

DARMKREBS

DARMKREBS

DIAGNOSE • THERAPIE • NACHSORGE



ÖSTERREICHISCHE KREBSHILFE

Die Österreichische Krebshilfe

Am 20. 12. 1910 wurde die Österreichische Krebsgesellschaft durch die Ärzte Hofrat Prof. Dr. Anton Freiherr von Eiselsberg, Hofrat Prof. Dr. Richard Paltauf, Hofrat Prof. Dr. Julius Hochenegg, Prof. Dr. Alexander Fraenkel, Prim. Doz. Dr. Ludwig Teleky und Dr. Josef Winter unter dem persönlichen Protektorat von Kaiser Franz Josef I. gegründet.



Die Österreichische Krebshilfe führt kontinuierlich Vorsorge- und Früherkennungsaktivitäten für die Bevölkerung durch. Sie ist ein gemeinnütziger Verein, der mit einem ehrenamtlichen medizinischen und einem effizienten administrativen Team ein umfangreiches Beratungs- und Betreuungsangebot für KrebspatientInnen und deren Angehörige zur Verfügung stellt.

Darüber hinaus tragen Erkenntnisse aus den von der Österreichischen Krebshilfe finanzierten Forschungsprojekten dazu bei, den Kampf gegen den Krebs im Bereich Diagnose und Therapie erfolgreicher zu machen.

Die Österreichische Krebshilfe finanziert sich zum großen Teil durch private Spenden, deren ordnungsgemäße und verantwortungsvolle Verwendung im Zuge der Verleihung des Spendengütesiegels von unabhängigen Wirtschaftsprüfern bestätigt wurde.

Diese Broschüre wurde von ehrenamtlich tätigen Experten erstellt. Das war nur durch die Hilfe zahlreicher Spendern und Sponsoren möglich, denen die Österreichische Krebshilfe an dieser Stelle herzlich danken möchte.

Haftungsausschluss: Die Österreichische Krebshilfe-Krebsgesellschaft übernimmt keinerlei Gewähr für die Vollständigkeit, Richtigkeit, Aktualität oder Qualität jeglicher von ihr erteilten Auskünfte, jeglichen von ihr erteilten Rates und jeglicher von ihr zur Verfügung gestellter Informationen. Eine Haftung für Schäden, die durch Rat, Information und Auskunft der Österreichischen Krebshilfe-Krebsgesellschaft verursacht wurden, ist ausgeschlossen.

Achtung: Nur aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Broschüre die weibliche oder männliche Substantivform gebraucht. Die Ausführungen gelten natürlich auch entsprechend für Ärzte, Ärztinnen, Patienten, Patientinnen usw.

Ein Wort zur Einleitung



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

Die Diagnose Darmkrebs verursacht bedrohliche Gefühle, Gedanken und Ängste. Die Erkrankung wird als massiver Einschnitt erlebt: Alles bisher Gewohnte und viele zukünftige Ziele werden in Frage gestellt. Ängste vor dem, was noch kommen mag, Zweifel an der Wirksamkeit der Behandlung und Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung kommen genauso auf, wie verständliche Fragen. Die Österreichische Krebshilfe kämpft täglich dafür, dass jeder Patient – unabhängig vom sozialen Status – die bestmögliche Therapie erhält. Denn dies ist ein Grundrecht jedes Menschen. Mit dieser Broschüre wollen wir Sie über neue Therapien informieren und Ihnen auch Mut und Hoffnung geben – und vor allem: Niemand muss mit der Diagnose Krebs alleine fertig werden. Bitte wenden Sie sich an die Beratungsstelle der Österreichischen Krebshilfe in Ihrer Nähe – wir sind für Sie da, kostenlos und anonym.



*Dr. Christina
KICHLER-LAKOMY
Director Business Unit Oncology
& CNS, sanofi-aventis GmbH,
Austria*

Unsere Aufgabe als Pharmaunternehmen ist die Entwicklung innovativer Arzneimittel, die verbesserte Behandlungsformen für PatientInnen darstellen. Die Entwicklung neuer Therapieoptionen dauert von der Forschung (2-4 Jahre), über die präklinische (1-2 Jahre) und klinische Entwicklung (6-8 Jahre) sowie Zulassungsverfahren (1 Jahr), somit bis zum Markteintritt mindestens 10 Jahre. Viele Therapien, die heute im Kampf gegen Darmkrebs eingesetzt werden, wurden bereits in den 90er-Jahren entwickelt. Diese klassischen Zytostatika bilden heute die Basis der meisten Krebstherapien. In den letzten Jahren wurden diese Basistherapien erfolgreich in Kombination mit neuen biologischen Substanzen eingesetzt. Die Forschung geht laufend weiter – das Ziel jahrelanger Bemühungen ist noch besser wirksame und nebenwirkungsärmere Medikamente zu entwickeln.

Innovative, wirksame und gut verträgliche Behandlungsformen zu erforschen, zu entwickeln und für Ärzte und Patienten bereitzustellen – das ist das Leitprinzip von sanofi-aventis.

Darmkrebs in Österreich

Die Epidemiologie (griech. „Lehre von dem, was über das Volk gekommen ist“) ist die Lehre von Häufigkeit und Ursachen von Krankheiten in der Bevölkerung.

Inzidenz

(Neuerkrankung) ist ein Maß für ein Neuauftreten von Tumoren in einer bestimmten Bevölkerung (Neuerkrankungen, die jährlich gemeldet werden) während eines bestimmten Zeitraumes (meist ein Jahr).

Mortalität

(Sterblichkeit) ist ein Maß für die Anzahl der Todesfälle an Krebserkrankungen in einer bestimmten Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraumes (meist ein Jahr).

In Österreich ist Dickdarmkrebs bei Männern die dritthäufigste, bei Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung. 2003 wurde bei 2.333 Frauen und bei 2.775 Männern Dickdarmkrebs diagnostiziert.

In den letzten 10 Jahren hat die Erkrankungshäufigkeit bei Männern und Frauen um etwa 15 % abgenommen.

Generell ist aber festzustellen, dass insgesamt die **Inzidenz** von Krebserkrankungen in Österreich bei Männern und Frauen knapp über dem EU-Durchschnitt liegt, die **Mortalität** von Krebserkrankungen hingegen darunter.

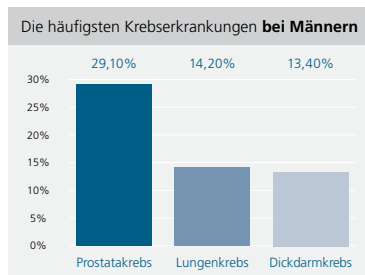
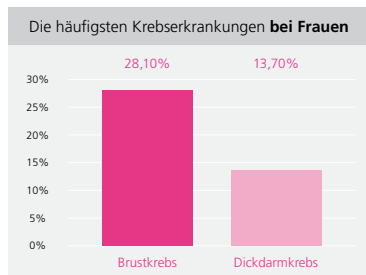
Österreich verfügt über eines der besten Gesundheitssysteme weltweit. Den hohen Qualitätsstandard der medizinischen Versorgung im Bereich der Krebserkrankung in

Österreich spiegelt die Fünf-Jahres-Überlebensrate wider: Sie liegt deutlich über dem Durchschnitt der EU-Länder, nur Schweden weist eine noch bessere Überlebensrate auf.

Mehr Erkrankungen, weniger Todesfälle

Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Männer leben heute länger als noch vor zwanzig Jahren und »erleben« daher die Krebserkrankung.
- Viele Erkrankungen werden heute früher entdeckt. Daher erhöhen sich die Heilungs- und Überlebenschancen.
- Neue medikamentöse Therapien tragen wesentlich zur Verbesserung des Krankheitsverlaufes bei (Heilung).



Dickdarmkrebs ist bei Frauen die zweit-, bei Männern die dritthäufigste Krebserkrankung

Diagnose „Krebs“ ... was nun?

Die Diagnose Krebs verängstigt und schockiert Patienten und Angehörige wie kaum eine andere Erkrankung. Meist wird alles, was jemals zum Thema Krebs gehört und erfahren wurde, abgerufen – schwärzeste Phantasien tauchen auf.

Dieser Schockzustand hält oft einige Tage an. Das aufklärende Gespräch, das der Arzt mit dem Erkrankten und den Angehörigen geführt hat, wird oft schwer oder nur bruchstückhaft erinnert. Daher ist es wichtig, immer wieder Fragen zu Behandlungsformen etc. zu stellen.

Sie haben das Recht, Fragen zu stellen. Es geht um Ihre Gesundheit, Ihr Leben!

Niemand kann ernsthaft erwarten, dass man im Moment, in dem man die Diagnose erfährt, alles »mitbekommt«, was der Arzt sagt.

Fragen Sie lieber einmal mehr als zu wenig. **Es ist wichtig, dass Sie die Therapie und mögliche Nebenwirkungen verstehen.** Die Art und Weise, wie Ihr behandelnder Arzt mit Ihren Fragen »umgeht« und diese beantwortet, stellt

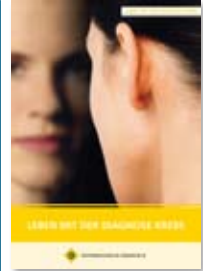
ein wesentliches Qualitätskriterium für die Arzt-Patient-Beziehung dar.

Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis trägt wesentlich zum Erfolg der Therapie bei.

Es ist auch wichtig, dass Sie Ihrem **Arzt rückmelden**, wie es Ihnen während der Behandlung geht, ob Sie Schmerzen haben oder unter Übelkeit leiden.

