



GYNÄKOLOGISCHE KREBSERKRANKUNGEN

Diagnose – Therapie – Nachsorge



ÖSTERREICHISCHE KREBSHILFE
SEIT 1910

Aus dem Inhalt

Die Österreichische Krebshilfe	3
Einleitende Worte	4
Was ist Krebs?	6
Diagnose Krebs, was nun?	8
Das Tumorboard – Ihr individueller Behandlungsplan	9
Befunde besser verstehen	10
Vererbbarkeit von Krebs	12
Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane	16
Eierstockkrebs	18
Gebärmutterkörperkrebs	26
Gebärmutterhalskrebs	32
Schamlippen- und Scheidenkrebs	36
Sarkom der Gebärmutter	39
Keimzelltumor des Eierstockes	41
Keimstrangtumor des Eierstockes	42
Tumor des Mutterkuchens	43
Nachsorge	44
Wiedereingliederungsteilzeit	47
Komplementäre Maßnahmen	48
Klinische Studien	50
Wenn die Erkrankung fortschreitet (Palliative Care)	51
Patientenrechte / Patientenverfügung	52
Informationen aus dem Internet	54
KrebshilfeAPP - Appen statt Googeln	55
Leben mit der Diagnose Krebs	56
Hilfs- und Unterstützungsangebote der Krebshilfe	60
Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe	64

Österreichische Krebshilfe – seit 1910

„Die Not unserer Krebskranken wird immer größer, wir müssen etwas tun, um sie zu lindern. Könnten wir nicht zusammenkommen, um darüber zu sprechen?“

Diese Zeilen schrieb Hofrat Prof. Dr. Julius Hochenegg an seinen Kollegen Hofrat Prof. Dr. Anton Freiherr von Eiselsberg. Es war ein trüber Novembertag im Jahr 1909 gewesen, und Prof. Hochenegg hatte wie so oft eine Krebspatientin daheim besucht und die Not, die er dort sah, hatte ihn tief betroffen gemacht.

Infolgedessen gründeten am 20.12.1910 die Ärzte Prof. Dr. Julius Hochenegg, Hofrat Prof. Dr. Anton Freiherr von Eiselsberg, Hofrat Prof. Dr. Richard Paltauf, Prof. Dr. Alexander Fraenkel, Prim. Doz. Dr. Ludwig Teleky und Dr. Josef Winter die heutige Österreichische Krebshilfe.



Damals wie heute ist es eine der Hauptaufgaben der Österreichischen Krebshilfe, Patienten und Angehörige zu begleiten, sie zu unterstützen und für sie da zu sein. Rund 100 kompetente Berater stehen Patienten und Angehörigen in rund 50 Krebshilfe-Beratungsstellen mit einem umfangreichen Beratungs- und Betreuungsangebot zur Verfügung.

Darüber hinaus tragen Erkenntnisse aus den von der Österreichischen Krebshilfe finanzierten Forschungsprojekten zur Verbesserung von Diagnose und Therapie bei.

Die Österreichische Krebshilfe finanziert sich zum großen Teil durch private Spenden, deren ordnungsgemäße und verantwortungsvolle Verwendung von unabhängigen Wirtschaftsprüfern jährlich bestätigt wird. Die Krebshilfe ist stolzer Träger des Österreichischen Spendengütesiegels.



Ein Wort zur Einleitung



**Mag. Martha
LEPPERDINGER**
*Klinische Psychologin/
Psychoonkologin, Sprecherin
der Krebshilfe-Beratungsstellen*

Mit der Diagnose Krebs erleben viele Menschen einen Sturz aus der eigenen Wirklichkeit. Hier braucht es gute Orientierungshilfen, um wieder Boden unter den Füßen zu bekommen. Dazu gehört fundierte Information zur Erkrankung, zu den Behandlungsmöglichkeiten und psychosoziale Hilfe. Die vorliegende Broschüre soll helfen, einen guten Überblick hinsichtlich gynäkologischer Krebsarten zu erlangen. Den Gefühlen von Angst und Unsicherheit kann mit entsprechender Information gut entgegen gewirkt werden. Für eine persönliche Beratung und psychoonkologische Hilfe laden wir Sie in die österreichweiten Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe ein.

Foto: Jürgen Hammerschmid



Marianne KOHN
*Gründerin der
Selbsthilfegruppe ovarcome*

Durch meine eigene Erkrankung weiß ich ganz genau, wie tief der Schock der Diagnose sitzt. Ich wollte mich aber nicht unterkriegen lassen und habe eine Selbsthilfegruppe für Eierstockkrebspatientinnen gegründet – „ovarcome“. Wir sind vor allem auf Facebook als geschlossene Gruppe aktiv und mittlerweile eine richtige Familie geworden. Wir haben Frauen aus Österreich, Deutschland, der Schweiz und anderen Ländern – wir fragen nicht, woher jemand kommt. Wir tauschen uns aus und sprechen einander Mut und Hoffnung zu. Vor allem profitieren wir aber von den Erfahrungen, die andere schon gemacht haben oder machen. Die Gruppe hält zusammen, in guten und in schlechten Zeiten. Bei der neuen Krebshilfe-Broschüre haben wir sehr gerne mitgearbeitet und werden sie in der Gruppe verteilen. Geben Sie sich einen Ruck und besuchen Sie uns auf Facebook!

Ein Wort zur Einleitung



Univ.-Prof. Dr. Paul SEVELDA
*Präsident der Österreichischen
Krebshilfe, Leiter der Abteilung
für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Krankenhaus Hietzing, Wien*

Die Diagnose Krebs trifft meist wie ein Blitz und nichts scheint mehr so, wie es noch vor Kurzem war. Schwärzeste Fantasien und viele Fragen tauchen auf. Als Gynäko-Onkologe bin ich täglich mit dem Schicksal vieler Patientinnen und ihrer Angehörigen konfrontiert. Es ist mir daher auch ein persönliches Bedürfnis, Ihnen mit der vorliegenden Broschüre eine Zusammenstellung der verschiedensten Informationen zu gynäkologischen Krebserkrankungen anzubieten und damit auch mögliche Fragen durch Wissen zu ersetzen. Scheuen Sie sich bitte trotzdem nicht, Ihren behandelnden Ärzten alle Fragen zu stellen, die Sie beschäftigen. Bitte zögern Sie auch nicht, sich vertrauensvoll an eine der österreichweiten Krebshilfe-Beratungsstellen zu wenden. Die einfühlsamen und kompetenten Krebshilfe-Beraterinnen und Berater nehmen sich Zeit, hören zu und helfen.

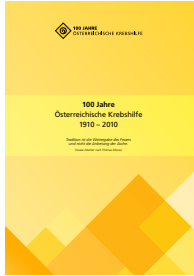


Univ.-Prof. Dr. Christian MARTH
*Präsident der Österreichischen
Krebshilfe Tirol, Präsident der AGO –
Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische
Onkologie der OEGGG, Direktor
der Innsbrucker Univ.-Klinik für
Gynäkologie und Geburtshilfe*

Die Diagnose Krebs löst stets eine Lebenskrise aus. Bösartige Tumoren stellen besonders für Frauen zusätzliche Belastungen dar. Die Folgen der Therapie, wie eingeschränkte Fruchtbarkeit, die Entfernung von Organen, die für Weiblichkeit stehen, fordern oftmals Lösungen, die auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. Mit dieser Broschüre möchten wir Sie über die Chancen und Möglichkeiten informieren, wie die besten Heilungsaussichten gewahrt werden können, aber auch welche neuen Entwicklungen zur Verfügung stehen.

Als Frauenärzte stehen wir stets für Ihre Fragen zur Verfügung und hoffen, dass diese Broschüre Ihnen Aufklärung und Stütze sein wird.

Was ist Krebs?



Lesen Sie mehr zur Geschichte von Krebs in der Broschüre „100 Jahre Österreichische Krebshilfe“

Krebs ist die Bezeichnung für eine Vielzahl von Erkrankungen, die durch ungebremste Zellvermehrung, bösartige Gewebsneubildung und Ausbreitung im Organismus gekennzeichnet sind.

Der **Begriff KREBS** wurde vom griechischen Arzt Hippokrates vor fast 2400 Jahren geprägt. Die, auf gesundes Gewebe übergreifenden Tumore, hat er mit den Scheren des Krebses verglichen. Bereits die alten Ägypter waren von Krebs betroffen. Funde, die bis 3000 vor Christus zurückgehen, bestätigen dies.

Weltweit erkrankten im Jahr 2014 rund 14 Millionen Menschen an Krebs (WHO).

DNS =
Desoxyribonukleinsäure

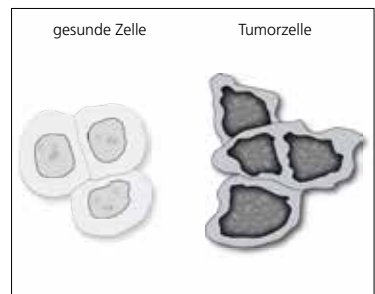
Kanzerogene =
krebserregende Stoffe; u.a. chemische Substanzen, Strahlen, Viren, Inhaltsstoffe des Tabakrauchs und der Nahrungsmittel (-zubereitung), UV-Licht, Infektionen.

Heute ist Krebs ein globales Problem. Weltweit sind laut Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2014 rund 14 Millionen Neuerkrankungen aufgetreten. Der Kampf gegen diese Erkrankung geht uns alle an.

Die Entstehung von Krebs ist ein komplexer Prozess, dem vielfältige sogenannte multifaktorielle Ursachen zugrunde liegen. Lebensstilfaktoren wie Rauchen, ungesunde

Ernährung, Alkohol, UV-Strahlung und auch Bewegungsmangel haben einen großen Anteil – mehr als 50 Prozent – am persönlichen Krebsrisiko.

Krebs wird als Erkrankung des Erbmaterials von Zellen angesehen. Krebserregende (kanzerogene) Faktoren können bleibende Schäden am Erbmaterial – der DNS – bewirken. Das ist besonders auch der Fall, wenn natürliche Reparaturmechanismen und Abwehrreaktionen des Körpers ineffektiv oder ausgeschaltet sind.



Zellen mit genetischen Schäden geben Mutationen bei der Zellteilung auf Tochterzellen weiter.

So entstehen Zellen mit genetischen Schäden – also Mutationen, die dann bei Zellteilung auf Tochterzellen weitergegeben werden. Diese Veränderungen bewirken eine Über-Aktivierung

von Krebsgenen, den sogenannten Onko-Genen. Die Folge ist unkontrolliertes und gesteigertes Wachstum.

Ebenso kann ein Abschalten von Kontrollgenen, also eine Inaktivierung von Suppressor-Genen, zu diesem ungebremsten Zell-Wachstum und der Vermehrung von entarteten Zellen beitragen.

Es gibt Hinweise, dass Krebs von einem Ursprungszellstamm – also dem Klon von Progenitor-Zellen – ausgeht.

Man spricht von einem klonalen Ursprung. Mehrere Schäden mit Veränderungen im Erbmaterial sind notwendig, damit diese Zellen die Eigenschaften der Bösartigkeit (Malignität) erlangen. Die Kennzeichen sind unkontrolliertes Wachstum, das Eindringen in umgebendes Gewebe und Gefäße, die Streuung und Absiedelung im Organismus - die Metastasierung.

Ein wesentliches Charakteristikum von Krebszellen ist deren Unsterblichkeit. Mechanismen, die in normalen Zellen zu Alterung und zum Absterben (dem programmierten Zelltod) führen, werden abgeschaltet.

Krebszellen können sich auch in den Organ-Nischen lange Zeit inaktiv und unauffällig verhalten. Diese Krebsstammzellen gelten aber als die gefährlichsten Zellen in einem Tumor. Sie sorgen für ständigen Nachschub an Krebszellen und werden für ein Wiederauftreten von Tumoren (Rezidiv) und auch für Therapieresistenzen verantwortlich gemacht.

Bei der Krebsentstehung spielt auch der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle. Tatsache ist, dass Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter vermehrt auftreten. Als Erklärung gilt, dass es oft Jahre dauert, bis sich diese zahlreichen Mutationen in einer malignen Entartung von Zellen, einer Tumorbildung und schließlich als Krebserkrankung manifestieren.

Die Ergebnisse der internationalen und nationalen Krebsforschung, die Anwendung von modernsten Diagnose- und Strahlentechnologien und die neuen medikamentösen Therapien haben in den letzten Jahren zu einer **wesentlichen Verbesserung der Heilungsraten und Verlängerung der Überlebenszeiten bei Krebs** geführt.

Suppressor-Gene = Gene, deren Genprodukte in der gesunden Zelle die Zellteilung kontrollieren beziehungsweise unkontrolliertes Zellwachstum hemmen.

Diagnose Krebs – was nun?



Die Broschüre „Leben mit der Diagnose Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe erhältlich.

Die Diagnose Krebs verängstigt und schockiert Patientinnen und Angehörige wie kaum eine andere Erkrankung. Meist wird alles, was jemals zum Thema Krebs gehört und erfahren wurde, abgerufen.

Dieser **Schockzustand** hält einige Tage an. An das aufklärende Gespräch, das der Arzt mit Patientin und Angehörigen geführt hat, erinnert man sich oft nur bruchstückhaft. Daher ist es wichtig, immer wieder **Fragen** zu stellen, lieber einmal mehr als zu wenig.

Das Recht auf Selbstbestimmung besagt, dass jede volljährige Person das Recht hat, über ihre Erkrankung vollständig informiert zu sein und über ihren Körper selbst zu bestimmen.

Es ist wichtig, dass Sie Ihren Behandlungsplan verstehen und damit einverstanden sind (siehe nachfolgende Seite).

Es liegt in der Natur der Menschen, dass es mitunter auch vorkommen kann, dass die „Chemie“ zwischen Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt nicht stimmt. Wenn dies der Fall ist oder Ihr

Arzt nicht in ausreichender Art und Weise auf Ihre Fragen eingeht, dann nützen Sie die Möglichkeit, eine **Zweitmeinung** einzuholen. Ein vertrauensvolles Patientinnenverhältnis trägt wesentlich zum Erfolg der Therapie bei.

Die gesetzlich angeordnete Arbeitszeitverkürzung für Ärzte und der ohnedies dicht gedrängte Klinikalltag lassen bedauerlicherweise oft Gespräche zwischen Arzt und Patientinnen nicht in der notwendigen Ausführlichkeit zu. Besonders die emotionale und soziale Komponente der Erkrankung kommt leider – immer öfter – zu kurz. Die Krebshilfe-Beraterinnen stehen Ihnen österreichweit kostenlos zur Verfügung. Sie können alle Fragen stellen und über alles sprechen, das Sie belastet. Lesen Sie mehr zu dem Hilfs- und Unterstützungsangebot der Österreichischen Krebshilfe ab Seite 60.

**Sie sind nicht allein!
Die Krebshilfe-Beraterinnen und Berater nehmen sich Zeit, hören zu und helfen!**

Betrachten Sie Ärzte als gleichwertige Gesprächspartner und erhöhen Sie sie nicht zu „Göttern in Weiß“, die unerreichbar sind.

Ihr individueller Behandlungsplan

Das therapeutische Vorgehen bei Krebserkrankungen wird durch international festgelegte Standards bestimmt. Welche Therapie individuell eingesetzt wird, hängt von der Art des Tumors, der Lokalisation, der Ausbreitung (Stadium der Erkrankung), der Histologie und auch von bestimmten Ausprägungen („*Biomarker*“) wie z. B. Hormonrezeptoren oder Eiweißstoffen an Tumorzellen ab. All diese Faktoren bestimmen den Behandlungsplan.

Das Tumorboard

Der **individuelle Behandlungsplan** wird von Experten der verschiedenen Fachrichtungen erstellt. Welcher Fachrichtung die am Tumorboard teilnehmenden Mediziner angehören, hängt von der Art der Krebserkrankung der Patientin ab. Bei gynäkologischen Krebserkrankungen sind dies Gynäkoonkologen, Radioonkologen, Radiologen, Pathologen sowie internistische Onkologen. Auch Experten anderer Fachrichtungen können hinzugezogen werden und natürlich auch alle Mitarbeiter, die an der Versorgung der Patientin beteiligt sind.

Ihr individueller Therapieplan wird im Rahmen eines Tumorboards nach neuesten Erkenntnissen erstellt und mit Ihnen ausführlich besprochen.

Das Ergebnis ist IHR individueller Behandlungsplan, der im Rahmen eines **aufklärenden Gespräches** von Ihrem Hauptbehandler („Case Manager“) mit Ihnen eingehend besprochen wird. Dabei informiert der Arzt über die Therapieform und die Ziele der Therapie, Nebenwirkungen und deren Abhilfe. Das Gespräch soll in einer gemeinsamen Entscheidung von Patientin und behandelndem Arzt resultieren.

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie Informationen zu den einzelnen Krebsarten und Behandlungsformen. Wenn Sie zusätzliche Informationen zu Ihrer Krebserkrankung benötigen, stehen Ihnen weitere kostenlose Krebshilfe-Broschüren zur Verfügung.

Biomarker =

Charakteristika von Krebszellen, die aus Gewebematerial von Biopsien und/oder Operationspräparaten mittels immunologischer und molekularbiologischer Untersuchungsmethoden bestimmt werden. Biomarker sind bei der Bestimmung der Therapieempfindlichkeit, Resistenz und Prognose von großer Relevanz.

Befunde besser verstehen ...

Bei einer Tumorerkrankung werden meist viele verschiedene Befunde erhoben. Es ist verständlich, dass Patientinnen versuchen, aus den Befunden mehr „herauszulesen“. Es werden aber **Fachtermini, Begriffe, Buchstaben- und Zahlenkodierungen** verwendet, die für Laien schwer verständlich sind. Deshalb haben wir nachstehend einige kurz erklärt. Weitere Informationen finden Sie auch direkt in den jeweiligen Kapiteln dieser Broschüre.

Anamnese

Anamnese („Erinnerung“) beinhaltet die Erhebung der Krankheitsvorgeschichte, frühere Erkrankungen, Beschwerden, vorangegangene Therapien, Risikofaktoren etc.

„Positiver“ / „Negativer“ Befund

Diese Begriffe stellen keine Wertung im üblichen Sinn dar. Ein „positiver“ Befund bedeutet, dass bei der Untersuchung etwas Auffälliges gefunden wurde. **„Negativ“ bedeutet, dass nichts Auffälliges entdeckt wurde.**

Tumormarker

Tumormarker sind körpereigene Stoffe, meist Zucker-Eiweiß-Moleküle, die auch bei gesunden Menschen im Körper vorhanden sind. Bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung können diese Stoffe erhöht sein (muss aber nicht sein). Eine Vielzahl gutartiger entzündlicher Erkrankungen sowie Nikotin können Tumormarker ebenfalls erhöhen (*falsch positiver Befund*). Bei bösartigen Erkrankungen dienen sie nicht der Diagnose sondern der Verlaufsbeobachtung der Erkrankung.

„o.B.“ – Befund

Eine Abkürzung „o.B.“ („o.p.B.“) bedeutet ohne (pathologischen) Befund, also: **alles normal**.

