

# info cancer

n°101 septembre 2020

## Krebs haben in Corona-Zeiten



**Fondation  
Cancer**

Info · Aide · Recherche

## Notre conseil d'administration

**Présidente d'honneur** : S. A. R. la Grande-Duchesse

**Présidente** : Dr Carole Bauer

**Vice-présidents** : Dr Danielle Hansen-Koenig et Dr Jean-Claude Schneider

**Membres** : M<sup>e</sup> Tom Loesch, M. Yves Nosbusch et Dr Fernand Ries

## Notre équipe

**Directrice** : Lucienne Thommes

**Collaborateurs** : Vanessa Berners, Claudia Gaebel, Manon Kucharczyk, Maiti Lommel, Madalena Lopes Rosa, Thierry Ludwig, Elsa Marie, Arnaud Mathys, Sonia Montet, Charlotte Pull, Nathalie Rauh, Martine Risch, Barbara Strehler et Alexa Valentin

## Nos coordonnées

209, route d'Arlon • L-1150 Luxembourg

Tél : 45 30 331 • Fax : 45 30 33 33

www.cancer.lu • fondation@cancer.lu

**Heures d'ouverture** : les jours ouvrables de 8h à 17h

**Accès** : en bus, ligne 22 et ligne 28 (Stade Josy Barthel)

Parking réservé aux patients (derrière la maison)

RCS Luxembourg G 25

## infocancer n°101

**Nombre d'exemplaires** : 86.000

**Impression** : Techprint (imprimé au Luxembourg)

**Photos** : Claude Piscitelli ; iStockphoto

**Abonnement** : gratuit sur simple demande

**Les traductions respectives des articles en français ou allemand sont disponibles sur [www.cancer.lu](http://www.cancer.lu)**

*Die jeweiligen Übersetzungen der Artikel auf Französisch oder Deutsch finden Sie auf [www.cancer.lu](http://www.cancer.lu)*

Toutes les actions de la Fondation Cancer ne sont possibles que grâce à la générosité des donateurs.

Chacun peut, si le cœur lui en dit, soutenir les initiatives de la Fondation Cancer en faisant un don fiscalement déductible au :

**CCPL IBAN LU 92 1111 0002 8288 0000**

La Fondation Cancer est membre fondateur de l'asbl 'Don en Confiance Luxembourg'.

[www.cancer.lu](http://www.cancer.lu)

Retrouvez-nous sur :



## SOMMAIRE

- 2 **Le cancer est toujours là**
- 4 **Wie Krebsbetroffene die Corona-Krise erleben**
- 9 **Nos services se digitalisent !**
- 10 **Arm dran: Wenn eine Krebserkrankung auch finanzielle Not bringt**
- 16 **„Man sollte uns eine Chance geben“**
- 19 **Nouveautés en cancérologie**
- 22 **Combien d'alcool pour combien de cigarettes ?**
- 24 **Kontrolle ist besser und dringend nötig**
- 27 **Infrage gestellt: Tabakkonsum**

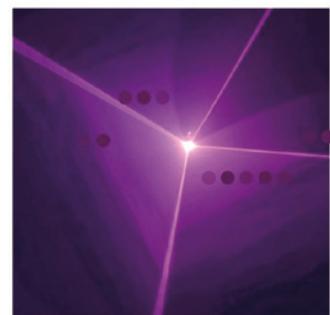


## News



**Le rapport annuel 2019** de la Fondation Cancer est téléchargeable et consultable sur notre site cancer.lu. Ce rapport bilingue donne un aperçu sur les faits marquants de l'année écoulée, les différents actions et services et notre bilan financier.

## La radiothérapie



Brochures pour patients



**La radiothérapie**, notre brochure pour patients, vient d'être rééditée avec un contenu entièrement revu et augmenté. Cette nouvelle édition en français et allemand est téléchargeable sur le site cancer.lu ou disponible sur simple demande.

CAMPAGNE

## Faites le bon choix

La Fondation Cancer a lancé la campagne *Faites le bon choix* cet été. L'objectif ? Informer et sensibiliser la population à une alimentation saine. Ce que nous mangeons impacte notre organisme et le contenu de notre assiette joue un rôle dans la prévention du cancer.

A découvrir sur [faiteslebonchoix.lu](http://faiteslebonchoix.lu).



EDITORIAL

# Le cancer est toujours là



LUCIENNE  
THOMMES  
Directrice

Ces derniers mois, nous avons tous fait face à un défi sans précédent suite à la pandémie COVID-19 et ceci nous a forcés de revoir nos priorités personnelles et professionnelles.

A l'heure où j'écris ces lignes, le Luxembourg se trouve en deuxième phase de COVID-19. Et alors que la plupart d'entre nous a pu un peu profiter de la phase de déconfinement, ceci n'est malheureusement pas vrai pour les patients atteints de cancer en cours de traitement.

Cette période marquée par l'anxiété, l'isolement et la solitude reste difficile à vivre pour ces derniers.

Les patients atteints de cancer et en traitement forment depuis toujours une population à risque face aux infections en général, du à une possible immunodépression liée à la maladie ou aux traitements.

## Les patients, une population deux à trois fois plus à risque

Très tôt, une première étude chinoise avait montré que le taux d'infection par le SARS-CoV-2 était deux à trois fois plus élevé chez les patients atteints de cancer. Une fois infectés, ils étaient également plus nombreux à présenter des formes graves de COVID-19, nécessitant une ventilation artificielle ou une admission en réanimation, surtout s'ils avaient reçu une chimiothérapie dans le mois précédant l'infection.

Logiquement, et pour protéger les patients atteints de cancer d'une éventuelle contagion, toute leur prise en charge s'en est trouvée bouleversée. Les consultations ont été réorganisées en un suivi à distance par télésurveillance, les cures de chimiothérapie, surtout chez les patients fragiles étaient reportées, les protocoles thérapeutiques en oncologie et en radiothérapie étaient adaptés. Dans la même logique, toute intervention chirurgicale non urgente était reportée...

Au-delà de la déprogrammation par les services hospitaliers, les patients en cours de traitement ont pris eux-mêmes des décisions difficiles, et d'autant plus anxiogènes, par peur d'être infectés : certains d'entre eux ont préféré rester confinés que de risquer une éventuelle contamination en milieu hospitalier.

## **Arrêt des programmes de dépistage : quelles conséquences ?**

Un des volets à ne pas négliger et qui résulte de cette crise est l'arrêt temporaire des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

L'avenir nous montrera si cette interruption aura des conséquences dramatiques pour certains patients, parce qu'elle a entravé la détection précoce des nouveaux cas de cancer mais aussi parce que dès la reprise « à la normale », les délais de prise en charge et le risque de saturation pourraient impacter encore davantage la prise en charge des patients.

## **La recherche au ralenti**

Outre les risques liés au COVID-19, la pandémie actuelle aura pour les patients atteints de cancer des conséquences négatives - que le grand public et les patients eux-mêmes - ne soupçonnent pas.

La recherche oncologique a été lourdement impactée par la crise du COVID-19, et nous en observons actuellement les conséquences : des essais cliniques sont suspendus et certains laboratoires et unités de recherche sont mis à l'arrêt. C'est le financement de la recherche qui va probablement être remis en question.

Et les répercussions pourraient être nombreuses : par manque de financement, les scientifiques les plus brillants pourraient être contraints de cesser leurs travaux ou de se diriger vers une toute autre carrière, ce qui serait dramatique pour la recherche et *in fine* pour les patients atteints de cancer.

Au niveau national, on peut déjà constater le retard pris par la mise en place du deuxième plan cancer, sans parler des plans de lutte contre le tabagisme et de l'alcool.

## **Il est temps de refaire du cancer une priorité de santé publique**

Si on ne peut que se féliciter de l'action efficace de notre Ministère de la santé et la direction de la santé au cours de cette crise sanitaire liée au COVID-19, il est néanmoins nécessaire de remettre la prise en charge du cancer au centre des préoccupations en matière de santé publique ...

Car ne l'oublions pas, COVID-19 ou pas, le cancer est toujours là.

ERFAHRUNGSBERICHT

# Wie Krebsbetroffene die Corona-Krise erleben

Luxemburg, 16. März 2020 – Alarmstufe rot nach rasant steigenden Zahlen von Corona-Infektionen auch hier im Land. Das gesamte Großherzogtum befindet sich schlagartig in einem Ausnahmezustand. Besonders angespannt wird dabei die Situation für all die Menschen, die sich als vulnerabel einstufen müssen – darunter viele Krebspatienten und Patienten mit Vorerkrankungen, die das Immunsystem schwächen. Wie Krebsbetroffene diese Zeit erlebt haben und wie die Fondation Cancer sie unterstützte, darum soll es hier gehen.



**BARBARA STREHLER**

*Diplomierte Psychologin  
und Psychotherapeutin*

Frau N., 53 Jahre alt, hat bereits eine Brustkrebserkrankung überstanden und Angst vor einer weiteren Krebserkrankung, da sie an Morbus-Crohn leidet. Womit sie nicht rechnet ist, dass eine ganz andere Erkrankung für sie lebensbedrohlich werden könnte. Sie berichtet aus eigener Erfahrung vom März 2020: „Ich weiß es noch ganz genau! Am 17.3. waren 146 Personen positiv auf COVID-19 getestet. Mittags kamen 36 weitere Personen hinzu, so die Meldung aus dem Gesundheitsministerium. Ich selbst war am Vortag getestet worden, wegen starken Hustens, auf Anraten meiner Hausärztin, ging

aber noch von einer gewöhnlichen Bronchitis aus. Erst als sie mich am späten Nachmittag anrief, habe ich begriffen, dass ich selbst eine der 36 neuen Fälle bin!“ Sie erkrankte so schwer, dass sie über 14 Tage lang sehr hohes Fieber hatte und einen Husten, der sich anfühlte, als hätte sie „Glasscherben in der Lunge.“ Die Hausärztin ruft sie täglich an, um mit ihr den Verlauf zu überwachen, ebenso wie der mit COVID-19 beauftragte Arzt aus dem Gesundheitsministerium als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Die Verlegung in ein Krankenhaus kommt für sie nicht infrage: „Da komme ich nicht mehr raus!“, so ihre feste

Überzeugung, vielleicht, weil der Vater wenige Monate zuvor überraschend in einer Klinik verstorben ist.

## Grenzerfahrung

Während vier Wochen schwerer Erkrankung wird ihre kleine Eigentumswohnung in einem Mehrfamilienhaus im Süden des Landes zur Isolierstation. Weitere zwei Wochen des ungeduldrigen Wartens folgen, bis sie das Haus wieder verlassen darf, da von ihr keine Ansteckungsgefahr mehr ausgeht. Während dieser Zeit der Abschottung ist das Telefon und *WhatsApp* für sie die einzige Verbindung zur Außenwelt. In ihrem Bett liegend harrt sie aus, fiebernd, Nahrungsmittel stellen ihr Familienmitglieder sowie Nachbarn und Freunde vor die Tür. Direkte Gesellschaft leistet ihr nur ihre Katze. Täglich rufen Familienangehörige und Freunde sie an. Eine Psychotherapeutin der Fondation Cancer kontaktiert sie mehrmals in der Woche. Diese hat sie schon während ihrer Brustkrebserkrankung betreut ebenso wie bei ihren Ängsten vor einem weiteren Krebs. In den telefonischen Sprechstunden geht es etwa darum, wie sie diese Grenzerfahrung von Bedrohung durch Krankheit und Einsamkeit aushalten kann. Fällt Frau N. das Sprechen zu schwer, kann sie auch nur zuhören. Ausgewählte Geschichten, wie sie oft im Rahmen der klinischen Hypnose genutzt werden, helfen: als Zuspruch in scheinbar hoffnungslosen Zeiten, als Hilfe beim Zugang zu Kraftreserven und zur Mobilisierung von Energie. All das zusammen habe ihr den überlebensnotwendigen Halt gegeben, so Frau N., und ihr „Schritt für Schritt geholfen, ins Leben zurückzukehren“.

