

Perspektive LEBEN

DAS MAGAZIN FÜR MENSCHEN
MIT KREBSDIAGNOSE UND IHRE ANGEHÖRIGEN

AUSGABE 3 DEZEMBER 2014

Fortgeschrittener Darmkrebs

Welche Therapien jetzt greifen

„Zellgenaue“ Wirkung

Gezielte Behandlung beim Brustkrebs

Die Antihormontherapie hilft

Prostatakrebs effektiv bekämpfen

Chemotherapie ohne Stress

Wie die Substanzen den Krebs eindämmen

Mit Verzeichnis zertifizierter
Brustkrebs-Behandlungszentren

Foto: thinkstock

Was nach der Diagnose für Patienten wichtig ist:

Hand in Hand gegen den Krebs

„Danke für alles!“

Die **SOS-Kinderdörfer** bedanken sich bei allen Freunden und Unterstützern für über 65 Jahre **Mitgefühl, Engagement und Vertrauen!**

Bitte bleiben Sie uns treu.



SOS
KINDERDÖRFER
WELTWEIT

Tel.: 0800/5030300 (gebührenfrei)
IBAN DE22 4306 0967 2222 2000 00
BIC GENO DE M1 GLS

www.sos-kinderdoerfer.de

Wie man aus einem Elefanten eine Mücke macht. Und warum.

Liebe Leserin, lieber Leser,

was macht uns Mut, wenn wir in einer schwierigen Lebenssituation stecken? Was macht uns Mut, wenn wir einem Arzt gegenüber sitzen, von dem wir die Diagnose Krebs erfahren müssen? Wir von der Redaktion der Ärzte-Zeitschrift „Medical Tribune“ und Ihrer Patientenzeitschrift „Medical Tribune – Perspektive LEBEN“ fragen uns das immer wieder, wenn wir an der nächsten Ausgabe für unsere Leser arbeiten.

Was macht uns Mut? Ich glaube, es sind solche Geschichten wie diejenige von Alexandra Can, einer 31-jährigen Mutter von drei Kindern, die plötzlich erfahren muss, dass sie an Lungenkrebs leidet. Ehe sie sich versieht, wird sie operiert und mit einer Chemotherapie behandelt – und geht danach in eine Rehabilitation in eine Klinik im Schwarzwald. In ihrem Kopf und in ihrem Herzen geht in diesen Wochen allerhand drunter und drüber. „Im Krankenhaus wurde mein Körper repariert, in der Rehabilitation sind nun mein Kopf und meine Seele damit dran, wieder in Ordnung zu kommen“, sagt sie. Denn mit drei kleinen Kindern und dem alltäglichen Bewusstsein, doch eigentlich mit 31 Jahren kerngesund zu sein, ist die Diagnose Lungenkrebs ein Schock.

«Es sind die Menschen, die uns Mut machen ...»



Dr. med.
Ulrike Hennemann –
Herausgeberin von
Perspektive LEBEN

Dies alles hat auch in Alexandra Cans Seele Spuren hinterlassen. Mit diesen Verletzungen besser zurechtzukommen und sie vielleicht zu heilen, ist wesentlicher Teil ihrer ganz persönlichen Rehabilitation. Mittlerweile genießt Alexandra Can jeden Tag in der Rehabilitation. So kann sie gestärkt den Alltag bald schon wieder bewältigen und den Schock der Diagnose überwinden – und den Erfolg der Therapie genießen. „Ich bin so froh, hier in der Rehabilitation zu sein“, sagt Alexandra Can. „Denn die Therapien hier in diesem Haus helfen mir, aus meinem Elefanten wieder eine Mücke zu machen.“ Aus einem Elefanten eine Mücke zu machen – das muss und wird nicht jedem gelingen, doch was jeder Patient wissen sollte und was auch diese Ausgabe von „Perspektive LEBEN“ beweist: Es lohnt sich, dem Können der Ärzte zu vertrauen. Und die enormen Fortschritte der Medizin wahrzunehmen. Denn sie sind es – zusammen mit Menschen wie Alexandra Can –, die uns Mut machen. Gerade in einer solch schwierigen Lebenssituation.

«... und die Fortschritte der Medizin!»

Ihre *U. Hennemann*

Impressum

**MEDICAL
TRIBUNE**

Perspektive LEBEN

© 2014, Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Alleiniger Gesellschafter Süddeutscher Verlag
Hüthig Fachinformationen GmbH

Verlag: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

Anschrift:

Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: (06 11) 97 46-0
Telefax Redaktion: (06 11) 97 46-303 / 373
E-Mail: kontakt@medical-tribune.de
www.medical-tribune.de

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Dr. Detlef Haaks, Dr. Karl Ulrich

Herausgeberin: Dr. med. Ulrike Hennemann

Chefredakteur:

Prof. Dr. phil. Christoph Fasel (Vi.S.d.P.)

Redaktion:

Dr. med. Ulrike Hennemann, Jochen Schlabing,
Dietmar Kupisch, Andreas Kupisch, Heiko Schwöbel,
Felix Schleppe, Thomas Kuhn, Hannes Eder,
Ingrid Meyer, Dr. Ines Jung

Creative Director: Anette Klein

Layout: Laura Carlotti, Andrea Schmuck, Mira Vetter

Herstellung: Holger Göbel

Marketingleitung: Dr. rer. nat. Klaus Bußmann

Anzeigen:

Patricia Keller (Medialeitung)
Telefon: (06 11) 97 46-118, -131;
Telefax: (06 11) 97 46-112
E-Mail: patricia.keller@medical-tribune.de

Vertrieb und Abonnentenservice:

Marie-Luise Klingelschmitt
Telefon: (06 11) 97 46-225,
Telefax: (06 11) 97 46-228
E-Mail: abo-Service@medical-tribune.de

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG
Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen Medien der Medical Tribune Group, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann.



8
Wie Brustkrebs individuell behandelt wird



45
Die Hilfen neben der Therapie: Wege der Supportiv-Medizin



20
Die Antihormontherapie bei Prostatakrebs



14
Wenn Kinder zu Patienten werden: Was sie brauchen

Fotos: fotolia/JPC-PROD, fotolia/Sebastian Kaulitzki, thinkstock (2)

MENSCHEN & ERFAHRUNGEN

- 6 Der Arzt als Krebspatient**
Der Bauch entscheidet – auch beim Arzt: Wie ein Mediziner mit der Diagnose Blasenkrebs umgehen lernt
- 14 Familien-Rehabilitation**
„Keiner ist hier allein!“ Warum Kinder als Krebspatienten die ganze Familie zur Gesundheit brauchen

MEDIZIN & FORSCHUNG

- 8 Die neuen Therapien bei Brustkrebs**
So wird der Tumor zielgenau behandelt: Neue Wege der Chemotherapie
- 17 Eierstock-Krebs: Wie verträglich ist die Therapie?**
Patientinnen fragen, Experten antworten: Was bei der Behandlung von Eierstock-Krebs heute alles möglich ist
- 20 Die Antihormontherapie bei Prostatakrebs**
Was bedeutet es, wenn der PSA-Wert wieder steigt? Und welche Fragen Sie jetzt Ihrem Arzt stellen sollten
- 30 Mit guter Chemie gegen den Krebs**
Auf welche Art und Weise die modernen Therapien es schaffen, die Krebszellen auszuhungern
- 32 Die Radio-Chemotherapie gegen Kehlkopfkrebs**
Die neuen Erfolge gegen den Kehlkopfkrebs werden mithilfe von kombinierten Therapien erzielt. Lesen Sie, wie sie wirken
- 34 Wenn der Krebs auf die Leber schlägt**
Lebermetastasen entstehen als Absiedelungen eines anderen Krebses im Körper. Wie man sie aufspürt und behandelt
- 36 Mit Navi und Farbstoff auf Tumorsuche**
Wie Experten Gehirntumoren auf die Spur kommen können

- 40 Die Therapie-Chancen der Tumorkonferenz**
Sechs Augen sehen mehr als zwei: Drei Ärzte berichten von ihrer Zusammenarbeit für ihren Patienten

RAT & HILFE

- 26 Brustkrebs-Zentren in Deutschland**
Experten, die nach einer Brustkrebs-Diagnose weiterhelfen
- 11 Wie der Partner jetzt helfen kann**
Welche Rolle Mann oder Frau der Patienten spielen

LEBEN & GESUNDHEIT

- 23 Seelen-Stütze und Fachinformation**
Welche wertvollen Hinweise Selbsthilfegruppen bei Leukämie-Erkrankungen geben können
- 37 Krebsdiäten: Mit Vorsicht zu genießen!**
Von welchen Tipps Patienten die Finger lassen sollten
- 43 Psychologie: Aus dem Elefanten eine Mücke machen**
Wie eine Lungenkrebspatientin ihre Reha erlebt und genießt
- 45 Drei Aufgaben der Supportiv-Medizin**
Was neben der eigentlichen Therapie hilfreich sein kann
- 48 Mut fassen: Wie die Selbstfindung gelingt**
Die Krankheit als Chance zu einem Neuanfang

SERVICE-RUBRIKEN

- 3 Editorial**
- 3 Impressum**
- 25 Unsere Experten**
- 50 Fachwörter-Lexikon**



Möchten Sie uns Ihre persönliche Frage stellen?

info@medical-tribune.de



Die Website www.leben-mit-transfusionen.de bietet Ihnen folgendes Serviceangebot:



Newsletter:

Leben mit Transfusionen

- Regelmäßig die neuesten Artikel
- Wertvolle Tipps für den Alltag
- Kostenlos und bequem per E-Mail



Ratgeber:

Ein Leben mit Eisenüberladung

- Umfassende Informationen zu Eisenüberladung
- Broschüren bestellbar oder zum Download
- Kostenlos



www.leben-mit-transfusionen.de

Auf unserer Website erhalten Sie umfassende Informationen und Fachwissen zum Thema Eisenüberladung durch regelmäßige Transfusionen.

Novartis Infoservice

- Anlaufstelle für medizinisch-wissenschaftliche Fragen
- Für Patienten und Fachkreise
- Montag bis Freitag, 8–18 Uhr, Tel. 01802 / 23 23 00
(0,06 € pro Anruf aus dem deutschen Festnetz; max. 0,42 € pro Minute aus dem deutschen Mobilfunknetz)

Wenn ein Arzt die Diagnose Blasenkrebs hört:

Der Bauch entscheidet – auch beim Arzt

Nach der Diagnose Krebs muss ein Patient weitreichende Entscheidungen treffen. Ein krebskranker Onkologe aus Stuttgart hat diese Entscheidungen zu seiner eigenen Krebsbehandlung aus dem Gefühl heraus getroffen. Seine Geschichte erzählt er zum ersten Male für die Leserinnen und Leser von Perspektive LEBEN.

Bis zu seinem 65. Lebensjahr fehlt der Arzt – nennen wir ihn einfach Hennig Körber, weil er unerkannt bleiben will – in seinem Krankenhaus in Stuttgart fast nie. Einmal muss er wegen einer kleineren Bandscheibenoperation einige Tage die Behandlung der Patienten den Kollegen überlassen. Ab und zu fehlt er einen Tag wegen einer Grippe oder Erkältung. Gerade ist die Verlängerung des Arbeitsvertrages bis 67 unter Dach und Fach. Mit der Klinikleitung hat er ausgehandelt, dass er keine Nachdienste übernehmen muss und weniger zu operieren hat. Er will sich zukünftig ganz auf die Chemotherapie der Krebspatienten und wissenschaftliche Studien konzentrieren. Der Mediziner freut sich schon auf diese neue Zeit.

Ein Warnzeichen, das der Mediziner kennt

Doch dann kommt alles anders als geplant. Beim Wasserlassen zwischen zwei Terminen ist sein Urin plötzlich rot. Kein Problem, denkt sich Körber. „Ich habe gestern Rote Beete gegessen. Die färbt stark.“ Eine beruhigende Begründung ist erst einmal gefunden. Doch die hält nicht lange an. Denn zur Sicherheit überprüft der Mediziner den Urin mit einem Teststreifen. Das Ergebnis ist eindeutig: Es ist Blut im Urin. Von einer Entzündung kann es nicht herrühren – Körber fühlt sich rundum gesund. Noch am gleichen Tag bittet er um eine Untersuchung

«Ich freute mich schon auf das Neue»

beim Urologen. Die Blasen Spiegelung bringt den Befund: Krebs.

„Das war für mich wie ein Schlag“, so erinnert sich der Mediziner. „Noch nie in meinem Leben war ich ernsthaft krank – und dann diese Diagnose.“ Rasch danach wird

der Tumor aus der Blase entfernt. Dies erfolgt minimal-invasiv durch die Harnröhre – also ohne Schnitte in der Bauchdecke. Der Fachmann sagt hierzu „transurethrale Resektion“ oder kurz TUR. Die Gewebeuntersuchung zeigt, dass es sich um einen sehr aggressiven und tief in das Blasengewebe eingewachsenen Tumor handelt.

Die Operation ist erst der Anfang eines langen Weges

Also ist für Körber die Behandlung noch nicht zu Ende. Der Arzt steht erst ganz am Anfang seiner Krebstherapie. Seine Reaktion: Arbeit, Arbeit und noch mal Arbeit. „Dies war für mich die beste Art, die Krankheit geistig und psychisch zu bewältigen“, sagt Körber nachdenklich und ergötzt: „Und das muss jeder für sich entscheiden.

Es gibt kein Patentrezept.“

Nun ist guter Rat teuer. Die Lektüre der verschiedenen Leitlinien ergibt selbst für ihn, den Fachmann, kein einheitliches Bild. Nach langem Hin und Her entschließt er sich, der unausweichlichen Operation eine Chemotherapie voranzustellen. Ein nicht alltäglicher, aber durchaus gangbarer Weg. Bis aber dieser Weg gefunden wird und klar vor den Augen liegt, geht es Körber nicht sonderlich gut. Die Zweifel über den richtigen Weg behindern ihn. Er kann deshalb heute noch viel besser nachfühlen, dass sich die Patienten nach dieser Klarheit





«Mit einem Male zeigt
uns die Diagnose,
wie sehr das Leben
uns eigentlich nur
geschenkt ist»

Fotos: thinkstock (2)

über den Weg sehen: „Ich kann die Patienten nur auffordern, sich den Weg so lange erklären zu lassen, bis er für sie deutlich sichtbar ist.“ Denn ist das der Fall, werden Therapien besser anschlagen sowie die Nebenwirkungen leichter ertragen und wird eine größere Ruhe ausgelöst.

«Lassen Sie
sich den Weg
erklären!»

Trotz Chemotherapie: Er arbeitet unverdrossen weiter

Auch während der Chemotherapie verrichtet er jeden Tag seinen Dienst im Krankenhaus. Am Donnerstagmorgen werden die Medikamente verabreicht. Am Donnerstagnachmittag absolviert er die interdisziplinäre Tumorkonferenz. Der Freitagnachmittag bis Sonntag wird zur Erholung genutzt, um am Montag wieder ins Krankenhaus zu den Patienten zu gehen. „Ich habe aus meiner Erkrankung kein Geheimnis gemacht“, erzählt Körper, „alle Patienten haben es gewusst!“

Irgendwann will er nur noch zur Reha

Die anschließende Operation verläuft ohne Komplikation. Allerdings kämpft der Arzt im Anschluss mit einer heftigen Infektion. Erst nach vier Wochen darf er das Krankenhaus verlassen. Über zwei davon verbringt er auf der Intensivstation. „Das war eine schlimme Zeit. Ich verstand ja, was die Ärzte sagten“, und lachend ergänzt er: „Umso schlechter es mir ging, umso mehr Ärzte mit mehr grauen Haaren kamen zu mir.“ Nach vier Wochen im Krankenhaus hat er genug davon. Sein Bauch sagt ihm: Es wird Zeit für die Reha-Zeit. „Diese Rehabilitation ist eine extrem wichtige Zeit, um die Krankheit geistig und seelisch zu verarbeiten“, betont der Mediziner und fährt fort: „Ich hatte das Glück im Unglück, dass ich fachlich alles nachvollziehen konnte.“ Und die Zeit zwischen Diagnose und Operation nutzt er, um die Krankheit seelisch zu bewältigen.

Krebspatienten legt Körper, Mediziner und Betroffener zugleich, ans Herz, die Angebote zur Rehabilitation unbedingt und konsequent anzunehmen. Dabei spielt es keine Rolle, ob das stationär oder ambulant erfolgt. „Das muss der Bauch entscheiden.“

Die Geschichte schrieb Heiko Schwöbel auf.

Minimal: Die transurethrale Resektion

Waren vor einigen Jahrzehnten aufwendige Bauchschnitte notwendig, um einen Tumor der Blase zu entfernen, so geschieht das heute meist mit minimal-invasiven Methoden wie zum Beispiel beim Blasenkrebs mithilfe der transurethralen Resektion: Hier werden Tumor und Gewebe mithilfe spezieller Instrumente durch die Harnröhre aus der Blase entfernt.

Hormon-, zielgerichtete und Chemotherapie bei Brustkrebs:

So wird heute „zellgenau“ behandelt

Wie die modernen Methoden der Krebstherapie bei Brustkrebs wirken – und wann sie am besten zum Einsatz kommen –, erklärt Professor Dr. Diethelm Wallwiener. Er ist Ärztlicher Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen.



UNSER EXPERTE:

Professor Dr. Diethelm Wallwiener,
Ärztlicher Direktor der Universitäts-Frauenklinik
Tübingen

«Mithilfe der neuen Target-Therapie können wir gezielt den Krebs treffen»

? **Perspektive LEBEN: Was unterscheidet die Hormontherapie von der Anti-Hormontherapie? Und wie wirken beide?**

PROF. WALLWIENER: Anti-Hormontherapie und Hormontherapie sind zwei Namen für ein und dieselbe Behandlungsmethode. Sie richtet sich gezielt gegen

Brustkrebs: Viele Wege führen zum Ziel

Das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten gegen den Brustkrebs hat sich in den letzten Jahrzehnten dramatisch vergrößert. Neben Bestrahlung, Operation und Chemotherapie haben sich weitere Formen der Hormontherapie etabliert. Sie führen zu ermutigenden Erfolgen bei der Behandlung.

- Die „Anti-Hormontherapie“ basiert auf der Erkenntnis, dass manche Krebsarten ganz gezielt bestimmte weibliche Hormone brauchen, um sich entwickeln zu können. Diese Hormone werden deshalb reduziert.
- Die „zielgerichtete“ Therapie macht sich die Eigenschaft mancher Krebsarten zunutze, sich über spezielle Bindungsstellen zu versorgen. Sie werden blockiert.

Krebszellen, die einen sogenannten positiven Hormonrezeptor-Status aufweisen. Das heißt im Ergebnis nichts anderes, als dass der Krebs bestimmte weibliche Geschlechtshormone zum Wachstum braucht.

Diese Hormone docken an speziellen Bindungsstellen der Krebszelle an und setzen Zellteilungsvorgänge in Gang. Fehlen diese, kann er nicht mehr wachsen und stirbt meist ab.

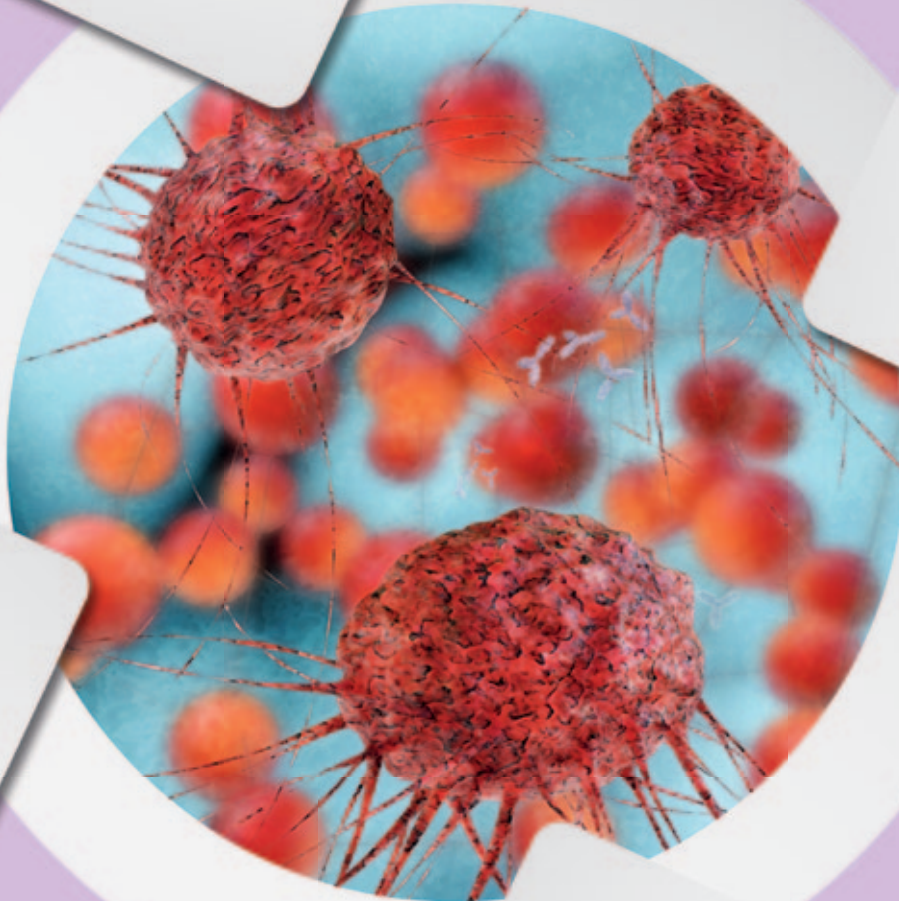
Diese für den Krebs wichtigen Hormone können wir ihm auf zwei Wegen entziehen. Entweder durch einen Wirkstoff, der die Wirkung der natürlichen Hormone direkt an den Krebszellen blockiert. Oder indem wir mithilfe von Medikamenten die Hormonbildung im Körper der Patientinnen reduzieren. In beiden Fällen werden die Krebszellen am Wachstum gehindert und meist zum Absterben gebracht.

«Das Wachstum muss aufhören!»

? **Was ist eine zielgerichtete Therapie?**

PROF. WALLWIENER: Zielgerichtete Therapien, insbesondere in Form von Anti-Körper-Therapien, blockieren speziell in den Krebszellen Vorgänge, die für das Wachstum des Tumors unerlässlich sind. Auch hier docken diese Antikörper an speziellen Bindungsstellen der Krebszellen an, um ihre Wirkung zu entfalten. Mediziner sprechen bei diesen Bindungsstellen oft von sogenannten „Targets“, das heißt Ziele, in denen der Tumor meist wirkungsvoll bekämpft werden kann. Die Folge: Der Krebs wächst nicht mehr und stirbt meist ab. Der Vorteil dieser Methode ist, dass nur der Krebs getroffen wird. Das gesunde Gewebe wird weitgehend geschont. Allerdings kennen wir nicht für jeden Krebs derartige Vorgänge und wir können nicht alle blockieren. Daher kann diese Methode nur eingesetzt werden, wenn der Tumor diese bekannten und blockierbaren Bindungsstellen aufweist.

Mitten ins Schwarze:
Zielgerichtete Therapien
richten sich direkt gegen die
Krebszellen – und blockieren
damit das Wachstum.



Fotos: thinkstock (2)

? Wie wirkt eine Chemotherapie bei Brustkrebs?

PROF. WALLWIENER: Eine Chemotherapie stört den Stoffwechsel der Krebszellen so, dass sie sich nicht mehr teilen können. Das Wachstum des Krebses soll so verlangsamt werden. Im Idealfall wird der Tumor auf diese Weise vollständig zerstört. Allerdings wirkt die Chemotherapie auch in gesunden Zellen und schä-

digt so nicht nur den Tumor, sondern auch gesundes Gewebe.

? Behandelt man entweder ausschließlich mit der einen oder der anderen Methode?

PROF. WALLWIENER: Wenn die Tumorzellen entsprechende Bindungsstellen aufweisen, sollten alle Be- »

WISSEN SCHAFFT VERTRAUEN



Aus dem Inhalt:

- Was ist Krebs?
- Operation und Strahlentherapie
- Medikamentöse Therapien
- Misteltherapie
- Praktische Anwendung und Wirkung
- Wirtsbäume von Misteln

Patienteninformation zur Misteltherapie

In deutscher, englischer, spanischer und türkischer Sprache.

