

Die **anatomischen Veränderungen** nach einer Ösophagus-Resektion mit Magenhochzug sind so erheblich, dass sich das **Leben grundlegend verändert**: Nach der Operation ist es ein anderes als davor. Es ist wichtig, dieses neue Leben und das damit verbundene neue Lebensgefühl zu akzeptieren und sich damit zu arrangieren, auch wenn das gerade am Anfang nicht immer leichtfällt. Die **Bewältigung dieser Umstellung** wird von Fragen und Problemen begleitet, die sich im "neuen Alltag" unweigerlich stellen. Hierbei soll dieser **persönliche Erfahrungsbericht**, der laufend mit hilfreichen Hinweisen Betroffener im **Austausch in der Selbsthilfegruppe** aktualisiert wird, **eine orientierende Hilfe** in der rd. **2-jährigen Rekonvaleszenzzeit** nach der OP anbieten. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwende ich im Folgenden grundsätzlich das generische Maskulinum.

Im Rahmen der Operation wird der Teil des paarigen Strangs des Hirnnervs **Nervus vagus**, der die Magenmotorik und die Magensäureproduktion ganz wesentlich steuert, **i. d. R. immer mit entfernt**. Im Kopf-/ Halsbereich ist dieser Hirnnerv für die **sensible** und teils **geschmackliche** Empfindung der **Rachenschleimhaut**, des **Kehlkopfes** (Ursache von Schluckbeschwerden), der Stimmritze, Bereiche der Hirnhaut und Teilen des Gehörgangs zuständig, innerhalb der Bauchregion versorgt er die Organe: Magen, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Nieren, Dünndarm und Teile des Dickdarms. Folglich bedeutet dies für uns, dass viele **Anpassungsprobleme** im Alltag nach diesem operativen Eingriff hierin begründet sind. Insbesondere **entleert sich der Magen langsamer als früher** und die **Stimulation der Bauchspeicheldrüsenenzyme ist wesentlich vermindert**. Daher sollte grundsätzlich mit dem behandelnden Onkologen/Gastroenterologen schon sehr frühzeitig die **Verschreibung von Pakreatin** (komplexes Gemisch von Wirkstoffen tierischen Ursprungs, die aus der Bauchspeicheldrüse von Hausschweinen gewonnen werden) besprochen werden.

Die **Enzym-Therapie mit Pankreatan®** 25.000 Einheiten/Kapsel (enthält in Form von Granulat Verdauungsenzyme wie Lipasen, Proteasen und Amylasen) wird zur Behandlung der Pankreasunterfunktion und bei Verdauungsbeschwerden wie Völlegefühl und Blähungen angewendet. Darüber hinaus kann es auch sehr erfolgreich mit dem Ziel der postoperativen **Gewichtszunahme** eingesetzt werden. Es handelt sich um eine Dauermedikation, dabei muss zu **jeder! fetthaltigen Nahrung 1 Kapsel** geöffnet und der Inhalt mit dem Essen eingenommen werden. Man kann dafür ein kleines Schälchen Apfelmus oder Jogurt zum Essen dazu nehmen und es oben drauf schützen (brauchte ich nie, hab es mir immer so in den Mund gekippt). Zur Orientierung: Sollte der **Stuhl eine feste "rehbraune" Konsistenz** entwickelt haben, wurde eine **aus-reichende Enzymmenge** aufgenommen (während Blähungen und ein "übelriechender" Stuhl auf einen Enzymmangel hinweist!). Da die Anwendungsdauer nicht begrenzt ist und sich nach der Art der Beschwerden bzw. dem Verlauf der Erkrankung richtet, sollte ein Abbruch der Therapie immer in Absprache mit dem behandelnden Onkologen/Gastroenterologen erfolgen. Als pflanzliche Alternative bieten sich **Nortase®** Hartkapseln auf Basis hochgereinigter Pilzkulturen an.