Natürlich liegt es in der Natur der Menschen, dass es mitunter auch vorkommen kann, dass Sie mit Ihrem behandelnden Arzt einfach keine gute »Chemie« haben. Wenn dies der Fall ist oder Ihr Arzt nicht in ausreichender Art und Weise auf Ihre Fragen eingeht, dann nützen Sie die **Möglichkeit und das Recht, eine Zweitmeinung einzuholen.**

Und vergessen Sie nicht: Die Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe stehen Ihnen österreichweit kostenlos zur Verfügung. Selbstverständlich unterliegt jedes Gespräch, das Sie mit einer Beraterin der Österreichischen Krebshilfe führen, automatisch auch der Schweigepflicht.



Ausführliche Hilfe nach der Diagnose Krebs gibt Ihnen die Krebshilfe-Broschüre »Leben mit der Diagnose Krebs«. Sie ist kostenlos unter www.krebshilfe.net oder unter Tel.: (01) 796 64 50 erhältlich.

Was ist Krebs?

Kanzerogene

(krebserregende Substanzen)

Unter anderem chemische Substanzen, Strahlen, Viren, Inhaltsstoffe des Tabakrauchs und der Nahrungsmittel (-Zubereitung), UV-Licht, Infektionen.

Die Entstehung von Krebs ist ein komplexer Prozess, dem vielfältige Ursachen zugrunde liegen. Krebs wird heute als eine **Erkrankung des Erbmaterials von Zellen** angesehen. Wenn »Reparaturmechanismen« des Körpers ausgeschaltet oder ineffektiv sind, können **Kanzerogene** eine bleibende Veränderung des Erbmaterials bewirken.

Diese Veränderung der Erbinformation wird bei der Zellteilung auf die Tochterzellen übertragen. Es entstehen **Zellen, die eine genetische Mutation** (Veränderung) tragen. Diese Veränderungen können dazu führen, dass »Krebsgene« (Onkogene) aktiviert bzw. Suppressorgene inaktiviert werden.

Im gesunden Gewebe funktionieren **Onkogene** als Wachstumssimulationen (Signal für Wachstum), **Suppressorgene** als Wachstumshemmer (Bremsen), wobei ein Gleichgewicht dieser Funktionen ein geregeltes Zellwachstum garantiert. Die Störung dieser Kontrollgene führt zu einer gesteigerten Zellvermehrung (Proliferation).

Es gibt Hinweise, dass Krebs **klonalen Ursprungs** ist, d. h. von einer Ursprungszelle ausgeht – die

mehreren Insulten ausgesetzt sein muss – damit die Zelle die Eigenschaft der Malignität (Bösartigkeit) wie Invasivität und Metastasierung erlangt.

Dabei spielt der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle. Die Tatsache, dass **Krebserkrankungen im Alter drastisch zunehmen**, kann auch dadurch erklärt werden, dass es viele Jahre dauert, bis die zahlreichen Veränderungen (Mutationen) sich in einer bösartigen Entartung von Zellen und schließlich als Krebserkrankung manifestieren.

Sicher ist, dass Krebs heute kein Todesurteil mehr sein muss.

Modernste medizinische Geräte, Erfahrung und Wissen der Mediziner und neueste Behandlungsmethoden haben in den letzten Jahren zu **deutlich höheren Heilungschancen** geführt. Das österreichische Gesundheitssystem zählt zu einem der besten der Welt, die meisten Untersuchungen und Behandlungsmethoden werden von den Krankenkassen bezahlt. Für die Österreichische Krebshilfe stellt der Zugang zu all diesen Errungenschaften ein **Grundrecht jedes Menschen dar, das es mit aller Kraft zu erhalten gilt.**

Der Darm

Der Darm liegt im Bauchraum des Menschen und wird in Dünndarm, Dickdarm und Analbereich unterteilt.

Der Dünndarm ist etwa fünf Meter lang, liegt in vielen Schlingen im Bauch, verdaut die Nahrung und nimmt das Lebensnotwendige im Körper auf. Hier entsteht äußerst selten Krebs.

Der Dickdarm

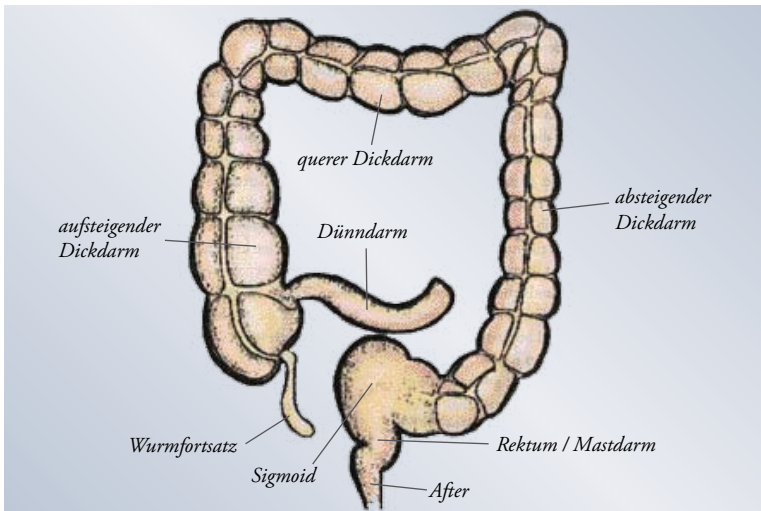
Der Dickdarm (Kolon) ist etwa 120 bis 150 cm lang. Er hat im Wesentlichen die Funktion, dem Darminhalt Wasser zu entziehen und damit den Stuhl einzudicken.

Die Innenwand des Darms ist mit einer Schleimhaut ausgekleidet, auf der sich der Stuhl – von den Darmmuskeln vorangetrieben – zum After bewegt. Über diesen wird der Stuhl schließlich ausgeschieden.

Erkrankungen des Dickdarms

Es gibt Wohlstandserkrankungen im Dickdarm wie z. B. die Divertikelbildung oder die chronische Verstopfung (eher harmlos für eine allfällige Krebsentstehung). Die Schleimhaut des Dickdarms ist allerdings empfindlich gegen Bakterien und krebserregende Stoffe.

Divertikelbildung
Ausstülpung des Darms, harmlos für eine allfällige Krebsentstehung



Darmkrebs



Univ.-Doz.

**Dr. Werner WEISS,
Österreichische
Gesellschaft für
Gastroenterologie
und Hepatologie**

Bei Patienten, die mit der Diagnose Darmkrebs konfrontiert wurden, bieten heute Operation, Chemo- und Strahlentherapie sowie Selbsthilfegruppen und psychische Unterstützung durch die Einrichtungen der Krebshilfe ungleich bessere Heilungschancen, als noch vor wenigen Jahren.

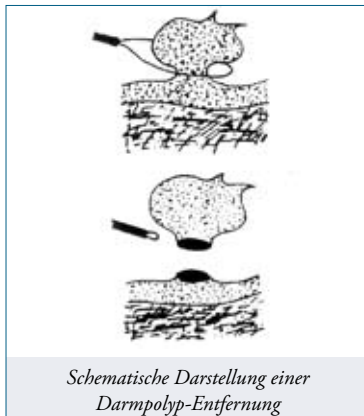
Besonders wichtig ist es aber bei nahen Verwandten des Betroffenen ab dem 40. Lebensjahr Vorsorgekologien durchzuführen!

Spricht man von Darmkrebs, so ist fast immer eine Krebserkrankung des Dickdarms (*Kolonkarzinom*) oder des Mastdarms (*Rektumkarzinom*) gemeint. Der Krebs geht dabei meist von der Schleimhaut aus, die den Darm innen auskleidet. Krebserkrankungen des Dünndarms kommen sehr selten vor.

Die Vorstufe von Darmkrebs ist bei den meisten Menschen das Adenom, ein Darmpolyp.

Über 90 % aller Darmkrebs-erkrankungen entstehen durch **Entartung** dieser Polypen. Die wirksamste Vermeidung von Darmkrebs ist daher die **Entfernung von Darmpolypen**.

Darmpolypen entstehen durch überschießende Zellteilung in der Darmschleimhaut. Ihre Entstehung wird einerseits durch eine **familiäre Veranlagung** begünstigt, andererseits kann durch krebsverursachende Schadstoffe in der Nahrung die genetische Zellinformation gestört werden. Mit der Zeit entsteht daraus eine krankhafte Zellvermehrung und -wucherung – der (gutartige) Polyp.



Schematische Darstellung einer Darmpolyp-Entfernung

Wenn die körpereigenen Reparaturmechanismen diese Störungen nicht mehr beheben können – und der Polyp nicht entfernt wird – können die Zellen in den Polypen unkontrolliert wachsen und es kann im Laufe der Jahre Darmkrebs entstehen.

Ein Darmpolyp kann im Rahmen einer Darmspiegelung (Koloskopie) entdeckt, und mittels einer Schlinge und / oder Strom abgetragen werden. Dadurch kann eine Krebsentstehung verhindert werden.

Diagnoseverfahren

Bei Verdacht auf Darmkrebs (Blut im Stuhl, Durchfälle, Verstopfung, Gewichtsabnahme, Müdigkeit etc.) leitet Ihr Arzt die notwendigen Untersuchungen zur endgültigen Diagnose ein.

Damit wird festgestellt, ob:

1. es sich um eine gutartige Veränderung oder um eine Krebserkrankung handelt,
2. welche Tumorart vorliegt (Histologie) und
3. wie weit die Erkrankung fortgeschritten ist (Stadium der Erkrankung).

Anamnese und körperliche Untersuchung

Das ausführliche Gespräch (Anamnese) mit Ihrem Arzt und die körperliche Untersuchung stehen am Beginn des Diagnoseverfahrens. Damit können schon erste wichtige Hinweise über die Art der Erkrankung gewonnen werden.