Buchstaben- und Zahlenkodierungen

Wenn alle notwendigen Untersuchungen abgeschlossen sind, fassen Ärzte die Untersuchungsergebnisse zu der Diagnose zusammen. Das heißt, sie ordnen die Befunde einer bestimmten Erkrankung zu. International gilt ein einheitlicher **Code aus Buchstaben- und Zahlenkodierungen**. So können sich Ärzte über Sprachgrenzen hinweg verständigen.

Stadieneinteilung / „Staging“

Die Erkrankung wird nach ihrer **Ausbreitung im Körper** eingestuft. Hierfür gibt es verschiedene tumorbezogene Einteilungssysteme. Mehr dazu in den Kapiteln zu den einzelnen Krebsarten.

Klassifikation

Mit dem FIGO* und TNM-System werden die **Größe von Tumoren und der Befall von Lymphknoten und Organen** beschrieben.

Grading

Ein langsam wachsender Tumor (*hochdifferenziert*) = „Grad 1“, ein schnell wachsender Tumor (*undifferenziert*) = „Grad G3“.

* „FIGO“ =
Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (franz. für „Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe“)

TNM-Klassifikation

T	Tumor	Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors
N	Nodus	Lymphknoten (nodus lymphoideus). Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen
M	Metastasen	Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

T1 bis T4 für den Primärtumor

Bei der T-Kategorie beschreiben die Ziffern 1 - 4 die zunehmende Größe und Ausbreitung des Primärtumors. Bei einigen Tumoren unterteilen die Fachleute noch genauer (T-Ziffern plus Zusätze mit den Kleinbuchstaben a bis d).

N0 bis N3 für die Lymphknoten

Die Ziffern der N-Kategorie richten sich nach Zahl und Lage der von Krebszellen befallenen „regionären“ Lymphknoten. N0 bedeutet, dass in den regionären Lymphknoten des vom Tumor befallenen Organs keine Krebszellen nachgewiesen werden konnten. N1, N2 und N3 beschreiben den Befall immer mehr oder immer weiter vom Tumor entfernter regionärer Lymphknoten.

M0 und M1 für Fernmetastasen

Bei der M-Kategorie unterscheidet man nur, ob Fernmetastasen nachgewiesen wurden (M1) oder nicht (M0).

„Warum ich...?“



Dr. Gerhard BOGNER

Vorstandsmitglied der AGO, 1. Oberarzt und leitender Oberarzt Univ.- Frauenklinik Salzburg der Paracelsus Medical University

Ein kleiner Teil der Krebserkrankungen sind vererbbar. Für jede Frau gibt es ein individuelles maßgeschneidertes Krebs-Vorsorgeprogramm.

Viele Patientinnen stehen nach der Diagnose Krebs - verständlicherweise - unter Schock und suchen oftmals nach einem „Grund“ oder einer Erklärung. „Warum ich...?“, „Bin ich selber schuld an meiner Krebserkrankung?“ – mit diesen Fragen wenden sich viele Patientinnen an die Krebshilfe.

Faktum ist aber, dass die meisten Krebsarten in ihrer Entstehung leider nicht vermieden werden können. Es gibt aber Faktoren, die das **Risiko beeinflussen**, an Krebs zu erkranken. Solche können **angeboren** (z.B. genetisch) oder **erworben** sein (z.B. durch Infektionen etc.).

„Risikofaktor Alter“

Bei den häufigsten Krebserkrankungen (nicht nur beim Krebs der Frau) stellt das Alter ein **nicht beeinflussbares Risiko** dar, denn mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an Krebs zu erkranken.

Risikofaktor Vererbbarkeit

In einigen Familien tritt Brust-, Eierstock- und Darmkrebs gehäuft auf. Aber nur etwa 5% aller Krebserkrankungen sind durch Veränderungen des menschlichen Erbgutes (*Keimbahn*) bedingt.

Bei Brustkrebs- und Eierstockkrebspatientinnen kann es aus zwei Gründen wichtig sein, eine **genetische Mutation (BRCA 1, 2) zu kennen**: Erstens kann es für die eigene Therapie von Bedeutung sein und zweitens auch für Verwandte eine wichtige Information darstellen, um im Falle einer genetischen Mutation eine entsprechende Beratung einzuholen.

Deshalb sollten Brustkrebs- und Eierstockkrebspatientinnen nachstehende Information auch an ihre Töchter, Schwestern, Mütter und Brüder (auch Männer können an Brustkrebs erkranken!) weitergeben.

Die genetische Beratung

Frauen, die befürchten, dass eine familiäre Neigung zu gewissen Krebsarten besteht, wird eine **genetische Beratung** durch Humangenetiker und dem Arzt Ihres Vertrauens angeboten.

Dabei wird das persönliche Risiko und mögliche genetische Ursachen anhand von gewissen Kriterien eingeschätzt. Wenn das Erkrankungsrisiko über 10% beträgt oder eine Patientin Eierstockkrebs hat, kann die Bestimmung des veränderten

Vererbbarkeit von Krebs

Kriterien für eine prädiktive* genetische Testung Brustkrebs/Eierstockkrebs

- mindestens 3 an Brustkrebs erkrankte Frauen
- mindestens 2 an Brustkrebs erkrankte Frauen, davon eine unter dem 51. Lebensjahr
- mindestens 1 Frau mit 35 oder jünger an Brustkrebs erkrankt
- mindestens 1 Frau an Brustkrebs und 1 Frau an Eierstockkrebs erkrankt
- mindestens 2 Frauen an Eierstockkrebs erkrankt
- mindestens 1 Frau an Brustkrebs und Eierstockkrebs erkrankt
- mindestens 1 Frau an Brustkrebs in beiden Brüsten erkrankt, wobei die Ersterkrankung vor dem 51. Lebensjahr erfolgte
- mindestens 1 Mann an Brustkrebs erkrankt
- eine bereits nachgewiesene BRCA1-/BRCA2-Mutation in der Familie

Krebsgens (mutiertes BRCA 1/2 Gen) vorgenommen werden. Zur Abschätzung des familiären Risikos dient die oben stehende Tabelle.

Nach umfassender Beratung kann sich die Frau - so sie die Kriterien einer genetischen Testung erfüllt - entscheiden, ob sie eine genetische Testung durchführen lassen möchte.

Für die genetische Beratung ist **eine Zuweisung durch einen Kassenarzt** notwendig (Verdachtsdiagnose „Familiäres Brust- und Eierstockkrebsyndrom“).

Kosten

Wenn die genetische Beratungsstelle ein vermutetes erbliches Risiko bestätigt, dann ist die genetische Untersuchung bei gültiger österreichischer Sozialversicherung kostenfrei.

Wartezeit auf das Testergebnis

Aufgrund der aufwändigen Untersuchung kann es manchmal **einige Wochen** dauern, bis das Untersuchungsergebnis vorliegt. Dies ist eine international übliche Wartezeit. Während der Wartezeit besteht immer die Möglichkeit für ein ärztliches bzw. psychologisches Gespräch.

* prädiktiv =

Bei einer prädiktiven genetischen Beratung wird mit Ihnen ein familiäres Risiko besprochen. In der Regel ist der Ratsuchende selbst gesund und ein naher Familienangehöriger ist an einer genetischen Erkrankung erkrankt (z.B. familiärer Brustkrebs/ Eierstockkrebs) oder dies wird vermutet.

Im Gegensatz dazu soll bei einer **diagnostischen Beratung** der Verdacht abgeklärt werden, dass eine bei Ihnen bereits bestehende Krankheit möglicherweise durch eine genetische Veränderung verursacht wurde.

BRCA =

BReast **C**Ancer Gen = Brustkrebsgen

Testergebnis

Hängt allerdings in speziellen Fällen – vor allem bei einer aktuellen Krebserkrankung – eine Therapieentscheidung vom genetischen Ergebnis ab, kann Ihr Arzt eine beschleunigte Analyse beantragen.

Ein positives Testergebnis

Ein positives Testergebnis bedeutet, dass ein verändertes Krebsgen (BRCA 1 oder 2) vorhanden ist. Es sagt aber nicht aus, wann, an welchem Tumortyp oder ob überhaupt eine Krebserkrankung eintreten wird, sondern weist **auf ein wesentlich erhöhtes Risiko** hin.

Manche Frauen entscheiden sich in diesem Fall für eine vorbeugende Entfernung des Brustdrüsengewebes oder der Eierstöcke, manche für ein maßgeschneidertes Früherkennungsprogramm.

Die Kenntnis des Mutationsstatus kann bei der Auswahl von Behandlungsstrategien wichtig sein.

Ein negatives Testergebnis

Das **negative Testergebnis** bedeutet, dass **kein genetisches Risiko zur Erkrankung nachgewiesen werden konnte**.

Ein maßgeschneidertes Früherkennungsprogramm für Angehörige von Brust- und Eierstockkrebspatientinnen wird aber empfohlen.

Wenn Sie Näheres zu dem Thema genetische Beratung und Testung erfahren wollen, sprechen Sie bitte mit dem Frauenarzt Ihres Vertrauens.

Vorbeugende Operation

Im Jahr 2013 hat sich die Schauspielerin Angelina Jolie beide Brüste abnehmen lassen, weil sie ein genetisch höheres Risiko für Brustkrebs trägt.

„Der Jolie-Effekt“

Seit dem Outing von Angelina Jolie hat sich die Nachfrage nach genetischen Beratungen vervielfacht. Es war auch klar ein Trend zu vermehrten Amputationen bemerkbar.

Bei normalem oder durchschnittlichen Krebsrisiko

Bei normalem oder durchschnittlichem Krebsrisiko wird keiner Frau die Entfernung weiblicher Geschlechtsorgane zum Zweck der Reduktion des Krebsrisikos empfohlen!

Bei nachgewiesenem erhöhten Risiko

Bei Frauen mit nachgewiesenem erhöhten Risiko, an Brustkrebs oder Eierstockkrebs zu erkranken, können diese Organe – in Abhängigkeit vom Alter der Frau – „vorbeugend“ entfernt werden.

Die Grundlage zu dieser Entscheidung bedarf allerdings einer intensiven Beratung durch ausgebildete Fachärzte und Psychologen.

Nach der Entnahme des Tumorgewebes/Organs besteht die Möglichkeit einer Rekonstruktion mittels Implantaten oder durch körpereigenes Gewebe.

Äußere Geschlechtsorgane



Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c.
Heinz KÖBL

Vorstandsmitglied
der AGO, Leiter der
Abteilung für Allge-
meine Gynäkologie
und Gynäkologische
Onkologie der Frauen-
klinik Wien

Das Verständnis
der verschiedenen
Genitalerkrankungen
einschließlich der
bösartigen Tumoren wird
an Hand der vorliegenden
Anatomie verständlich. So
unterscheidet man grund-
sätzlich Erkrankungen am
äußeren von jenen des
inneren Genitals (siehe
Abbildung).

Zu den äußeren Geschlechtsorganen gehören Scheidenvorhof, Schamlippen und Klitoris (*Kitzler*).

Der **Scheidenvorhof**, in den neben der Scheide auch die Harnröhre mündet, wird von den kleinen **Schamlippen** umschlossen, die vorne in die **Klitoris** übergehen und von den großen Schamlippen umschlossen werden.

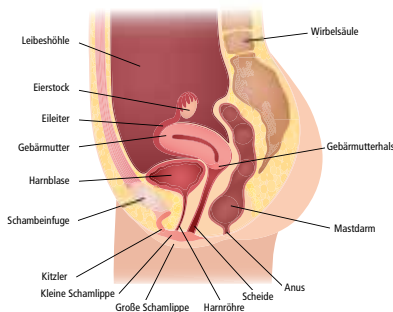
Etwa zwei Zentimeter unterhalb der Klitoris liegt die **Harnröhrenöffnung**. Die Harnröhre ist bei der Frau nur sehr kurz, weshalb das weibliche Geschlecht eher zu Blasenentzündungen neigt als das männliche.

Unter der Harnröhrenöffnung kommt nach etwa eineinhalb Zentimetern der **Scheideneingang**. Zwischen dem Scheideneingang und dem Darmausgang liegt die **Dammregion**, die bei einer Entbindung unter enormer Spannung steht. Der **Anus** bildet den Darmausgang. Er besteht aus der empfindlichen Darmschleimhaut, die in dieser Region in normale Haut übergeht. Ein Schließmuskel sorgt für den Verschluss oder besser die Stuhlkontinenz.

Die Grenze zwischen den äußeren und inneren Geschlechtsorganen bildet das **Jungfernhäutchen** (*Hymen*). Dieses hat keine Funktion und ist ein Relikt aus der Entwicklungsgeschichte*. Medizinisch bedeutsam ist das Jungfernhäutchen nur dann, wenn keine Öffnung darin ist und sich die Periodenblutung in der Scheide ansammelt.

Die **Scheide** (*Vagina*) stellt eine Verbindung zur Gebärmutter her. Der muskulöse Kanal ist etwa zehn Zentimeter lang und zwei bis drei Zentimeter breit, kann sich aber bei Bedarf – also beim Geschlechtsverkehr oder der Geburt eines Kindes – deutlich weiten.

Weibliches Fortpflanzungssystem



Innere Geschlechtsorgane

Die **Gebärmutter** (*der Uterus*) ist ein hohler Muskel, der die Größe einer kleinen Birne hat und etwa sieben bis acht Zentimeter lang ist. Sie liegt leicht gebogen etwas **über der Harnblase**. Die Gebärmutterschleimhaut wird im monatlichen Zyklus – hormonell gesteuert – auf- und abgebaut und dient der Vorbereitung auf die Einnistung einer befruchteten Eizelle. Bleibt die Befruchtung aus, wird die verdickte Schleimhaut wieder abgebaut und es kommt zur Regelblutung.

Der **Gebärmutterhals** nimmt etwa das untere Drittel der Gebärmutter ein und ragt als Gebärmuttermund in den oberen Teil der Scheide hinein.

Am oberen Gebärmutterende (Fundus) münden rechts und links die **Eileiter** in die Gebärmutter.

Die **Eileiter** transportieren die Eizelle vom Eierstock in die Gebärmutter. Ist der Eileiter durch vorangegangene Entzündungen geschädigt, kann sich der Transport der Eizelle verlangsamen. Nach spätestens sechs bis sieben Tagen nistet sie sich aber an Ort und Stelle ein und wenn sie bis dahin nicht den Uterus erreicht

hat, passiert dies eben im Eileiter. Mediziner sprechen dann von einer Eileiterschwangerschaft.

In den **Eierstöcken** werden Eizellen und Hormone produziert. In jedem Regelzyklus wird (meist) eine Eizelle zum Reifen gebracht und springt. Im Eierstock bleibt der Gelbkörper (*Corpus luteum*) zurück. Er bildet das Hormon, das die **Gebärmutterschleimhaut** auf eine eventuelle Einnistung vorbereitet. Findet eine Befruchtung statt, hält der Gelbkörper in den ersten acht Wochen die Schwangerschaft aufrecht. Findet keine Befruchtung statt, bildet sich der Gelbkörper zurück.

Die Anzahl nimmt im Laufe des Lebens kontinuierlich ab. Zur Zeit der Wechseljahre ist die Ei-Anzahl so weit reduziert, dass weniger Hormone produziert werden und keine regelmässigen Blutungen mehr auftreten (*Menopause*).

* In einigen Ländern ist die Beschneidung bei Frauen nach wie vor weit verbreitet: Dabei wird die Klitoris häufig auf bestialische Art und Weise entfernt und somit das Zentrum für die Lust der Frau zerstört.

Eierstockkrebs



Univ.-Prof. Dr.
Alexander
REINTALLER

Vorstandsmitglied
der AGO, Leiter der
„Gynecologic Cancer
Unit“ des Comprehensive
Cancer Center der
Medizinischen Universität
Wien, Leiter der
gynäko-onkologischen
Studienzentrale der
Universitätsklinik
für Frauenheilkunde
Wien, AKH Wien.

Nach wie vor ist der
Eierstockkrebs die
gefährlichste aller
gynäkologischen
Krebserkrankungen. Die
fehlende Symptomatik
in Frühstadien und die
fehlende Früherken-
nungsmöglichkeit führen
dazu, dass Eierstockkrebs
meist erst in einem
fortgeschrittenen Stadium
erkannt wird.

»

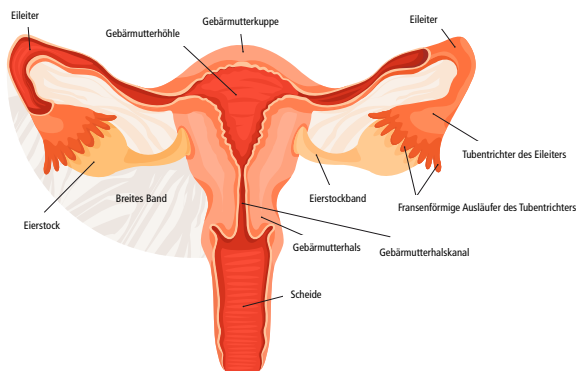
Eierstockkrebs (*Ovarialkarzinom*) ist die achthäufigste Krebserkrankung der österreichischen Frauen. Ca. 4% aller Tumoren bei der weiblichen Bevölkerung sind bösartige Neubildungen der Eierstöcke (*Ovarien*). In Österreich erkranken jährlich ca. 650 Frauen und knapp 500 sterben an der Erkrankung. Der Altersgipfel befindet sich um das 60. Lebensjahr (zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr).

Eierstockkrebs weist unter den gynäkologischen Tumoren die höchste Sterblichkeit auf. Da keine verlässliche Früherkennung möglich ist, liegt der Fokus auf einer **möglichst effektiven Behandlung und Nachsorge**.

Es gibt unterschiedliche Arten von Eierstockkrebs, wobei die heutige Lehrmeinung die gefährlichere und aggressivere Art des Eierstockkrebses der Tube also dem Eileiter zuordnet. Ca. 70% der sogenannten Eierstockkrebserkrankungen gehen wahrscheinlich vom Eileiter aus.

Weder die gynäkologische Tastuntersuchung noch Ultraschall oder die Bestimmung von Tumormarkern (z.B. CA-125) können eindeutige Hinweise auf Eierstockkrebs geben. **Eine Früherkennung oder eine Vorsorgeuntersuchung ist derzeit nicht möglich***. In frühen Stadien machen Eierstockkrebserkrankungen selten Symptome. Dennoch können Symp-

Weibliches Fortpflanzungssystem



tome wichtige Hinweise auf eine Erkrankung liefern. Die Prognose ist umso besser, je früher der Tumor erkannt wird und je jünger die Frau ist. Leider werden 70% der Eierstockkrebserkrankungen erst in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert.

Besteht Krankheitsverdacht, findet eine operative Abklärung statt. Das Tückische an den Zeichen von Eierstockkrebs ist, dass sie sehr uncharakteristisch sind. Deshalb vergeht oft wertvolle Zeit, bis es zur Diagnosestellung kommt.