Kostenlos
anfordern!

ABNOBA

ABNOBA GmbH · Hohenzollernstraße 16 · 75177 Pforzheim
Tel. 0 72 31 - 31 50 50 · info@abnoba.de · www.abnoba.de

handlungsmöglichkeiten berücksichtigt und entsprechend angewendet werden.

«Wir wollen
den Tumor
verkleinern»

? Wie profitieren die Patienten von der Kombination der Behandlungen?

PROF. WALLWIENER: Wenn der Krebs bereits gestreut hat – wir sprechen dann von der Metastasierung –, kann eine Hormontherapie oder zielgerichtete Therapie häufig eine Chemotherapie ersetzen und die damit verbundenen Nebenwirkungen vermeiden. Auch zur Langzeitbehandlung können sich diese Therapien bei einer metastasierten Brustkrebserkrankung eignen.

? Was sind die Behandlungsziele?

PROF. WALLWIENER: Das hängt immer vom Einzelfall ab. Im Vorfeld einer Operation kann der Effekt, den Tumor zu verkleinern, in Erwägung gezogen werden.

«Auch die Langzeit-Behandlung funktioniert»

Zur Vorbeugung nach einer Krebserkrankung, das heißt in der sogenannten adjuvanten Situation, soll einfach das Rückfall-Risiko deutlich gesenkt und eine vollständige Heilung erreicht werden.

Hat der Tumor gestreut, wird versucht, ihn und die Metastasen zu verkleinern beziehungsweise zum Verschwinden zu bringen.

Damit ist diese Behandlungsform in praktisch allen Phasen der Erkrankung anwendbar.

? Welche Nebenwirkungen sind zu erwarten und wie werden diese behandelt?

PROF. WALLWIENER: Bei einer Hormonbehandlung treten häufig sogenannte Hormontzugerscheinungen auf. Diese ähneln stark den Beschwerden, die in den Wechseljahren auftreten können. Zur Linderung kann den Patientinnen Akupunktur angeboten werden. Viel sportliche Betätigung und eine gesunde Ernährung helfen meist zusätzlich, die Beschwerden zu lindern. Die gängigen Antikörper-Therapien verursachen in der Regel keine subjektiven Nebenwirkungen. Das Herz sollte allerdings regelmäßig und eingehend kontrolliert werden.

Je nach Chemotherapie beziehungsweise nach eingesetzter Substanz sind die Schleimhäute, die Magenschleimhaut, die Mundschleimhaut und in der Regel auch das blutbildende Knochenmark von Nebenwirkungen betroffen. Dem behandelnden Arzt steht heute aber eine ganze Reihe von Methoden zur Verfügung, diese Nebenwirkungen wirksam zu behandeln. ■



Eine Diagnose, ein klares Bekenntnis. Studien belegen: Ein starker Partner ist für Betroffene eine starke Hilfe.

Fotos: fotolia/goodluz (2)

Krebs als Familien-Erkrankung

Warum der Partner jetzt so wichtig wird

Die Diagnose Krebs löst viele unterschiedliche Gefühle aus. Angst, Verzweiflung, Depression oder auch Wut entstehen und müssen bewältigt werden. Allein ist das meist nur schwer zu schaffen. Wer betroffen ist, braucht Hilfe. Hier rückt vor allem der Partner in den Mittelpunkt. Was er alles tun kann, zeigt unser Bericht.

STARK WERDEN. „Die seelische Betreuung des Patienten durch den Partner ist ein zentrales Thema“, sagt Eilbracht G. Kobusch. „Wenn man seelisch gefestigt ist, hat man mehr Kraft und Energie für die Therapie!“ Der Heilpraktiker für Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Psychoonkologie aus Hannover berichtet, worauf es dabei ankommt: Was der Partner tun kann und was er eher lassen sollte. Der Psychoonkologe weiß genau, wovon er spricht. Denn er begleitet nicht nur seit Jahren

«Eine Diagnose betrifft alle in der Familie»

Menschen mit Krebserkrankungen und ihre Angehörigen, sondern war Mitte der Neunzigerjahre selbst Betroffener mit der Diagnose Krebs. Er kennt also beide Seiten.

Krebs – eine Familienerkrankung?

Für ihn und viele andere Experten gilt die Grunderkenntnis, dass Krebs eine Familienerkrankung darstellt – nicht im genetischen, sondern im psychosozialen Sinn. Geht man von diesem Ansatz aus, kommt dem Partner »



UNSER EXPERTE:

Eilbracht G. Kobusch,
Heilpraktiker für Psychotherapie
mit dem Schwerpunkt Psychoonkologie
aus Hannover

«Der Partner ist immer Mit-Betroffener einer
Krebsdiagnose und muss auch auf sich achten»

ganz automatisch die Rolle des Unterstützers zu. Der Partner ist zugleich Mitbetroffener und muss deshalb auch achtsam für sich selber sorgen.

„Studien belegen es: Partner sind die wichtigste Quelle von emotionaler und praktischer Unterstützung für den Betroffenen. Der Partner sollte daher den neuen Weg des Betroffenen mitgehen“, betont Kobusch und ergänzt: „Das ist hilfreich, denn gemeinsam lassen sich auch anfänglich steinige Wege besser bewältigen.“

Im Zentrum steht das Gespräch

Auch für den Partner handelt es sich um eine völlig neue Situation. Viele sind überfordert und glauben, nichts tun zu können. Kobusch weiß aber: „Allein die bloße Präsenz des Partners ist für den Betroffenen enorm wichtig: Das Gefühl zu geben, Belastungen gemeinsam zu tragen, ist sehr hilfreich.“

Im Zentrum aller Unterstützung steht das Gespräch miteinander. Im Idealfall sollte es offen und mitfühlend sein. Der Psychoonkologe mahnt jedoch: „Die Gesprächspartner dürfen möglichst keine Schonhaltung zeigen. Oft geschieht das, weil man sein Gegenüber nicht zu

sehr belasten möchte. Ein echtes, offenes Gespräch auch über Ängste und Sorgen kann so aber nicht entstehen.“ Kobusch schließt an:

„So etwas führt zu einer Blockade, da Gefühle zurückgehalten werden. Probleme werden dadurch nicht gelöst.“

«Es gilt, einen
neuen Weg
mitzugehen»

Laut Kobusch bietet nur das offene Gespräch dem Partner die Möglichkeit, alle Gefühle zu erfahren und zu analysieren. So erfährt der Partner, was ihn bewegt und kann entsprechend reagieren. Gelingt das nicht und bleibt es dauerhaft bei Blockaden, sollte der Betroffene mit seinem Partner professionelle psychoonkologische Hilfe in Anspruch nehmen. Das Ziel dabei ist dann, dass der Psychoonkologe Wege aus der Blockade und damit aus der Sprachlosigkeit aufzeigt.

Die alltägliche emotionale Unterstützung

Neben den wichtigen Gesprächen kann der Partner aber auch ganz gezielt helfen: „Im Rahmen der emotionalen Unterstützung ist es immer wieder wichtig, Mut zu machen“, sagt Kobusch und erinnert sich: „Meine Frau

schrieb damals, als ich meine Diagnose erhielt, immer wieder Zettel: Wir schaffen das, gemeinsam sind wir stark! Sie klebte sie auf Spiegel und Schränke. Das half mir sehr!“ Kobusch beschreibt das starke Teamgefühl, das in jener Zeit entstand, und die Stärke, die er als Betroffener daraus gewann. „Man bestätigt so dem Partner, dass man zu ihm steht und ihn auf seinem Weg begleitet!“

Trost als seelische Grundnahrung

„Dem Patienten sollte deutlich gemacht werden, wie wichtig er für den Partner ist. Es dürfen nicht nur technische Dinge besprochen werden, wie der Einkauf, Arzttermine oder Botengänge“, erläutert der Experte. Hier wird auch die körperliche Nähe wichtig, Zärtlichkeit, den Partner in den Arm zu nehmen und zu streicheln, zählt ebenfalls zu den wichtigen Aspekten der emotionalen Unterstützung.

Als „seelische Grundnahrung“ bezeichnet Kobusch tröstende und mitfühlende Worte für den Betroffenen. „Gerade das fehlt oft im Krankenhaus oder in der Arztpraxis – dies kann der Partner ausgleichen.“

Kontakt zu Familie und Freunden erhalten

„Den neuen Alltag, die neue Aufgabenverteilung gemeinsam zu bewältigen, ist wichtig und hat positive Auswirkungen – auch auf die Psyche des Betroffenen“, so



Berührung, Zärtlichkeit,
Miteinander: Die Grundlagen
einer harmonischen
Beziehung stützen gerade
in schwerer Zeit.

Foto: fotolia/goodluz, thinkstock

Kobusch. Dazu zählt er beispielsweise Dinge wie Terminkoordinationen, die Begleitung zum Arzt, Notizen machen während des Arztgespräches und sich aktiv daran beteiligen oder auch das Einholen zusätzlicher Infos. „Der Partner sollte allerdings alles nur in dem Maße tun, wie es vom Betroffenen erwünscht ist“, mahnt Kobusch.

Der Kontakt zum sozialen Umfeld, zur Familie und zum Freundeskreis – dies aufrechtzuerhalten ist ebenfalls eine Aufgabe, die der Partner übernehmen kann. Denn es gibt aus der Forschung genügend Hinweise, dass soziale Unterstützung – sofern der Betroffene sie wünscht – eine positive Auswirkung auf die Prognose bei Krebserkrankungen besitzt.

Brathähnchen nach der Chemo

Im Falle einer Ernährungsanpassung kann der Partner viel dazu beitragen, dass der Patient ermutigt wird, sie zu akzeptieren. Kobusch nennt ein Beispiel aus seiner persönlichen Erfahrung: „Individuelle Wünsche können manchmal auch skurrile Züge annehmen: Nach



jeder Chemotherapie verspürte ich einen unerklärlichen Appetit auf Grillhähnchen. Meine Frau brachte mir also nach jeder Behandlung ein halbes Hähnchen ins Krankenhaus. Das Pflegepersonal war zwar irritiert, die Chemotherapie hat aber dennoch – oder vielleicht gerade deshalb – gut gewirkt.“

Und noch einen Rat gibt Psychoonkologin Kobusch. „Es

gibt auch ein Zuviel an

Nähe!“ Denn zu viel Fürsorge kann erdrücken und sogar Stress entstehen lassen. Zusätzlicher Stress sollte aber tunlichst vermieden werden. Seine positive Nachricht lautet: „In der Regel wachsen Partnerschaften durch eine Erfahrung wie eine Krebsdiagnose enger zusammen. Nach überstandener Therapie ist die Beziehung oft tiefer und stärker als zuvor.“

Es gibt also ein weiteres Ziel, weshalb es sich lohnt, den Kampf gegen den Krebs aufzunehmen: Auch die Partnerschaft kann gesunden. ■

«Soziale Kontakte stützen in jedem Fall»

ANZEIGE

Die wichtigsten Antworten nach der Diagnose fortgeschrittener Darmkrebs

Broschüren klären auf und unterstützen

Was ist Darmkrebs? Wie entsteht er? Warum wächst ein Tumor? Dies sind nur einige Fragen, die sich Patienten nach der Diagnose beim Arzt oder in der Klinik stellen. Oftmals finden Betroffene und Angehörige erst nach einiger Zeit die notwendige Ruhe und den Mut, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Die anschaulichen und leicht verständlichen Broschüren von Sanofi geben Darmkrebs-Patienten im fortgeschrittenen Stadium Rat und helfen dabei, die Krankheit besser zu verstehen.

Die Erkrankung betrifft die ganze Familie

Darmkrebs hat in erster Linie Auswirkungen auf den Patienten – aber auch Angehörige und Freunde müssen den Umgang mit der neuen Situation lernen. Wichtig ist, sich den Ängsten und Gefühlen zu stellen und offen über die Erkrankung zu sprechen. Nur so weiß das Umfeld, wie es mit den Betroffenen umgehen soll, und findet den Mut, Fragen zu stellen. Oft kann es hilfreich sein, sich für den nächsten Arztbesuch Notizen zu machen: Welche weiteren Untersuchungen sind notwendig? Welche Behandlungsoptionen gibt es? Wie gehe ich mit möglichen Nebenwirkungen um? Erste Antworten auf diese Fragen und kurze Erläuterungen der wichtigsten Begriffe bieten die angebotenen Broschüren.

Was bedeutet Antiangiogenese?

Dieser Fachausdruck wird verwendet, wenn es um das Tumorstadium geht. Wörtlich bedeutet er „gegen die Gefäßbildung gerichtet“. Genau wie gesundes Gewebe benötigt auch ein Tumor Energie zum Wachsen. Ab einer gewissen Größe reichen die Nährstoffe und der Sauerstoff aus dem umliegenden Gewebe nicht mehr aus, sodass der Tumor eigene Blutgefäße bilden muss, um weiter wachsen und Metastasen bilden zu können. Moderne Therapien machen sich diesen Mechanismus zunutze, um mittels Antiangiogenese genau diese Gefäßneubildung zu verhindern und so das Tumorstadium zu stören.

Deutschland auf Platz eins

Im europaweiten Vergleich der Darmkrebs-Erkrankungen belegt Deutschland mit fast 70.000 Fällen im Jahr Platz eins. Damit liegt Darmkrebs in der deutschen Krebsstatistik sowohl bei Männern (hinter dem Prostatakarzinom) als auch bei Frauen

(nach dem Brustkrebs) auf Rang zwei. Menschen im Alter von etwa 75 Jahren sind besonders häufig betroffen.

Die Broschüren sind kostenlos unter www.hoffnung-bei-krebs.de erhältlich.



Kinder und Eltern im Krankenhaus

„Keiner ist hier allein“

Mein Kind hat Krebs: Für Eltern bricht eine Welt zusammen. Und auch wenn drei Viertel aller bösartigen Erkrankungen bei Kindern geheilt werden können – meist sind die Therapien lang. Warum es so wichtig ist, dass Eltern und Kinder diesen Weg gemeinsam gehen können, zeigt unser Bericht.



UNSER EXPERTE:

Professor Dr. Bernhard Erdlenbruch,
Chefarzt der Kinderklinik in Minden

«Eine erfolgreiche Therapie gelingt am besten
in einem kinderfreundlichen Umfeld!»

ZUSAMMENHALT. Svenja, 9, lächelt tapfer. Sie liegt in ihrem Krankenhausbett, eine Infusionsnadel im Arm: Chemotherapie, zweiter Zyklus. Ein blaues Kopftuch mit Karomuster verdeckt ihren Haarausfall. Svenja hat Leukämie.

„Unser großes Mädchen hat einen ungeheuren Durchhaltewillen!“, sagt ihre Mutter und streichelt ihr dabei über den Arm. „Und mein Mann und ich sind froh, dass wir bei der Behandlung immer dabei sein können!“
Nur in 15 Fällen bei 100 000 Kindern wird die Diagno-

«Mama, Papa, kleiner Patient
und Geschwister: Alle aus
der Familie sollten in die
Behandlung eingebunden sein»



se einer bösartigen Erkrankung getroffen – das ist zwar wenig, aber für die Betroffenen nur ein schwacher Trost. Und auch wenn die Heilungsaussichten gut sind – drei Viertel aller bösartigen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen können geheilt werden –, stehen oft langwierige Therapien bevor.

Die ganze Familie ist betroffen

Die Erkrankung trifft nicht nur das Kind, sondern alle – Eltern, Großeltern und Geschwister. Nicht nur die Kinder brauchen nun Therapie und Unterstützung – die gesamte Familie sieht sich in einer Ausnahmesituation, in der sie versuchen muss, den neuen Aufgaben möglichst gerecht zu werden. So müssen Arbeit und schulische Verpflichtung der Eltern und Geschwister auf die Anforderungen der Therapie abgestellt werden – und das in einer Zeit psychischer Belastungen und Ängste. Das Schwanken zwischen Hoffnung und Zuversicht, Alltag

«Die meisten Kinder werden geheilt»



Eltern und Kinder unter einem Dach:

In Deutschland werden die Angebote, die es den Eltern ermöglichen, in unmittelbarer Nähe zu den Behandlungseinrichtungen zu wohnen, stetig ausgebaut. Eine erste Idee dazu hatte Fred Hill, ein amerikanischer Footballspieler, dessen Tochter Anfang der 1970er-Jahre an Krebs erkrankte.

Aus den Erfahrungen, die er und seine Familie in dieser Zeit machten, wurde der Entschluss, anderen Familien in dieser Situation zu helfen: den Kindern den Krankenhausaufenthalt zu erleichtern und Eltern in die stationäre Behandlung einzubinden. Unterstützt von Ray Kroc, dem Gründer von McDonald's und damaligen Inhaber der Footballmannschaft, in der Fred Hill spielte, findet diese Idee noch heute breiten Nachklang.

und Klinikaufenthalt zehrt an den Kräften aller. Professionelle Hilfe erfahren die Familien in dieser Situation durch Konzepte, die in die Behandlung der körperlichen Erkrankung die seelische Verfassung der Kinder und Familie einbeziehen. Basis aller Bemühungen ist selbstverständlich die bestmögliche gesundheitliche Versorgung. „Chemo-, Immun- und Strahlentherapie sollten in einem möglichst kinderfreundlich gestalteten Umfeld stattfinden“, sagt Prof. Dr. Bernhard Erdlenbruch, Chefarzt der Kinderklinik in Minden. „Um den erkrankten Kindern und ihren Familien in dieser Zeit zur Seite zu stehen, bieten wir Unterstützungen an und arbeiten im Team mit erfahrenen Ärzten und Pflegekräften, Psychologen, Therapeuten, Seelsorgern und Sozialarbeitern, die um die Besonderheiten dieser Situation wissen.“

Die Eltern gehören zu ihren Kindern

„Wir schaffen Rückzugsräume für die Familien, die auf die Bedürfnisse von Patienten und Eltern und Geschwistern ausgelegt sind“, sagt Prof. Erdlenbruch. Familien können neue Kraft schöpfen und durch die Nähe zu dem erkrankten Kind ein wenig Normalität des Familienlebens erfahren. „Die Nähe vertrauter Bezugspersonen ist für den Therapieerfolg wichtig“, betont Prof. Erdlenbruch.

«Normal leben – das wollen die Kinder»

Das Spielen nicht vergessen!

Großen Wert legen die kideronkologisch spezialisierten Zentren darauf, Raum für Spiel und Spaß zu lassen. In einem kindergerecht gestalteten Umfeld versuchen Spiel- und Musiktherapeuten, die Kinder und Jugendlichen von der Erkrankung und den damit verbundenen Belastungen so gut wie möglich abzulenken und »

Bei der Therapie der kleinen Patienten: Die Geschwister nicht vergessen!

Die Krebserkrankung eines Familienmitglieds ist ein tiefer Einschnitt für alle Familienmitglieder. Ganz besonders gilt dies, wenn ein Kind erkrankt – und noch weitere Geschwister vorhanden sind und versorgt werden müssen. Denn eine Krebstherapie ist – auch bei Kindern – meist ein langer Prozess. Er kann sich über Monate oder sogar Jahre hinziehen.

Psychologen raten Eltern, über ihre Sorge für das kranke Kind die anderen Geschwister nicht aus dem Auge zu verlieren – und vor allem darüber auch kein schlechtes Gewissen zu haben. Denn auch Geschwisterkinder leiden und brauchen in dieser Situation Zuwendung.

Zwischen medizinischer Behandlung und Erholung: Malen und Spielen tragen zur Erleichterung bei.



neue Interessen zu wecken. Malend und gestaltend wird nicht nur die Fantasie angeregt, sondern die Kinder lernen aneinander und miteinander auch einen alternativen Umgang mit der Erkrankung. Spaß haben und sich normal fühlen dürfen drängt die Krankheit für eine Zeit in den Hintergrund, hilft Stress abzubauen und wieder gesund zu werden.

Die Behandlungszentren fokussieren sich nicht nur auf ein möglichst familienförderliches Umfeld, sie behalten auch den Blick für die Zukunft.

„Wir versuchen, so weit als möglich sicherzustellen, dass das Kind keine Brüche in der Schulbiografie erfahren muss und damit Lasten in die Zukunft mitnimmt“, sagt Claudia Driftmann. Sie ist die Erzieherin im Kinderkrankenhaus Minden. „Ein wichtiger Baustein ist auch ein möglichst enger Kontakt zu Schulfreundinnen und Freunden aus der alten Klasse“, betont Driftmann. „Dieser Kontakt wirkt einer drohen-

«Der Kontakt zu Schulkameraden hilft!»

den schulischen Isolation entgegen und ist eine große psychische Stütze.“

Beratung wird großgeschrieben

Die Krebserkrankung eines Kindes fordert von den Eltern viel – gelegentlich bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit. Auf Wunsch finden sie Unterstützung in Gesprächen mit ebenso Betroffenen, in Einzel- und Gruppengesprächen mit Therapeuten oder durch spezielle sprach- und interkulturelle Hilfestellungen für Familien mit Migrationshintergrund.

Allen Angeboten gemeinsam ist: Eltern und Geschwister als wichtigste Bezugspersonen erkrankter Kinder und Jugendlicher brauchen Hilfe und Unterstützung, um Kraft, Liebe und Geborgenheit zu geben. Denn das sind die Quellen, aus denen letztlich Gesundheit gespeist wird.

Das wissen auch Svenjas Eltern. „Die wichtigste Hilfe für unsere Tochter ist neben der medizinischen Behandlung, dass wir da sein können!“, sagt ihre Mutter. „Und wir sind uns sicher: Sie wird diese Krankheit überwinden. Gemeinsam mit uns!“ ■

Patientinnen fragen – Experten antworten: Eierstockkrebs

Welche Therapien gibt es?

Circa 8000 Frauen erkranken jährlich an Eierstockkrebs – auch Ovarialkarzinom genannt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 60 bis 65 Jahren. Die Wahrscheinlichkeit, an Eierstockkrebs zu erkranken, erhöht sich, wenn in der Vergangenheit Familienmitglieder Brust- oder Gebärmutterkrebs hatten. Hingegen senken Schwangerschaften, das Stillen des Kindes und die Einnahme der Antibabypille das Erkrankungsrisiko.



UNSER EXPERTE:

Professor Dr. Andreas du Bois,
Direktor der Klinik für Gynäkologie
und Gynäkologische Onkologie
an den Kliniken Essen-Mitte

«Bei den meisten Patientinnen wird diese Form des Krebses erst im höheren Alter diagnostiziert»

Die wichtigsten Fragen von Patientinnen zum Eierstockkrebs stellt Perspektive LEBEN dem Experten Prof. Dr. Andreas du Bois. Er ist Direktor der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie an den Kliniken Essen-Mitte.

? Perspektive LEBEN: Wie sieht beim Eierstockkrebs die typische Erstdiagnose aus?

PROF. DU BOIS: Bei 75 Prozent der Patientinnen wird die Erkrankung erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Das liegt daran, dass es keine Frühsymptome gibt oder diese nicht als solche erkannt werden – wie beispielsweise unspezifische Bauchschmerzen. Zudem konnten jegliche Früherkennungsuntersuchungen bisher keinen wirklichen Erfolg aufweisen.

? Welche Untersuchungen kommen auf Patientinnen zu und welche Entscheidungen ergeben sich für die Ärzte daraus?

PROF. DU BOIS: Bei Verdacht auf Eierstock-, Eileiter- oder Bauchfellkrebs erfolgt eine gynäkologische Untersuchung mit vaginalen und Bauch-Ultraschall. Diese wird ergänzt durch eine umfassende Patientinnen-Befragung und eine körperliche Untersuchung. So erhält der Arzt Informationen darüber, ob und wie der Tumor zu operieren ist, und über den Allgemein- und Ernährungszustand der Patientin. Zudem wird in der Regel eine Computertomographie des Brustkorbs, des Bauches und des Beckens durchgeführt.

Aus Sicherheitsgründen wird auch die Brust geröntgt, da der Eierstockkrebs manchmal mit Brustkrebs einhergeht.