Folgende Medikation ist bei mir im 3. post-op. Jahr noch erforderlich: Bei Übelkeit (sehr selten!) **MCP®**. Als Dauermedikation **Pantoprazol®**, zur Verminderung der Aggressivität des Magensaftes durch Reduzierung der Salzsäureproduktion im Magen (1x abends und die ersten 2 Jahre auch 1x morgens) - dabei ist zu beachten, dass wichtige Vitamine und Mineralstoffe, wie B12 und Kalzium, die für den Knochenstoffwechsel bzw. Knochenaufbau erforderlich sind, blockiert werden können. Alternativ wird aktuell auf Grund seiner stärkeren Wirkung eher **Esomeprazol®** verschrieben; diese Protonenpumpenhemmer (**PPI**) sind wegen ihrer Nebenwirkungen (s.o.) als Dauermedikation sehr umstritten. Ein frei erwerbliches Mittel ist das aus Japan stammende Camostat **Foipan®**. Für uns bieten sich jedoch auch diverse „natürlichen“ Alternativen an: z.B. **Gaviscon®Dual**, es enthält ebenso wie das Präparat **SOS Sodbrennen-Blocker Forte®** den pflanzlichen Wirkstoff Alginat (Braunalge), diese sind rezeptfrei (und auf eigene Kosten als Dauermedikation recht teuer!). Daneben bieten sich noch **Schichtgitterantazida** und **Talcid** an, die wegen des enthaltenden Aluminiums als Dauermedikation allerdings auch kritisch gesehen werden. Da wir alle sehr unterschiedlich auf die verschiedenen PPIs reagieren, sind wir also zur Vermeidung von Reflux gezwungen zu **"experimentieren"**, jedoch sollte die Auswahl immer in enger Abstimmung mit dem behandelnden Gastroenterologen/Onkologen erfolgen. Bei Durchfall hat mir **Loperamid®** (bis 2x bei Bedarf für max. 2 Tage) sehr geholfen und muss auch nach 3 Jahren immer noch bei Bedarf eingenommen werden. Wirkung: Der Transit des Darminhaltes im Dünndarm wird verlangsamt, dadurch hat der Darminhalt längere Zeit Kontakt mit der Darmschleimhaut, so dass mehr Flüssigkeit und Elektrolyte aus dem Darm aufgenommen werden können.

Bedingt durch die Verdauungsproblematik kommt es oft zu einem **Nährstoffmangel**, der im Blutbild (nach Blutabnahme im Rahmen der onkologischen Nachsorge) ersichtlich ist und durch **Nahrungsergänzungsmittel** (NEM) ausgeglichen werden sollte. In meinem Fall betraf dies: **Vitamin D, Vitamin B12, Kalzium**

und Folsäure, welche in Absprache mit dem Arzt bis zum Normwert ergänzt werden mussten (außer Vitamin B und D3 hochdosiert (20.000iE) leider auf eigene Kosten). Wann zahlt die Krankenkasse bei NEM, siehe hier: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/lebensmittel/nahrungsergaenzungsmittel/vitamine-mineralstoffe-spurenelemente-wann-zahlt-die-krankenkasse-51010>

Eine Broschüre zum Essverhalten bei deiner anatomischen Veränderung, die in jedem Büro einer **Ernährungsberatung** ausliegt, solltest du erwerben, da das Wesentliche kurz und bündig beschrieben wird. Darin sind auch Hinweise enthalten, welche Nahrungsmittel „noch“ tabu sind. Nach individueller Einschätzung sollte man aber mit der Zeit auch die **Tabus brechen**, um wieder **alles! essen** zu können. Wird das Tabu zu früh angegangen, landet man nach rd. 15-20 Min. unweigerlich mit Magenkrämpfen und Durchfall auf der Toilette. Das Ziel sollte ein fester "rehbrauner" Stuhl sein, der nicht oben schwimmt, da dann zu viel Fett ausgeschieden wurde. Durch das veränderte Essverhalten und die Einnahme von Loperamid® habe ich (nicht immer, aber oft) nur noch jeden 2. Tag Stuhlgang.

Eine allgemeine Grundregel ist: langsam essen und viel! kauen (möglichst bis 30x). Der dabei entstehende Speichelfluss hilft dem Verdauungssystem die Enzyme besser abzuspalten. Selbst dann können sich zu Beginn leichte Magenkrämpfe - unabhängig vom Inhalt - innerhalb von 15-20 min. einstellen, die aber recht schnell (5-10 min.) wieder verschwinden. Dieses Problem nimmt mit den Monaten immer mehr ab, tritt aber bei mir mitunter auch noch nach 2 Jahren kurzfristig auf (jetzt aber abhängig vom Fettgehalt des Essens und wenn ich nicht ausreichend genug gekaut habe).