## Schwere Entscheidungen

Wie ist es den Krebspatienten ergangen, die der Empfehlung *Bleiw Doheem* gar nicht folgen konnten, sondern „raus mussten“, etwa zur Chemo- oder Radiotherapie? „Am Anfang war die Verwirrung um COVID-19 komplett“ und „Tonnen von Informationen überwältigten mich,“ so fasst es eine junge Patientin mit Brustkrebs zusammen, deren Chemotherapie kurz vor der Pandemie begonnen hatte. Zur allgemeinen Bedrohung kam hinzu: „Ich wusste zunächst überhaupt nicht, wie und ob es überhaupt mit meiner Behandlung in der Klinik weitergehen würde.“ Mit

Nase-Mundschutz ausgerüstet und mit „Todes-Angst“, sich selbst anzustecken, machte sie sich auf den Weg ins Krankenhaus, als ihr Onkologe ihr dafür grünes Licht signalisierte. Und ihre Anspannung blieb auf einem hohen Level, selbst als deutlich wurde, dass die Klinik für die notwendige Sicherheit sorgen und damit die Chemotherapie problemlos weitergeführt werden konnte. „Mein Mann und ich haben im März die schwere Entscheidung getroffen, meine kleine Tochter zu ihrer Tante ins Ausland zu evakuieren“, so die junge Frau. Ein gemeinsames Leben als Familie in einem kleinen Appartement erschien ihr zu der Zeit unmöglich. Zu groß die Angst, dass ihre Tochter sich auf dem Spielplatz mit COVID-19 anstecken und damit das Virus mit nach Hause bringen könnte. Derartig drastische Schritte, um die Gefahr der Ansteckung des vulnerablen Krebspatienten zu minimieren, wurden wohl eher selten getroffen. Typischer war eher das tägliche Abwägen von Risiken, etwa: Darf die Teenager-Tochter wieder zur Schule, als die Lockerungen es zuließen, oder soll sie zu Hause bleiben, bis die Mutter ihre Chemotherapie abgeschlossen hat? Wie soll man sich als Krebspatient schützen, wenn aber die Ehefrau eine Arbeit hat, die keinen *Home Office* ermöglicht, sondern ganz im Gegenteil, viele Kontakte mit sich bringt? Etwa weil sie in einem Supermarkt an der Kasse sitzt und die Familie das Gehalt aber dringend braucht. Konflikte und schwere Entscheidungen waren somit überall da vorprogrammiert, wo verschiedene Bedürfnisse aufeinanderprallten.

## Einsamkeit

Stand für die einen Krebspatienten die Angst, sich mit COVID-19 anzustecken im Vordergrund des Erlebens, so war für andere das Gefühl der Isolation, des Getrenntseins von den Liebsten am quälendsten. „An meinem Alltag hatte sich eigentlich nicht so viel geändert,“ so berichtet eine 80-jährige Patientin mit Darmkrebs, „aber meine Enkelkinder fehlten mir doch sehr im März! Zweimal in der Woche bringe ich sie sonst zum Tennis, kann sie umarmen! Diese Aufgabe und Nähe war plötzlich weg.“ Das allgegenwärtige Mantra „soziale Kontakte meiden“ bedeutete für sie, dass sie ihre Enkelkinder nur noch per *Whatsapp* sehen durfte. Und das war etwas ganz Anderes für die Rentnerin. Auch fühlte sie sich plötzlich nutzlos,



so ohne Aufgaben. Die Lockerung von *Bleiv Doheem* brachte für viele einsame Krebspatienten nicht die gewünschte Erlösung, sondern sie fühlten sich dann erst recht einsam. Eine 70-jährige Patientin bringt es auf den Punkt: „Ich fühle mich als Krebspatientin nun stigmatisiert! Alle meine Freundinnen treffen sich wieder und haben keine Lust mehr, auf mich Rücksicht zu nehmen und eine Maske zu tragen. Ich fühle mich ausgeschlossen.“

War das soziale Netzwerk schon vor Corona sehr klein, fehlte es etwa an Familie und Freunden, oder war im Vorfeld schon die seelische Gesundheit labil, so führte für Krebspatienten die Corona-Krise in einen Teufelskreis aus Einsamkeit und Grübelspiralen, mit allen Konsequenzen auf der psychischen Ebene, Depression und Suizidgedanken eingeschlossen.

### So reagierte die Fondation Cancer

Wie hat die Fondation Cancer auf diese besonderen Nöte von Krebsbetroffenen in Luxemburg reagiert? Bereits ab dem 17. März standen drei Psychotherapeutinnen der Fondation Cancer im *Home Office* zunächst mit telefonischen Sprechstunden und E-Mail-Beratungen sowie später auch mit Video-Angeboten Patienten und ihren Angehörigen zur Seite. Zuhören, ernst nehmen und informieren, darum ging es oft, aber auch um einen Perspektivwechsel: Ja. Die Situation ist ernst. Und gleichzeitig: Was geht

denn gerade noch? Auch wenn die Lage ernst ist. Wo sind meine Einflussmöglichkeiten? Was kann ich tun? Was ist mir heute wichtig? Kam es aufgrund der häuslichen Enge zu familiärem Streit um den Krebspatienten herum, so wurde sich auch täglich zur Telefonkonferenz verabredet, um Schlimmeres zu verhindern. Manche Probleme stellten sich den Psycho-Onkologinnen der Fondation so in dieser Form erstmals im Frühjahr 2020, etwa: Wie kann man eine Krebspatientin unterstützen, die Abschied vom Vater nehmen muss, der isoliert in einem Krankenhaus an COVID-19 gestorben ist? Und den sie eben nicht noch einmal sehen durfte. Die Bandbreite der Nöte war groß. Und dementsprechend schnell bemühte man sich darum, ein telefonisches Halte-Netzwerk für die Patienten und ihre Angehörigen zu spannen, das gut und einfach erreichbar war, und bei Bedarf auch mehrmals pro Woche zur Verfügung stand.

Insgesamt nutzten 140 Krebsbetroffene diese Dienstleistung der Fondation Cancer. Im Zeitraum vom 16. März bis zum 12. Juni wurden insgesamt 586 Einsätze, oder im Fachjargon: Interventionen, aus dem *Home Office* gezählt. Für die drei Psycho-Onkologinnen insgesamt war dies bei aller Belastung eine sehr positive Erfahrung, da sie doch eine sinnvolle Arbeit während dieser Zeit leisten konnten.

Traduction française sur [cancer.lu](http://cancer.lu)

## » Témoignages de patients atteints de cancer pendant la pandémie

### **Marie, 38 Jahre, leidet an Schilddrüsenkrebs**

Die sanitäre Krise war für mich ein Gefühlschaos der Emotionen. Ein ständiges auf und ab. Am Schlimmsten war das Verbot von sozialen Kontakten: seine Familie und Freunde, die einem Halt geben, nicht sehen zu dürfen.

Ein schwieriger Moment war auch mich aus meinem Loch, meiner depressiven Phase, wieder raus zu ziehen, und eine gewisse Struktur in meinem „neuen“ Alltag zu bekommen. Meine Ängste nicht überhandnehmen zu lassen, denn manchmal haben mich meine Ängste regelrecht paralyisiert.

Aber in dieser außergewöhnlichen Zeit wird einem bewusst, was und wer im Leben wirklich wichtig ist. Die Menschen in meinem Umfeld sind sehr hilfsbereit und wir unterstützen uns gegenseitig.



« Pour moi, le plus stressant a été d'aller au supermarché, mais aussi le fait de voir des rendez-vous médicaux reportés. »

### **Edith, 60 ans, atteinte d'un cancer du sein**

Pendant le confinement, je me suis sentie fragile à cause de mon statut d'ancienne malade. Je suis restée soigneusement à la maison tout en travaillant à distance et je faisais du sport sur ma terrasse. J'ai eu un grand sentiment de sécurité d'être au Luxembourg plutôt qu'en France, car au Luxembourg il y a plus de moyens financiers à disposition des hôpitaux et moins d'habitants.

Pour moi, le plus stressant a été d'aller au supermarché, mais aussi le fait de voir des rendez-vous médicaux reportés. Je devais par exemple d'avoir une ostéodensitométrie et une mammographie et ces rendez-vous auront lieu plus tard. Je me disais que ce report de rendez-vous pouvait éventuellement me faire courir un risque de ne pas être détectée si je rechutais.

Mais, le pire moment pour moi a été d'aller à l'hôpital pour un rendez-vous de gynéco que je ne voulais pas repousser. Je savais que je courrais plus de risques en entrant dans l'hôpital.

Dans l'ensemble, je peux dire que pour moi le confinement a été plus positif que négatif. En ne voyant plus mes collègues et en me concentrant uniquement sur mon travail, je n'ai plus senti les tensions des relations entre collègues. Mais surtout la crise sanitaire m'a permis de faire du télétravail et j'ai ainsi pu me déplacer pour voir ma mère mourante et m'occuper d'elle pendant les trois dernières semaines de sa vie. Je n'aurais jamais pu faire cela si je n'avais pas été en télétravail.



### **Julia, 35 Jahre, Hodgkin Lymphom**

Am Anfang der Ausgangssperre hatte ich einfach nur Angst, dass wir uns anstecken. Ich wollte meine Familie nur so schnell ich konnte in Sicherheit bringen, was heißt, dass alle zu Hause sind und bleiben, kein einkaufen, kein auswärts arbeiten, keine Schule, kein Spielplatzbesuch und auch keine Freunde treffen mehr. Die Maßnahmen der Regierung haben mir hierbei sehr geholfen. Dass die Phase bis heute für meine Familien anhalten wird, habe ich mir nicht ausmalen können. Anfangs haben wir uns dann sicher gefühlt, inzwischen wird die Isolation aber zur Qual, vor allem weil meine vierjährige Tochter noch immer nicht zur Schule darf aufgrund meiner Vulnerabilität. Es ist zurzeit kein Ausweg aus dieser Situation für uns absehbar (Impfung/ Behandlung) und das macht es schwierig, zu ertragen. Zusätzliche Maßnahmen für vulnerable Menschen, wie Extra-Einkaufszeiten oder gesonderte Kundenbetreuung würde ich mir derzeit mehr als wünschen.

Am schwersten war für mich, dass meine Tochter nicht mit anderen Kindern spielen konnte und sie sich ungezwungen entwickeln konnte. Die neue Rhythmusfindung in unserer Familie war ebenfalls eine Herausforderung.

Positiv hingegen war für mich die Erfahrung zu wissen, wie schön es ist, sein Kind zu 100 % aufwachsen zu sehen und es in allen Belangen zu begleiten, sei es ihr kochen beizubringen, mit ihr stundenlang zu basteln, ihr kindliches Denken über alle möglichen Sachen zu erfahren und immer für ihre Sorgen und Nöte da zu sein. Ich genieße es sehr, Mama und Hausfrau sein zu dürfen.

„Anfangs haben wir uns dann sicher gefühlt, inzwischen wird die Isolation aber zur Qual.“

### **Francine\***

J'ai vécu mal la période de confinement car je n'avais pas de kinésithérapeute pour faire mon drainage lymphatique et mon bras continuait à me faire mal et à gonfler. Je n'avais pas d'activité physique donc j'ai pris du poids, j'avais peur de sortir mais il le fallait car je faisais ma radiothérapie. J'avais constamment peur, je me désinfectais et me lavais les mains constamment. J'avais l'impression d'être "Inspecteur Monk".

Ce qui a été le plus stressant pour moi, c'est quand j'ai su qu'il y avait des gens qui avaient le coronavirus sans le savoir, qui étaient contagieux et qu'ils n'avaient même pas de symptômes. J'avais constamment peur, j'étais anxieuse car mon fiancé travaille dans la restauration. J'avais peur pour lui et pour moi.

Le pire moment c'est quand mon compagnon a repris le travail, il avait été pendant deux semaines en confinement et en chômage technique. Mais après les restaurants pouvaient faire les livraisons, il a dû reprendre le travail. J'ai pleuré pendant une semaine, je désinfectais constamment les poignées de portes, les interrupteurs, et jusqu'à présent, je le fais encore. J'ai obligé mon fiancé à enlever ses chaussures devant la porte et de laver ses mains. J'avais l'impression que le temps s'était arrêté, nos plans, nos projets s'étaient effondrés du jour au lendemain, on vivait au jour le jour.