«Oft gibt es bei diesem Krebs kaum Symptome»

Weitere Untersuchungen sind nur bei spezifischen Symptomen notwendig. Hier sind insbesondere die Darmspiegelung bei familiärer Belastung oder Auffälligkeiten des Stuhlgangs zu erwähnen.

? Welche Therapiemöglichkeiten gibt es bei unterschiedlichen Erkrankungsstadien?

PROF. DU BOIS: Im Vordergrund steht bei allen Stadien die Operation. Dabei werden zwei Ziele verfolgt: Die vollständige Entfernung des Tumors und die Erfassung beziehungsweise Diagnose der Tumorausbreitung. Dies nennt man in Fachkreisen auch „Staging“. Danach wird in Abhängigkeit vom Stadium und von der Art des Tumors eine Chemotherapie durchgeführt. In frühen Stadien ist das nicht generell notwendig, sondern wird in Abhängigkeit von den Befunden entschieden. Die gute Nachricht: Die Therapie kann dann meistens als sogenannte „Monotherapie“ mit sehr guter Verträglichkeit und oft ohne Haarverlust geplant werden.

In mehr fortgeschrittenen Stadien ist eine Kombinations-Chemotherapie notwendig. Sie enthält in der Regel 6 Zyklen der Kombination von Carboplatin, ein Salz des Edelmetalls Platin, und Paclitaxel, ein Wirkstoff aus der Eibenrinde.

In stark fortgeschrittenen Stadien ist die Kombination der oben dargestellten Kombinations-Chemotherapie mit einem Angiogenese-Hemmstoff die erste Wahl. Hierbei »

wird versucht, die Versorgung des Tumors mit Blutgefäßen zu blockieren. So wird die Versorgung des Tumors mit Sauerstoff und Nährstoffen vermindert und so sein Wachstum gehemmt.

Ist im fortgeschrittenen Stadium eine Operation nicht möglich, da die Patientin durch ihren Allgemeinzustand oder durch Begleiterkrankungen diese nicht verkraften könnte, kann zunächst ein Teil der Kombinations-Chemotherapie durchgeführt werden.

? Wie wird was operiert?

PROF. DU BOIS: Die Operation hat zum Ziel, den gesamten Bauchraum zu überprüfen, um die Tumorausbreitung festzustellen, und dann alle sichtbaren Tumoren zu entfernen. Hierbei werden Teile des Bauchfells, des Bauchnetzes sowie die Gebärmutter und die Eierstöcke mit Eileitern entnommen. Wenn es dadurch gelingt, sämtliche Tumoren zu entfernen, werden auch Darmanteile, die hinter dem Bauchraum liegenden Lymphknoten sowie die Milz und gegebenenfalls weitere Organe entfernt beziehungsweise vom Tumor befreit.

? Welche Nebenwirkungen bringen die verschiedenen Therapien mit sich? Was kann man tun, die Nebenwirkungen zu mildern?

PROF. DU BOIS: Die operative Therapie erfordert in der Regel eine zwei- bis dreiwöchige Erholungsphase. In dieser Phase sind Physiotherapie, persönliche Pflege, psychologische Begleitung und Naturheilkunde wichtige Hilfen.

Im Rahmen der Chemo- und Angiogenese-Hemmer-Therapie treten meist vorübergehende Blutbildveränderungen auf, die eine regelmäßige Blutbildkontrolle erfordern. Kommt es zu fiebrigen Entzündungen, wird eine antibiotische Therapie durchgeführt. Die Kombinations-Chemotherapie führt



oft zum Haarverlust. Zum Trost sei angemerkt: Die Haare wachsen nach Ende der Chemotherapie wieder nach. Nebenwirkungen, die seltener auftreten, sind unter anderem Bluthochdruck, Abgeschlagenheit, Schleimhautreizungen, Muskel- und Gelenkbeschwerden, Appetitlosigkeit, Geschmacksstörungen oder Übelkeit. Viele dieser Nebenwirkungen können durch sachgerechte Vorbeugung verhindert werden oder durch unterstützende Maßnahmen behoben oder gemildert werden. Dabei berät der Arzt die Patientin.

? Woher wissen die Ärzte, ob die eingeschlagene Therapie erfolgreich war?

PROF. DU BOIS: Patientinnen mit komplett entferntem Tumor werden nachfolgend regelmäßig untersucht. Der Erfolg zeigt sich, wenn der Tumor nicht wiederkommt.

Bei Patientinnen, bei denen der Tumor nicht komplett operiert werden konnte, wird der Therapieerfolg mit Computertomographie- oder Ultraschalluntersuchungen und durch den Verlauf des Tumormarkers, der im Blut gemessen wird, kontrolliert.

? Wie groß sind die Chancen einer vollständigen Heilung? Ab welchem Zeitpunkt weiß man, dass man geheilt ist?

PROF. DU BOIS: Die meisten Rückfälle, also erneut auftretende Tumoren – auch Rezidive genannt –, treten innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Therapie auf. Geschieht das nicht, kann mit einer über 90-prozentigen Sicherheit von einer Heilung ausgegangen werden.

? Wie und wo finde ich jetzt Ärzte, die wissen, wie man Eierstockkrebs heute am besten behandelt?

PROF. DU BOIS: Adressen sind unter www.eierstock-krebs.de oder beim Krebsinformationsdienst zu erfragen. Ein Indiz der Qualität einer Klinik ist die Studienteilnahme im Rahmen der AGO Studien (www.ago-ovar.de). ■

«Gibt es in fünf Jahren keinen Rückfall, liegt die Heilungschance bei über 90 Prozent»

Im Grenzbereich gemeinsam Großes erreichen.



Krebstherapie ist eine Herausforderung, der wir uns seit über 50 Jahren stellen. Entscheidend dabei war und ist die Forschung. Nur wer onkologische Erkrankungen versteht, kann entsprechende Medikamente zur Verfügung stellen.

Tatsächlich hat die Entwicklung neuer Therapieansätze bereits zahlreichen Patienten eine Zukunft ermöglicht. Neben der gezielten Krebstherapie konzentrieren wir uns bei unseren Forschungsaktivitäten auf die Immunonkologie, die auf die Fähigkeit des körpereigenen Immunsystems setzt, Krebszellen zu besiegen.

Unser Ziel ist ein noch umfangreicheres Wirkstoff-Portfolio gegen Krebsarten im Früh- und Spätstadium aufzubauen und die Chancen auf ein Langzeitüberleben bzw. Heilung kontinuierlich zu verbessern. Gemeinsam mit unseren Partnern versuchen wir auch weiterhin, im Grenzbereich Großes zu erreichen. Eines Tages möchten wir dem Krebs einen Schritt voraus sein. **Wir forschen weiter.**

Dem Krebs einen
Schritt voraus sein.
Wir forschen weiter.



Bristol-Myers Squibb

Antihormontherapie bei Prostatakrebs

Wenn der PSA-Wert wieder steigt

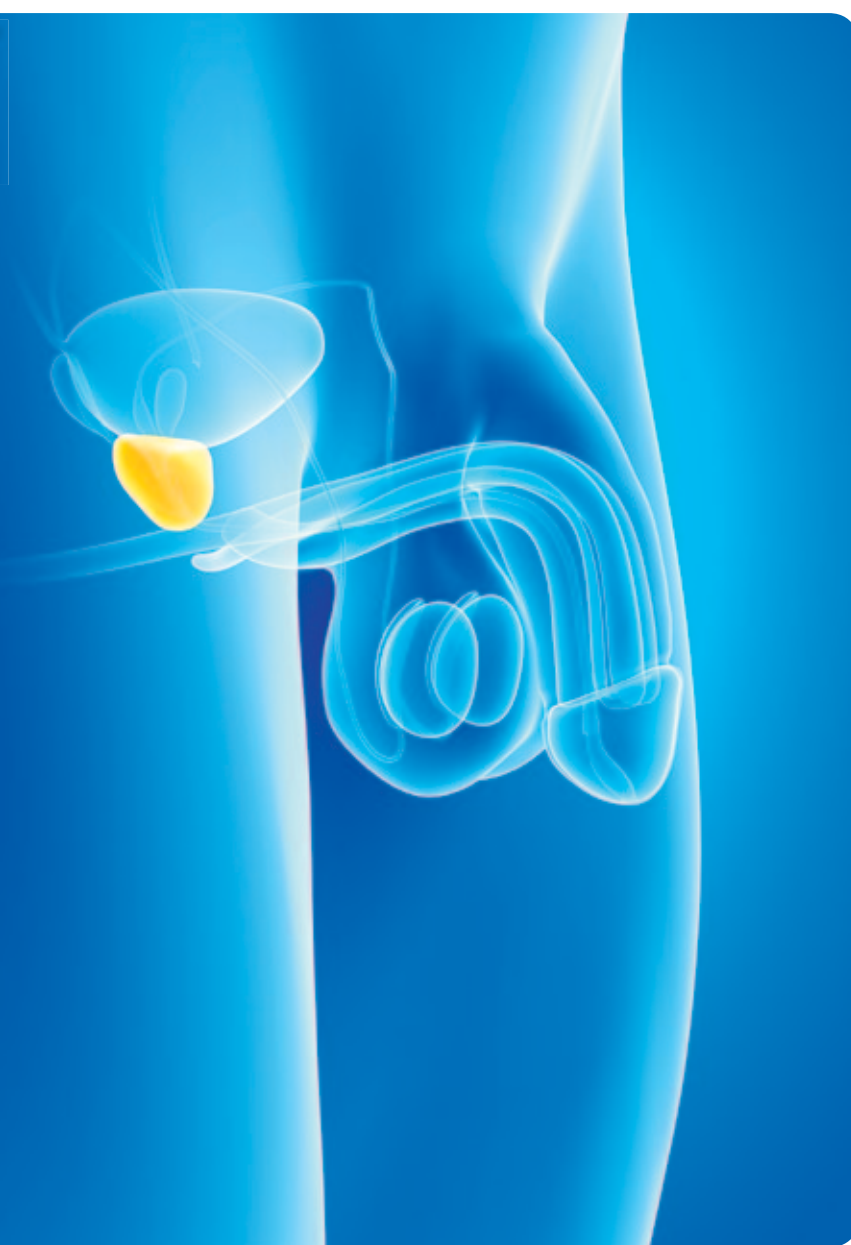


Ein bösartiger Tumor in der Prostata wird als Prostatakrebs bezeichnet. Eine der möglichen Behandlungsmethoden ist die Antihormontherapie. Perspektive LEBEN befragte dazu Universitätsprofessor Dr. Axel Heidenreich, den Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Aachen.

Der PSA-Test in der Früherkennung

Unter PSA versteht man das „prostataspezifische Antigen“. Das Enzym verflüssigt den Samen. PSA tritt auch ins Blut über und ist dort messbar.

- Bei bestimmten Erkrankungen wie Entzündungen der Prostata oder der Harnblase, aber eben auch Prostatakrebs kann der PSA-Wert im Blut erhöht sein.
- Allerdings gilt auch umgekehrt: Selbst bei normalen PSA-Werten ist eine Krebserkrankung der Prostata nicht gänzlich ausgeschlossen.
- Deshalb ist der PSA-Test als Vorsorge-Instrument durchaus umstritten – viele Erkrankungen treten erst im höheren Lebensalter auf und mindern nicht die Lebenserwartung.
- Männer, die einen PSA-Test durchführen lassen wollen, müssen ihn selbst bezahlen. Er ist keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen.



DER MÄNNERKREBS: Jedes Jahr erkranken in Deutschland etwa 64 000 Männer an Prostatakrebs. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei etwa 70 Jahren. Vor dem 50. Lebensjahr tritt Prostatakrebs nur selten auf. Die Antihormontherapie wird je nach Art des Prostata-tumors unterschiedlich eingesetzt. „Die Antihormontherapie wird bei Patienten mit einem sehr aggressiven Prostatatumor, der aber noch keine oder nur mikroskopische Metastasen gebildet hat, vorsorglich eingesetzt. Zuerst führen wir hier eine Bestrahlungstherapie mit begleitender Antihormontherapie durch – mit dem Ziel, den Tumor vollständig zu zerstören“, erklärt Prof. Heidenreich und fährt fort: „Danach wird die Antihormontherapie für weitere zwei Jahre fortgesetzt. Die Heilungsraten sind so deutlich höher.“

Die Heilungschancen verbessern sich

Das Gleiche gilt für Patienten, denen der Tumor beziehungsweise die Prostata operativ entfernt wurde. Auch hier schließt man eine Antihormontherapie vorsorglich an, wenn Lymphknoten-Metastasen vorhanden waren. Der Standard bei der Antihormontherapie ist die Spritzen-therapie: Ein Hormon wird dabei in das Unterhaut-fettgewebe gespritzt. Das Hormon nennt sich LHRH.

„Dabei wird im Hoden die Produktion von Testosteron unterdrückt“, erläutert Prof. Heidenreich. Der Tumor wächst nämlich nur, wenn Testosteron im Blut vorkommt. Daher sterben bei dieser Therapie die Tumorzellen weitestgehend ab. Sollte es im weiteren Verlauf zu einem erneuten Wachstum der verbliebenen Tumorzellen kommen, können diese durch eine Impfung, den Einsatz neuer Hormonpräparate oder einer Chemotherapie behandelt werden. Die Spritzen haben eine Depotwirkung und werden in der Regel in Abständen von drei bis sechs Monaten ge-

«Die Therapie ist wenig zeitaufwendig»



UNSER EXPERTE:

Professor Dr. Axel Heidenreich,
Direktor der Klinik für Urologie
am Universitätsklinikum Aachen

«Der Tumor wächst nur, wenn Testosteron in ausreichender Menge vorhanden ist»

geben. „Ein relativ neues Medikament, ein sogenannter Antagonist zu LHRH, mit dem Namen Degarelix, wird alle vier Wochen gespritzt“, berichtet der Experte. Die vorsorgliche Antihormontherapie dauert in der Regel ein bis zwei Jahre.

Die Lust macht eine Pause

Die gute Nachricht bei dieser Therapieform lautet also: Sie ist für den Patienten wenig zeitaufwendig. Prof. Heidenreich schränkt allerdings ein: „Es treten meist Nebenwirkungen auf, die den Patienten physisch und psychisch belasten können. Hierzu zählen vor allem Hitzewallungen, Schweißausbrüche oder ein eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis. Libido und Potenz sind zudem nicht mehr vorhanden.“ Der Experte kann jedoch beruhigen: „In der Regel verschwinden alle Nebenwirkungen wieder, sobald die Therapie beendet beziehungsweise unterbrochen ist und der Testosteronwert sich wieder erholt hat.“

Im Rahmen der Behandlung spielt das prostataspezifische Antigen – abgekürzt PSA – eine große Rolle. Das PSA ist eine Eiweißsubstanz, die von Prostatazellen gebildet wird. Sie hat die Aufgabe, die Samenflüssigkeit zu verflüssigen und kann im Blut nachgewiesen werden. „Der PSA- »

So bereiten Sie sich auf das Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt vor:

- Schreiben Sie sich vor dem Arztbesuch Ihre Fragen auf. So vergessen Sie in der Aufregung keine Dinge, die Ihnen wichtig sind.
- Bitten Sie Ihren Arzt in jedem Fall um eine Kopie Ihrer Behandlungsunterlagen. So können Sie im Zweifelsfall eine Zweitmeinung beanspruchen.
- Nehmen Sie eine vertraute Person mit zum Gespräch. So haben Sie einen Partner, mit dem Sie die Gesprächsergebnisse noch einmal abwägen können.
- Nehmen Sie sich etwas zu schreiben mit und notieren Sie die wichtigsten Informationen. So können Sie später in Ruhe noch einmal alles nachlesen.
- Fragen Sie den Arzt, ob Sie für sich selbst das Gespräch aufzeichnen dürfen.

WAS SIE DEN ARZT FRAGEN SOLLTEN:

- In welchem Stadium befindet sich meine Erkrankung?
- Wie viel Zeit habe ich, um eine Behandlungsentscheidung zu treffen?
- Wie überwachen wir in dieser Bedenkzeit den Tumor, damit die Erkrankung nicht außer Kontrolle gerät?
- Welchen Verlauf wird die Krankheit wahrscheinlich nehmen, wenn ich nichts tue?
- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Welche kommen für mich infrage?
- Empfehlen Sie mir, weitere Ärzte zu konsultieren?

Quelle: Evidenzbasierter Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms (2. Auflage, April 2013).

TIPP!



«Die Lust kehrt bald wieder zurück»



Fotos: thinkstock (2)

Wie der PSA bei der Nachsorge hilft

Regelmäßige Untersuchungen sollen sicherstellen, dass Rückfälle rechtzeitig erkannt werden. Denn bei etwa drei von zehn Männern kommt es nach einer Prostatakrebs-Behandlung im Laufe der nächsten Jahre zu einer erneuten Tumorbildung, entweder am Ort der Operation („lokales Rezidiv“) oder in anderen Körperregionen (Metastasen).

Meist genügt es bei der Nachsorge, per Bluttest den PSA-Wert zu kontrollieren. Bleibt er stabil, sind keine zusätzlichen Untersuchungen wie z.B. Tastuntersuchung notwendig. Bei der Beurteilung der PSA-Werte in der Nachsorge sollte übrigens vom Arzt unterschieden werden, welche Behandlung bisher zum Einsatz gekommen ist.

Wert wird als Verlaufparameter für den Erfolg der Anti-hormontherapie genutzt, da PSA nicht von der Prostata, sondern auch von den Metastasen gebildet wird. Sterben Tumorzellen ab, sinkt entsprechend der PSA-Wert ab und umgekehrt“, erläutert Prof. Heidenreich.

Ist die Therapie abgeschlossen und sieht man nun im Rahmen der Nachsorgeuntersuchungen, dass der PSA-Wert wieder ansteigt, kann dies ein möglicher Hinweis auf ein Rezidiv sein – also auf das Wiederauftreten eines Tumors. Wichtig ist nun zu ergründen, wo sich dieser Tumor befindet, damit man ihn zielgenau bekämpfen kann. Dazu bedient man sich der sogenannten Positronen-Emissions-Tomographie – kurz PET. Mithilfe eines prostatakarzinomspezifischen radioaktiven Markers,

PSMA genannt, werden dann Tumoren auf dem Röntgenbild als leuchtende Punkte sichtbar.

Erstaunliche Heilungsraten

„Nun kann in Abhängigkeit der Lage der Tumoren dem Patienten eine weitere Therapie empfohlen werden. Infrage kommt z.B. bei Lymphknotenmetastasen die operative Entfernung oder die Bestrahlung“, berichtet er und ergänzt: „Bei Metastasen außerhalb des Lymphknotensystems würde man die Antihormontherapie wieder erneut aufnehmen.“ Die Mut machende Nachricht von Prof. Heidenreich lautet: „Bei Patienten mit der oben beschriebenen Diagnose liegt die Überlebensrate zehn Jahre nach der Behandlung bei 90 bis 95 Prozent!“ ■

Beckenbodengymnastik: Wirksame Übungen gegen die Harn-Inkontinenz

Die häufigste Ursache eines Harnverlustes, die sogenannte Inkontinenz beim Mann nach einer Prostataoperation, ist das Versagen des Verschlussmechanismus am Blasenaustritt. Die Inkontinenz äußert sich normalerweise dadurch, dass geringe Harnmengen unkontrolliert austreten, vor allem unter körperlicher Belastung, beim Husten,

Niesen oder Pressen, also wenn der Druck im Bauchraum erhöht ist (Stress- oder Belastungsinkontinenz). In der Regel ist es möglich, diese Störung durch eine konsequente Beckenbodengymnastik nach der Operation zu beheben. Unter Anleitung eines Krankengymnasten können Übungen erlernt und später selbstständig ausgeführt werden.



Foto: thinkstock

So wichtig ist jetzt die Selbsthilfe:

Seelische Stütze und sachliche Information

In Deutschland gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen für Krebspatienten. Mit Jan Geißler, dem Begründer der deutschsprachigen Online-Patientenplattform „leukaemie-online.de“ und eines weltweiten Verbundes von Leukämie-Patienten-Organisationen, hat die Redaktion von Perspektive LEBEN über die wichtige Rolle der Selbsthilfe für Menschen mit einer Krebsdiagnose gesprochen.

? Wie und warum wurden Sie in der Selbsthilfe bei Leukämie aktiv?

GEISSLER: Mit 28 Jahren bekam ich vor jetzt fast 13 Jahren die Diagnose Blutkrebs. Genauer gesagt handelte es sich um eine chronische myeloische Leukämie (CML). Zum damaligen Zeitpunkt war die Prognose bei dieser Diagnose ziemlich schlecht. Damit wollte ich mich einfach nicht abfinden. Also habe ich mich auf die Suche gemacht, mich auf englischsprachigen Webseiten in zahlreiche internationale Studien eingesehen und förmlich durchgebissen, um zu verstehen, ob die örtliche ärztli-



UNSER EXPERTE:

Jan Geißler, organisiert auf europäischer Ebene die Zusammenarbeit und Weiterbildung von Selbsthilfeorganisationen

«Aus eigener Erfahrung weiß ich, wie wichtig es ist, sich als Betroffener ein Bild über die Krankheit und ihre Behandlung zu machen!»

che Empfehlung für mich das letzte Wort ist.

? Mit welchem Erfolg?

GEISSLER: Meine Recherchen ergaben, dass neue Arzneimittel

in der Erprobung waren, die recht vielversprechend zu sein schienen. Glücklicherweise konnte ich an einer Studie teilnehmen, in der diese neuen Medikamente zum Einsatz kamen. Bei mir schlug diese The- »

rapie gut an. Und das war mein Anstoß, zu sagen, ich muss etwas tun. Ich will unter anderem jetzt hier und heute dafür sorgen, Patienten dabei zu helfen, Informationen über Studien zu finden und Ergebnisse von Studien rascher bekannt zu machen.

? **Wie können wir uns Ihre Arbeit konkret vorstellen?**

GEISSLER: Ich habe die Internet-Plattform „leukaemie-online.de“ geschaffen. Am Anfang habe ich dort Übersetzungen von Studienergebnissen eingestellt und ein Forum betrieben. Nach und nach wuchs diese Webseite zu einer sehr rege genutzten Austauschplattform an. Wir haben dann einen gemeinnützigen Verein als Basis für den Betrieb gegründet.

? **Aus Ihrem Ehrenamt haben Sie eine Profession gemacht?**

GEISSLER: Ja. Eigentlich bin ich Kaufmann und kein Mediziner. Aber nach einigen Jahren der Doppelbelastung mit Beruf und ehrenamtlicher Arbeit habe ich im Jahr 2008 dann die Entscheidung getroffen: Ich mache die Unterstützung von Patienten und die politische Arbeit für Patientenorganisationen zu meinem Hauptberuf.

? **Warum sind Patientenorganisationen so wichtig? Sind die Fachleute nicht die viel besseren Patientenvertreter?**

«Patienten müssen in die Prozesse einbezogen werden!»

GEISSLER: Genau da liegt das Problem. Patienten sitzen zu oft nicht mit am Tisch, wenn über Forschung, Studienaufbau oder Patienteninformation entschieden wird. Aber immer mehr Ärzte sind inzwischen davon überzeugt, dass Patienten in die Prozesse mit einbezogen werden müssen, um Forschung und Versorgung an den wirklichen Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Manchmal sind wir auch die Treiber und überwinden gemeinsam Widerstände in festgefahrenen Positionen. Denn wir Patienten brauchen den Fortschritt unmittelbar.

? **Was macht die Patientenorganisation vor Ort so wichtig für die Betroffenen?**

GEISSLER: Zum einen ist sie seelische Stütze und Informationsquelle für den Patienten. Er hat die Chance zum direkten Austausch mit Betroffenen. Zum anderen können hier die vom Arzt erhaltenen Informationen erklärt, diskutiert und auf die Patienten bezogen ergänzt werden. Auch die Ärzte profitieren von Patientenorganisationen. Denn sie erhalten

immer wieder Anregungen, die sie in ihren Behandlungsalltag einbauen können.