Folgende Symptome können auf einen bösartigen Tumor der Eierstöcke hinweisen:

- Bauchschmerzen, Blähungen, Verstopfung
- Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust
- Bauchumfangzunahme
- Beschwerden im Oberbauch
- Atemnot
- Selten kommt es z.B. auch zum Auftreten von Thrombosen oder Problemen beim Harnlassen.

Diagnostik und Stadien

Besteht ein Verdacht auf Eierstockkrebs, findet eine Abklärung zunächst mittels gynäkologischer Tastuntersuchung, einer Tastun-

tersuchung des Enddarms sowie ein Ultraschall durch die Scheide statt. Anschließend wird eine Computertomographie des Brust- und Bauchraumes durchgeführt. Blutbefunde beinhalten neben den üblichen Werten auch den Tumormarker CA 125. Eine endgültige Abklärung erfolgt mittels Operation per Bauchschnitt oder manchmal auch durch Bauchspiegelung. Die Diagnosesicherung wird während der Operation mittels Gefrierschnitt und mikroskopischer Untersuchung des Tumorgewebes durch den Pathologen durchgeführt.

Die Tumorstadien werden mittels **TNM-Klassifikation bzw. dem FIGO-Schema** eingeteilt (siehe dazu die nächste Seite).

Arten von Eierstockkrebs

Die häufigste Art sogenannter Eierstockkrebserkrankungen gehen vom **Oberflächenepithel** der Eileiter und/oder Eierstöcke aus (*epitheliales Ovarialkarzinom*). Diese Tumoren treten meist spontan auf und ihre Entstehung ist nicht vollständig geklärt.

»

Auf der anderen Seite haben beginnende Zentralisierung, hohe chirurgische Expertise und der Einsatz von neuen zielgerichteten Therapien wie PARP Inhibitoren und antiangiogene Substanzen zu einer deutlichen Lebensverlängerung auch mit der Möglichkeit einer Heilung geführt.

PARP =

Enzym Poly-ADP-Ribose-Polymerase

*Die Möglichkeit von Früherkennung von Eierstockkrebs und Vorsorge sind Gegenstand klinischer Studien, haben aber bis jetzt noch nicht zum gewünschten Erfolg geführt.

Stadieneinteilung Eierstockkrebs nach FIGO und TNM Klassifikation

TNM	FIGO	Definition
T1	IA	Tumor auf einen Eierstock begrenzt Kapsel intakt
1b	IB	Tumor auf beide Eierstöcke begrenzt Kapsel intakt
1c	IC	kein Tumor auf der Oberfläche beider Eierstöcke Tumor begrenzt auf einen oder beide Eierstöcke Kapseldurchbruch* Tumor auf der Oberfläche oder Tumorzellen
T2	II	Tumor befällt einen oder beide Eierstöcke und breitet sich im Becken aus
2a	IIA	Ausbreitung auf und/oder Implantate an Gebärmutter und/oder Eileiter
2b	IIB	Ausbreitung auf andere Beckengewebe
2c	IIC	Ausbreitung im Becken (2a oder 2b) Tumorzellen im Aszites** oder der Peritonealspülflüssigkeit***
T3	III	Tumor befällt einen oder beide Eierstöcke histologisch nachgewiesene Peritonealmetastasen außerhalb des Beckens und/oder regionäre Lymphknotenmetastasen
3a	IIIA	mikroskopische Peritonealmetastasen jenseits des Beckens
3b	IIIB	makroskopische Peritonealmetastasen jenseits des Beckens größte Ausdehnung ≤ 2 cm
3c	IIIC	Peritonealmetastasen jenseits des Beckens größte Ausdehnung > 2 cm und/oder regionäre Lymphknotenmetastasen
Nx		Es kann keine Aussage zu regionären Lymphknotenmetastasen getroffen werden.
N0		Keine Metastasen in den regionären Lymphknoten.
N1		Metastasen in den regionären Lymphknoten.
M0		Keine Fernmetastasen nachweisbar.
M1	IV	Tumor hat Fernmetastasen gebildet (ausgenommen Peritonealmetastasen).

*

Kapseldurchbruch =

Jeder Lymphknoten hat eine Kapsel als äußere Abgrenzung, wird diese durchbrochen gibt es eine schlechtere Prognose und hat somit eine Konsequenz für die Therapie - in diesem Fall Bestrahlung.

**

Aszites =

eine pathologische Ansammlung von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle, genauer gesagt der Peritonealhöhle. Der Begriff wird sowohl für das Krankheitsbild als auch für die Flüssigkeit verwendet.

Peritoneum =

Bauchfell

Therapie

Ist in der nahen Verwandtschaft bereits Brust- oder Eierstockkrebs aufgetreten, bedeutet das einen wesentlichen Risikofaktor für einen erblichen Brust- und Eierstockkrebs.

Die beiden Gene BRCA 1 und 2 schützen vor Brust- und Eierstockkrebs, denn sie sind an der Reparatur von Zellschäden beteiligt. Sind diese beiden Gene jedoch verändert (mutiert), können sie ihre Aufgabe nicht mehr voll erfüllen. Dies begünstigt die Entstehung dieser Krebsarten. **Eine Genmutation kann durch genetische Tests abgeklärt werden.** In darauf spezialisierten Zentren finden persönliche, genetisch Beratungen sowie engmaschige Früherkennungsuntersuchungen statt. Liegt ein Gendefekt vor, können Betroffene ein spezielles Betreuungs- und Vorsorgeprogramm in Anspruch nehmen. Mehr Informationen dazu finden Sie auf S. 12 - 14, „Vererbbarkeit von Krebs“.

Therapie

Operative Verfahren werden sowohl zur diagnostischen als auch therapeutischen Zwecken bei Eierstockkrebs eingesetzt. Die Chemotherapie ist die wichtigste zweite Komponente der Behandlung.

Heute kommen auch häufig zielgerichtete Therapien zum Einsatz, die individuelle Eigenschaften des Tumors, die Gefäßversorgung und das Immunsystem zum Ziel haben.

Operative Therapie

Bei Eierstockkrebs ist die Operation bereits Teil der abklärenden Diagnostik.

Ziel ist es, im Rahmen der Erstopoperation sämtliche sichtbares Tumorgewebe zu entfernen.

Während der OP wird das Ausmaß der Erkrankung festgestellt und wenn möglich der gesamte Tumor und alle Tumorzellabsiedelungen (*Metastasen*) entfernt. Bei frühen Tumorstadien werden zur Feststellung der Tumorausbreitung die Lymphknoten des Beckens und neben der Aorta, das große Netz und Gewebeproben vom Bauchfell entfernt. Je nach Tumorstadium kann es notwendig sein, eine oder beide Eierstöcke bzw. auch benachbarte Organe z.B. Gebärmutter, Bauchfell, Teile des Darms, Zwerchfell oder auch andere Organe wie Milz und Gallenblase operativ zu entfernen.

In einigen Fällen, wenn nämlich eine primäre weitgehende Tumor-

Therapie / Nachsorge



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre „Therapien bei Krebs“ oder der gleichnamigen DVD.

Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland.



entfernung nicht möglich ist, kann vor der kompletten Operation des Tumors eine Chemotherapie stattfinden. Die Krebsgeschwulst soll damit verkleinert und somit besser operabel werden. Danach wird die Chemotherapie fortgesetzt. **Die möglichst vollständige Entfernung des Tumors ist wesentlich für die Prognose.**

Solche komplexen und schwierigen Operationen sollten nur in einem spezialisierten Zentrum mit der nötigen Expertise und mit einer Patientenzahl von mind. 20 Patientinnen jährlich durchgeführt werden.

In gynäko-onkologischen Zentren sollte die erfolgreiche Primäroperationsrate ca. 80% betragen. Erfolgreich ist, den gesamten Tumor zu entfernen (optimal) oder wenn dies nicht möglich ist nur Tumorreste kleiner als 1 cm zurückzulassen.

Chemotherapie

In den meisten Fällen profitieren betroffene Patientinnen von einer Chemotherapie. Ausgenommen sind sehr frühe Tumorstadien. Es werden zwei Formen von Chemotherapie unterschieden:

Adjuvante Chemotherapie:

Nach der Operation.

Neoadjuvante Chemotherapie:

Nach operativ gesicherter Diagnose durch Gewebeprobeentnahme, jedoch vor der eigentlichen Operation. Der Tumor soll damit kleiner werden. Nach der OP wird die Chemotherapie fortgesetzt. Die neoadjuvante Chemotherapie kommt nur bei primär nicht operablen Tumoren zum Einsatz. Als Substanzen kommen dzt. Carboplatin und Paclitaxel zum Einsatz.

Andere Therapien

Bei Entstehung und Wachstum von Tumorzellen spielen Botenstoffe, die Blutgefäße sprießen lassen, eine große Rolle. Dies macht sich die Medizin zunutze und hat sogenannte **Angiogenesehemmer** entwickelt. Diese verhindern die Neubildung von Gefäßen in Tumoren und verhindern so das weitere Tumorstadium. Sie werden meist als Antikörper über längere Zeit verabreicht.

Nachsorge

80% der Rezidive treten oft innerhalb von 5 Jahren auf. Um einen erneut auftretenden Tumor rechtzeitig zu erkennen, ist eine onkologische Nachsorge notwendig. In regelmäßigen Abständen werden etwaige Symptome erfasst, gynäkologische Untersuchungen

Rezidiv / Wiederauftreten

sowie Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Zudem ist eine jährliche Mammografie notwendig. Je nach Symptomatik bzw. klinischem Erscheinungsbild werden weitere Untersuchungen (z.B. Röntgen, CT, MRI) veranlasst. Die begleitende Bestimmung von Tumormarkern z.B. CA-125 kann dabei ebenfalls zum Einsatz kommen. Je länger der Abstand zwischen Therapieende (Datum der letzten Chemotherapie) und dem Wiederauftreten des Tumors umso besser ist die Behandelbarkeit des Rezidivs. Das heißt, dass die Nachsorge im Laufe der Zeit an Bedeutung gewinnt. Von einer vollständigen Heilung sprechen wir heute nach 12 Jahren Tumorfreiheit (Mortalität entspricht dann der Normalbevölkerung).

Wiederauftreten des Tumors (Rezidiv)

Im Falle eines Rezidivs hängt die Therapieempfehlung vom Intervall zwischen dem Ende der vorangegangenen Therapie und dem Auftreten des Rezidivs ab.

Obwohl die folgende Einteilung nicht mehr ganz so streng gesehen wird, hat sie doch noch immer Einfluss auf die Therapieentscheidung.

Definition des therapiefreien Intervalls:

Platin-refraktär:

Progression unter oder innerhalb von 4 Wochen nach der letzten Platintherapie.

Platin-resistent:

Progression bzw. Rezidiv 4 Wochen bis 6 Monate nach der letzten Platintherapie.

Fraglich Platin-sensitiv:

Progression bzw. Rezidiv nach 6 bis 12 Monaten nach der letzten Platintherapie.

Platin-sensitiv:

Progression bzw. Rezidiv >12 Monate nach der letzten Platintherapie.

Die Behandlung richtet sich nach den bereits durchgeführten operativen und konservativen Vortherapien, dem Allgemeinzustand der Patientin, allfälligen Begleiterkrankungen und dem BRCA-Mutationsstatus.

In der Regel wird der Behandlungsvorschlag eine **Chemotherapie ev. auch mit einer zielgerichteten Therapie** enthalten. In ausgewählten Fällen kann auch eine zweite Operation mit dem Ziel der neuerlichen kompletten Tumorentfernung Sinn machen.

Bei Patientinnen mit einem platin sensiblen Rezidiv und einer Mutation von BRCA 1 oder 2 ist nach Ansprechen auf eine platinhaltige Chemotherapie eine Erhaltungstherapie mit einem **PARP-Inhibitor*** möglich.

Diese Therapie hat sich in dieser speziellen Situation als sehr effektiv erwiesen. Daher wird heute fast allen Patientinnen mit Eierstockkrebs eine Untersuchung dieser Gene im Blut aber auch im Tumor angeboten.

Leider ist die Tumorerkrankung in der Rezidivsituation in den meisten Fällen nicht mehr heilbar. Daher kommt in der Therapieplanung der Lebensqualität eine wesentliche Bedeutung zu.

Darmverschluss / Aszites

Das Fortschreiten der Tumorerkrankung äußert sich leider oft durch einen Darmverschluss (*Ileus*) und/oder durch Wasser im Bauchraum (*Aszites*) oder der Lunge (*Pleuraerguß*).

Beim Darmverschluss können Bakterien in den Bauchraum gelangen und eine lebensbedrohliche Bauchfellentzündung (*Peritonitis*) verursachen.

Symptome

Sollte es zu krampfartigen, wiederkehrenden Schmerzen (*Darmkoliken*) und zu Erbrechen kommen, Ihre Haut blass und kalt sein, Sie Unruhe verspüren, der Bauchraum aufgebläht sein, informieren Sie umgehend ihren Arzt oder fahren Sie in das nächstgelegene Krankenhaus.

Es ist sehr verständlich, dass Patientinnen und Angehörige in einer unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankungssituation nach jedem „Strohalm“ greifen und auf der Suche nach neuen Therapieansätzen sind. Eine dieser Ansätze ist HIPEC.

*

PARP =
Enzym Poly-ADP-
Ribose-Polymerase

Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC)

Bereits in 2013 wurde eine Stellungnahme der AGO Kommission Ovar, die vor dem unkritischen Einsatz der HIPEC außerhalb von kontrollierten Studien gewarnt hat, publiziert. Unter Würdigung der seither erschienenen Literatur wurde diese Stellungnahme nun gemeinsam von der Kommission Ovar, der AGO Studiengruppe, NOGGO, AGO Österreich und AGO Schweiz aktualisiert. Zusammenfassend kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die HIPEC auch weiterhin als experimentell **zu bewerten ist und ein Einsatz außerhalb von prospektiven, kontrollierten Studien nicht zu empfehlen ist.**

Gebärmutterkörperkrebs



Univ.-Prof. Dr.
Alain-Gustave ZEIMET

Vorstandsmitglied
der AGO, stv. Direktor
der Innsbrucker Uni-
v.-Klinik für Gyn. und
Geburtshilfe

Die frühzeitigen Symptome des Gebärmutterkörperkrebses erlauben meist eine frühe Diagnose und Behandlung. Somit sind die Überlebenschancen bei diesem Tumor exzellent.

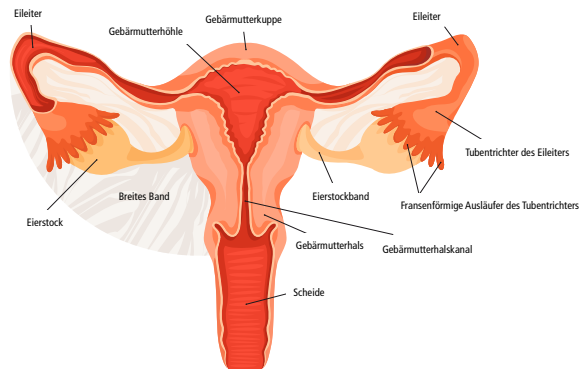
Rund 90% der Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers (*Corpus uteri*) nehmen ihren Ausgang von den Drüsen der die Gebärmutterhöhle (*Cavum uteri*) auskleidenden Schleimhaut. Dieser bösartige Tumor wird deshalb als **Gebärmutterkörper- oder Gebärmutterhöhlen-Krebs** und in der Fachsprache als **Endometrium- bzw. Corpuskarzinom** bezeichnet. Es ist der häufigste Krebs des weiblichen Unterleibs. Jährlich erkranken in Österreich ca. 940 Frauen an Gebärmutterkörperkrebs, davon sind 90% älter als 50 Jahre und nur 5% jünger als 40 Jahre.

Risikofaktoren

Das Risiko an einem Gebärmutterkörperkrebs zu erkranken ist von der Zahl der geborenen Kinder abhängig und **nimmt stark mit der Zahl der Kinder ab**. Die bedeutendsten Risikofaktoren sind **Fettleibigkeit** (Adipositas) und **Zuckerkrank-**

heit (Diabetes). Einen weiteren bedeutenden Faktor stellt eine verstärkte Östrogeneinwirkung auf die Gebärmutterschleimhaut dar. Diese kann durch eine **frühe Geschlechtsreife und/oder ein verspätetes Ausbleiben der Regelblutung** (Menopause = die letzte Regelblutung) oder aber auch durch östrogenbildende Tumoren bedingt sein. Das gleiche gilt naturgemäß, wenn zur Behebung von Wechselbeschwerden **Östrogenpräparate ohne zusätzliche Gestagene** eingenommen werden. Die Gestagene sind in der Lage, das Risiko für einen Gebärmutterkörperkrebs völlig zu neutralisieren. Gestagene können im Östrogenpräparat enthalten sein (Kombinationspräparat),

Weibliches Fortpflanzungssystem



können aber auch an wenigstens 12 Tagen im Monat separat zugeführt werden. In diesem Kontext ist auch das Medikament Tamoxifen zu erwähnen (das bei der Therapie von Brustkrebs eingesetzt wird), das besonders bei Frauen nach der Menopause das Risiko für einen Gebärmutterkörperkrebs erhöhen kann.

Vererbbarkeit

3% der Fälle von Gebärmutterkörperkrebs sind erblich bedingt und kommen dann im Rahmen eines sog. Lynch-Syndroms zusammen mit einer Häufung von Dickdarmkrebs in der direkten Verwandtschaft vor. **Bei Verdacht auf eine familiäre Häufung sollte eine genetische Beratung und Abklärung erfolgen.** Alle Informationen dazu finden Sie auf S. 12 - 14.

Symptome

Da Symptome frühzeitig auftreten, wird Gebärmutterkörperkrebs in aller Regel in einem frühen Stadium diagnostiziert. Allerdings ist es wichtig, diese Symptome zu kennen und bei ihrem Auftreten diese dann auch unverzüglich dem Arzt zu melden.

Das frühe **Hauptsymptom ist die nicht-reguläre Blutung aus der Scheide:**

- **bei älteren Frauen** nach dem sog. „Wechsel“ (Menopause) als Schmierblutungen oder als Blutung, die schwächer bzw. stärker als die frühere normale Regelblutung ist - sei es als bräunlich-blutigem schleimigen bzw. dünnflüssigem Ausfluss

- **bei jüngeren Frauen** vor dem oder um den „Wechsel“ können es wiederkehrende azyklische Blutungen von wechselnder Stärke sein, die allerdings sehr selten auf Gebärmutterkörperkrebs hinweisen. Aller meistens handelt es sich um Blutungen, die durch hormonelle Störungen bedingt sind.

Demnach werden sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Frauen in den überwiegenden Fällen harmlose Ursachen wie Polypen oder gutartige Schleimhautwucherungen gefunden, dennoch muss man solche Blutungen genau abklären, damit eine etwaige Krebserkrankung früh erkannt wird.

Östrogene =

Östrogene sind weibliche Geschlechtshormone, und werden vor allem in den Eierstöcken gebildet (außerdem in der Plazenta, der Nebennierenrinde und in geringer Menge auch im männlichen Hoden).