Ein unangenehmes Problem ist zweifellos die Zunahme von Blähungen (Meteorismus). Diese treten nach unserem Eingriff häufig auf, weil der Speisebrei nicht mehr genügend vorverdaut (**also ungenügend lange genug gekaut wurde**, s.o.) und mit Verdauungsenzymen durchmischt wird. Es gibt einige Lebensmittel, die bei jedem Menschen Blähungen verursachen. Dazu gehören z.B. Weißkohl, Rotkohl, Rosenkohl, Zwiebeln, Paprika und Hülsenfrüchte (Erbsen, Dicke Bohnen, Linsen). Aber auch sehr ballaststoffhaltige Lebensmittel wie Vollkornbrot und Müsli machen Blähungen, ebenso rohes Obst (Ausnahme Bananen) und Gemüse sowie kohlen säurehaltige Getränke. Diese Lebensmittel sollten zunächst gemieden, können aber nach und nach ausgetestet werden. Bei Bedarf können in diesem Fall **Lefax-Kautabletten®**, die Gas-bindend im unteren Darmtrakt wirken, helfen. Bei langanhaltenden Bauchschmerzen, könnte auch eine **bakterielle Fehlbesiedelung im Dünndarm** vorliegen, die durch einen **Atemtest** erkannt wird und mit Hilfe einer **Antibiotikatherapie und durch Umstellung der Ernährung** (z.B. laktosearme Kost) behoben werden kann.

Ein wesentliches Umstellungsproblem für uns ist sicherlich, ein Gefühl dafür zu entwickeln, wann die Nahrungsaufnahme unbedingt beendet werden sollte, da der eine Löffel/Bissen zu viel unweigerlich wieder herausgewürgt werden **will!** Das hängt nur bedingt von dem ab, was man zu sich nimmt. **Faustregel für die Nahrungsmenge:** 1/3 bis **max. die 1/2 Menge wie früher** (ist natürlich auch sehr individuell). Allgemein wird durch den operativen Eingriff das Magenvolumen soweit reduziert, dass wir nur noch circa 300 bis 400 ml Flüssigkeit oder Nahrung pro Mahlzeit zu uns nehmen können. Bei mir war es im ersten 1/2 Jahr (solange dauerte der Lernprozess bzw. die Umstellung) bei Überschreiten der "Füllmenge" des Magens (der besagte Bissen zu viel) eine geringe helle, schleimige Masse (d.h. Speichelflüssigkeit, selten begleitet von Essensresten wie z. B. Haut von einem Gemüse), die herausgewürgt werden sollte. **Nachdem ich dazugelernt habe und mich beschränke** - auch wenn es mir noch schmeckt -, **tritt es nicht mehr auf.** Nüsse, die Haut von Gemüse (Tomate, Paprika) und langfaseriges Fleisch (Rindfleisch) haben mir am Anfang Probleme bereitet, nicht aber kurzfasriges Lamm-/Schweine-/Hühnerfleisch.

Für viele verschiedene Körperfunktionen ist es wichtig, dass die Elektrolyte (Kalium, Magnesium, Natrium, Calcium, Phosphor und Chlorid) im Blut die **richtige Konzentration** haben - das gilt erst recht nach unserem schweren Eingriff -, um die **allgemeine Konstitution wiederherzustellen. Also: trinken, trinken, trinken** - natürlich erstmal nur **stilles Wasser** bzw. Tee (1½ l am Tag sollten es schon sein); dabei ist zu beachten, dass die Flüssigkeit (zunächst) wie feste Nahrung im Magen verbleibt. Kohlen säurehaltige Getränke sollten für einen längeren Zeitraum (sehr individuell!) gemieden werden, da diese die Magenschleimhaut zu sehr belasten (aufschäumen). Andererseits sollte aber auch erwähnt werden, dass es (eher männliche) Patienten gibt, die selbst nach dieser OP kein Problem mit der Konsumierung von Bier und Cola haben! Im Gegensatz zu anderen Betroffenen hatte ich nie Problem mit Kaffee (allerdings immer aufrecht sitzend in kleinen Schlückchen trinken, das gilt aber auch grundsätzlich für jede Art von Nahrungsaufnahme). Übrigens, eine zu geringe Trinkmenge kann auch dazu führen, dass man das bereits **verminderte Appetitempfinden** ganz verliert. Leider ist auch bei mir, neben dem Appetit, das **Hunger- und Sättigungsgefühl** durch den teilweisen Verlust des Nervus Vagus **reduziert** (siehe oben).