Koloskopie = Sanfte Koloskopie

Diese Untersuchung erfolgt rektal mittels eines speziellen Endoskopes, das unter anderem mit einer Lichtquelle und einer kleinen Optik ausgestattet ist. Mit Hilfe

eines Computer-Chips überträgt das Endoskop Bilder auf einen Bildschirm, die die Darmschleimhaut sehr gut beurteilen lassen.

Während der selben Untersuchung ist die Entnahme von verdächtigem Gewebe (Biopsie) oder Polypen möglich, die anschließend unter dem Mikroskop beurteilt werden.

Mit der Möglichkeit einer entsprechenden Prämedikation ist die Koloskopie heute keine belastende oder schmerzhafte Untersuchung mehr.

Dickdarmeröntgen

Beim Darmeröntgen wird ein Kontrastmittel (Bariumsulfat) verabreicht. Röntgenstrahlen können durch dieses Kontrastmittel nicht so gut durchdringen, wie durch die menschlichen Organe. Hohlräume und Unregelmäßigkeiten in der Darmwand werden gut sichtbar. Einengungen oder Aussparungen, die auf einen Tumor hindeuten können, werden aber manchmal auch durch gutartige Polypen verursacht.

Früherkennungsmöglichkeiten von Darmkrebs:

- Test auf verdecktes Blut im Stuhl „Okkulttest“
- Koloskopie

Sonographie (Ultraschall)

Ultraschalluntersuchungen werden vor allem dann eingesetzt, wenn bei der Koloskopie ein Karzinom entdeckt wurde. Die Sonographie macht innere Organe wie Leber, Nieren, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse sichtbar. Sie ist wichtig, um Tochtergeschwülste (Metastasen) in der Leber auszuschließen.

Computertomographie (CT)

Mittels Computertomographie können Schnittbilder von allen Körperregionen hergestellt werden. Das CT wird angewandt, um zusätzliche Informationen wie die Ausdehnung des Tumors und seine Beziehung zu den Organen darstellen zu können.

Ihr Arzt erhält durch diese Untersuchungen auch wichtige Informationen darüber, ob der Tumor operativ entfernt werden kann und wie umfangreich die Operation sein wird. Metastasen und vergrößerte Lymphknoten werden durch das CT ebenfalls dargestellt.

Tumor-Marker

Tumor-Marker sind im Blut messbare Substanzen, die bei Vorliegen von Krebserkrankungen in erhöhter Konzentration auftreten können. Diese Substanzen, meist Proteine, werden entweder von den Krebszellen selbst oder vom Körper als Reaktion auf den Krebs gebildet. Beim Darmkrebs ist das CEA (Carcino-Embryonale Antigen) der wichtigste Tumormarker.

Tumor-Marker sind nicht bei allen Darmkrebspatienten vorhanden und können auch beim Gesunden vorkommen. Daher eignen sie sich eher für die Kontrolle des Krankheitsverlaufes, als für die Diagnose.

Klassifikation des Tumors

Fachleute verwenden verschiedene Begriffe wie Staging, Grading, Stadieneinteilung oder Tumorklassifikation, um darzustellen, wie weit sich der Krebs ausgebreitet hat.

Die Beurteilung des Tumorstadiums nach der **TNM-Klassifikation** berücksichtigt Tumorgöße und örtliche Ausdehnung, Lymphknotenbefall und Metastasen. Die Einteilung erfolgt daher in:

T = Primärtumor

N = regionale Lymphknoten*

M = Metastasen

**N* = *Noduli* (lat.) = *Knoten*

Ziffern hinter den Buchstaben stehen für Größe und Ausdehnung (T1-4), Zahl und Lage der befallenen Lymphknoten (N0-1) und das Vorhandensein oder Fehlen von entfernten Metastasen (M0 oder M1). T1 N0 M0 bezeichnet zum Beispiel einen kleinen Tumor ohne Lymphknotenbefall und Metastasen (siehe Tabelle nächste Seite).

Eine exakte Beurteilung des Tumorstadiums (T) ist meistens erst nach der operativen Entfernung des Tumors möglich. Im Befund steht dann vor den Ziffern ein kleines »p« für pathologisch gesichert.

Ein weiterer Punkt, der bei der Charakterisierung des Tumors eine Rolle spielt, ist die Beschaffenheit des Krebsgewebes. Sie wird bei der mikroskopischen Untersuchung des entnommenen Gewebes untersucht (Histologie) und gibt Hinweise auf die Aggressivität des Tumors.

Die Bestimmung der Tumorausbreitung und der histologische Befund ermöglichen Ihrem Arzt die Planung der Behandlungsstrategien und -schritte nach der Operation.

BEGRIFFE ZU »T«, »N«, »M«

T – Primärtumor

- T_1 = der Primärtumor erstreckt sich nur auf die Darmschleimhaut
- T_2 = der Primärtumor erstreckt sich zusätzlich auf die Muskulatur der Darmwand
- T_3 = der Primärtumor erfasst den Bauchfellüberzug oder wächst beginnend in das benachbarte Gewebe ein, wo kein Bauchfell vorhanden ist
- T_4 = der Tumor erfasst benachbarte Strukturen

N – regionale Lymphknoten

- N_1 = der Tumor erfasst ein bis drei benachbarte Lymphknoten
- N_2 = der Tumor erfasst vier oder mehr benachbarte Lymphknoten
- N_3 = es bestehen Lymphknotenmetastasen entlang einer größeren Gefäßstraße

M – Metastasen

- M_x = Fernmetastasen können nicht beurteilt werden
- M_0 = keine Fernmetastasen
- M_1 = Fernmetastasen nachweisbar

Therapieplanung

Ihr Arzt wird mit Ihnen ausführlich über Ihren Befund und die geplanten Behandlungsschritte sprechen. Scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen. Sie haben das Recht, sich ausführlich informieren zu lassen.

Manchmal lässt der Spitalsalltag nicht zu, dass sich Ihr Arzt ausreichend Zeit für Sie nehmen kann. Sie haben aber den Anspruch, über die Möglichkeiten der Therapie, weitere Vorgehensweisen sowie die Risiken und Nebenwirkungen der einzelnen Behandlungsverfahren aufgeklärt zu werden.

Treffen Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt eine Entscheidung. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit, um sich über die möglichen Therapieformen zu informieren.

Therapiewahl

Das Hauptziel jeglicher Therapieplanung ist es, den Tumor durch Operation vollständig zu entfernen. Neben der Operation stehen dem Arzt noch eine Reihe weiterer Therapieformen wie z. B. die Strahlen- oder Chemotherapie zur Verfügung, um eine Heilung

zu erzielen. Gerade in den letzten Jahren haben neue Therapieformen (zielgerichtete Therapien / Immuntherapien) die Prognose der Erkrankung wesentlich verbessert.

Welche Behandlung in Ihrem Fall notwendig ist, ergibt sich aus der Auswertung aller Untersuchungsergebnisse. Diese Befunde bestimmen die Therapieplanung und Nachsorge.

Wichtig bei der Therapieplanung und -entscheidung ist das Aufklärungsgespräch mit Ihrem Arzt – nehmen Sie dazu ruhig auch einen Angehörigen mit. Eine gemeinsame Entscheidung trägt ganz wesentlich zu den Erfolgsaussichten Ihrer Therapie bei.

Als »mündiger Patient« haben Sie aber auch das Recht, eine ärztliche Zweitmeinung zur vorgeschlagenen Therapieplanung einzuholen. Wenden Sie sich an die Krebshilfe-Beratungsstelle in Ihrer Nähe (s. S. 34) – die Berater helfen Ihnen – kostenlos und auf Wunsch auch anonym.

Die Operation

Ziel der Operation ist es, den Tumor möglichst vollständig zu entfernen. Damit bietet die Operation echte Heilungschancen: Im Frühstadium operiert, liegt sie bei Dickdarm- und Mastdarmkrebs bei 80-90 %.

Operationsmöglichkeiten bei Dickdarmkrebs

Bei Dickdarmkrebs erfolgt die Durchtrennung der Darmabschnitte weit vom Tumor entfernt – also noch im gesunden Darmbereich.

Darmkontinuität wird entweder durch eine Verbindung zwischen Dünn- und Dickdarm oder durch eine Verbindung zwischen den beiden Dickdarmenden wieder hergestellt.

Operationsmöglichkeiten bei Mastdarmkrebs

Der Mastdarm umfasst die letzten 16 cm des Darms bis an den Schließmuskel. Die häufigste Operationsart ist die vom Bauchraum durchgeführte Entfernung des Mastdarms mit einer Verbindung zwischen dem absteigenden

Dickdarmanteil und dem über den Schließmuskel durchtrennten Mastdarmanteil. Dabei werden der Tumor mitsamt dem umgebenden Binde- und Fettgewebe und dem Lymphabflussgebiet entfernt.

Durch die modernen chirurgischen Techniken gelingt es mittlerweile bei den meisten Patienten, den Schließmuskel und damit die Fähigkeit zu erhalten, den Stuhlgang willentlich zu steuern (*Kontinenz*). Voraussetzung dafür ist allerdings, dass der Tumor nicht in den Schließmuskel selbst eingewachsen ist.

Sitzt der Tumor im unteren Drittel des Mastdarms so tief, dass der Schließmuskel innerhalb des notwendigen Sicherheitsabstands liegt, muss in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren entschieden werden, ob eine kontinenserhaltende Operation möglich ist.

Bei größeren Rektumtumoren kann eine der Operation vorgeschaltete mehrwöchige Strahlentherapie oder kombinierte Strahlen-Chemotherapie durchgeführt werden, um den Tumor zu verkleinern. Diese Behandlung bezeichnet man als »neoadjuvant«. Danach können die Ärzte heute

auch hier in den meisten Fällen den Schließmuskel und damit die Kontinenz erhalten.