Gestagene =

auch Gelbkörperhormone oder Schwangerschaftshormone, sind neben den Östrogenen die zweite wichtige Klasse der weiblichen Geschlechtshormone.

Diagnose

CT =
Computertomographie

MR =
Magnetresonanz

Diagnose

Ergänzend zur gynäkologischen Tastuntersuchung erfolgt auch die Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter durch die Scheide. **Anhand der festgestellten Höhe der Gebärmutter Schleimhaut kann das Risiko für ein Vorliegen von Gebärmutterkörperkrebs eingegrenzt werden.** Zudem können Schleimhautveränderungen vor allem bei Blutungen nach dem „Wechsel“ näher beurteilt werden. Die Diagnose von Gebärmutterkörperkrebs erfolgt durch eine **feingewebliche Untersuchung (Histologie)** des Schleimhaut-Gewebes, das mittels Ausschabung

der Gebärmutterhöhle (*Curettage*) nach vorheriger Gebärmutter-Spiegelung (*Hysteroskopie*), gewonnen wird. Es besteht auch die Möglichkeit, eine **Schleimhautbiopsie** mittels einem schmalen Saugröhrchen (*Pipelle*) zusammen mit einer Gebärmutterhöhlenspiegelung mit einer sehr dünnen Optik ohne Narkose durchzuführen. Welche Methode in welchen Fällen sinnvoll und besser ist, entscheidet letztlich der Frauenarzt. Sollte Gebärmutterkörperkrebs histologisch diagnostiziert worden sein, kann eine **weiterführende Bildgebung** (wie Lungenröntgen, CT, MR etc.) notwendig sein.

Stadieneinteilung *

Stadium I: Die Tumorzellen wachsen in die Gebärmuttermuskulatur (Myometrium).

Stadium II: Die Tumorzellen wachsen hinunter in den Gebärmutterhals.

Stadium III: In weiter fortgeschrittenen Fällen dehnt sich der Tumor über die Gebärmutter hinaus und befällt die Organe des kleinen Beckens (wie Eierstöcke, Scheide etc.) und/oder die Lymphdrüsen des kleinen Beckens oder jene um die Hauptschlagader (Aorta).

Stadium IV: Der Krebs wächst in die Blase oder in den Enddarm hinein, oder es kommt zu einer Fernmetastasierung d.h. zu Absiedlungen in anderen Organen (v.a. in die Lunge).

* Eine detaillierte Stadieneinteilung nach FIGO und TNM Klassifikation finden Sie auf S. 45.

Therapie

Operation

Eine **Totaloperation der Gebärmutter mit der Entfernung der Eierstöcke und Eileiter ist die Therapie der Wahl** und steht im Vordergrund der Behandlung. Da die Eierstöcke Hormone (*Östrogene*) bilden, die das Wachstum des Gebärmutterkrebses fördern, und weil sie selbst befallen sein können, werden diese mitentfernt. Auch Lymphknoten können bei dieser Operation in Abhängigkeit des Befallsrisikos entfernt werden.

Diese Operation kann **laparoskopisch** (Schlüsselloch-Chirurgie) oder über einen Bauchschnitt durchgeführt werden. **Eine Operation im Frühstadium bedeutet eine nahezu 100%ige Heilung.**

Strahlentherapie

Eine **lokale innere Strahlentherapie** (*Brachytherapie*) wird häufig nach der Operation durchgeführt und dient zur Sicherheit, um Absiedlungen in die Scheide zu vermeiden. Hierbei wird mehrmals eine Strahlensonde für wenige Minuten in den Scheidenstumpf eingebracht. Diese Therapie wird als **Brachytherapie** bezeichnet und ist kaum mit größeren Nebenwirkungen verbunden.

Nur in seltenen Fällen, **wenn eine Operation nicht möglich ist, wird eine sog. kombinierte innere und äußere Strahlentherapie** beim Gebärmutterkörperkrebs durchgeführt. Diese Bestrahlung erfolgt von außen durch die Haut (*Teletherapie*) in mehreren Sitzungen über mehrere Wochen, sowie von innen durch ein kurzzeitiges Einbringen einer Strahlensonde in die Gebärmutterhöhle. Die inneren Bestrahlungen werden in wöchentlichen Abständen in der Regel fünf Mal durchgeführt. Bei lokalen Rückfällen (Rezidiven), die sich auf das kleine Becken begrenzen, stellt die Strahlentherapie ebenfalls eine sehr wirksame Behandlung dar.

Chemotherapie

In letzter Zeit hat sich **bei fortgeschrittenen Fällen** des Gebärmutterkörperkrebses ab dem Stadium III die Durchführung einer Chemotherapie nach stattgefundener Operation als vorteilhaft erwiesen. Diese wird auch bei einer kompletten Entfernung des Tumors zur Sicherheit (adjuvant) durchgeführt. Bei nicht kompletter operativer Entfernung des Tumors muss die Chemotherapie zur weiteren Behandlung des Tumorrestes durchgeführt werden.



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre „Therapien bei Krebs“ oder der gleichnamigen DVD.

Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland.



Derzeit laufen vielversprechende Studien, die eine Überlegenheit einer Kombination von Chemotherapie zusammen mit einer Strahlentherapie überprüfen.

Hormontherapie

Beim Gebärmutterkörperkrebs handelt es sich prinzipiell um einen hormonabhängigen Tumor. Da allerdings einige Tumoren nicht auf eine Hormontherapie ansprechen, ist es sinnvoll, vor einer geplanten Therapie die Hormonrezeptoren im Gewebe zu bestimmen. Bei dieser Form der Behandlung, die in der Rezidivsituation ihren Stellenwert hat, kommen vor allem Gestagene in Tablettenform zum Einsatz.

Rezidiv (Rückfall)

Bei Rückfällen (*Rezidiven*) des Gebärmutterkörperkrebses, vor allem wenn Fernmetastasen vorliegen, ist die **Chemotherapie oft die Therapie der Wahl**. Wie oben erwähnt kommt bei Rezidiven in bestimmten Fällen auch die Hormontherapie zum Einsatz.

Nachsorge

Für symptomfreie Patientinnen wird die Nachsorge in den ersten drei Jahren alle drei Monate, in den folgenden zwei Jahren alle sechs Monate und danach jährlich empfohlen. Bei Beschwerden oder Veränderungen informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt.

Die wichtigsten Nachsorgeuntersuchungen sind:

- das ärztliche Gespräch
- die gründliche und umfassende körperliche Untersuchung (gynäkologische Tastuntersuchung), einschließlich der rektalen Untersuchung (Tastuntersuchung vom Anus aus)
- die Ultraschalluntersuchung von der Scheide aus sowie Ultraschall der Nieren

Bei Beschwerden oder auffälligen Befunden können auch weitere Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen, eventuell auch eine Computertomographie durchgeführt werden.

Stadieneinteilung Gebärmutterkörper-Krebs nach FIGO und TNM Klassifikation

TNM	FIGO	Definition
TX		Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0		Kein Anhalt für einen Primärtumor
Tis		Carcinoma in situ (Krebs am Ursprungsort)
T1	I	Tumor begrenzt auf den Gebärmutterkörper
1a	IA	Tumor begrenzt auf die Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) oder infiltriert weniger als die Hälfte der Muskelschicht (Myometrium)
1b	IB	Tumor infiltriert die Hälfte oder mehr der Muskelschicht (Myometrium)
T2	II	Tumor infiltriert das Bindegewebe (Stroma) des Gebärmutterhalses (Cervix uteri), breitet sich aber nicht jenseits des Gebärmutterhalses aus.
T3 und/oder N1	III	lokale und/oder regionale Ausbreitung
3a		IIIA Tumor befällt die Höhle (Serosa) des Gebärmutterkörpers (Corpus uteri) und/oder die Adnexe (Eierstöcke, Eileiter)
3b	IIIB	Befall der Scheide und/oder Organe des Beckens (Parametrien)
3c oder N1	IIIC	Metastasen in Becken- und/oder die Aorta umgebenden (paraaortalen) Lymphknoten
3c1	IIIC1	Metastasen in Beckenlymphknoten
3c2	IIIC2	Metastasen in den die Aorta umgebenden (paraaortalen) Lymphknoten mit/ohne Metastasen in Beckenlymphknoten
T4	IVa	Tumor infiltriert Blasen- und/oder Darmschleimhaut
	IVb	Fernmetastasen einschließlich Metastasen im Bauchraum (intraabdominal) und/oder Lymphknotenmetastasen im Leistenbereich (inguinal)
Nx		Es kann keine Aussage zu regionären Lymphknotenmetastasen getroffen werden.
N0		Keine Metastasen in den regionären Lymphknoten.
N1		Metastasen in den regionären Lymphknoten.
M0		Keine Fernmetastasen nachweisbar.
M1		Der Tumor hat Fernmetastasen gebildet

Gebärmutterhalskrebs



Univ.- Prof.
Dr. Peter OPPELT, MBA

Vorstandsmitglied
der AGO, Vorstand
der Universitätsklinik
für Gynäkologie,
Geburtshilfe & Gyn.
Endokrinologie,
Kepler Universitäts-
klinikum GmbH, Linz

Die regelmäßige
Krebsvorsorge bietet
die einmalige Chance,
Veränderungen am
Gebärmuttermund
bereits in seinen
Vorstufen zu erkennen.
Eine der effektivsten
Vorbeugemaßnahmen ist
unter anderen die HPV-
Impfung.

Die Gebärmutter (*Uterus*) besteht aus dem Körper (Korpus), einer Höhle (*Cavum*) und dem Gebärmutterhals (*Zervix*), der in den Muttermund (*Portio*) übergeht. Der Gebärmutterhalskrebs (*Zervixkarzinom*) entwickelt sich meistens in den obersten Zellschichten der Schleimhaut des Muttermundes, wobei 90 % sogenannte Plattenepithelkarzinome sind.

Risikofaktoren

Risikofaktoren sind frühe sexuelle Kontakte, häufiger Partnerwechsel und mangelnde Hygiene. Die Entstehung des Zervixkarzinoms ist eng mit einer **Infektion durch sogenannte Humane Papillomaviren (HPV)** verbunden. Diese Viren werden z.B. beim Geschlechtsverkehr übertragen und können (selten) auch bei Männern bestimmte Krebserkrankungen auslösen.

Diagnose

Die Entstehung des Gebärmutterhalskrebs kündigt sich über verschiedenen Vorstufen an, die durch eine Krebsabstrichuntersuchung bzw. einer Probebiopsie diagnostiziert wird.

Der Krebsabstrich

Hierbei erfolgt von der Oberfläche des Gebärmuttermundes und vom Gebärmutterhalskanals ein schmerzloser Abstrich. Die dabei entnommenen Zellen werden einer Färbung nach Papanicolaou unterzogen (*PAP-Abstrich*)* und unter dem Mikroskop befundet. Je nach Grad der Veränderung bzw. Entartung wird der Befund in PAP 0 bis V unterteilt.

Ist der Krebsabstrich „auffällig“ wird zur weiteren Abklärung eine Kolposkopie durchgeführt. Dabei betrachtet der Arzt den Gebärmuttermund sowie den sichtbaren

PAP 0: Befund ist technisch nicht verwertbar, muss kurzfristig wiederholt werden

PAP I – II: unverdächtiger Befund

PAP III, IIID oder IIIG: abklärungsbedürftiger Befund

PAP IV: Gewebeuntersuchung per Probebiopsie bzw. Konisation erforderlich

PAP V: hochgradiger Verdacht auf einen bösartigen Tumor

* Der **PAP-Test** wurde 1928 von dem griechischen Arzt George Papanicolaou entwickelt.

Therapie

Teil der Gebärmutterhalskanals mittels eines speziellen Mikroskops (*Kolposkop*), um so noch besser Gewebeveränderungen feststellen zu können. Um diese Veränderungen besser sichtbar zu machen, wird der Gebärmuttermund mit einer speziellen Essiglösung betupft. Werden veränderte Stellen entdeckt, wird eine feingewebliche Untersuchung (*Histologie*) mittels einer Biopsie angestrebt.

In der **Histologie** der Biopsie werden neben unauffälligem Gewebe, folgende Veränderungen diagnostiziert:

leichte Dysplasie = CIN I
mittlere Dysplasie = CIN II
schwere Dysplasie = CIN III
invasives Karzinom = bösartiger Tumor

Die Veränderung werden fast in allen Fällen durch die Humanen Papillomaviren (HPV) hervorgerufen.

Während **bei CIN I** die HPV-Be-siedelung in der Regel nach 1–2 Jahren von selbst verschwindet und somit außer regelmäßige Kontrollen keine Therapie notwendig ist, stellt sich dies bei CIN III Veränderungen anders dar.

Operation

Bei den Vorstufen (CIN II-III) wird das erkrankte Gewebe mittels eines kleinen Gewebekegels (*Konisation*) vollständig entfernt. Der Eingriff erfolgt in der Regel tageschirurgisch in Vollnarkose. Sollte bereits ein bösartiger invasiver Tumor vorliegen, wird in Abhängigkeit des Tumorstadiums die Gebärmutter inkl. Gebärmutterhals und Lymphknoten mittels einer speziellen Operationstechnik entfernt. Die Heilungsaussichten sind sehr gut. Unter bestimmten Voraussetzungen kann bei noch bestehendem Kinderwunsch eine gebärmuttererhaltende Operation durchgeführt werden.

Strahlentherapie

Die Strahlentherapie ist bei Gebärmutterhalskrebs eine wirksame Behandlung, die unter folgenden Gesichtspunkten zum Einsatz kommt:

- wenn ein Lymphknotenbefall vorhanden ist, wird eine primäre Strahlentherapie durchgeführt und auf eine radikale Operation verzichtet

Dysplasie =

Zellveränderungen im Epithel, die unterschiedlich schwer sein können und in ein Krebswachstum übergehen können

CIN =

Cervikale Intraepitheliale Neoplasie = Zellveränderungen mit allen Merkmalen einer bösartigen Erkrankung, die jedoch ausschließlich auf die Oberfläche des Organs (Epithel) beschränkt sind

Therapie / Nachsorge



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre „Therapien bei Krebs“ oder der gleichnamigen DVD.

Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland.



- Der Tumor ist bereits in einem fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium II B).

- Der Allgemeinzustand der Patientin ist stark eingeschränkt und somit das Narkose-/Operationsrisiko zu hoch (alleinige Strahlentherapie).

Um die Wirksamkeit der Strahlentherapie deutlich zu erhöhen, wird diese in der Regel mit einer Chemotherapie kombiniert. Diese wird parallel zur Strahlentherapie verabreicht. Die kombinierte Chemo-/Strahlentherapie hat die gleiche Wirksamkeit wie die operative Therapie. Es soll jedoch eine Kombination von radikaler Operation und kombinierter Chemo-/Strahlentherapie nach Möglichkeit vermieden werden, da dies zur Potenzierung der Nebenwirkungen führt.

Medikamentöse Therapie

Die alleinige Behandlung des Gebärmutterhalskrebses mit Chemotherapie spielt nur eine untergeordnete Rolle. Hauptsächlich wird diese bei Wiederauftreten (Rezidiv) eingesetzt.

Nachsorge

Nach Abschluss der Therapie wird eine Tumornachsorge angeboten. Ziel ist, ein Wiederauftreten des Krebses möglichst früh zu erkennen. Neben einer Anamnese hinsichtlich Blutung, Schmerzen, Atembeschwerden, Gewichtsveränderungen, Probleme bei Harn und Stuhlgang, Juckreiz und Leistungsstatus wird eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Dabei werden Lymphknoten in der Leiste und am Schlüsselbein getastet, eine Untersuchung über Scheide und After durchgeführt, ein Krebsabstrich abgenommen und ein Ultraschall über die Scheide und von den Nieren durchgeführt.

Während der ersten 3 Jahre erfolgt diese Untersuchung im Abstand von 3 Monaten, welcher sich danach in einen 6-monatigen Intervall ausdehnt. Ab dem 6. Jahr nach Abschluss der Therapie erfolgen die Untersuchungen nur noch jährlich.

Stadieneinteilung Gebärmutterhals-Krebs nach FIGO Klassifikation

TNM	FIGO	Tumorausdehnung
TX		Primärtumor nicht beurteilbar
Tis	0	Carcinoma in situ (Krebs am Ursprungsort)
T1	I	Tumor begrenzt auf die Gebärmutter
T1a	IA	Mikroskopisch diagnostiziertes Karzinom mit horizontaler Ausdehnung ≤ 7 mm
T1a1	IA1	Eindringen von Krebszellen in das umgebende Bindegewebe ≤ 3 mm
T1a2	IA2	Eindringen von Krebszellen in das umgebende Bindegewebe 3,1 – 5 mm
T1b	IB	jedes klinisch diagnostizierte Karzinom oder jedes mikroskopisch diagnostizierte Karzinom größer als IA2
T1b1	IB1	Tumor ≤ 4 cm
T1b2	IB2	Tumor > 4 cm
T2	II	Ausdehnung über die Gebärmutter hinaus, Beckenwand und Scheide frei
T2a	IIA	Tumorausdehnung auf die oberen zwei Drittel der Scheide
T2a1	IIA1	Tumor ≤ 4 cm
T2a2	IIA2	Tumor > 4 cm
T2b	IIB	Tumorausdehnung in das Beckenbindegewebe, ohne die Beckenwand zu erreichen
T3	III	Ausdehnung bis in die Beckenwand oder in das untere Drittel der Scheide
T3a	IIIA	Ausdehnung in das untere Drittel der Scheide
T3b	IIIB	Tumorausbreitung bis an die Beckenwand und/oder Hydronephrose oder stumme Niere
T4	IV	Tumorinfiltration der Beckenorgane und Fernmetastasen
T4a	IVA	Tumorausdehnung in Blasen- und/oder Mastdarmschleimhaut
M1	IVb	Fernmetastasen

Schamlippen- und Scheidenkrebs



**Dr. Christian
SCHAUER**

**Vorstandsmitglied
der AGO, Abteilung
für Gynäkologie,
Barmherzige Brüder,
Krankenhaus Graz**

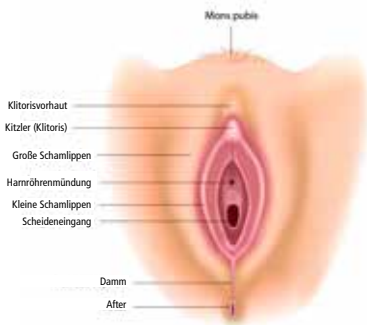
Eine weitere Reduktion des Scheiden- und Schamlippenkrebses wird durch die prophylaktische HPV-Impfung in den nächsten Jahren stattfinden können. Daher empfehle ich die HPV-Impfung laut österreichischem Impfplan schon in der Schule für 9-12-jährige Mädchen und Buben wahrzunehmen.

**Konisation =
Gewebeentnahme im
Bereich des äußeren
Muttermundes in
Form eines kleinen
Gewebekegels*

Der Scheidenkrebs ist mit 4 pro 1.000.000 Frauen pro Jahr und der Schamlippenkrebs mit 1-2 Frauen pro 100.000 Frauen pro Jahr eine sehr seltene Erkrankung. Der Altersgipfel liegt bei über 60 Jahren. Beim Schamlippenkrebs gibt es 20 % Erkrankte vor dem 50. Lebensjahr.