Une expérience positive, c'est mon apprentissage du luxembourgeois : parler avec des gens même en télécommunication, discuter, apprendre, ça m'a permis de garder espoir et d'oublier ma peur.

\* nom modifié par la rédaction

\*\* personnage principal de la série MONK

# Nos services se digitalisent !

Pendant le confinement, nous souhaitons que nos patients puissent continuer à bénéficier de nos services, et cela en toute sécurité. C'est pourquoi nous avons digitalisé nos services en proposant nos habituels cours de Yoga et de Pilates en vidéo et en publiant des enregistrements de relaxation. Grâce à cela, nos patients possèdent les outils pour se relaxer profondément.



## Des audios pour se relaxer et évacuer le stress

Martine Risch, psychologue et psychothérapeute à la Fondation Cancer propose différents enregistrements qui ont la même finalité : permettre à la personne qui l'écoute de se relaxer profondément. Ces enregistrements sont disponibles sur [cancer.lu/se-relaxer](https://cancer.lu/se-relaxer)

## Yoga et Pilates en ligne

Simone et Anja, respectivement professeures de Yoga et de Pilates, ont enregistré leurs séances en vidéo afin de permettre aux patients de continuer à pratiquer à la maison en toute sécurité. Ces enregistrements sont disponibles sur [cancer.lu/yoga-et-pilates-en-ligne](https://cancer.lu/yoga-et-pilates-en-ligne)





„GEHEILT, ABER...“ – HINTERGRUND

## ● ● **Arm dran: Wenn eine Krebserkrankung auch finanzielle Not bringt**

Die Diagnose Krebs muss nicht lebens-, kann aber existenzbedrohend sein. So steigt bei vielen Betroffenen das Armutsrisiko etwa durch Ausscheiden aus ihrem bisherigen Erwerbsleben.

Lange galt es als geradezu verpönt, im Kontext einer Tumorerkrankung allzu offen über das Sterben zu sprechen. Dank besserer Behandlungsmöglichkeiten ist Krebs inzwischen für die meisten Betroffenen kein Todesurteil mehr. Stattdessen dreht sich das neue Tabuthema um die Angst vor dem sozialen Abstieg. Denn mit der Krankheit geht nicht selten finanzielle Not einher. Und in diese können genesene Krebspatienten, aber auch chronisch Kranke selbst in einem Land wie Luxemburg immer noch allzu oft geraten.

Gestiegene Heilungschancen und die Tatsache, dass Krebs eher bei älteren Menschen vorkommt, wiegen manche in eine trügerische Sicherheit, obwohl auch Junge und Junggebliebene, die voll im Beruf stehen, keineswegs davor gefeit sind. Idealerweise gelingt ihnen nach überstandener Krankheit der Wiedereinstieg ins Erwerbsleben, manchmal sogar die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz. Allerdings lässt sich das nicht für jeden realisieren. Individuell sind sogar schwerwiegende Folgen für die bisherige berufliche Selbstversorgung und das eigene Selbstverständnis zu erwarten.



## Fallbeispiele aus der Praxis

(\*alle Namen sind von der Redaktion geändert)

### Abhängig

Als er 2017 seine Krebsdiagnose erhielt, war **Ben\*** 45 Jahre alt, in Festanstellung und plante mit seiner Partnerin, in eine kreditfinanzierte Eigentumswohnung zu ziehen. Nach acht Monaten erfolgreicher Krebstherapie half Ben die „innerbetriebliche berufliche Wiedereingliederung“ zurück in seinen Job. Manchmal musste er aber länger auf die monatliche Unterstützung vom Arbeitsamt warten, dann blieb ihm nur der verminderte Lohnanteil seines Arbeitgebers. Gemeinsam konnte das Paar entstandene finanzielle Lücken ausgleichen. Doch wenig später erlitt Ben ein Rezidiv. Und bald erreichte er das Maximum von 78 Wochen Krankengeld. Schließlich erlosch auch sein Arbeitsvertrag. Der von der Sozialversicherung **CNAP** beauftragte Kontrollarzt stufte Ben als Invalide ein, was ihm ein Rentenniveau in Höhe von nur 700 Euro monatlich zuerkannte. Die Einkommenssituation des Paares verschlechterte sich drastisch. Beiden blieb nichts anderes übrig, als vorübergehend in das bewohnte Elternhaus von Bens Partnerin zu ziehen, um von dort aus neuen bezahlbaren Wohnraum für sich zu suchen. Ein Antrag auf REVIS für mehr staatliche Unterstützung hat in Bens Fall keine Aussicht auf Erfolg, weil

für die Beitragsbemessung das Einkommen seiner Partnerin und sogar das ihrer Eltern herangezogen wird. Dadurch liegt die Haushaltsgemeinschaft über dem zulässigen Höchstsatz. **Bens daraus resultierende finanzielle Abhängigkeit von seiner Partnerin – und ihren Eltern – erschwert nicht nur die Rückgewinnung seiner Eigenständigkeit, sondern nagt auch sehr an seinem Selbstwertgefühl.**

### Ausgegrenzt

Hart trifft es auch **Léonie\***. Sie war 33 Jahre alt und lebte alleine mit ihren beiden – damals vier und sieben Jahre alten – Kindern, als ihre Krebserkrankung entdeckt wurde. Léonie war als Floristin angestellt. Ihr Gehalt reichte gerade so, um die Miete und alltägliche Kosten zu decken. Irgendwie gelang es ihr jedoch, immer etwas Ersparnis zur Seite zu legen, um mit ihrem Sohn und ihrer Tochter gelegentliche Tagesausflüge ans Meer nach Belgien zu machen. Auch die Weihnachtsgratifikationen ihrer Chefin halfen der Familie sehr. Durch ihre Erkrankung verlor Léonie jedoch irgendwann ihre Stelle. Für die Dauer ihrer Krebstherapie lebte die zweifache Mutter von ihrem Krankengeld. Anschließend musste sie sich arbeitslos melden. Die Höhe ihres Arbeitslosengeldes ging größtenteils für die Miete drauf. Um ihre Lebenshaltungskosten zu decken, musste Léonie das Kindergeld nutzen. Eine neue Stelle zu finden, gelang ihr nicht. Nach der vollen Bezugsdauer des 18 Monate währenden Krankengeldes erhielt Léonie den Status der verminderten Arbeitsfähigkeit, der sie zum **RPGH (revenu pour personnes gravement handicapées)** berechtigt – eine mit ca. 1.400 Euro vom Niveau her unter ihrem früheren Floristinnen-Gehalt liegende monatliche Erwerbsminderungsrente. Inzwischen musste die alleinerziehende Mutter mit ihren Kindern in eine billigere Wohnung ziehen. **Die gewohnte Umgebung verlassen zu müssen, mag nach außen hin**



**eine Herausforderung, aber kein Drama darstellen. Doch war das Ganze für die kleine Familie kein leichter Schritt.** Léonies größter Wunsch wäre es daher, schnell wieder einen Job zu finden und, wenn möglich, erneut umzuziehen.

## Angeschlagen

Oberflächlich betrachtet besser dran zu sein scheint **Georges\***, der mit seiner Frau und den drei erwachsenen Kindern (23, 20 und 18 Jahre) in einem eigenen Haus lebt. Während er seiner Festanstellung in einem großen Industrieunternehmen nachging, kümmerte sie sich um Haus und Kinder. Regelmäßige Unternehmungen im Freundeskreis waren so selbstverständlich wie das Ziel, die drei Kinder im Studium finanziell zu unterstützen, was den Eltern immer eine Herzensangelegenheit war. Doch mit 53 Jahren erkrankte Georges an Krebs. Er konnte geheilt werden, die langwierigen Therapien aber haben deutliche Spuren hinterlassen. Georges konnte fortan nicht mehr arbeiten. Heute bezieht er eine **Erwerbsminderungsrente** (*pension d'invalidité*), die nur etwas mehr als die Hälfte seines früheren Gehalts beträgt. Seine Ehefrau versucht derweil, wieder Fuß in ihrem alten Beruf zu fassen – nach Jahrzehnten ohne Job stehen die Aussichten für eine Frau ihres Alters jedoch schlecht. **Die fünfköpfige Familie ist aufgrund dieser Entwicklung weder verarmt noch ist ihr Eigenheim gefährdet. Aber alle spüren den sozialen Abstieg. Ausflüge mit Freunden kann sich das Ehepaar kaum mehr leisten; der Plan, die akademische Ausbildung jedes Kindes zu fördern, ist passé.** War der Lebensentwurf von Georges einst von finanzieller Sicherheit und sozialer Stabilität geprägt, so steht heute vor allem das Bestreben im Vordergrund, mit einem geringen Budget allmonatlich wieder über die Runden zu kommen.

## Wer zum Beispiel mit unter 25 Jahren während Studium oder Ausbildung an Krebs erkrankt, ist besonders schlecht dran.

### Armutsfalle Krebs?

Fallbeispiele veranschaulichen jedoch nicht nur Einzelschicksale. Sie entlarven auch strukturelle Rahmenbedingungen, die es lohnt, genauer unter die Lupe zu nehmen und gegebenenfalls zu hinterfragen.

Seit Januar 2019 gilt, dass Betroffenen insgesamt 78 Wochen Krankengeld innerhalb von zwei Jahren gezahlt wird. Und wer im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 65 Jahren seinen Anspruch auf das Krankengeld ohnehin bereits aufgebraucht hat, muss neue Wege finden, um für seinen Lebensunterhalt zu sorgen. Denkbar sind dafür folgende Szenarien:

- voll arbeitsfähig (**mit** und **ohne** Anspruch auf Arbeitslosengeld)
- eingeschränkt arbeitsfähig (**mit** und **ohne** Arbeitsstelle) sowie
- nicht mehr arbeitsfähig/arbeitsunfähig.

Wer als einstiger Krebspatient wieder arbeitsfähig ist und Anrecht auf Arbeitslosengeld hat, kann dies bis zu 18 Monate lang beziehen. Danach besteht die Möglichkeit, ein sogenanntes Einkommen zur sozialen Eingliederung (*revenu d'inclusion sociale*, REVIS) zu beantragen. Wer dagegen keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat, muss sich direkt um REVIS bemühen. Das REVIS ersetzt seit 2019 das garantierte Mindesteinkommen (RMG). Die Höhe der Leistung hängt dabei von der Einkommenssituation aller Haushaltsangehörigen ab, die als Bedarfsgemeinschaft fungieren. Das heißt, Partnergehälter werden als Berechnungsgrundlage mit herangezogen. Überschreitet die Gesamtsumme die maximal erlaubte Einkommensgrenze, verhindert das den Zugriff auf die staatliche Unterstützung. Wer sein Anrecht auf REVIS durchsetzen kann, bei dem beläuft sich dieser in einem Einzelpersonen-Haushalt auf monatlich ca. 1.460 Euro, für ein Ehepaar auf insgesamt 2.190 Euro sowie für jedes zusätzliche Kind auf ca. 133 Euro.



Wer einen Arbeitsplatz hat, aber nur eingeschränkt arbeitsfähig ist, gilt als *travailleur handicapé*. Wer unter 65 Jahre alt ist und diesem Status zugeschrieben wird, aber ohne Arbeit ist, muss sich an das Arbeitsamt wenden, damit es bei der Suche nach einer passenden neuen Stelle behilflich wird. Bis die Rückkehr ins Erwerbsleben gelingt, kann zur Überbrückung eine Art Schwerbehindertenrente (*revenu pour personnes gravement handicapées*, RPGH) bezogen werden. Hierbei spielt das Einkommen anderer, dem eigenen Haushalt zugehöriger Personen keine Rolle, Anspruch und Bezugshöhe des RPGH gelten individuell. Pro Person und Monat entspricht das ca. 1.460 Euro.

