

# Frauenselbsthilfe nach Krebs

Bundesverband e.V.

## Leben mit Metastasen

Ein Ratgeber der Frauenselbsthilfe nach Krebs



Unter Schirmherrschaft und mit finanzieller Förderung  
der Deutschen Krebshilfe e.V.



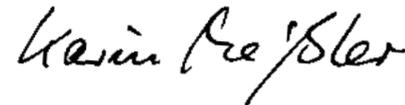
## Liebe Leserin, lieber Leser,

wenn Sie die Diagnose „fortgeschrittener Krebs“ oder „Metastasierung“ erhalten, dann ist das sicherlich ein Schock für Sie. Erstdiagnose und Therapie liegen hinter Ihnen und Sie hatten berechtigte Hoffnung auf Heilung. Und nun diese scheinbar alle Hoffnung vernichtende Nachricht.

Lassen Sie sich in dieser Situation nicht entmutigen. Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir, die wir selbst betroffen sind, Ihnen und Ihren Angehörigen zeigen, dass es keinen Grund gibt, sich nun aufzugeben. Wie bei jeder Krebserkrankung gibt es auch in der Metastasierung unterschiedliche Stadien. Es gibt Formen mit einem fortschreitenden Krankheitsverlauf. Es gibt aber auch Formen, die aufgrund moderner Therapiemöglichkeiten wie eine chronische Krankheit verlaufen, mit der sich ein Leben mit guter Lebensqualität führen lässt.

Von Statistiken über die Überlebenschancen sollten Sie sich nicht irritieren lassen, da diese für Ihr individuelles Schicksal wenig aussagekräftig sind.

Die folgenden Seiten bieten Ihnen Informationen zu den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und Informationen zur Krankheitsbewältigung aus Betroffenen­sicht.



*Karin Meißler*  
Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

## Impressum

### Herausgeber:

Frauenselbsthilfe nach Krebs  
Bundesverband e.V.

### Verantwortlich i.S.d.P.:

Karin Meißler

### Redaktion:

Caroline Mohr

### Gesamtherstellung:

Dietz Druck Heidelberg

**Stand: August 2012**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Die Krankheit tritt erneut auf</b> .....	7
Metastasen und wie sie entstehen .....	7
Wo können Metastasen auftreten? .....	8
Das CUP-Syndrom – Metastasen ohne Primärtumor.....	8
Verfahren zur Diagnose von Metastasen.....	8
Bewertung der Tumorzellen (Grading).....	10
<b>Behandlungsmöglichkeiten von metastasiertem Krebs</b> .....	11
Chemotherapie.....	11
(Anti-)Hormontherapie.....	13
Operation .....	14
Radiotherapie (Strahlentherapie) .....	14
Behandlung eines Pleura-Ergusses (Rippenfell-Erguss) .....	14
Zielgerichtete Therapien (Targeted Therapies) .....	15
Schmerztherapien .....	16
Behandlung in klinischen Studien .....	17
<b>Nebenwirkungen von Therapien und ihre Behandlung</b> .....	19
Nebenwirkungen der Chemotherapie .....	19
Nebenwirkungen der Antihormontherapie .....	21
Nebenwirkungen zielgerichteter Therapien (Aromatasehemmer, Angiogenesehemmer, Bisphosphonate) ..	22
Nebenwirkungen der Radiotherapie.....	24
Nebenwirkungen von Operationen.....	24
Nebenwirkung: Fatigue-Syndrom.....	25
<b>Tipps zum Umgang mit der Diagnose</b> .....	27
Unterstützungsangebote nutzen.....	28
Entscheidungen gemeinsam mit dem Arzt treffen.....	29
Zweitmeinungen einholen .....	29
Aktiv zum Therapieerfolg beitragen.....	30
Sport während und nach der Therapie .....	30
Entspannungstechniken einsetzen .....	32
Soziale Isolation durchbrechen .....	32
Netzwerk aus professionellen Helfern aufbauen .....	33
Psychoonkologische Hilfe in Anspruch nehmen .....	34

*Anmerkung: Im Sinne der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Broschüre generell von Patientinnen und Ärzten gesprochen. Die Aussagen beziehen sich gleichrangig auch auf Patienten und Ärztinnen.*

Hilfsangebote für Angehörige nutzen .....	35
Salutogenese als Möglichkeit der Krankheitsbewältigung .....	35
<b>Alternativen zur Schulmedizin</b> .....	37
Therapien außerhalb des Leistungsangebotes der Krankenkassen (Alternativmedizin) .....	37
Komplementärmedizin als Ergänzung zur Schulmedizin .....	37
<b>Rehabilitation und Nachsorge</b> .....	38
Anschlussheilbehandlung (AHB).....	38
Ambulante Nachsorge .....	39
<b>Patientenrechte</b> .....	40
Recht auf medizinische Versorgung .....	40
Recht auf Information.....	41
Recht auf Selbstbestimmung.....	41
Recht auf Vertraulichkeit und Schutz der Privatsphäre .....	41
Sozialrechtliche Ansprüche.....	42
Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.....	42
<b>Palliativmedizin</b> .....	44
Behandlung auf einer Palliativstation.....	44
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) .....	46
Stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste .....	49
Weiterführende Informationen .....	49
<b>Anhang</b> .....	51
Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) .....	51
Bürgertelefone der Bundesregierung.....	51
Informationsangebote der Krankenversicherungen .....	52
Informationsangebote der gesetzlichen Rentenversicherung... ..	52
Krebsberatungsstellen .....	53
Hospizdienste .....	53
Krebs-Selbsthilfeorganisationen .....	54
Informationen zu Sportangeboten .....	56
Studienregister .....	59
Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe nach Krebs.....	59
<b>Medizinisches Wörterbuch</b> .....	61

## Die Krankheit tritt erneut auf

Jährlich wird bei mehr als 400.000 Menschen in Deutschland „Krebs“ diagnostiziert. Dies trifft die meisten Menschen völlig unerwartet und lässt das bisherige Leben von einem Moment zum anderen aus den Fugen geraten. Glücklicherweise beinhaltet die Diagnose Krebs heute aufgrund der effektiveren Früherkennung und des medizinischen Fortschritts für mehr als die Hälfte der Betroffenen je nach Krebsart und Erkrankungsstadium berechnete Hoffnung auf Heilung.

Dennoch kann es vorkommen, dass trotz Therapie einzelne Krebszellen überleben und in anderen Organen zu Tochtergeschwülsten, sogenannten Metastasen, heranwachsen. Dies kann wenige Monate oder Jahre nach der Ersttherapie eintreten. Aber auch viele Jahre später können „Schläferzellen“ wieder aktiv werden und zu einer Metastasierung führen.

Es kommt auch vor, dass der Krebs erst im metastasierten Stadium entdeckt wird. Ein besonderer, sehr seltener Fall ist das sogenannte Cup-Syndrom, bei dem Metastasen diagnostiziert werden, ohne den Primärtumor zu finden.

### Metastasen und wie sie entstehen

Das Wort Metastase kommt aus dem Griechischen und bedeutet frei übersetzt „Übersiedlung an einen anderen Ort“. Im medizinischen Wortgebrauch sind Metastasen Krebszellen, die sich vom ursprünglichen Tumor abgelöst haben und sich nach Ansiedlung in einem anderen Körperorgan dort weiter vermehren.

Metastasen werden nach dem Ort benannt, an dem sie entstehen:

- **lokale Metastasen** – in der nahen Umgebung des Ursprungstumors
- **regionäre Metastasen** – in den Lymphknoten nahe des Ursprungstumors
- **Fernmetastasen** – in entfernten Organen oder Körpergeweben

Metastasen werden auch nach ihrer Verbreitungsart unterschieden:

- **hämatogene Metastasen** – Verbreitung über die Blutbahn
- **lymphogene Metastasen** – Verbreitung über die Lymphbahnen

### Wo können Metastasen auftreten?

Metastasen von sogenannten „soliden Tumoren“, also Tumoren, die nicht Blut, Knochenmark oder das lymphatische System betreffen, treten häufig in Knochen (bevorzugt Wirbelsäule, Rippen, Becken, Schädel), Lunge, Rippenfell (Pleura), Lymphknoten, Leber, Haut oder Gehirn auf.

Bei Brusttumoren – die zu den soliden Tumoren zählen – siedeln sich Metastasen meist in den Knochen, der Lunge, dem Rippenfell sowie den Lymphknoten oberhalb des Schlüsselbeins an. Häufig tritt bei Brustkrebs auch eine Metastasierung in Leber, Haut und/oder Gehirn auf.

### Das CUP-Syndrom – Metastasen ohne Primärtumor (Ursprungstumor)

Von einem Cup-Syndrom spricht man, wenn zufällig oder bei der Abklärung von Beschwerden bösartige Tumore oder befallene Lymphknoten diagnostiziert werden, die sich als Absiedlungen eines ursprünglich entstandenen Tumors erweisen, d.h. nicht als Primärtumor eingestuft werden. In den meisten dieser Fälle ist selbst durch eine aufwendige Diagnostik nicht feststellbar, wo im Körper diese Metastasen ihren Ursprung haben. Gründe dafür sind, dass sich der eigentliche Tumor aufgelöst hat oder so klein ist, dass er nicht durch bildgebende Verfahren sichtbar gemacht werden kann.

### Verfahren zur Diagnose von Metastasen

Metastasen werden entweder zufällig bei Nachsorgeuntersuchungen oder aufgrund von Symptomen, z.B. Schmerzen entdeckt. Um Metastasen im Körper zu lokalisieren, gibt es verschiedene Untersuchungsmethoden. Die wichtigsten sind **Ultraschall, Röntgen, Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT)/Kernspintomographie**.

Bei Verdacht auf Knochenmetastasen wird meist eine **Knochenszintigraphie** vorgenommen. Das ist eine nuklearmedizinische Methode, bei der Patientinnen schwach radioaktive Substanzen injiziert werden. Damit können Knochen dargestellt werden, die einem erhöhten Stoffwechsel unterliegen. Dieser erhöhte Stoffwechsel ist ein Indikator für Tumorzellen. Der Vorteil dieses Verfahrens ist, dass der ganze Körper in einem Untersuchungsgang vom Scheitel bis zur Sohle nach Veränderungen im Knochen abgesucht werden kann. Hinzu kommt die hohe Empfindlichkeit der Methode, die Veränderungen am Knochen schon viel früher als ein herkömmliches bildgebendes Verfahren sichtbar machen kann.

Neben den oben genannten Untersuchungsmethoden gibt es noch ein weiteres bildgebendes Verfahren zur Feststellung von Metastasen: **die Positronen-Emissions-Tomographie (PET)**. Bislang ist die PET in der Krebsmedizin kein Standardverfahren. Ihr Nutzen ist bisher nur zur Untersuchung bestimmter maligner (bösartiger) Lymphome wie dem Hodgkinschen Lymphom sicher belegt. Da die Methode zudem aufwendig und teuer ist, werden die Kosten nur für Indikationen mit sicherem Nutznachweis übernommen. Vor dem Einsatz einer PET sollte daher unbedingt geklärt werden, ob die Kasse in diesem Einzelfall die Kosten erstattet. Sollten Sie gesetzlich versichert sein und eine PET ohne ärztliche Anordnung wünschen, müssen Sie diese privat bezahlen.

Auch die Kosten für eine MRT werden nicht in jedem Fall von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Hier muss unbedingt vor der Untersuchung ein Antrag bei der jeweiligen Krankenkasse gestellt werden.

Wissenschaftler und Ärzte haben lange Zeit große Hoffnungen darauf gesetzt, für jede Krebsart eine charakteristische Substanz, einen **Tumormarker**, im Blut zu finden. Ein einfacher Bluttest wäre so zum „Krebstest“ geworden. Dank molekularbiologischer Krebsforschung lassen sich im Blut von Krebspatienten tatsächlich zahlreiche Stoffe nachweisen, die die Tumorzellen selbst bilden oder deren Bildung sie anregen. Doch aktuelle Forschungen haben gezeigt, dass die Hoffnung auf einen schnellen und einfachen Krebstest mittels Tumormar-

kern sich nicht erfüllt. Im Gegenteil: Internationale Experten schätzen den Stellenwert von Tumormarkern heute bei weitem nicht mehr so hoch ein wie noch vor einigen Jahren. Die meisten Marker sind nicht spezifisch für eine bestimmte Erkrankung. Viele treten im Blut zum Beispiel auch bei Entzündungen auf. Aus dem Bluttest allein lässt sich Krebs deshalb nicht feststellen. Die Bestimmung von Tumormarkern ist bis auf wenige Ausnahmen auf die Therapiebegleitung und Verlaufskontrolle von Krebserkrankungen beschränkt. Und dies auch nur da, wo geeignete, aussagekräftige Marker existieren.

### Bewertung der Tumorzellen (Grading)

Bei einer mikroskopischen Untersuchung der Tumorzellen, kann die Tumorart, die Aggressivität und die Wachstumsgeschwindigkeit des Tumors – und damit dessen Prognose – abgeschätzt werden. Beim sogenannten „Grading“ werden die Tumore nach dem Ausmaß ihrer Veränderung von der Ursprungszelle (Differenzierung), in vier Grade eingeteilt:

- G1-Tumoren sind ihrem Ursprungsgewebe sehr ähnlich, d.h. noch gut differenziert;
- G2-Tumoren sind mäßig differenziert;
- G3-Tumoren sind schlecht differenziert;
- G4-Tumoren sind undifferenziert, d.h. kaum noch als Ursprungszelle zu erkennen, wachsen schnell und neigen dazu, aggressiv in benachbartes Gewebe einzuwachsen.

Vom Grading, also von den Eigenschaften des Tumorgewebes, hängt die einzuleitende Therapie ab.

## Behandlungsmöglichkeiten von metastasiertem Krebs

Für die Behandlung von Krebs im metastasierten Stadium stehen verschiedene Therapien zur Verfügung, die als Second- oder Third-line-Therapien bezeichnet werden, womit die zweite oder dritte Therapieoption nach der Ersttherapie gemeint ist. Da metastasierter Krebs eine systemische Erkrankung ist, d.h. den ganzen Körper betrifft, kommen in den meisten Fällen systemische Therapien zum Einsatz wie die Chemo-, (Anti-)Hormon- oder Antikörpertherapie. Diese werden entweder einzeln oder in Kombination eingesetzt.

Die Entscheidung darüber, welche Therapie die richtige für die jeweilige Patientin ist, hängt u.a. von der individuellen Situation der Patientin, von deren Alter und vom Vorhandensein anderer Erkrankungen, z.B. des Herz-Kreislauf-Systems, der Leber oder Nieren, ab.

Für häufig auftretende Krebserkrankungen gibt es Behandlungsleitlinien, die auf der Grundlage der bestehenden Studienlage von den jeweiligen Experten der Fachgesellschaften festgelegt und regelmäßig aktualisiert werden. Sie sollten dem Arzt, der onkologische Patientinnen behandelt, bekannt sein und von ihm unter Beteiligung der jeweiligen Patientin berücksichtigt werden.