Ursachen:

Infektionen mit Humanen Papilloma Viren (HPV) – vor allem HPV 16 und 18 – können mit Scheidenkrebs in Verbindung gebracht werden. Ein weiterer Risikofaktor ist eine Schwächung des Immunsystems (*Immunsuppression*) oder wenn bereits eine HPV-assoziierte Vorerkrankung (*Konisation bei Gebärmutterhalsveränderungen*)* vorliegt.



Symptome:

Scheidenkrebs wird meist erst in einem fortgeschrittenen Stadium symptomatisch. Zu den ersten Auffälligkeiten zählen blutiger Ausfluss oder auch Scheidenblutungen, die z.B. nach Sexualkontakt auftreten. Hat sich der Tumor auf umliegendes Gewebe oder weitere Organe ausgebreitet, können Unterleibschmerzen oder Organstörungen (Harnblase, Darm) auftreten.

Diagnose:

Bei der gynäkologischen Untersuchung betrachtet der Arzt die Schleimhaut der Scheide und Schamlippen durch eine Lupe (*Vaginoskopie und Vulvoskopie*), um mögliche sichtbare Veränderungen zu entdecken. Danach werden die Scheide und die Schamlippen nach Verfestigungen des Gewebes abgetastet. Bestehen Auffälligkeiten bzw. der konkrete Verdacht auf Scheidenkrebs/Schamlippenkrebs, wird eine Biopsie durchgeführt und unter dem Mikroskop untersucht.

Wenn feststeht, dass es sich um Scheidenkrebs/Schamlippenkrebs handelt, werden weitere Untersuchungen vorgenommen, um das Tumorstadium festzustellen (z.B. Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanz).

Therapie – Scheidenkrebs

nanz, Computertomographie). Eingeteilt werden die Tumorstadien nach den sogenannten FIGO*- und TNM**-Klassifikationen.

Therapie des Scheidenkrebses:

Die Therapie des Scheidenkrebses ist eine sehr individuelle, die sich nach Größe, Lokalisation und Ausbreitung richtet. In

den meisten Fällen handelt es sich um eine **Strahlentherapie**. Kleine Tumore können operativ entfernt werden. Bei Tumoren im oberen Scheidendrittel kann die Entfernung der Gebärmutter und einer Scheidenmanschette in Betracht gezogen werden (*radikale Hysterektomie*).

Stadieneinteilung Scheidenkrebs nach FIGO und TNM Klassifikation

TNM	FIGO	Definition
Primärtumor (T)		
T1	I	Tumor auf die Scheide begrenzt
T2	II	Tumorausbreitung über das Scheidengewebe hinaus (paravaginales Gewebe), aber nicht bis zur Beckenwand
T3	III	Tumorausbreitung bis zur Beckenwand
T4	IVa	Infiltration von Blasen- und/oder Mastdarmschleimhaut (Rektummukosa)
Regionäre Lymphknoten (N)		
N0	III	keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1		regionäre Lymphknotenmetastasen im Becken- und Leistenbereich (pelvine oder inguinale Lymphknotenmetastasen)
Metastasen (M)		
M0	IVb	keine Fernmetastasen
M1		Fernmetastasen
Memo		Karzinome mit Beziehung zum Gebärmutterhals (Zervix) oder der äußeren primären Geschlechtsorgane (Vulva) werden von der FIGO als Zervix- bzw. Vulvakarzinome definiert. Tumoren mit ausschließlich blasenbildender Schwellung (bullösem Ödem) der Blasenschleimhaut (Blasenumukosa) werden den Stadien I-III zugerechnet.

*

„FIGO“ = Abkürzung für die Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe

**

TNM-Klassifikation:
T = Tumor, Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors

N = Nodus (lateinisch Nodus lymphoideus = Lymphknoten) Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen

M = Metastasen, Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

Therapie – Schamlippenkrebs

Therapie:

Die Therapie der Wahl beim Schamlippenkrebs ist die Operation. Es wird versucht, die Anatomie und sexuelle Funktion möglichst zu erhalten. Abhängig vom Stadium wird auch ein sogenannter Wächterlymphknoten (Lymphknoten, der im Abflussgebiet der Lymphflüssigkeit eines bösartigen Tumors an erster Stelle liegt) aus den Leisten entnommen, um festzustellen, ob die Tumoren schon gestreut haben. Bei größeren Tumoren oder mehreren Tumoren wird eine beidseitige Lymphknotenentfernung aus den Leisten vorgenommen.

Sind mehrere Lymphknoten befallen oder gibt es einen Kapseldurchbruch* eines Lymphknoten wird eine anschließende Bestrahlung empfohlen. Bei fortgeschrittenen Stadien kann als individualisierte Therapie eine Chemotherapie erfolgen.

Nachsorge:

Bei beiden Krebsarten wird eine langfristige Nachsorge über Jahre empfohlen, in den ersten 3 Jahren alle 3 Monate. Bei selbst bemerkten Auffälligkeiten bitte umgehend den Arzt informieren!



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre „Therapien bei Krebs“ oder der gleichnamigen DVD. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland.

Sarkom der Gebärmutter

Das Sarkom ist ein bösartiger Tumor, der sich von den Muskelzellen der Gebärmutterwand ableitet (*Leiomyosarkom*). Sarkome treten meist im höheren Lebensalter auf und stellen oft einen unerwarteten feingeweblichen Befund nach der Gebärmutterentfernung (seltener anlässlich einer Curettage*) dar.

Symptome

- Blutungsstörungen der Gebärmutter
- Unterbauchschmerzen (selten)
- zuerst Atemnot, Husten und Oberbauchbeschwerden (selten)
- Extrem selten kann sich ein Sarkom aus einem gutartigen Muskelknoten (*Myom*) entwickeln.

Therapie

Tumorstadium und Tumorgroße sind wichtige Parameter. In den meisten Fällen handelt es sich um ein Stadium I (Stadieneinteilung siehe nächste Seite).

Die Behandlung der Wahl bei Erstdiagnose ist die Operation (Chemotherapie nur in speziellen Fällen). Die Gebärmutter wird mittels Bauchschnitt entfernt, meist auch die Eierstöcke, selten ist eine Lymphknotenentfernung notwendig.

Rezidiv

Bei einem kleinen Teil der Patientinnen kann die operative **Entfernung** einzelner Metastasen (z.B. in Lunge oder Bauchraum) erfolgreich durchgeführt werden. Bei einem bestimmten Tumortyp (*endometrales Stromasarkom*) kann sogar eine mehrfache Entfernung von Metastasen mit Erfolg durchgeführt werden.

Meist ist eine **Chemotherapie** notwendig. Auch **zielgerichtete Therapien** können zum Einsatz kommen. In Einzelfällen sind Gebärmuttersarkome auch hormonempfindlich, sodass eine **Antihormontherapie** eingesetzt werden kann. Die **Strahlentherapie** besitzt eher eine untergeordnete Rolle beim Gebärmuttersarkom, kann aber vor allem bei Blutungskomplikationen bei Befall der Scheide eingesetzt werden.

Nachsorge

Am häufigsten treten Rückfälle in den ersten 2 Jahren nach Diagnose auf. Daher werden in den ersten 3 Jahren 3-monatliche Nachkontrollen empfohlen. Bei klinischen Krankheitszeichen sollte eine gezielte Abklärung mittels Röntgen o.ä. erfolgen.



Univ.-Prof.
Dr. Edgar PETRU

Vorstandsmitglied der AGO, Univ. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinische Abteilung für Gynäkologie, Medizinische Universität Graz

Gerade seltene bösartige Tumoren sollten in einem gynäkologisch-onkologischen Zentrum behandelt werden. Im Zweifelsfall ist die Einholung einer Zweitmeinung zu erwägen.

* Curettage:
Ausschabung der
Gebärmutterhöhle

Stadieneinteilung – Sarkom der Gebärmutter nach der FIGO Klassifikation *

Stadium	I	Tumor auf die Gebärmutter beschränkt
	Ia	Tumor kleiner als 5 cm
	Ib	Tumor größer als 5 cm
Stadium	II	Der Tumor greift auf das Becken über
	IIa	Befall der Eierstöcke, Eileiter (Adnexe)
	IIb	Befall des Beckengewebes außerhalb der Gebärmutterhöhle
Stadium	III	Befall des Bauchraums
	IIIa	1 Lokalisation
	IIIb	mehr als 1 Lokalisation
	IIIc	Metastasen in den Lymphknoten im Beckenbereich bzw. im Bereich der Aorta
Stadium	IVa	Tumoreinbruch in Harnblase und/oder Enddarm
	IVb	Fernmetastasen

*

„FIGO“ =

Abkürzung für die Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Keimzelltumor des Eierstockes

Der Keimzelltumor des Eierstockes tritt meist bei jungen Frauen (vor dem 20. Lebensjahr) auf. Er stellt auch den häufigsten gynäkologischen Tumor in der Schwangerschaft dar. Häufig produziert der Keimzelltumor die Tumormarker AFP (*Alpha-Feto-protein*) und/oder HCG (*humanes Choriongonadotropin*).

Symptome

Da der Tumor nur selten Symptome macht (wie etwa akute Unterbauchschmerzen durch das Verdrehen des Eierstocktumors, was zu dessen schwerer Durchblutungsstörung führt), werden die meisten Fälle im Rahmen einer gynäkologischen Routineuntersuchung entdeckt. Allermeist liegt ein Frühstadium vor, bei dem nur ein Eierstock befallen ist.

Therapie

Das Tumorstadium ist der wichtigste Parameter. **Die Behandlung der Wahl bei Erstdiagnose ist die Operation** (Chemotherapie nur in speziellen Fällen). Meist ist nur eine einseitige Entfernung des Eierstocks notwendig (wenn der andere Eierstock nicht befallen ist) und keine Entfernung der Gebärmutter.

Ab höheren Tumorstadien bzw. in Fällen von Metastasen ist eine Chemotherapie nötig.

Rezidiv

Beim Wiederauftreten des Keimzelltumors mit Tochtergeschwülsten ist meist eine Chemotherapie notwendig. Auch die Strahlentherapie ist bei diesem Tumor hochwirksam.

Nachsorge

Gynäkologische Kontrollen alle 3 Monate werden in den ersten 3 Jahren empfohlen. Schwangerschaften sind häufig möglich. Sie weisen kein erhöhtes Risiko auf. Auch eine vorausgegangene Chemotherapie wirkt sich nicht negativ auf das Ungeborne aus.



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre „Therapien bei Krebs“ oder der gleichnamigen DVD.

Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland.



Keimstrangtumor des Eierstockes

Der Keimstrangtumor tritt typischerweise **nach den Wechseljahren** auf und weist meist eine gute Prognose auf. Bei ca. 5% der Patientinnen besteht gleichzeitig auch ein Krebs der Gebärmutterhöhle (im Frühstadium).

Symptome

Dieser Tumor wird meist im Rahmen einer gynäkologischen Routineuntersuchung im Frühstadium entdeckt. Anzeichen sind oft abnorme Blutungen aus der Gebärmutterhöhle.

Therapie

Wird der Tumor im Frühstadium entdeckt, ist die **Operation die Therapie der Wahl** (selten Chemotherapie).

Meist ist die Erntfernung beider Eierstöcke, der Gebärmutter und des großen Netzes im Bauchraum notwendig. Bei jungen Patientinnen ist bei nur einseitigem Eierstockbefall auch das Zurücklassen des anderen Eierstockes und der Gebärmutter möglich. Erfolgt keine Entfernung der Gebärmutter, ist in jedem Fall eine Gebärmutter Spiegelung und Ausschabung der Gebärmutter Schleimhaut nötig.

Ab höheren Tumorstadien bzw. in Fällen von Tochtergeschwülsten wird eine Chemotherapie empfohlen.

Rezidiv

Bei Wiederauftreten des Tumors mit Tochtergeschwülsten kann häufig eine chirurgische Entfernung von Einzelherden im Bauchraum zum Erfolg führen. Meist ist danach aber eine Chemotherapie notwendig. In Einzelfällen kann eine Hormontherapie das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen. Auch die Strahlentherapie ist bei diesem Tumor hochwirksam.

Das Tumorstadium und die Tumorgroße sind die wichtigsten Prognoseparameter. Es ist von Bedeutung, dass kein Resttumor nach der Operation verbleibt.

Nachsorge

Gynäkologische Kontrollen alle 3 Monate werden in den ersten 3 Jahren empfohlen. Die Nachsorge sollte aber über Jahrzehnte erfolgen, da leider auch Rückfälle nach langer Zeit möglich sind.

Tumor des Mutterkuchens

Tumoren des Mutterkuchens/der Plazenta (*Trophoblasttumore*) sind sehr selten. Typischerweise tritt der Tumor bei Patientinnen im gebärfähigen Alter auf. Allermeist liegt ein Frühstadium auf, bei dem der Tumor auf die Gebärmutter beschränkt ist. Die feingewebliche Diagnosestellung erfolgt durch den Pathologen. Dieser Tumor produziert vermehrt HCG (ein Hormon, das normalerweise in der Schwangerschaft gebildet wird).

Symptome

Zu den möglichen Anzeichen gehören:

- Abnorme Blutungen der Gebärmutter nach Entbindung, Fehlgeburt oder Eileiterschwangerschaft
- Spontaner Abgang von bläschenartigen Strukturen aus der Scheide
- Selten Unterbauchschmerzen
- Besonders selten Atemnot, Husten und Oberbauchbeschwerden

Therapie

Wird der Tumor im Frühstadium entdeckt, ist meist eine Chemotherapie mit Einzelsubstanzen, die nur sehr beschränkte Nebenwirkungen aufweisen, notwendig. In Fällen von Tochtergeschwülsten ist eine Chemotherapie mit der Kombination mehrerer Substanzen notwendig. Nur sehr selten ist eine Ge-

bärmutterentfernung notwendig. Auch im fortgeschrittenen Stadium mit Metastasen besteht eine hohe Chance auf Langzeitheilung durch den Einsatz einer Chemotherapie.

Rezidiv

Bei Wiederauftreten des Tumors und Tochtergeschwülsten kommt eventuell die chirurgische Entfernung einzelner Tochtergeschwülste oder der Gebärmutter in Betracht. Meist ist aber eine Chemotherapie notwendig. Die Strahlentherapie besitzt insgesamt eine untergeordnete Rolle, ist aber vor allem bei Tochtergeschwülsten im Gehirn sehr wirksam.

Nachsorge

Im 1. Jahr nach Abschluss der Therapie sollte auf eine effektive Empfängnisverhütung geachtet werden (am besten mit der Pille). Im Mittelpunkt steht die Kontrolle des Tumormarkers HCG. Bleibt, wie in den allermeisten Fällen, der Wert unter der Nachweisgrenze, ist die Prognose exzellent. Schwangerschaften mindestens 1 Jahr nach abgeschlossener Therapie sind häufig möglich. Sie weisen kein erhöhtes Risiko auf. Auch eine vorausgegangene Chemotherapie wirkt sich nicht negativ auf das Ungeborene aus.

Nachsorge



Univ.-Prof.
Dr. Thorsten FISCHER

Vorstandsmitglied der
AGO, Vorstand der
Universitäts-Frauen-
klinik der Paracelsus
Medizinischen Univer-
sität, Salzburg

Die Nachsorge nach einer ursprünglichen gynäkologischen Krebserkrankung ist im Ablauf geregelt und Teil der Gesamtbehandlung. Die Nachsorge variiert in Abhängigkeit der Grunderkrankung. Durch die Nachsorge können bei einer wiederkehrenden Tumorerkrankung neue individuelle Therapieschritte eingeleitet werden. Ein gutes Nachsorgeergebnis (negativer Befund) führt zu einer Beruhigung betroffener Frauen und damit zu einer Unterstützung der Lebensqualität.

Die onkologische Nachsorge soll bei allen Frauen nach der Erstbehandlung einer gynäkologischen Krebserkrankung durchgeführt werden.

Gründe für die Nachsorge

Die Nachsorge dient dazu

- Beschwerden der Patientin, die durch die Therapie entstanden sind, zu behandeln
- die Patientin nur sinnvollen Untersuchungen zu unterziehen
- die Patientin psychoonkologisch zu begleiten
- Zweitkarzinome (Dickdarm, Brust) oder ein Wiederauftreten der Erkrankung möglichst früh zu erkennen.

Die Nachsorgetermine bedeuten für viele Frauen leider eine psychische Belastung. Die Angst vor „schlechten Nachrichten“ ist meist groß. Bitte wenden Sie sich vertrauensvoll an die Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe. Wir unterstützen Sie sehr gerne dabei, mit Ihren Ängsten besser umgehen zu können.

Wer führt die Nachsorge durch?

Die Nachsorge bei gynäkologischen Krebserkrankungen wird in der Regel durch Frauenärzte

oder auch von Spezialisten anderer Fachgebiete durchgeführt. Fragen Sie immer Ihren Arzt, welche Maßnahmen geplant sind und warum sie durchgeführt werden sollen. In der Nachsorge erfahrene Ärzte sind gewohnt, die diagnostischen Schritte zu erklären. Meist können Patientinnen, die sich gut informiert fühlen, auch besser mit ihrer Grunderkrankung „umgehen“.

Haben Sie auch keine Scheu, Ihren Arzt nach Maßnahmen zu fragen, die außerhalb der sogenannten Schulmedizin liegen. Ärzte wissen, dass Sie mit vielfältigen Angeboten konfrontiert werden oder Sie einfach „nur etwas für sich selbst machen wollen“. **Die ergänzenden Angebote können in bestimmten Fällen durchaus Nebenwirkungen lindern oder einen günstigen psychologischen Effekt haben: Sie können aber gelegentlich den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen oder ohne jeden Nutzen nur teuer sein.** Ihr Arzt wird Ihre Fragen seriös beantworten. Wenden Sie sich auch vertrauensvoll an eine Krebshilfe-Beratungsstelle in Ihrer Nähe (Kontaktadressen ab S. 64) und lesen Sie mehr zu „Ergänzende Maßnahmen“ ab S. 48.

Wie häufig wird die Nachsorge durchgeführt?

Bei den häufigsten gynäkologischen Krebserkrankungen wird in den ersten drei Jahren nach der ersten Therapie – meist nach der Operation mit und ohne begleitende Chemotherapie – alle drei Monate eine Nachsorgeuntersuchung durchgeführt. **Im Detail entnehmen Sie die jeweiligen Nachsorge-Empfehlungen direkt dem Kapitel zur entsprechenden Krebsart.**

Bei allen Erkrankungen reduziert sich mit der Zeit das Risiko des Wiederkehrens der Erkrankung, sodass im 4. und 5. Jahr nach der Primärtherapie alle sechs Monate die Untersuchung veranlasst wird. Ab dem 6. Jahr reicht häufig eine jährliche Untersuchung.

Was wird bei der Nachsorge untersucht?