Grundsätzlich arbeitsunfähige oder nicht mehr arbeitsfähige Personen haben unter bestimmten Bedingungen Anspruch auf eine Invalidenrente aus der *caisse nationale d'assurance pension*, CNAP. Sie fällt allerdings geringer aus, wenn Betroffene in jungen Jahren invalide werden oder ältere Betroffene nicht lange in die CNAP eingezahlt haben. Hinzu kommt: Eine monatliche Invalidenpension wird nicht zusätzlich zu möglichem Krankengeld ausbezahlt und ab dem 65. Lebensjahr des Versicherten automatisch in eine Alterspension umgewandelt. Die Berechnung der jährlichen Brutto(alters)pension erfolgt anhand

von Lebenshaltungskosten unter Zugrundelegung des Jahres 1984 als Ausgangsbasis.

Wer gänzlich ohne jedes Einkommen, Arbeitserfahrung und Versicherungsbeiträge dasteht und zum Beispiel mit unter 25 Jahren während Studium oder Ausbildung an Krebs erkrankt, ist besonders schlecht dran. Dann bleibt nichts anderes als die gesetzliche Sozialhilfe und Grundsicherung zum Leben. Der Großteil der von Armut betroffenen Bevölkerung und bei der Sozialhilfe registrierten Luxemburger sei allerdings zwischen 30 und 50 Jahre alt, so offizielle Stellen, und darum in der Regel pensionsberechtigt, also finanziell bessergestellt.

Wie sehr etwa eine vierköpfige Familie mit zwei durchschnittlichen Monatsgehältern unter steigenden Wohn- und Lebenshaltungskosten im Land leidet, hängt von verschiedenen Faktoren ab und ist für Außenstehende letztlich Spekulation. Sicher ist: Fällt durch Krankheit plötzlich ein Gehalt ganz oder teilweise aus, lässt sich die Ausgabenlast in Luxemburg nur schwer von einem Einkommen alleine tragen. Dass außerdem die Aussicht auf finanzielle Durststrecken nicht gerade förderlich für die Genesung oder die arbeitstechnische Produktivität ist, sollte auch nicht unterschätzt werden.



## Krank und arbeitslos

Angesichts einer alternden Gesellschaft mit immer mehr Anspruchsberechtigten vielleicht nicht verwundert, aber umso deutlicher macht: Es gibt Handlungsbedarf. Der Faktor Krebs, das heißt das steigende Risiko für viele Bewohner, mit zunehmendem Alter im Laufe des Lebens einmal daran zu erkranken, muss verstärkt in die Gestaltung der Versicherungssysteme Eingang finden.

Vor allem auch, da offiziellen Statistiken zufolge die Anzahl der Erwerbstätigen seit 1980 stetig zugenommen hat. Gab es 1990 nur etwa 187.000 Beschäftigte (sprich: Lohnabhängige), stieg die Zahl im Jahr 2018 auf rund 449.000. Für 2020 wird mit etwa 475.000 Personen gerechnet. Mehr Arbeitnehmer – schön und gut, könnte man meinen. Aber statistisch gesehen bedeutet das mehr mögliche Kranke, Pflege- und grundsätzlich Hilfsbedürftige: Aktuell gibt es jährlich allein 3.000 geschätzte neue Krebsfälle im Land.

Und im Großherzogtum als Arbeitnehmer schwer zu erkranken, birgt heute zudem die Gefahr, mit der Zeit zusätzlich arbeitslos zu werden und auf Geldleistungen aus der Sozialversicherung

angewiesen zu sein. Studien für die USA und Europa allgemein zum Thema Rückkehr ins Erwerbsleben ergaben schon vor rund zehn Jahren, dass ca. 64 Prozent der Genesenen zum Zeitpunkt der Befragung lohnabhängig waren. Zugleich ließ sich aber feststellen: Innerhalb von sechs Jahren nach ihrer Krebserkrankung wurde etwa der Hälfte der Betroffenen gekündigt oder sie waren aufgefordert, ihren Arbeitsplatz “freiwillig” aufzugeben.

In Großbritannien verdeutlicht der sogenannte *Macmillan Report* aus dem Jahr 2017, in welchem Zusammenhang Krebs und Arbeit dort in den letzten Jahren zueinanderstanden. Die Zahlen könnten auch für Luxemburg, als vergleichbarer westeuropäischer Staat, einiges an Aussagekraft beinhalten. Zumindest ist nicht unerheblich:

- 2015 waren nicht weniger als 890.000 der diagnostizierten Krebspatienten Erwerbstätige. Bis 2030 könnte die Zahl auf über 1,2 Mio. ansteigen.
- Schätzungsweise eine von drei Personen mit Krebs ist weiterhin erwerbspflichtig.
- Für Krebsüberlebende ist es im Vergleich mit dem Rest der Bevölkerung 1,4-mal wahrscheinlicher, arbeitslos zu werden.
- 58 Prozent der Krebsüberlebenden, die ihre Arbeit wieder aufgenommen haben, hätten das lieber später getan. Dann nämlich, wenn sie „emotional bereit“ gewesen wären – nicht finanziell gezwungen.
- 2016 sagten 60 Prozent der Befragten, denen wieder zu arbeiten nach der Diagnosestellung ganz grundsätzlich wichtig war, dass sie dadurch ein Gefühl von Normalität behalten konnten.

## Neben den gesundheitlichen Auswirkungen eines Krebsleidens sind ebenso sehr die soziale Dimension der Krankheit nicht mehr länger zu vernachlässigen.

### Systemrelevant

Krankheit, diese Botschaft gilt es heute mehr denn je zu wiederholen, darf nicht bloß als individuelles Los abgetan werden. Sie ist vielmehr als systemrelevant zu betrachten. Nicht umsonst wird Krebs mittlerweile in vielen Teilen der Welt als Volkskrankheit eingestuft. Es muss darum ein neuerlicher gesellschaftlicher Konsens her, der sich institutionell greifen lässt: Neben den gesundheitlichen Auswirkungen eines Krebsleidens sind ebenso sehr die soziale Dimension der Krankheit nicht mehr länger zu vernachlässigen. Doch, es scheint, momentan wird die öffentliche Debatte über die nötige Anpassung der Sozialversicherungssysteme dahingehend eher leise geführt.

Dabei ist längst klar: Ein Patient, zu diesem Schluss kommen zahlreiche internationale Studien, braucht unter Umständen Jahre, um sich von einer Erkrankung selbst – und der Therapie – zu erholen. Krebsüberlebende leiden oftmals länger an den damit verbundenen Nebenwirkungen, als es auf den ersten Blick scheint. Doch vielfach werden Langzeit- und Spätfolgen kaum angemessen thematisiert noch wird bewusst zwischen ihnen unterschieden. Langzeitfolgen sind Probleme, die auch fünf Jahre nach der aktiven Behandlung noch bestehen, wie z. B. Fatigue, verfrühte Menopause und eine Zunahme von tief sitzenden Ängsten. Spätfolgen treten nach der Genesung auf, nach drei bis fünf Jahren oder auch nach zehn bis 20 Jahren; dazu gehören Herzkrankheiten, Zweitmalignome und strahlenbedingte Knochenbrüche. Überlebende sind also vielleicht geheilt, aber nicht notwendigerweise wieder komplett gesund und damit ein belastbares Mitglied der Gesellschaft.

### Wie weiter?

Was also muss, was lässt sich absehbar verbessern? Folgende Handlungsempfehlungen liegen für viele jetzt schon auf der Hand:

- Die direkte **Übernahme ausnahmslos aller Gesundheitskosten** (etwa kompletter Erstattungssatz von 100 Prozent auf alle Arzneien) durch die Krankenkasse zur Verhinderung einer Schlechterstellung von Risikogruppen.
- Die **Einführung einer für Luxemburg angemessenen Erwerbsminderungsrente**, für die nicht das Einkommen der gesamten Haushaltsgemeinschaft mit veranschlagt wird.
- **Krebserkrankungen generell als Schwerbehinderung anerkennen**, um den Zugang zum RPGH zu erleichtern.
- Die **Obergrenze beim Krankengeldbezug je Diagnose anwenden**: Wer seinen Anspruch aufgebraucht hat, riskiert sonst im neuerlichen Krankheitsfall den Job.
- Ein **vollumfänglicher Kündigungsschutz ab Tag eins der Diagnosestellung** würde das Armutsrisiko Betroffener verringern und zum Erhalt des Arbeitsplatzes beitragen.

Dieser Katalog, angesichts der Corona-Pandemie wird nur ein Anfang sein. Wie hoch der finanzielle Druck ist, der auf Krebspatienten lastet, zeigt sich nicht zuletzt an der wachsenden Anzahl von Menschen, die sich an den psychosozialen Dienst der Fondation Cancer wenden. Nicht nur Ratsuchende aus dem Niedriglohnssektor sehen sich mit veritablen Krisen konfrontiert. Selbst Angehörige der Mittelschicht berichten immer öfter von unvorhergesehenen Engpässen.

Die Fondation Cancer bietet mit ihrem Konzept zur finanziellen Unterstützung Krebskranken daher eine Hilfe an, die insbesondere in den ersten fünf Jahren für enorme Entlastung sorgen kann. Auch Betroffene mit chronischen Krebsverläufen nimmt das Angebot in den Blick und vermittelt, wenn nötig, Zugang zu weiterer substanzieller Hilfe. Am Ende aber dürfen staatliche Entscheidungsträger die erwähnte fällige Anpassung der Sozialsysteme nicht versäumen. Auch wenn das freilich leichter gesagt ist als getan.

Redaktion Christa Roth

Traduction française sur cancer.lu



„GEHEILT, ABER...“ – GESPRÄCH MIT NADIA ZARINELLI

## „Man sollte uns eine Chance geben“

Nach ihrer Krebsdiagnose fühlte sich Nadia Zarinelli anfangs wie eine Todgeweihte. Doch heute ist die 59-Jährige aus Petingen lebensfroher denn je. Ihr Credo: Jeden Tag genießen – auch wenn sie dafür äußerst sparsam durchs Leben gehen muss.

**Bei einem Mammografie-Termin im März 2019 werden bei Ihnen erste Anzeichen für Krebs entdeckt. Im Mai wird Ihnen ein Knoten aus der Brust entfernt. Wie haben Sie diese extreme Zeit erlebt?**

Es war, als hätte man mir den Boden unter den Füßen weggezogen. Krebs verbindet man nun mal in erster Linie mit dem Tod. Ich auch. Mein Vater war Jahre zuvor an schwarzem Hautkrebs gestorben. Das Wissen um seine Erfahrungen und sein Leiden, das

ich während der Pflege aus nächster Nähe miterlebt habe, haben mir große Angst gemacht. Auch wenn mein Brustkrebs nicht vergleichbar war mit dieser aggressiven Art von Hautkrebs.

**Wer oder was gab Ihnen Kraft, gegen Ihren eigenen Krebs zu kämpfen?**

Eine gute Freundin aus der Nachbarschaft stand mir bei und hat nicht zugelassen, dass ich alles nur mit mir alleine ausmache. „Du musst darüber sprechen!“, hat sie mir immer wieder gesagt. Aber das musste ich erst lernen.

## **Warum haben Sie Ihre Erkrankung zunächst für sich behalten?**

Da war vor allem Scham. Ich wollte einfach, dass niemand davon weiß. Anfangs konnte ich meine neue Brust auch nicht annehmen. Nachdem der Tumor entfernt worden war, war sie deutlich kleiner als die andere Seite. Ich konnte mich selbst nicht mehr im Spiegel betrachten, ohne dass mir schlecht wurde.

## **Zum Glück konnten Sie geheilt werden und auch Ihren Körper akzeptieren. Wie kam dieser Wandel zustande?**

Irgendwann traf ich eine Bekannte, die, nachdem ich ihr gegenüber meine Krebserkrankung erwähnt hatte, ganz unerwartet sagte: „Willkommen im Club!“ Das hat mich umgehauen. Danach bin ich immer mehr Betroffenen begegnet, die auch krebskrank gewesen waren. Nicht alleine zu sein, das hat mir Mut gemacht. Ab da habe ich mir gesagt, wenn die Jahre später noch am Leben sind, dann schaffe ich das auch – und dass ich mein Leben von nun an nur noch genießen will.