Entfernung der Lymphknoten

Ein wesentlicher Bestandteil der Darmkrebs-Operation ist die Entfernung der Lymphknoten. Vergrößerte Lymphknoten in benachbarten Lymphknotenstationen werden ebenfalls mitentfernt.

Bei Mastdarmkrebs werden die Lymphknoten seitlich und hinter dem Mastdarm sorgfältig entfernt, wobei ein schichtweises Vorgehen nach genauen anatomischen Strukturen hier besonders wichtig ist.

Mögliche Beschwerden nach der Operation

Wundschmerzen:

Patienten können – bedingt durch den großen Bauchschnitt – in den ersten drei Tagen nach der Operation relativ starke **Wundschmerzen** erleiden, die jedoch bei unauffälligem postoperativen Verlauf innerhalb einer Woche vergehen. Bei Entfernung des gesamten Mastdarms sind Schmerzen im Bereich der Wunde und

des Steißbeins über längere Zeit zu erwarten.

Wundheilung:

Würde vor der Operation eine Bestrahlung durchgeführt, heilen die Wunden im Dammbereich manchmal verzögert.

Stuhlgewohnheiten:

Eine Darmentfernung hat Auswirkungen auf die **Stuhlgewohnheiten**: Meist erfolgt eine vorübergehende erhöhte Stuhlfrequenz und eine Änderung der Stuhlkonsistenz (dünnflüssiger Stuhl). Bei Operationen, bei denen nur ein geringer Teil des Mastdarm belassen werden konnte, nimmt die gehäufte Stuhlfrequenz oft erst nach 6 – 12 Monaten ab, um sich anschließend zu normalisieren.

Bei komplikationslosem Verlauf können Patienten üblicherweise 8 – 10 Tage nach der Operation das Krankenhaus verlassen.

*Kein Patient muss Schmerzen erleiden! Sie haben das Recht, entsprechende Medikamente zu erhalten, um Ihnen Schmerzen aller Art zu ersparen bzw. zu erleichtern!
Informieren Sie daher Ihren behandelnden Arzt, denn nur so kann er wissen, dass Sie Schmerzen haben und Sie entsprechend behandeln!*

Künstlicher Darmausgang: Stoma



Helga TURNHER,
Selbsthilfegruppe
Darmkrebs

Im Jahr 2004 wurde die SHG-Darmkrebs von Prof. Dr. Heinz Thurnher ins Leben gerufen, um Patienten bei Ihren Sorgen und Problemen zur Seite zu stehen sowie bei monatlichen Treffen (letzter Freitag im Monat) durch Vorträge von Spezialisten zu informieren und Fragen zum Thema Darmkrebs zu beantworten.

Im Jahr 2008 organisiert die SHG-Darmkrebs „Tage der Darmgesundheit“ in ganz Österreich.

*www.derdickdarm.org
Tel: (01) 714 71 39
Postfach 2
1035 Wien*

Das Wort »Stoma« (Mehrzahl = Stomata) kommt aus dem Griechischen und bedeutet »Mund«, »Öffnung«. In der Medizin wird damit eine chirurgisch angelegte »künstliche« Öffnung am Körper bezeichnet. Die medizinische Bezeichnung »Anus praeter naturalis« für ein Darmstoma bedeutet »an dem natürlichen Anus vorbei angelegter (künstlicher) After«.

Der künstliche Darmausgang wird durch das Einnähen eines Darmanteiles in die Bauchdecke geschaffen. Dadurch kann der Stuhl in ein auf die Haut geklebtes Säckchen abfließen. Dieser Ausgang kann entweder permanent oder vorübergehend angelegt werden.

Je nachdem, ob der Darmausgang bei Dick- oder Dünndarm angelegt wird unterscheidet man zwischen folgenden Stoma-Arten:

Colostomie: künstlicher Dickdarmausgang

Die Colostomie liegt in der Regel auf der linken unteren Bauchseite, ist mehr oder weniger rund und hat einen Durchmesser von ca. 2,5-5 cm.

Stomata im Dickdarmbereich werden auch nach der Stelle benannt, an der sie ausgeleitet werden:

- *Sigmoidostomie* (Stoma im Sigma = S-förmiger unterer Dickdarm)
- *Colostomie* (allgemein im Dickdarm = Colon)
- *Transversostomie* (im Querdarm = Transversum)
- *Coecostomie* (im Coecum = Blinddarm).

Bei einer endständigen Colostomie wird das Ende des Dickdarmes durch die Bauchdecke ausgeleitet, nachdem der Schließmuskel, der Mastdarm (Rektum) und ein dem Erkrankungsausmaß entsprechender Anteil des unteren Dickdarmes entfernt wurden.

Aber auch bei (manchmal nur vorübergehender) Ausschaltung dieser Darmteile und Erhaltung des Afters wird bei bestimmten Krankheitsbildern eine endständige Colostomie angelegt. Je nach Ausmaß der Dickdarmentfernung ist der Stuhl weicher oder fester; bei der häufig vorkommenden Colostomie im Sigmabereich sind Entleerungshäufigkeit und Festigkeit des Stuhls ähnlich wie vor der Operation.

Ileostomie: künstlicher Dünndarmausgang

Das Dünndarmstoma wird nach dem Ileum (= unterer Dünndarm) *Ileostoma* bzw. *Ileostomie* genannt.

Eine Ileostomie wird angelegt, wenn der gesamte Dickdarm entfernt werden musste und keine Operation zur Wiederherstellung der Kontinenz möglich ist. Dabei wird das Ende des Dünndarms meist auf der rechten Seite der Bauchdecke ausgeleitet.

Ein optimal angelegtes Ileostoma ist rot, gut durchblutet, hat etwa 2-3 cm Durchmesser und steht deutlich über der Haut (2-4 cm) hinaus, um ein gutes Abfließen des dünnflüssigen Stuhls in den Beutel zu ermöglichen. Da der Dünndarm den Darminhalt kaum eindickt und auch nicht speichern kann, ist der Stuhl überwiegend flüssig bis breiig und wird über den ganzen Tag verteilt entleert. Einer dichten, hautschonenden Stomaversorgung ist daher größte Bedeutung beizumessen.

Die Anlage eines künstlichen Darmausganges ist heute nur mehr selten erforderlich. Bei sachkundigem Umgang kann damit jedoch ein weitgehend normales Leben geführt werden.

PSYCHISCHE BELASTUNG

Der künstliche Darmausgang kann für den Patienten mit **Problemen** verbunden sein, die einerseits gelöst werden können und andererseits völlig normal sind.

Die **psychische Belastung** wird geprägt durch die Angst, dass sich das Säckchen löst. Zusätzlich kann das ästhetische Körperbewusstsein bzw. Selbstwertgefühl des Patienten durch das Stoma deutlich vermindert werden, sodass körperliche und sportliche Aktivitäten zu einer psychischen Belastung führen.

In den letzten Jahren haben wesentliche Fortschritte wie die Entwicklung von verträglicheren **Klebmaterialien** und auch von besser abdichtenden Klebplatteln von Kolostomiebeuteln zu einer Verbesserung der technischen Handhabung beigetragen.

Hilfe bei der Problembewältigung bieten die **Beratungsstellen** der Österreichischen Krebshilfe und Selbsthilfegruppen.



Margarethe KIRNBAUER,
Obfrau ILCO
www.ilco.at

Die Österreichische ILCO gibt es seit 30 Jahren. Derzeit stehen in Fragen zum Leben mit einer Colo-, Ileo- oder Urostomie 13 Beratungsstellen kostenlos und anonym zur Verfügung. Wir wollen unseren Mitbetroffenen Ihr Handicap erleichtern und Ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Wenden Sie sich an eine Stoma-Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe oder an den Dachverband in Wien, Tel. (01) 332 38 63 (Do. vormittags) und besuchen Sie unsere Homepage www.ilco.at mit aktuellen Informationen und Terminen.

Chemotherapie

Chemotherapie

Krebsbehandlung mit Zytostatika (= Stoffe, die die Zellteilung hemmen).

Chemotherapie wird bei Dickdarmkrebs-Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung und auch bei Risikopatienten nach erfolgreicher Operation zur Sicherung des Operations- und anhaltenden Heilungserfolgs eingesetzt.

In den letzten Jahren sind wesentlich wirksamere, besser verträgliche und zum Teil besser verabreichbare Chemotherapeutika entwickelt worden. Das hat entscheidend zu einer Verbesserung der Therapieergebnisse bei Dickdarmkrebs beigetragen.

Verabreichung und Zyklus

Für die Behandlung des Dickdarmkrebs stehen heute verschiedene Medikamente – Chemotherapeutika (*Zytostatika*) und Folsäureantagonisten (*Antidote*) – und damit viele Möglichkeiten zur Kombination zur Verfügung.

Die meisten Substanzen werden intravenös entweder als Injektion, Kurzinfusion oder aber als »Dauerinfusion« mittels tragbarer Pumpen (über einen Zeitraum von zumeist 24 – 48 Stunden) verabreicht.

Seit geraumer Zeit ist auch eine Chemotherapie in Tablettenform für die Behandlung des Dick-

darmkrebs zugelassen, welche die aufwendige Dauerinfusion ablösen wird und problemlos mit den anderen Chemotherapeutika kombiniert werden kann.

Die Chemotherapie wird entweder an einem Tag oder an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen und nach einer Pause von 1 – 3 Wochen in identer Zusammensetzung und Dosierung wiederholt.

Die meisten chemotherapeutischen Behandlungen können heute auch ambulant durchgeführt werden, speziell wenn diese in Tablettenform oder auch mit oder ohne einer zusätzlichen Infusion erfolgen.

