

Nur für unsere Patienten,
nicht zur Weitergabe bestimmt.

Gemeinschaftspraxis für
Hämatologie, Onkologie und Infektiologie –
Zentrum für ambulante Onkologie

Dr. Franz Mosthaf, Dr. Maria Procaccianti,
Dr. Katrin Zutavern-Bechtold, Dr. Jutta Hagemeyer

Kriegsstr. 236 · 76135 Karlsruhe
Tel. 0721 / 85 35 05 · Fax 0721 / 85 35 06
www.onkologie-karlsruhe.de

Sprechzeiten Termine nach Vereinbarung

Sie erreichen uns mit öffentlichen
Verkehrsmitteln: Straßenbahn-Linien 1, 5 und 2 E,
Haltestelle „Weinbrennerplatz“



© Janusch Fotodesign



2 Überblick

Leukämien – Wie die verschiedenen Formen entstehen und zu behandeln sind

4 Tipps für den Alltag

Sich wohlfühlen in seiner Haut – Tipps für die Hautpflege während der Therapie

5 Nachgefragt

Studien – Wie funktionieren sie und warum sind sie so wichtig?

6 Stichwort

SAPV – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

7 Rätsel

Das Lösungswort ist etwas, das in allen Lebenslagen hilft

8 Kurz berichtet

Alkoholmissbrauch erhöht das Krebsrisiko

Rauchen macht Brustkrebs aggressiver

Impressum

© 28 | 3 | 2016, LUKON GmbH
ISSN 1436-0942
Lukon Verlagsgesellschaft mbH
Postfach 600516, 81205 München

Chefredaktion:
Dr. med. Franz Mosthaf
(verantwortlich)

Redaktion: Tina Schreck,
Ludger Wahlers
Anzeigen: Reinhard Bröker,
Anschrift wie Verlag

Grafik-Design, Illustration:
Charlotte Schmitz

Druck: print24

Liebe Patientin, lieber Patient,

Stahl, Strahl und Chemie – sicher kennen Sie dieses schlagwortartig verkürzte Prinzip erfolgreicher Krebstherapie. Chirurgisch entfernen, nachbestrahlen und chemotherapeutisch behandeln: das war jahrzehntelang die uniforme Strategie zur Behandlung von Tumorpatienten. Die Instrumente haben ihre Bedeutung auch nicht verloren, aber die Perspektive hat sich in den letzten Jahren verschoben: nicht mehr der Tumor, sondern das Wohlbefinden des Patienten steht im Mittelpunkt.

Wir wissen heute wie wichtig präventives Verhalten im Sinne von Lebensstilanpassung und Vorsorgeun-

tersuchungen ist. Wir können heute präziser denn je, angepasst an den einzelnen Patienten personalisiert vorgehen und haben dazu sehr viel differenziertere Instrumente als das anfangs erwähnte schwere Geschütz zur Verfügung. Und wir legen Wert auf Partizipation, also auf die aktive Beteiligung unserer Patienten an der Therapieentscheidung. Mit anderen Worten: Die moderne Krebstherapie hat sich verändert, weg von einer nur reagierenden hin zu einer proaktiven und individualisierten Medizin.

**Ihre Ärzte Dr. Mosthaf, Dr. Procaccianti,
Dr. Zutavern-Bechtold und Dr. Hagemeyer**



Blumenwiese in Meran | © Dr. Franz Mosthaf

Leukämien – weißes Blut

Experten schätzen, dass in Deutschland etwa 12 500 Menschen jährlich an einer Leukämie erkranken, darunter 600 Kinder. Bei bestimmten Formen vermehren sich entartete weiße Blutkörperchen beziehungsweise ihre Vorläuferzellen auf das 10- bis 50-Fache der normalen Zahl. Die funktionslosen Zellen breiten sich im Knochenmark aus und stören dort die Bildung von roten Blutkörperchen und Blutplättchen. Darüber hinaus sind sie im Blutkreislauf in großer Zahl nachweisbar. Der Berliner Arzt Rudolf Virchow beschrieb dieses Phänomen bereits 1847 als „weißes Blut“, auf Griechisch: Leukämie.