## **Sie sind alleinstehend und beziehen mit dem RPGH aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen durch frühere Rückenprobleme eine Schwerbehindertenrente. Eine Arbeit haben Sie momentan nicht. Große Sprünge im Alltag sind da eher nicht drin, oder?**

Ich lebe seit 27 Jahren in derselben Wohnung in einer kleinen Wohnanlage zusammen mit meiner Katze Chico und bin ein ziemlich genügsamer Mensch, brauche nicht viel. Ich liebe es, mit einer Freundin täglich immer neue Spaziergänge zu machen und dabei der Natur ganz nahezukommen. Ich würde gerne auch wieder in meinem Beruf als Verkäuferin arbeiten oder in einer Gärtnerei Blumen binden, auch als Putzkraft habe ich ein Jahr lang gearbeitet, bis es mir gesundheitlich nicht mehr möglich war. Während drei Monaten in einem *Centre d'Orientation Socio-Professionnelle* (COSP) habe ich gesehen, wozu ich noch zu gebrauchen bin, was mir liegt. Ich bin nämlich nicht arbeitsfaul. Aber seit meinem Bandscheibenvorfall und darauffolgenden Problemen mit Rücken und Knie kann ich nicht mehr alles machen. Die Arbeitsplatzvermittlung gestaltet sich seitdem schwer.

„Wenn man kein klassisches Gehalt, sondern nur den RPGH als Einkommen vorweisen kann, winken viele Vermieter ab.“

## **Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen Ihren Beruf als Verkäuferin aufgegeben?**

Indirekt. Ich habe nach meiner Scheidung 1993 wieder in meinem gelernten Beruf in einem Strumpfladen gearbeitet, bin dann in einen Schuhladen gewechselt, musste jedoch durch die zu hohe körperliche Arbeitsbelastung wieder aufhören.

## **Sie haben sich immer wieder neu orientiert und fortgebildet, 2018 etwa einen Computerkurs gemacht. Aber noch immer sind Sie offiziell als arbeitssuchend gemeldet.**

Ja, ich müsste noch einen weiteren Computerkurs machen, aber mir wurde gesagt, ich solle mich erstmal vom Krebs erholen. Ich hingegen vermute, dass ich weniger Förderung bekomme, hängt mit meinem Alter zusammen. Ich stehe ein Jahr vor meiner Rente. Es lohnt sich natürlich eher, jemand Jüngeren zu unterstützen, die dann auch noch lange arbeiten kann. Außerdem spreche ich Französisch, Luxemburgisch und Deutsch, aber kein Englisch.

## **Wo muss Ihrer Meinung nach mehr getan werden, um ehemaligen Krebspatienten mehr entgegenzukommen?**

Man sollte uns eine Chance geben. Ob auf dem Wohnungsmarkt oder bei der Arbeit, da braucht es mehr Hilfe. Wenn man kein klassisches Gehalt, sondern nur den RPGH als Einkommen vorweisen kann, winken viele Vermieter ab. Das sei ihnen zu

## „Es fällt auf, dass manche sich vor Krebspatienten zurückziehen.“

unsicher, der RPGH könne ja gestrichen werden. 2018 habe ich mich über die Gesamtsituation schriftlich beim Arbeitsminister beklagt, der sich sehr für mich eingesetzt hat. Aber außer einem zweiten COSP-Besuch war sonst nichts für mich drin. Ich bin seit zwei Jahren zu keinem Vorstellungsgespräch mehr eingeladen worden.

### **Viele ehemalige Krebspatienten fühlen sich vom Bürokratieaufwand überfordert und im Umgang mit Behörden bevormundet. Sie auch?**

Ich halte die Anforderungen für akzeptabel. Dass man zum Beispiel eine jährliche Prämie vom Staat in Höhe von 1.300 Euro als RPGH-Bezieher immer wieder neu beantragen muss, finde ich fair. Die Dinge können sich ja auch ändern. Darum ist Kontrolle wichtig. Außerdem gibt es das Sozialamt, den Konsumentenschutz oder die Fondation Cancer, die einen über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten und sonstige Rechte informieren. Zu wissen, dass man mit all dem nicht allein ist, dass es bei Bedarf Gespräche und Aktivitäten gibt, das tut ungemein gut. Natürlich wird man auch enttäuscht, bekommt nicht immer exakt die Hilfe, die man sich wünscht. Aber man muss überhaupt erst aktiv werden. Viele wollen sich nicht helfen lassen. Ich bin vom Typ her niemand mehr, der zu Hause sitzt und weint.

### **Gibt es ein Beispiel, wo Sie besonders gute Erfahrungen mit dem System gemacht haben?**

Schon seit Jahren wird mir mit einer Mieterhöhung gedroht. Dabei habe ich inzwischen sogar in mehreren Zimmern Schimmel! Und mehr als meine 667 Euro Miete pro Monat sind kaum drin. Also habe

ich den Konsumentenschutz um Rat gefragt und ein Gericht eingeschaltet, um herauszufinden, was rechtens ist. Der Anwalt für solche Verfahren wird vom Staat gestellt. Allein das ist schon eine ziemliche Entlastung.

### **Das heißt, momentan haben Sie wenig Grund zur Klage?**

Das Angebot in dem *Cent Buttek* anzunehmen, fiel mir schwer. Obwohl ich berechtigt bin, dort einzukaufen, bin ich nur ein paar Mal hingegangen. Zum Teil aus Stolz, zum Teil aus Scham. 'Wie tief bist du nur gesunken', habe ich mich gefragt.

### **Wie hat sich die Kommunikation mit Freunden seit Ihrer Erkrankung entwickelt?**

Es fällt auf, dass manche sich vor Krebspatienten zurückziehen. Und man selbst hinterfragt Freundschaften auch mehr. Aber es gibt auch viele positive Beispiele.

### **Kommen wir nochmal auf den Aspekt der Arbeit. Fehlt Ihnen neben dem Geld nicht auch Beschäftigung und Bestätigung?**

Ich liebe es, Lampen aus Serviettentechnik zu gestalten. Die Reaktionen darauf, wenn ich wieder ein Bild auf *Facebook* poste, sind so gut, dass viele sich eine eigene Lampe von mir wünschen. Im Monat fertige ich vielleicht ein bis zwei Exemplare an. Das ist auf jeden Fall eine sehr schöne Bestätigung.

### **Ihr Vater ist 1995 nach langer Krankheit mit 65 Jahren im Hospiz an seinem Krebsleiden gestorben. Viele würden sagen, das ist kein Alter. Wie stehen Sie dazu?**

Ja, er ist auch in dieser Hinsicht unglücklich gewesen: Hat sein ganzes Leben lang nur gearbeitet, immer nur gearbeitet, und am Ende nichts von seiner Rente gehabt. So sollte es nicht sein.

*Interview geführt von Christa Roth*

*Traduction française sur cancer.lu*

ASCO 2020

# Nouveautés en cancérologie



**CAROLE BAUER,**  
Oncologue et présidente  
de la Fondation Cancer

Cette année pour la première fois, à cause du contexte actuel, le congrès de l'ASCO (*American Society Of Clinical Oncology*) avait lieu uniquement en mode virtuel.

Je vais tenter de vous faire un résumé des principales nouveautés en oncologie présentées cette année avec un focus sur l'oncologie digestive et gynécologique. Certaines études présentées ne sont qu'à un stade très précoce du développement du médicament et ne vont peut-être pas aboutir. Mais les progrès en oncologie sont permanents et très excitants à suivre.

J'espère réussir mon pari et rendre des choses très compliquées un peu plus digestes. Bonne lecture !

## Quelques pistes innovantes pour le futur

Une étude avec un inhibiteur très spécifique du RET a montré des réponses assez importantes. Cette fusion ou mutation RET, très rare, est recherchée sur le tissu tumoral. Actuellement cette altération n'est pas encore recherchée de façon systématique, comme nous ne disposons pas encore de traitement spécifique de ces tumeurs, sauf dans le cadre d'études cliniques.

Il s'agissait d'une étude clinique préliminaire avec peu de patients, testant un nouveau médicament (Pralsetinib) pour des tumeurs diverses (cérébrales, digestives, sarcome, thyroïde, pancréas, cholangiocarcinome...) présentant cette fusion/mutation RET. Cette étude a montré des taux de réponses assez importants au Pralsetinib.

Cette mutation est très rare, mais ce type d'étude montre un éventuel changement de la prise en charge ultérieure car les traitements sont adaptés aux résultats moléculaires de la tumeur, indépendamment du site initial du cancer.

De nouvelles molécules d'immunothérapie sont en cours de recherche : immunothérapie associée à un anticorps, l'immunothérapie intra-tumorale, immunothérapie *probody* qui permet à l'immunothérapie de rester inactive dans les tissus sains et de devenir uniquement active dans le tissu tumoral pour pouvoir augmenter les doses et devenir plus efficace avec moins d'effets secondaires.

Une étude très intéressante de phase 3 a montré l'importance des infirmières coordinatrices pour le suivi des patients prenant un traitement oncologique par voie orale (chimiothérapie ou traitement ciblé). En effet ces traitements ont des effets secondaires spécifiques qui ne sont pas moindres que ceux des traitements administrés par voie intraveineuse.

**L'étude CAPRI** est une étude de phase 3 monocentrique comparant un parcours standard à un parcours standard associé à une coordination infirmière chez les patients devant prendre un traitement oncologique par voie orale. Les résultats sont assez spectaculaires et sont largement en faveur de la coordination infirmière en ce qui concerne la dose intensité, les toxicités de grade >3, le nombre de jours d'hospitalisation, la satisfaction du patient.

## Les nouveautés en oncologie gynécologique

Dans le cancer de l'ovaire, nous savons que la chirurgie initiale, qui doit être complète (enlever tout résidu tumoral), est très importante et augmente la survie. A l'ASCO 2020 deux études, l'une européenne et l'autre chinoise ont montré un intérêt en termes de survie d'une chirurgie qui de nouveau doit être complète (sinon elle est délétère) en cas de récurrence tardive par rapport à la chimiothérapie seule.

Ensuite les résultats complets de l'**étude SOLO2** ont été présentés : il existe une augmentation de la survie chez les patientes BRCA mutées, en récurrence de leur cancer, qui utilisent des PARP inhibiteurs, en entretien après la chimiothérapie. Cette augmentation de survie est très rassurante et démontre l'absence de résistance, après utilisation de PARP inhibiteurs, à une chimiothérapie ultérieure.

Une petite étude (60 patientes) préliminaire a montré une efficacité remarquable d'un anticorps contre un récepteur à la folate (qui se trouve sur les cellules tumorales de certains cancers de l'ovaire) associé à un antiVEGFR (autre anticorps déjà connu). En cas de présence du récepteur à la folate, les résultats de ce nouveau traitement sont très bons, même chez des patientes ayant déjà eu beaucoup de chimiothérapies. Il s'agit bien sûr d'une étude préliminaire et le médicament ne peut uniquement être utilisé dans le cadre d'études cliniques. Ce récepteur n'est pas encore recherché en pratique courante, comme il n'existe pas encore de traitement validé.



Pour le cancer du col utérin, nous n'avons malheureusement pas beaucoup d'options thérapeutiques après une ligne de chimiothérapie. Actuellement plusieurs études avec de l'immunothérapie sont en cours et semblent prometteuses. Une étude chinoise, présentée à l'ASCO, de nouveau préliminaire, associant un anticorps à une immunothérapie a montré des taux de réponse très encourageants.

Quelques études préliminaires très prometteuses pour des tumeurs gynécologiques rares mais très agressives ont été présentées : un nouveau médicament (adavosertib) avec des résultats prometteurs a été testé dans le cancer de haut grade séreux de l'utérus, et l'immunothérapie semble efficace dans les tumeurs trophoblastiques (tumeurs rares développées à partir du placenta).

## Les nouveautés dans le cancer du sein

La tendance dans le cancer du sein est actuellement à la désescalade en essayant d'éviter la chimiothérapie.