Grundsätzlich gilt daher: **Essen und Trinken trennen!**, da ja nur noch das rd. halbe Magenvolumen vorhanden ist. Konkret bedeutet dies, bis 15 min. vor dem Essen und frühestens 20 min. nach dem letzten Bissen flüssige Nahrung zu sich zu nehmen (hängt natürlich auch von der Menge ab, die man vorher aufgenommen hat) - ein kleines! Stück Kuchen mit Kaffee sollte aber immer möglich sein. Also auch das Trinkverhalten erfordert zwangsläufig eine **(weitere) Umstellung** und ein gewisses Maß an **Disziplinierung**.

Ein spezielles Problem ist das Auftreten des sog. **Dumping-Syndroms**. Darunter werden Bauchbeschwerden und Kreislaufstörungen nach einer Magenoperation zusammengefasst. Zum einen kann es zu Beschwerden im Verdauungstrakt kommen wie Übelkeit oder Erbrechen. Andererseits können Herz-Kreislauf-Reaktionen wie Herzrasen, Schwindel, Schwäche oder Zittern ausgelöst werden. Bei ersterem spricht man vom frühen (tritt circa 15 min. nach Nahrungsaufnahme auf), bei letzterem vom späten Dumping-Syndrom. Die Ursache ist eine (zu) schnelle Aufnahme von vielen Zuckermolekülen aus dem Dünndarm in das Blut. Dadurch wird aus der Bauchspeicheldrüse Insulin zur Gegensteuerung freigesetzt. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer **Unterzuckerung**, welche die obigen Symptome hervorruft. Das Spätdumping tritt bei mir etwa ein bis zwei Stunden nach der Nahrungsaufnahme auf. Bisher gibt es kein spezielles Medikament für diese Situation, also muss man da halt durch. Tritt dieser Zustand häufiger auf, sollte man den Verzehr von Zucker und zuckerhaltigen Speisen (bei mir insbesondere Eis) und Getränken unbedingt einschränken. Darüber hinaus hilft mir der Verzehr von **Traubenzucker** (in jeder Drogerie erhältlich) als Tabletten oder in flüssiger Form (**Liqui-Fit®**, Apotheke), den ich für diesen Fall **immer! bei mir führe**.

Folgende Tagesroutine hatte sich bei mir eingestellt: Grundsätzlich 1 Kapsel Pankreatan® bei fett-haltiger Nahrung. Ich starte den Tag i.d.R. mit einer Banane - regt das Verdauungssystem an und ist gut für die Darmschleimhaut! - alternativ eine Avocado - sehr vitamin- und kalorienreich - oder einige Kekse und/oder auch gerne ein Stück Schokolade (Tipp der Ernährungsberatung: das ganze Verdauungssystem bekommt dadurch den Hinweis, "aktiv" zu werden), dann alle 2-3 Std. ein gut belegtes Brötchen. Gegen Mittag eine kleine Mahlzeit, z. B. Suppe oder einen Rest vom Vortag, nachmittags ein weiteres Brötchen, ggf. ein Stück Kuchen und gegen Abend eine kleine Mahlzeit (war früher meine Hauptmahlzeit). Bei mir sind es über den Tag verteilt also **mindestens 6 kleine Mahlzeiten** (plus tagsüber evtl. noch ein Stück Obst und/oder einige Kekse, Nüsse im Laufe des Abends). Vor dem Einschlafen 1x Esomeprazol®, wegen der Nebenwirkungen bei Dauermedikation (s.o.), habe ich nunmehr nach 3 Jahren auf die morgendliche Einnahme verzichtet und es bisher gut vertragen. Mein Ziel ist hier in Abstimmung mit meinem Onkologen, die Einnahme von Protonenpumpenhemmer (PPI's) nur noch bei Bedarf (Reflux).