? **Was raten Sie einem Patienten, der eine Selbsthilfegruppe gründen will?**

GEISSLER: 1. Intensive Recherche: „Was gibt es schon in der Umgebung?“ Oftmals gibt es schon eine Selbsthilfegruppe in der gleichen Erkrankung an einem anderen Ort oder eine Gruppe vor Ort für eine andere Erkrankungsart. Beide können einem vielleicht bei der Gruppengründung helfen. So können die Betroffenen vor Ort eine Gruppe gründen und müssen nicht in eine andere Stadt reisen.

2. Gehen Sie zu dem Selbsthilfedachverband der jeweiligen Erkrankung. Viele bieten Informationen, Trainings, Material und dergleichen an. Diese finden Sie zum Beispiel unter: www.hksh-bonn.de

3. Sprechen Sie Ihren Arzt oder das betreffende Zentrum an. Auch sie können andere Patienten aktiv darauf ansprechen, sich der Gruppe anzuschließen.

4. Auch der Besuch von Online-Selbsthilfe-Plattformen kann ein Weg sein, Mitglieder für eine Gruppe zu finden, die sich vor Ort treffen wollen. ■



«Zusammen wird die Bewältigung auch einer schwierigen Diagnose für jeden Menschen leichter»

Unsere Experten in dieser Ausgabe:

Prof. Dr. Andreas du Bois: Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie; Adresse: Kliniken Essen-Mitte; Henricistraße 92; 45136 Essen	S. 17	Dr. Bernd Mössinger: Onkologische Rehabilitation; Adresse: MediClin Albert Schweitzer Klinik; Parkstr. 10; 78126 Königsfeld	S. 43
Prof. Dr. Stefan Dazert: Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie; Adresse: St. Elisabeth Hospital; Bleichstraße 15; 44787 Bochum	S. 32	Prof. Dr. Hans-Rudolf Raab: Tumorchirurgie; Adresse: Klinikum Oldenburg GmbH; Rahel-Straus-Straße 10; 26133 Oldenburg	S. 34 / S. 40
Prof. Dr. Bernhard Erdlenbruch: Kinder- und Jugend-Onkologie; Adresse: Kinderklinik in Minden; Hans-Nolte-Straße 1; 32429 Minden	S. 14	Prof. Dr. Veit Rohde: Vaskuläre Neurochirurgie; Adresse: Universitätsklinikum Göttingen; Robert-Koch-Straße 40; 37075 Göttingen	S. 36
Jan Geißler: Begründer von leukaemie-online.de; Adresse: Am Rothenanger 1b; 85521 Riemerling	S. 23	Prof. Dr. Hans Seifert: Innere Medizin; Adresse: Klinikum Oldenburg GmbH; Rahel-Straus-Straße 10; 26133 Oldenburg	S. 40
Prof. Dr. Axel Heidenreich: Urologie; Adresse: Universitätsklinikum Aachen; Pauwelsstraße 30; 52074 Aachen	S. 21	Dr. Bianca Senf: Psychoonkologie; Adresse: Universitätsklinik Frankfurt; Theodor-Stern-Kai 7; 60590 Frankfurt am Main	S. 49
Eilbracht G. Kobusch: Heilpraktiker für Psychotherapie, Schwerpunkt Psychoonkologie; Adresse: Drostestr. 14; 30161 Hannover	S. 12	Dr. Andrea Trappe: Ernährungsberatung und -therapie; Adresse: Weidenstr. 21; 30916 Isernhagen	S. 38
Prof. Dr. Claus-Henning Köhne: Innere Medizin; Adresse: Klinikum Oldenburg GmbH; Klinik für Onkologie und Hämatologie; Rahel-Straus-Straße 10; 26133 Oldenburg	S. 40	Prof. Dr. Diethelm Wallwiener: Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie; Adresse: Universitäts-Frauenklinik Tübingen; Calwerstraße 7; 72076 Tübingen	S. 8

ANZEIGE

Darmkrebszentrale

Das neue Info-Portal für Patienten & Angehörige

www.darmkrebszentrale.de

Neu überarbeitet – Noch übersichtlicher

Informativ, multimedial & aktuell

- Umfassende medizinische Informationen
- Erfahrungsberichte von Betroffenen
- Informationen auch für Angehörige
- Filme und Infografiken
- Zahlreiche Download-Angebote
- Veranstaltungshinweise
- Darmzentren-Suche

Umfangreiche Informationen aus verschiedenen Blickwinkeln

Auf www.darmkrebszentrale.de finden Sie Informationen rund um die Darmkrebs-Erkrankung. In verschiedenen Bereichen bietet Ihnen die Website Informationen und Unterstützung zu den Themen „Prävention & Diagnose“, „Behandlung“, „Leben mit Darmkrebs“ und „Erfahrungsberichte“ von Patienten.

Die Inhalte der Seite wurden mit Patienten, Angehörigen und renommierten Experten erarbeitet, um Ihnen gut verständliche und ausführliche Informationen zu bieten.

Zahlreiche Services für Ihre Unterstützung

Neben den Informationen finden Sie auf www.darmkrebszentrale.de eine Menge an nützlichen Hilfsmitteln, die Ihnen den Alltag und den Umgang mit Darmkrebs erleichtern sollen:

- Checklisten mit wichtigen Fragen für Ihre Arzttermine
- nützliche Downloads
- praktische Darmzentren-Suche, um ein zertifiziertes Zentrum in Ihrer Nähe zu finden

Herausgeber:
Roche
Pharma AG
D - Grenzach-
Wyhlen

Das neue Info-Portal für Patienten & Angehörige
www.darmkrebszentrale.de

Umfangreiche Informationen aus verschiedenen Blickwinkeln
Auf www.darmkrebszentrale.de finden Sie Informationen rund um die Darmkrebs-Erkrankung. In verschiedenen Bereichen bietet Ihnen die Website Informationen und Unterstützung zu den Themen „Prävention & Diagnose“, „Behandlung“, „Leben mit Darmkrebs“ und „Erfahrungsberichte“ von Patienten.

Zahlreiche Services für Ihre Unterstützung
Neben den Informationen finden Sie auf www.darmkrebszentrale.de eine Menge an nützlichen Hilfsmitteln, die Ihnen den Alltag und den Umgang mit Darmkrebs erleichtern sollen:

- Checklisten mit wichtigen Fragen für Ihre Arzttermine
- nützliche Downloads
- praktische Darmzentren-Suche, um ein zertifiziertes Zentrum in Ihrer Nähe zu finden

Zertifizierte Kliniken zur Behandlung von Brustkrebs in Deutschland

Die folgenden Einrichtungen sind ausgewiesene Behandlungszentren für Brustkrebs-Erkrankungen

PLZ 0

- Brustzentrum Dresden, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
- Regionales Brustzentrum Dresden am Universitäts KrebsCentrum Dresden, Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus
- Brustzentrum Dresden, Krankenhaus Dresden-Neustadt
- Regionales Brustzentrum Dresden am Universitäts KrebsCentrum Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
- Regionales Brustzentrum Dresden am Universitäts KrebsCentrum Dresden, Krankenhaus St. Joseph-Stift
- Regionales Brustzentrum Dresden am Universitäts KrebsCentrum Dresden, Elblandklinikum Radebeul
- Brustzentrum Ostsachsen Ebersbach-Sebnitz, Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz
- Brustzentrum Ostsachsen Ebersbach-Sebnitz, Klinikum Oberlausitzer Bergland
- Mammazentrum Ostsachsen, Städtisches Klinikum Görlitz
- Nordwestsächsisches Brustzentrum**
04129 Leipzig
Tel.: 0341 - 909 - 4914
www.brustzentrum-nwsb-leipzig.de
brustzentrum@sanktgeorg.de
Prof. Dr. med. Uwe Köhler
- Brustzentrum St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig, St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig
- HELIOS Brustzentrum Nordsachsen Schkeuditz / Borna, HELIOS Klinik Schkeuditz
- HELIOS Brustzentrum Nordsachsen Schkeuditz / Borna, HELIOS Klinik Borna
- Nordwestsächsisches Brustzentrum Leipzig, Kreiskrankenhaus Johann-Kentmann gGmbH
- Brustzentrum Halle, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara
- Brustzentrum des Universitätsklinikums Halle Saale, Universitätsklinikum Halle-Wittenberg
- Brustzentrum Weißenfels, Asklepios Kliniken Weißenfels-Hohenmölsen GmbH
- Brustzentrum Ostthüringen, SRH Wald-Kliniken Gera GmbH
- Interdisziplinäres Brustzentrum Jena, Universitätsklinikum Jena
- Brustzentrum Vogtland, Klinikum Obergöltzsch Rodewisch

- Brustzentrum Werdau – Südwestsachsen, Pleißenal-Klinik-GmbH Werdau
- Brustzentrum Chemnitz, Klinikum Chemnitz gGmbH
- Mammazentrum Chemnitzer Land / Oberes Erzgebirge, DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein
- Mammazentrum Chemnitzer Land / Oberes Erzgebirge, EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg
- Brustzentrum Chemnitz, Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH

PLZ 1

- Interdisziplinäres Brustzentrum der Charité IBZ im Charité Comprehensive Cancer Center, Charité – Campus Mitte
- Brustzentrum im Sana Klinikum Lichtenberg, Sana Klinikum Lichtenberg
- Brustzentrum – City, Sankt Gertrauden-Krankenhaus GmbH
- Vivantes Brustzentrum, Vivantes Klinikum Am Urban
- Brustzentrum an den DRK Kliniken Berlin | Köpenick, DRK Kliniken Berlin | Köpenick
- Brustkrebszentrum der Park-Klinik Weißensee, Berlin Park-Klinik Weißensee, Berlin
- Interdisziplinäres Brustzentrum Berlin Buch, HELIOS Klinikum Berlin-Buch
- Brustzentrum im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau, Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
- Brustzentrum Westend, DRK-Kliniken | Westend
- Brustkrebszentrum Havelhöhe Berlin, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe GmbH
- Brustzentrum Waldfriede Berlin, Krankenhaus Waldfriede e.V.
- Brustkrebszentrum Martin-Luther-Krankenhaus Berlin, Martin-Luther-Krankenhaus Berlin
- Brustzentrum Klinikum Ernst von Bergmann / Klinikum Ernst von Bergmann GmbH
- Brustzentrum Klinikum Ernst von Bergmann / Havelland Kliniken GmbH, Havelland Kliniken GmbH, Klinik Nauen
- Brandenburgisches Brustzentrum, Städtisches Klinikum Brandenburg
- Brandenburgisches Brustzentrum Evangelisches Krankenhaus, Ludwigsfelde-Teltow GmbH

- Brustkrebszentrum Frankfurt Oder, Klinikum Frankfurt Oder GmbH
- Brustzentrum im HELIOS Klinikum Bad Saarow, HELIOS Klinikum Bad Saarow
- Brustkrebszentrum Oberhavel, Oberhavel Kliniken GmbH, Klinik Oranienburg
- Brustkrebszentrum Neuruppin | Nordbrandenburg, Ruppiner Kliniken GmbH
- Brustzentrum am Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum, Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum GmbH Neubrandenburg
- Interdisziplinäres Brustzentrum der Universitätsmedizin Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald
- Universitäts-Brustzentrum Rostock, Klinikum Südstadt Rostock
- Brustzentrum Stralsund, HELIOS Hanseklinikum Stralsund
- Brustzentrum HELIOS Kliniken Schwerin, HELIOS Kliniken Schwerin

PLZ 2

- Brustzentrum am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Brustzentrum Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Diakonie-Klinikum Hamburg
- Brustzentrum HELIOS Mariahilf – Hamburg, Helios Mariahilf Klinik
- Brustzentrum Buchholz-Winsen, Krankenhaus Buchholz
- Brustzentrum Lüneburg, Städtisches Klinikum Lüneburg
- Brustzentrum Buchholz-Winsen, Krankenhaus Winsen
- Brustzentrum Stade-Buxtehude, Elbe Klinikum Buxtehude
- Brustzentrum Stade-Buxtehude, Elbe Klinikum Stade
- Brustzentrum am Marienkrankenhaus Hamburg, Kath. Marienkrankenhaus
- Asklepios Brustzentrum Hamburg, Asklepios Klinik Barmbek
- Brustzentrum Universitätsklinikum Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
- Brustzentrum Ostholstein – Standort Eutin Eutin – Sana Kliniken Ostholstein GmbH

- Brust-Zentrum Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel
- Brustzentrum Kiel-Mitte an der Park-Klinik, Park-Klinik GmbH
- Holsteinisches Brustzentrum GbR, Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster
- Mammazentrum Alsterquelle, Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg
- Holsteinisches Brustzentrum, imland Klinik Rendsburg
- Brustzentrum DIAKO Flensburg, Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg
- Brustzentrum des Kreises Pinneberg, Regio Klinikum Elmshorn
- Brustzentrum des Kreises Pinneberg, Regio Klinikum Pinneberg
- Holsteinisches Brustzentrum GbR, Klinikum Itzehoe
- Holsteinisches Brustzentrum GbR, Westküstenklinikum Heide
- Oldenburger Brustzentrum, Pius Hospital Oldenburg
- Brustzentrum Klinikum Oldenburg, Klinikum Oldenburg
- Brustzentrum Ammerland-Klinik, Ammerland-Klinik
- Brustzentrum am AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg, AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg gemeinnützige GmbH
- Brustkrebszentrum Cuxhaven, Krankenhaus Cuxhaven GmbH
- Brustzentrum Bremerhaven, Klinikum Bremerhaven – Reinkenheide
- Brustzentrum Klinikum Bremen-Mitte, Gesundheit Nord gGmbH, Klinikum Bremen-Mitte
- Brustzentrum St. Joseph-Stift Bremen, Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen
- Brustkrebszentrum DIAKO Bremen, Ev. Diakonie-Krankenhaus
- Brustzentrum Celle, Allgemeines Krankenhaus Celle
- Brustzentrum Altmark, Altmark-Klinikum gGmbH

PLZ 3

- Kooperatives Brustzentrum Klinikum Region Hannover, Klinikum Hannover Nordstadt
- Brustzentrum der Diakonischen Dienste Hannover, Diakoniekrankenhaus Friederikenstift

Brustzentrum der Diakonischen Dienste Hannover, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Standort Kirchrode

Brustzentrum Vinzenzkrankenhaus Hannover, Vinzenzkrankenhaus Hannover gGmbH

Brustzentrum der Medizinischen Hochschule Hannover, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Kooperatives Brustzentrum Klinikum Region Hannover, Klinikum Großburgwedel

Kooperatives Brustzentrum Klinikum Region Hannover, Klinikum Robert Koch Gehrden

Brustzentrum Hildesheim, St. Bernward-Krankenhaus

Brustzentrum Klinikum Hildesheim, HELIOS Klinikum Hildesheim

Brustzentrum Schaumburg, Kreiskrankenhaus Stadthagen

Brustzentrum Sana Klinikum Hameln-Pyrmont, Sana Klinikum Hameln-Pyrmont

Brustzentrum Franziskus Hospital Bielefeld, Franziskus Hospital gem. GmbH Bielefeld

Brustzentrum Kassel, Elisabeth-Krankenhaus gGmbH

IBZ – Interdisziplinäres Brustzentrum am Klinikum Kassel, Klinikum Kassel

Brustzentrum Regio UKGM Marburg

Baldingerstraße, 35043 Marburg
Tel.: 06421 - 58 - 66432
www.ccc-marburg.de/onkologisches-zentren
brustzentrum@med.uni-marburg.de
Prof. Dr. U. Wagner, Dr. K. Baumann

Asklepios Klinik Lich GmbH Brustzentrum

35423 Lich
Tel.: 06404 - 81 - 385
www.asklepios.com/lich
brustzentrum.lich@asklepios.com
Dr. med. Alexandra Bender

Brustkrebszentrum Lahn-Dill, Wetzlar, Klinikum Wetzlar

Brustzentrum Osthessen, Klinikum Fulda gAG

Brustzentrum der Universitätsmedizin Göttingen, Universitätsklinikum Göttingen

Interdisziplinäres Brustzentrum Braunschweig, Städt. Klinikum Braunschweig

Brustzentrum Wolfsburg, Klinikum Wolfsburg

Interdisziplinäres Brustzentrum der Klinikum Gifhorn GmbH, HELIOS Klinikum Gifhorn GmbH

Brustzentrum Asklepios Harzklinden Goslar, Asklepios Harzklinden

Brustzentrum Harz, HarzKlinikum Dorothea Christiane Erleben

Brustzentrum Klinik St. Marienstift Magdeburg, Klinik St. Marienstift

Brustzentrum am Klinikum Magdeburg, Klinikum Magdeburg gGmbH

Brustzentrum „Altmark“ Standort Stendal

Frauenklinik des Johanniter Krankenhauses GmbH

Bahnhofstraße 24-26, 39576 Stendal
Tel.: 03931 – 666

www.johanniter.de/einrichtungen/
krankenhaus/genthin-stendal/
medizin-pflege/medizinische-zentren/
brustzentrum-altmark
Andrea.Stefek@jksdl.de
Dr. Andrea Stefek
Leiterin des Brustzentrums

PLZ 4

Interdisziplinäres Brustzentrum Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf

Brustzentrum Dortmund Ost, Knappschafts-Krankenhaus Dortmund

Brustkrebszentrum Bochum | Herne, St. Anna Hospital Herne

Brustkrebszentrum Universitätsklinikum Essen, Universitätsklinikum Essen

Brustzentrum Marienhospital Bottrop, Marienhospital Bottrop

Kooperatives Brustzentrum Lingen-Nordhorn, Euregio-Klinik Albert-Schweitzer-Straße GmbH

Brustzentrum Osnabrück, Niels-Stensen-Kliniken, Franziskus-Hospital Harderberg

Brustzentrum am St. Marienhospital Vechta, St. Marienhospital Vechta

Emsländisches Brustzentrum am Ludmillenstift, Krankenhaus Ludmillenstift

Kooperatives Brustzentrum Lingen-Nordhorn, St. Bonifatius Hospital

PLZ 5

Brustkrebszentrum im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn Standort Köln, Universitätsklinikum Köln AöR

Euregio-Brust-Zentrum St.-Antonius-Hospital, St.-Antonius-Hospital Eschweiler

Brustzentrum am St. Marien-Hospital Bonn, GFO-Kliniken Bonn, Betriebsstätte St. Marien-Hospital

Brustzentrum Universitätsklinik Bonn, Universitätsklinik Bonn

Brustzentrum Marienhaus-Kliniken Neuwied / Bad Neuenahr, Marienhaus Klinikum Krankenhaus Maria Hilf

Brustzentrum Trier, Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH

Brustkrebszentrum Wittlich, Verbundkrankenhaus Bernkastel / Wittlich

Brustzentrum im Katholischen Klinikum Mainz, Katholisches Klinikum Mainz – St. Vincenz und Elisabeth Hospital

Brustzentrum Mainz, Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Brustzentrum Kreuznacher Diakonie / Simmern, Hunsrück Klinik kreuznacher diakonie

Brustkrebszentrum Nahe – Krankenhaus St. Marienwörth, Krankenhaus St. Marienwörth

Brustzentrum Gemeinschaftsklinikum Koblenz-Mayen, Gemeinschaftsklinikum Koblenz-Mayen, Kemperhof Koblenz

Brustzentrum im Marienhof Katholisches Klinikum Koblenz – Montabaur, Katholisches Klinikum Koblenz, Marienhof

Brustzentrum Marienhaus Klinikum Neuwied / Bad Neuenahr, Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Neuwied

Brustzentrum Gemeinschaftsklinikum Koblenz-Mayen, Gemeinschaftsklinikum Koblenz-Mayen, St. Elisabeth Mayen

Brustzentrum Herdecke, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Brustkrebszentrum Witten – Ennepe Ruhr Kreis, Marien Hospital Witten

PLZ 6

Kooperatives Brustzentrum

St. Marienkrankenhaus
Richard-Wagner-Straße 14
60318 Frankfurt am Main
Tel.: 069-1563-1241
www.marienkrankenhaus-frankfurt.de
m.eichbaum@katharina-kasper.de
Prof. Dr. med. Michael H. R. Eichbaum, MHBA

Brustzentrum Frankfurter Diakonie-Kliniken, Agaplesion Markus-Krankenhaus Frankfurt

Brustzentrum Universitäts-Frauenklinik Frankfurt, Frauenklinik, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Brustzentrum Bad Nauheim – Lich, Hochwaldkrankenhaus Bad Nauheim

Brustkrebszentrum Bad Homburg Hochtaunus-Kliniken, Hochtaunus-Kliniken Bad Homburg

Brustzentrum Sana Klinikum Offenbach, Sana Klinikum Offenbach

Brustkompetenzzentrum Ketteler Krankenhaus, Ketteler Krankenhaus Offenbach

Brustzentrum Hanau, Klinikum Hanau

Brustzentrum Gelnhausen, Main-Kinzig-Kliniken Krankenhaus Gelnhausen

Brustzentrum am Klinikum Aschaffenburg, Klinikum Aschaffenburg

Südhessisches Brustzentrum Darmstadt, Klinikum Darmstadt

Brustzentrum Bergstrasse, Kreiskrankenhaus Bergstrasse

Brustzentrum im St. Josefs-Hospital Wiesbaden, St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Brustzentrum DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden

Brustzentrum Asklepios Paulinen Klinik, Asklepios Paulinen Klinik

Kooperatives Brustzentrum Wiesbaden, HSK, Dr. Horst Schmidt Klinik Wiesbaden

Brustzentrum St. Vincenz-Krankenhaus Limburg
Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH

Brustzentrum Frankfurt – Höchst, Klinikum Frankfurt Höchst

Brustzentrum Saar Mitte, CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia

Brustzentrum Saar Mitte, KNAPPSCHAFTSKLINIKUM SAAR Krankenhaus Püttlingen

Universitäts-Brustzentrum am Universitätsklinikum des Saarlandes, Universitätsklinikum des Saarlandes

Brustzentrum St. Wendel, Marienkrankenhaus St. Wendel

Zertifizierte Kliniken zur Behandlung von Brustkrebs in Deutschland

Die folgenden Einrichtungen sind ausgewiesene Behandlungszentren für Brustkrebs-Erkrankungen

Brustkrebszentrum Saarlouis
am DRK Krankenhaus,
Krankenhaus vom Deutschen Roten
Kreuz Saarlouis

Brustzentrum Ludwigshafen,
Klinikum der Stadt Ludwigshafen
am Rhein gGmbH

Brustzentrum Speyer,
Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus
Speyer

Brustzentrum Neustadt an der
Weinstraße,
Krankenhaus Hetzelstift

Brustzentrum Worms,
Klinikum Worms gGmbH

Brustzentrum Kaiserslautern,
Westpfalz-Klinikum GmbH

Interdisziplinäres Brustzentrum
Mannheim,
Universitätsmedizin Mannheim UMM

Brustzentrum Universitäts-Frauen-
klinik Heidelberg,
Krankenhaus Salem

Brustzentrum Universitäts-Frauen-
klinik Heidelberg,
Universitätsklinikum Heidelberg

Brustzentrum Weinheim,
GRN-Klinik Weinheim

PLZ 7

Brustzentrum Klinikum
Stuttgart / Frauenklinik,
Klinikum Stuttgart,
Olgahospital, Frauenklinik

Interdisziplinäres Brustkrebszentrum
am Diakonie-Klinikum Stuttgart,
Diakonie-Klinikum Stuttgart

Brustzentrum Stuttgart
am Marienhospital,
Marienhospital Stuttgart

Brustzentrum Robert-Bosch-
Krankenhaus, Robert-Bosch-Kranken-
haus GmbH Stuttgart

**Interdisziplinäres Brustzentrum
Böblingen (i.BB)**
Zertifiziert nach ISO/DKG
71032 Böblingen
Tel.: 07031 - 668 - 22202
www.klinikverbund-suedwest.de
frauenklinik.bb@klinikverbund-
suedwest.de
PD Dr. Erich Weiss

Brustzentrum Rems-Murr,
Rems-Murr-Klinikum Winnenden

Brustzentrum Ludwigsburg-Bietigheim,
Klinikum Ludwigsburg

Universitäts-Brustzentrum Tübingen,
Universitätsfrauenklinik Tübingen

Universitäts-Brustzentrum Tübingen,
Krankenhaus Freudenstadt gGmbH

Brustzentrum Neckar-Donau, SRH
Krankenhaus Sigmaringen GmbH

Brustzentrum Nürtingen Ruit,
Klinik Nürtingen

Brustzentrum Reutlingen,
Klinikum am Steinenberg,
Kreiskliniken Reutlingen GmbH

Interdisziplinäres Brustzentrum
der ALB FILS KLINIKEN GmbH,
Klinik am Eichert Göppingen

abc AalenBrustCentrum,
OstalbKlinikum Aalen

Brustzentrum Schwäbisch Gmünd,
Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd
Frauenklinik