Wichtig in der Nachsorge ist **das Gespräch**. Ihr Arzt wird Sie beispielsweise nach Ihrem Wohlbefinden, Ihrer Leistungsfähigkeit, Ihrem Appetit, Ihrer Darmfunktion und nach Ihrer Gewichtsentwicklung befragen. Teilen Sie alle Veränderungen mit oder all das, was Sie einfach „nur wundert“. Zu der körperlichen Untersuchung

gehört dann die **Untersuchung der ursprünglich betroffenen und angrenzenden Region**. In Abhängigkeit der Grunderkrankung und Ihrer individuellen Situation gibt es durchaus Unterschiede bei den Nachsorgeuntersuchungen.

Eine **Ultraschalluntersuchung** ist häufig Teil der Nachsorgeuntersuchung, denn sie ist eine gute Methode, schnell und nebenwirkungsfrei einen guten Überblick über Ihre Bauchorgane und die gynäkologisch spezifischen Erkrankungen zu erhalten.

Ergänzende **Blutuntersuchungen** können auf Sie zukommen. Sie werden je nach Grunderkrankung regelmäßig oder nie mit sogenannten **Tumormarkern** konfrontiert, die aus Ihrem Blut bestimmt werden. Fragen Sie Ihren Arzt, welche Tumormarker sinnvoll sind und was unterschiedliche Ergebnisse oder Abweichungen von sogenannten Normwerten bedeuten.

Bei manchen Tumorerkrankungen werden regelmäßig weiterführende **radiologische Untersuchungen** eingesetzt, bei anderen Grunderkrankungen nur, wenn ein Verdacht auf ein Rezidiv geklärt werden muss.



Mehr zum Thema „Komplementäre Maßnahmen“ in der neuen gleichnamigen Krebshilfe-Broschüre.

Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland oder downloaden unter www.krebshilfe.net.



Mehr zum Thema Tumormarker, radiologischen und anderen Untersuchungen in der Krebshilfe-Broschüre „Verlaufskontrolle bei Krebs“.

Nachsorge – Rehabilitation



Lesen Sie mehr über klinische Studien in der gleichnamigen Krebshilfe-Broschüre. Darüber hinaus informieren Sie die Krebshilfe-BeraterInnen in ganz Österreich über alle Fragen zu klinischen Studien.

Unterscheidet sich die Nachsorge bei sogenannten Studienpatientinnen?

Einige onkologische Patientinnen werden im Rahmen von klinischen Studien in einem genau festgelegten Nachsorgemanagement betreut. Ihre betreuenden Ärzte haben Sie beim Beginn der Studie darüber informiert, dass alle wissenschaftlichen Daten zeigen, dass in Studien betreute Patientinnen keine persönlichen medizinischen Nachteile haben. Im Gegenteil sind die klinischen Verläufe häufig sogar günstiger.

Da aber möglichst viele Erkenntnisse aus den neuen und „modernen“ Therapien gezogen werden sollen, sind **manche Nachsorgeverfahren den Studienanforderungen angepasst und mitunter etwas umfangreicher**. Dadurch entstehen für Sie aber keine Nachteile, sondern im Zweifelsfall klinische Vorteile. Besprechen Sie mit Ihrem betreuenden Arzt nicht nur die Studie sondern auch die auf Sie zukommende Nachsorge.

Onkologische Rehabilitation

Ziel der onkologischen Rehabilitation ist die Reduktion/Verbesserung der psychischen, körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen, die als Folge der Krebserkrankung und der Therapie auftreten. Ein besonderer Fokus wird auch auf die Erhaltung bzw. Wiederbringung der Arbeitsfähigkeit gelegt.

Ein Antrag für einen Rehabilitationsaufenthalt kann gleich im behandelnden Spital erstellt und dann bei der zuständigen Sozialversicherung eingereicht werden.

Bei den meisten Zentren ist jedoch mit Wartezeiten zu rechnen, sodass die Rehabilitation nicht immer unmittelbar nach dem Spitalsaufenthalt begonnen werden kann. Während einer Rehabilitation bleibt man in der Regel weiter im Krankenstand.

Die Krebshilfe-BeraterInnen in ganz Österreich stehen Ihnen auch dafür mit Information und Beratung zur Seite.

Wiedereingliederungsteilzeit – NEU

Rückkehr in den Beruf

Der Wiedereinstieg in den Beruf nach einer Krebserkrankung fällt meist schwer. Viele Patientinnen wollen weiterarbeiten, wie sie es bisher „gewohnt“ waren, und übernehmen sich dabei oft.

Wiedereingliederungsteilzeit

Zur Erleichterung der Wiedereingliederung von Arbeitnehmern nach langer Krankheit in den Arbeitsprozess besteht **ab**

1.7.2017 die Möglichkeit einer Herabsetzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit in der Dauer von 1 bis 6 Monaten (Wiedereingliederungsteilzeit). Es besteht eine einmalige Verlängerungsmöglichkeit bis zu 3 Monaten. Sofern Sie sich in einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis befinden, haben Sie somit die Möglichkeit, schrittweise in den Arbeitsprozess zurückzukehren und sich stufenweise an die Anforderungen des Berufsalltages anzunähern. Die Wiedereingliederungsteilzeit ist mit dem Arbeitgeber zu vereinbaren.

Voraussetzung dafür ist, dass das Arbeitsverhältnis vor Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit mindestens 3 Monate gedauert hat.

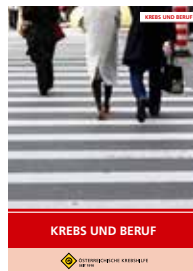
Weitere Voraussetzungen sind:

- das Vorliegen eines mindestens sechswöchigen Krankenstandes,
- eine Bestätigung über die Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers,
- die Beratung über die Gestaltung der Wiedereingliederungsteilzeit durch fit2work sowie
- die Erstellung eines Wiedereingliederungsplanes durch den Arbeitnehmer gemeinsam mit dem Arbeitgeber.
- Die Beratung durch fit2work kann entfallen, wenn die Arbeitsvertragsparteien sowie der Arbeitsmediziner des Betriebes oder das arbeitsmedizinische Zentrum der Wiedereingliederungsvereinbarung und dem Wiedereingliederungsplan nachweislich zustimmen.

Mit der Einführung der Wiedereingliederungsteilzeit wurde eine langjährige Forderung der Krebshilfe endlich Realität!

Wichtige Web-Adressen:

www.ams.at
www.bbrz.at
www.sozialministeriumservice.gv.at
www.sozialversicherung.at
www.pensionsversicherung.at
www.fit2work.at



Lesen Sie mehr zu Rehabilitation und der Wiedereingliederungsteilzeit in der neuen Krebshilfe-Broschüre „Krebs und Beruf“

Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland oder downloaden unter www.krebshilfe.net.

Ergänzende Maßnahmen: Ja.



Prim. Univ.-Prof. Dr.
Christian MARTH

Präsident der Österreichischen Krebshilfe
Tirol, Präsident der
AGO - Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie der
OEGGG, Direktor der
Innsbrucker Univ.-Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe

In Österreich haben Patientinnen und Patienten kostenlosen Zugang zu den besten Medikamenten.

Alternative Behandlungsmethoden sind teuer und ohne Wirkungsnachweis.

Komplementärmedizin ist daher kein Ersatz für die Krebsbehandlung – vertrauen Sie den Spezialistinnen und Spezialisten!

Wenn Sie selbst Patientin sind und vielleicht auch schon auf der Suche nach „anderen“ Methoden waren, dann bitte überlegen Sie, ob nicht vielleicht die etwaige fehlende Aufklärung durch den behandelnden Arzt oder die Angst vor der empfohlenen schulmedizinischen Therapie ein möglicher Grund dafür sein kann.

Sie haben das Recht, Ihrem Arzt Fragen zu stellen und jeden Behandlungsschritt sowie das Ziel der Behandlung erklärt zu bekommen. Ein aufgeschlossener Arzt wird durchaus dafür Verständnis haben, wenn Sie ergänzend zur Schulmedizin komplementäre Therapien wie z.B. Mistelpräparate und andere Pflanzeninhaltsstoffe, Enzyme, Vitamine, Antioxidantien, Spurenelemente und Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) – um nur einige zu nennen – anwenden wollen.

Wichtig dabei ist, dass Sie dies mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen, nicht zuletzt deswegen, weil im Einzelfall Unverträglichkeiten mit anderen Medikamenten auftreten können.

Bedenken Sie aber, dass diese Komplementärmedizin niemals Ersatz für Ihre Krebsbehandlung sein kann.

Naturheilverfahren

Naturheilverfahren gebrauchen als Heilreize Naturfaktoren wie Wärme und Kälte, Licht und Luft, Wasser und Erde, Bewegung und Ruhe, Ernährung und Nahrungsenthaltung, Heilpflanzen und heilsame seelische Einflüsse.

Die in der Naturheilkunde angewandten Methoden haben bei Krebspatientinnen einen hohen Stellenwert, da sie mit zur körperlichen und seelischen Stabilisierung beitragen können.

All diese ergänzenden Therapien haben das Ziel, das Wohlbefinden und damit die Lebensqualität zu verbessern bzw. zu erhalten und Nebenwirkungen von Chemo- oder Strahlentherapie zu vermindern. Keine dieser komplementären Maßnahmen kann jedoch den Anspruch stellen, die Krebserkrankung zu heilen.

Alternative „Methoden“: Nein.

Die Diagnose Krebs versetzt Patientinnen und Angehörige fast immer in einen Schockzustand. Es ist verständlich, wenn man gerade in dieser Zeit sehr „anfällig“ ist für Meldungen in den Medien, im Internet etc., die von unglaublichen Heilungserfolgen berichten.

Alternative Methoden

Alternative Behandlungsmethoden haben wenig mit der Naturheilkunde zu tun. Ihre theoretische Erklärung beruht meist auf Spekulationen bzw. unbewiesenen biologischen Theorien. Da die Wirkungen dieser Verfahren nicht nachgewiesen sind, da zum Teil auch lebensgefährliche Komplikationen nach ihrer Anwendung auftreten können und da nicht zuletzt auch mit hohen Kosten gerechnet werden muss, sind alternativmedizinische Behandlungen bei Krebspatientinnen sehr kritisch zu beurteilen!

Alternative Methoden sind keine Alternative zu den etablierten schulmedizinischen Standardverfahren!

Alternative Methoden beruhen häufig auf von der Schulmedizin nicht anerkannten „pseudowis-

senschaftlichen“ Krebsentstehungstheorien. Die Befürworter dieser Methoden verweisen meist nicht auf Misserfolge. Die Natur und die Durchführung der alternativen Methoden sind oft geheimnisvoll, kompliziert und an ihre „Entdecker“ gebunden.

Achtung vor Wunderheilern!

Seien Sie äußerst skeptisch, wenn „alternative“ Methoden **viel Geld** kosten, wenn im Rahmen der Behandlung auf **geheime Quellen** hingewiesen wird, wenn **Heilung versprochen** wird und wenn man Ihnen den Rat gibt, andere Therapien zugunsten der „alternativen“ Methoden abzubrechen.

Vorsicht vor „selbst ernannten Wunderheilern“, die ihre Produkte oder Methoden als alleiniges Heilmittel anpreisen. **Das kann nicht nur viel Geld, sondern auch Ihr Leben kosten!**

Die Krebshilfe-Beratungsstelle in Ihrer Nähe ist kostenlos für Sie da! Bevor Sie sich auf eine andere Behandlung als die von Ihrem Arzt empfohlene „einlassen“, kontaktieren Sie uns!



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Komplementäre Maßnahmen“ in der neuen gleichnamigen Krebshilfe-Broschüre.

Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland oder downloaden unter www.krebshilfe.net.

Misstrauen Sie grundsätzlich allen, die Patentrezepte anbieten! Gerade in der Krebsheilkunde gibt es keine derartigen Patentrezepte.

Schulmedizin und Naturheilkunde müssen sich nicht ausschließen.

Klinische Studien



Lesen Sie mehr über klinische Studien in der gleichnamigen Krebshilfe-Broschüre. Darüber hinaus informieren Sie die Krebshilfe-BeraterInnen in ganz Österreich über alle Fragen zu klinischen Studien.

Die Suche nach neuen Krebstherapien beginnt im Labor. Dort liefern experimentelle Daten Hinweise zum Wirkmechanismus, zur Dosierung und der Verträglichkeit einer neuen Substanz. Erst wenn die Ergebnisse positiv ausgefallen sind, dürfen klinische Studien an der Patientin durchgeführt werden. Man unterscheidet vier Phasen:

Phase I

In einer Phase-I-Studie stehen Fragen der Sicherheit, Verträglichkeit und Dosierung im Mittelpunkt. Zu diesem Zeitpunkt liegen noch keine Erfahrungen am Menschen vor, aus Sicherheitsgründen sind daher die Teilnehmerzahlen solcher Studien klein. In der Krebsmedizin handelt es sich bei den Teilnehmern in der Regel um Patientinnen mit einer fortgeschrittenen Erkrankung, für die es noch keine wirksame Therapie gibt. Sollte sich zeigen, dass ein neuer Wirkstoff mehr schadet als nutzt, wird die Studie sofort abgebrochen und die Substanzen nicht weiter entwickelt.

Phase II und Phase III

In den darauf folgenden Phasen II und III werden weitere Daten zur optimalen Dosierung, Verträglichkeit und vor allem zur Wirksam-

keit gesammelt. Auf Grundlage dieser Informationen kann die Zulassung erfolgen, sofern das neue Medikament einen Vorteil für die Patientin bietet.

Phase IV

Phase IV-Studien überprüfen seltene Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

Vorteile für Patientinnen, die an einer klinischen Studie teilnehmen.

Der Vorteil einer Studienteilnahme liegt für Patientinnen im frühzeitigen Zugang zu innovativen Behandlungen oder Verfahren, die noch nicht auf „normalem“ Weg zugänglich sind, dem Betroffenen aber möglicherweise sehr helfen können.

Risiken für Patientinnen, die an einer klinischen Studie teilnehmen.

Neue Behandlungsmethoden oder Wirkstoffe bergen nicht nur Chancen, sondern möglicherweise auch bisher unbekannte Risiken und Nebenwirkungen.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über die Möglichkeiten zur Teilnahme an einer klinischen Studie.

Wenn die Erkrankung fortschreitet

Bei fortgeschrittenen Krebs-erkrankungen stehen die **Stabilisierung des Krankheitsverlaufes, die größtmögliche Lebensqualität** durch Schmerz- und Symptombehandlung sowie die **Linderung von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen** im Vordergrund.

Je früher auf Heilung ausgerichtete und palliative Maßnahmen gemeinsam eingesetzt werden, desto höher die Lebensqualität und oft auch die Lebensdauer.

Palliativmedizin

Die Palliativmedizin lindert Beschwerden, die durch eine Krebserkrankung ausgelöst werden. Schmerzmittel und Medikamente gegen Übelkeit, Atemnot, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen werden dabei häufig eingesetzt.

Palliativpflege

Die Palliativpflege kann mit ergänzenden und pflegerischen Maßnahmen viel zur Linderung von Symptomen beitragen.

Psychologische und psychosoziale Betreuung/ Begleitung

Ängste und Sorgen können mit psychologischer und psychosozialer

Betreuung und Begleitung aufgefangen werden. Patientinnen und ihre Angehörigen werden bei der Suche nach geeigneten Therapie- und Betreuungsangeboten unterstützt und professionell begleitet.

Trotz verbesserter Früherkennung und Therapie verlieren leider immer noch viele Patientinnen den Kampf gegen Krebs. Dieser letzte Lebensabschnitt kann durch offene Kommunikation zwischen der Patientin, ihren Angehörigen und den Ärzten so gestaltet werden, dass Leid verhindert oder gelindert wird, dass wichtige Dinge bewusst erledigt werden können und dass spirituelle Wünsche erfüllt werden.

Hilfreiche Adressen in ganz Österreich

In der Krebshilfe-Broschüre „Bestmögliche Lebensqualität für Menschen mit fortgeschrittener Krebserkrankung“ finden Sie wichtige und hilfreiche Informationen zu diesem Thema, vor allem auch Kontaktdaten **aller Stellen in ganz Österreich, die Palliative Versorgung leisten bzw. Hilfe und Unterstützung anbieten.**



Lesen Sie mehr zu „Bestmöglicher Lebensqualität für Menschen mit fortgeschrittener Krebserkrankung“ in der gleichlautenden Krebshilfe-Broschüre.

Patientenrechte

Die Patientenrechte sind in der so genannten „**Patientencharta**“ zusammengefasst. Diese beinhaltet folgende Punkte:

- ➔ Recht auf Behandlung und Pflege
- ➔ Recht auf Achtung der Würde und Integrität
- ➔ Recht auf Selbstbestimmung und Information
- ➔ Recht auf Dokumentation
- ➔ Besondere Bestimmungen für Kinder
- ➔ Vertretung von Patienteninteressen
- ➔ Durchführung von Schadenersatzansprüchen

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.gesundheit.gv.at

Haben Angehörige ein Recht auf Mitbestimmung?

Bei volljährigen Patientinnen haben Angehörige grundsätzlich kein Recht auf Mitbestimmung. Ausnahme ist, wenn die Patientin (bei mangelnder Willensbildungsfähigkeit) im Vorhinein mit einer Vorsorgevollmacht eine andere Person (z.B. einen Verwandten oder Angehörigen) zu seinem Stellvertreter bestimmt hat. Eine Ausnahme besteht auch, wenn es

sich um eine geringfügige medizinische Entscheidung handelt. In diesem Fall kann ein Verwandter oder Angehöriger mit der sogenannten „gesetzlichen Vertretungsmacht der nahen Angehörigen“ für die Patientin entscheiden (siehe „Patientenverfügung“).

Wer entscheidet, wenn die Patientin nicht ansprechbar ist?

Wenn die Patientin nicht selbst entscheiden kann und eine verbindliche Patientenverfügung vorliegt, hat der Arzt nach dem festgelegten Willen in der Patientenverfügung vorzugehen.

Wenn keine **Patientenverfügung** vorliegt, hat der Arzt nach dem mutmaßlichen Willen der betroffenen Patientin vorzugehen. Also auch in diesem Fall haben die Verwandten (Ausnahmen siehe oben) kein Recht zu bestimmen, ob eine Behandlung durchgeführt oder nicht durchgeführt werden soll.

Ist der mutmaßliche Wille nicht zweifelsfrei erkennbar, hat der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen das Erforderliche und medizinisch Notwendige zu unternehmen, um das Leben der Patientin zu retten oder die Gesundheit der Patientin zu erhalten. In diesem Fall gilt der

Patientenverfügung

Grundsatz „**Im Zweifel für das Leben**“ und es sind alle medizinisch noch sinnvollen Behandlungen durchzuführen.

Die Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung kann die Patientin für solche Fälle vorsorgen, wenn er selbst nicht mehr entscheiden kann (z. B. wegen Bewusstlosigkeit).