Auf Grund der anatomischen Veränderung - Verlust der Kardia (auch Magenmund genannt) am Magen-eingang - ist eine **Hochlagerung während des Schlafens** erforderlich (z. B. durch Anheben des Latten-rostes und/oder ein zusätzliches (Keil-)Kissen), um eine nicht ungefährliche **Aspiration** zu vermeiden (Eindringen von Mageninhalt über die Speiseröhre in die Luftröhre und damit in den Lungenraum). Tritt diese auf, muss der gesamte **Inhalt sofort ausgehustet** werden (Erstickungsgefahr, möglicher Entzündungsherd)!

Allgemein gilt: Du solltest mengenmäßig genau so viel zu dir nehmen, wie vor der OP. I. d. R. bleibt man lediglich 10 Kilo unterhalb seines alten Gewichts. Dabei sollte man sich nicht durch das Ergebnis der Waage unter Druck setzen lassen - wird bei mir nur noch jeden 3. bzw. 6. Monat im Rahmen der onkologischen Nachsorge aktiviert. **Du kannst und solltest! wieder alles essen können, was dir schmeckt** (das Geschmacksempfinden kehrt nach einiger Zeit wieder zurück) - und bei aller Unbill, einen Vorteil gibt es sogar: über ein mögliches Übergewicht wirst du dir nie mehr Gedanken machen müssen! Durch das geringere Magenvolumen kommt es auch zu hormonellen Veränderungen, dabei **reduziert sich das Hungerhormon Ghrelin** und das Verlangen nach Essen nimmt ab. In diesem Zusammenhang bietet sich der Erwerb von Kochbüchern an, die spezielle Rezepte für den Kostaufbau nach unserer OP enthalten (Stichwort für die Internetrecherche: "Kochbuch bariatrische Operation").

Es ist davon auszugehen, dass **30 - 50 %** und sogar 80 - 90% nach **Chemo- und Strahlentherapie** von uns unter der sog. **Tumorererschöpfung** - auch **Fatigue** genannt - leiden. Dabei bist du plötzlich und mitunter auch langanhaltend von einer extremen Mattigkeit betroffen. Es ist, **als ob einem „der Stecker herausgezogen wurde“**. Es ist wichtig zu wissen, dass dieser Erschöpfungszustand eine **Erkrankung** ist und eben nicht nur die unvermeidliche Folge einer anstrengenden Krebstherapie. Die akute Fatigue, die während oder kurz nach den Krebstherapien auftritt, bessert sich bei den meisten innerhalb von drei Monate nach Ende der Behandlung; dies war auch bei mir der Fall. Leider besteht auch die Möglichkeit eine **chronische Fatigue** zu entwickeln, die Jahre später auftreten kann, obwohl die Krankheit längst überwunden zu sein scheint. Neben **psychotherapeutischen Verfahren** wird bei dieser Form der Fatigue (im Gegensatz zum Chronischen Fatigue Syndrom - CFS) **moderate sportliche Aktivität** empfohlen, um wieder annähernd auf sein altes Leistungsniveau zu kommen (den vorherigen Zustand wieder voll zu

erreichen ist möglich, aber eher selten und wohl auch abhängig vom Alter und AZ). Hinzu kommt, dass wir nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt rd. **40% unserer Muskelmasse** (ebenfalls abhängig vom Alter) **verlieren**.

Die **AHB** (Anschlussrehabilitation ist eine Krankenkassenleistung und wird durch den Sozialdienst des Krankenhauses angeregt) sollte unbedingt wahrgenommen werden, um für die kräftezehrende adjuvante Chemotherapie "gerüstet" zu sein. Eine **4-wöchigen Rehabilitationsmaßnahme** (Leistung der Rentenversicherung) **sollte immer!** im Folgejahr der Therapie beantragt werden (mit Unterstützung des behandelnden Onkologen in der Nachsorge).

Neben **ambulanter Physiotherapie** (i. d. R. werden 30 Sitzungen von den Kassen bewilligt) hat mir in den Jahren nach Therapieende sehr geholfen, in einer ambulanten Rehaeinrichtung 2x pro Woche unter **physiotherapeutischer Anleitung Konditionstraining und Muskelaufbau an Geräten** (leider auf eigene Kosten) zu betreiben - z.B. medizinisches Training im VitalCentrum des RehaCentrums Hamburg auf dem UKE-Gelände für 39€/Monat.