Brustzentrum Rems-Murr,
Rems-Murr-Klinik Schorndorf

Interdisziplinäres Brustzentrum IBZ
am Klinikum Esslingen,
Klinikum Esslingen GmbH

Brustzentrum Nürtingen Ruit,
Paracelsus-Krankenhaus Ruit

Brustzentrum Heilbronn – Franken,
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH

Brustzentrum Ludwigsburg-Bietigheim,
Krankenhaus Bietigheim

Brustzentrum Hohenlohe, Diakonie-
Klinikum Schwäbisch Hall GmbH

Brustzentrum Klinikum Pforzheim,
HELIOS Klinikum Pforzheim GmbH

Brustzentrum Siloah St. Trudpert
Klinikum Pforzheim,
Siloah St. Trudpert-Klinikum

Brustzentrum Städtisches Klinikum
Karlsruhe,
Städtisches Klinikum Karlsruhe

Kooperatives Brustzentrum Karlsruhe,
St. Vincentius-Kliniken gAG Karlsruhe

Kooperatives Brustzentrum Karlsruhe,
Diakonissenkrankenhaus
Karlsruhe-Rüppurr

Brustzentrum Mittelbaden,
Stadtklinik Baden-Baden

Bruchsaler Brustzentrum,
Frauenklinik Fürst-Stürum-Klinik
Bruchsal

Asklepios Brustkrebszentrum Südpfalz,
Asklepios SüdpfalzKlinik Kandel

Brustzentrum Offenburg,
Ortenau Klinikum Offenburg-
Gengenbach, Standort Ebertplatz

Brustzentrum des Universitäts-
klinikums Freiburg / Lahr,
Klinikum Lahr-Ettenheim

Interdisziplinäres Brustzentrum
Villingen-Schwenningen / Tuttlingen,
Schwarzwald-Baar Klinikum
Villingen-Schwenningen GmbH

Brustzentrum Hegau-Bodensee,
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen

Brustzentrum Bodensee,
Klinikum Konstanz

Brustzentrum
Villingen-Schwenningen / Tuttlingen,
Klinikum Landkreis Tuttlingen

Brustzentrum Neckar-Donau,
HELIOS Klinik Rottweil GmbH

Zentrum für Brusterkrankungen
Südbaden,
St. Josef Krankenhaus Freiburg

Brustzentrum des Tumorzentrums
Freiburg - CCCF Freiburg / Lahr
Universitätsklinikum Freiburg

Zentrum für Brusterkrankungen Süd-
baden, Freiburg
Evangelisches Diakoniekrankenhaus

Zentrum für Brusterkrankungen
Südbaden
Kreiskrankenhaus Emmendingen

Brustkrebszentrum St. Elisabeth
Lörrach
St. Elisabethen-Krankenhaus gGmbH

PLZ 8

Brustzentrum am Klinikum der
Universität München Campus
Innenstadt / Campus Großhadern,
Klinikum der Universität München
Campus Innenstadt

Brustzentrum Am Englischen Garten,
Frauenklinik Dr. Geisenhofer,
Am Englischen Garten

Interdisziplinäres Brustkrebszentrum
am Rotkreuzklinikum München,
Rotkreuzklinikum München,
Frauenklinik

Brustzentrum Klinikum Dritter
Orden München-Nymphenburg,
Klinikum Dritter Orden München-
Nymphenburg

Brustzentrum am Klinikum
der Universität München Campus
Innenstadt / Campus Großhadern,
Klinikum der Universität München
Campus Großhadern

Brustzentrum Süd des Städtischen
Klinikums München,
Klinikum Harlaching

Interdisziplinäres Brustzentrum
rechts der Isar,
Frauenklinik rechts der Isar
der TU München

Brustzentrum Starnberg,
Klinikum Starnberg Klinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Kooperatives Brustzentrum
Südbayern,
RoMed Klinikum Rosenheim

Interdisziplinäres Brustzentrum
Traunstein – Bad Reichenhall,
Klinikum Traunstein/Kliniken
Südbayern AG

Brustzentrum Traunstein –
Bad Reichenhall,
Kreisklinik Bad Reichenhall

Kooperatives Brustzentrum Landshut,
Klinikum Landshut gemeinnützige
GmbH

Brustkrebszentrum Landshut-Achdorf
Frauenklinik des Krankenhauses,
Landshut-Achdorf

Brustzentrum Eggenfelden,
Rottal-Inn-Kliniken Krankenhaus
Eggenfelden

Brustzentrum Ingolstadt,
Klinikum Ingolstadt GmbH

Brustzentrum Dachau,
Frauenklinik im HELIOS
Amper-Klinikum Dachau

Kooperatives Brustzentrum
Südbayern,
Kreisklinik Ebersberg gGmbH

Brustzentrum Josefinum
Augsburg – QBA,
JOSEFINUM Augsburg

Brustzentrum Augsburg,
Klinikum Augsburg, Frauenklinik

Brustzentrum Donauwörth,
Donau-Ries-Klinik Donauwörth

Interdisziplinäres Brustzentrum
Kempten – Allgäu IBZK-A,
Klinikum Kempten

Brustzentrum Allgäu
Kaufbeuren – Memmingen,
Klinikum Kaufbeuren-Ostallgäu

Brustzentrum Allgäu
Kaufbeuren – Memmingen,
Klinikum Memmingen

Brustzentrum Bodensee,
Klinikum Friedrichshafen

Brustzentrum Oberschwaben,
Oberschwabenklinik Ravensburg
St. Elisabeth

Brustzentrum Oberschwaben,
Oberschwabenklinik Wangen

Brustzentrum Donau-Riß,
Sana Kliniken Landkreis Biberach
Klinikum Biberach Frauenklinik

Interdisziplinäres Brustzentrum
der Universitätsfrauenklinik Ulm IBZ,
Universitätsklinikum Ulm

Brustzentrum Heidenheim,
Klinikum Heidenheim

Brustzentrum Donau-Riß,
Frauenklinik Ehingen

PLZ 9

Interdisziplinäres Brustzentrum
Klinikum Nürnberg,
Klinikum Nürnberg Nord

Brustzentrum Klinikum Fürth,
Klinikum Fürth

Universitäts-Brustzentrum
Franken,
Universitätsklinikum Erlangen

Brustzentrum Westmittelfranken,
Klinikum Ansbach

Brustzentrum Amberg,
Klinikum St. Marien Amberg

Brustzentrum Neumarkt,
Klinikum Neumarkt

Brustzentrum Weiden –
Marktredwitz,
Kliniken Nordoberpfalz AG
Klinikum Weiden

Brustzentrum Regensburg,
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Klinik St. Hedwig – Klinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Brustzentrum Regensburg,
Frauenklinik der Universität
Regensburg am Caritas-Kranken-
haus St. Josef

Brustkrebszentrum Straubing,
Klinikum St. Elisabeth Straubing

Mammazentrum Ostbayern,
DONAUISAR Klinikum Deggendorf

Brustkrebszentrum Kulmbach,
Klinikum Kulmbach

Brustzentrum Klinikum Bayreuth,
Klinikum Bayreuth GmbH

Brustzentrum Weiden –
Marktredwitz,
Klinikum Fichtelgebirge
Marktredwitz

Brustzentrum Bamberg,
Sozialstiftung Bamberg Klinikum
am Bruderwald

Brustzentrum Coburg –
Sonneberg,
Klinikum Coburg

Brustzentrum Coburg –
Sonneberg,
MEDINOS Kliniken des LK
Sonneberg

Brustzentrum Main-Tauber,
Missionsärztliche Klinik Würzburg
GmbH

Universitäres Brustzentrum
Würzburg,
Universitätsfrauenklinik Würzburg

Brustzentrum Schweinfurt-
Mainfranken,
Leopoldina-Krankenhaus der
Stadt Schweinfurt GmbH

Brustzentrum Main-Tauber,
Rotkreuzklinik Wertheim gGmbH

Brustzentrum Tauber-Franken,
Caritas-Krankenhaus
Bad Mergentheim GmbH

Südthüringer Brustzentrum
Suhl / Meiningen,
SRH Zentralklinikum Suhl GmbH

Südthüringer Brustzentrum
Suhl / Meiningen,
Klinikum Meiningen GmbH

HELIOS Brustzentrum Erfurt / Gotha,
HELIOS Klinikum Erfurt

Brustzentrum Mittelthüringen,
DRK Krankenhaus Sömmerda

Brustzentrum Nordhausen, Süd-
harz Klinikum Nordhausen GmbH

HELIOS Brustzentrum Erfurt / Gotha,
HELIOS Kreiskrankenhaus Gotha/
Ohrdruf

Brustzentrum Mittelthüringen,
Hufeland Klinikum Bad
Langensalza

Quelle: www.onkozert.de –
Stand 2. Dezember 2014

Sind Sie auch interessiert an einer ausführlichen Darstellung Ihres Krebsbehandlungs-Zentrums?

Dann unterstützen Sie bitte unseren wertvollen Patientenservice mit Ihrem Inserat.

Ihr Ansprechpartner ist:

Tina Kuss

Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

Tel.: 08138 - 666 358

E-Mail: tina.kuss@medical-tribune.de

NEU! Wissen für Krebspatienten

Das Handbuch gegen Krebs

Jeder zweite Mann und jede zweite Frau hören einmal im Laufe ihres Lebens die Diagnose: Krebs. Grund genug für die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe, einen ungewöhnlichen Informationsansatz zu wählen: Mithilfe der Journalistin Sarah Majorczyk und 60 Experten aus der Krebsmedizin initiierten sie das „Handbuch gegen Krebs“.



Auf 384 Seiten finden hier Menschen mit Krebsdiagnose und ihre Angehörigen Antworten auf Fragen wie:

- Was bedeutet meine Diagnose eigentlich für mich?
- Welche Behandlungen kommen für mich infrage?
- Wo finde ich die besten Experten?
- Und wo eine spezialisierte Klinik?
- Was hilft mir jetzt, mit meiner Krankheit am besten umzugehen?
- Wo finde ich eine fachgerechte psychologische Betreuung?
- Welche Rechte habe ich bei meiner Rehabilitation?

Diese und viele Fragen mehr beantwortet der neue Band in verständlicher Sprache und in Verbindung mit vielen praktischen Tipps. Das ist wichtig, denn oft genug bleiben Menschen mit einer Krebsdiagnose allein mit ihren Sorgen und Fragen.

Doch gerade bei Krebserkrankungen bieten die Fortschritte der modernen Medizin enorme Chancen. Die sollten Betroffene kennen – und mit ihrem Arzt besprechen können.

Das Handbuch gegen Krebs ist erschienen beim Zabert und Sandmann-Verlag, umfasst 384 Seiten und kostet 19,95 Euro

Wie Krebszellen heute zerstört werden können

Neue Wege: Mit guter Chemie gegen den Krebs

Wie hindert man Krebszellen daran, weiterzuwachsen? Und wie bringt man sie zum Absterben? Moderne Chemotherapie hat beide Ziele. Wie sie wirkt und wie sie angewendet wird, zeigt Perspektive LEBEN im Überblick.

«Der Krebs soll vor allem schrumpfen»

EIN SCHOCK. Marianne K. wohnt in Utting am Ammersee, ist 50 Jahre alt und liebt die Natur, das Leben, ihre Familie und ihre Freunde. Deshalb geht sie auch regelmäßig zur

Vorsorgeuntersuchung. Im Mai 2013 ist es mal wieder so weit. Doch dieses Mal ist das Ergebnis anders als sonst: Der Arzt stellt einen Knoten in der Brust fest. Eine Gewebeprobe und weitere Untersuchungen ergeben die Diagnose: Brustkrebs. Marianne K. fühlt sich im ersten Augenblick wie betäubt. Doch dann berappelt sie sich rasch und will wissen: „Was soll ich nun tun?“

Eine Chemotherapie als erster Schritt

Ihr Frauenarzt schlägt eine Chemotherapie im Vorfeld der Operation vor. Mit ihr soll der Krebs eingedämmt und verkleinert werden. Ein weiteres Arztgespräch am Krebszentrum in Augsburg sorgt für Vertrauen und Klarheit über den Ablauf der Behandlung. Bei einer ersten Operation wird der Wächter-Lymphknoten untersucht. Zum guten Glück hat der Krebs noch nicht gestreut, Metastasen werden nicht gefunden.

Dem Start der Chemotherapie steht damit nichts mehr im Wege. Nach drei Stunden ist die erste Infusion in ihrem Körper und Marianne K. kann mit ihrem Mann wieder nach Hause fahren. Mit vier Infusionsterminen im Abstand von drei Wochen ist die erste Phase abgeschlossen. Nach einer Woche Pause beginnt die zweite Phase. Sie ist dieses Mal zeitaufwendiger: 12 Termine sind nun in 12 Wochen zu absolvieren. Auch Chemotherapien in Tablettenform stehen für viele Krebstherapien zur Verfügung.

Das ist nicht alles: Die Therapie ist zudem mit Belastungen verbunden. Kurz nach Beginn fallen Haare aus. Ein Kurzhaarschnitt und Perücke helfen Marianne K. über diese Zeit hinweg. Den trockenen Mund muss sie mit Fruchtt Tee und Mineralwasser befeuchten. Ihre verfärbten Finger- und Fußnägel überpinselt

die Patientin mit Nagellack. Nur gegen den bitteren Geschmack im Mund findet sie anfangs nicht das richtige Gegenmittel. Doch Marianne K. beweist eisernen Willen: Sie weiß, dass die Therapie ihr hilft. Und deshalb hält sie unbeirrt durch.

Woher kommen die Nebenwirkungen?

Chemotherapien ziehen sich daher oft über einen längeren Zeitraum von Wochen und Monaten hin. Die Medikamente sollen so gezielt Zellen bekämpfen, die sich rasch und häufig teilen. Diese rasche Zellteilung findet aber nicht nur bei dem zu bekämpfenden Tumor statt, sondern auch bei Haarzellen, Schleimhautzellen und Zellen im Knochenmark. Daher rühren die Nebenwirkungen einer Chemotherapie. Diese Nebenwirkungen können allerdings inzwischen mit Medikamenten meist gut behandelt werden.

Nach der Diagnose Krebs muss also längst nicht mehr automatisch eine Operation erfolgen, an die sich dann eine Chemotherapie anschließt. Jede Krebsbehandlung kann heute für jeden Patienten individuell abgestimmt werden. Entscheidend für den Ablauf jeder einzelnen Behandlung ist die Frage: Wie weit ist der Krebs bis jetzt im Körper vorangeschritten?

Die Verfahren einer Chemotherapie

- Eine vorgeschaltete Chemotherapie, die sogenannte „**neoadjuvante Chemotherapie**“ wird vor einer Operation angewendet. Sie soll das Krebswachstum aufhalten und im besten Fall den Tumor zurückdrängen. Ist der Krebs kleiner geworden, muss bei der nachfolgenden Operation weniger entfernt werden. Der Patient wird dadurch deutlich entlastet.

- Eine unterstützende, parallele, sogenannte „**adjuvante Chemotherapie**“ ergänzt die Behandlung nach einer Operation oder einer Strahlentherapie. Mit ihr sollen die noch verbliebenen Krebszellen zerstört werden. Der Wiederausbruch und Meta-

«Die Therapie braucht einfach ihre Zeit»

stasen können so meist verhindert werden.

- **Palliative Chemotherapie** soll die Beschwerden eines Krebspatienten lindern, wenn ein Tumor wegen seiner Größe oder seiner Lage nicht operiert werden kann.

«Bewegung und Ernährung helfen sehr»

Der Einsatz lohnt sich oft

Am Ende hat sich der Einsatz für Marianne K. mehr als gelohnt: Die Chemotherapie war ein großer Erfolg. Der Knoten in ihrer Brust ist kleiner geworden. Er kann ohne Komplikationen im Februar 2014 brusterhaltend entfernt werden. Auf die Frage, was ihr in dieser Phase des Lebens besonders geholfen hat, antwortet Marianne K. mit fester Stimme: „Ich bin seit vielen Jahren glücklich mit meinem Mann verheiratet. Er unterstützt mich in jeder Weise!“ Das Paar verbringt viel Zeit miteinander – gerade auch in der Natur. Die beiden genießen die Bewegung an frischer Luft. Marianne K. und ihr Mann achten zudem auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung mit frischem Obst und Gemüse. „Und außerdem“, sagt sie und lacht dabei, „und außerdem bin ich ein fröhlicher Mensch!“ ■

So vernichtet die Chemie Krebszellen

Die Chemotherapie, die Marianne K. hilft, bedient sich spezieller Wirkstoffe: sogenannte „Zytostatika“. Solche Zellgifte stören die Grundfunktionen der Zellen so empfindlich, dass sie sich nicht mehr teilen oder wachsen können. Ärzte sprechen bei diesen Medikamenten von „Zellstoppem“ oder Zellgiften.

Derzeit stehen zwei Wirkprinzipien solcher Chemotherapien zur Verfügung. Das eine Prinzip stört die Übertragung von Erbinformation, das andere blockiert den Nachschub von Substanzen, mit denen die Tumorzellen aufgebaut werden. Die Folgen von beiden sind ähnlich: Das Wachstum des Krebses wird gestoppt und zerstörte Zellen werden vom Körper abgebaut.

Mit Hilfe genauer Untersuchungen von Gewebeproben aus dem Tumor wird die Chemotherapie in Auswahl und Dosierung auf den Krebs ausgerichtet. Für den Abbau der zerstörten Tumorzellen benötigt unser Stoffwechsel Zeit. Daher werden diese Medikamente so angewendet, dass der Körper diese Zeit auch bekommt.

Zytostatika: Wirksam gegen das Krebswachstum

Damit der Krebs wachsen kann, brauchen die Tumorzellen Nachschub. Auch die Erbinformation muss gleichmäßig und fehlerfrei auf die neuen Tumorzellen verteilt werden. Geschieht dies nicht, wird das Wachstum der Krebsgeschwulst verlangsamt oder die Krebszellen sterben ab. Hier setzen die meisten Chemotherapien an. Sie schädigen die Erbsubstanz, verhindern den Aufbau von DNA oder die Verteilung auf die neuen Krebszellen.

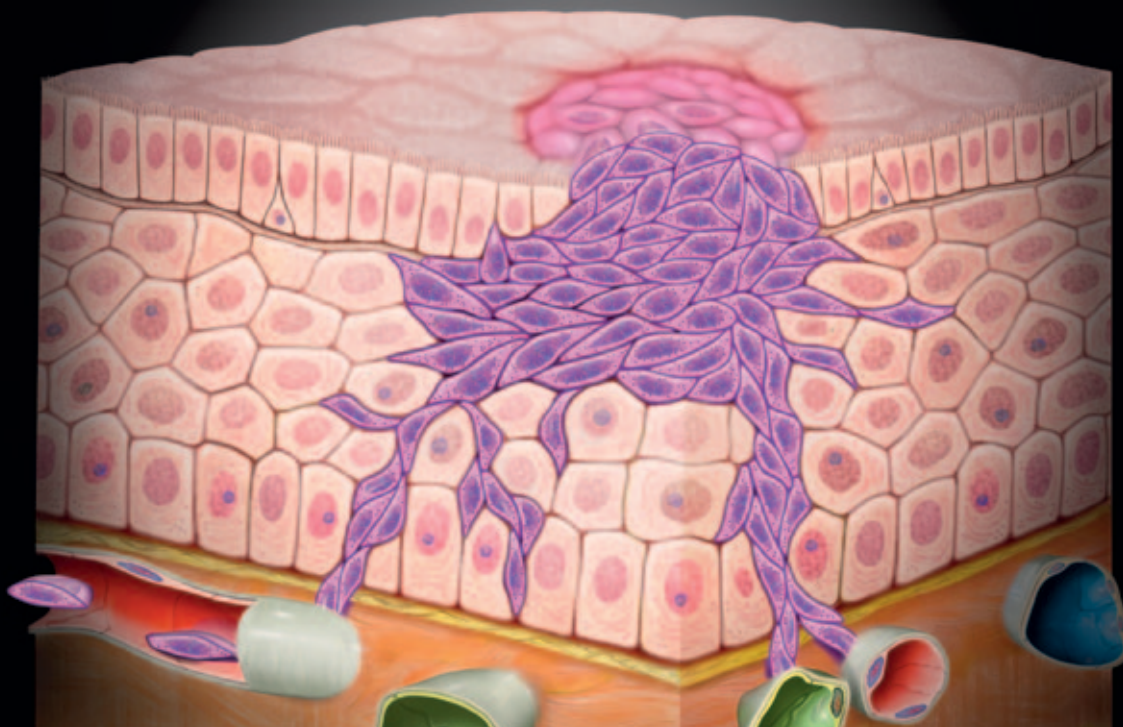


Abb.: Medidesign Frank Geisler

Was hilft heute bei einem Tumor im Hals?

Mit Radio-Chemotherapie erfolgreich gegen Krebs

Der Kehlkopfkrebs ist der häufigste Kopf-Hals-Tumor. Zugleich gilt: Er ist meist gut behandelbar. Warum und wie sagt Experte Professor Dr. Stefan Dazert. Er ist Direktor der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Ruhr-Universität Bochum.

FRÜHERKENNUNG ZÄHLT. Die Faustformel lautet auch bei dieser Tumor-Erkrankung: Je früher die Diagnose gestellt wird, desto besser sind die Heilungschancen für die Betroffenen. Kehlkopfkrebs macht sich oft durch anhaltende Heiserkeit bemerkbar – ein Alarmsignal, das Betroffene schon früh zum Arzt führen sollte, da so auch eine frühzeitige Entdeckung der Krankheit möglich wird.

Meist gut behandelbar

„Die Therapie des Kehlkopfkrebsses hängt grundsätzlich vom Stadium des Tumors ab. Kleine Tumoren können mit dem Laser oder über eine Kehlkopf-Teilentfernung, in der Fachsprache ‚Kehlkopf-Teilresektion‘, beseitigt werden“, berichtet Prof Dazert.

Bei einer Kehlkopf-Teilresektion werden lediglich Teile des Kehlkopfes entfernt, das Organ an sich aber erhalten. Bei größeren Tumoren kann es erforderlich sein, den kompletten Kehlkopf zu entfernen. In diesem Fall wird nach der Operation eine Stimmrehabilita-

«Die Behandlungen werden kombiniert»

So arbeitet eine Stimmrehabilitation

Nach der Operation sind die Einschränkungen der Stimme unterschiedlich. Je nach Operation ist der Kehlkopf verändert: in Muskelmasse, Elastizität und Vernarbung. Davon hängt die gewählte Stimmrehabilitation ab. Der Logopäde erarbeitet eine individuelle Ersatzstimme. Wenn etwa die Stimmlippen-Ebene, die für die Stimmgebung dient, entfernt wurde, werden die verbleibenden Kehlkopfteile oberhalb der Stimmlippen zur Stimmgebungs-Ebene entwickelt. Dazu werden Stimmübungen mit Körperbewegungen verbunden. Die Muskeln im Kehlkopf werden trainiert. So kann eine Ersatzstimmgebung aufgebaut werden. Regelmäßiges Training kann Stimmklang, Tonhaldedauer, Stimmvolumen und Stimmlage regulieren und verbessern.



UNSER EXPERTE:

Experte Professor Dr. Stefan Dazert, Direktor der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie Kopf- und Hals-Chirurgie in Bochum

«Wer dauerhaft unter Heiserkeit klagt, sollte sich untersuchen lassen!»

tion durchgeführt. „Das gelingt heutzutage mit gutem Erfolg. Durch den Einsatz von speziellen Prothesen kann der Patient meist wieder gut sprechen“, erklärt Prof. Dazert.

Um sicherzugehen, dass der Tumor auch vollständig entfernt wurde, wird das entnommene Gewebe histologisch untersucht. Das gibt Patient und Arzt die nötige Sicherheit, dass der Tumor vollständig entfernt wurde.