### Chemotherapie

Der Vorteil einer Chemotherapie besteht darin, dass sie im ganzen Körper auf vorhandene Tumorzellen wirkt. Dafür werden chemische Substanzen eingesetzt, die die Zellen an der Teilung hindern oder sie zum Absterben bringen. Diese Substanzen heißen Zytostatika. Vereinfacht übersetzt bedeutet der Begriff „Zellstopper“.

Viele Zytostatika setzen an der Erbsubstanz an. Andere blockieren wichtige Stoffwechselabläufe bei der Zellteilung. Da dies sehr grundlegende Vorgänge sind, betreffen sie meist nicht nur die Krebszellen. Beeinträchtigt werden – in unterschiedlichem Umfang – alle sich schnell regenerierenden Gewebe. Dadurch treten unter anderem Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erschöpfung, Haarausfall, eine erhöhte

Anfälligkeit für Infektionen, ein allgemeiner Erschöpfungszustand (Fatigue), Entzündungen der Mundschleimhaut sowie eine Verringerung der Anzahl der Leukozyten (weiße Blutkörperchen) auf. Viele Nebenwirkungen sind heute aber gut behandelbar (siehe Kapitel „Nebenwirkungen“, S. 19).

Keine Chemotherapie gleicht der anderen. Für jede Patientin wird die Dosis individuell zusammengestellt und nach einem auf die gegebenen Bedingungen abgestimmten Plan verabreicht. Zugeführt werden die Substanzen in der Regel als Spritze oder Infusion in eine Vene, ins Unterhautfettgewebe (subkutan), in eine Arterie oder auch in einen künstlichen Gefäßzugang (Port), der vor Beginn der Therapie eingesetzt wird. Diese Form der Chemotherapie ist in der Regel eine Intervallbehandlung, d.h. es folgt auf eine Behandlungsphase jeweils eine Behandlungspause von zwei bis vier Wochen. Diese Abfolge nennt man „Zyklus“ oder „Kurs“. Wie viele Zyklen eine Chemotherapie hat, ist unterschiedlich und hängt maßgeblich von den zu verabreichenden Medikamenten ab.

Die Therapie wird meist ambulant im Krankenhaus oder bei einem niedergelassenen Onkologen durchgeführt und dauert mehrere Monate. Die Behandlungspausen zwischen der Verabreichung der Zytostatika dienen der Erholung und Regeneration der gesunden Zellen.

Eine andere Form der Chemotherapie wird oral (durch den Mund) in Form von Tabletten und Kapseln verabreicht. Der Vorteil dieser Therapie besteht darin, dass Patientinnen für die Verabreichung der Medikamente nicht das Haus verlassen müssen oder auf fremde Hilfe angewiesen sind. Tabletten können zuhause und unterwegs eingenommen werden und bieten der Patientin somit ein großes Maß an Unabhängigkeit. Ein weiterer Vorteil der Therapie ist, dass dieser Wirkstoff keinen Haarverlust nach sich zieht. Viele Patientinnen, die diese Therapieform anwenden, sind jedoch vom sogenannten Hand-Fuß-Syndrom betroffen (siehe Kapitel „Nebenwirkungen“, S. 21).

Der richtige Einnahmezeitpunkt der Medikamente ist von großer Bedeutung für deren Wirksamkeit und die Verringerung der Nebenwirkungen. Patientinnen bekommen von ihrem Arzt einen Therapieplan, in dem die Medikamente und die Dosis für jeden Tag, evtl. mit Angabe der Einnahmezeit, genau aufgeführt sind. Dieser Plan sollte

genau beachtet werden und die Tablettenration für einen Tag oder eine Woche in einer unterteilten Tablettenbox vorbereitet sein. Dieses Vorgehen erleichtert die regelmäßige Einnahme der Medikamente. Bei Erbrechen oder Durchfall sollte unbedingt der Arzt unterrichtet werden, da die Medikamente in diesen Fällen nur verringert wirksam sein können.

In regelmäßigen Abständen finden Kontrolluntersuchungen statt, die gewährleisten, dass die Chemotherapie optimal wirkt. Die meisten dieser Untersuchungen können ambulant vom Haus- oder einem Facharzt durchgeführt werden. Die Kontrollen beinhalten u.a. eine Blutuntersuchung. Dabei wird abgeklärt, ob oder wie stark sich die Anzahl der weißen Blutkörperchen (Leukozyten) nach einem Zyklus verändert hat. Bei einer zu starken Abweichung vom Normbereich müssen möglicherweise supportive (unterstützende) Medikamente zur Verbesserung des Blutbildes verabreicht werden, die Medikamentendosis muss angepasst oder der Therapiezyklus unterbrochen werden. Außerdem werden radiologische (bildgebende) Untersuchungen durchgeführt, um Aufschluss darüber zu erhalten, ob die Metastasen auf die Therapie ansprechen.

### (Anti-)Hormontherapie

Eine Vielzahl von Tumoren wachsen verstärkt unter dem Einfluss von Hormonen. Diese Hormonabhängigkeit von Krebszellen ist der Ansatzpunkt der (Anti-)Hormontherapie mit sogenannten Aromatasehemmern. Das sind Substanzen, die die Östrogenproduktion im Körper deutlich reduzieren. Um feststellen zu können, ob ein Tumor hormonrezeptorpositive Eigenschaften besitzt, untersucht ein Pathologe das Tumorgewebe (histologische Untersuchung). Ergibt die Untersuchung, dass vermehrt Hormonrezeptoren im Tumorgewebe enthalten sind, kommt die antihormonelle Therapie in Frage (siehe auch Kapitel „Zielgerichtete Therapien“, S. 15). Sie ist meist eine Dauertherapie, da das Absetzen der Medikamente in vielen Fällen ein erneutes Tumorwachstum zur Folge hat.

Wie die Chemotherapie ist die Antihormontherapie eine systemische Behandlungsmethode, d.h. sie wirkt im ganzen Körper. Durch den

medikamentös veränderten Hormonhaushalt kann es z.B. bei der Behandlung von Brustkrebs mit Tamoxifen zu einer Tumorbildung im Bereich der Gebärmutter Schleimhaut kommen. Regelmäßige Untersuchungen durch den Frauenarzt sind daher wichtig. Durch langjährige Therapien mit Aromatasehemmern können zudem Nebenwirkungen in Form von Knochenabbau und Gelenksbeschwerden auftreten.

### Operation

Das Ziel einer Krebsoperation ist immer die vollständige Entfernung des Tumors und der befallenen Lymphknoten. Je weiter der Krebs fortgeschritten ist, umso schwieriger wird eine Operation. Die Eingriffe sind dann meist radikaler als in der Situation der Ersterkrankung und sie führen zu größeren körperlichen und auch psychischen Beeinträchtigungen (siehe Kapitel „Nebenwirkungen“, S. 24). In den meisten Fällen lassen sich Metastasen nicht mehr operativ entfernen.

### Radiotherapie (Strahlentherapie)

Die Strahlentherapie dient der direkten Zerstörung von Krebszellen. Sie kann zur Heilung einer Krebserkrankung (adjuvant) eingesetzt werden, aber auch zur Behandlung von Beschwerden und Schmerzen (palliativ). Bei metastasiertem Krebs ist der Einsatz meist palliativ. Da die radioaktiven Strahlen auch gesundes, im Bestrahlungsbereich gelegenes Gewebe beeinflussen, kann es dort zu Nebenwirkungen kommen (siehe Kapitel „Nebenwirkungen“, S. 24).

### Behandlung eines Pleura-Ergusses (Lungenfell-Erguss)

Metastasen können sich auch auf dem Lungen- und/oder Rippenfell bilden. Dadurch kann es zu einer Flüssigkeitsabsonderung in den Spalt zwischen Lunge und Brustkorb (Pleuraspalt) kommen. Dieser tumorbedingte Pleuraerguss führt zu Atemnot und verursacht oft auch Schmerzen. Durch Punktion der Flüssigkeit lässt sich die akute Atemnot nur vorübergehend lindern, da der Erguss wieder nachläuft. Wirkungsvoller und nachhaltiger können Maßnahmen zur Verkle-

bung des Pleuraspaltes sein, indem mittels Medikamenten eine lokale Entzündung verursacht wird, die zur Verklebung führt (Pleurodes).

### Zielgerichtete Therapien (Targeted Therapies)

Das Wissen um die molekularen Vorgänge, die eine Zelle zu einer Tumorzelle entarten lassen, sind der Schlüssel für eine individuell angepasste Krebsbehandlung. Anders als bei bisherigen Standardmethoden wie etwa der Chemo- oder Strahlentherapie (Gießkannenprinzip) richten sich viele neue Wirkstoffe gegen gezielt ausgewählte Angriffspunkte (Targets) des Tumors. Diese neuen Therapieformen werden daher unter dem Begriff „Zielgerichtete Therapien“ zusammengefasst - englisch: Targeted Therapies. Sie greifen zielgerichtet in die Stoffwechselfvorgänge bösartiger Zellen ein, gesundes Zellgewebe wird geschont.

Ein Beispiel für eine zielgerichtete Therapie ist die **Antikörpertherapie mittels Herzeptin**. Dieses Medikament, das den Antikörper Trastuzumab enthält, blockiert die Wirkung eines wachstumsfördernden Botenstoffs, der HER2 genannt wird. HER2 steht für „humaner (menschlicher) epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor Nummer 2“. Trastuzumab kann das Wachstum derjenigen Tumoren verlangsamen, die den HER2-Rezeptor in großer Menge tragen. Der Einsatz dieser Therapie kommt somit nur bei denjenigen Patientinnen in Frage, deren Tumor diese Eigenschaft aufweist. Das ist in 20 bis 30 Prozent aller Brustkrebspatientinnen der Fall.

Ein weiteres Beispiel für eine zielgerichtete Therapie ist die **Anti-hormontherapie mittels Aromatase-Hemmung**. Aromatase ist das Enzym, das für die Bildung von Östrogenen verantwortlich ist. Vor den Wechseljahren sind die Eierstöcke der Ort mit der größten Aromatase-Aktivität und damit der zentrale Ort der Östrogen-Produktion. Wenn die Eierstöcke nach den Wechseljahren ihre Aktivität einstellen, geht die Menge der Aromatasen im Körper stark zurück. Nur die Aromatasen in den übrigen Körperzellen sind noch befähigt Östrogen zu produzieren. Auch das Mammakarzinom-Gewebe besitzt Aromatasen und kann somit Oestrogene produzieren. Durch die Hemmung der Aromatase sollen die Tumorzellen der ungünstigen

hormonalen Einwirkung entzogen und so das Brustkrebswachstum gehemmt werden.

Und schließlich gibt es die sogenannte **Angiogenese-Hemmung**. Hierbei soll die Neubildung von Blutgefäßen im Tumor verhindert und somit der Tumor quasi ausgehungert werden, indem er nicht mehr ausreichend mit Nährstoffen und Sauerstoff über die Blutgefäße versorgt wird. Diese Therapie kann die Behandlung von metastasiertem Brustkrebs verbessern und kommt einzeln und in Kombination mit der Chemotherapie zum Einsatz.

Zur Behandlung von Knochenmetastasen gibt es ebenfalls eine zielgerichtete Therapie. Hier werden Medikamente aus der Gruppe der **Bisphosphonate** angewandt. Bisphosphonate lagern sich an die Knochensubstanz an und hemmen die metastasenbedingten Knochenzerstörungen. Dadurch lässt sich vor allem die Gefahr von Knochenbrüchen verringern. Bisphosphonate haben auch antitumorale Eigenschaften und können die Lebenszeit von metastasierten Patientinnen verlängern.

## Schmerztherapien

50 bis 80 Prozent aller Patientinnen mit Metastasen leiden – je nach Tumorart und Lokalisation - mehr oder weniger stark an Schmerzen. Heutzutage kann in ca. 90 Prozent aller Fälle völlige Schmerzfreiheit oder zumindest eine deutliche Schmerzreduzierung erreicht werden. Das haben langjährige und gut dokumentierte Erfahrungen von Schmerztherapeuten und Palliativmediziner\*innen gezeigt.

Tumorpatientinnen müssen heute also keine Schmerzen mehr erleiden! Sollten Sie Schmerzen haben, dann muss das nicht sein. Wenden Sie sich in diesem Fall an Ihren Arzt und fragen ihn nach einer auf Sie zugeschnittenen Schmerzbehandlung.

Ziel der Schmerzbehandlung ist es, Schmerzfreiheit für die Patientinnen zu erreichen, ohne ihre Wachheit und Kommunikationsfähigkeit zu beeinträchtigen. Nicht selten wird die eigentliche Schmerzbehandlung durch eine Begleitbehandlung mit antidepressiv wirkenden

Medikamenten ergänzt. Diese haben einen günstigen Einfluss auf das Schmerzempfinden.

Zur medikamentösen Schmerzeinstellung oder zur Durchführung spezieller Schmerzblockaden kann die kurzfristige stationäre Aufnahme in ein schmerztherapeutisches Zentrum oder auf eine Palliativstation notwendig und sinnvoll sein.

## Behandlung in klinischen Studien

Wenn die Diagnose „Metastasierung“ feststeht, ist es je nach den Befunden möglich, im Rahmen der weiteren Therapie an einer Studie teilzunehmen. Ziel von klinischen Studien ist es, neue, noch nicht zugelassene Medikamente und Behandlungsmethoden zu erproben.

Für Patientinnen im fortgeschrittenen Stadium bietet die Teilnahme an einer klinischen Studie die Chance, eine bisher noch nicht allgemein zugängliche Behandlungsmöglichkeit zu erhalten. Die Teilnehmerinnen werden intensiv betreut und engmaschig untersucht.

Neben einem möglichen Nutzen kann die Studienteilnahme aber auch Gefahren mit sich bringen, da nicht alle möglichen Wirkungen oder Nebenwirkungen der neuen Behandlungsmethode bekannt sind. Engmaschige Kontrolluntersuchungen und eventuell lange Anfahrtswege können zudem belastend für die Teilnehmerinnen sein. Wichtig ist daher, dass die Teilnehmerinnen vor der Studieneinschreibung über den Nutzen und auch über Risiken aufgeklärt werden, damit sie informiert entscheiden können.

Die Teilnahme an einer klinischen Studie ist grundsätzlich freiwillig und es ist jederzeit möglich, aus persönlichen Gründen die Studie wieder zu verlassen, ohne Nachteile bei der weiteren Behandlung befürchten zu müssen. Um an einer Studie teilnehmen zu können, müssen Patientinnen allerdings bestimmte Voraussetzungen erfüllen, die sogenannten Ein- und Ausschlusskriterien. Diese können z. B. das Alter, ein bestimmtes Krankheitsstadium oder bisher durchgeführte Behandlungen betreffen.