**L'étude MINDACT** évalue, en faisant un test génomique, l'intérêt d'une chimiothérapie adjuvante (c. à d. une chimiothérapie préventive) chez certaines patientes atteintes d'un cancer du sein avec des récepteurs hormonaux positifs. Bien que le résultat final de l'étude montre que les patientes ayant un bas risque génomique peuvent éviter la chimiothérapie, la désescalade de la chimiothérapie semble être plus sûre chez les patientes de >50 ans par rapport aux patientes plus jeunes.

**L'étude PHERGAIN** a comparé deux groupes de patientes atteintes d'un cancer du sein positif aux récepteurs hormonaux et positif au Her2neu. L'étude comparait l'administration d'une chimiothérapie néoadjuvante (avant la chirurgie) associée à un double blocage Her2neu (Herceptine et Perjeta), ce qui est actuellement le traitement standard, à un groupe de patientes traitées sans chimiothérapie mais avec une hormonothérapie et le même double blocage Her2neu.

Les résultats étaient très décevants dans le groupe sans chimiothérapie (35 % de réponse complète vs 58 % avec chimiothérapie) confirmant l'intérêt de la chimiothérapie dans les cancers du sein Her2neu positifs.

L'étude **CLIMB** avait déjà montré l'efficacité importante du Tucatinib chez des patientes ayant un cancer du sein métastatique Her2neu positif. Ce médicament a été associé à un traitement standard chez des patientes lourdement prétraitées. A l'ASCO cette efficacité a été confirmée chez les patientes atteintes de métastases cérébrales. Actuellement le Tucatinib n'est pas encore disponible en dehors des essais cliniques.

L'étude **KEYNOTE-355** a montré chez des patientes atteintes d'un cancer du sein triple négatif métastatique que l'adjonction d'une immunothérapie (Pembrolizumab) à la chimiothérapie permet de freiner la maladie chez certaines patientes (forte expression de PDL1 avec un score CPS > 10). Nous ne savons pas encore si la survie est prolongée.



## Les nouveautés en oncologie digestive

C'est surtout dans le cancer du rectum que de nouvelles études ont été présentées à l'ASCO 2020, ces études changeront nos pratiques. Actuellement les cancers du rectum localement avancés sont traités par une radiothérapie (RT) associée à une chimiothérapie (CT) sensibilisante préopératoire suivie de chirurgie. Une chimiothérapie adjuvante (postopératoire) suit parfois la chirurgie.

Deux études de phase 3, dans le cancer du rectum ont montré l'importance de la chimiothérapie en préopératoire. L'une, **PRODIGE 23**, a comparé un bras de traitement classique (RT-CT, chirurgie puis chimiothérapie) à un bras expérimental ajoutant une chimio-

thérapie intensive par FOLFIRINOX précédant la RT-CT puis chirurgie et chimiothérapie postopératoire. L'autre, **RAPIDO**, a comparé un bras de traitement classique par RT-CT, chirurgie puis chimiothérapie à un bras expérimental avec une RT courte suivie d'une chimiothérapie et ensuite la chirurgie. Tout le traitement était avant la chirurgie.

Les deux études sont positives avec une diminution significative des métastases à distance et de la réponse histologique complète. Ces deux études vont certainement changer notre attitude thérapeutique : donner la chimiothérapie en préopératoire. Lequel des deux schémas sera adopté dépendra de la présentation clinique du patient et devra être discuté en réunion multidisciplinaire.

Environ 5 % des patients atteints de cancer du côlon métastatique ont une instabilité génétique et plus précisément celle des microsatellites (MSI-H pour *microsatellite instability high*). Dans l'étude **KEYNOTE -177**, plus de 300 patients atteints d'un cancer du côlon métastatique ont été randomisés en première ligne de traitement pour recevoir soit une chimiothérapie standard soit un traitement par immunothérapie (pembrolizumab). Le traitement par pembrolizumab était statistiquement supérieur en survie sans progression et en taux de réponse objective. Ceci va probablement changer le traitement de première ligne des patients atteints d'un cancer du côlon métastatique MSI-H.

Dans le cancer du côlon, il existe une mutation BRAF V600E qui est associée à un pronostic très défavorable. Une mise à jour de l'étude **BEACON** a montré chez ces patients l'intérêt d'un traitement par MEK-inhibiteur associé à un anticorps anti-EGFR par rapport à une chimiothérapie standard en deuxième ligne de traitement.

Un nouveau traitement associant un inhibiteur de l'Her2 et une chimiothérapie trastuzumab-deruxtecan (t-DXd) a montré dans des études de phase 2 une efficacité importante dans les cancers coliques ou gastro-oesophagiens Her2neu positifs.

J'ai trouvé cette édition de l'ASCO très intéressante et j'espère avoir réussi à vous captiver jusqu'à la fin !

# Combien d'alcool pour combien de cigarettes ?



**DR FERNAND RIES**

*Oncologue et membre  
du conseil d'administration  
de la Fondation Cancer*

En ces temps de crise du coronavirus, nous discutons régulièrement du risque vital et des multiples mesures de prévention. Il est clair que la perception d'un risque n'est pas toujours objective et varie très fort entre les risques qui nous sont coutumiers (usage de la moto, certains sports, etc.) et les risques nouveaux et cachés (virus, radioactivité p. ex.).

Un risque est perçu d'autant plus menaçant s'il constitue une menace de mort à court terme (certains virus, poisons) alors que nous nous accommodons généralement très bien de certains risques qui sont pourtant majeurs, mais ne jouent qu'au très long cours (citons le tabac, l'alcool, l'obésité, la sédentarité) et de surcroît s'ils sont globaux et pas personnels (comme p. ex. les risques liés au changement climatique).

Pour prendre l'exemple du risque tabac-cancer nous savons que le tabagisme cause actuellement au niveau mondial sept millions de décès par an. Ainsi, chez deux tiers des fumeurs, le tabac contribue significativement à une mortalité précoce.

Le lien entre tabac et cancer est de nos jours assez bien compris par le grand public et n'est même plus nié par l'industrie du tabac. Ceci est actuellement beaucoup moins clair en ce qui concerne les effets néfastes de l'alcool. Globalement, la consommation d'alcool cause la mort prématurée de 3,3 millions d'humains, correspondant à un impact du 5-9 % sur la mortalité globale.

Comme rôle favorisant le cancer, l'alcool intervient seul, parfois en synergie avec le tabac ; on peut citer les cancers de la bouche et de la gorge, de l'œsophage,



du foie, des intestins et moins connu, mais significatif, le cancer du sein. Une méconnaissance du grand public de ce risque a souvent été mise en évidence dans diverses enquêtes, avec d'ailleurs le maintien de l'idée que l'alcool pourrait avoir des effets bénéfiques pour la santé, idée actuellement réfutée par toutes les grandes organisations de santé et de cancérologie au niveau mondial.

Devant cette méconnaissance du risque de l'alcool en terme d'impact sur le cancer, des scientifiques anglais<sup>1</sup> ont étudié l'impact relatif du tabagisme et de la consommation modérée de vin, chez l'homme et la femme.

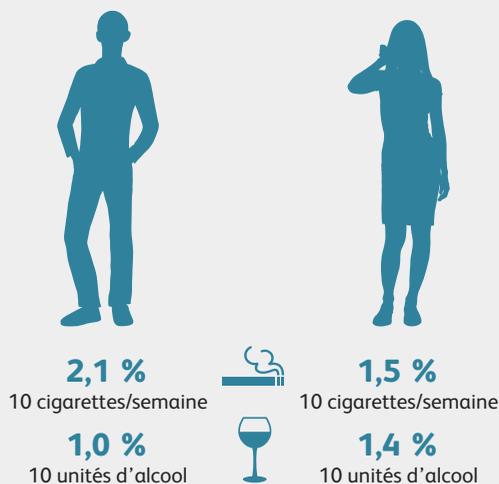
<sup>1</sup> Hydes TJ et al : A comparison of gender-linked population cancer risks between alcohol and tobacco : ho many cigarettes are there in a bottle of wine ? BMC public Health 2019 ; 19:316 (Full text)

Connaissant les effets synergiques entre alcool et tabac, les chercheurs ont utilisé des modèles mathématiques pour évaluer l'effet relatif de chaque facteur de risque ; ils ont également analysé à part l'effet cancérigène de l'alcool chez les sujets non tabagiques.

Les calculs ont montré que chez l'homme non-fumeur, l'équivalent d'alcool d'une bouteille de vin par semaine augmentait le risque absolu de cancer de 1 % ; ce risque est plus important chez la femme avec 1,4 %. Ainsi pour 1 000 hommes et 1 000 femmes consommant une bouteille de vin par semaine, au long cours, il y aura dix respectivement 14 cas supplémentaires de cancer.

Pour mettre cette consommation d'alcool en relation avec une consommation de cigarettes, les chercheurs estiment que chez l'homme, la bouteille de vin par semaine correspondrait à l'impact de cinq cigarettes. Chez la femme, à cause du risque majoré de cancer du sein, cette pondération passe à un impact comparable à celui de dix cigarettes par semaine. Les comparaisons en termes de risque absolu sont les suivantes :

### Risque absolu au courant de la vie



L'unité d'alcool est généralement définie comme correspondant à 10 cl de vin, 20 cl de bière et 2-4 cl pour les alcools plus forts.

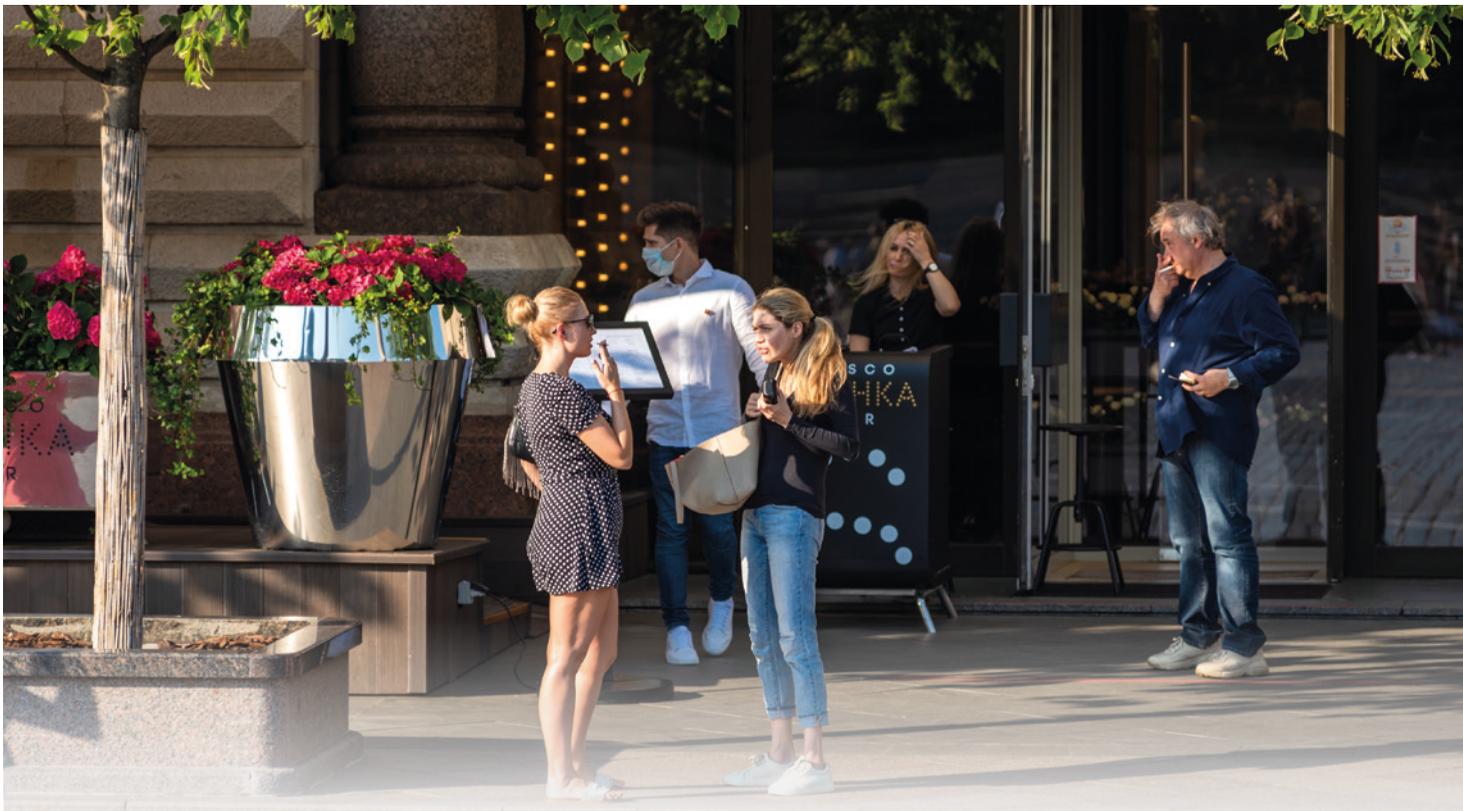


Pour beaucoup de gens, la consommation d'une demi-bouteille de vin par jour est considérée comme raisonnable. Le calcul du risque met néanmoins en évidence, pour ce type de consommation, un risque accru de cancer durant la vie de 1,9 % chez l'homme et de 3,6 % chez la femme, ce qui équivaudrait de nouveau en pondération tabac à huit cigarettes par semaine chez l'homme et 23 cigarettes chez la femme.