Oft reicht die Operation bereits aus

„Die gute Nachricht lautet: Bei kleineren Tumoren reicht die Laserbehandlung oder die Teilentfernung des Kehlkopfes aus. Danach ist die Behandlung beendet“, sagt der Experte. Patienten müssen dann in bestimmten Abständen zur Nachkontrolle zum HNO-Arzt.

Bei größeren Tumoren ist in der Regel im Rahmen der Operation noch die Entfernung der regionären Lymphknoten am Hals erforderlich.

„Gerade bei ausgedehnteren Tumoren ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass auch Halslymphknoten befallen sind“, begründet Prof. Dazert und ergänzt: „Bei fortgeschrittenen Tumoren wird zusätzlich zur Operation eine Radio-Chemotherapie durchgeführt.“ Wie die Bezeichnung vermuten lässt, handelt es sich dabei um eine Kombination aus einer Strahlen- und Chemotherapie. Medikamente

Die Radio-Chemotherapie bei Halstumoren: Nebenwirkungen und Nachsorge

Zu den Nebenwirkungen der Radio-Chemotherapie zählen vor allem Haarausfall, Übelkeit, Mundtrockenheit und Hautrötungen. In der Regel bessern sich diese Beschwerden nach einigen Wochen oder Monaten, sodass für die meisten Patienten eine gute Lebensqualität erreicht wird. Prof. Dazert empfiehlt seinen Patienten nach der Therapie regelmäßige Nachun-

tersuchungen. Durch eine klinische Untersuchung, ergänzt durch Ultraschall, Computertomographie oder Kernspintomographie, wird dabei nach verbliebenen oder neu aufgetretenen Tumorzellen gesucht. Im ersten Jahr sollte eine Nachuntersuchung alle drei Monate erfolgen. In den Folgejahren werden die Abstände dann größer.

Foto: thinkstock

Warnsignal! Eines der wichtigsten Symptome eines bösartigen Halstumors ist dauerhafte Heiserkeit!

TIPP!

machen bei dieser Therapieform verbliebenes Tumorgewebe empfindlicher für die Bestrahlung. Der Therapieerfolg erhöht sich somit.

In den wenigen Fällen, bei denen der Tumor so groß ist, dass er nicht operiert werden kann, wird eine primäre Radio-Chemotherapie durchgeführt. Das heißt, der Patient

wird nicht operiert, sondern mit Medikamenten und Bestrahlungen behandelt. Auch mit dieser Therapie kann es noch zu einer vollständigen Heilung kommen. Allerdings sind die Chancen, den Krebs loszuwerden, nicht so gut wie bei der operativen Entfernung des Tumors. ■

«Therapie gibt es auch ohne Operation»

Wenn der Krebs sich im Körper verbreitet:

Neue Strategien gegen die Lebermetastasen

Von einer ursprünglichen Krebserkrankung außerhalb der Leber stammen sie – und siedeln sich dann als sogenannte Lebermetastasen in der Leber an. Deshalb sind Lebermetastasen nicht gleichzusetzen mit Leberkrebs. Perspektive LEBEN sprach dazu über die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten mit dem Leberexperten Professor Dr. Hans-Rudolf Raab. Er ist Direktor der Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Oldenburg.

ABSIEDLUNGEN. Patienten mit Lebermetastasen sind oft ursprünglich an Darm- oder Magenkrebs erkrankt. Auch bei anderen Tumoren können solche Absiedlungen in der Leber vorkommen.

Die Absiedlungen treten entweder zusammen mit dem Ursprungstumor auf oder entstehen erst im weiteren zeitlichen Verlauf.

Die Diagnostik muss jetzt viele Fragen beantworten

Zur Festlegung einer individuellen Therapie muss zuerst eine genaue Diagnostik erfolgen. Viele Fragen müssen geklärt werden, wie beispielsweise: Sind die Lebermetastasen gleichzeitig mit einem aktuellen Primärtumor aufgetreten oder in einem zeitlichen Abstand? Wie ha-



UNSER EXPERTE:

Professor Dr. Hans-Rudolf Raab, Direktor der Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Oldenburg

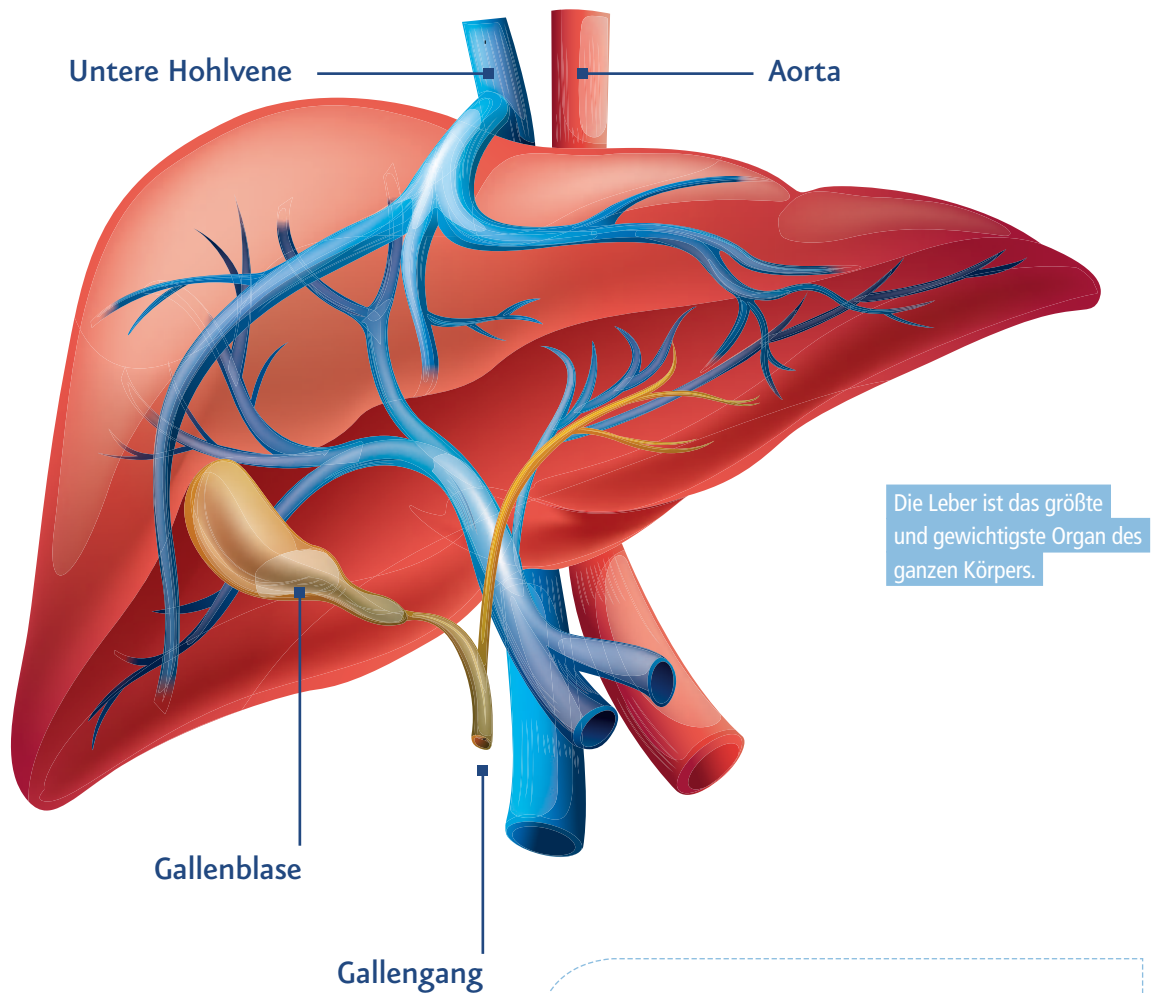
«Für Betroffene gilt: Die beste Adresse ist auf jeden Fall ein Leberzentrum»

ben sich die Metastasen in der Leber ausgebreitet? Gibt es Ausbreitungen auch außerhalb der Leber? Wie viel Metastasen-Herde gibt es? Welche Segmente der Leber sind befallen?



«Gemeinsam wird eine Lösung gesucht»

Fotos: thinkstock (2)



Die Leber ist das größte und gewichtigste Organ des ganzen Körpers.

„Je nachdem wie die Antworten ausfallen, wird die individuelle Strategie der Therapie festgelegt. Diese wird in einem Expertenteam – vor allem aus Chirurgen und Internistischen Onkologen – besprochen“, so Prof. Raab.

Bei Unsicherheit – bitte Zweitmeinung einholen!

„Eine wichtige Empfehlung für Betroffene lautet daher: Sie sollten sich in einem Leberzentrum behandeln lassen. Eine optimale Strategie lässt sich nämlich nur von Experten festlegen, die ausreichend Praxiserfahrung mitbringen“, betont Prof. Raab und rät: „Falls Patienten sich bezüglich ihrer Therapie unsicher sind, sollten sie stets eine zweite Meinung einholen.“

«Welche Segmente sind befallen?»

Die zentrale Frage bei jeder Therapie lautet: Können die Metastasen weggeschnitten werden? Denn bei einer Operation besteht die größte Heilungschance. „Brust- und Darmkrebsmetastasen lassen sich beispielsweise mit guter Aussicht auf Erfolg operieren“, weiß Prof. Raab zu berichten. Dabei schneidet der Chirurg die Tumorabsiedlungen mit einem Sicherheitsabstand im gesunden Gewebe heraus. So wird sichergestellt, dass auch alle Metastasen erfasst wurden. ■

Keine Sorge: Die Leber wächst nach

Die gute Nachricht für Patienten lautet: Das Lebergewebe kann relativ großzügig entfernt werden. Die Leber besitzt eine hohe Fähigkeit, sich zu regenerieren, und wächst wieder nach, sodass die fehlende Funktion ersetzt wird. „Daher können bis zu 80 Prozent der Leber entfernt werden. Voraussetzung ist: Die Leber muss ansonsten gesund sein“, erläutert Prof. Raab.

Ist die Operation erfolgreich verlaufen, wird über eine anschließende Chemotherapie entschieden. „Dies ist jedoch eher die Ausnahme. In der Regel erfolgt keine weitere Behandlung“, so der Experte.

Wichtig für den Patienten zu wissen:

Solche Operationen können wiederholt werden. Das heißt, tauchen zu einem späteren Zeitpunkt wieder Metastasen auf, wird erneut das Messer angesetzt. Sind die Metastasen nicht zu operieren, wird durch entsprechende Vorbehandlungen versucht, sie so zu verkleinern, dass sie ohne Probleme entfernt werden können. Dies geschieht durch eine Chemotherapie – oft auch in Kombination mit der Gabe spezieller Antikörper-Medikamente. Dadurch gelingt es immer häufiger, auch ausgedehnte Tumoren so zu verkleinern, dass sie anschließend doch noch erfolgreich operiert werden können.

Gehirntumor

Mit Navi und Farbstoff auf Tumorsuche

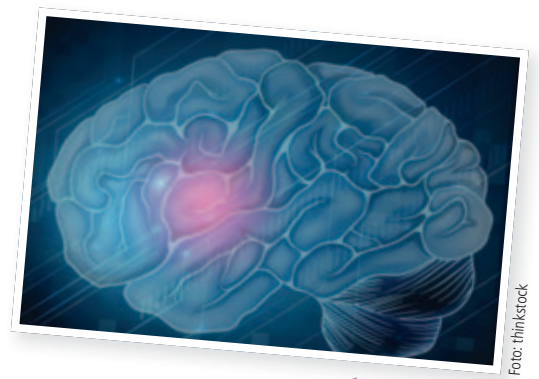


Foto: thinkstock

Diagnose Hirntumor: Die Betroffenen fragen sich, welche Therapie nun auf sie zukommt. Professor Dr. Veit Rohde, Direktor der Neurochirurgischen Klinik am Universitätsklinikum Göttingen, über die aktuellen Möglichkeiten der Behandlung.

WAS IST ES? Am Anfang jeder Behandlung steht die Diagnose. Mithilfe eines speziellen Verfahrens, der Magnetresonanztomographie – kurz MRT –, kann ein Tumor im Kopf genau geortet und auf einem Bildschirm dargestellt werden. Der nächste Schritt auf dem Weg ist eine Gewebeentnahme.

Denn nur so lässt sich zuverlässig ergründen, um welche Tumorart es sich handelt. Sprechen bereits die MRT-Bilder für einen bösartigen Tumor, wird bei einem solchen Eingriff nicht nur Gewebe entnommen, sondern gleichzeitig versucht, den Tumor vollständig zu entfernen. „Das bleibt stets das erste Ziel“, sagt Prof. Rohde. Für die Operation wird die Schädeldecke des Patienten eröffnet.

Der Computer navigiert den Chirurgen

Je nach Lage und Größe des Tumors ist die Öffnung zwischen drei und fünf Zentimetern groß. Für die Planung des Eingriffs wird bei einigen Tumoren ein digitales Navigationssystem benutzt, das die MRT-Bilder auswertet und dem Operateur den besten Weg zum Tumor zeigt. So kann heutzutage zielgenau operiert werden, ohne gesundes Gewebe zu beschädigen.

«Ein Farbstoff zeigt den Tumor an»

Weitere Hilfen treten hinzu. Um den Tumor besser sichtbar zu machen, wird dem Patienten meist ein spezieller Farbstoff verabreicht. Dieser Farbstoff reichert sich im Tumorgewebe an – es färbt sich entsprechend und ist so

Übrigens: Bei dieser Chemotherapie, die bei den besonders aggressiven Gehirntumoren eingesetzt wird, handelt es sich um eine Tablette.

Die Erfahrung von Prof. Rohde: „Dieses Mittel wird erfahrungsgemäß von den Patienten gut vertragen!“

UNSER EXPERTE:



Professor Dr. Veit Rohde,
Direktor der Neurochirurgischen Klinik
am Universitätsklinikum Göttingen

«Das Ziel muss es sein, den Tumor so vollständig wie möglich zu entfernen»

eindeutiger zu erkennen. Diese Maßnahme erhöht die Wirksamkeit der Operation zusätzlich.

Radio und Chemo ergänzen die Operation

Nicht immer gelingt es, den Tumor vollständig herauszuoperieren. „Der Krebs kann zum Beispiel im Sprachzentrum liegen, sodass die Gefahr einer Schädigung während der Operation besteht“, erklärt Prof. Rohde. „In solchen Fällen wird während eines Eingriffs nur eine Probe entnommen.“ Bestätigt die Untersuchung des Gewebes den Anfangsverdacht auf einen bösartigen Tumor, erfolgt im Anschluss eine kombinierte Radio-Chemotherapie – unabhängig davon, ob der Krebs entfernt werden konnte oder nicht. Denn selbst bei einer vollständigen Entfernung sind oft noch kleinste Absiedlungen am Rand eines sichtbaren Tumors vorhanden.

Bei der Radio-Chemotherapie wird der Tumor bzw. seine Absiedlung gleichzeitig mit einer gezielten Bestrahlung und mit einer Chemotherapie bekämpft. Dadurch wird die Zellteilung verhindert und somit ein weiteres Wachstum des Tumors. Ziel ist auch hier stets die möglichst vollständige Zerstörung des Tumors. Die Bestrahlungstherapie dauert drei bis vier Wochen. Dann erfolgt eine Pause von vier Wochen. Anschließend wird nur noch an fünf Tagen pro Monat das Medikament verabreicht – allerdings in einer etwas höheren Dosierung. Das geschieht für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten. ■



Foto: thinkstock

Die richtige
Ernährung nach
der Diagnose

Krebsdiäten: Mit Vorsicht zu genießen!

Kann ich mit einer gezielten Ernährung eine bereits bestehende Tumorerkrankung positiv beeinflussen? Die Anbieter sogenannter „Krebsdiäten“ behaupten das. Fachleute warnen jedoch eindringlich: Die Ernährung ist oft zu einseitig und für viele Patienten belastend. Lesen Sie, was Perspektive LEBEN dazu herausgefunden hat.

GESUND DURCH ESSEN. Was ist das richtige Rezept für meine Nahrung? Gerade Menschen, die eine Krebsdiagnose erhalten haben, stellen sich diese Frage. Denn sie möchten ja ihre erfolgreiche Therapie der Krankheit gerne selbst durch gesundes Essen unterstützen.

Viele von ihnen informieren sich über sogenannte „Krebsdiäten“ – spezielle Ernährungsweisen, von denen die Anbieter behaupten, sie könnten etwas gegen die Krankheit ausrichten. Doch Experten sind sich sicher:

«Es finden sich oft absurde Diät-Rezepte»

Absurde Fastenkuren und strenge Ernährungs-Einschränkungen, die manche dieser „Diäten“ verordnen, können Krebspatienten mehr schaden als nutzen. Andererseits aber empfehlen manche Ärzte wiederum aber auch eine therapiebegleitende Ernährung – abgestimmt auf das Krankheitsbild des Patienten.

Wem soll man nun glauben?

Für Menschen mit einer Krebsdiagnose ist die Informationslage somit recht verwirrend: Woran sollten »



UNSER EXPERTE:

Dr. Andrea Trappe arbeitet seit 1986 als Ökotrophologin in der Ernährungsberatung von Menschen mit einer Krebsdiagnose in Isernhagen bei Hannover

«Es gibt keine wissenschaftlich fundierten Krebsdiäten – das sollten Patienten beherzigen»

sie sich nun orientieren? Wie kann eine gute Ernährung während der Behandlung aussehen? Wie geht es danach weiter? Worauf sollte man achten, wenn man sich nun anders als bisher ernähren möchte?

«Pauschalrezepte helfen nicht weiter»

Und was steckt hinter diesen Krebsdiäten, die so zahlreich angeboten werden?

Wir haben nachgefragt – bei der Ökotrophologin Dr. Andrea Trappe. Die erfahrene Ernährungsexpertin berät Menschen hierzu seit 28 Jahren.

Ernährung ist für sie mehr als nur Essen und Trinken. Für sie ist es ein Lebensgefühl, bei dem der Genuss nie fehlen darf – unabhängig davon, welche Grunderkrankung vorliegt.

Krebsdiäten: Wer profitiert eigentlich?

Auf unsere Eingangsfrage, was sie von Krebsdiäten hält, runzelt sie die Stirn: „Es gibt keine wissenschaftlich fundierten Krebsdiäten. Ich habe das Gefühl, hier wird manches Mal nur mit der Angst der Patienten gespielt“. Dr. Trappe sieht dabei nur einen Profiteur,



nämlich den Anbieter. „Oftmals sind diese Krebsdiäten gekoppelt mit dem Kauf irgendwelcher Produkte – Pülverchen oder Pillen. Das muss nicht unbedingt schaden, aber es hilft in der Regel nicht“, so die Expertin.

Für sie ist die Ernährung jedoch ein wichtiger Baustein der Krebstherapie. Die Patienten brauchen viel Kraft, sind psychisch gefordert und es kann zu Geschmacksveränderungen kommen – einhergehend mit Appetitverlust, geringerer Nahrungszufuhr und somit zu Gewichtsverlust. „Das Ziel einer begleitenden Ernährungstherapie ist es meist, das Gewicht der Patienten zu halten und den Körper mit allen Vitalstoffen zu versorgen. So bleiben sie stark für die eigentlichen Behandlungen“, erläutert Dr. Trappe.

Nur ein individuelles Ernährungskonzept kann helfen

Unspezifische Krebsdiäten können laut der Ökotrophologin hier nicht gezielt helfen. Denn jeder Patient muss individuell betrachtet und genauestens analysiert werden. Erst darauf erfolgt die eigentliche Ernährungsempfehlung. Hat der Patient beispielsweise einen Tumor, der die Speiseröhre oder den Magen beeinflusst, muss von der Ernährung her anders unterstützt werden, als wenn ein Teil des Darms entfernt worden ist. Es erfolgt immer eine auf den individuellen Tumor und Patienten zielende Beratung.

Wie eine solche Analyse aussehen kann, beschreibt Dr. Trappe: „Neben der allgemeinen Datenerhebung, wie Gewicht, Größe und Alter, stehen vor allem die konkrete Erkrankung sowie die Wünsche und Probleme der Patienten im Fokus. Zudem ergründe ich das aktuelle Essverhalten



Krebsdiäten – nicht individuell genug und oft zu einseitig für den Körper

„Wichtige individuelle Ernährungsansätze können allgemeine Krebsdiäten in der Regel nicht bieten“, mahnt Dr. Trappe. „Sie sind zwar aus der Sicht von Laien logisch beschrieben, man sollte sich aber nicht täuschen lassen – oft werden wichtige Aspekte einer gesunden Ernährung nicht berücksichtigt.“ Schwer zu vertreten sind Fastenkuren, die beispielsweise nur aus Säften und Tees bestehen, oder streng vegetarische Krebsdiäten: „Patienten erhalten so vor allem

zu wenige Kalorien und Nährstoffe. Oft verlieren sie sogar Mineralstoffe, was sich negativ auf den Stoffwechsel und den Krankheitsverlauf auswirkt“. Viele Anbieter empfehlen Krebspatienten den Verzicht auf Zucker oder Kohlenhydrate. Krebszellen sollen darauf angeblich empfindlich reagieren. Auf dieser Annahme basiert beispielsweise die sogenannte Ketogene Diät. Es handelt sich dabei um eine Ernährungsform mit extrem wenig Kohlenhydraten, viel

Fett und Eiweiß. „Wie auch viele Fachgesellschaften, rate ich davon ab. Wissenschaftlich fundiert ist hier gar nichts. Fakt ist allerdings, dass den Patienten bei dieser Diät wichtige Energie und Nährstoffe fehlen können, die sie während der Therapie dringend benötigen“, mahnt Dr. Trappe. Laut der Expertin gibt es auch Krebsdiäten, die zwar nicht schaden, jedoch auch nicht helfen. „Gegen Leinöl, Brokkoli oder Sauerkraut ist nichts einzuwenden!“



Fotos: fotolia/Victoria P., fotolia/Christian Jung, fotolia/A_Bruno, thinkstock (2)

TIPP!

meiner Patienten. Hier hilft es, wenn die Patienten alles aufschreiben, was sie tagsüber zu sich nehmen – inklusive der Getränke“. Auffällig ist laut Dr. Trappe, dass die meisten Männer zu wenig Obst und Gemüse, Frauen hingegen meist zu wenig Fleisch essen.



Wichtig: Den Appetit jetzt wecken und entwickeln!

Ein Grund für den Gewichtsverlust bei den Patienten ist nach den Erfahrungen der Ernährungsexpertin oft Appetitlosigkeit. Hier helfen mehrere kleinere Mahlzeiten über den Tag verteilt. Diese sollten mit möglichst vielen Kalorien angereichert sein. Trockenobst oder das Beimischen guter Öle wie Olivenöl erfüllen diesen Anspruch. Kommen Schluckbeschwerden hinzu, eignen sich beispielsweise auch Speisen wie Nussmus, Suppen oder Smoothies.



Häufiges Ernährungsziel: das Gewicht zu halten

Es gilt nun, alle erhobenen Daten möglichst mit einer ausgewogenen Ernährung in Einklang zu bringen. Dann erfolgt bei Dr. Trappe der grundlegende Beratungsansatz. Die ersten Empfehlungen sind dabei oft: mehr Obst und Gemüse oder auch mehr Fleisch.

Der nächste Schritt beinhaltet dann die konkrete Umsetzung: Welches Gemüse verträgt der Patient? Welches nicht? Welche Zubereitungsart ist die passendste, bezogen

aufs Krankheitsbild? „Dabei versuche ich den Patienten möglichst weit entgegenzukommen.

Gerade, wenn es um das wichtige Ziel der Gewichtsstabilisierung geht, kann eine ausgewogene Ernährung auch mal hinten anstehen“, sagt Dr. Trappe. Entfernt man sich dabei jedoch zu weit davon weg, können verschiedene Zubereitungsarten helfen. Schmeckt dem Patienten beispielsweise kein rohes Gemüse, schaffen ein leckeres Dressing oder Kochen und Pürieren rasch Abhilfe. ■



ANZEIGE

Materialien zum Bestellen oder zum Download

Mehr wissen über Brustkrebs

Suchen Sie Informationen zu Brustkrebs?