Weiße Blutkörperchen oder Leukozyten sind keine einheitlichen Zellen, sondern bilden eine große Familie mit rund einem Dutzend unterschiedlicher Zelltypen. Alle spielen in der Immunabwehr eine wichtige Rolle – und alle können zur Krebszelle entarten. Das heißt es gibt nicht nur eine Leukämie, sondern eine Reihe unterschiedlicher Leukämieformen. Alle Blutkörperchen und -plättchen entstehen im Knochenmark aus Blutstammzellen. Die Reifung der Leukozyten verzweigt bereits zu Anfang in zwei Richtungen: Es bilden sich lymphatische und myeloische Vorläuferzellen (siehe Abbildung).

Lymphatische und myeloische Zellen

Aus den **lymphatischen Vorläuferzellen** entwickeln sich die B- und T-Lymphozyten. Nach ihrer Reifung wandern sie in die Gewebe, die für die Immunabwehr besonders wichtig sind: in die Lymphknoten, die Rachenmandeln, die Milz und die Schleimhäute von Darm und Lunge. Diese Gewebe nennen Mediziner daher auch lymphatische Gewebe oder insgesamt lymphatisches System.

Lymphozyten sind in der Lage, körperfremde Strukturen wie etwa Bakterien, Pilze und Viren zu erkennen. Wenn solche krankmachenden Mikroorganismen in den Körper eindringen und damit eine Infektion droht, werden Lymphozyten aktiv. T-Lymphozyten

können eine Abwehrreaktion ein- oder ausschalten und zum Teil auch virusinfizierte oder krebsbefallene Körperzellen abtöten. B-Lymphozyten beziehungsweise die aus ihnen hervorgehenden Plasmazellen sind für die Produktion von Antikörpern zuständig.

Die **myeloischen Vorläuferzellen** entwickeln sich im Knochenmark unter anderem zu neutrophilen Granulozyten (häufig auch einfach Neutrophile genannt) und Monozyten. Sie sind in der Lage, in infizierte Gewebe des Organismus einzuwandern. Dort werden sie zu kleinen und großen Fresszellen (Makrophagen). In gewisser Weise sind Neutrophile und Makrophagen die ausführenden Organe der Lymphozyten; denn alles, was diese zur Vernichtung freigegeben haben, verleiben sich die Fresszellen ein und verdauen es.