### Que nous montre cette étude en définitive

Alors que de nombreux effets de l'alcool pour la santé nous sont assez bien connus (cirrhose du foie, accidents, troubles cérébraux), l'effet en terme de cancérogenèse est souvent sous-estimé, en particulier chez la femme et cela essentiellement à cause de la majoration de risque de cancer du sein. Autre remarque : la comparaison entre alcool et tabac montre que le risque encouru par une consommation modérée d'alcool correspond à une consommation de tabac qu'on peut qualifier encore de faible (8-20 cigarettes par semaine). Il faut en conclure que le tabagisme « standard » correspondant à une consommation de plus de 10 cigarettes par jour, connu comme étant le facteur de risque de cancer numéro un, largement le plus important de tous les facteurs à potentiel de prévention connus.

La réflexion sur les facteurs de risques de cancer qui nous guettent pendant la vie devrait en tout cas focaliser notre attention sur tous les risques connus à effet de prévention facile ; il s'agit du tabac, de l'alcool, de l'obésité, de la sédentarité, de l'exposition solaire, d'une alimentation malsaine, facteurs qui interviennent dans la survenue de plus de deux tiers des cancers à issue fatale au niveau mondial.



DIE TABAKKONTROLL-SKALA 2019 IN EUROPA

## Kontrolle ist besser und dringend nötig

Wo steht Luxemburg in Sachen Eindämmung von Tabakkonsum? Ein Gutachten des Dachverbands der europäischen Krebsligen gibt Aufschluss – und Grund zur Beunruhigung.

Zigaretten. Nach Ende des Zweiten Weltkriegs waren sie auf dem Schwarzmarkt das Zahlungsmittel schlechthin. 75 Jahre später könnte man meinen, die Abhängigkeit von Tabak würde endgültig der Vergangenheit angehören. Tabakerzeugnisse aber sind – wenn auch nicht mehr als Währungersatz – noch immer gesellschaftlich durchaus akzeptiert.

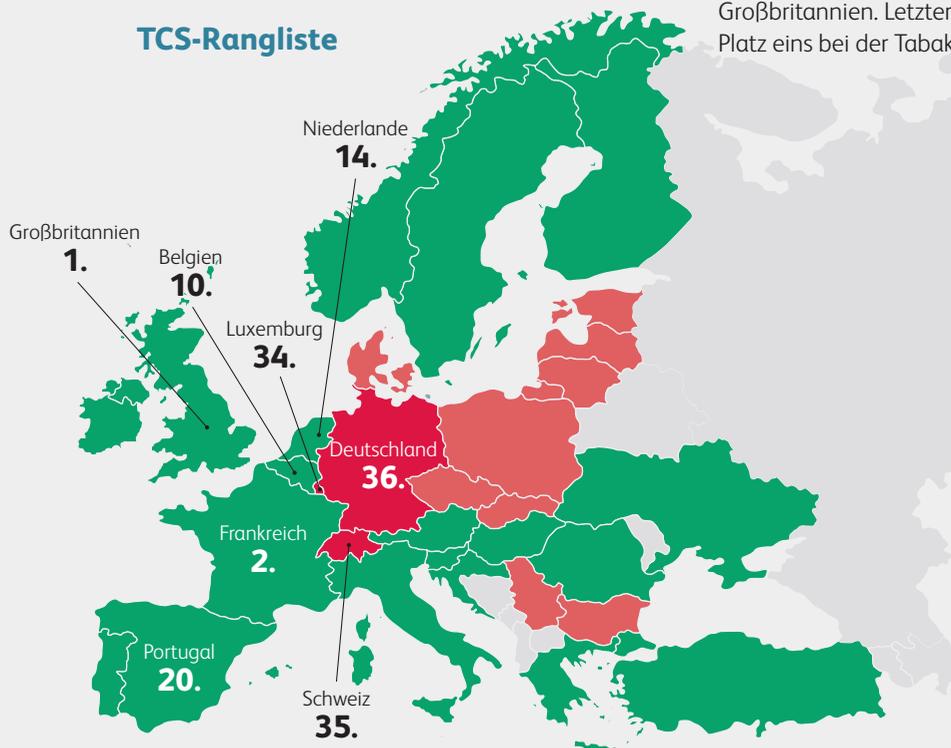
Dabei trat das Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs schon 2005 in Kraft. Diesen völkerrechtlich bindenden Vertrag – kurz FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control*) genannt – haben inzwischen 179 staatliche Akteure gebilligt und 168 davon als direkte Vertragsparteien mitunterzeichnet. Im Westen ist der Vertrag lediglich in den USA trotz Unterschrift nicht in Kraft getreten und auch in der Schweiz steht die Ratifizierung noch aus.

## Tabak oder Gesundheit

Um Aufschluss darüber zu geben, welche Staaten dem Ziel des FCTC am nächsten kommen, „*heutige und zukünftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, sozialen und die Umwelt betreffenden Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen*“, erschien im Februar dieses Jahres ein entsprechendes Gutachten. Die Tabakkontroll-Skala (TCS) vergleicht dafür insgesamt 36 Länder. Neben Europa sind auch die Türkei und erstmals Israel aufgeführt. Die TCS wurde zum siebten Mal aufgestellt und auf der alle drei Jahre stattfindenden Europäischen Konferenz zu Tabak oder Gesundheit (engl.: ECToH) vorgestellt, die der Dachverband der europäischen Krebsligen (ECL) organisiert.

Die TCS-Rangliste zeigt auf, welche Staaten 2018/19 im Hinblick auf eine Eindämmung des Tabakkonsums zum Schutz ihrer Bevölkerungen vor den Folgen von Aktiv- und Passivrauchen vorangekommen sind. Verglichen mit vorherigen Rankings sind zwar individuelle Fortschritte erkennbar, allerdings auch länderspezifischer Stillstand. **So befindet sich Luxemburg erneut unter den am schlechtesten platzierten Akteuren: auf Position 34 von 36.** Schlusslicht aber ist Deutschland.

## TCS-Rangliste



## Staatliche Vorbildfunktion

Als eines der reichsten europäischen Länder verzichtet Luxemburg laut den Gutachtern darauf, angemessen hohe Steuern auf Tabakerzeugnisse zu verlangen, um weiterhin auf transnationale Kaufanreize für Konsumenten aus anderen Ländern zu setzen. Im Gegensatz zu Irland zahlen Verbraucher im Großherzogtum für eine Packung Zigaretten einer durchschnittlichen Premiummarke derzeit weniger als die Hälfte des Betrags, der auf der Insel fällig wird.

Dieses Versagen kann nicht aufgewogen werden, auch wenn die Regierung mit einem Rauchverbot in Privatwagen, sofern sich Kinder darin aufhalten, punkten kann. Damit zählt Luxemburg zusammen mit zwölf anderen zu denjenigen Ländern, in denen diese spezifische Forderung des ECL mittlerweile Gesetzeskraft erlangt hat. Als Vorreiter fungiert Luxemburg ansonsten kaum. Eine Ausnahme bildet allenfalls der Arbeitnehmerschutz, der in weiten Teilen für ein umfassendes Rauchverbot am Arbeitsplatz sorgt.

Wie ein Staat seiner Vorbildfunktion nachkommen und seine Unabhängigkeit von der ziemlich einflussreichen Tabakindustrie beweisen kann, zeigt die Einführung standardisierter Zigarettenverpackungen in Frankreich und Großbritannien. Letzteres ist – wie schon 2016 – auf Platz eins bei der Tabakkontrolle in Europa gelandet.



### Keine *Laissez-faire*-Politik zulassen

Die Ergebnisse des Gutachtens lassen keinen Zweifel daran, dass es bei Produktion, Verkauf, Vertrieb, Werbung, Besteuerung und weitere die Tabakindustrie betreffende politische Maßnahmen auf die verantwortungsbewusste Haltung der gewählten Volksvertreter ankommt. Daneben spielen Institutionen wie die *Weltbank* und die *Europäische Union* mit ihren jeweiligen Programmen eine zentrale Rolle.

Die Autoren der Tabakkontroll-Skala 2019, darunter der Belgier Luk Joonssens, Experte für Zigarettschmuggel und Mitinitiator der Tabakkontroll-Skala 2006, betonen zusätzlich zu den genannten Leitfäden von *Weltbank* und EU die Pflicht zur Nachfragesenkung durch nationale Politiken, wie sie auch in Artikel sechs und sieben des Rahmenabkommens FCTC beschrieben ist. Sie fordern ein Investitionsminimum von zwei Euro pro Kopf für die staatliche Tabakkontrolle. Nicht weiter außer Acht lassen dürfe man den Bereich Lobbying: In Anlehnung an Artikel 5 FCTC rufen die Gutachter dringend zur Begrenzung der Verflechtung von Gesetzgeber und Tabakindustrie auf.

### Nichtraucherschutz: mehr als ein Lippenbekenntnis?

Ist das nicht zu viel staatliche Einmischung, mögen sich einige Leser angesichts dieser weitreichenden Forderungen fragen. Tatsächlich fasst die Tabakkontroll-Skala auf Papier nur zusammen, was längst für einen gesellschaftlichen Aufschrei sorgen müsste: dass der nationale Nichtraucherschutz vielerorts nicht viel mehr darstellt als ein Lippenbekenntnis.

Als durchsetzungsfähiger Souverän obliegt es nun mal Staaten, über die schädlichen Folgen von Tabakkonsum nicht nur zu informieren, sondern gleichzeitig den Verkauf von Tabak zu erschweren. Das mag die Unternehmensfreiheit wie auch die Grundrechte einzelner Privatpersonen vor Herausforderungen stellen. (Ebenso wie Passivrauchen den eigenen Gesundheitsschutz.) Ist aber kein Gewissenskonflikt. Denn Gesetze sind nichts weiter als tote Buchstaben, wenn sie im realen Alltagsleben keine Durchschlagskraft erfahren.

Aber noch mehr Verbote können nicht das endgültige Ziel sein. Raucher anzuprangern oder gar zu sanktionieren, reicht und, seien wir ehrlich, lohnt auch nicht. Aufklären, umstimmen und beim Aufhören helfen – das braucht es mehr denn je.