Zyklus

Als Zyklus wird der gesamte Zeitraum von Therapiebeginn (Zeitpunkt der Verabreichung der Medikamente) bis zur anschließenden Erholungsphase (Regeneration für die gesunden Gewebe) bezeichnet.



Ausführliche Informationen zur Chemotherapie gibt Ihnen die Krebshilfe-Broschüre »Chemotherapie bei Krebs«. Sie ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrer Nähe erhältlich.

„Adjuvante“ Chemotherapie

Als **adjuvante Therapie** wird die Verabreichung der Medikamente nach erfolgreicher, d. h. vollständiger operativer Entfernung des (Primär) Tumors bezeichnet. Diese Therapie wird bei **Dickdarmkrebs** besonders für Patienten mit Befall der Lymphknoten empfohlen, da diese ein erhöhtes Risiko für ein Wiederauftreten der Erkrankung, z. B. von Lebermetastasen haben.

Wenn der Tumor in ein Nachbarorgan eingewachsen ist, bzw. zum Darmverschluss geführt hat oder Krebszellen in den Blutgefäßen des Tumors nachgewiesen wurden, wird ebenfalls eine adjuvante Chemotherapie empfohlen.

Für **Mastdarmkrebs** gelten andere Therapierichtlinien, wobei hier häufig auch eine Kombination von Strahlen- und Chemotherapie und dies vor und/oder nach der Tumor-Operation durchgeführt wird.

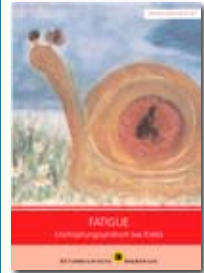
Nebenwirkungen

Zu den möglichen Nebenwirkungen der häufig eingesetzten Medikamente bei Dickdarmkrebs zählen: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Mundschleimhautentzündung, eine unter Umständen schmerzhaft Hautreaktion (vor allem an Händen und Füßen), erhöhte Infektionsgefahr durch das Absinken der weißen Blutkörperchen und selten Blutungsneigung durch das Absinken der Blutplättchen. Relativ häufig finden sich wenige Tage nach Verabreichung der Chemotherapie Müdigkeit und Appetitlosigkeit.

Abgesehen von diesen unerwünschten Nebenwirkungen kann es bei bestimmten Medikamenten, häufig erst nach mehrmaliger Gabe, zu Nervenirritationen vor allem im Fingerspitzenbereich und besonders in Zusammenhang mit Kälte kommen.

Tatsache ist, dass eine Nebenwirkung auch von der Dosis des Therapeutikums abhängt und daher durch eine Dosiskorrektur in nachfolgenden Therapiezyklen in angewendet werden kann.

adjuvant = unterstützend (lat. *adjuvare*: unterstützen, helfen), z.B. *adjuvante Chemotherapie* = Chemotherapie, die unterstützend eingesetzt wird.



Die Krebshilfe-Broschüre »Fatigue« informiert Sie über mögliche Maßnahmen gegen Fatigue.

Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf eine Chemotherapie. Daher ist es besonders wichtig, gerade beim ersten Therapiezyklus den behandelnden Arzt bei unerwünschten Begleiterscheinungen – im Zweifelsfalle lieber zu früh als zu spät – zu informieren.

Neue Chemotherapeutika

Neue Chemotherapeutika haben in Kombination mit Standardtherapien zur wesentlichen Verbesserung der Ergebnisse (Ansprechen und Überlebenszeit) bei der palliativen und der adjuvanten Therapie geführt. FOLFOX und FOLFIRI sind gebräuchliche Abkürzungen für diese Kombinationstherapien.

Viele der unerwünschten Nebenwirkungen einer Chemotherapie können durch Dosisreduktion, Pausieren oder Gabe eines Gegenmittels abgewendet werden.

Behandlungen in Form von Chemo- und/oder Strahlentherapie aber auch Immuntherapie richten sich nach dem Stadium der Erkrankung, d. h. nach Größe und lokaler Ausbreitung des Tumors und Befall der Lymphknoten und anderer Organe.

Ernährung bei Chemotherapie

Die Ernährung ist eine wichtige Maßnahme um eine erfolgreiche Krebstherapie zu unterstützen. Gerade in dieser Situation ist ein guter Ernährungszustand (= Normalgewicht) sehr wichtig, um mögliche Nebenwirkungen der Therapie leichter zu verkraften.

Ihr Körper benötigt **Eiweiß, Fett, Kohlenhydrate, Vitamine, Mineralstoffe** und **Spurenelemente** und ausreichend **Flüssigkeit** (Trinkwasser, kohlenensäurearmes Mineralwasser, Tee, verdünnte Obstsaft, ...).



Die Krebshilfe-Broschüre »Ernährung bei Krebs« gibt ausführliche Ratschläge zur Ernährung bei Chemotherapie. Sie ist kostenlos unter www.krebshilfe.net erhältlich.

Strahlentherapie

Beim **Dickdarmkrebs** spielt die Strahlentherapie keine wesentliche Rolle, da diese Tumore chirurgisch sehr gut entfernt werden können.

Beim **Mastdarmkrebs** spielt die Strahlentherapie eine wichtige Rolle, besonders auch um das Risiko eines Lokalrezidivs (= Nachwachsen/Wiederauftreten des Tumors in der ursprünglichen Region) zu reduzieren.

Eine Strahlentherapie wird präoperativ durchgeführt, weil sie zu diesem Zeitpunkt meist schonender und wirksamer durchgeführt werden kann. Die Entscheidung zur Strahlentherapie wird von Chirurg und Strahlentherapeut gemeinsam getroffen.

Beim **Analkarzinom** ist Strahlentherapie, meist in Kombination mit Chemotherapie eine erste therapeutische Wahl. Auf diese Weise kann fast immer eine chirurgische Entfernung des Schließmuskels vermieden werden.

Anwendung der Strahlentherapie

Strahlentherapie beim Rektum- und Analkarzinom wird in liegender Position des Patienten einmal

oder zweimal täglich verabreicht. Die Bestrahlung selbst dauert nur etwa ein bis zwei Minuten.

Die Strahlentherapie kann eine Dauer von nur einer Woche mit Operation in der Folgewoche haben, oder sie wird über fünf Wochen meist in Kombination mit Chemotherapie gegeben. Die Lage des Tumors bestimmt die Therapieform, welche von Fall zu Fall von den Experten individuell entschieden wird.

Die Therapie kann ambulant durchgeführt werden, jedoch ist bei zweimal täglicher Anwendung bzw. in Kombination mit Chemotherapie eine stationäre Aufnahme meist notwendig.

Strahlentherapie bei fortgeschrittener Erkrankung

Bei einem inoperablen Tumor im Mastdarm kann durch Strahlentherapie eine Verkleinerung erzielt werden, sodass anschließend noch erfolgreich operiert werden kann.

Ein **Lokalrezidiv** kann in vielen Fällen durch Strahlentherapie effektiv behandelt werden, wobei häufig eine Kombination mit Chemotherapie durchgeführt wird.

Strahlentherapie

Unter Strahlentherapie versteht man die Anwendung von energiereichen Strahlen zur lokalen Therapie von Tumorerkrankungen.



Die Krebshilfe-Broschüre »Strahlen gegen Krebs« gibt Ihnen ausführliche Informationen über die Strahlentherapie. Sie ist kostenlos unter www.krebshilfe.net oder bei der Krebshilfe in Ihrer Nähe erhältlich.

Neue Therapien

Auf der Suche nach spezifischen Krebstherapien, die im Vergleich zur Chemotherapie wenig oder keine (Neben-)Wirkungen auf gesundes Gewebe haben, sind in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte erzielt worden.

Zunächst wurde nach spezifischen Eigenschaften der Krebszellen geforscht, die – wenn man sie gezielt unterbricht – zu einem Wachstumsstopp führen. Solche Strukturen werden als »Achillesferse« angesehen, die mit Hilfe einer Therapie getroffen werden sollen, um so die Krebszellen zu vernichten.

Sowohl wachstumssignal-übermittelnde Strukturen (so genannte *Tyrosinkinase-Rezeptoren*) an Krebszellen, als auch die Wachstumssignale für Endothelzellen – das sind die Zellen des ernährenden Blutgefäßsystems von Tumoren – sind Ziele für diese neuen Therapien.

Als Medikamente wurden **monoklonale Antikörper** (s. u.), die als Infusion und **kleine Moleküle** die als Tabletten verabreicht werden, entwickelt.

Diese neuen Therapien sind als so genannte »Zielgerichtete Therapien« auch bei Dickdarmkrebs im klinischen Einsatz bzw. in Erprobung.

Hemmung der Signalübertragung durch Therapie

Gesunde Körperzellen und auch Krebszellen tragen an der Oberfläche spezifische Strukturen, so genannte Rezeptoren. Diese können die entsprechenden Botenstoffe (*Signalmoleküle*) – Wachstumsfaktoren – nach Schlüssel-Schloss-Prinzip binden. Durch Bindung an die Andockstellen werden die Signale für Vermehrung und Wachstum der Körper- oder Krebszellen über Regelkreise in den Zellkern (= die Kommandozentrale) übertragen und aktiviert.

Wird diese Signalübertragung gehemmt – wie dies durch monoklonale Antikörper und auch kleine Moleküle erfolgen kann – gehen Krebszellen zu Grunde.

Therapie mit Antikörpern

Antikörper sind Stoffe, die von Zellen des Immunsystems gebildet werden, um den Körper z. B. vor Infektionen mit Bakterien oder Viren zu schützen, indem sie Strukturen von diesen Eindringlingen binden und diese unschädlich machen.