Klicken Sie rein!

Unter www.brustkrebszentrale.de finden Sie Wissenswertes zu Brustkrebs – von den Diagnoseverfahren über die Therapien bis zum Umgang mit der Erkrankung.

- **DVD „Herausforderung Brustkrebs“**
Für Patientinnen mit frühem und fortgeschrittenem Brustkrebs; inkl. umfassender Begleitbroschüre
- **DVD „Leben schmecken – Krebs, Krise, Kraft“**
Informationsfilm und Begleitbroschüre zum Umgang mit der Erkrankung
- **Brustkrebsjournal**
Zur Dokumentation der Behandlung
- **Vorsorgepass**
Für die Routineuntersuchung beim Frauenarzt
- **Diagnose Brustkrebs – „Wie sage ich es meinen Liebsten?“**
Hilfestellung für Erkrankte für das Gespräch mit ihren Liebsten



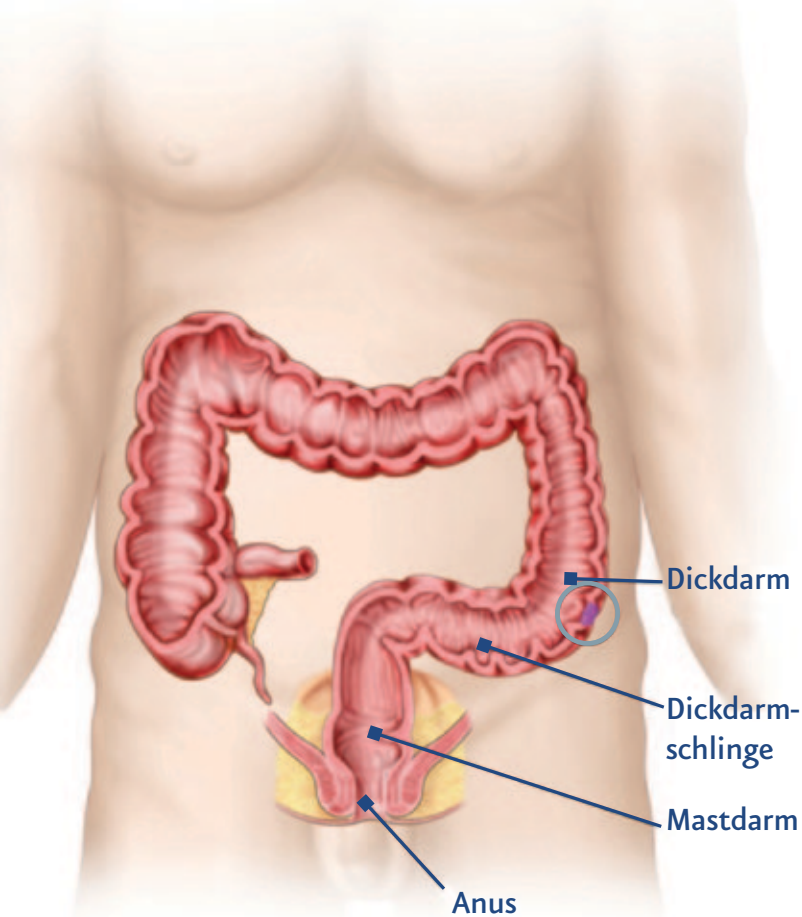
Die Materialien können Sie bestellen unter:

Durch die Brust ins Herz
Postfach 511170
50947 Köln
info@art-tempi.de

Darmkrebs im Stadium 4

Die Therapie-Chancen der Tumorkonferenz

Die Diagnose Darmkrebs wird in Deutschland jedes Jahr bei etwa 63 000 Menschen gestellt. Je früher der Krebs entdeckt wird, desto besser. Doch wie sieht die Therapie im Spätstadium aus? Neue Formen der Zusammenarbeit erweitern die Therapie.



SPÄT ERKANNT. Stadium 4. Eine harte Diagnose für Betroffene. Denn diese Diagnose besagt: Es sind bereits Absiedlungen des Tumors in anderen Organen aufgetreten. Jetzt ist umfassende Hilfe angesagt. Und die kommt auch: Die Behandlungsplanung einer solchen Erkrankung wird mittlerweile im Rahmen einer sogenannten „Tumorkonferenz“ vorgenommen. Eine Reihe Experten verschiedener medizinischer Fachrichtungen prüft und diskutiert dabei die Behandlungsmöglichkeiten eines Patienten (siehe dazu den Kasten auf Seite 41).

Die Therapie – längst keine Einbahnstraße mehr

Die drei Professoren unserer Tumorkonferenz betonen gleich zu Beginn des Gespräches: Im Rahmen der Behandlungsstrategie ist die Abfolge der Therapieschritte sehr wichtig. Nicht immer wird beispielsweise der Primärtumor zuerst operiert. Macht dieser nämlich noch keine größeren

Der Darmtumor im Stadium 4

Wird ein Darmkrebs erst in einem späten Stadium entdeckt, bietet sich den Ärzten und dem betroffenen Patienten folgendes Bild: In diesem Entwicklungsschritt der Erkrankung können Tumorzellen über die Blutgefäße schon in andere Organe gelangt sein und dort Absiedlungen, sogenannte Metastasen, bilden. Ein weiteres Kennzeichen für Stadium 4: Der Tumor durchdringt die Darmwand und wächst bereits in umliegendes Gewebe ein.

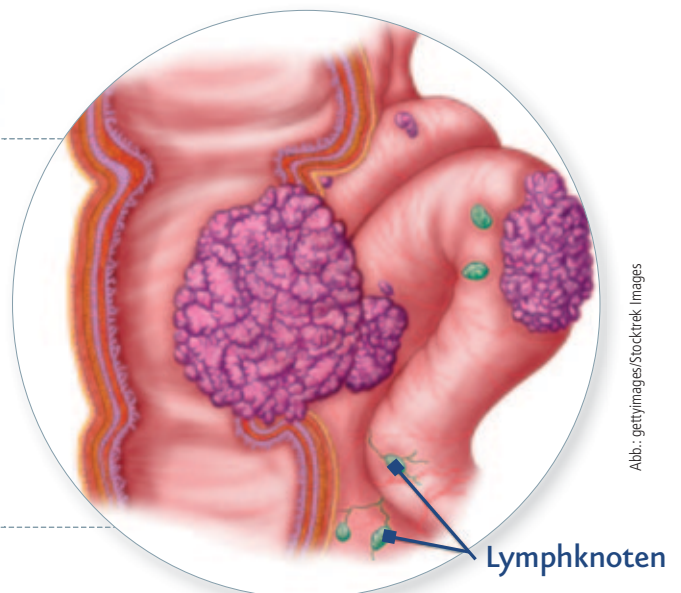


Abb.: gettyimages/Stocktrek Images

Die Teilnehmer unserer Tumor-Konferenz

Perspektive LEBEN sprach gleichzeitig mit drei Kernbeteiligten einer Darmkrebs-Tumorkonferenz und erfuhr, wie eine Behandlungsstrategie entsteht und wie diese letztlich aussehen kann:

Prof. Dr. Claus-Henning Köhne,

Direktor der Universitätsklinik für Onkologie und Hämatologie in Oldenburg. Er ist vor allem zuständig



für Themen rund um die Einsatzmöglichkeiten der Chemotherapie und die Bekämpfung von Metastasen.

Prof. Dr. Hans-Rudolf Raab,

Direktor der Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Oldenburg. Als Chirurg ist er zuständig



für sämtliche Operationen. Er berät Patienten über deren Ausmaß und betreut sie anschließend.

Prof. Dr. Hans Seifert,

Direktor der Universitätsklinik für Gastroenterologie in Oldenburg. Er stellt die Diagnose und zeigt dem



Chirurgen, wo genau die Tumoren sitzen und um welche Art es sich handelt.

Probleme und gibt es beispielsweise Absiedlungen in Leber oder Lunge, die schnell wachsen und kurzfristig zu Problemen führen würden, werden diese zuerst bekämpft.

Dieses erste Beispiel für eine Behandlungsstrategie deutet bereits die Vielfalt der heutigen Möglichkeiten und somit zu besprechenden Alternativen an. Die Professoren Köhne, Raab und Seifert nennen dies einen Paradigmenwechsel in der Behandlung von Tumoren.

Früher wurde nämlich grundsätzlich zuerst der Primärtumor entfernt. Erst danach schaute man, was es noch zu tun gab. Zu vergleichen war dieses Vorgehen also mit einer Einbahnstraße. Heute handelt es sich eher um einen Kreisverkehr, das heißt, man kann stets auch frühere Behandlungskonzepte erneut einsetzen.

Heilungsraten: Viermal höher als vor 20 Jahren

Die Erfolge eines solchen Kreisverkehrs sind überzeugend: „Die Heilungsrate beim Darmkrebs im Stadium 4 lag vor 20 Jahren lediglich bei 10 bis 12 Prozent. Heute, mit modernen Konzepten, liegt die Heilungsrate – in Abhängigkeit von der Möglichkeit, die Tumoren und Metastasen zu operieren – bei mindestens 20 Prozent, unter günstigen Voraussetzungen sogar bei bis zu über 50 Prozent“, ermutigt Prof. Raab.

Die Frage, wie es nach der Diagnose weitergeht, beantwortet Prof. Seifert: „Wir schauen uns den Darm an, um festzustellen, wie viele Tumoren überhaupt existieren. Wichtig ist auch, deren Größe einzuschätzen. Wir entnehmen Gewebe, damit Klarheit über die Art des Tumors besteht. Diese Erkenntnisse sind wichtig für den Operateur.“ Des Weiteren wird eine Ultraschalluntersuchung vor allem der Leber durchgeführt. Diese ist nämlich in

der Regel das zuerst von Absiedlungen betroffene Organ. „Auch wird eine Computertomographie gemacht, um zu sehen, ob irgendwo Fernmetastasen vorliegen – also Absiedlungen in weiter entfernten Körperregionen“, sagt Prof. Seifert.

Eine Standard-Therapie kann es nicht geben

Nach der Feststellung, mit wie vielen Tumoren beziehungsweise Metastasen man es zu tun hat, in welchem Stadium sich diese befinden und wo sie liegen, diskutieren die Experten der unterschiedlichen Fachrichtungen über die Therapie-Strategie. Die Ergebnisse der Besprechungen werden dem Patienten dann abschließend vorgestellt. Das übernimmt in der Regel immer der Arzt seines Vertrauens.

Stets hat der Patient natürlich das letzte Wort.

Die Therapie-Optionen sind vielfältig. Sie richten sich nach dem Krankheitsbild des Patienten.

Wichtig ist, zu Beginn die Therapie-Strategie festzulegen. „Hierbei unterscheiden wir grundsätzlich, ob es sich um eine potenziell heilbare Behandlungsstrategie handelt oder um eine lebensverlängernde. Man spricht hier auch entsprechend von kurativer und palliativer Therapie“, so Prof. Köhne und erläutert: „Bei Fällen, in denen zum Beispiel Metastasen direkt entfernt oder nach einer wirkungsvollen Chemotherapie operiert werden können, wird die Therapie eine kurative sein. Ist es hingegen, auch nach einer deutlichen Tumorverkleinerung durch eine Chemotherapie, nicht möglich, alle Metastasen zu entfernen, stehen die Verlängerung der Lebenszeit und der Erhalt der Lebensqualität im Vordergrund.“

Wichtig: Ein Zeitfenster schaffen

Alle diese Entscheidungen werden auch durch die Einschätzung der Tumorbiologie beeinflusst. Manche »

«Es gibt viele verschiedene Therapien!»

«Der Tumor kann durchaus schwinden»

Tumoren wachsen sehr schnell und sind aggressiv. Auch wenn eine Operation zum Diagnosezeitpunkt möglich wäre, könne es doch sinnvoll sein, erst eine Chemotherapie durchzuführen, um die Tumorerkrankung zu kontrollieren und damit ein Zeitfenster für eine Operation zu schaffen. „Glücklicherweise ist bei vielen Patienten die Tumorbiologie weniger aggressiv.

Immer wieder erleben wir jedoch, dass bei vermeintlich palliativem Therapieziel die Tumoren dennoch überraschend gut ansprechen, sodass eine Operation möglich und sinnvoll ist“, lautet die Erfahrung von Prof. Köhne. Eine Nachricht, die Mut macht. Insbesondere geschieht dies heutzutage, wenn der Tumor nicht mutiert ist und einen sogenannten „RAS-Wildtyp“ anzeigt. Hier können dann Chemotherapien und etwa Behandlungen mit einem sogenannten „EGF-Rezeptor-Antikörper“ besonders wirksam sein.

Immer wieder erleben wir jedoch, dass bei vermeintlich palliativem Therapieziel die Tumoren dennoch überraschend gut ansprechen, sodass eine Operation möglich und sinnvoll ist“, lautet die Erfahrung von Prof. Köhne. Eine Nachricht, die Mut macht. Insbesondere geschieht dies heutzutage, wenn der Tumor nicht mutiert ist und einen sogenannten „RAS-Wildtyp“ anzeigt. Hier können dann Chemotherapien und etwa Behandlungen mit einem sogenannten „EGF-Rezeptor-Antikörper“ besonders wirksam sein.

Jede Behandlung ist anders

„Eine Besonderheit ist, wenn der Primärtumor im Vordergrund steht und viele Beschwerden bei dem Patienten macht“, erklärt Prof. Köhne. „So kann es sinnvoll sein, diesen Tumor zu entfernen, obwohl Metastasen an anderer Stelle im Körper verbleiben!“

Im Rahmen einer Tumorkonferenz wird dann abgeschätzt, mit welcher Wahrscheinlichkeit sich der Patient von einer solchen Operation so weit erholt, dass zu einem späteren Zeitpunkt die chemotherapeutische Behandlung von Metastasen möglich wird.

Kurativ oder palliativ – was ist was?

Grundlegend kennt die Behandlung von Krebs in einem so weit fortgeschrittenen Stadium zwei Behandlungswege – eine Strategie der potenziellen Heilbarkeit, die „kurative“ Strategie, und die lebensverlängernde, die „palliative“ Strategie. Die gute Nachricht dabei lautet: Immer wieder gibt es Fälle der palliativen Strategie, die sich in Richtung auf eine mögliche Heilung entwickeln.

Ein anderes Beispiel zeigt die Vielzahl von Behandlungsoptionen: Wenn Lebermetastasen drohen, die Leberfunktion erheblich zu stören, steht wiederum die chemotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Ziel ist es, die Metastasen ausreichend zu kontrollieren und dann beispielsweise zu einem späteren Zeitpunkt einen kleineren Primärtumor zu entfernen.

Das Fazit lautet also: Beim Darmkrebs im Stadium 4 kann es keine einheitliche Therapie für alle geben. Die Behandlungsstrategie muss individuell entschieden werden. Die Therapie ist eine Sache für Spezialisten.

Abwägen, was der beste Weg ist

Letztendlich wird abgewogen, was für den Patienten der beste Weg ist. Alles wird mit ihm besprochen. Der Patient weiß somit immer, um was es geht und auf was er sich einlässt. Prof. Raab vergleicht die festgelegte Therapie-Strategie mit Entscheidungen, die man auch im alltäglichen Leben trifft:

„Wenn man durch die Stadt geht und eine Straße überquert, dann wählt man stets die grüne Ampel. Eine absolute Sicherheit, nicht dennoch überfahren zu werden, kann einem aber keiner geben. So ist es auch mit der Therapie des Darmkrebses im Stadium 4. Bei der Darm- oder Leber-Op. können Komplikationen auftreten. Ebenso bei der Chemotherapie.“

Sind die Operationen nun erfolgreich abgeschlossen, bleibt ein Risiko, dass der Krebs wiederkommt. Das Vorhandensein eines Risikos rechtfertigt allerdings für sich noch keine weiterführende Behandlung. Erst wenn man weiß, dass damit das Risiko reduziert werden kann, werden Maßnahmen ergriffen. Hier kommt dann beispielsweise eine Chemotherapie als sogenannte adjuvante Therapie infrage. Oft wird dieser Weg beschritten. Er ist jedoch stets eine Einzelfallentscheidung. Ebenso verhält es sich mit einer nachgelagerten Strahlentherapie.

Ob die Behandlung erfolgreich war, wissen Patient und Arzt erst nach fünf Jahren. Der Patient wird im Rahmen der Nachsorge vor allem über Tumormarker und CT-Untersuchungen kontrolliert. Gibt es keinen Rückfall, gilt er als geheilt.

«Die Konferenz prüft alle Möglichkeiten»



Foto: fotolia/Robert Kneschke

Reha nach der Lungenkrebs-Therapie

Aus dem Elefanten eine Mücke machen



Fotos: fotolia/diego 1012, fotolia/Wavebreakmedia/Micro

Was macht eine Reha mit mir nach einer Lungenkrebsbehandlung? Was kann ich als Patient dazu beitragen? Unser Reporter von Perspektive LEBEN berichtet aus der MediClin Albert Schweitzer Klinik in Königsfeld, Schwarzwald.

Alexandra Can ist erst 31 – und damit eine recht junge Patientin in der MediClin Albert Schweitzer Klinik, Königsfeld. Die Mutter von drei Kindern zwischen 5 und 9 Jahren erzählt: „Nach meinem Aufenthalt im Krankenhaus blieb ich 10 Tage zu Hause. Das war für mich die reine Hölle!“, sagt die Heidelbergerin. „Das Wasser in der Lunge, die Schmerzen und der Trubel um die drei Kinder. Und dann wartete auch noch die Reha! Oh je, dachte ich!“

Lachend erzählt sie, dass sie am Anfang niemanden begrüßt hat – und sie eigentlich auch erst einmal mit niemandem sprechen wollte. Erst recht nicht mit einem Psychologen. „Ich habe das alles erst einmal als Quatsch abgetan“, sagt Alexandra Can. „Ich hab mir gesagt, die drei Wochen krieg ich irgendwie rum.“

Heute kann sie gar nicht mehr verstehen, warum sie sich so gegen die Reha gewehrt hat. Denn alles kam ganz anders, als Alexandra Can gedacht hatte. Der Psychologe redete keinen Unsinn, die Therapeuten halfen ihr, die Beschwerden in den Griff zu bekommen. „Und das Essen hat mir dann auch noch ausgezeichnet geschmeckt!“, sagt die junge Mutter. Und lacht wieder.



Körper und Seele ins Gleichgewicht bringen

Die Rehabilitation soll den Lungenkrebspatienten ein Konzept an die Hand geben, mit dem sie ihren Alltag trotz der Erkrankung bewältigen können. Damit dies gut gelingt, steht ein breites Angebot an medizinischen, »

Alexandra Can (31) ist Mutter von drei Kindern – und leidet an Lungenkrebs. „Die Reha hat mir wirklich geholfen!“, sagt sie.

psychologischen und körperlichen Maßnahmen zur Verfügung, das den Patienten als Menschen in den Mittelpunkt eines individuell für ihn ausgestalteten, multiprofessionellen, modernen und zielorientierten Therapiekonzeptes stellt.

Je schneller in die Rehabilitation, desto besser für den Patienten

„Idealerweise kommen unsere Patienten direkt im Anschluss der Akutbehandlung des Lungenkrebses in die Rehabilitation“, sagt Chefarzt Dr. Bernd Mössinger. „Wir sind fest davon überzeugt, dass die Rehabilitation nur dann wirklich erfolgreich ist, wenn Körper und Seele gleichermaßen behandelt werden.“

Bei medizinischen und körperlichen Aktivitäten stehen die Linderung der Schmerzen sowie der Aufbau der Lungenkapazität und körperlichen Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Die Seele wird in Therapiegesprächen, Tumorsprechstunden und Kreativtherapien wieder ins Lot gebracht. Die Sozialberatung, Informationen zu kom-

plementären Behandlungskonzepten und Ernährungsthemen runden das Angebot ab.

Auch die Nikotinentwöhnung ist Teil der Rehabilitation in Königswald. „Dabei ist ganz wichtig, dass sich die Patienten auf die zum Teil sehr zeitintensiven Angebote einlassen“,

sagt Dr. Mössinger. „Wir nehmen uns die Zeit, die oft in der Diagnose- und Behandlungsphase im Akutkrankenhaus nicht zur Verfügung stand.“ Er betont dabei, dass zwischen Diagnose und Behandlung oft nur wenige Tage liegen. Viel zu wenig Zeit, die Erkrankung ganz zu verste-

«Die Seele rückt wieder ins Lot»

«Es braucht Zeit, alles zu verarbeiten»



hen oder gar zu verarbeiten. „Deshalb haben die psychologischen Elemente bei uns einen so großen Stellenwert.“ Auf eine Rehabilitation zu verzichten, kann der erfahrene Arzt Dr. Mössinger niemandem empfehlen.

Die vielen Gedanken nicht aussperren – sondern einladen

Wie ergeht es einem Patienten in einer solchen Situation? „Ganz einfach“, betont Alexandra Can, „im Krankenhaus wurde mein Körper repariert, in der Rehabilitation werden auch mein Kopf und meine Seele wieder in Ordnung gebracht.“ Denn mit drei jungen Kindern und dem Bewusstsein, doch eigentlich gesund zu sein, ist die Diagnose Lungenkrebs ein wahnsinniger Schock. Die rasch beschlossene und durchgeführte Operation hat das Gleichgewicht der jungen Familie erst einmal vollständig durcheinandergebracht. Dies alles ging auch an Alexandra Cans Seele nicht spurlos vorbei. Mit diesen Verletzungen besser zurechtzukommen und sie vielleicht zu heilen, ist wesentlicher Teil ihrer ganz persönlichen Rehabilitation.

Die Behandlung in der Reha-Klinik hilft, sich auf ein Leben nach der Krankheit zu freuen

Mittlerweile genießt Alexandra Can jeden Tag in der Rehabilitation. Mit jedem körperlichen Fortschritt fühlt sie sich ein wenig besser. So kann sie gestärkt den Alltag bald schon wieder bewältigen. Und was für sie ganz wichtig ist: So kann sie es schaffen, den Schock der Diagnose Lungenkrebs zu überwinden. „Ich bin so froh, hier zu sein“, sagt Frau Can nachdenklich. „Die Therapien helfen mir, aus meinem Elefanten eine Mücke zu machen.“

Oder anders ausgedrückt: Weil man manche Gedanken nicht für immer aussperren kann, muss man sie auch manchmal einladen. „Ich lerne hier, mich mit meinen Fragen zusammen an einen Tisch zu setzen“, sagt Alexandra Can. „Und dann fangen meine Gedanken und ich einfach an, miteinander zu sprechen. Das hilft nicht immer, aber eben immer öfter. Und das will gelernt sein!“ ■

So finden Sie die richtige Reha

1. Sprechen Sie den Sozialdienst im Krankenhaus an:

Sie erhalten dort eine Liste der Rehabilitationseinrichtungen, die für Sie infrage kommen.

2. Fragen Sie Ihren Arzt im Krankenhaus:

Er schlägt Ihnen eine kleine Auswahl vor. Vertrauen Sie diesem Rat. Denn was für Sie oft ein unbekannter Einzelfall ist, ist für Ihren Arzt Routine. Er weiß, was Sie brauchen und wer es Ihnen geben kann.

3. Folgen Sie Ihrem Bauch:

Wählen Sie dann die Einrichtung aus, die Ihnen am besten gefällt.

Die eigene Internetrecherche führt meist nicht zum Ziel. Denn nicht nur die Erkrankung, sondern auch Erfahrung, Geschick und Kostenträger spielen eine wesentliche Rolle.

Die Hilfen neben der Krebs-Therapie

Drei Aufgaben der Supportiv- Medizin

Nebenwirkungen behandeln oder lindern, Beschwerden einer Krebserkrankung mindern: Solche Aufgaben bezeichnen Experten als Supportiv-Medizin. Perspektive LEBEN stellt drei dieser Behandlungsfelder im Überblick vor. »

Die Medizin hält immer mehr unterstützende Maßnahmen für Patienten bereit. Fragen Sie dazu Ihren Arzt!

TIPP!