Bei klinischen Arzneimittelprüfungen wird die Wirksamkeit eines Medikaments am Menschen getestet. Sie erfolgen in drei Phasen:

- Im ersten Schritt werden die Verträglichkeit und die optimale Dosierung der Arznei an einer kleinen Gruppe von Teilnehmerinnen getestet (**Phase-I-Studie**). Daran teilnehmen können nur Patientinnen, bei denen die bisher zur Verfügung stehenden Therapien nicht wirksam waren.
- In einer **Phase II-Studie** wird die optimale Dosierung einer in Phase I getesteten Therapie erprobt.
- **Phase-III-Studien** werden an einer größeren Anzahl von Patientinnen durchgeführt und sollen die Wirksamkeit des neuen Medikaments bzw. der Therapie belegen. Die Teilnehmerinnen dieser Phase werden sorgfältig ausgewählt und müssen vorher festgelegte Kriterien erfüllen. Erst das Ergebnis dieser Phase entscheidet darüber, ob eine neue Therapie oder ein neues Medikament zur Behandlung zugelassen wird oder nicht.
- Nach der Zulassung wird in **Phase-IV-Studien** die Wirksamkeit der Therapie bzw. des Arzneimittels an einer Vielzahl von Patientinnen getestet, um auch seltene Nebenwirkungen ermitteln zu können.

Auch im Bereich der Strahlentherapie und der Chemotherapie wird geforscht, ebenso hinsichtlich der Aussagekraft verschiedener bildgebender Verfahren. Ob Patientinnen für eine Studie infrage kommen und es für sie von Nutzen ist, an einer Studie teilzunehmen, muss mit den behandelnden Ärzten im Krankenhaus beraten und gemeinsam entschieden werden.

Um die Risiken für Studienteilnehmerinnen zu begrenzen, gibt es gesetzliche Vorschriften für die Durchführung von Studien. Sie werden nach internationalen Qualitätsstandards sorgfältig geplant, anhand eines Studienprotokolls von Ärzten mit besonderer Erfahrung durchgeführt und von unabhängigen Gremien überprüft.

## Nebenwirkungen von Therapien und ihre Behandlung

Alle Krebsbehandlungen können neben den heilenden und helfenden Wirkungen auch unerwünschte Wirkungen, sogenannte Nebenwirkungen haben. Viele dieser Nebenwirkungen sind vorübergehend, einige sind mittelfristig, wenige führen zu bleibenden Beeinträchtigungen. Je nach individueller Empfindlichkeit der Patientinnen fallen die Nebenwirkungen sehr unterschiedlich aus.

Generell gilt, dass alle zur Behandlung von Krebs eingesetzten Therapien nur dann wirkungsvoll und sinnvoll sind, wenn gleichzeitig deren Nebenwirkungen durch unterstützende Maßnahmen behandelt werden. Diese sogenannten supportiven Maßnahmen gehören somit unverzichtbar zum onkologischen Behandlungskonzept. Sie dienen dazu, behandelbare Komplikationen und unerwünschte Wirkungen zu vermeiden oder abzuschwächen und den Körper bei der Genesung zu unterstützen. Ein wesentliches Ziel ist es, die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten sowie die Durchführbarkeit der Therapien abzusichern und so bessere Behandlungsergebnisse zu erreichen.

Die Supportivmedizin behandelt Symptome wie Schmerzen, Schleimhautentzündungen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Hautausschläge, Sensibilitätsstörungen, Stuhlunregelmäßigkeiten, Atemnot oder Anämie, aber auch Angst, Depression und das Fatigue-Syndrom.

### Nebenwirkungen der Chemotherapie

Chemotherapien sind sogenannte systemische Therapie, d.h. sie betreffen den ganzen Körper. Damit verbunden sind häufig Nebenwirkungen wie Blutarmut, Schmerzen, Übelkeit oder Erbrechen, Haarausfall, (Mund-)Schleimhautentzündung, Durchfall/Verstopfung, Blasen-/Harnwegentzündung, Funktionsstörungen des zentralen oder des peripheren Nervensystems (Neurotoxizität) Polyneuropathie, Fatigue (chronische Erschöpfung), Infektionen.

Der bei der Chemotherapie von den meisten so sehr gefürchtete **Haarverlust** ist nur vorübergehend. Eine rechtzeitige Verordnung von

Haarersatz hilft über diese belastende Zeit der Krebstherapie hinweg. Es ist ratsam, sich bereits vor Beginn einer Chemotherapie bei dem behandelnden Arzt zu erkundigen, ob mit der Therapie ein kompletter Haarverlust verbunden ist. Bei Haarverlust durch Chemotherapie übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine Perücke oder zahlen zumindest einen Zuschuss. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Die Höhe der Zuschüsse ist je nach Krankenkasse unterschiedlich. Vor Anfertigung oder Kauf einer Perücke ist es ratsam, bei der Krankenkasse nachzufragen, bis zu welcher Höhe die Kosten übernommen werden.

Chemotherapien können Auswirkungen auf die weißen Blutkörperchen (Leukozyten) haben, die für die Immunfunktion verantwortlich sind. Ist von vornherein zu erwarten, dass das Immunsystem stark in Mitleidenschaft gezogen wird und so das **Infektionsrisiko** steigt, werden meist vorbeugend (prophylaktisch) Antibiotika verabreicht.

Gegen **Übelkeit und Erbrechen**, die früher als Begleiterscheinung von Chemotherapien am meisten gefürchtet waren, werden heutzutage hochwirksame Medikamente, sogenannte Antiemetika, eingesetzt. Diese Nebenwirkung muss also niemand mehr ertragen. Wichtig ist, dass die Mittel gleichzeitig mit der Chemotherapie, also vorbeugend eingesetzt werden. Da bei der Entstehung von Übelkeit auch die Psyche eine Rolle spielt, verhindert die prophylaktische Gabe unbewusste Lernreaktionen des Körpers nach dem Muster „Chemotherapie = Erbrechen“. Werden diese Vorgaben beachtet, sind anhaltende und nicht beherrschbare schwere Übelkeit und starkes Erbrechen während einer Chemotherapie sehr selten.

Einige Chemotherapien können als Nebenwirkung zu einer **Polyneuropathie** (Schädigung der Nervenbahnen) führen. Die Polyneuropathie ist kumulativ, d. h. jede weitere Chemotherapiegabe verstärkt die Symptome. Patientinnen, die während der Chemotherapie Veränderungen der Sensibilität wie vermindertes Tastempfinden, beginnendes Taubheitsgefühl oder „Ameisenkribbeln“ in Händen oder Füßen empfinden, sollten dies umgehend mit dem für die Chemotherapie zuständigen Arzt besprechen. In diesen Fällen muss entschieden werden, ob die Chemotherapie angepasst werden kann, damit sich die Symptome nicht weiter verschlimmern.

Unter dem **Hand-Fuß-Syndrom** versteht man schmerzhafte Rötungen (Erytheme) und Schwellungen an Handflächen und Fußsohlen, die als Nebenwirkung von Chemotherapien mit bestimmten Zytostatika auftreten können. Die Veränderungen an Haut, Nägeln und Haaren bilden sich zurück, wenn die Medikamente abgesetzt werden. Während der Behandlung sollten Betroffene die Hautpflege intensivieren sowie Beine und Arme hoch lagern. Die Beschwerden können auch durch vorsichtige Massage von Händen und Füßen, die die Durchblutung fördert, gelindert werden. Außerdem kann es sinnvoll sein, die Haut durch das Tragen leichter Baumwollhandschuhe zu schützen. Prophylaktisch kann ein tägliches Hand-Fuß-Bad helfen, Hautveränderungen entgegen zu wirken.

### Nebenwirkungen der Antihormontherapie

Die Antihormontherapie bewirkt das Ausschalten der Geschlechtshormone mit Nebenwirkungen, wie sie auch in den Wechseljahren auftreten können. Die Ausprägung der Nebenwirkungen ist dabei jedoch von Person zu Person und von Präparat zu Präparat unterschiedlich. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über mögliche Maßnahmen zur Linderung der Symptome. In der Regel kann Abhilfe geschaffen werden. Auch kann sich der Körper nach einer gewissen Zeit an die Therapie anpassen, so dass Sie die Symptome dann als wenig belastend empfinden.

Da bei Frauen ein Östrogenentzug natürlicherweise während der Wechseljahre auftritt, kann eine Hormonblockade auch typische Wechseljahresbeschwerden wie Schlafstörungen, Ausbleiben der Periode, Hitzewallungen, Schwitzen, Gewichtszunahme, abnehmende Knochendichte und depressive Verstimmungen zur Folge haben. Davon sind häufig Frauen vor der Menopause betroffen. Männer können bei Hormonentzug aber unter ähnlichen Symptomen leiden. Auch bei ihnen führt die Behandlung häufig zu Hitzewallungen. Darüber hinaus können unter Umständen der Verlust des sexuellen Interesses und Erektionsstörungen auftreten. Bei vollständigem Testosteronentzug ist bei Männern nicht auszuschließen, dass auch bei ihnen die Knochendichte abnimmt und es zu einer Osteoporose kommt.

Antihormone sind in der Regel gut verträglich. Das Antiöstrogen Tamoxifen, das bei Brustkrebs zum Einsatz kommt, kann jedoch die Entstehung von Thrombosen begünstigen und zu vaginalem Ausfluss oder Blutungen außerhalb der normalen Regelblutung führen. Auch leiden Frauen unter Einfluss von Tamoxifen manchmal unter einer trockenen und juckenden Scheidenschleimhaut. Da Tamoxifen an Brustgeweben zwar als Antiöstrogen wirkt, an anderen Organen aber eine östrogene Wirkung entfaltet, kann es im Gebärmutterkörper von Frauen nach den Wechseljahren zu einem krankhaften Aufbau der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) kommen. Selten entwickelt sich daraus ein Endometriumkarzinom. Durch regelmäßige Kontrollen beim Frauenarzt können Veränderungen in der Regel frühzeitig bemerkt und effektiv behandelt werden. Bei Männern kann die Gabe von Antihormonen zu Schmerzen in der Brust und Anschwellen der Brustdrüsen führen.

Aromatasehemmstoffe (Substanzen, die die Östrogenproduktion im Körper deutlich reduzieren) können Muskel- und Gelenkbeschwerden auslösen sowie den Fettstoffwechsel beeinträchtigen. Außerdem begünstigen sie bei Frauen die Entstehung von Osteoporose. Dieser kann aber mit entsprechenden Mitteln vorgebeugt werden. Betroffene Patientinnen sollten mit ihrem Arzt über geeignete Maßnahmen sprechen.

Durch die Gabe von Hormonen in der Therapie von Schilddrüsenkrebs treten in der Regel keine Nebenwirkungen auf, sofern die Dosis richtig eingestellt ist. Bei einer Überdosis kann es jedoch zu Nebenwirkungen kommen, die auch bei einer Schilddrüsenüberfunktion auftreten, wie Nervosität, labile Gefühlszustände, Hitzewallungen, durchfallartiger Stuhlgang, Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit.

### **Nebenwirkungen von „Zielgerichteten Therapien“**

Moderne Krebstherapien (Targeted Therapies = zielgerichtete Therapien) wirken zwar nicht auf den gesamten Körper, sondern greifen zielgerichtet in die Stoffwechselforgänge bösartiger Zellen ein. Die

Ziel-Proteine (Eiweiße) finden sich jedoch auch auf anderen, gesunden Zellen. Deshalb können auch bei Targeted Therapies Nebenwirkungen auftreten.

### **Nebenwirkungen der Antikörpertherapie mit Herceptin**

Bei Brustkrebspatientinnen mit einer HER-2-positiven Erkrankung, die eine Antikörperbehandlung mit Herceptin erhalten, kann es in Einzelfällen zu einer Abschwächung der Herzmuskelleistung kommen, sodass während der Behandlung regelmäßig eine Ultraschalluntersuchung des Herzens vorgenommen werden muss.

### **Nebenwirkungen der Angiogenese-Hemmer-Therapie**

Der Angiogenese-Hemmer kann Nasenbluten auslösen. Manche Patientinnen sind deshalb beunruhigt. Die Blutung stoppt in der Regel von selbst. Normalerweise reicht es, die Nasenflügel zusammenzudrücken und zu warten, bis das Nasenbluten aufhört. Bei einigen Patientinnen kommt es unter der Behandlung zu einem Anstieg des Blutdrucks. Dieser muss deshalb regelmäßig kontrolliert werden. In den meisten Fällen lässt sich der Blutdruck mit Medikamenten senken. Ist dies nicht möglich, muss der Arzt entscheiden, ob die Angiogenese-Hemmung abgesetzt werden soll. Die Behandlung mit Angiogenese-Hemmern steht noch relativ am Anfang und ist noch nicht so gut erforscht wie andere Therapieformen zur Behandlung von metastasiertem Krebs. Zurzeit laufen weitere Studien zu den Nebenwirkungen der Angiogenese-Hemmer. Zu möglichen aktuellen Ergebnissen sollten Sie Ihren Arzt befragen.

### **Nebenwirkungen der Bisphosphonat-Therapie**

Wenn ein Tumor Tochtergeschwülste in den Knochen gebildet hat, werden häufig Bisphosphonate eingesetzt, um die Knochenschädigung zu bremsen und das Risiko für Knochenbrüche verringern. Ein wesentliches Ziel ist außerdem die Schmerzlinderung. Schwerwiegende, aber seltene Nebenwirkungen der Bisphosphonat-Therapie sind Einschränkungen der Nierenfunktion und das Auftreten von Kiefernekrosen, bei denen Knochengewebe im Ober- oder Unter-

Kiefer abstirbt. Patientinnen sollten sich daher ggf. vor Beginn einer Bisphosphonat-Therapie Zähne und Kiefer bei einem Spezialisten sanieren lassen.

### **Nebenwirkungen der Radiotherapie**

Wird die Radiotherapie adjuvant – also zur Behandlung der Ersterkrankung – eingesetzt, kann es zu Übelkeit und Erbrechen, Blutveränderungen und Müdigkeit sowie Hautveränderungen und Haarausfall kommen. Diese Nebenwirkungen sind heute aber meist durch die Gabe spezieller Medikamente vermeidbar. Im metastasierten Stadium wird die Strahlentherapie generell palliativ eingesetzt. Hier geht es um die Linderung von Schmerzen.

Zu den Nebenwirkungen der palliativ eingesetzten Strahlentherapie können vorübergehende und dauerhafte Veränderungen der Haut zählen wie Narbenzug, Hautverfärbung, Hautpigmentierung, spinnenförmige Hautrötungen. In diesen Fällen ist eine intensive Hautpflege notwendig. Welche Hautpflege zu welchem Zeitpunkt die richtige ist, sollte mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Wichtig ist, keine Kosmetika örtlich anzuwenden, die Haut nur abzutupfen anstatt zu reiben, sie eventuell einzuölen oder zu kühlen. Auf Seife sollte generell verzichtet werden.