Eine Patientenverfügung kann entweder als eine sog. „beachtliche Patientenverfügung“ oder nach genauen Formvorschriften als eine sog. „verbindliche Patientenverfügung“ errichtet werden. Die beachtliche Patientenverfügung lässt dem Arzt einen gewissen Auslegungsspielraum, der bei der verbindlichen Patientenverfügung nicht gegeben ist. Je genauer (in medizinischer Hinsicht) abgelehnte Maßnahmen und die Umstände der Ablehnung beschrieben sind, desto eher kann eine Patientenverfügung auch umgesetzt werden.

Wer kann eine Patientenverfügung errichten?

Jede Person, die eine Patientenverfügung errichten will, muss einsichts- und urteilsfähig sein. Man muss also in der Lage sein,

den Grund und die Bedeutung der abgelehnten Behandlung zu verstehen. Die Patientenverfügung kann daher nur durch die Patientin selbst und nicht durch Stellvertreter, Sachwalter oder Angehörige errichtet werden.

Die Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht wird eine andere Person zum gesetzlichen Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten (oder auch in anderen, wie z.B. wirtschaftlichen Angelegenheiten) bestellt. Diese von der Patientin bestellte Person entscheidet bei Verlust der Willensbildungsfähigkeit, ob eine medizinische Behandlung durchgeführt wird oder nicht.

Wen wähle ich als Vertrauensperson?

In der Patientenverfügung können Sie eine Vertrauensperson bestimmen. Eine Vertrauensperson ist ein Mensch Ihrer persönlichen Wahl, der das Recht hat, im gleichen Ausmaß wie Sie, Auskunft über Ihren Gesundheitszustand zu bekommen. Das können Angehörige, Freunde, Bekannte, Kollegen, Ihr Hausarzt oder auch ein Seelsorger sein. Eine Vertrauensperson hat jedoch kein Mitspracherecht bei Entscheidungen.

Informationen aus dem Internet



**Martina LÖWE und
Doris KIEFHABER**

Geschäftsführung Österreichische Krebshilfe

Patientinnen, die über ein Manko an Informationen zu ihrer Krebserkrankung verfügen, sind leider oft „empfangsbereit“ für Scharlatane und selbsternannte „Wunderheiler“, die in der Regel einfühlsam tun, Hoffnung verbreiten, aber mit dem Leid der Menschen verwerfliche Geschäfte machen (was viele Patientinnen in dem Moment nicht erkennen). Bitte geben Sie schulmedizinischen Therapien absolut und unbedingt den Vorzug und fragen Sie Ihren Arzt, die Krebshilfe oder suchen Sie im Internet nur auf gesicherten Seiten nach Informationen!

Die Mehrzahl der Ärzte ist bemüht, die Diagnose Krebs einfühlsam und verständlich zu vermitteln und Patientinnen über Therapie und Prognose ausführlich zu informieren, werden aber leider zwischen Klinikalltag und Idealvorstellungen zerrieben. Es fehlt immer öfter an Zeit, verständlicher Sprache (medizinische Termini) und manchmal auch an entsprechendem Einfühlungsvermögen.

Findet eine Patientin beim behandelnden Arzt keine „adäquate Resonanz“, führt es in vielen Fällen bedauerlicherweise dazu, dass Patientinnen die Qualifikation ihres Arztes und der empfohlenen Therapien in Frage stellen und „anderswo“ (auch im Internet) nach Informationen zu der jeweiligen Krebserkrankung, Therapie und Prognose suchen.

Achtung: Das Internet – bei allen Vorteilen – öffnet leider auch Tür und Tor für Scharlatane und umstrittene alternative Methoden, die nicht nur Geld kosten, sondern mitunter auch gefährlich sind.

Die Österreichische Krebshilfe appelliert an Patientinnen und Angehörige, sich genau zu erkun-

digen, welcher „Internet-Seite“ Sie Vertrauen schenken. **Im Zweifelsfall fragen Sie Ihren Arzt oder die Österreichische Krebshilfe.** Dann können Sie sicher sein, dass Sie mit kompetenten, unabhängigen und richtigen Informationen direkt von Experten versorgt werden.

Ganz besonders weisen wir Sie auf die neue DVD „Therapien bei Krebs“ hin, in der namhafte Experten über die verschiedenen Therapieformen, Nebenwirkungen und Zusammenhänge informieren.



Krebshilfe-Broschüre und DVD „Therapien bei Krebs“ kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland.

Je besser Patientinnen und Angehörige über die diagnostischen und therapeutischen Optionen informiert sind, umso gezielter können die behandelnden Ärzte gemeinsam mit den Patientinnen weitere Schritte planen und umsetzen.

Kostenlose App „KrebsHILFE“



Die App „**KrebsHILFE**“ ist eine praktische Hilfe für alle, die Informationen über Themen in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung suchen, u.a. zu den einzelnen Krebsarten, Therapien, Nebenwirkungen, Ernährung sowie Hilfsangebote der Krebshilfe.

und – auf Wunsch – direkt an den behandelnden Arzt gesendet werden.

Ein eigener Bereich mit Entspannungsmusik (von Walter Baco und polyglobemusic zur Verfügung gestellt) rundet das Angebot ab.



In einer persönlichen Ecke können der Krankheitsverlauf aufgezeichnet, krankheitsrelevante Ereignisse erfasst und wichtige Termine vermerkt und gemanagt werden.

In persönlichen Checklisten können ausgewählte Tipps aus der App abgespeichert und mit Terminen versehen werden.

In einem persönlichen Tagebuch kann der Verlauf der Nebenwirkungen „Übelkeit“, „Müdigkeit“, „Schmerzen“ und die psychische Verfassung eingetragen werden

Die App steht sowohl für Android, iOS-Smartphones und Tablet-Computer in den App-Stores kostenlos zur Verfügung. Derzeit ist die App für Brust-, Prostata-, Darm-, Gebärmutterhals-, Leber-, Lungen-, Lymphom-, Bauchspeicheldrüsen- und Hautkrebspatienten eingerichtet. Auch wenn die Krebsart, die Sie suchen, noch nicht aufgenommen ist, erhalten Sie wichtige Informationen zu Therapie, Nebenwirkungen, etc.

**Einfache Navigation,
umfangreiche Information**



Univ. Prof. Dr. Paul SEVELDA, Univ. Prof. Dr. Gabriela KORNEK, Univ. Prof. Dr. Dr.h.c. Christoph ZIELINSKI

Wenn Sie diese App ausgewählt haben, sind Sie vermutlich auf der Suche nach Informationen und Hilfe zum Thema Krebs. Die Österreichische Krebshilfe, die Initiative Leben mit Krebs und die Klinische Abteilung für Onkologie an der Klinik für Innere Medizin I als Teil des Comprehensive Cancer Center der Medizinischen Universität Wien und des Allgemeinen Krankenhauses haben diese App entwickelt, damit Sie die gesicherten Informationen nun auch in kompakter Form auf Ihrem Smartphone abrufen können. Nutzen Sie die zahlreichen Hilfsangebote und Tipps! Und teilen Sie uns bitte Wünsche und Anregungen mit, damit wir gemeinsam diese erste App für KrebspatientInnen weiterentwickeln können.

Leben mit der Diagnose Krebs

Nicht nur körperlich, sondern auch psychisch werden die Therapien von Mensch zu Mensch unterschiedlich vertragen. Naturgemäß stellt bereits die Eröffnung der Diagnose Krebs eine sehr große psychische Anspannung und Herausforderung an die ganze Persönlichkeit jedes Betroffenen und seiner Angehörigen dar. Daher sollen Sie sich weder wundern noch mit sich zu streng ins Gericht gehen, wenn intensive Gefühle wie Zorn, Angst, Traurigkeit, Pessimismus u.ä bei Ihnen vorkommen. Sie sind damit nicht alleine – viele Menschen mit einer Krebserkrankung erleben ähnliches.

Wir möchten Sie gerne ermutigen, speziell in dieser Phase die Hilfe anderer Menschen in Anspruch zu nehmen. Diese Hilfe kann aus dem Kreise Ihrer Angehörigen, Ihrer Freunde, der Sie betreuenden Ärzteschaft sowie der Angehörigen der Krankenpflegeberufe, von Psychologen oder von wem auch immer Sie sich eine derartige Hilfe vorstellen können, erfolgen.

Und bitte denken Sie daran, dass die Krebshilfe-BeraterInnen in ganz Österreich für Sie da sind! Informationen zu dem umfang-

reichen Hilfs- und Unterstützungsangebot finden Sie auf den nachfolgenden Seiten.



Lesen Sie mehr dazu in der Krebshilfe-Broschüre „Leben mit der Diagnose Krebs“. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland oder Download unter www.krebshilfe.net

Bewegung bei Krebs

„Soll ich mich nach meiner Erkrankung schonen, oder meinen Körper aktivieren und bewegen?“ Diese Frage wird uns häufig gestellt.

Die Antwort kann nicht pauschal gegeben werden. Dazu sind die Krankengeschichten und der individuelle Gesundheitszustand jeder einzelnen zu unterschiedlich. In Studien wurde aber durch regelmäßige Bewegung die Verbesserung von Leistungsfähigkeit, Muskelkraft, Lebensqualität und Müdigkeit sowie die Linderung von Angst nachgewiesen.

Sexualität und Krebs

Sprechen Sie in jedem Fall mit Ihrem behandelnden Arzt darüber.



Lesen Sie mehr dazu in der Krebshilfe-Broschüre „Bewegung bei Krebs“. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland oder Download unter www.krebshilfe.net

Ernährung bei Krebs

Es gibt keine spezielle „Krebsdiät“ – obwohl dies fälschlicherweise immer wieder kolportiert wird – aber sehr wohl ernährungstechnische Maßnahmen und Empfehlungen, die Sie selbst ergreifen können, um Nebenwirkungen zu reduzieren bzw. oft gänzlich zu vermeiden.



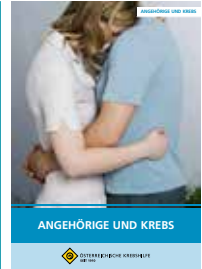
Lesen Sie mehr dazu in der Krebshilfe-Broschüre „Ernährung bei Krebs“. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland oder Download unter www.krebshilfe.net

Sexualität und Krebs

Manche Patientinnen empfinden eine größere Hingezogenheit zu ihren Partnern, andere merken nur wenig oder keine Änderung in ihrem sexuellen Verlangen. Lesen Sie mehr zu diesem Thema in der Krebshilfe-Broschüre „Sexualität und Krebs“.



Lesen Sie mehr dazu in der Krebshilfe-Broschüre „Leben mit der Diagnose Krebs“. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland oder Download unter www.krebshilfe.net



Angehörige sind keine „Anhängsel“ der Erkrankten, sondern in ihrer ganz persönlichen Betroffenheit zu sehen und zu würdigen. Auch sie erleben eine „Hochschaubahn“ der Gefühle – von Hoffnung und Zuversicht bis hin zu Verzweiflung, Angst und Aggression. Lesen Sie mehr dazu in der Krebshilfe-Broschüre „Angehörige und Krebs“.

Lassen Sie sich helfen!



Dr. Gabriele
TRAUN-VOGT

Vorstandsmitglied
der Österreichischen
Krebshilfe Wien,
Psychoonkologin,
Klinische Psychologin
und Psychothera-
peutin

Eine Krebsdiagnose stellt für viele Menschen ein einschneidendes Lebensereignis dar - für viele ist sie ein Schock, für manche ein Trauma, für alle eine Belastung. Die sorgfältige medizinische Diagnose, die Erstellung eines Behandlungsplanes und der Beginn einer onkologischen Behandlung stehen im Mittelpunkt, aber viele intensive Gefühle begleiten diese Phase. So wie die Hauptaufgabe der medizinischen Onkologie in der körperlichen Behandlung Ihrer Krebserkrankung liegt, beschäftigt sich die Psychoonkologie mit

»

Nach einer Krebsdiagnose brechen häufig Lebensperspektiven, die man für ganz selbstverständlich gehalten hat, ein, oft treten **Angst, Verzweiflung, Wut und das Gefühl des Überwältigtseins** an ihre Stelle.

Für viele Krebspatientinnen ist die Angst vor dem Tod und möglichem Siechtum eine große Belastung. Viele fragen sich, wie sie eine Chemotherapie, eine Strahlentherapie schaffen sollen, ist doch die **Angst vor den Nebenwirkungen riesig und die Information oft gering**.

Da ist die große Sorge, wie die Familie mit allem zurechtkommen kann, da Partner durch die Behandlung und die körperliche und psychische Belastung mit **neuen Herausforderungen im Alltag** konfrontiert werden und die Krebsbehandlung auch von den Kindern nicht ferngehalten werden kann.

Die Nachricht von Ihrer Erkrankung kann auch bei Ihrer Familie und Ihren Freunden ein **Gefühlschaos** auslösen. Die richtigen Worte zu finden, richtig zu handeln und sinnvoll zu helfen, fällt den meisten Angehörigen in dieser Situation schwer. Aus Sorge,

Hilflosigkeit und Angst wird daher häufig geschwiegen. Manchmal reagiert das Umfeld auch mit Hyperaktivität, guten Tipps und überschüttet Sie mit Erfahrungsberichten anderer Patientinnen und sogenannten Recherchen aus dem Internet. Das ist zwar gut gemeint, verwirrt und verunsichert allerdings. **Auch Phrasen wie „nur nicht unterkriegen lassen“, oder die „Zauberformel“ vom „positiven Denken“, sind kontraproduktiv und überhaupt nicht hilfreich**, wenn man gerade mit der Diagnose Krebs konfrontiert wurde. **Holen Sie sich Hilfe bei den Profis.**

Es fällt vielen Menschen nicht leicht, über ihre Sorgen zu sprechen – ob die Partnerin oder der Partner mit dem veränderten Alltag klarkommt, dass sich das Bedürfnis nach Nähe und Sexualität geändert haben kann, dass der Arbeitsplatz verloren gehen könnte, wenn man nicht ganz schnell wieder zurückkommt, dass finanzielle Probleme zur großen Belastung werden, dass man Kinder vor Sorgen schützen möchte, aber bemerkt, dass dies schwer ist.

Tatsächlich spüren Kinder schon sehr bald, wenn sich im Zusam-

menleben etwas so Existenzielles ereignet. Sie erleben diese Bedrohung, ohne eine Erklärung dafür zu haben, auch wenn nicht mit ihnen gesprochen wird. Wenn sie im Unklaren gelassen oder mit Beschwichtigungen abgespeist werden, fühlen sie sich im Stich gelassen, verlieren ihr Vertrauen und beginnen sich um die Mama oder den Papa zu sorgen. Gleichzeitig wird ihnen die Möglichkeit genommen, sich aktiv mit der veränderten Situation auseinander zu setzen. **Sprechen Sie daher auch mit Ihren Kindern über Ihre Krankheit. Die Österreichische Krebshilfe und die Psychoonkologinnen des Projektes „Mama/ Papa hat Krebs“ unterstützen Sie und Ihre Kinder dabei gerne!**

Lassen Sie sich helfen!

Die Krankheitsverarbeitung ist ein Prozess der Auseinandersetzung über die gesamte Behandlungsdauer mit immer wieder neuen Anforderungen. Lassen Sie sich dabei helfen. **Durch PsychoonkologInnen im Spital, in der freien Praxis oder in den Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe.**

Manchen Patientinnen geht es bereits nach einem Erstgespräch

besser, wenn es gelungen ist, die vielen neuen Herausforderungen in Ruhe zu begreifen, einzuordnen und damit im eigenen Leben vorstellbarer zu machen. Bei anderen Patientinnen, die z.B. Konflikte in der Partnerschaft, in der Familie, im Spital oder am Arbeitsplatz erleben, kann eine längere Betreuung sehr helfen. Manchmal kommt es auch vor, dass aufgrund einer Depression, starker Angstzustände oder Schlafstörungen eine medikamentöse Einstellung für eine gewisse Zeit erforderlich ist.

Wir Psychoonkologinnen und Psychoonkologen wollen Ihnen die Begleitung und Unterstützung anbieten, die Sie brauchen, um Ihren Sorgen und Ängsten Raum und Zeit zu geben, Ihnen bei der Verarbeitung der Hochschaubahn an Gefühlen helfen, dem Bangen vor einem Rückfall, dem Warten auf Befunde.

Denn Aufgabe und Ziel der Psychoonkologie ist es, Sie selbst und die Ihnen wichtigen Menschen dabei zu unterstützen, die vielfältigen großen körperlichen und psychischen Herausforderungen in allen Stadien einer Krebserkrankung so gut wie möglich zu bewältigen.

»

Ihren psychischen und sozialen Problemen, die durch eine Krebsdiagnose ausgelöst werden können. Sie selbst und die Menschen, die Ihnen nahestehen, stehen im Mittelpunkt. Wichtige psychoonkologische Aufgaben sind Ihre Unterstützung bei der Diagnose- und Krankheitsverarbeitung, die psychische Begleitung der medizinischen Behandlungen, das Erreichen einer möglichst guten Lebensqualität in allen Krankheits- und Behandlungsphasen und eine Rückkehr in den Alltag. Die Krankheitsverarbeitung ist ein Prozess der Auseinandersetzung über die gesamte Behandlungsdauer mit immer wieder neuen Anforderungen. Lassen Sie sich dabei helfen. Durch PsychoonkologInnen im Spital, in der freien Praxis oder in den Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe.

Wir sind für Sie da.

Die Diagnose Krebs bedeutet für Erkrankte und Angehörige einen unerwarteten **Sturz aus der Realität und aus dem gewohnten Alltag**. Nichts ist mehr so, wie es vorher war. Unsicherheit, Hilflosigkeit und vor allem Angst sind vorherrschende Gefühle. Daher ist es so wichtig, ab diesem Zeitpunkt **ein „Netz zu spannen“, in dem sich Patientinnen und Angehörige gehalten und getragen fühlen**.

Dieses tragfähige Netz setzt sich zusammen aus Familie, Freunden/Bekannten, Arbeitskollegen, sowie einem professionellen Betreuungsteam bestehend aus Ärzten, Pflegenden, Psychoonkologen und anderen Experten.

Patientinnen haben das verständliche Bedürfnis nach – und das Recht auf – Information und Klarheit bezüglich der bevorstehenden Therapie. Die Krebshilfe bietet diese wertvolle Vernetzung an. Patientinnen und Angehörige erhalten **medizinische, psychoonkologische, ernährungstherapeutische und sozialrechtliche Hilfestellungen, d.h. rasche, unkomplizierte und kostenlose „Hilfe unter einem Dach“**.

Viele Patientinnen und Angehörige beschäftigen Fragen wie:

- Ich habe gerade die Diagnose Krebs bekommen, was soll ich tun?
- Was bedeutet Chemotherapie und mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Muss ich meinem Arbeitgeber sagen, dass ich Krebs habe? Welche Rechte und welche Pflichten habe ich? Wer kann mir das alles sagen?
- Soll ich mit meinen Kindern über meine Erkrankung reden?

