer* 30:4813–4821. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06833-w>
27. Seiler A, Klaas V, Tröster G et al (2017) ehealth and mhealth interventions in the treatment of fatigued cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* 26:1239–1253. <https://doi.org/10.1002/pon.4489>
28. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J et al (2013) Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 14:721–732. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(13)70244-4)
29. Weis J (2022) Psychosocial long-term effects of cancer. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 65:431–438. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03506-1>
30. Shapiro CL (2018) Cancer survivorship. *N Engl J Med* 379:2438–2450. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1712502>
31. Ernst M, Hirschmiller J, Schwinn T et al (2023) Langzeitüberleben und psychische Gesundheit. *Forum* 38:206–209. <https://doi.org/10.1007/s12312-023-01189-6>
32. Esser P, Mehnert-Theuerkauf A (2021) Cancer-Survivorship-Care-Programme und Selbstmanagement. *Onkologie* 27:766–770. <https://doi.org/10.1007/s00761-021-00945-4>
33. Büttner M (2023) Financial toxicity. *Forum* 38:210–214. <https://doi.org/10.1007/s12312-023-01198-5>
34. Pearce A, Tomalin B, Kaambwa B et al (2019) Financial toxicity is more than costs of care: the relationship between employment and financial toxicity in long-term cancer survivors. *J Cancer Surviv* 13:10–20. <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0723-7>
35. Mehnert A, de Boer A, Feuerstein M (2013) Employment challenges for cancer survivors. *Cancer* 119(11):2151–2159. <https://doi.org/10.1002/cncr.28067>
36. Iragorri N, de Oliveira C, Fitzgerald N et al (2021) The out-of-pocket cost burden of cancer care—a systematic literature review. *Curr Oncol* 28:1216–1248. <https://doi.org/10.3390/curroncol28020117>
37. Witte J, Mehlis K, Surmann B et al (2019) Methods for measuring financial toxicity after cancer diagnosis and treatment: a systematic review and its implications. *Ann Oncol* 30:1061–1070. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz140>
38. Smith GL, Lopez-Olivo MA, Advani PG et al (2019) Financial burdens of cancer treatment: a systematic review of risk factors and outcomes. *J Natl Compr Canc Netw* 17:1184–1192. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.7305>
39. McNulty J, Khera N (2015) Financial hardship—an unwanted consequence of cancer treatment. *Curr Hematol Malig Rep* 10:205–212. <https://doi.org/10.1007/s11899-015-0266-1>
40. Gordon LG, Merollini KMD, Lowe A et al (2017) A systematic review of financial toxicity among cancer survivors: we can't pay the co-pay. *Patient* 10:295–309. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0204-x>
41. Ramsey SD, Bansal A, Fedorenko CR et al (2016) Financial insolvency as a risk factor for early mortality among patients with cancer. *J Clin Oncol* 34:980–986. <https://doi.org/10.1200/jco.2015.64.6620>
42. Altice CK, Banegas MP, Tucker-Seeley RD et al (2017) Financial hardships experienced by cancer survivors: a systematic review. *JNCI J Natl Cancer Inst*. <https://doi.org/10.1093/jnci/djw205>
43. Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF (2022) Leitlinienprogramm Onkologie: S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren (Langversion 5.1)
44. Thong MSY, Wolschon EM, Koch-Gallenkamp L et al (2018) “Still a cancer patient”-associations of cancer identity with patient-reported outcomes and health care use among cancer survivors. *JNCI Cancer Spectr* 2:pk31. <https://doi.org/10.1093/jncics/pky031>
45. Gallego A, Martínez B, Ghanem I et al (2021) Cancer survivors referred to a long-term survivorship outpatient service within academic medical oncology: descriptive study. *J Cancer Surviv* 15:811–817. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00973-w>
46. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF) (2021) S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Version 4.4)
47. McCabe MS, Faithfull S, Makin W et al (2013) Survivorship programs and care planning. *Cancer* 119(11):2179–2186. <https://doi.org/10.1002/cncr.28068>
48. Mehnert-Theuerkauf A, Johansen C (2019) Forschungsperspektiven bei Langzeitüberlebenden nach Krebs. *Forum*. <https://doi.org/10.1007/s12312-019-0578-5>
49. Lagergren P, Schandl A, Aaronson NK et al (2019) Cancer survivorship: an integral part of Europe's research agenda. *Mol Oncol* 13:624–635. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12428>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



Cancer Survivorship

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.springermedizin.de/kurse-die-onkologie

? Welche Aussage zu Langzeitüberlebenden (LÜ) trifft zu?

- Zu LÜ zählen alle Menschen mit einer Krebsdiagnose.
- Betroffene mit einem Rezidiv der Erkrankung zählen nicht zu LÜ.
- Die Anzahl an LÜ hat in den letzten Jahren abgenommen.
- Zu LÜ zählen diejenigen Betroffenen, die mindestens 5 Jahre nach Erstdiagnose überleben, unabhängig von einem Wiederauftreten der Erkrankung.
- Bei LÜ liegt die Erstdiagnose weniger als 5 Jahre zurück.

? Welche Aussage zu Langzeit- und Spätfolgen trifft zu?

- Langzeitfolgen treten nie bereits während der Therapie auf.
- Zweitmalignome gehören zu den Spätfolgen.
- Langzeitfolgen betreffen nicht alle Organsysteme.
- Spätfolgen treten meist kurz nach der Therapie auf.
- Fatigue und Polyneuropathie sind Beispiele von Spätfolgen.