Monoklonale Antikörper, ursprünglich mit Zellen (monoklonaler Ursprung) im Labor hergestellt, werden heute gentechnologisch produziert und binden an Strukturen u. a. von Krebszellen.

Vor kurzem wurden zwei monoklonale Antikörperpräparate, die in wesentliche Mechanismen der Krebsentstehung und -ausbreitung (Gefäßneubildung und Wachstumsstimulation) eingreifen, von der Behörde für die Behandlung des Dickdarmkarzinoms zugelassen.

Diese beiden Antikörper haben die therapeutischen Ergebnisse bei Dickdarmkrebs entscheidend verbessert und bieten zahlreiche Möglichkeiten für neue Kombinationstherapien.

Anti-Angiogenese Therapie

Die Gefäßneubildung in Tumoren ist eine wichtige Voraussetzung für Tumorwachstum, Absiedelung von Krebszellen und Entstehung von Tochtergeschwülsten. Daher werden derzeit in der Krebsforschung intensiv Mechanismen und Regelkreise, die zu dieser Gefäßbildung in Tumoren beitragen, untersucht.

Auf Basis dieser Erkenntnisse ist es gelungen Medikamente zu entwickeln, die eine Gefäßneubildung im Tumor verhindern bzw. unterbrechen, wodurch dieser – mangels an Nährstoffen – »ausgehungert« wird und abstirbt.

Vom Labor zum Patienten – Krebsforschung heute: Wesentliches Ziel der Krebsforschung ist es, möglichst rasch Ergebnisse aus der Grundlagenforschung für den Patienten anwendbar zu machen.

Ja: Komplementäre Methoden

Sie haben das Recht, Ihrem Arzt Fragen zu stellen und jeden Behandlungsschritt sowie das Ziel der Behandlung erklärt zu bekommen. Wenn Sie neben Ihrer individuellen Therapie auf der Suche nach »anderen« Methoden sind, dann sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

Komplementäre Methoden

Ein aufgeschlossener Arzt wird durchaus dafür Verständnis haben, wenn Sie ergänzend zur Schulmedizin **komplementäre Methoden** 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 Therapie 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 Krebspatienten 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. Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapie zu vermindern. **Keine dieser (Natur)Heilverfahren kann jedoch den Anspruch stellen, die Krebserkrankung zu heilen.**

Schulmedizin und Naturheilkunde müssen sich nicht ausschließen.

Nein: Alternative Methoden

Die Diagnose Krebs versetzt Patienten und Angehörige fast immer in einen Schockzustand. Es ist verständlich, wenn man gerade in dieser Zeit sehr »anfällig« ist für Meldungen in den Medien, die von unglaublichen Heilungserfolgen berichten.

Alternative Methoden

Die Alternativmedizin hat 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 Krebspatienten sehr kritisch zu beurteilen!

Sogenannte alternative Therapien sind keine Alternative zu den etablierten und wirksamen Standardverfahren der Schulmedizin!

Alternative Therapien beruhen häufig auf von der Schulmedizin nicht anerkannten »**pseudowissenschaftlichen**« **Krebsent-**

stehungstheorien. Die Befürworter dieser Therapien verweisen meist nicht auf Misserfolge.

Die Natur und die Durchführung der alternativen Behandlung sind oft geheimnisvoll, kompliziert, an ihre »Entdecker« gebunden.

Achtung vor Wunderheilern!

Seien Sie äußerst skeptisch, wenn »alternative« Behandlungen **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« Behandlung 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!

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

Neue Chancen durch Forschung!



**Univ. Prof.
Dr. Michael GNANT,
Präsident der ABCSG**

Die Fortschritte, die in den letzten Jahren bei der Therapie von Darmkrebs erzielt wurden, haben viele Ursachen: Dazu zählen vor allem Neuerungen und Verbesserungen im Bereich der chirurgischen Technik, eine intensiviertere und noch präzisere Beurteilung der Operationspräparate durch die PathologInnen, der Einsatz von Strahlen- und Chemotherapie sowie neue Antikörpertherapien. Die Wirksamkeit der Behandlung wurde dadurch insgesamt wesentlich verbessert.



Intensive Forschungsarbeit leistet die seit zwei Jahrzehnten bestehende **Austrian Breast & Colorectal Cancer Study Group (ABCSCG)**, die sich auf Brust- und Darmkrebs spezialisiert hat.

Die ABCSCG ist eine der größten Studiengruppen Europas. Bisher wurden von den rund 700 Prüfärzten der Gesellschaft in mehr als 100 österreichischen Zentren 16.600 Studienteilnehmer betreut.

Diese erfolgreiche wissenschaftliche Arbeit ist Voraussetzung für den Einsatz von neuen Therapien oder Medikamenten bei Menschen, die vor der Anwendung auf breiter Ebene erst in klinischen Studien geprüft und untereinander verglichen werden müssen.

Vorteile für Studienteilnehmer

Für die Studienteilnehmer gibt es viele Vorteile: Sie werden im Zug der Studien von hochqualifizierten Krebsmedizinerinnen nach dem letzten Stand des Wissens betreut und erhalten neue Medikamente und Therapien, die anderen Patienten noch nicht zugänglich sind.

Sie werden **häufiger und regelmäßiger kontrolliert**, damit werden auch eventuelle Verschlechterungen ihres Gesundheitszustandes oder Rückfälle rascher bemerkt.

Im Fall des Falles können dann frühzeitig notwendige Schritte eingeleitet werden. Die Betreuung endet aber nicht mit dem Abschluss der Studie: Alle Patienten, die jemals an ABCSCG-Studien teilgenommen haben, werden in ein **lebenslanges Nachsorgeprogramm** aufgenommen.

Kostenlose Medikamente

Die medikamentösen Therapien, die in ABCSCG-Studien zum Einsatz kommen, sind teuer. Die Studienteilnehmer haben jedoch keine finanziellen Nachteile: Sie erhalten die Medikamente nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen während der gesamten Studiedauer kostenlos. Dadurch ersparen sich die Sozialversicherungsträger beträchtliche Kosten.

Vor allem auch für die Sicherheit der Patienten ist gesorgt. Ethikkommissionen und Behörden überprüfen das Vorgehen in jeder Studienphase und stehen mit den verantwortlichen Ärzten in Verbindung. Studiendaten werden von Beginn an für den persönlichen Datenschutz verschlüsselt.

Wenn Sie sich für die Teilnahme an einer Studie der ABCSG interessieren, wenden Sie sich an die Studiengruppe unter www.abcsbg.at

Siehe auch nächste Seite

Drei aktuelle Studien

Der Vorteil von klinischen Studien für alle Patienten liegt auf der Hand: Nur durch klinische Studien erhält man umfassende Informationen über einen neuen Wirkstoff und dessen Wirksamkeit und Risiken. **Neue Medikamente und neue Therapiemethoden erhöhen die Heilungs- oder Überlebenschancen beträchtlich.**

Derzeit führt die ABCSG drei Darmkrebsstudien durch, von denen sich die Ärzte weitere Fortschritte in der Therapie von Darmkrebs erhoffen.

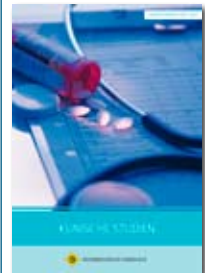
*Viele Menschen haben unbegründet Angst vor klinischen Studien und fühlen sich als »Versuchskaninchen«. Diese Angst ist unbegründet: Die **Ethik-Kommission** beurteilt und kontrolliert klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten und die Anwendung neuer medizinischer Methoden und angewandter medizinischer Forschung am Menschen.*



Die Colorectal Task Force der ABCSG hat es sich zum Ziel gesetzt, die klinische Darmkrebsforschung in Österreich weiter zu intensivieren, damit wesentliche Forschungsbeiträge zu leisten und zugleich österreichischen Patienten die Chance zu bieten, als Erste von neuen Therapien zu profitieren.

Klinische Studie

Untersuchungen, die Therapieformen gegen eine bestimmte Krankheit vergleichen.



Die Krebshilfe-Broschüre »Klinische Studien« ist kostenlos unter www.krebshilfe.net erhältlich.

STUDIENPROJEKTE IN ÖSTERREICH

Patienten haben die Möglichkeit in ganz Österreich an Studienprojekten der ABCSG teilzunehmen. Welches ABCSG-Zentrum sich in Ihrer Nähe befindet, können Sie der Homepage www.abcsbg.at entnehmen oder Sie kontaktieren die Regionalstellen der ABCSG.

Austrian Breast & Colorectal Cancer Study Group

> ABCSG:

Boltzmannngasse 24-26, 1090 Wien,
Tel.: (01) 408 92 30, Fax: (01) 409 09 90, E-Mail: info@abcsbg.at

> Region Ost: Wien, Niederösterreich

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, Univ.-Klinik für Chirurgie
Klinische Abteilung für Allgemeinchirurgie
Währinger Gürtel 18 – 20, 1090 Wien
Tel.: (01) 40 400-5646, Fax: (01) 40 400-6807
E-Mail: michael.gnant@meduniwien.ac.at

> Region Süd: Burgenland, Steiermark, Kärnten, Osttirol

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Hellmut Samonigg
Med. Univ.-Klinik, Klinische Abteilung für Onkologie
Auenbruggerplatz 15, 8036 Graz
Tel.: (0316) 385-3115, Fax: (0316) 385-4167
E-Mail: hellmut.samonigg@klinikum-graz.at

Region West: Salzburg, Oberösterreich, Tirol, Vorarlberg

Leitung: Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil
St. Johann Spital, Universitätsklinik für Innere Medizin III
Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg
Tel.: (0662) 4482-2879, Fax: (0662) 4482-3409
E-Mail: r.greil@lks.at

www.abcsbg.at

Nachsorge

Eine gründliche Tumornachsorge ist Teil der erfolgreichen Krebsbehandlung. Gerade nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (nach der Operation) ist man gerne versucht, die Krankheit zu »verdrängen«. Aber gerade nach erfolgter Therapie müssen einige **Nachsorgevorkehrungen** getroffen werden. Durch entsprechende Kontrollen kann ein Wiederauftreten (*Rezidiv*) der Krankheit rechtzeitig erkannt werden.