Fazit:

Es versteht sich von selbst, dass alle Hinweise mit Vorsicht zu genießen sind, da jeder anders auf die anatomischen Veränderungen reagiert. **Ein Leben mit Schlauchmagen ist also möglich und kann genauso erfüllend sein, wie vor der OP.** Die Anpassung an das neue Organsystem erfordert jedoch eine **tägliche Disziplinierung und viel Geduld** - zumindest im 1. Jahr nach der OP - bis man eine Routine entwickelt hat. Die Erfahrung zeigt, dass unser Körper den Verlust durch den operativen Eingriff zu kompensieren versucht und in der Regel gelingt ihm das auch recht gut.

Im **Rahmen der Genesung** werden wir allerdings zuweilen mit einem **postoperativen Grundproblem** bei unserem Eingriff (Schlauchmagen-Hochzug) sehr belastet. Unsere (Rest-)Speiseröhre bzw. unser Schlauchmagen lassen uns mitunter nicht in Ruhe, d.h. entweder haben wir Probleme am Eingang/Übergang zum Magen mit der Anastomose (künstlich angelegte Verbindung mit dem Restmagen), da die Nahrung nicht oder nur unzureichend in den Magen aufgenommen werden kann (Schluckprobleme auf Grund einer **dauerhaften Engstelle**), oder am Ausgang des Magens (dem Pylorus: Schließmuskel im Übergang zum Zwölffingerdarm), da die Nahrung nur verzögert oder unter Schmerzen in den Zwölffingerdarm abgegeben werden kann, d.h. mit **dauerhaften Magenentleerungsstörungen**.

Sollten sich nach einer gewissen Zeit der Anpassung an das „neue Organsystem“ (sehr! individuell) keine Besserung abzeichnen, stehen uns endoskopische Verfahren (Bougierung bzw. G-POEM) zur Verfügung, auf die wir unsere Behandler ggf. hinweisen sollten, falls diese nicht auf unsere Hinweise bei dauerhaften Beschwerden im Rahmen der Nachsorge reagieren sollten (häufiges Argument: „na da warten Sie noch mal ab, das war ja ein hochkomplizierter Eingriff, an den sich Ihr Körper erst einmal gewöhnen muss“). In Abstimmung mit dem Behandler sollte dann zunächst eine Magenspiegelung (ÖGD) oder CT-Kontroll-Untersuchung besprochen werden. Hier die beiden **unkomplizierten endoskopischen Verfahren**:

Am Mageneingang: Unter **Bougierung** versteht man die mechanische Erweiterung von Stenosen im Bereich der Speiseröhre mittels metallischer Oliven oder besonders geformten, meist quecksilbergefüllten Gummi- oder Kunststoffschläuchen (oft reicht eine einmalige Maßnahme).

Am Magenausgang: Die **Gastrale perorale endoskopische Myotomie (G-POEM)** ist eine Therapieoption bei Vorliegen einer chronischen Magenentleerungsstörung. Um den Eingriff einzuordnen: bei diesem eleganten endoskopischen Verfahren wird der Pylorus-Muskelring durchtrennt, dabei steht: G für Gaster = Magen, PO für "peroral" = durch den Mund und EM für "ösophageale Myotomie" = Muskelspaltung.

Allgemein geht man bei unserem Eingriff von einer **2-jährigen Rekonvaleszenzphase** aus. Bei wiederkehrenden Problemen kann das **Führen eines Ernährungstagebuches** sehr hilfreich sein, in dem man Auffälligkeiten (bestimmte Nahrung, körperlich Reaktion und Verlauf) festhält, um sein Ess-/Trinkverhalten anzupassen bzw. umzustellen. Selbstverständlich steht gerade bei Problemen (Gewichtsverlust, geschwächter Allgemeinzustand, keine Fortschritte in der Alltagsroutine) die **Selbsthilfegruppe mit der Erfahrung ihrer Mitglieder** zur Verfügung; man sollte sich aber darüber hinaus nicht scheuen, auch die professionelle Erfahrung einer **Ernährungsberatung und/oder ggf. psychotherapeutische Unterstützung** in Anspruch zu nehmen.