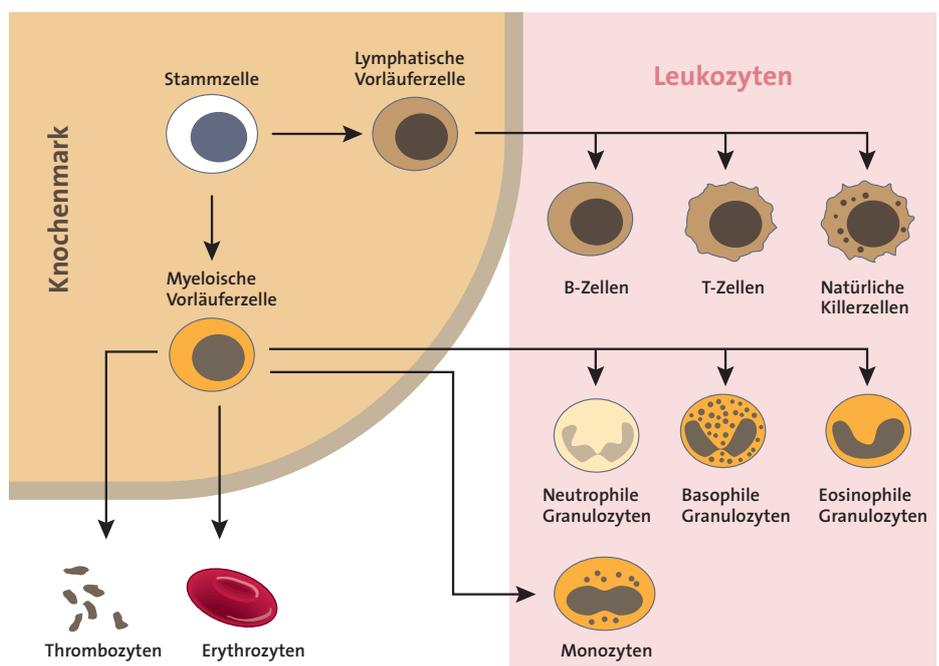
Vier häufige Leukämieformen

Wenn Lymphozyten oder ihre Vorformen entarten und eine Leukämie verursachen, spricht man von einer lymphatischen Leukämie. Sind dagegen Zellen der myeloischen Reihe Ursprung des bösartigen Wachstums,

so handelt es sich um eine myeloische Leukämie. Sowohl lymphatische als auch myeloische Leukämien kommen in akuter und in chronischer Form vor.

Akute Leukämien entwickeln sich rasch und verursachen schwere Symptome. Die entarteten Zellen sind im Reifungsprozess noch nicht weit vorangeschritten. Sie vermehren sich derart rasant, dass die gesamte Blutzellbildung im Knochenmark gestört ist. Die Folge: Die Patienten klagen über ein plötzlich einsetzendes Krankheitsgefühl, sie leiden unter Fieber und häufig auch unter hartnäckigen Infektionen. Aber keines dieser Symptome allein beweist, dass der Patient an einer Leukämie erkrankt ist. Die exakte Diagnose kann erst durch eine Blut- beziehungsweise eine Knochenmarkuntersuchung gesichert werden.

Chronische Leukämien beginnen dagegen schleichend und verursachen lange keinerlei Symptome. Häufig werden sie im Rahmen einer Routineuntersuchung diagnostiziert. Ursache sind ausgereifte oder fast ausgereifte Blutzellen, die zu Krebszellen entarten. Erst in fortgeschrittenem Krankheitsverlauf klagen die Patienten wie bei den akuten Leukämien über Leistungsminderung, Unwohlsein, Gewichtsverlust oder auch Nachtschweiß und Fieber. Aber auch hier gilt: Anhand der Symptome allein lässt sich keine chronische Leukämie diagnostizieren.



Vereinfachtes Modell der Blutzellentwicklung. Alle Blutzellen entstehen letztlich aus einer Alleskönner-Stammzelle im Knochenmark.

Zum Weiterlesen

Ausgehend von den entarteten Ursprungszellen und den Verlaufsformen werden vier häufige Formen der Leukämie unterschieden: die akute lymphatische Leukämie (ALL), die akute myeloische Leukämie (AML), die chronische lymphatische (CLL) sowie die chronische myeloische Leukämie (CML). Bei Verdacht auf Leukämie muss zur Absicherung der Diagnose eine Blut- und häufig auch eine Knochenmarkprobe, bei Verdacht auf CLL auch Lymphknotengewebe untersucht werden. In diesen Proben lassen sich Art und Ausmaß der entarteten weißen Blutkörperchen genau bestimmen.

Chemo- und Strahlentherapie

Eine Leukämie lässt sich im Unterschied zu Organumoren nicht operieren, weil sie nicht nur ein Organ, sondern den gesamten Organismus befällt. Chemo- und Strahlentherapie bilden deshalb die beiden Säulen jeder Leukämiebehandlung. Häufig werden bei der Chemotherapie zwei oder mehrere verschiedene Medikamente kombiniert, die sich in ihrer Wirkung gegenseitig verstärken. Bei allen Leukämieformen kann es im Einzelfall sinnvoll sein, eine sogenannte Hochdosis-Chemotherapie mit anschließender Stammzellübertragung durchzuführen.