### **Nebenwirkungen von Operationen**

Operative Eingriffe bei fortschreitender Erkrankung sind meist radikaler als in der Situation der Ersterkrankung und sie führen zu größeren körperlichen und auch psychischen Beeinträchtigungen. Bei Brustkrebs z.B. bedeutet eine mögliche medizinisch erforderliche Mastektomie (Entfernung der Brust) ein verändertes Körperbild, das neben der psychischen Belastung orthopädische Beeinträchtigungen mit sich bringt, die durch eine prothetische Versorgung mit Spezial-BHs und durch Krankengymnastik ausgeglichen werden können.

Umfassende Darm- und Unterleibsoperationen können künstliche Blasen- und Darmausgänge zur Folge haben. Daher ist es für Betroffene wichtig, vor der Operation über mögliche Folgen aufgeklärt zu werden. Trifft eine solche Operationsfolge ein, kann es hilfreich sein,

nicht nur durch professionelle Helfer zu lernen, mit den entsprechenden Hilfsmitteln, wie z. B. Stoma, umzugehen, sondern ergänzend von Betroffenen aus der Selbsthilfe zu lernen, dass auch mit der veränderten Situation ein gutes und erfülltes Leben möglich ist.

Bei der operativen Entfernung eines Brustkrebstumors oder eines Tumors im Bauchraum werden meist auch Lymphknoten entfernt. Eine häufige Folge daraus ist die Entstehung von sogenannten Lymphödemen. Das sind Flüssigkeitsansammlungen im Zwischenzellraum z.B. der Arme, die dadurch stark anschwellen und schmerzen. Durch neue Operationstechniken wie der Sentinel Node Biopsie, bei der nur die Wächterlymphknoten entfernt werden, treten Lymphödeme nicht mehr so häufig auf wie früher. Es gibt jedoch nach wie vor Patientinnen, bei denen erkrankungsbedingt Lymphknoten umfangreicher entfernt werden müssen oder bei denen durch fortschreitende Erkrankung ein Lymphödem mit entsprechenden Beschwerden auftritt.

Die Broschüre „Krebs und Lymphödem“ der Frauenselbsthilfe gibt hier wichtige Tipps zu den von der Krankenkasse getragenen Verfahrensweisen (Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln), damit Sie das für Sie Notwendige und Hilfreiche einfordern können. Wie alle Broschüren der FSH kann auch diese unter [www.frauenselbsthilfe.de](http://www.frauenselbsthilfe.de) oder in der Bonner Geschäftsstelle (Adresse siehe Anhang) bestellt werden.

### **Nebenwirkung: Fatigue-Syndrom**

Unter dem Fatigue-Syndrom (Fatigue franz. Müdigkeit) versteht man ein andauerndes, subjektives Gefühl von Müdigkeit und Erschöpfung. Es tritt bei verschiedenen chronischen Erkrankungen auf. Besonders im Verlauf einer Krebstherapie ist es eine häufige Begleiterscheinung.

Das Fatigue-Syndrom beeinträchtigt die normale Alltagsbewältigung wesentlich. Folgende Symptome treten auf:

- Trotz ausreichender Schlafphasen fühlen sich die Betroffenen den ganzen Tag über abgeschlagen, schwach und benommen.
- Schon geringe Anstrengungen führen zur Überforderung.

Patientinnen, die an dem Fatigue-Syndrom leiden, neigen aus verständlichen Gründen dazu, sich zu schonen. Berufliche und private Aktivitäten werden reduziert. Häufig wird auch auf eine sportliche Betätigung verzichtet. Durch fehlende Aktivität nimmt jedoch die Muskelmasse des Körpers schnell ab und damit auch die Leistungsfähigkeit. Es kommt zu Kreislaufbeschwerden, die völlig unabhängig von der Krebstherapie sind. Auch psychisch wirkt sich die Schonung und die damit häufig verbundenen fehlenden sozialen Kontakte negativ aus.

Der sicherste Weg aus diesem Teufelskreis ist ein moderates Ausdauertraining. Die Bewegung animiert nicht nur den Kreislauf, sie stärkt das Immunsystem und wirkt sich positiv auf die Psyche aus. Die Patientinnen werden wieder belastbarer, trauen sich mehr zu.

In mehreren Studien ist der Nutzen eines der Krankheitssituation angemessenen Trainings sogar während einer Krebsbehandlung nachgewiesen worden. Krebspatientinnen sollten mit ihrem Arzt besprechen, welchen Sport sie ausüben möchten und welche Belastungsgrenzen sie dabei einhalten sollten.

In den Selbsthilfegruppen der Frauenselbsthilfe nach Krebs gibt es spezielle Sportgruppen und andere Bewegungsangebote, wie Walken und Wandern.

## Tipps zum Umgang mit der Diagnose

Die Diagnose „Krebs im fortgeschrittenen Stadium“ ist zunächst ein Schock, der seelisch, körperlich und sozial verarbeitet werden muss. Zu der potentiell lebensbedrohenden Erkrankung stellen sich Gefühle wie Angst, Verzweiflung, Resignation ein.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs hat einen Film zum Thema „Brustkrebs – leben mit Metastasen“ erstellt, der ein Plädoyer gegen die Angst ist. Die 14 gezeigten Beispiele von Frauen, die zum Teil schon jahrelang mit der Diagnose Metastasen leben, sollen Mut machen, das Leben mit Metastasen anzunehmen, sich der täglichen Herausforderung zu stellen und den eigenen Weg der Krankheitsbewältigung zu finden. O-Ton einer Patientin, die seit fünf Jahren mit einem weit fortgeschrittenem Brustkrebs lebt: „Wenn ich nicht wüsste, dass ich wachsende Metastasen habe, würde ich mich gut fühlen“. Wie alle Broschüren der FSH kann auch diese DVD unter [www.frauenselbsthilfe.de](http://www.frauenselbsthilfe.de) oder in der Bonner Geschäftsstelle (Adresse siehe Anhang) bestellt werden.

Für die Bewältigung der Situation brauchen Sie Geduld, denn es ist ein Prozess, bei dem es mal bergauf und bergab geht. Viele kleine Schritte über einen längeren Zeitraum sind notwendig. Die Diagnose einer Krebserkrankung mit Metastasierung ist eine besondere psychische Belastung. Es ist hilfreich mit Familie, Freunde und Bekannten, mit den betreuenden Ärzten und Pflegenden über Ängste und Sorgen zu sprechen.

- Lassen Sie negative Gedanken zu und reden Sie sich diese von der Seele!
- Geben Sie auch Ihrer Familie zu erkennen, wie Sie sich fühlen und was Ihnen in der jeweiligen Situation gut tut und was nicht! Wenn Sie sich zurückziehen, wissen die Menschen in Ihrem Umfeld nicht, wie Sie Ihnen begegnen sollen.
- Nutzen Sie Ihr bestehendes soziales Netzwerk und bauen Sie sich ein Helfernetzwerk auf.

- Wenn es Ihre Kraft erlaubt, sollten Sie selbst aktiv werden und Ihr Leben bewusst gestalten. Es ist durch Studien erwiesen, dass sich z.B. sportliche Betätigung sehr positiv auf den weiteren Verlauf Ihrer Erkrankung auswirken kann.
- Um am Gesundungsprozess aktiv mitwirken zu können, ist es hilfreich, sich neben der medizinischen Versorgung auch emotionale, praktische und informative Unterstützung zu holen.

In diesem Kapitel möchten wir Ihnen wichtige Tipps zum Leben mit Metastasen geben.

### Unterstützungsangebote nutzen

Emotionale, praktische und informative Unterstützung ist im Falle einer fortgeschrittenen Krebserkrankung enorm wichtig. Meist können Familie und Freunde diese Unterstützung nicht leisten, da sie selbst Unterstützung brauchen, um mit der Situation fertig zu werden. Eine wichtige Hilfe bieten hier Selbsthilfegruppen. Selbst an Krebs erkrankte Menschen bringen Verständnis auf für Angst, Hoffnungslosigkeit, für Höhen und Tiefen, für Wechselbäder der Gefühle, für die Verzweiflung, die Krebserkrankungen auslösen.

In den regionalen Gruppen der Frauenselbsthilfe nach Krebs erhalten Sie Antworten auf Fragen der Alltagsgestaltung, Hilfe beim Umgang mit Hilfsmitteln und Informationsmaterial. In Selbsthilfegruppen kann das Neue, Nichtverstandene, bedrohlich Erscheinende erklärt werden und so zum Abbau von Angst und zu einem gestärkten Selbstbewusstsein beitragen.

Fragen treten im Behandlungsverlauf immer wieder auf. Und für sie müssen Antworten gefunden werden, denn Wissen reduziert Angst! Außerdem versetzt Wissen Patientinnen in die Lage, eine gemeinsame Therapieentscheidung mit dem Arzt treffen zu können.

Bei Depressionen oder massiven Ängsten brauchen Sie die Betreuung durch Spezialisten. Hier ist psychoonkologische Betreuung erforderlich (siehe hierzu Kapitel „Psychoonkologische Hilfe in Anspruch nehmen“, S. 34).

### Entscheidungen gemeinsam mit dem Arzt treffen

Um als Patient eine informierte Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf treffen zu können, ist eine sorgfältige und umfassende Information und Aufklärung durch den behandelnden Arzt von entscheidender Bedeutung. Der Arzt muss von Beginn der Diagnose an in verständlicher Sprache und angemessener Form informieren über:

- Therapiemöglichkeiten,
- Wirkungsweise, Nutzen und Risiken der benannten Therapien,
- andere Optionen und die Vorteile der vorgeschlagenen Behandlung,
- Auswirkungen der Therapie auf Lebensführung und -qualität,
- Nebenwirkungen und Strategien zur Bewältigung derselben,
- Unterstützungsangebote zur Krankheitsbewältigung und
- Möglichkeiten zur Stärkung eigener Ressourcen.

Patientinnen haben ein Recht auf diese Informationen. Sie sind die Voraussetzung, um nach eigenen Wertvorstellungen und Bedürfnissen die Therapieentscheidung treffen zu können. Patientinnen haben auch das Recht, eine Behandlung abzulehnen.

Das Recht auf eine informierte Entscheidung bedeutet keine Verpflichtung. Die Patientin kann dem Arzt die alleinige Entscheidung überlassen. Es zeigt sich jedoch immer wieder, dass Patientinnen, die aus eigener Überzeugung heraus einer Therapie zustimmen, diese als weniger belastend befinden und mit den Nebenwirkungen leichter fertig werden, als wenn sie die Therapie dem Arzt oder Angehörigen zuliebe über sich ergehen lassen. Eine vertrauensvolle Beziehung von Arzt und Patientin stellt eine wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung dar.

### Zweitmeinungen einholen

Der Arzt sollte jeder Patientin vor einer Behandlungsentscheidung ausreichend Zeit einräumen, um Fragen stellen zu können, die für sie wichtig sind. Bei Zweifeln bezüglich einer Therapieentscheidung ist es

sinnvoll, einen zweiten Arzt um seine Meinung zu bitten. Das Einholen einer Zweitmeinung ist verbrieftes Patientenrecht. Die Meinung eines zweiten Arztes zu hören, gibt zusätzliche Sicherheit und beantwortet vielleicht Fragen, die noch offen geblieben sind. Dies kann die Wahl erleichtern, sich für oder gegen eine Therapie zu entscheiden.

Das Thema Zweitmeinung sollte mit dem behandelnden Arzt offen besprochen werden. Hier sollten Sie keine Hemmungen haben. Für Ärzte ist der Wunsch danach, eine zweite Meinung einzuholen, ein völlig normaler Vorgang. Viele Ärzte raten ihren Patientinnen sogar dazu. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen in der Regel die Kosten, wenn eine Überweisung vorliegt.

Eine Zweitmeinung können Patientinnen sich in einer auf Krebserkrankungen spezialisierten Praxis (Onkologen) oder in einem zertifizierten Zentrum für Krebserkrankungen einholen.

### Aktiv zum Therapieerfolg beitragen

Eine gesunde, ausgewogene Ernährung mit viel Gemüse, Obst, Ballaststoffen und ausreichend Flüssigkeit kann zum Therapieerfolg beitragen. Der Verzicht auf Nikotin und ein moderater Umgang mit Alkohol sind ebenfalls empfehlenswert. Außerdem ist erholsamer Schlaf besonders wichtig. Da Ängste und Sorgen diesen behindern können, sollte bei Schlafstörungen psychoonkologische Hilfe in Anspruch genommen werden (siehe hierzu Kapitel „Psychoonkologische Hilfe“, S. 34).

### Sport während und nach der Therapie

Viele Menschen, die mit der Diagnose und Behandlung von Krebs konfrontiert werden, erleben eine Veränderung ihrer Körperwahrnehmung, einen Verlust an Selbstwertgefühl und eine massive körperliche und seelische Erschöpfung. In dieser Verfassung besteht bei den meisten kein Interesse an zusätzlicher körperlicher Belastung durch sportliche Betätigung. Aber gerade während der Therapie und in der Nachsorge einer Krebserkrankung sind Sport und Bewegung sehr

wichtig. Sie stärken die Leistungsfähigkeit, vermitteln ein besseres Körpergefühl und wirken antidepressiv. Patientinnen, die regelmäßig sportlich aktiv sind, fühlen sich besser als solche, die sich extrem schonen. Wichtig ist, das richtige Gleichgewicht zwischen Über- und Unterforderung zu finden.

Sport und Bewegung stellen eine Möglichkeit dar, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen und die eigene Genesung positiv zu beeinflussen. Wirkungen von Sport

#### 1. auf körperlicher Ebene:

- Verbesserung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit
- Erleichterung der Alltagsbewegungen
- Verbesserung des Herz und Kreislaufsystems
- Stärkung des Abwehrsystems
- Lymphödem vorbeugend
- Vermeidung von Schonhaltungen

#### 2. auf seelischer Ebene:

- neues Erleben und Erlernen des eigenen Körpers
- Verbesserung der Stimmung bei Niedergeschlagenheit
- höhere Lebensqualität durch zurück gewonnenes Zutrauen in die eigene Leistungsfähigkeit
- Abbau von Ängsten

#### 3. auf sozialer Ebene:

- Verbesserung der Motivation durch die Pflege sozialer Kontakte
- Gefühl der Gruppenzugehörigkeit
- Austausch von Erfahrungen
- gemeinsames Erleben von Spaß und Freude

Welche Sportarten Sie ausüben möchten und können, hängt von Ihren persönlichen Vorlieben und vor allem von Ihrer körperlichen Konstitution ab. In Krebsnachsorge-Sportgruppen wird eine große Palette von Aktivitäten angeboten: Musik-, Tanz- und Entspannungsübungen, Walking, Schwimmen, Gymnastik und vieles mehr. Jedes Trainingsprogramm wird hierbei gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und dem Sporttherapeuten individuell angepasst.