Sie sind nicht alleine:

In den Krebshilfe-Beratungsstellen kann psychoonkologische Hilfe kostenlos in Anspruch genommen werden. Eine Auflistung aller österreichweiten Beratungsstellen finden Sie am Ende dieser Broschüre.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass Sie im Laufe der Erkrankung an den Rand Ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit stoßen. Das ist normal und völlig verständlich, denn Krebstherapien sind auch psychisch herausfordernd.

Leiden Sie oder Ihre Angehörigen in letzter Zeit vermehrt an

- Ein- oder Durchschlafstörungen
- Inneren Unruhezuständen
- Depressiven Verstimmungen, Antriebslosigkeit
- Gedankenkreisen und ständigem Grübeln
- Unmut, Aggressionen
- Angst vor Untersuchungen, medizinischen Eingriffen, schlechten Nachrichten
- Problemen am Arbeitsplatz, in der Familie oder mit Ihrem Behandlungsteam, dann ist es hoch an der Zeit und sinnvoll, professionelle Hilfe anzunehmen.

In den Krebshilfe-Beratungsstellen gibt es diese Hilfe – für Sie und Ihre Angehörigen. Experten aus verschiedenen Fachbereichen, z.B. der Medizin, der Ernährungswissenschaft, der Psychoonkologie und Sozialarbeit, bieten Beratung und Hilfe an und begleiten Sie kompetent und menschlich auf Ihrem Weg durch die Erkrankung.

Sie und Ihre Familienmitglieder können in einem Klima der Achtung und Wertschätzung offen über Ihre schlimmsten Befürchtungen, Ängste und innere Not sprechen. **Die Krebshilfe-Berater-**

innen nehmen sich für Sie Zeit, hören Ihnen zu und helfen.

In einem ausführlichen Erstgespräch wird Ihre individuelle Situation und der genau auf Sie abgestimmte Betreuungsplan besprochen. Sie werden spüren, dass sich vieles sehr rasch verbessert z.B. die Lebensqualität, Schmerzen, die Kommunikation in der Familie.

Broschüren und Informationsmaterialien zu allen Themen rund um die Krebserkrankung können Sie jederzeit telefonisch oder per Mail bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland bestellen.

Die finanzielle Soforthilfe

Immer öfter kommen Patientinnen durch die Krebserkrankung auch in finanzielle Schwierigkeiten. Zweckgewidmete Spenden geben der Krebshilfe die Möglichkeit, auch diesbezüglich zu helfen (siehe nachfolgende Seiten).

Finanzielle Hilfe

Finanzielle Unterstützung

Aufgrund zweckgewidmeter Spenden von Privatpersonen und Firmen ist die Krebshilfe in der Lage, neben kompetenter und einfühlsamer Beratung von Krebspatientinnen und Angehörigen auch **finanzielle Unterstützung für jene Menschen anzubieten, die verursacht durch die Krebserkrankung in finanzielle Not geraten sind.**

Der Krebshilfe-Soforthilfe-Fonds wurde geschaffen, weil eine zunehmend schwierige finanzielle Situation für viele Patientinnen und Angehörige entstand. Viele Krebspatientinnen verlieren unverschuldet den Arbeitsplatz oder können die zusätzlichen - durch die Erkrankung entstehenden Kosten - (z.B. Rezeptgebühren, Fahrtspesen, Selbstbehalte für Perücken oder Spitalsaufenthalt, u.v.m.) nicht finanzieren.

SOFORTHILFE-FONDS DER ÖSTERREICHISCHEN KREBSHILFE

Der Krebshilfe-Vorstand und der Spendengütesiegelprüfer haben für die Gewährung finanzieller Unterstützung Richtlinien verabschiedet. Jeder Antrag wird eingehend aber rasch und unbürokratisch geprüft.

- Lebensmittelpunkt muss in Österreich sein.
- Persönliche Vorsprache in einer Krebshilfe-Beratungsstelle.
- Vorlage der aktuellen medizinischen Befunde.
- Einkommensnachweis (auch des Ehepartners und/oder im gleichen Haushalt lebender Menschen).
- Alle anderen rechtlichen Ansprüche müssen ausgeschöpft sein.
- Nachweis jener Kosten/zusätzlicher Ausgaben, die aufgrund der Krebserkrankung entstanden sind und zu der Notlage führen.
- Schriftliche Begründung/Ansuchen (das gemeinsam mit einer Krebshilfe-Beraterin erstellt wird).
- Kosten für Alternative Methoden werden nicht übernommen.
- Die Krebshilfe behält sich vor, etwaige weitere Nachweise und/oder Unterlagen einzufordern, die zur Beurteilung notwendig sind.

Die Überprüfung der Unterlagen erfolgt sowohl medizinisch als auch sozialrechtlich im „8-Augen-Prinzip“ innerhalb kürzest möglicher Zeit, in der Regel innerhalb von sieben Tagen ab Erhalt des Antrages und der Unterlagen.

Der Antragsteller erteilt das Einverständnis, dass die vorgelegten

Unterlagen durch die Krebshilfe überprüft werden dürfen. Die Krebshilfe verpflichtet sich, die Daten nicht an Dritte weiter zu geben.

Im Jahr 2015 investierte die Österreichische Krebshilfe rd. 2 Mio. Euro für die Beratung und finanzielle Soforthilfe.

BEISPIEL DER SOFORTHILFE

Bei Elvira, 52 Jahre, wurde vor zwei Jahren die Diagnose Eierstockkrebs gestellt. Im Frühjahr 2016 erkrankte sie an einem Rezidiv. Aufgrund der Erkrankung und dem Jobverlust kommt es zu Einkommenseinbußen durch das geringere Krankengeld. Die krankheitsbezogenen Kosten (Selbstbehalte von Klinikaufenthalten und Medikamenten) können vom Familieneinkommen kaum mehr bezahlt werden. Darüber hinaus ist Elvira durch die Rezidivsituation psychisch sehr belastet.

Elvira wird von der Österreichischen Krebshilfe psychologisch betreut und erhält eine finanzielle Unterstützung von 250 Euro monatlich für ein halbes Jahr. Darüber hinaus hat die Krebshilfe die krankheitsbezogenen Kosten in Höhe von 580 Euro übernommen.



Für die Österreichische Krebshilfe ist der sorgsame Umgang mit Spenden selbstverständlich. Dass dem so ist, wird jedes Jahr von unabhängigen Rechnungsprüfern und dem Österreichischen Spendengütesiegelprüfer geprüft und bestätigt.

Beratungsstellen im BURGENLAND

7202 Bad Sauerbrunn, Hartiggasse 4
Tel.: (0650) 244 08 21 (auch mobile Beratung)
Fax: (02625)300-8536
office@krebshilfe-bgld.at, www.krebshilfe-bgld.at

7000 Eisenstadt, Siegfried Marcus-Straße 5 (BGKK)
Tel.: (0650) 244 08 21

7540 Güssing, Grazer Straße 15 (A.ö. Krankenhaus)
Tel.: (0650) 244 08 21

7100 Neusiedl am See, Gartenweg 26 (BGKK)
Tel.: (0650) 244 08 21

7400 Oberwart, Evang. Kirchengasse 8-10 (Diakonie)
Tel.: (0650) 244 08 21

7350 Oberpullendorf
Gymnasiumstraße 15 (GKK)

Beratungsstelle in KÄRNTEN

9020 Klagenfurt, Raderzkystr. 35
(Privatklinik Maria Hilf)

**Voranmeldung zur persönlichen Beratung
für alle Beratungsstellen in Kärnten unter:**
Tel.: (0463)507078 oder 0664/462 67 51
office@krebshilfe-ktn.at

9400 Wolfsberg, Paul-Hackhofer-Str. 9 (LKH)
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung

9330 Althofen, Moorweg 30 (Humanomed Zentrum)
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung

9020 Klagenfurt, Pfarrplatz 15
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung

9020 Klagenfurt, Brunnengasse 3
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung

9321 Kappel am Krappfeld, Schlossplatz 1/5, Silbereggl
Tel. 0664/2396558 - Mag. Dr. Inge Schlegl

9800 Spittal/Drau, Aö Krankenhaus, Onkologische
Ambulanz, Feldgasse 5, Tel. 04762/622 7888
oder +43 664 927 75 70, - MMag. Renate Gruber

9500 Villach, 10. Oktoberstraße 4/3,
Tel. 0664/9277570 - MMag. Renate Gruber

Beratungsstellen in NIEDERÖSTERREICH

2700 Wr. Neustadt, Wiener Straße 69, (NÖGKK)
Notfalltelefon: (0664) 323 7230
Tel.: (050899) 2297 oder 2279, Fax: (050899) 2281
E-Mail: krebshilfe@krebshilfe-noe.at
www.krebshilfe-noe.at

3100 St. Pölten, Kremser Landstr. 3 (bei NÖGKK)
Tel.+Fax: (02742) 77404, stpoelten@krebshilfe-noe.at

3680 Persenbeug, Kirchenstr. 34,
(Alte Schule Gottsdorf)
Tel.+Fax: (07412) 561 39,
persenbeug@krebshilfe-noe.at

3340 Waidhofen/Ybbs, Ybbsitzerstr. 112
(LK Waidhofen/Ybbs, Verwaltungstrakt)
Tel.+Fax: (07442) 54 106,
waidhofen@krebshilfe-noe.at

2130 Mistelbach, Roseggerstraße 46
Tel.: (050899) 1389, mistelbach@krebshilfe-noe.at

3580 Horn, Stephan-Weykerstorffer-Gasse 3
(in der GKK Horn), Tel.: (050899)-0889
horn@krebshilfe-noe.at

Beratungsstellen in OBERÖSTERREICH

4020 Linz, Harrachstraße 13
Tel.: (0732) 77 77 56
Fax.: (0732) 77 77 56-4
beratung@krebshilfe-ooe.at, office@krebshilfe-ooe.at
www.krebshilfe-ooe.at

4820 Bad Ischl, Bahnhofstr. 12 (GKK)
Tel.: (06132) 236 14
beratung-badischl@krebshilfe-ooe.at

5280 Braunau, Jahnstr. 1 (GKK)
Tel.: (0664) 44 66 334
beratung-braunau@krebshilfe-ooe.at

Die Österreichische Krebshilfe ist österreichweit für Sie da:
Mo.-Do. von 9.00 – 12.00 Uhr und 13.00 – 16.00 Uhr, Fr. 9.00 – 12.00 Uhr

4070 Eferding, Vor dem Linzer Tor 10 (Rotes Kreuz), Tel.: (0664) 166 78 22
beratung-eferding@krebshilfe-ooe.at

4240 Freistadt, Zemannstr. 27 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0664) 452 76 34
beratung-freistadt@krebshilfe-ooe.at

4810 Gmunden, Miller-von-Aichholz-Straße 46 (GKK), Tel.: (0664) 547 47 07
beratung-gmunden@krebshilfe-ooe.at

4560 Kirchdorf, Krankenhausstr. 11 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0732) 77 77 56
beratung-kirchdorf@krebshilfe-ooe.at

4320 Perg, Johann Paur-Str. 1, (Beratungsstelle Famos)
Tel.: (0664) 166 78 22
beratung-perg@krebshilfe-ooe.at

4910 Ried/Innkreis, Hohenzellerstr. 3 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0664) 44 66 334
beratung-ried@krebshilfe-ooe.at

4150 Rohrbach, Krankenhausstr. 4 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0699) 1280 2068
beratung-rohrbach@krebshilfe-ooe.at

4780 Schärding, Tummelplatzstr. 9 (FIM - Familien- & Sozialzentrum), Tel.: (0664) 44 66 334
beratung-schaerding@krebshilfe-ooe.at

4400 Steyr, Redtenbachergasse 5 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0664) 91 11 029
beratung-steyr@krebshilfe-ooe.at

4840 Vöcklabruck, Ferdinand-Öttl-Str. 15 (GKK)
Tel.: (0664) 547 47 07
beratung-vbruck@krebshilfe-ooe.at

4600 Wels, Grieskirchnerstr. (Rotes Kreuz)
Tel.: (0664) 547 47 07
beratung-wels@krebshilfe-ooe.at

Beratungsstellen in SALZBURG

Voranmeldung zur persönlichen Beratung für alle Beratungsstellen in Salzburg unter:
Tel.: (0662) 873 536 oder
beratungsstelle@krebshilfe-sbg.at
www.krebshilfe-sbg.at
5020 Salzburg, Mertenstr. 13

5110 Oberndorf, KH Oberndorf, Paracelsusstr. 37
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung jeden Donnerstag, nachmittags

5400 Hallein, KH Hallein, Bürgermeisterstr. 34
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung, jeden 2. Montag im Monat

5580 Tamsweg, Sozialzentrum Q4, Postgasse 4
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung jeden 2. Montag im Monat

5620 Schwarzach, St. Weiter Straße 3, Haus Luise
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat.

5700 Zell am See, dzt. nur mobile Beratung, neue Beratungsstelle wird 2017 bezogen; Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat.

Beratungsstellen in der STEIERMARK

8042 Graz, Rudolf-Hans-Bartsch-Str. 15-17
Tel.: (0316) 47 44 33-0, Fax: (0316) 47 44 33-10
beratung@krebshilfe.at, www.krebshilfe.at

Regionalberatungszentrum Leoben:
8700 Leoben, Hirschgraben 5, (Senioren- u. Pflegewohnheim)

Terminvereinbarung und Info für alle steirischen Bezirke:
Tel.: (0316) 47 44 33-0, beratung@krebshilfe.at

Außenstellen:

8280 Fürstenfeld, Felber Weg 4 (Rotes Kreuz)
8230 Hartberg, Rotkreuzpl. 1, (Rotes Kreuz)
8530 Deutschlandsberg, Radlpaßstraße 31 (Rotes Kreuz)

Beratungsstellen in der STEIERMARK

8680 Mürzzuschlag, Grazer Straße 34 (Rotes Kreuz)
8435 Wagna, Metlika Straße 12 (Rotes Kreuz)
8330 Feldbach, Schillerstraße 57 (Rotes Kreuz)
8750 Judenburg, Burggasse 102, (Rotes Kreuz)
8786 Rottenmann, Hauptstr. 109c (Rotes Kreuz)

Beratungsstellen in TIROL

6020 Innsbruck, Wilhelm-Greil-Straße 25/5
Krebshilfe-Telefon: (0512) 57 77 68
Tel.&Fax: (0512) 57 77 68 oder (0699)181 135 33
office@krebshilfe-tirol.at, www.krebshilfe-tirol.at

Psychoonkologische Beratung in folgenden Sozial- u. Gesundheitssprengeln:

- Telfs: Kirchstraße 12, Dr. Ingrid Wagner,
Tel.: (0660) 5697474
- Landeck: Schulhauspl. 9, Dr. Manfred Deiser,
Tel.: (0664) 4423222
- Wörgl: Fritz-Atzl-Str. 6, Dr. Dorothea Pramstrahler,
Tel.: (0650) 2831770

sowie in:

- Lienz: Rosengasse 17, Mag. Viktoria Breznik,
Tel.: (0664) 9122605
- Schwaz : Dr. Fritz Melcher, Fuggergasse 2,
Tel.: (0664) 9852010
- Jenbach: Mag. Beate Astl, Schalsersstraße 21,
Tel.: (0650) 7205303
- Kitzbühel: Dr. Astrid Erharter, Therapiezentrum Kogler, Hornweg 28, Tel. (0681)10405938
- Tarentz: DSA Erwin Krismer, Pfassenweg 2,
Tel. 0676 7394121

Beratungsstellen in VORARLBERG

6850 Dornbirn, Rathausplatz 4,
Tel. (05572) 202388, Fax: (05572) 202388-14
beratung@krebshilfe-vbg.at, www.krebshilfe-vbg.at

6700 Bludenz, Klarenbrunnstr. 12,
Tel. (05572) 202388
beratung@krebshilfe-vbg.at

Beratungsstelle in WIEN

Pier 50, 1200 Wien, Brigittenauer Lände 50-54,
4. Stg./5.OG
Tel.: (01) 408 70 48, Fax: (01) 408 70 48/35
Hotline: (0800) 699 900
beratung@krebshilfe-wien.at, www.krebshilfe-wien.at

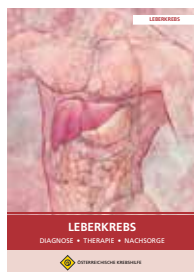
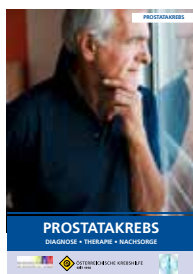
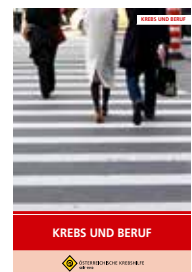
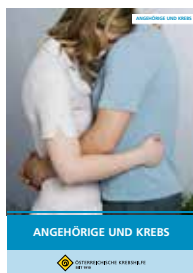
Österreichische Krebshilfe Dachverband

1010 Wien, Tuchlauben 19
Tel.: (01) 796 64 50, Fax: (01) 796 64 50-9
service@krebshilfe.net, www.krebshilfe.net

Geschlechtergerechter Sprachgebrauch. Nur aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Broschüre vorwiegend die männliche Substantivform gebraucht. Die Ausführungen gelten natürlich auch entsprechend für Patientinnen, Ärztinnen usw.

Haftungsausschluss. Die Inhalte dieser Broschüre wurden mit größter Sorgfalt und unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen medizinischen Entwicklungen von unseren Expertinnen und Experten bzw. von unserer Redaktion erstellt. Die Österreichische Krebshilfe-Krebsgesellschaft kann dennoch keinerlei Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit, Korrektheit, letzte Aktualität und Qualität sämtlicher Inhalte sowie jeglicher von ihr erteilten Auskünfte und jeglichen von ihr erteilten Rates übernehmen. Eine Haftung für Schäden, die durch Rat, Information und Auskunft der Österreichischen Krebshilfe-Krebsgesellschaft verursacht wurden, ist ausgeschlossen.

Kostenlose Krebshilfe-Broschüren



Alle Broschüren sind kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter www.krebshilfe.net

100 Jahre Österreichische Krebshilfe 1910 – 2010

Das Institut für Krebsforschung und Behandlung des Bundeslandes Wien

Die Österreichische Krebshilfe dankt allen Experten
der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie
der OEGGG für das ehrenamtliche Engagement und
der Selbsthilfegruppe ovarcome für die
ehrenamtliche und wertvolle Mitarbeit.



IMPRESSUM:

03/17

Herausgeber und Verleger: Österreichische Krebshilfe, Tuchlauben 19, A-1010 Wien
Tel.: +43 (1) 796 64 50 Fax: +43 (1) 796 64 50-9, E-Mail: service@krebshilfe.net, www.krebshilfe.net
Wissenschaftl. Redaktionsleitung: Univ. Prof. Dr. Michael Micksche, Redaktion: Doris Kiefhaber
Gestaltung: Gorillas – Kommunikation und Design, Druck: Druckerei Janetschek GmbH, Heidenreichstein, www.janetschek.at
Fotos: Falls nicht anders gekennzeichnet Österreichische Krebshilfe

www.krebshilfe.net