Hochdosis-Chemotherapie und Stammzelltransplantation

Bei einer Hochdosischemotherapie werden die Chemotherapeutika in so hohen Dosen verabreicht, dass nicht nur die Leukämiezellen, sondern alle Zellen des blutbildenden Systems im Knochenmark absterben. Im Anschluss daran erhält der Patient gesunde Blutstammzellen, die von einem immunologisch „passenden“, gesunden Fremdspender stammen, um Abstoßungsreaktionen so weit wie möglich auszuschließen. Die per Infusion verabreichten Zellen wandern vom Blut ins Knochenmark, vermehren sich dort und sorgen so für den Aufbau eines komplett neuen, krebsfreien blutbildenden Systems. Was in der Theorie einfach und überzeugend klingt, lässt sich praktisch nur in spezialisierten Einrichtungen durchführen. Denn während der Behandlung können Unverträglichkeitsreaktionen oder schwere Infektionen auftreten.

Akute Formen sofort behandeln

Grundsätzlich gilt, dass die akuten Leukämieformen (ALL und AML) sofort mit einer konventionellen oder einer Hochdosis-Chemotherapie behandelt werden müssen, um die sich schnell vermehrenden Zellen zu bekämp-

fen. Bei Patienten mit ALL gehört die Bestrahlung von Kopf und oberer Halswirbelsäule zum Standardbehandlungsprogramm dazu, da die entarteten Zellen auch das Gehirn befallen können. An eine erfolgreiche Erstbehandlung schließt sich in der Regel eine mindestens 12-monatige Erhaltungstherapie an.

Für AML-Patienten mit einer sogenannten FLT-3-Mutation zeichnet sich eine Verbesserung der Behandlungssituation ab. Im Dezember 2015 wurde in einer vielbeachteten Studie mit Midostaurin ein Medikament vorgestellt, auf dem viele Hoffnungen ruhen. Allerdings ist die Substanz noch nicht zugelassen.

CML: Zielgerichtete Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren

Die CML kann seit Einführung der sogenannten Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI) wie Imatinib, Nilotinib und Dasatinib besser behandelt werden, auch wenn eine Heilung damit nicht möglich ist. Die als Tabletten eingenommenen Medikamente unterdrücken die krankhafte Zellteilung an der Stelle, wo sie entsteht, am sogenannten BCR-ABL-Eiweiß. Man spricht deshalb von zielgerichteter Therapie. Kurz nach Diagnosestellung werden häufig auch milde Chemotherapien eingesetzt, vor allem wenn die Zahl der Leukozyten besonders hoch ist. Im weiteren Krankheitsverlauf erhalten die Patienten mitunter stärkere Chemotherapien, unter Umständen auch zur Vorbereitung auf eine Stammzelltransplantation.

Neue Optionen in der CLL-Therapie

Bei der chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) ist es – bis auf gewisse aggressive verlaufende Unterformen – oft ratsam, zunächst gar keine Medikamente einzusetzen, denn die Erkrankung schreitet nur sehr langsam voran. Ibrutinib hemmt eine bestimmte Tyrosinkinase und eröffnet in der Therapie auch für Patienten, für die es früher keine Behandlungsoptionen gab, neue Chancen. Das jedenfalls ist das Ergebnis neuer Studien, die Ende 2015 vorgestellt wurden.

Fazit

Die Behandlungsmöglichkeiten bei Leukämien haben sich in den letzten Jahren verbessert. Allerdings ist nach wie vor unklar, warum die Blutzellen oder ihre Vorläufer entarten. Keine Diät und kein Lebensstil können davor schützen. Eine echte Vorbeugung gegen Leukämien existiert leider nicht. <<

Akute lymphatische Leukämie

Die akute lymphatische Leukämie (ALL) des Erwachsenen.

Informationsbroschüre des Kompetenznetzes Leukämien. Download unter <http://www.kompetenznetz-leukaemie.de/content/patienten/leukaemien/all/> (am Seitenende).