In der Bundesrepublik gibt es etwa 300 spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge, die über den Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) organisiert werden. Er ist als Rehabilitationssport verordnungsfähig (§ 44 SGB IX). Die Regelungen für eine Kostenübernahme sind bei den Krankenkassen zu erfragen. Auch die Frauenselbsthilfe nach Krebs bietet Sport in der Krebsnachsorge in ca. 60 ihrer 400 bundesweit vertretenen Gruppen an.

Informationen zu Sportangeboten in der Krebsnachsorge finden Sie im Anhang dieser Broschüre.

### Entspannungstechniken einsetzen

Das Erlernen von Entspannungstechniken unter professioneller Anleitung hilft vielen Patientinnen, mit Ängsten, Unruhezuständen und Schlafstörungen besser umzugehen. Yoga, Qi Gong, Autogenes Training, Muskelentspannung nach Jakobsen, Meditation, Imagination und Visualisierung sind mögliche Entspannungstechniken. Auch hier gilt es, seinen eigenen Weg zu finden und auszuprobieren, was hilfreich ist.

Außerdem beeinflussen Spaziergänge, Naturerlebnisse, Musizieren (Chor), Spiele und Gespräche den Krankheitsverlauf positiv und lenken von körperlichen Beschwerden und seelischen Belastungen ab.

### Soziale Isolation durchbrechen

Für Krebspatientinnen ist es wichtig, von einem gut funktionierenden Netzwerk aufgefangen zu werden, um nicht neben der krankheitsbedingten auch noch in eine soziale Isolation zu geraten. Die Unterstützung durch wichtige Bezugspersonen darf mit ihren positiven Auswirkungen auf den Genesungsprozess nicht unterschätzt werden. Zum Kreis der sozialen Unterstützer gehören z.B. Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn und Kollegen.

Da diese nur bedingt belastbar sind, ist insbesondere die Unterstützung durch gleich Betroffene aus der Krebs-Selbsthilfe sehr ratsam. In der metastasierten Lebenssituation Gesprächspartner zu haben,

die die gleiche Sprache sprechen und wissen, wovon man spricht, bedeutet eine große psychische Entlastung, auch für die Angehörigen. Außerdem machen Gespräche mit anderen Betroffenen, die einen Weg gefunden haben, mit der Erkrankung zu leben, Mut und vermitteln Hoffnung.

Psychosoziale Begleitung und Beratung zusätzlich zur professionellen Behandlung bieten die acht bundesweit tätigen Krebs-Selbsthilfeverbände (Kontaktadressen: siehe Anhang). Die Selbsthilfe-Angebote bestehen in der Regel aus regelmäßigen Gruppentreffen, Einzelgesprächen oder Telefon- und Onlineberatung.

In den gemeinsamen Gesprächen geht es vor allem darum, Ängste durch Informationen abzubauen, Erfahrungen auszutauschen, die soziale Integration zu erhalten und die Lebensqualität des krebserkrankten Menschen zu verbessern.

### Netzwerk professioneller Helfer aufbauen

Neben der Unterstützung im privaten Bereich, ist es aber auch zu empfehlen, sich ein Netzwerk aus professionellen Helfern aufzubauen. Dazu zählen insbesondere

- Hämatologen / Onkologen
- Psychoonkologen
- Schmerztherapeuten
- Ergotherapeuten
- Physiotherapeuten
- Lymphdrainagisten
- Sozialarbeiter
- Palliativmediziner
- Mitarbeiter von Hospiz-Einrichtungen

Informationen zu Ansprechpartnern und Adressen finden Sie im Anhang.

## Psychoonkologische Hilfe in Anspruch nehmen

Die Diagnose „Metastasen“ und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen sind für Betroffene sowohl körperlich als auch seelisch sehr belastende, einschneidende Erlebnisse. Die psychischen Belastungen sind oftmals nachhaltiger und gravierender als die unmittelbaren körperlichen Beeinträchtigungen. Sie beeinflussen den Krankheitsverlauf in erheblichem Maße.

Für Patientinnen mit fortgeschrittener Krebserkrankung gilt es, die meist dauerhaften Einschränkungen und Verluste zu akzeptieren, in den Alltag zu integrieren oder auch zu kompensieren. Dies ist eine lebenslange Aufgabe und Herausforderung - sowohl für die Patientinnen als auch ihre Angehörigen. In vielen Fällen reichen die normalerweise eingesetzten und bewährten Bewältigungsstrategien von Krisensituationen nicht aus.

Bei der Bewältigung psychischer Probleme im Verlauf einer Krebserkrankung (Ängste, Depressionen, Störungen des Selbstwertgefühls, des Körperbildes und der Identität, Einschränkung der Leistungsfähigkeit, Beeinträchtigungen im Bereich der Sexualität) kann die Psychoonkologie helfen. Ziel der psychoonkologischen Behandlung ist es, die Belastungen, Sorgen und Ängste der Betroffenen zu reduzieren, bei der Bewältigung der Krankheit zu helfen und damit die Lebensqualität zu verbessern. Außerdem trägt die Therapie zur Entlastung der Angehörigen bei.

Die Therapie kann ein Einzel-, Paar- oder Gruppenangebot sein. Sie kann Entspannung oder die aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit durch Gespräche zum Inhalt haben.

Psychoonkologische Therapien werden in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und von niedergelassenen Psychotherapeuten angeboten. Leider sind die Wartezeiten im ambulanten Bereich, besonders in ländlichen Regionen häufig lang.

## Hilfsangebote für Angehörige nutzen

Die Diagnose Krebs beeinflusst nicht nur das Leben der Erkrankten, sondern auch das von Angehörigen und Freunden. Niemand ist allein krank, immer ist das soziale Umfeld mit betroffen. Viele Menschen kommen bei der Begleitung ihrer krebskranken Angehörigen an ihre persönlichen Grenzen. Die Belastungen durch die Behandlung, der veränderte Lebensalltag in der Familie, Gefühle wie Mutlosigkeit und Angst betreffen oft nicht nur die Patientin selbst, sondern stürzen auch deren Angehörige in tiefe seelische Krisen.

Die Psychoonkologie befasst sich daher auch mit den Problemen und Bedürfnissen der Angehörigen und Ehepartner von Krebspatientinnen. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt bei Bedarf auch für sie die Kosten einer psychoonkologischer Behandlung. Außerdem können Angehörige genau wie die Krebserkrankten psychosoziale Betreuungsangebote von Selbsthilfeorganisationen in Anspruch nehmen und dabei lernen, gut für sich selbst und für die erkrankten Angehörigen zu sorgen.

Manchmal geht es Angehörigen so, als wären sie selbst betroffen. Geteiltes Leid ist häufig leichter zu ertragen. Darum ist es hilfreich, miteinander zu kommunizieren, in Kontakt zu bleiben, Ängste und Sorgen zu teilen, die Verbundenheit und Nähe des anderen zu suchen. Das alles sind Wege, die Unsicherheit zu bewältigen, die unerwartet in das gemeinsame Leben eingebrochen ist.

Die Adressen niedergelassener Psychoonkologen finden Sie im Internet unter **[www.gsk-onkologie.de](http://www.gsk-onkologie.de)** in der Rubrik «Informationsangebote für Patienten». Außerdem können sie sich an eine Krebsberatungsstelle zu wenden. Die Adressen finden Sie auf der Internetseite der Deutschen Krebshilfe unter **[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)**.

## Salutogenese als Möglichkeit der Krankheitsbewältigung

Auf dem Weg der Krankheitsbewältigung kann das Modell der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky hilfreich sein. Grundlage dieses Modells sind dessen Studien zur Gesundheits-

prävention, zur Gesunderhaltung und zum Gesundwerden. Seine Ausgangsfrage ist: Was erhält Menschen gesund? Nicht: Was macht Menschen krank?!

Die Salutogenese trägt den Begriff des Heils (lat. salus) im Namen. Was macht mich heil? Welche Möglichkeiten, welche Ressourcen in mir und meiner Umgebung ermöglichen es mir, heil zu sein. Dazu gehört die Harmonie einzelner Aspekte meines individuellen Menschseins, die Harmonie von Körper, Geist und Seele zu fördern und zu erreichen. Was lässt mich als chronisch kranken Menschen eins werden mit mir, meinen körperlichen Einschränkungen, meinen seelischen Nöten, meinem Nichtverstehen-Wollen oder Nichtverstehen-Können?

Antonovsky sieht den „Fluss“ als Metapher für den Strom des Lebens. In diesem Fluss lauern viele Gefahren und es kommt darauf an, ein guter Schwimmer zu sein. Es geht um die Stärkung von Ressourcen, um den Körper gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen.

Betroffene sollten sich darüber klar werden, wie sie ihre verbleibende Lebenszeit – das können Monate, Jahre, Jahrzehnte sein – gestalten und nutzen möchten. Hierbei ist es hilfreich, sich folgende Fragen zu stellen:

- Was kann ich noch?
- Wie kann es mir gelingen, meinen Alltag möglichst normal zu leben?
- Was möchte ich noch erreichen und erleben?
- Was wollte ich schon immer mal unternehmen?

Diese Ziele mit den behandelnden Ärzten und anderen unterstützenden Personen zu besprechen und schrittweise zu verwirklichen, schafft Perspektiven und setzt positive Signale.

Oft gelingt es Patientinnen erst durch die lebensbedrohliche Erkrankung, sich Zeit für das zu nehmen, was ihnen wirklich wichtig ist, sich mehr um Körper, Geist und Seele zu kümmern, aber auch um die ihnen bedeutsamen Menschen. So kann durch Salutogenese das Leben mit der lebensbedrohlichen Erkrankung auf einmal als sinnhafter empfunden werden als zuvor.

## Alternativen zur Schulmedizin

Besonders bei fortschreitender Erkrankung und wenn die Schulmedizin keine Therapieoptionen mehr bereithält, greifen Menschen nach jedem Strohalm. Die Begleitung von unheilbar kranken Krebspatientinnen ist für alle Beteiligten schwierig: Die Betroffenen und ihre Angehörigen fühlen sich aufgegeben und suchen, falls sie sich noch nicht definitiv mit der Unheilbarkeit ihrer Erkrankung auseinandergesetzt haben, nach Alternativtherapien.

### Therapien außerhalb des Leistungsangebotes der Krankenkassen (Alternativmedizin)

Die Notlage von unheilbar kranken Menschen wird leider auch ausgenutzt. Immer häufiger kommt es vor, dass Therapien angeboten werden, die jeglicher wissenschaftlicher Grundlage entbehren und daher auch nicht von den Krankenkassen bezahlt werden. Manche Familien verlieren in dieser Phase der Erkrankung ihr Vermögen und begeben sich in finanzielle Abhängigkeit.

Lassen Sie sich nicht von unseriösen Angeboten locken, die für viel Geld Wunder versprechen und Hoffnungen wecken, die nicht erfüllt werden können. Alternativen zur Schulmedizin gibt es bei der Krebsbehandlung nicht! Sollten Sie dennoch von einer alternativen Behandlungsmethode überzeugt sein, sprechen Sie auf jeden Fall auch mit Ihrem behandelnden Arzt darüber!

Und bedenken Sie, dass Behandlungen und Medikamente, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt werden, keinen Nachweis ihres Nutzens erbringen mussten. Sie sind daher mit äußerster Vorsicht zu betrachten.

### Komplementärmedizin als Ergänzung zur Schulmedizin

Ergänzend zur Schulmedizin gibt es sogenannte komplementäre (ergänzende) Behandlungen, die nicht anstelle, sondern zusätzlich zur leitliniengemäßen schulmedizinischen Behandlung angeboten werden. Ob Homöopathie, Vitamine oder pflanzliche Arzneimittel wie etwa Mistelextrakte: Das Angebot an komplementärmedizinischen

Behandlungen für Menschen mit Krebs ist groß. Sie werden eingesetzt, um den Körper zu stärken, die Nebenwirkungen einer Krebstherapie zu lindern oder die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu verbessern.

Solche Behandlungen gelten zwar in der Regel als gut verträglich. Doch auch pflanzliche Mittel und andere vermeintlich harmlose Präparate können unerwünschte Wirkungen haben. Wenn Patientinnen komplementärmedizinische Behandlungen anwenden, ist es daher wichtig, mit dem behandelnden Arzt darüber zu sprechen. Dies ist umso mehr der Fall, als auch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten auftreten könnten.

Da es zu den meisten komplementären Behandlungsmethoden keine evidenzbasierten (beweiskräftigen) Studien gibt, können an dieser Stelle keine der zurzeit auf dem Markt befindlichen komplementären Methoden empfohlen werden. Sollten Sie positive Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen solcher Methoden hören, müssen Sie davon ausgehen, dass es sich um subjektive Einschätzungen (Einzelmeinungen) handelt.

## Rehabilitation und Nachsorge

Viele Patientinnen fühlen sich nach Beendigung der Therapie sehr erschöpft und in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt. Dann kann eine Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung (AHB) oder eine andere medizinische Rehabilitationsmaßnahme, sei es stationär oder ambulant, hilfreich sein.

### Anschlussheilbehandlung (AHB)

Die Anschlussheilbehandlung wird vom Krankenhausarzt, Radiologen oder Onkologen als notwendig festgestellt und entsprechend eingeleitet. Der Krankenhaussozialdienst (sofern vorhanden) unterstützt Sie bei der Antragstellung und der Auswahl der Klinik. Patientinnen, die nicht im Krankenhaus, sondern überwiegend oder ganz ambulant

behandelt werden, können – neben ihren behandelnden Ärzten – ihre Krankenversicherung auf die Möglichkeit einer Reha-Maßnahme ansprechen. Seit 2002 stehen für gesetzlich versicherte Patientinnen außerdem die zentralen Reha-Servicestellen zur Information und Beratung zur Verfügung ([www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de)).

Ziel einer Anschlussheilbehandlung ist es, trotz Erkrankung den gewohnten Alltag wieder meistern zu können. Jüngeren Erkrankten soll, wenn möglich, die Rückkehr in den Beruf erleichtert werden.

Jede sozialversicherte oder beihilfeberechtigte Patientin hat während oder nach einer Krebserkrankung und auch bei Metastasierung Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation. Kostenträger sind die Kranken- oder Rentenversicherungen bzw. die Beihilfestellen der Länder. Bei privat Versicherten gilt dagegen allein der jeweils abgeschlossene Versicherungsvertrag. Nach Absprache übernehmen vielfach auch Privatversicherungen die Kosten für eine Anschlussheilbehandlung oder anschließende Rehabilitationsverfahren.