Hilfreiche Links und digitale Hilfsmittel:

Zur Vertiefung und bei weiteren Fragen kann ich die PDF-Datei der GRVS (Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen) „**Speiseröhre-Magen-Bauchspeicheldrüse - Wie leben nach einer Operation**“ aus dem Jahr 2018, 149 Seiten empfehlen. Hier der Link: http://www.grvs.de/download/GRVS_band4_Gastrektomie.pdf

Als sehr hilfreich für uns Betroffene hat sich die **digitale Gesundheitsanwendung MIKA©** (Mein interaktiver Krebsassistent) erwiesen. Unter anderem ist auch ein **Therapie-Tagebuch bzw. Chemo-Protokoll** enthalten, um einfach, sicher und schnell, **Symptome dokumentieren zu können** (tägliche Check-Ups). Sie erleichtert Krebspatienten und Behandelnden, den Therapieverlauf genau zu beobachten und mögliche Nebenwirkungen im Blick zu behalten. Die Nutzung der App ist kostenfrei. Hier der Link: <https://www.mitmika.de/>

Die kostenlose **App: Living Well** der Firma Prosoma will krebserkrankte Frauen in psychoonkologischer Hinsicht unterstützen (was natürlich kein Ersatz zu einer Psychotherapie sein kann, so diese erforderlich ist). Wie weit Männer bzw. auch Angehörige davon ebenfalls profitieren könn(t)en wäre zu prüfen - siehe hier: <https://www.prosoma.com/de/living-well-de>

Bei Problemen der Nahrungsaufnahme insb. in der direkten postoperativen Anpassungsphase an das „neue Organsystem“, kann neben dem Führen eines Ernährungstagebuches auch die Kontrolle des Essverhaltens durch die App: **Foody Ernährungs-Symptom-Tagebuch©** sehr hilfreich sein. Hier der Link: <https://foody-food-symptom-tracker.de.softonic.com/android> und für Apple: <https://apps.apple.com/de/app/foody-food-symptom-tracker/id1081899534>

Zur individuellen Unterstützung der Chemo-Therapie (z.B. bei postop. Lymphknotenbefall) aus dem Bereich der Naturheilkunde enthält dieser Link ggf. nützliche Hinweise für Betroffene: https://naturheilkompass.de/das-koennen-sie-waehrend-und-nach-chemotherapie-selbst-fuer-sich-tun/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=nhk_chemo&gclid=EAlaQobChMIgrij8Oar_AIV0sLVCh2IFw1KEAAYASAAEgIIPD_BwE

Für Patienten, die mit der Schockdiagnose Speiseröhrenkrebs konfrontiert sind, ist auch die private und persönliche Homepage von Frank Maienschein zu empfehlen, in der dieser **seinen Weg von der Erstdiagnose bis zur Genesung** mit vielen hilfreichen Tipps beschreibt: <https://www.magenkrebs-speiseroehrenkrebs-ueberleben.de/>, sowie die individuelle Homepage von Ueli Zürcher aus der Schweiz, siehe hier: <https://www.kurvechratzer.ch/content/2021/index.html>

Den **blauen Ratgeber** der Deutschen Krebshilfe mit „Antworten, Hilfen, Perspektiven“ könnt Ihr hier herunterladen: https://www.krebshilfe.de/infomaterial/Blaue_Ratgeber/Krebs-der-Speiseroehre_BlaueRatgeber_DeutscheKrebshilfe.pdf

Umfassende Informationen zu unserer Erkrankung, findet ihr auch auf der sehr informativen Seite der SELBSTHILFEGRUPPE SPEISERÖHRE und MAGEN (SHG SpM), die unter der Schirmherrschaft der Direktorin der Chirurgischen Universitätsklinik Köln steht, siehe hier: <https://www.speiseroehrenerkrankungen.de/das-leben-nach-der-op.html>

Die **offizielle Leitlinie der AWMF** (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. für Ösophaguskarzinom ist hier erhältlich. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Oesophaguskarzinom/Version_3/LL_%C3%96sophaguskarzinom_Langversion_3.1.pdf

und die **Patientenleitlinie der AWMF** erhaltet ihr hier: https://www.krebshilfe.de/infomaterial/Patientenleitlinien/Speiseroehrenkrebs_Patientenleitlinie_DeutscheKrebshilfe.pdf