? Welche der aufgezählten Erkrankungen ist keine typische Langzeit- oder Spätfolge?

- Tumorassoziierte Fatigue
- Finanzielle Probleme
- Infertilität und Libidoverlust

- Verbesserte Merkfähigkeit
- Zweitmalignome

? Welche Aussage zu psychischen Folgen einer Krebserkrankung trifft zu?

- In Deutschland existieren viele standardisierte multiprofessionelle Versorgungsmodelle für Langzeitüberlebende.
- Ca. 28% der Langzeitüberlebenden leiden unter Angst- und Depressionssymptomen.
- Die Reintegration in den Alltag ist für viele Betroffene leicht.
- Ein seltener Begleiter von Langzeitüberlebenden ist die Angst vor einem Rezidiv.
- Screeninginstrumente wie HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) und Distressthermometer sind zur Einschätzung von psychischer Belastung nicht geeignet.

? Welche Aussage zu tumorassoziiertes Fatigue ist korrekt?

- Fatigue tritt fast ausschließlich im akuten Erkrankungsstadium auf, und nur wenige Patientinnen und Patienten sind davon betroffen.
- Tumorassoziiertes Fatigue beeinflusst die physische und psychische Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten nicht.
- Betroffenen sollte angeraten werden, sich mehr zu schonen.

- Eine ausführliche Aufklärung von Betroffenen und ihren Angehörigen, eine umfassende Anamnese, regelmäßiges Screening und die Empfehlung von v.a. nichtmedikamentösen Interventionen stellen die Grundpfeiler der Diagnostik und Behandlung dar.
- Das Erscheinungsbild der tumorassoziierten Fatigue ist bei den meisten Betroffenen unidimensional.

? Welche Aussage zu den Empfehlungen der Behandlung des Fatigue-Syndroms ist zutreffend?

- Pharmakologische Interventionen sollten bevorzugt werden.
- Eine wenig effektive Methode zur Linderung des Fatigue-Syndroms ist die körperliche Aktivität.
- Entspannungstechniken während der onkologischen Behandlung sind nicht empfohlen.
- Tai Chi/Qigong, Yoga, Akupunktur und Akupressur, MBSR („mindfulness-based stress reduction“) zeigen negative Effekte.
- Ein positiver Effekt auf das Beschwerdebild ist für ein Trainingsprogramm über mindestens 12 Wochen für moderates Aerobic Training nachgewiesen.

Informationen zur zertifizierten Fortbildung

Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit **3 Punkten** (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Anerkennung in Österreich: Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) 2013).

Hinweise zur Teilnahme:

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf www.springermedizin.de/cme möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.

- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med-Abonnenten.

? Welche Aussage zu „financial toxicity“ trifft zu?

- Die Hälfte der an Krebs Erkrankten in Deutschland ist im erwerbsfähigen Alter.
- Man unterscheidet nicht zwischen objektiven und subjektiven finanziellen Belastungen.
- Finanzieller Distress führt selten zu erhöhter Mortalität.
- Objektive Belastungen bestehen aus Zahlungen und Einkommensverlusten.
- Das Risiko für Depressionen und Angstzustände steigt durch finanziellen Distress nicht.

? Welche Zuordnung von Spät-/Langzeitfolgen, deren Risikofaktoren und möglichen SCP(Survivorship Care Plan)-Empfehlungen ist korrekt?

- Hypertonie/Herzinsuffizienz – Antrazyklinterapie – Knochendichtemessung
- Zweitmalignomrisiko – höheres Alter bei Erstdiagnose – Motivation zur Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeprogrammen und Tertiärprävention
- Periphere Polyneuropathie – taxan- und/oder platinhaltige Therapie – EORTC(European Organisation for Research and Treatment of Cancer)-QOL(„quality of life“)-Fragebogen/Physiotherapie
- Induzierte Wechseljahresbeschwerden – Oophorektomie, Chemotherapie – Verzicht auf komplementärmedizinische Ansätze/körperliche Aktivität
- Finanzielle Probleme – älteres Erkrankungsalter – sozialmedizinische Beratung/ Einleitung Rehabilitation

? Welche Aussage zu potenziellen Themen des Survivorship ist richtig?

- Auf eine neurologische Vorstellung kann bei Problemen mit der Merkfähigkeit verzichtet werden.
- Die Vermittlung von Beratungsangeboten bei finanziellen Problemen ist nicht sinnvoll.
- Lifestyle-Beratung und Patientenedukation sind unwichtig.

- Die Vorstellung in einer sexualmedizinischen Sprechstunde ist für Betroffene mit Beschwerden nach einer Radiatio des inneren und äußeren Genitals zu empfehlen.
- Es bedarf selten einer professionellen Unterstützung bei Depressionen, Ängsten und Fatigue.

? Welche Aussage zu den Cancer-Survivorship-Programmen ist zutreffend?

- Ein individueller Survivorship Care Plan (SCP) soll zeitnah nach Abschluss der onkologischen Behandlung erstellt werden.
- Empfehlungen zu gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen sind kein Bestandteil eines SCP.
- Ein SCP verbessert die interdisziplinäre Kommunikation nicht.
- Das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten wird durch einen SCP nicht gefördert.
- Die Erfassung des gesamten Behandlungsverlaufs ist nicht Teil des SCP.