Nähere Informationen zur Rehabilitation bei einer Krebserkrankung finden Sie in in der Broschüre „Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen“ der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Wie alle Broschüren der FSH kann auch diese unter [www.frauenselbsthilfe.de](http://www.frauenselbsthilfe.de) oder in der Bonner Geschäftsstelle bestellt werden (Adresse siehe Anhang).

Umfassende Informationen zum Thema bietet die Deutsche Rentenversicherung unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de). Auch die Krankenkassen informieren auf ihren Internetseiten. Einen Überblick über Ziel und Finanzierung der Rehabilitation im deutschen Gesundheitswesen findet sich auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)). Telefonnummern zu diesen Angeboten finden Sie im Anhang

### Ambulante Nachsorge

Die langfristig angelegte medizinische Nachsorge dient nach der Rehabilitation dazu, den Gesundheitszustand zu überwachen. Nachsorge bei metastasierten Patientinnen bedeutet Beratung, Betreuung und Begleitung – in der Regel lebenslang.

### Ziele der Nachsorge sind:

- eventuelle Krankheits- und Therapiefolgen zu behandeln,
- mögliches Fortschreiten der Erkrankung frühzeitig zu erkennen,
- Symptome gezielt abzuklären,
- Nebenwirkungen von Therapien zu erkennen und zu behandeln,
- die Überlebenszeit zu verlängern,
- eine möglichst gute Lebensqualität zu erhalten.

Voraussetzung für eine gute Nachsorge ist eine offene, vertrauensvolle Arzt-Patientenkommunikation und Arzt-Patientenbeziehung.

Generelle Empfehlungen zu Umfang und Terminen können nicht gegeben werden, da Nachsorgeuntersuchungen jeweils an die individuelle Situation angepasst werden müssen.

## Patientenrechte

Die Europäische Charta für Rechte von Krebspatienten wurde im Juni 2002 im Rahmen der Generalversammlung der Europäischen Krebsgesellschaften in Oslo erarbeitet und von der Deutschen Krebsgesellschaft und ihren Ländergesellschaften unterzeichnet.

Krebspatienten haben das Recht auf körperliche und psychische Unversehrtheit, auf Würde, auf Respekt ihrer Privatsphäre, auf Respektierung ihrer moralischen, kulturellen, philosophischen, ideologischen und religiösen Wertvorstellungen und darauf, nicht diskriminiert zu werden.

### Recht auf medizinische Versorgung

#### Patientinnen haben das Recht,

- qualitativ angemessen und kontinuierlich versorgt zu werden,
- ihren Arzt frei zu wählen,
- jederzeit die Meinung eines anderen Arztes einzuholen (Zweitmeinung),
- Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen wahrzunehmen,
- auf Linderung ihrer Leiden,

- am Lebensende eine menschenwürdige Versorgung zu erhalten (palliativmedizinische Versorgung),
- würdevoll zu sterben.

### Recht auf Information

#### Patientinnen haben das Recht,

- vollständig, verständlich und angemessen aufgeklärt und beraten zu werden,
- über ihre Erkrankung, die vorgeschlagenen Therapien, mögliche Risiken und potenziellen Nutzen informiert zu werden,
- über die Identität und den beruflichen Status ihrer Ärzte informiert zu werden,
- jemand anderen in ihrem Namen informieren zu lassen und/oder bei Gesprächen mit den Ärzten hinzuzuziehen,
- auf ausdrücklichen Wunsch hin nicht informiert zu werden.

### Recht auf Selbstbestimmung

(siehe auch Kapitel „Patientenverfügung“, S. 42)

#### Patientinnen haben das Recht,

- alle medizinischen Maßnahmen selbst zu bestimmen, d.h. es kann und darf mit einer Patientin nichts geschehen, dem sie nicht zugestimmt hat,
- Vorausverfügungen zu treffen, z.B. durch eine Patientenverfügung.

### Recht auf Vertraulichkeit und Schutz der Privatsphäre

#### Patientinnen haben das Recht,

- eine Ausfertigung der medizinischen Akten zu erhalten, d.h. aller Berichte und Befunde, die die eigene Person betreffen,
- dass alle Informationen bezüglich ihrer Diagnose, Prognose und Behandlung vertraulich behandelt werden,
- dass ihre Daten geschützt werden,
- dass ihre Daten wenn notwendig korrigiert, vervollständigt, gelöscht, klargestellt oder aktualisiert werden.

Weitere Informationen zu Patientenschutz und Patientenrechten erhalten Sie beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ([www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de)).

### Sozialrechtliche Ansprüche

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand bei einer Krebserkrankung durch Metastasen, dann sollten Betroffene einen Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) bzw. einen Verschlimmerungsantrag stellen. Dafür zuständig sind entweder die Versorgungsämter oder, je nach Bundesland, die entsprechenden Ämter in der Kreis- oder Stadtverwaltung. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom zuständigen (Versorgungs-)Amt zugeschickt. Dort wird dann auch geprüft, ob ein neuer Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

Beim Verschlimmerungsantrag sollen nur die Behinderungen angegeben werden, die sich verschlimmert haben bzw. die neu hinzugekommen sind. Damit der Antrag zügig bearbeitet wird, ist es sinnvoll, direkt die entsprechenden aktuellen ärztlichen Befundberichte in Kopie beizulegen.

Weitere Informationen zu sozialrechtlichen Ansprüchen, wie zum Krankengeld oder zur Berentung finden Sie in der Broschüre „Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen“ der Frauenselbsthilfe nach Krebs. Wie alle Broschüren der FSH kann auch diese unter [www.frauenselbsthilfe.de](http://www.frauenselbsthilfe.de) oder in der Bonner Geschäftsstelle (Adresse siehe Anhang) bestellt werden.

### Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Jeder Mensch kann in die Lage geraten, dass die Verantwortung für das eigene Leben auf einmal in fremden Händen liegt. Für Patientinnen mit weit fortgeschrittenem Krebs trifft das in besonderem Maße zu. Wer auch in solchen Situationen selbst bestimmen will, was mit ihm geschieht und was unterbleiben soll, kann durch sogenannte Vorausverfügungen Vorsorge treffen.

Im Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung (3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts) wird das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen gestärkt. Der schriftlich niedergelegte Patientenwille über die Behandlung oder Nichtbehandlung bei einer schweren Krankheit ist weitestgehend verbindlich.

Bevor Sie eine Patientenverfügung aufsetzen, ist es ratsam, sich sehr intensiv mit dem Thema auseinanderzusetzen: Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Leben und Tod wichtig? Wovor haben Sie Angst und was erhoffen Sie sich? Erst wenn Sie darüber Gewissheit haben, sollten Sie Ihre Gedanken schriftlich niederlegen. In der Patientenverfügung können dann zum Beispiel Vorgaben zu lebenserhaltenden Maßnahmen wie künstlicher Ernährung oder künstlicher Beatmung gemacht werden. Eine Patientenverfügung sollte in jedem Fall sehr konkret formuliert werden, um keinen Spielraum für Interpretationen zu lassen. Von Vordrucken, die nur noch angekreuzt und unterschrieben werden müssen, ist abzuraten, da sie generell zu pauschal sind.

Nur volljährige Personen, die in der Lage sind, die Tragweite ihrer Entscheidung zu verstehen, können eine Verfügung erstellen. Außerdem muss diese schriftlich abgefasst werden und erfordert eine eigenhändige Unterschrift. Eine notarielle Beglaubigung ist hingegen nicht erforderlich. Die Patientenverfügung sollte regelmäßig aktualisiert werden.

Wichtig ist, dass eine Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht verbunden wird. In der Vorsorgevollmacht ist festgelegt, welcher Angehörige oder welche Person des Vertrauens als Bevollmächtigter dafür Sorge trägt, dass Ihr Wille soweit wie möglich befolgt wird. Ohne diese Vollmacht ist kein Familienangehöriger befugt, für Sie zu entscheiden.

Textbausteine und weitere hilfreiche Informationen zum Thema bieten:

- die „Gesundheitsmappe“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen BAGSO (Tel. 0228 / 555 2 555 3)
- die Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesjustizministeriums ([www.bmj.de](http://www.bmj.de) oder Tel. 0 18 88 / 8 08 08 00)
- der Ratgeber „Patientenverfügung der Verbraucherzentrale NRW (Tel. 01 80 / 500 14 33)

## Palliativmedizin

Wenn eine Tumorerkrankung trotz aller therapeutischen Maßnahmen rasch fortschreitet und eine Heilung nicht mehr möglich ist, beginnt die Phase der palliativen Versorgung.

Bei Palliativpatientinnen steht nicht das Heilen der Krankheit, sondern die Linderung von Symptomen und Leiden im Vordergrund. Der Begriff „palliativ“ (lateinisch pallium = Mantel) steht in der Medizin für „die Krankheitserscheinungen mildernd, ohne ihre Ursachen zu beheben“. Dem entsprechend bilden die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin sowie die Belange der ihr vertrauten Personen den Mittelpunkt der Palliativversorgung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliativversorgung folgendermaßen: „Sie ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen oder Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

### Behandlung auf einer Palliativstation

Menschen, die an einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung und unter Symptomen wie z.B. Schmerzen, Übelkeit und Atemnot leiden und deshalb einer Krankenhausbehandlung bedürfen, können auf eine Palliativstation aufgenommen werden. Dafür ist das Einverständnis der Patientin erforderlich; diese muss über das Konzept der palliativen Behandlung aufgeklärt sein.

Eine Palliativstation ist eine spezielle Station innerhalb eines Krankenhauses. Sie zeichnet sich durch ein multiprofessionelles Team aus, das in enger Kooperation miteinander arbeitet und so einen ganzheitlichen Behandlungsansatz sicherstellt. Das Team besteht in der Regel aus:

- hauptamtlichem, palliativmedizinisch geschultem Arzt- und Pflegepersonal, das ausschließlich für die jeweilige Palliativstation zuständig ist,
- Sozialarbeitern,
- Seelsorgern,
- Psychologen,
- Therapeuten,
- ehrenamtlichen Helfern.

Auf einer Palliativstation ist der Mitarbeiterstellenschlüssel im Verhältnis zur Patientenzahl höher als auf den anderen Stationen einer Klinik. Die Mitarbeiter haben zudem meist eine palliativmedizinische Zusatzqualifikation.

Ziel der Behandlung auf einer Palliativstation ist es, sowohl die körperlichen Beschwerden einer unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankung als auch die damit verbundenen psychosozialen Probleme zu lindern. Unheilbar kranke Menschen sollen so die Möglichkeit erhalten, den Rest ihres Lebens in bestmöglicher Lebensqualität zu verbringen.

Auf einer Palliativstation werden akut auftretende Schmerzen und andere Symptome behandelt. Es geht aber auch darum, die Patientin in einen Zustand zu versetzen, der ihr die Rückkehr in ihr häusliches Umfeld ermöglicht. Gelingt es, die krankheits- und/oder therapiebedingten Beschwerden zu lindern und die Betreuungssituation zu stabilisieren, kann die Patientin wieder entlassen werden.

Ein weiteres Ziel ist die psychosoziale Begleitung, die emotionale Unterstützung und die Hilfe bei der Bewältigung organisatorischer Dinge auch für Angehörige in der Zeit der Begleitung und des Abschiednehmens. Angehörige haben auf der Palliativstation die Möglichkeit, rund um die Uhr und kostenlos am Krankenbett zu verweilen.

Eine Notfallaufnahme auf eine Palliativstation ist kaum möglich. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass bei entsprechendem Befund Patientinnen von einer Akut- auf die Palliativstation verlegt werden. Dort kann dann der erforderliche Behandlungsplan zur Symptomkontrolle aufgestellt werden.

Die Kosten der stationären Palliativversorgung werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Es gelten dieselben Zuzahlungsbedingungen wie bei einem Krankenhausaufenthalt.

Adressen von Palliativstationen finden Sie:

- sortiert nach Bundesländern auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ([www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) > Adressen > Palliativstationen).
- im „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2008/09“ ([www.betanet.de/betanet/soziales\\_recht/Wegweiser-Hospiz-und-Palliativmedizin-1226.html](http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Wegweiser-Hospiz-und-Palliativmedizin-1226.html))

Die Verweildauer auf einer Palliativstation ist begrenzt. Sie beträgt durchschnittlich zwischen zehn und zwölf Tagen. Daher ist schon frühzeitig zu überlegen, ob die spätere Entlassung nach Hause oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgen soll, damit dafür entsprechende Vorkehrungen getroffen werden können.

Wenn die Patientin in das häusliche Umfeld entlassen werden kann, ist eine gute Vorbereitung notwendig. Folgende Punkte müssen geklärt werden:

- Ist die medizinische Betreuung gesichert?
- Ist die pflegerische Betreuung gesichert?
- Sind die notwendigen Pflegehilfsmittel (Krankenhausbett usw.) vorhanden?
- Ist die Finanzierung gesichert?
- Ist die Wohnsituation der Patientin für die ambulante palliative Begleitung geeignet?

### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Palliativpatientinnen haben das Recht, auch bei besonders aufwendigem Versorgungsbedarf außerhalb einer Palliativstation palliativmedizinisch behandelt zu werden. Diese Versorgung wird „spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)“ genannt und von den Krankenkassen finanziert. Ziel der SAPV ist es, wie bei der stationären Palliativversorgung, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwer kranker Menschen zu erhalten, zu fördern oder zu verbessern.

Im Vordergrund steht, Symptome und Leiden zu lindern. Den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der einzelnen Patientin ist dabei Rechnung zu tragen. Der Patientenwille ist stets zu beachten. Auch schwer kranke Menschen, die in einem Hospiz leben, haben Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV.

### Anspruchsberechtigt sind Patientinnen, die

- an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, die eine begrenzte Lebenserwartung zur Folge hat und
- eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, die ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann.

Die SAPV umfasst alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung und die erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der Ärzte, der Teammitglieder, der Patientin und ihrer Angehörigen. Die SAPV muss auf die Patientin und ihre Situation individuell abgestimmt werden.

### Inhalte der SAPV sind z.B.:

- Koordination der palliativmedizinischen und pflegerischen Versorgung im Team,
- Symptomlinderung,
- apparative palliativmedizinische Behandlung,
- spezialisierte palliativmedizinische und/oder -pflegerische Maßnahmen, die die Kompetenz eines Palliativmediziners und/oder einer Palliative-Care-Pflegekraft erfordern,
- Aufstellen und Führen eines Behandlungsplans,
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr,
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patientin und ihrer Angehörigen,
- Beratung der betreuenden Leistungserbringer,
- Psychosoziale Unterstützung,

- Durchführung regelmäßiger Fallbesprechungen im SAPV-Team,
- Dokumentation und Evaluation.

Die SAPV kann vom behandelnden niedergelassenen Arzt oder vom Krankenhausarzt verordnet werden. Der Krankenhausarzt kann die Verordnung jedoch nur für sieben Tage ausstellen. Die Verordnung muss spätestens am 3. Tag nach Ausstellung bei der Krankenkasse vorgelegt werden. Kostenträger ist die Krankenkasse.