Unter Nachsorge versteht man regelmäßige **Kontrolluntersuchungen**, um ein Wiederauftreten der Erkrankung rechtzeitig zu entdecken und Entscheidungen über die notwendigen Therapiemaßnahmen treffen zu können.

Die Art und der genaue Zeitpunkt der Kontrolluntersuchungen bestimmt Ihr Arzt aufgrund Ihres individuellen Krankheitsbildes.

KÜNSTLICHER DARMAUSGANG

Der künstliche Darmausgang erfordert Kenntnis und Pflege, die der Patient üblicherweise nach einer gewissen Zeit selbst erlernt hat. Die Selbsthilfegruppe ILCO unterstützt speziell Patienten bei Problemen mit künstlichem Darmausgang:

www.ilco.at

Tel. (01) 332 38 63

(Donnerstag vormittags)

Auch die **Ernährung** spielt eine wichtige Rolle. Diätische Fragen klären Sie am besten mit Ihrem Arzt, mit einem Ernährungsberater oder mit den Beraterinnen der Österreichischen Krebshilfe.

Stark blähende und stopfende Speisen sind zu vermeiden. Es ist empfehlenswert, anfangs genaue Beobachtungen und **Aufzeichnungen** vorzunehmen, damit Sie selbst auch objektiv nachvollziehen können, welche Speisen Sie schlecht vertragen.

Wer einmal an Darmkrebs erkrankt ist, hat ein erhöhtes Risiko, neuerlich daran zu erkranken. Daher ist die Nachsorge von besonderer Wichtigkeit.

NACHSORGE-PLAN 1. Jahr

Koloskopie	jährlich
Radiologische Untersuchung der Leber	halbjährlich
Blutuntersuchung	vierteljährlich

Rückfall (Rezidiv)

Auch nach vollständiger operativer Tumorentfernung und adjuvanter Therapie kann es im Laufe der Jahre nach der Ersterkrankung zu einem Rückfall (*Rezidiv*) kommen.

Dieser Rückfall kann entweder durch erneutes Tumorwachstum am ursprünglichen Ort (*Lokalrezidiv*) oder durch Auftreten von Metastasen an anderer Stelle oder in anderen Organen verursacht sein.

Lokalrezidiv

Lokalrezidive sind beim Mastdarmkrebs häufiger als bei Tumoren im übrigen Dickdarm. Nach Möglichkeit sollten Lokalrezidive ebenso wie einzeln auftretende Metastasen in anderen Organen operiert werden. **Gelingt es durch den Eingriff, das gesamte Tumorgewebe zu entfernen, kann dies zur Heilung führen.**

Metastasen

Bei zahlreichen und nicht operierbaren Metastasen wird eine Chemotherapie empfohlen. Im Unterschied zur adjuvanter Chemotherapie wird hier ein **palliatives Behandlungsziel** verfolgt: Sie soll das Fortschreiten der Erkran-

kung verlangsamen oder aufhalten, Komplikationen vermeiden, zur Erhaltung der Lebensqualität beitragen, Symptome lindern und – idealerweise – das Leben verlängern. Der Nutzen muss dabei die Beschwerden überwiegen, die beispielsweise eine Chemotherapie mit sich bringt.

Es gilt als gesichert, dass bei fortgeschrittenem und metastasiertem Darmkrebs die Chemotherapie gegenüber der allein gegen Symptome gerichteten Behandlung Vorteile hat. Die Patienten haben also meist einen deutlichen Nutzen, der auch die eher belastende Behandlung rechtfertigt.

Lebermetastasen

Die Leber ist das Organ, in dem sich am häufigsten Metastasen von Dickdarmkrebs entwickeln. Dabei handelt es sich aber nicht um »Leberkrebs« – die Zellen der Metastasen sind nach wie vor Darmkrebszellen und keine entarteten Leberzellen.

Wenn nur dort einzelne Metastasen sitzen, die vollständig operiert werden können, werden Ihnen die behandelnden Ärzte eine **Operation** vorschlagen.

palliativ = lindernd
(lat. palliare = mit einem Mantel bedecken)

Da eine komplette Entfernung aber nicht immer möglich ist, befassen sich viele Kliniken mit **neuen Möglichkeiten**, zumindest einen Teil der Metastasen in der Leber zu zerstören. Allerdings sind alle diese Verfahren überwiegend palliativ, das heißt, ihr Effekt dient dazu, Symptome zu lindern bzw. das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern.

Teilweise fehlen auch noch ausreichende Langzeiterfahrungen für eine Beurteilung, oder es ist noch nicht zweifelsfrei geklärt, welches Verfahren für welchen Fall wirklich Vorteile bringt. Fragen Sie Ihren Arzt auch nach der Möglichkeit der Teilnahme an einer klinischen Studie (s. S. 26).

Eine besonders genaue Methode der lokalen Tumorbehandlung in der Leber bietet die **stereotaktische Bestrahlung**. Sie ist eine Bestrahlungsplanung, bei der die energiereichen Röntgenstrahlen genau im Tumor gebündelt und auf die Metastasen fokussiert werden. Damit lässt sich eine hohe Strahlendosis im Tumor selbst erzielen, das umliegende Gewebe bleibt jedoch weitgehend verschont.

Eine Methode der gezielten Behandlung von Lebermetastasen ist auch die sogenannte **Laser-induzierte interstitielle Thermotherapie (LITT)**. Dabei wird mit Temperaturen über 100 Grad Celsius das Tumorgewebe zerstört. Die LITT kommt in Frage, wenn nicht mehr als fünf Metastasen von maximal fünf Zentimeter Durchmesser in der Leber gefunden wurden.

Eine weitere Möglichkeit ist die **radiofrequenzinduzierte Thermoablation (RITA)**, die ebenfalls auf Hitzewirkung beruht. Hier wird das umliegende Tumorgewebe auf 50 Grad erwärmt. Dadurch sterben die Zellen ab.

Bin ich in den besten Händen...?



Doris KIEFHABER,
Geschäftsführerin
Österreichische
Krebshilfe
Dachverband

»Bei aller – manchmal auch durchaus berechtigter – Kritik an geplanten Sparmaßnahmen im Gesundheitsbereich sollte nicht vergessen werden, dass Österreich im EU-Vergleich im Spitzenfeld bei den Heilungsraten bei Krebserkrankungen liegt. Diese Errungenschaft gilt es mit ganzer Kraft zu erhalten. Die Österreichische Krebshilfe war, ist und wird immer ein Garant dafür sein, dass onkologischen Patienten in Österreich die bestmögliche Versorgung zukommt«.

Unser Gesundheitssystem zählt zu einem der besten der Welt. Modernste medizinische Geräte, Erfahrung und Wissen der Mediziner und neueste Behandlungsmethoden stehen jedem Österreicher uneingeschränkt zur Verfügung. Die meisten Untersuchungen und Behandlungsmethoden werden von den Krankenkassen bezahlt. Für die Österreichische Krebshilfe stellt der Zugang zu all diesen Errungenschaften ein Grundrecht jedes Menschen dar, das es mit aller Kraft auch zu erhalten gilt. Die Gesundheit der Menschen sollte uns allen oberstes Gebot sein. Umso trauriger ist es, wenn **nur vier Prozent (!) der Österreicher** (Spectra, 1995) das Angebot an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen.

Eine **wichtige Voraussetzung für eine gute Behandlung ist** jedoch auch ein **vertrauensvolles Arzt-Patienten Verhältnis**. Dies ist immer dann gegeben, wenn ausreichend auf Ihre Fragen eingegangen wird und Sie die gewünschten Informationen erhalten. Egal ob es um eine Früherkennungsuntersuchung oder die Behandlung einer Krankheit geht. Die Art und Weise wie Ihr Arzt mit Ihren Fragen umgeht und deren Beantwortung ist

ein Qualitätskriterium und schafft Vertrauen (oder nicht).

Sie haben das Recht, Fragen zu stellen. Es geht um Ihre Gesundheit, um Ihr Leben.

Es liegt in der Natur der Menschen, dass es mitunter auch vorkommen kann, dass Sie mit Ihrem behandelnden Arzt einfach keine »Chemie« haben. 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.



Sie haben das Recht, Fragen zu stellen und im Bedarfsfall eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen!

Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe

Die Österreichische Krebshilfe betreibt in ganz Österreich rund **40 Beratungsstellen** (siehe Seite 34), **bei denen Sie und Ihre Angehörigen kostenlos und wenn Sie möchten auch anonym Hilfe bekommen.**

Sie erhalten hier eine Fülle von Informationsmaterialien wie Unterlagen und Broschüren. Darüber hinaus stehen Ihnen Psychologen und Psychotherapeuten für persönliche Beratungsgespräche zur Verfügung. Eine telefonische Hotline bietet Ihnen auch die Möglichkeit, ein fachkundiges Gespräch zu führen, wenn es Ihnen nicht möglich ist, die Beratungsstelle zu besuchen.

Viele Menschen haben Angst, eine Beratungsstelle aufzusuchen, denn sie denken, sie wären unfähig mit ihren Problemen allein zurechtzukommen. Die Menschen meinen, all die schweren Momente ganz allein ertragen zu müssen und möchten niemandem zur Last fallen. Sie genieren sich auch dafür, über Gefühle zu sprechen.