Redaktion Christa Roth



Traduction française sur [cancer.lu](http://cancer.lu)

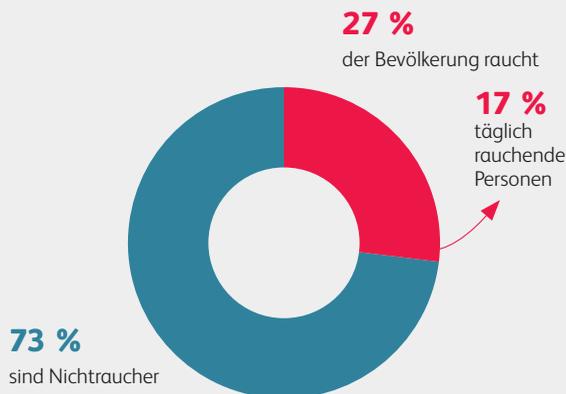
# Infrage gestellt: Tabakkonsum

Nicht ohne meine Kippe, diese Einstellung gilt nach wie vor für mehr als ein Viertel der Luxemburger, wie eine aktuelle Umfrage der Fondation Cancer zeigt.

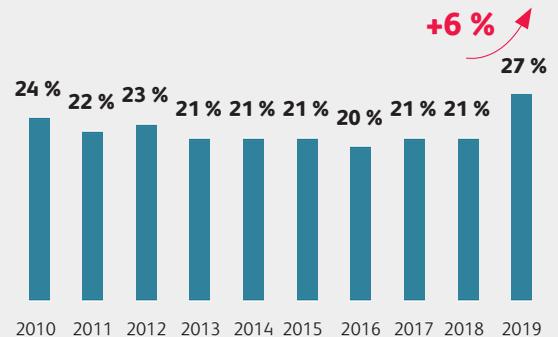
Wer immer wieder die Politik für den Gesundheitsschutz der Gesamtbevölkerung zur Verantwortung ziehen will, darf über das fragwürdige Verhalten der Raucher selbst nicht schweigen. Rauchen ist nicht nur ein teures Vergnügen, sondern auch eine gefährliche Gewohnheit, die heute mit zu den verbreitetsten Abhängigkeiten und Todesursachen zählt.

2017 schätzte die Weltgesundheitsorganisation WHO, dass in Europa jeder vierte Mann an den Folgen des Rauchens sogar gestorben ist. Bei den Frauen liegt der Anteil bei sieben Prozent. Dass Rauchen Lungenkrebs auslösen kann, der in Luxemburg immerhin zu den drei häufigsten Krebsarten zählt, ignorieren viele dennoch so gut es geht. Aber die Zahlen sprechen für sich: 2018 wurden in Luxemburg 594 Krebsfälle je 100.000 Einwohner neu diagnostiziert. Das ist ein höherer Wert als der EU-Durchschnitt, der bei 569 Fällen lag.

## Prozentsatz der Raucher in 2019



## Raucher: Entwicklung über 10 Jahre (2010-2019)



Traurig daran ist, dass 40 Prozent der Tabak-bezogenen Krebsfälle vermeidbar sind. Und: Rauchen sowieso! Auch wenn viele mit ihrer Abhängigkeit zu kämpfen haben, können gesellschaftliche Gegenmaßnahmen wie Werbebeschränkungen, Rauchverbote und Erhöhungen der Tabaksteuer zu einem deutlichen Rückgang des Zigarettenkonsums führen. Langfristiges Ziel aber muss eine „Generation 0“ bleiben – also gar nicht erst mit Tabak in Berührung kommen. Dass es noch nicht soweit ist, beweisen unter anderem die Luxemburger leider selbst.

## Sechs Prozent mehr Raucher in 2019

Erneut hat *TNS ILRES* im Auftrag der Fondation Cancer die Luxemburger zu ihren Rauchgewohnheiten befragt. Für die repräsentative Umfrage 2019 standen 3.316 Teilnehmer ab 16 Jahren Rede und Antwort. Die guten Nachrichten zuerst: 75 Prozent der Frauen rauchen nicht. Unter den Männern sind es 71 Prozent. Und unter all denjenigen, die rauchen, wollen insgesamt 54 Prozent mit dem Rauchen wieder aufhören.

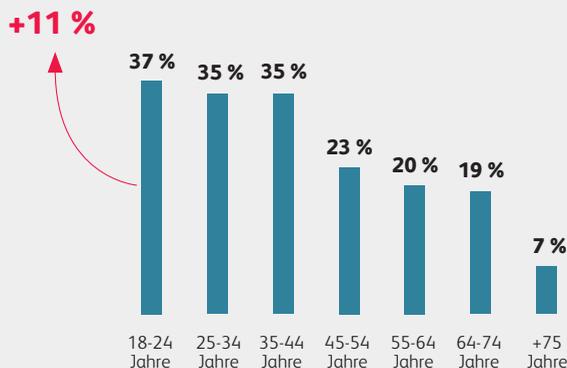
Beunruhigend aber bleibt: Mehr als ein Viertel, **nämlich 27 Prozent der Einwohner Luxemburgs zählen sich zu den Rauchern. Dieser Wert stellt einen neuerlichen Höchststand seit 2005 dar. Ließ sich zwischen 2003 und 2018 noch eine gewisse Stagnation verzeichnen, so ist die Anzahl der Rauchenden allein in 2019 im Vergleich zum Vorjahr um ganze sechs Prozent angewachsen.**

Wenn Frauen rauchen, dann vor allem im Alter zwischen 16 und 24 Jahren (37 Prozent). Die meisten rauchenden Männer finden sich anteilig in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen (42 Prozent). Unter den aktiven Rauchern (im Folgenden auch: Kettenraucher) konsumiert gut die Hälfte täglich bis zu einem halben Päckchen (47 Prozent) und fast genauso viele (44 Prozent) sogar bis zu einer ganzen Schachtel Zigaretten.

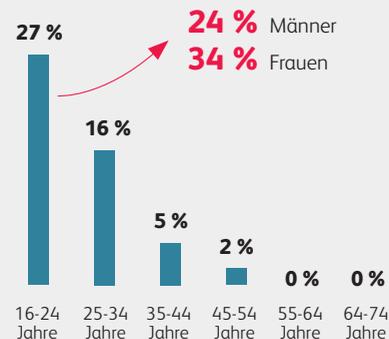
Diejenigen Ketten- und Gelegenheitsraucher, die ihre Rauchgewohnheiten ändern wollen, bilden zwar in fast allen Altersgruppen die Mehrheit. Wobei aber nur die wenigsten mit einem klaren Zeitplan arbeiten: Mehr als ein Drittel will „irgendwann“ mit dem Rauchen aufhören. Genauso viele (28 Prozent) haben dagegen gar nicht erst vor, vom Glimmstängel wegzukommen.

E-Zigaretten sind nicht wirklich relevant. Wenn sie überhaupt Verwendung finden, dann meist bei aktiven Rauchern, die täglich neben E-Zigaretten auch herkömmliche konsumieren. Als Motiv hinter dem Gebrauch einer E-Zigarette nennen die meisten Befragten das Ziel, Nichtraucher zu werden, oder aber sie glauben, dass von E-Zigaretten weniger Gefahr ausgeht als von der klassischen Kippe. Eine Vielzahl verwendet E-Zigaretten auch einfach, weil es ihnen schmeckt, darunter besonders viele Mittvierziger und -fünfziger.

## Raucher nach Alter in 2019



## Shisha-Raucher in 2019



## Standard – ein halbes Päckchen pro Tag

Aufschlussreich und teilweise auch erschreckend sind die jeweiligen *Ingroup*-Ergebnisse bei genauerem Hinsehen. So rauchen von den befragten Männern stattliche 29 Prozent, darunter fast doppelt so viele als Ketten- wie Gelegenheitsraucher. Auch interessant: Leben zwar in etlichen Haushalten aus dem mittleren Einkommensbereich inzwischen mehrheitlich Nichtraucher, so outete sich jedoch knapp ein Drittel davon als ehemalige Kettenraucher. Das zeigt zumindest: Aufhören ist selbst für Kettenraucher machbar!

Die größte Gruppe unter den befragten Frauen macht die Altersgruppe zwischen 25 und 39 Jahren aus. Dort sehen sich 70 Prozent als Nichtraucherinnen. Allerdings listet die Umfrage auch aktive Raucherinnen, von denen sich drei Viertel jeden Tag bis zu zehn Zigaretten anstecken. In der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen rauchen 28 Prozent täglich sogar bis zu zwei Päckchen. Dennoch: Je älter die Frauen sind, desto weniger unter ihnen rauchen. Bevor aber eine Rauchentwöhnung in Sicht ist, ist ein Drittel aller Frauen bis 24 Jahre mit bis zu einer Zigarettenschachtel am Tag dem "Genussmittel" Tabak keineswegs abgeneigt. Dass die Hälfte davon das Rauchen einstellen will, ist nur ein geringer Trost, denn die Mehrheit hat kein konkretes Datum. Und fast ein Viertel aller Raucherinnen hat nicht erst vor aufzuhören.

## Irgendwann aufhören

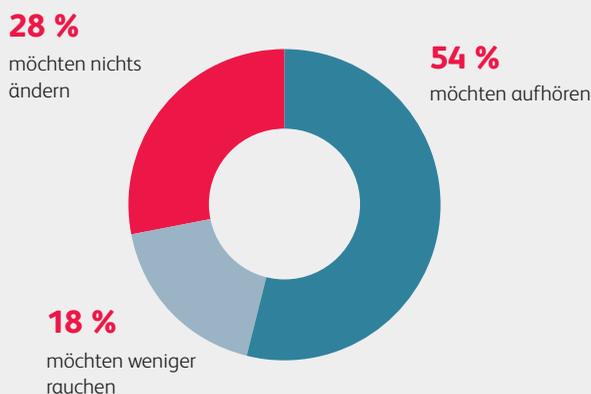
Dieser Trend zeigt sich demnach in fast allen Gruppen: Die Mehrheit will irgendwann rauchfrei werden, an zweiter Stelle kommen diejenigen, die dagegen nicht mit dem Rauchen aufhören wollen – und dann erst der Rest, der sich unterschiedliche zeitliche Limits oder zumindest einen geringeren Konsum zum Ziel gesetzt hat.

Damit ist aber noch nicht alles gesagt. Denn wer über Tabak spricht, sollte Marihuana und Co. nicht unerwähnt lassen. Und so konsumieren nicht wenige Befragte Cannabis sogar offiziell. Für Luxemburg vielleicht keine allzu große Überraschung – angesichts der geplanten staatlichen Legalisierung von Kauf und Konsum im nächsten Jahr. Der Umfrage zufolge konsumiert momentan ein Teil der jungen Erwachsenen bis Mitte 30 regelmäßig Shisha oder Cannabis. Unter den weiblichen Befragten kommen Wasserpfeifen besonders bei jungen Schülerinnen gut an. Sodass auch hier feststeht: Für die meisten derjenigen, die Shisha und Cannabis rauchen, ist der Konsum beider Produkte in der Regel zur Gewohnheit geworden.

Als Fazit kann also nur gelten, dass Absichtserklärungen unter den befragten Rauchern, dem Tabakkonsum abzuschwören, kaum Bedeutung zuzumessen ist, wenn wie 2019 ein derart rasanter Raucheranstieg das vorherrschende Bild darstellt. Da hilft anscheinend auch die nichtrauchende Mehrheit wenig, um von den Vorteilen einer langfristigen Enthaltensamkeit zu überzeugen. Noch bestehen zu viele Befragte auf ihren Tabak"genuss" – trotz all seiner Risiken und Nebenwirkungen.

Redaktion Christa Roth

## Absicht zur Änderung der Rauchergewohnheiten in 2019



Traduction française sur cancer.lu

# Faites le bon choix



**Fondation  
Cancer**

Info · Aide · Recherche

Pour préserver votre santé, adoptez une alimentation saine.

[www.faiteslebonchoix.lu](http://www.faiteslebonchoix.lu)

PERIODIQUE



Envois non distribuables à retourner à:  
L-3290 BETTEMBOURG

**PORT PAYÉ  
PS/172**

Fondation Cancer  
209, route d'Arlon  
L-1150 Luxembourg

## ERREURS A RECTIFIER

Veuillez changer l'adresse :

.....  
.....  
.....

Veuillez changer le nom de la personne de contact :

.....

Veuillez ne plus m'envoyer le périodique infocancer

Motif .....

Merci de bien vouloir découper et nous renvoyer le coupon-adresse.