Die SAPV wird von Teams erbracht, die ausschließlich auf Palliativversorgung spezialisiert sind, sogenannte Palliative Care Teams (PCT). Unverzichtbar in der SAPV ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten und Erreichbarkeit rund um die Uhr, sieben Tage die Woche.

Seit dem 1. April 2007 besteht für gesetzlich Krankenversicherte nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Zur Umsetzung des Leistungsangebotes müssen die gesetzlichen Krankenkassen jedoch Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen (Leistungserbringer) schließen. Dies ist an vielen Orten noch nicht geschehen. Daher steht das Angebot nach wie vor nicht flächendeckend zur Verfügung. Inzwischen sind Schleswig-Holstein, das Saarland, Westfalen-Lippe und Berlin flächendeckend versorgt. Teilweise versorgt sind: Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Sachsen, Thüringen und Niedersachsen (Stand Mai 2011). In weiteren Bundesländern laufen Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Außerdem gibt es Fälle, bei denen Einzelanträge zur Kostenübernahme akzeptiert wurden.

#### **Adressen von ambulanten Palliativdiensten finden Sie**

- auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de) > Adressen > Ambulante Palliativdienste.
- im „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2008/09“ ([www.betanet.de/betanet/soziales\\_recht/Wegweiser-Hospiz-und-Palliativmedizin-1226.html](http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Wegweiser-Hospiz-und-Palliativmedizin-1226.html)).

## **Stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste**

Im Mittelpunkt der stationären und der ambulanten Hospizarbeit stehen sterbende Menschen und ihre Angehörigen mit ihren Bedürfnissen und Rechten in der letzten Lebensphase. Ziele der Hospizarbeit sind Schmerztherapie, lindernde Pflege und menschliche Zuwendung. Diese lebensbejahende Grundidee schließt die aktive Sterbehilfe aus. Schwerpunkte sind die psycho-soziale und die spirituelle Begleitung, die palliative Medizin und die palliative Pflege.

Zu Hause zu sterben, ist der Wunsch der meisten Menschen. Dies möglich zu machen, ist das vorrangige Ziel der Hospizbewegung. Ambulante Hospize arbeiten in der Regel eng vernetzt mit allen anderen Beteiligten der Hospiz- und Palliativversorgung und bauen zum Teil auch Netzwerke auf, um diese Versorgung überhaupt zu ermöglichen. Sie ergänzen die Leistungen ambulanter Pflegedienste und unterstützen die Arbeit der ambulanten Palliativdienste.

Ambulante Hospize arbeiten meist mit ehrenamtlichen Kräften, die speziell geschult werden. Die Mitarbeiter beraten und unterstützen die Patientinnen und deren Angehörige außerdem bei psychosozialen Problemen und bei der Trauerarbeit. Derzeit gibt es ca. 1.450 ambulante Hospizdienste in Deutschland.

Ambulante Hospize werden von den Krankenkassen finanziell gefördert, wenn sie mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeiten und unter fachlicher Verantwortung einer Krankenschwester oder einer anderen qualifizierten Person stehen. Diese müssen mehrjährige Erfahrung in der palliativmedizinischen Pflege haben. Ambulante Hospize werden darüber hinaus durch Spenden finanziert. Für Patientinnen entstehen bei der Inanspruchnahme keine Kosten.

## **Weiterführende Informationen**

Die folgenden Organisationen befassen sich mit der Versorgung Schwerkranker und Sterbender, nicht nur bei Krebs. Sie bieten Hintergrundinformation und können Anlaufstellen vor Ort nennen:

## Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

[www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)

Auf der Website der DGP finden Nutzer eine Adressliste zu weiteren nationalen, aber auch internationalen Organisationen, die wichtige Informationen für Patientinnen und Angehörige bereithalten.

## Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

[www.hospiz.net](http://www.hospiz.net)

Der Verband und die entsprechenden Landesarbeitsgemeinschaften bieten im Internet vielfältige Informationen für Betroffene und Leistungserbringer, außerdem Adressen sowie Hinweise auf nützliche Bücher und Broschüren.

## Deutsche Hospiz Stiftung

[www.hospize.de](http://www.hospize.de)

Die Stiftung versteht sich als Organisation des Patientenschutzes für Schwerstkranke und Sterbende. Angeboten werden vielfältige Informationen, Adresslisten von geeigneten Ansprechpartnern der Behandlung, Beratung und Unterstützung sowie ein telefonischer Informationsdienst unter  
0231 / 73 80 73 - 0 in Dortmund,  
030 / 2 84 44 84 - 0 in Berlin und  
089 / 20 20 81 - 0 in München.

## Blaue Ratgeber der Deutschen Krebshilfe: „Palliativmedizin“, Nr. 57

## Verzeichnis ambulanter und stationärer Einrichtungen in Deutschland

[www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de)

Dieses Verzeichnis erlaubt die Suche nach Adressen vor Ort. Außer im Internet ist die Adress-Sammlung auch als Buch erhältlich. Herausgeber sind die wichtigsten Organisationen, die in diesem Bereich tätig sind.

## Anhang

### Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Die UPD wird partnerschaftlich getragen vom Sozialverband VdK Deutschland e.V., Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. und Verbund unabhängige Patientenberatung e.V. Die Beratung erfolgt ausschließlich nach den Interessen der Patienten (und nicht nach denen der Krankenversicherungen). Kompetente Berater sind telefonisch unter 0800 / 0117722 gebührenfrei montags bis freitags von 10 bis 18 Uhr erreichbar.  
[www.upd-online.de](http://www.upd-online.de)

### Bürgertelefone der Bundesregierung

Das Bundesgesundheitsministerium ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)) und das Ministerium für Arbeit und Soziales ([www.bmas.bund.de](http://www.bmas.bund.de)) bieten neben den Internet-Services telefonische Beratungen an: montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 12 Uhr.

- Fragen zum Versicherungsschutz: 01805 / 99 66 01
- Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung: 01805 / 99 66 02
- Fragen zur Pflegeversicherung: 01805 / 99 66 03
- Fragen zur gesundheitlichen Vorsorge: 01805 / 99 66 09
- Fragen zur Rente: 01805 / 67 67 10
- Fragen zum Arbeitsrecht: 01805 / 67 67 13
- Schreibtelefon für Gehörlose und Hörgeschädigte: 01805 / 67 67 16

Auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung kann von Patienten direkt kontaktiert werden:

Wolfgang Zöllner, MdB,

Friedrichstraße108

10117 Berlin

Telefon: 030 / 18 441 34 20

E-Mail: [patientenbeauftragter@bmg.bund.de](mailto:patientenbeauftragter@bmg.bund.de)

[www.patientenbeauftragter.de](http://www.patientenbeauftragter.de)

## Informationsangebote der Krankenversicherungen

Wenn es um die Kostenübernahme für medizinische und unterstützende Leistungen geht, ist in erster Linie Ihre Krankenversicherung zuständig. Auf Ihrer Versichertenkarte finden Sie Service-Telefonnummern sowie die Internetadresse Ihrer Versicherung.

Wichtige Infos zum Sozialrecht finden Sie beim Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Versicherte/Rat & Tat.

Die privaten Krankenversicherungen präsentieren sich unter [www.pkv.de](http://www.pkv.de).

## Informationsangebote der gesetzlichen Rentenversicherung

Wenn es um die mögliche Rückkehr ins Arbeitsleben oder um Rentenfragen geht, ist die gesetzliche Rentenversicherung der richtige Ansprechpartner: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de).

Das zentrale kostenlose Beratungstelefon ist montags bis donnerstags von 7.30 bis 19.30 Uhr und freitags von 7.30 bis 15.30 Uhr besetzt: 0 800 / 1 000 48 00.

## Servicestellen Reha

Viele Rehabilitationsleistungen sind heute eindeutiger als früher den gesetzlichen Krankenversicherungen zugeordnet. Um die Beratung besser koordinieren zu können, sind so genannte Servicestellen REHA eingerichtet worden. Träger sind die gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungen, die Bundesagentur für Arbeit sowie weitere Institutionen. Die nächste Servicestelle erfahren Sie bei Ihrer Krankenversicherung oder unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de).

## Krebsberatungsstellen

Beratungsstellen der Deutschen Krebsgesellschaft: [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de).

Informationsdienst der Deutschen Krebshilfe: montags bis freitags von 8 bis 17 Uhr unter 0228 / 729 90 95 oder unter [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de) > Rat & Hilfe.

Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg: täglich von 8 bis 20 Uhr kostenlos erreichbar unter 0800 / 420 30 40 oder unter [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de).

## Informationen zu Hospizen

**Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.:** [www.hospiz.net](http://www.hospiz.net)

Der Verband und die entsprechenden Landesarbeitsgemeinschaften bieten im Internet vielfältige Informationen für Betroffene und Leistungserbringer, außerdem Adressen sowie Hinweise auf nützliche Bücher und Broschüren.

**Deutsche Hospiz Stiftung:** [www.hospize.de](http://www.hospize.de)

Die Stiftung versteht sich als Organisation des Patientenschutzes für Schwerstkranke und Sterbende. Angeboten werden vielfältige Informationen, Adresslisten von geeigneten Ansprechpartnern der Behandlung, Beratung und Unterstützung sowie ein telefonischer Informationsdienst unter

0231 / 73 80 73 - 0 in Dortmund,  
030 / 2 84 44 84 - 0 in Berlin und  
089 / 20 20 81 - 0 in München.

Verzeichnis ambulanter und stationärer Einrichtungen in Deutschland: [www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de)

Dieses Verzeichnis erlaubt die Suche nach Adressen vor Ort. Außer im Internet ist die Adress-Sammlung auch als Buch erhältlich. Herausgeber sind die wichtigsten Organisationen, die in diesem Bereich tätig sind.

## Krebs-Selbsthilfeorganisationen

Im Juni 2006 wurde in Bonn das Haus der Krebs-Selbsthilfe (HdKSH) eröffnet. Dieses Haus beherbergt alle von der Deutschen Krebshilfe geförderten bundesweit tätigen Krebs-Selbsthilfeorganisationen.

Die Selbsthilfeorganisationen im Haus der Krebs-Selbsthilfe sind in ihrer Arbeit nur den Interessen der krebserkrankten Menschen verpflichtet und verfolgen für diese und mit diesen folgende gemeinsamen Ziele und Aufgaben:

- Sie fördern sich gegenseitig in ihrer Arbeit.
- Sie treten gemeinsam für den Erhalt und die Verbesserung der Qualität der medizinischen und psychosozialen Versorgung ein.
- Sie erarbeiten gemeinsame gesundheitspolitische und soziale Positionen und vertreten sie in der Öffentlichkeit.
- Sie bringen die Patientensicht in die fachmedizinischen Diskussionen ein und bekämpfen Defizite in allen Versorgungsbereichen.
- Sie sorgen gemeinsam für die Stärkung der Patientenkompetenz.
- Sie entwickeln gemeinsam Konzepte, führen Aktionen durch, geben Informationen heraus und organisieren Veranstaltungen.

Die Arbeit der acht Organisationen ist auf Hilfe zur Selbsthilfe ausgerichtet und den Prinzipien der klassischen Selbsthilfe verpflichtet:

- eigene Betroffenheit, indirekte Betroffenheit (Angehörige, nahestehende Personen),
- freiwillige Mitarbeit (Ehrenamt),
- demokratische Wahlen bei der Besetzung der Ämter,
- Offenheit für alle Betroffenen,
- Neutralität und Unabhängigkeit.

## Arbeitskreis der Pankreatektomierten e. V.

[www.adp-bonn.de](http://www.adp-bonn.de)

Tel.: 0228 / 33889 – 251

E-Mail: [bgs@adp-bonn.de](mailto:bgs@adp-bonn.de)

## Bundesverband der Kehlkopferierten e. V.

[www.kehlkopferiert-bv.de](http://www.kehlkopferiert-bv.de)

Tel.: 02 28 / 3 38 89 – 300

E-Mail: [geschaeftsstelle@kehlkopferiert-bv.de](mailto:geschaeftsstelle@kehlkopferiert-bv.de)

## Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

[www.prostatakrebs-bps.de](http://www.prostatakrebs-bps.de)

Telefonische Beratungshotline: dienstags, mittwochs und donnerstags von 15 Uhr bis 18 Uhr unter der gebührenfreien Service-Rufnummer: 0800 / 70 80 123.

## Deutsche ILCO e. V. für Stomaträger, Menschen mit Darmkrebs

[www.ilco.de](http://www.ilco.de)

Tel.: 0228 / 338894-50

E-Mail: [info@ilco.de](mailto:info@ilco.de)

## Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e. V.

[www.leukaemie-hilfe.de](http://www.leukaemie-hilfe.de)

Tel.: 0228 / 33 88 9-200; Sprechzeiten montags bis freitags von 9:00 – 12:00 Uhr und 14:00 – 16:00 Uhr, außer Mittwochnachmittag

E-Mail: [info@leukaemie-hilfe.de](mailto:info@leukaemie-hilfe.de)

## Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e. V.

[www.frauenselbsthilfe.de](http://www.frauenselbsthilfe.de)

Tel.: 02 28 / 3 38 89-400

E-Mail: [info@frauenselbsthilfe.de](mailto:info@frauenselbsthilfe.de)

## Ohne Schilddrüsen leben e. V.

[www.sd-Krebs.de/](http://www.sd-Krebs.de/)

Tel.: 0 18 05 - 64 63 73

E-Mail: [info@sd-Krebs](mailto:info@sd-Krebs)

### **Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.:**

www.selbsthilfe-bund-blasenkrebs.de/

Tel.: 02 08 / 62 19 60 41

Online-Forum: www.forum-blasenkrebs.net

### **Informationen zu Sportangeboten in der Krebsnachsorge**

Sport in der Krebsnachsorge gibt es inzwischen in 13 Bundesländern. Die Gruppen werden von speziell ausgebildeten Fachkräften geleitet. Die Teilnahme wird in der Regel vom behandelnden Arzt verordnet.

#### **Baden-Württemberg**

Badischer Sportbund Freiburg

Tel.: 0761 / 15246-0

E-mail: info@bsb-fr.sport-in-bw.de

Badischer Sportbund Karlsruhe

Tel.: 0721 / 1808-15

E-mail: B.Hirsch@bsb-ka.sport-in-bw.de

Württembergischer Landessportbund

E-mail: b.hies@wlsb.sport-in-bw.de

#### **Bayern**

Behinderten- und Versehrten -Sportverband Bayern

Tel.: 089 / 544189-0

E-mail: BVS-Bayern@t-online.de

#### **Berlin**

Behinderten-Sportverband Berlin e.V.