«Wach und fit
– auch bei der
Behandlung»

Foto: fotolia JPC-PROD

Zu viel Eisen im Körper

Eine Krebserkrankung wird häufig mit Chemo- oder Strahlentherapien bekämpft. Diese sehr wirkungsvollen Behandlungen können jedoch die Bildung der roten Blutkörperchen so beeinträchtigen – in einigen Fällen so stark, dass betroffene Patienten unter Schwächeanfällen oder Luftnot leiden können. Auch bestimmte Erkrankungen des Knochenmarks, z.B. sogenannte Myelodysplastische Syndrome, können diese Effekte auslösen. Eine Transfusion von roten Blutkörperchen kann diese Beschwerden lindern und damit die Lebensqualität des Patienten wieder steigern oder erhalten.

Allerdings gilt es dabei zu beachten, dass das in den roten Blutkörperchen enthaltene „Eisen“ der Transfusion nicht ausgeschieden werden kann. Steigt die Eisenmenge durch häufige Transfusionen zu stark an, sprechen Mediziner von einer sogenannten „Eisenüberladung“. Eine Eisenüberladung jedoch kann Organe schädigen. Dagegen helfen entsprechende Medikamente. Sie stehen als Injektion oder Tabletten zur Verfügung. Die Medikamente sorgen für den Abtransport des überschüssigen Eisens aus dem Körper.

«Nebenwirkungen kann man lindern»

«Zu viel Eisen kann die Organe schädigen»

Injektion oder Tablette?

Eine mögliche „Eisenüberladung“ des Körpers kann mit Injektionen behandelt werden. Außerdem gibt es Medikamente, die in Tablettenform eingenommen werden können – fragen Sie Ihren Arzt, welches der Präparate für Sie infrage kommt.

TIPP!

Hilfe bei Knochenmetastasen

Krebszellen können sich von der ursprünglichen Geschwulst absondern und sich über die Lymphbahnen und Blutadern an vielen Stellen im Körper verbreiten und ansiedeln. Kommt es dann zur Teilung und damit zu Wachstum, bilden sich neue Krebsherde. Der Mediziner spricht dann von Metastasen oder Tochtergeschwülsten.

Tochtergeschwülste in Knochen werden als Knochenmetastasen bezeichnet. Sie sind fast immer ein Zeichen für eine vorangeschrittene Krebserkrankung. Und sie sind tückisch, da sie zu Beginn der Metastasenbildung meist keine Beschwerden machen. Treten Beschwerden auf, die mit „normalen“ Mitteln nicht beseitigt oder erklärt werden können, kann dies ein Indiz für Knochenmetastasen sein. Dies können sein: Schmerzen, Brüche, Behinderung bei Blase und Darm, aber auch Schwäche und Schwindel.

Gegen Knochenmetastasen kommen häufig die gleichen Therapien wie die gegen den ursprünglichen Krebs zum Einsatz. Dazu zählen Bestrahlung, Chemo- oder Hormontherapie und auch chirurgische Eingriffe. Meist wird eine Kombination von unterschiedlichen Behandlungsmethoden und speziellen Medikamenten zur Behandlung von Knochenmetastasen eingesetzt, um die Lebensqualität wiederherzustellen oder zu erhalten. Dabei wird auch ein besonderes Augenmerk auf die Behandlung und Bekämpfung der Schmerzen gerichtet.

Müdigkeit und Schlappeit müssen nicht sein

Egal welche Tumorbehandlung zum Einsatz kommt: Fast alle sind mit einer vorübergehenden Müdigkeit oder Schlappeit verbunden. Dies ist auch ganz normal. Hält diese Schlappeit und Erschöpfung aber an oder ist so groß, dass sie auch durch lange Erholungsphasen und Schlaf nicht überwunden werden kann, ist der Zeitpunkt gekommen, das Augenmerk auch hierauf zu richten.

Der Mediziner spricht dann von einer akuten oder chronischen „Fatigue“. Eine akute Fatigue liegt vor, wenn sie nur unmittelbar mit der Behandlung im Zusammenhang auftritt und im Anschluss rasch wieder abklingt. Von einer chronischen Fatigue spricht man, wenn die Erschöpfung auch nach der Behandlung bleibt, obwohl die Nebenwirkungen der Behandlung abgeklungen sind – oder die Erkrankung nicht schlimmer wird oder überwunden wurde.

Die Fatigue ist eine komplizierte Erscheinung. Bis heute sind die Ursachen nicht abschließend erforscht. Die

Unterstützende Therapien – nicht nur in Form von Medikamenten

Es gibt eine ganze Reihe von Unterstützungsmaßnahmen, die neben der Therapie der Krebserkrankung hilfreich sein können, Beschwerden zu lindern und Lebensqualität zu steigern.

■ Psychotherapien bauen Ängste und Sorgen ab.

- Neue Medikamente dämpfen mittlerweile wirksam die Übelkeit bei Chemotherapien.
- Naturheilmittel unterstützen die Therapie.
- Ausgewogene Ernährung stärkt den Körper.
- Bewegung hält den Kreislauf in Schwung.

Wissenschaftler gehen davon aus, dass die Ursache eine sehr individuelle Kombination aus der Krebserkrankung selbst, den Behandlungen und ihren Nebenwirkungen sowie den seelischen Auswirkungen auf die Patienten ist. Aus dieser Erkenntnis heraus ergibt sich, dass auch die Behandlung der Fatigue sehr individuell abgestimmt erfolgen muss. Die Therapie zielt dabei auf den gesamten Menschen.

Dabei gilt es, die körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern, erneut die seelische Ausgeglichenheit herzustellen und eine Balance aus Aktivität und Entspannung im Alltag zu finden. Diese Ziele können mit einem individuellen Mix aus Training des Körpers, Entspannungstechniken, psychologischer Unterstützung und – soweit erforderlich – mit Medikamenten erreicht werden. ■



Wissen zur Ernährung bei Krebserkrankungen

Neue Website berät Patienten und Angehörige

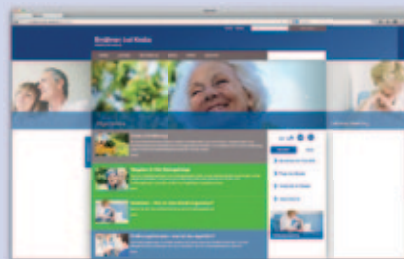
Bei Krebserkrankungen wird Gewichtsverlust häufig als unabänderliche Begleiterscheinung akzeptiert. Der Energieverbrauch kann erhöht sein, der Appetit beeinflusst, das Essen erschwert oder ganz unmöglich. Doch nur wenige wissen, dass als Folge auch eine Mangelernährung auftreten kann und damit auch eine Unterversorgung mit wichtigen Vitaminen und Spurenelementen. Das mindert die Lebensqualität, verstärkt die Nebenwirkungen der Krebstherapie und kann sogar bis zum Therapieabbruch führen.

Eine bewusste Ernährung oder eine Ernährungstherapie spielt deshalb bei Krebserkrankungen eine besondere Rolle. Umso mehr, als der Patient hier selbst die Möglichkeit hat, die Krebstherapie und deren Erfolg mit zu beeinflussen.

Ab sofort gibt es eine neue Website, die Patienten und Angehörige anschaulich informiert, wie der Ernährungsstatus gezielt verbessert werden kann. Die Firma Baxter hat die Inhalte so aufgebaut, dass sie im Alltag einfach umsetzbar sind. Hier können sich Interessierte mit Ideen für die tägliche Ernährung versorgen, Tipps zur Erstellung eines Ernährungstagebuchs finden, ihren Ernährungsstatus in einem Test bestimmen, eine Liste mit möglichen Fragen für den Arztbesuch ausdrucken –

und vieles mehr. Das Besondere an der Website ist, dass sie sich auch an die Familien der Betroffenen richtet und Angehörigen zeigt, wie sie den Erkrankten unterstützen können.

Ernährung hat einen bedeutenden Einfluss auf den Allgemeinzustand des Patienten. Wenn die alltäglichen Lebensmittel nicht ausreichen, um die Versorgung mit genügend Nährstoffen zu sichern, kann eine Ernährungstherapie Hilfe bieten. Daher informiert die Website auch über die enterale Ernährung (flüssige Nahrung oder Sondennahrung) und über die parenterale Ernährung (per Infusion).



www.ernaehren-bei-krebs.de





Wie die Selbstfindung gelingt:

Eine Reise in die eigene Zukunft

Nach der Krankheit ist das Leben nicht mehr so, wie es einmal war. Es gibt Gewinne, es gibt vielleicht auch Verluste. Wichtig ist nun die Selbstfindung nach der Krankheit. Wie sie gelingt – darüber befragte unsere Redaktion die Expertin Dr. Bianca Senf.

ALLES VORBEI? „Viele Patienten fühlen eine große Erleichterung, wenn ihnen bewusst wird, dass nun Operation, Chemotherapie und Bestrahlungen hinter ihnen liegen“, erzählt Dr. Bianca Senf, Leiterin der psychoonkologischen Abteilung der Universitätsklinik Frankfurt. Die Expertin weiß aus einer Vielzahl von Beratungen: Men-

schen, die von einer Krebsdiagnose betroffen sind, hoffen auf eine möglichst rasche und vollständige Rückkehr in ihren Alltag. Aber es bleibt die Frage: Wie normal kann dieser Alltag sein? Was kann ich nun tun, was sollte ich lieber lassen? Und wie bleibe ich gesund? Alles wichtige Fragen, die sich nun stellen.

Die Diagnose verändert das Leben – komplett

Sicher ist: Eine schwere Erkrankung ist immer ein einschneidendes Erlebnis im Leben, das die Vorstellungen eines Menschen infrage stellt.

Mit jeder neuen Veränderung im Krankheitsverlauf, mit jedem neuen therapeutischen Schritt und mit jedem Schritt auf dem Weg zurück in den Alltag stellen sich neue Herausforderungen, die so noch nicht erlebt worden sind und zu einer Neuorientierung herausfordern:

- Da sind zum einen die körperlichen Befindlichkeiten. Nahezu jede Krebserkrankung hinterlässt äußerliche Spuren und manchmal funktionale Einschränkungen, mit denen es zukünftig umzugehen gilt.
- Auch die möglichen Folgen der Krankheit für Seele und Persönlichkeit dürfen nicht verdrängt werden. Tief empfundene Ängste und Bedrohungen wollen selbst bei vollständiger Heilung und bester Prognose bearbeitet sein.
- Und nicht zuletzt müssen soziales und finanzielles Umfeld möglicherweise geordnet werden, um den Alltag neu zu bewältigen.

So vielfältig, wie die Umstände sich im Einzelnen gestalten, so individuell sind die Wege, sich mit der Situation zu arrangieren und sich in ihr zu orientieren.

Das Ziel: eine neue Gefühls-Stabilität

Fachleute sprechen bei diesem Orientierungsprozess von „Coping“, dem individuell angemessenen Umgang mit den Belastungen, die eine Erkrankung mit sich bringt, und dem Gewinn neuer emotionaler Stabilität. „Die Neuorientierung und Krankheitsbewältigung beginnt bereits in der Klinik und setzt sich dann je nach Patient unterschiedlich lange fort“, sagt Dr. Senf. Ratschläge gibt es reichlich: Aber nicht alle sind für jeden gleich geeignet. So durchleben Menschen körperliche Auswirkungen, Nebenwirkungen und Spätfolgen ganz unterschiedlich. Und sie gehen mit einer Ersterkrankung anders um als mit einem Rezidiv.

Dinge, die einen Patienten enorm belasten, werden von einem anderen gar nicht wahrgenommen. „Den einen Königsweg, das für alle Patienten gleich geeignete ‚Coping‘ gibt es nicht“, sagt die Psychoonkologin. „Wir als professionelle Begleiter sehen unsere Aufgabe vielmehr darin, individuelles Handeln, Denken und Fühlen ins Gleichgewicht zu bringen und damit zur individuellen Krankheitsverarbeitung beizutragen.“

Die Hauptrolle spielt der Patient

Wichtige Hinweise erhalten die Psychoonkologen durch das sichtbare Handeln des Patienten. Sucht er das Gespräch, pflegt er soziale Kontakte und Hobbys? Weniger

sichtbar, aber auch aufschlussreich ist die gedankliche Einstellung zur Erkrankung selbst. Wird die Herausforderung zu einer Neuorientierung als Chance beurteilt, die neue Kraftquellen mobilisiert, Belastungen relativiert oder gar einen humorvollen Umgang ermöglicht? Vollständig wird das Bild mit der Betrachtung der Gefühle, des Umgangs mit Ängsten, der Hilflosigkeit und sozialen Belastungen für Freunde und Angehörige. Moderne Coping-Strategien greifen dieses individuell unterschiedliche Gesamtbild auf und bieten ein Bündel unterstützender Maßnahmen an, aus denen der Patient entsprechend seinen Bedürfnissen auswählen und seinen eigenen Weg zum Umgang mit der Erkrankung finden kann. Das Angebot nimmt den Körper ebenso in die Pflicht, wie es psychische oder soziale Fragen behandelt. Das Spektrum reicht von Entspannungsübungen über künstlerische Therapien und Gesprächsangebote mit Betroffenen oder psychoonkologischen Beratern bis hin zu arbeits- und sozialrechtlichen Beratungsangeboten.

Jede Unterstützung muss anders aussehen

„Untersuchungen zeigen, dass ein flexibler Umgang des Patienten mit der Erkrankung besonders hilfreich ist“, so Dr. Senf. „Damit helfen wir den Patienten, sich mit ihren Gedanken auseinanderzusetzen, den Blick auf realistische Ziele zu richten und bestehende Einschränkungen zu akzeptieren.“ Für welchen Weg sich der Patient entscheidet, ob mithilfe von Spezialisten oder ohne: Eingefordert oder gar erzwungen werden kann eine Selbstfindung nicht.

Die Krankheit kann stets nur vom Betroffenen selbst bewältigt werden. Manch gut gemeinter Ratschlag kann deshalb sogar schädlich sein, wenn er in unerwünschten Druck umschlägt.

In vielen Fällen finden Patienten den für sie richtigen Weg der Krankheitsbewältigung aus sich heraus selbst. Unter Umständen kann aber Hilfe von außen notwendig oder gewünscht sein. Dann greifen die professionellen psychoonkologischen Angebote zertifizierter

Krebszentren, von Rehakliniken und regionalen psychosozialen Krebsberatungszentren oder spezialisierter niedergelassener Psychotherapeuten. Auch Kirchen und Glaubensgemeinschaften sowie Selbsthilfegruppen bieten professionelle Hilfe an.

Eines ist bei allen Angeboten klar: Das Leben nach der Erkrankung wird sich ändern – ganz individuell. Für jeden Betroffenen wird es zu einer Entdeckungsreise in die eigene Zukunft. ■

«Wie bleibe ich möglichst gesund?»

«Wie fasst man schnell wieder Mut?»



Fotos: thinkstock, fotolialdetailblick

Fachwörter aus diesem Heft – leicht erklärt

ADJUVANTE THERAPIE: zusätzlich unterstützende Behandlung nach Entfernung eines Tumors

ANTI-HORMON- THERAPIE: Behandlung vor allem von Brust-, Gebärmutter- und Prostatakrebs mit Medikamenten, die Hormone im Körper verringern

BENIGNE: gutartig

BRONCHIALKARZINOM: Lungenkrebs – ein von den Bronchien ausgehender Tumor.

ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG

(AHB): Medizinische Rehabilitationsmaßnahme – erfolgt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Das Ziel ist die vollständige Genesung des Patienten.

CHEMOTHERAPIE: Behandlung mit zellwachstumshemmenden Substanzen, sogenannten Zytostatika, zur Tumorbekämpfung.

CHRONISCH MYELOISCHE LEUKÄMIE: Erkrankung des blutbildenden Systems, abgekürzt CML, – bestimmte weiße Blutkörperchen werden zu viel gebildet.

COMPUTERTOMOGRAPHIE: Computerunterstützte Röntgenuntersuchung, abgekürzt bezeichnet als CT, bei der bestimmte Körperregionen in einzelnen Schichten durchleuchtet werden.

COPING-STRATEGIE: Bewältigungsstrategie, die Stress, belastende Situationen und Angst erleichtern soll. Das Ziel ist der Gewinn neuer emotionaler Stabilität.

ENDOMETRIUMKARZINOM: siehe Gebärmutterkrebs

FATIGUE: Erschöpfungs-Symptom, unterschieden wird hierbei in chronische oder akute Fatigue. Eine chronische Fatigue liegt vor, wenn die Erschöpfung auch nach überwindener Erkrankung bleibt. Die akute Fatigue tritt bei der Behandlung auf und klingt dann wieder ab.

HISTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG:

Als histologische Untersuchung bezeichnet man die Beurteilung von Zellen oder Gewebeproben unter dem Mikroskop.

IMMUN- THERAPIE: Bei dieser Therapieform wird das körpereigene Immunsystem aktiviert und so der Tumor gezielt bekämpft.

LYMPHKNOTENMETASTASEN: Absiedelungen von bösartigen Tumorzellen in einem Lymphknoten. Hierbei handelt es sich um Krebszellen, die von einem Primärtumor aus in die Lymphknoten gelangen.

MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT): auch als Kernspintomographie bekannt. Es lassen sich Schichtbilder vom Körperinneren erzeugen, basierend auf einem starken Magnetfeld und Radiowellen. Daher gibt es keine Strahlenbelastung.

MALIGN: bösartig

METASTASEN: Metastasen sind von einem Primärtumor räumlich getrennte, gleichartige Tochtergeschwülste, die durch Absiedelung von lebensfähigen Tumorzellen entstehen.

METASTASIERUNG: Prozess der Metastasenbildung

MINIMALINVASIVE OPERATION: operativer Eingriff mit nur kleinster Verletzung von Haut und Weichteilen.

NEOAJUVANTE THERAPIE: Meist medikamentöse Therapie, die einer Operation vorgeschaltet wird, um den Tumor zu verkleinern.

OVARIALKARZINOM: Eierstockkrebs

PALLIATIVE THERAPIE: Wichtiger Bestandteil der Behandlung fortgeschrittener Tumorerkrankungen. Eine palliative Therapie dient vor allem der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten sowie der Schmerzbehandlung.

PERSONALISIERTE MEDIZIN: Nutzt das Wissen über das Innerste der menschlichen Zellen zur Analyse eines Patienten – genom-basierte Untersuchungen und sogenannte Biomarker erweitern die Möglichkeiten der Diagnose. So kann eine Behandlung von Krebspatienten individueller erfolgen.

POSITRONEN-EMISSIONS-TOMOGRAPHIE: Die Positronen-Emissions-Tomografie (PET) ist eine medizinische Diagnosemethode, die Stoffwechselprozesse im Körper sichtbar macht.

PRIMÄRTUMOR: Ursprüngliche Geschwulst beziehungsweise der Ursprungsort, von dem die Metastasen ausgegangen sind.

PROSTATAKREBS: bösartige Tumorerkrankung, ausgehend vom Drüsengewebe der Vorsteherdrüse

PSA: Abkürzung für „prostataspezifisches Antigen“ – dabei handelt es sich um ein Protein, das lediglich in Zellen der Prostata gebildet wird. Es dient der Verflüssigung der Samenflüssigkeit.

PSA-WERT: Ein erhöhter PSA-Wert kann auf Entzündungen und bösartige Tumoren der Vorsteherdrüse (Prostata) hinweisen.

RADIO-CHEMOTHERAPIE: Kombination einer Strahlen- und Chemo-Therapie

REZIDIV: Wiederauftreten von Tumoren (Tumor-Rezidiv) nach vollständiger Zerstörung. Ein Rezidiv wird meist durch eine unvollständige Entfernung des Tumors verursacht, die nach einiger Zeit zu einem erneuten Auftreten der Krankheit führen kann.

SZINTIGRAPHIE: Die Szintigraphie ist eine Untersuchungsmethode, bei der dem Patienten radioaktiv markierte Stoffe gespritzt werden. Sie reichern sich dann in bestimmten Organen an. Mit einer speziellen Kamera können so bestimmte Körpergewebe sichtbar gemacht werden. Dies macht sich auch die Krebsmedizin zunutze, um Tumoren und Metastasen darzustellen.

SONOGRAPHIE: auch Ultraschall oder Echographie genannte, bildgebende Untersuchungsmethode. Mit Schallwellen werden – weit oberhalb der Hörschwelle – Bilder des Körperinneren erzeugt. Der Vorteil: keine Strahlenbelastung.

STAGING: Feststellung des Ausbreitungsgrades eines bösartigen Tumors – hierzu werden unter anderem körperliche Untersuchungen oder Operationen durchgeführt und bildgebende Verfahren, wie MRT oder CT, eingesetzt. Das Staging liefert wichtige Entscheidungen für die Art der Therapie.

STRAHLENTHERAPIE: Gezielte Bestrahlung von Tumoren, um Krebszellen zu zerstören. Wird auch Radiotherapie genannt.

SUPPORTIVE ONKOLOGIE: Unterstützende Verfahren, die nicht primär der Heilung einer Krebserkrankung dienen, sondern den Heilungsprozess durch zusätzliche Behandlung beschleunigen oder die Symptomatik abschwächen.

TUMORMARKER: Substanzen, die das Vorhandensein und eventuell auch das Stadium oder die Bösartigkeit eines Tumors im Körper anzeigen. Werden von den Krebszellen selbst gebildet oder sind eine Reaktion anderer Körpergewebe auf das Tumorstadium. Die Messung erfolgt im Blut, Urin oder Gewebe.

TUMORKONFERENZ: Bei der Tumorkonferenz wird die Behandlung von Krebserkrankungen geplant. Teilnehmer sind Ärzte und Experten verschiedener medizinischer Fachrichtungen. Regelmäßig vertreten sind dabei Onkologen, Chirurgen, Radiologen, Strahlentherapeuten und Pathologen. Das Ergebnis der Behandlungsplanung wird als interdisziplinäre Meinung bezeichnet.

ULTRASCHALL: siehe Sonographie

WÄCHTERLYMPHKNOTEN: Als Wächterlymphknoten bezeichnet man die im Lymphabflussgebiet eines Primärtumors an erster Stelle liegenden Lymphknoten.

ZIELGERICHTETE THERAPIE: Oberbegriff für die Krebsbehandlung mit verschiedenen Wirkstoffen, die in die Wachstumssteuerung von Krebszellen eingreifen, indem sie wichtige Vorgänge oder Signalwege blockieren. Ihre Anwendung erfolgt überwiegend in Kombination mit einer Chemo- oder Strahlentherapie.

ZYTOSTATIKUM: Arzneistoff, der bei einer Chemotherapie von Krebserkrankungen eingesetzt wird. Ein Zytostatikum stört oder verzögert den Zellzyklus und verhindert somit, dass Tumorzellen sich teilen und verbreiten.

Möchten Sie
uns Ihre persönliche
Frage stellen?

info@medical-
tribune.de

SIE WOLLEN KEINE KOSTENLOSE AUSGABE VERSÄUMEN?

Dann merken wir Sie gerne ohne Kosten fürs nächste Heft vor!

Senden Sie uns eine E-Mail an: info@medical-tribune.de oder schreiben Sie an:

Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Redaktion Perspektive LEBEN, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden

Online registrieren auf
WWW.DKMS.DE



MUND AUF GEGEN BLUTKREBS.

FOLGE UNS



Alle 16 Minuten erkrankt ein Mensch an Blutkrebs. Lass Dich mit einem einfachen Wangenabstrich als Stammzellspender in der DKMS registrieren und hilf uns, den Kampf gegen die Krankheit zu gewinnen. Jetzt ganz einfach von zuhause aus das Registrierungsset anfordern unter: www.dkms.de



Wir besiegen Blutkrebs.



Celgene – medizinische und andere hilfreiche Informationen für Patienten

Celgene bietet Ihnen eine Vielzahl von Informationsmaterialien. Alle werden durch ausgewiesene Fachleute erarbeitet und regelmäßig aktualisiert.

Unter www.celgene.de steht Ihnen ein kostenfreier Bestell- und Download-Service zur Verfügung.



Celgene GmbH
Joseph-Wild-Straße 20
81829 München
www.celgene.de
info@celgene.de

Telefon 0 89 / 45 15 19-010
Telefax 0 89 / 45 15 19-019



Unsere Fachbroschüren sind zum Großteil auch auf Türkisch und Russisch erhältlich!