Wir, die wir täglich in den Beratungsstellen tätig sind und sowohl mit Betroffenen als auch mit Angehörigen sprechen, möchten Sie

jedoch auffordern, doch bei uns vorbeizukommen und sich unterstützen zu lassen.

Manchmal ist das einfach nur ein Buchtipp oder die Ankündigung eines Vortrages. Manchmal kann sich eine länger dauernde Beratung und Begleitung entwickeln.

Die große Angst, als verrückt zu gelten, nur weil ein Psychologe oder Psychotherapeut aufgesucht wird, ist zwar immer noch verbreitet, sollte aber immer mehr in den Hintergrund rücken.

Wir möchten Ihnen das psychologische Angebot an den Beratungsstellen und in den Spitälern besonders ans Herz legen. Ihre Krebserkrankung stellt nicht nur für Sie, sondern auch für Ihr gesamtes Umfeld eine große Herausforderung dar. Diese Herausforderung lässt sich oft mit neutraler Hilfe leichter bewältigen.

Gemeinsam lassen sich Ängste und Sorgen leichter besprechen und bearbeiten. Scheuen Sie sich daher nicht, einmal bei uns vorbeizuschauen und Kontakt aufzunehmen!

Die Österreichische Krebshilfe.

BURGENLAND

Beratungsstelle Eisenstadt:
7000 Eisenstadt, Esterhazystraße 18
Tel. & Fax: (02682) 75 332
E-Mail: oe.krebshilfe.bgld@aon.at
www.krebshilfe-bgld.at

Beratungsstelle Oberwart:
7400 Oberwart, Evangelische Kirchengasse 8-10
(Hospizbewegung)
Tel.: (0650) 525 22 99

KÄRNTEN

Beratungsstelle Klagenfurt:
9020 Klagenfurt, Bahnhofstr. 24/4
Tel.: (0463) 50 70 78, Fax: (0463) 50 70 78-4
E-Mail: krebshilfe@chello.at
www.krebshilfe.org

NIEDERÖSTERREICH

Beratungsstelle Wr. Neustadt:
2700 Wr. Neustadt, Corvinusring 3
Tel.: (02622) 321-2600, Fax: (02622) 321-3030
E-Mail: krebshilfe@krebshilfe-noe.or.at
www.krebshilfe-noe.or.at

Beratungsstelle St. Pölten:
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3
Tel. & Fax: (02742) 77404
E-Mail: stpoelten@krebshilfe-noe.or.at

Beratungsstelle Zwettl:
3910 Zwettl, Probstei 5 (Waldviertelkl. Zwettl)
Tel. & Fax: (02822) 513 13
E-Mail: zwettl@krebshilfe-noe.or.at

Beratungsstelle Persenbeug/Gottsdorf:
3680 Persenbeug, Kirchenstr. 34
(Alte Schule Gottsdorf)
Tel. & Fax: (07412) 561 39
E-Mail: persenbeug@krebshilfe-noe.or.at

Beratungsstelle Waidhofen a.d. Ybbs:
3340 Waidhofen/Ybbs, Ybbsitzerstr. 112
Tel.: (07442) 54 106, Fax: (07442) 54 107

Beratungsstelle Mistelbach:
2130 Mistelbach, Rosseggerstraße 46
Tel. & Fax: (050899) 1308
E-Mail: mistelbach@krebshilfe-noe.or.at

OBERÖSTERREICH

Beratungsstelle Linz:
4020 Linz, Harrachstraße 13
Termine Tel.: (0732) 77 77 56-1
E-Mail: beratung@krebshilfe-ooe.at
www.krebshilfe-ooe.at

Beratungsstelle Bad Ischl:
4820 Bad Ischl, Bahnhofstr. 12 (GKK)
Termine Tel.: (06132) 236 14

Beratungsstelle Braunau:
5280 Braunau, Jahnstr. 1 (GKK)
Termine Tel.: (0699) 1284 7457

Beratungsstelle Eferding:
4070 Eferding, Vor dem Linzer Tor 10
(Rotes Kreuz)
Termine Tel.: (0732) 77 77 56-1

Beratungsstelle Freistadt:
4240 Freistadt, Zemannstr. 27 (Rotes Kreuz)
Termine Tel.: (0664) 452 76 34

Beratungsstelle Gmunden:
4810 Gmunden, M.-v.-Aichholz-Str. 48
(Rotes Kreuz)
Termine Tel.: (0664) 547 47 07

Beratungsstelle Kirchdorf:
4560 Kirchdorf, Krankenhausstr. 11
(Rotes Kreuz)
Termine Tel.: (0732) 77 77 56-1

Beratungsstelle Mondsee:
5310 Mondsee, Prillhofstr. 2 (Rotes Kreuz)
Termine Tel.: (0664) 547 47 07

Beratungsstelle Perg:
4310 Perg, J.-Paur-Str. 1 (Famos)
Termine Tel.: (0732) 77 77 56-1

Beratungsstelle Ried / Innkreis:
4910 Ried, Hohenzellerstr. 3 (Rotes Kreuz)
Termine Tel.: (0664) 44 66 334

Beratungsstelle Rohrbach:
4150 Rohrbach, Krankenhausstr. 4
(Rotes Kreuz)
Termine Tel.: (0699) 1280 2068

Österreichweit für Sie da:

Beratungsstelle Steyr:
4400 Steyr, Redtenbachergasse 5 (Rotes Kreuz)
Termine Tel.: (0664) 91 11 029

Beratungsstelle Vöcklabruck:
4840 Vöcklabruck, Ferdinand-Öttl-Str. 15 (GKK)
Termine Tel.: (0664) 21 31 387

Beratungsstelle Wels:
4600 Wels, Grieskirchnerstr. (Rotes Kreuz)
Termine Tel.: (0699) 1076 6551

SALZBURG

Beratungsstelle Salzburg:
5020 Salzburg, Mertensstr. 13
Beratungstelefon: (0662) 87 35 36
Tel.: (0662) 87 35 35, Fax: (0662) 87 35 35-4
E-Mail: krebshilfe.salzburg@salzburg.at
www.krebshilfe-sbg.at

Beratungsstelle Tamsweg:
5580 Tamsweg, Sozialzentrum, Hatheyergasse 2
Termine Tel.: (06474) 8273-19

STEIERMARK

Beratungszentrum Graz:
8042 Graz, R.-H.-Bartsch-Str. 15-17
Tel.: (0316) 474433-0
Fax: (0316) 474433-10
E-Mail: beratung@krebshilfe.at
www.krebshilfe.at

Beratungsstelle Fürstenfeld:
8280 Fürstenfeld, Felber Weg 4 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0316) 474433-0 oder (0664) 1416008
E-Mail: asbaeck@krebshilfe.at

Beratungsstelle Hartberg:
8230 Hartberg, Rotkreuzpl. 1 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0316) 474433-0 oder (0664) 1416008
E-Mail: asbaeck@krebshilfe.at

Beratungsstelle Judenburg:
8750 Judenburg, Burgg. 102 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0316) 474433-0
E-Mail: kuemmel@krebshilfe.at

Beratungsstelle Leoben:
8700 Leoben, Endresgasse 4 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0316) 474433-0
E-Mail: kuemmel@krebshilfe.at

Beratungsstelle Liezen:
8900 Liezen, Ausseer Str. 33a (Rotes Kreuz)
Tel.: (0316) 474433-0 oder (0664) 1030922
E-Mail: strausz@krebshilfe.at

Beratungsstelle Mürzzuschlag:
8680 Mürzzuschlag,
Wiener Str. 54 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0316) 474433-0
E-Mail: kuemmel@krebshilfe.at

TIROL

Beratungsstelle Innsbruck:
6020 Innsbruck, Innrain 66 a, 2. Stock
Tel. & Fax: (0512) 57 77 68
E-Mail: krebshilfe@i-med.ac.at
www.krebshilfe-tirol.at

VORARLBERG

Beratungsstelle Hohenems:
6845 Hohenems, Franz-Michael-Felder Straße 6
Tel.: (05576) 73 572, Fax: (05576) 79 848-14
E-Mail: service@krebshilfe-vbg.at
www.krebshilfe-vbg.at

Beratungsstelle Bludenz:
6700 Bludenz, Grete-Gulbranssonweg 24
Tel.: (05576) 73 572, Fax: (05576) 79 848-14
E-Mail: service@krebshilfe-vbg.at

WIEN

Beratungsstelle Wien:
1180 Wien, Theresiengasse 46
Tel.: (01) 408 70 48, Fax: (01) 408 22 41
Hotline: 0800 699 900
E-Mail: beratung@krebshilfe-wien.at
www.krebshilfe-wien.at

DACHVERBAND

1010 Wien, Wolfengasse 4
Tel.: (01) 796 64 50, Fax: (01) 796 64 50-9
E-Mail: service@krebshilfe.net
www.krebshilfe.net

Die Österreichische Krebshilfe dankt den Experten und Kooperationspartnern für den wertvollen Beitrag und die finanzielle Unterstützung.



IMPRESSUM:

03/08

Herausgeber und Verleger: Österreichische Krebshilfe, Wolfengasse 4, A-1010 Wien,
Tel.: +43 (1) 796 64 50 Fax: +43 (1) 796 64 50-9, E-Mail: service@krebshilfe.net, www.krebshilfe.net
Gestaltung: Mag. Martina Löwe – Kommunikationsfachfrau, Gorillas – Agentur für Kommunikation und Design,
Druck: Wallig – Ennstaler Druckerei und Verlag GmbH, Fotos: Falls nicht anders gekennzeichnet Österreichische Krebshilfe

www.krebshilfe.net