Tel.: 030 / 30099-675

E-mail: behindertensport berlin@t-online.de

#### **Bremen**

Landessportbund Bremen

Tel.: 0421 / 79287-15

E-mail: info@lsb-bremen.de

#### **Hamburg**

Behinderten – u. Rehabilitations-Sportverband Hamburg e.V.

Tel.: 040 / 859933

E-mail: brshamburg@t-online.de

#### **Hessen**

Landessportbund Hessen

Tel.: 069 / 6789-448

E-mail: Sport-in-Hessen@t-online.de

#### **Niedersachsen**

Behinderten-Sportverband Niedersachsen

Tel.: 0511 / 98936-15

E-mail: info@bsn-ev.de

#### **Nordrhein-Westfalen**

LandesSportBund- Nordrhein-Westfalen

Tel.: 0203 / 7381-836

E-mail: Martina.Tiedmann@lsb-nrw.de

Behinderten Sportverband Nordrhein-Westfalen

Tel.: 0203 / 7780-159

E-mail: ageist@bsnw.de

#### **Rheinland-Pfalz**

Landessportbund Rheinland-Pfalz

Tel.: 06131 / 2814-370

E-mail: lsb@lsb-rlp.de

Behinderten-Sportverband Rheinland-Pfalz

Tel.: 0261 / 135250

E-mail: bsv-rlp@t-online.de

## **Sachsen**

Landessportbund Sachsen  
Tel.: 0341 / 216310  
E-mail: LSB-Sachsen@t-online.de

Sächsischer Behinderten- und Versehrten-Sportverband  
Tel.: 0341 / 21138-65

## **Sachsen-Anhalt**

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Sachsen-Anhalt  
Tel.: 0345 / 5170-824  
E-mail: BS-Sachsen-Anhalt@t-online.de

## **Schleswig-Holstein**

Landessportverband Schleswig-Holstein  
Tel.: 04523 / 7888  
E-mail: bildungswerk@sv-sh.de

## **Thüringen**

Landessportbund Thüringen  
Tel.: 0361 / 3405435  
E-mail: k.lang@thueringen-sport.de

Thüringer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband  
Tel.: 0361 / 3460539  
E-mail: tbrsv@t-online.de

## **Bundesländer ohne ein Angebot**

Brandenburg  
Mecklenburg-Vorpommern  
Saarland

## **Online-Suchmaschine für Bewegungsangebote**

Außerdem bietet der Deutsche Olympische Sportbund auf seiner Website die Möglichkeit an, auf einer Deutschlandkarte ein Postleitzahlengebiet auszuwählen oder nach Ort oder Postleitzahl zu suchen und so ein Sportangebot (nicht krebsspezifisch) in der Nähe zu finden:  
<http://www.sportprogesundheit.de/spg/angebote-in-ihrer-naehe/>

## **Studienregister**

Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS):  
<http://register.germanctr.de/drks>  
Internationales Register Klinischer Studien der WHO:  
[www.who.int](http://www.who.int)  
Internet-Portal zu laufenden und abgeschlossenen klinischen Studien des Internationalen Verbandes der Pharmazeutikhersteller und -verbände (IFPMA),  
<http://clinicaltrials.ifpma.org>  
Klinische Studien bei Krebserkrankungen: Informationsblatt des Krebsinformationsdienstes (KID):  
[www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/](http://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/)

## **Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe nach Krebs**

Neben der psychosozialen Unterstützung ist es ein zentrales Anliegen der Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH), Patientinnen zu selbstbewussten und aufgeklärten Partnerinnen der professionellen Helfer zu machen. Wir wollen sie befähigen, den Leistungserbringern im Gesundheitswesen aktiv gegenüberzutreten, an Therapieentscheidungen im Sinne von „shared decision“ und der Erreichung der Therapieziele mitzuwirken. Daher werden bei der FSH alle im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung stehenden Fragestellungen und Probleme thematisiert. Zu folgenden Themen bestehen bereits Informationen in Form von Broschüren oder DVDs, die in der Geschäftsstelle der FSH in Bonn oder im Internet bestellt werden können:

- Imagebroschüre: Auffangen, Informieren, Begleiten
- Imageflyer der Frauenselbsthilfe nach Krebs mit Kontaktadressen
- Broschüre „Soziale Informationen“ (jährlich aktualisierte Auflage)
- Broschüre „Krebs und Sexualität“
- Broschüre „Leben mit Metastasen“
- Broschüre „Krebs und Lymphödem“
- Broschüre „Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen und -patienten“
- Broschüre „Brustamputation – wie geht es weiter?“

- DVD + Flyer „Brustkrebs – was nun?“
- DVD + Flyer „Krebskranke Frauen und ihre Kinder“
- DVD „Brustkrebs – Leben mit Metastasen“
- DVD „Angehörige krebskranker Menschen“
- Faltblatt „Krebsfrüherkennung – Eine Orientierungshilfe“
- Faltblatt „Eierstockkrebs – Eine Orientierungshilfe“
- Faltblatt „Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs – Eine Orientierungshilfe“
- Imageflyer: „Netzwerk Männer mit Brustkrebs“
- Jahresprogramm der Frauenselbsthilfe (jährlich neu)
- Magazin perspektive (4-mal jährlich)

### Kontaktadresse

Frauenselbsthilfe nach Krebs  
 Bundesverband e. V.  
 Tel. +49 (0)2 28 / 3 38 89-400  
 Fax +49 (0)2 28 / 3 38 89-401  
 kontakt@frauenselbsthilfe.de  
 www.frauenselbsthilfe.de

## Medizinisches Wörterbuch

adjuvante Therapie:	Therapie, die nach vollständiger operativer Entfernung aller erkennbaren Tumorteile angewandt wird, um mögliche, bisher aber noch nicht nachweisbare Tumorabsiedlungen (Mikrometastasen) zu bekämpfen und dadurch die langfristigen Heilungsaussichten zu verbessern.
Angiogenesehemmer	Angiogenese bedeutet Neubildung von Blutgefäßen und ist wichtig beim Wachstum und bei der Metastasen-Bildung von Tumoren. Folgerichtig hemmen Angiogenese-Hemmer die Neubildung von Blutgefäßen.
Antihormontherapie	Medikamentöse Behandlung, die die Geschlechtshormone unterdrückt.
Aromatasehemmer	Substanzen, die das Enzym Aromatase blockieren, das für die Bildung von Östrogenen aus Androgenen in Muskeln und Fettgewebe verantwortlich ist. Sie reduzieren die Östrogenproduktion im Körper deutlich.
Ascitis	Flüssigkeitsansammlungen in Bauch- und Lungenfell, z.B. durch Metastasen.
Biopsie	Entnahme von Körpergewebe, für eine feingewebliche Untersuchung zur genauen Diagnosestellung (Gewebeprobe).
Bisphosphonate	Medikamentengruppe zur Behandlung von Knochenabbau (Osteoporose) und als Therapie bei Knochenmetastasen.
Brachytherapie	Besondere Art der Strahlentherapie, bei der eine radioaktive Substanz direkt ins Gewebe eingebracht wird.

Bronchoskopie	Spiegelung der Bronchien.
Chemotherapie	Behandlung von Krebspatienten mit speziellen Medikamenten als Infusion oder in Tablettenform.
Computertomographie (CT)	Computerunterstütztes diagnostisches Verfahren mit geringer Strahlenbelastung, häufig mit Kontrastmittel .
Fatigue	Ermüderungserkrankung, unspezifische Abgeschlagenheit.
Fernmetastase	Tochtergeschwulst fernab des ursprünglichen Tumors.
First-Line-Therapie	Erste Therapie nach Auftreten von Metastasen.
Grading	Einteilung von Tumoren nach Bösartigkeitsgrad, bestimmt durch pathologische Gewebeuntersuchung.
Hämatologe	Facharzt für die Erkennung und Behandlung von gut- und bösartigen Bluterkrankungen.
HER 2-Rezeptoren	Bindungsstellen für Wachstumsfaktoren an der Zelloberfläche von Tumorzellen
Histologischer Befund	Ergebnis einer Gewebeuntersuchung.
Hormonrezeptorstatus	Dichte der Hormonrezeptoren (Bindungsstellen für Wachstumsfaktoren) auf den Tumorzellen .
hormonrezeptorpositiv	Mammakarzinom, dessen Krebszellen auf der Oberfläche Hormonrezeptoren tragen und dessen Wachstum durch weibliche Hormone beeinflusst wird.
Immuntherapie	Behandlungsform, bei der eine Abwehrreaktion gegen das Tumorgewebe erzielt werden soll.
interdisziplinär	Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen.
Intravenös	in eine Vene hinein.

Karzinom	bösartiger Tumor.
Kernspintomographie	auch Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT), computergesteuertes, bildgebendes Diagnoseverfahren, das gut- und bösartige Tumoren unterscheidet.
kurativ	heilend, heilbar.
Leukozyten	weiße Blutkörperchen; sie wehren Krankheitserreger ab und spielen damit eine wichtige Rolle bei der Immunabwehr.
lokale Metastasen	Tochtergeschwülste in der nahen Umgebung des Ursprungstumors.
lymphogene	in Zusammenhang mit dem Begriff Metastasierung bedeutet lymphogen „auf dem Lymphweg entstanden“.
Metastase	Tochtergeschwulst vom ursprünglichen Krebs an einer anderen Körperstelle.
minimalinvasives Verfahren	Operationstechnik, bei der ein Katheter oder eine Sonde zum Einsatz kommen, die durch einen kleinen Schnitt oder Stich direkt in die Körperhöhle eingeführt werden und dort eine direkte Behandlung erlauben.
multiprofessionell	über mehrere Berufsausbildungen verfügend.
MRT	Abk. Magnet-Resonanz-Tomographie.
neoadjuvante Therapie	Therapie, die einer Operation vorgeschaltete wird.
Nodus	lat. Lymphknoten.
Onkologie	Lehre der Geschwulsterkrankungen.
Onkologe	Facharzt für Krebskrankheiten.
Opioide	Schmerzmittel.
oral	durch den Mund.
palliativ	krankheitsmildernd.

palliative Therapie	therapeutische Maßnahmen, die nicht auf die Heilung einer Erkrankung, sondern auf die Linderung der durch sie ausgelösten Beschwerden ausgerichtet ist.
Palliative Care Teams (PCT)	professionelles Palliative-Care-Team aus Palliativärzten und -pflegekräften, Apothekern, Krankengymnasten, Hospizmitarbeitern, Seelsorgern, Sanitätshäusern, Sozialarbeitern, Psychologen.
Pathologe	auf die Untersuchung von Gewebe spezialisierter Mediziner.
perkutan	durch die Haut.
Pleura	Brustfell.
Pleura-Erguss	krankhafte Flüssigkeitsansammlung im Spalt zwischen Lunge und Brustwand, die zu Atemstörungen führen kann. Häufig bei Metastasenbefall des Brustfells.
Pleurodese	therapeutisch herbeigeführte Verklebung beider Brustfellblätter nach Drainage eines Pleura-Ergusses.
Port-Katheder	kleiner Kunststoffbehälter (Port), der unter die Haut eingepflanzt wird und über einen kleinen Schlauch (Katheder) direkt an einer großen Vene angeschlossen wird. Zur Verabreichung von intravenösen Medikamenten oder zur Blutentnahme.
Primärtumor	Ursprungstumor.
progredient	fortschreitend.
progressionsfrei	ohne Fortschreiten der Krankheit.
Psychoonkologie	Spezialgebiet der Psychologie/Psychotherapie, befasst sich mit den psychischen Folgen von Krebserkrankungen.
Radiotherapie	Strahlenbehandlung.

regionäre Metastasen	zu einer bestimmten Körperregion gehörend, z.B. Metastasen in den Lymphen; auch lymphogene Metastasen genannt.
Rehabilitation	ambulante und stationäre Maßnahmen zur Stabilisierung des Heilungserfolges, zur Linderung bestehender Einschränkungen und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit .
Remission	Rückbildung, Verkleinerung des Tumors.
Resektionsrand	Sicherheitsabstand zwischen Tumorgeewebe und gesundem Gewebe.
Rezeptor	Andockstelle an Zellen für Stoffe, von denen sie bestimmte Signale empfangen.
Rezidiv	erneut auftretende Erkrankung.
Röntgen	bildgebendes Untersuchungsverfahren mittels Röntgenstrahlen.
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
Second-Line-Therapie	zweite Therapie in der Krebsbehandlung.
Sentinel Node Biopsie	Operationstechniken, bei der nur die Wächterlymphknoten entfernt werden
singulär	einzelnen.
Skelettszintigraphie	nuklearmedizinische Methode zum aufspüren von Knochenmetastasen.
solider Tumor	Tumor im festen Gewebe, d.h. nicht das Blut, Knochenmark oder das lymphatische System betreffend.
Sonographie	auch Echografie oder umgangssprachlich Ultraschall genannt, ist ein bildgebendes Verfahren zur Untersuchung von organischem Gewebe; es entsteht keine Strahlenbelastung.

subkutan	unter der Haut.
supportiv	unterstützend.
supportive Therapie	Sammelbegriff für Medikamente und Maßnahmen, die zur Vermeidung oder zur Linderung von Beschwerden und Nebenwirkungen einer Behandlung eingesetzt werden.
Symptome	Merkmale und Begleiterscheinungen von Krankheiten, Hinweise auf Störungen.
systemische Therapie	medikamentöse Behandlung des ganzen Körpers, z.B. Chemo- oder Antihormontherapie.
Targeted Therapies	zielgerichtete Therapien gegen Tumorzellen mit bestimmten Eigenschaften wie Hormonabhängigkeit; sie richten sich gegen bestimmte Wachstumsfaktoren und deren Rezeptoren.
Third-Line-Therapie	dritte Therapieoption in der metastasierten Phase der Krebsbehandlung.
Toxizität	Giftigkeit.
Triple3 negativ	Tumor ohne Rezeptoren (Andockstellen), fehlende Östrogenrezeptor(ER)-, Progesteronrezeptor(PR)- und HER2/neu-Expression.
Tumormarker	bestimmte, von Tumoren produzierte Eiweißstoffe, die sich durch Blutuntersuchung nachweisen lassen.
Ultraschall	auch Echografie oder Sonographie genannt, ist ein bildgebendes Verfahren zur Untersuchung von organischem Gewebe; es entsteht keine Strahlenbelastung.

Zyklus	standardisiert ablaufende, mehrmals zu wiederholende Einheit einer Chemotherapie.
Zytostatika	natürliche oder synthetische Substanzen, die das Zellwachstum beziehungsweise die Zellteilung hemmen.
zytostatisch	krebswachstumshemmend.



## **Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.**

Haus der Krebs-Selbsthilfe  
Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn  
Telefon 0228 – 33889-400  
[www.frauenselbsthilfe.de](http://www.frauenselbsthilfe.de)  
[kontakt@frauenselbsthilfe.de](mailto:kontakt@frauenselbsthilfe.de)