Gedruckte Broschüren erhältlich auf E-Mail-Anfrage unter bureau@LHRM.de.



Akute myeloische Leukämie

Die akute myeloische Leukämie (AML) des Erwachsenen.

Informationsbroschüre des Kompetenznetzes Leukämien. Download unter <http://www.kompetenznetz-leukaemie.de/content/patienten/leukaemien/aml/> (am Seitenende).

Gedruckte Broschüren erhältlich auf E-Mail-Anfrage unter bureau@LHRM.de.



Chronische myeloische Leukämie

Chronische myeloische Leukämie. Ratgeber für Patienten.

Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfstiftung. Download unter <http://www.leukaemie-hilfe.de/broschuerenangebot.html>



Leukämien allgemein

Die blauen Ratgeber. Nummer 20.

Download unter <http://www.krebs-hilfe.de/wir-informieren/material-fuer-betroffene/blau-ratgeber.html>.



Tipps für Ihre Hautpflege



Langes Duschen und Baden ist tabu



Einmal-Waschlappen und stets saubere Handtücher benutzen



Nur die schweißbildenden Körperregionen mit leicht saurer Lotion waschen, ansonsten nur mit Wasser spülen



Nach dem Waschen sorgfältig eincremen



Während der Therapie nicht das Lieblingsparfum benutzen



Schminken, aber richtig: Termine für Kosmetikseminare sind unter www.dkms-life.de (unter Programme & Seminare) abrufbar.



Wichtig: Gegen echte Hautkrankheiten kann auch die beste Hautpflege nichts ausrichten, da hilft nur ärztliche Intervention. Wenn Sie glauben, sich eine Hautinfektion zugezogen zu haben, dann wenden Sie sich bitte an uns.

Sich wohlfühlen in seiner Haut

Sie schützt uns vor Austrocknung, Kälte, Hitze und UV-Strahlen, sie wehrt Krankheitserreger und Giftstoffe ab, sie spürt Wärme, Kälte und Druck, und sie ist für Streicheleinheiten, aber leider auch für die zellzerstörenden Wirkungen einer Krebsbehandlung empfänglich: die Rede ist von unserer Haut. Konsequente Hautpflege ist deshalb gerade während der Therapie wichtig.



Schnell wachsende Zellen, also auch Haar-, Haut- und Schleimhautzellen, werden durch die Therapie geschädigt, glücklicherweise bilden sich die Schäden nach Abschluss der Krebsbehandlung aber meist zurück. Typische Probleme während der Therapie sind Hauttrockenheit, Rötungen und Juckreiz. An den Schleimhäuten, beispielsweise im Mund, kommt es öfter zu Entzündungen. Außerdem erkranken Chemotherapie-Patienten häufiger an Infektionen mit Herpes-Viren oder Pilzen.

Prinzip Hygiene

Bei der Körperpflege sollte man jedes Mal einen frischen (Einmal-)Waschlappen und ein sauberes Handtuch benutzen. Jeder Kontakt mit Wasser und Seife laugt die Haut aus. Unparfümierte und alkoholfreie Waschlotionen mit einem pH-Wert von etwa 5,5 sind weniger schädlich. Meist genügt es außerdem, die schweißbildenden Körperregionen einzuseifen und die anderen Flächen nur mit klarem Wasser gründlich abzuspülen.

Prinzip Fett und Feuchtigkeit

Nach dem Waschen ist es wichtig, eine Feuchtigkeit spendende Creme aufzutragen; denn unsere Schweiß- und Talgdrüsen produzieren während einer Krebsbehandlung zu wenig Sekret. Achten Sie bitte darauf, die Creme nicht mit dem Finger, sondern mit einem Spatel aus dem Vorratstöpfchen zu entnehmen. So bleibt die Creme im Töpfchen „sauber“.

Wie gesagt, allein der Kontakt mit Wasser trocknet die Haut aus, langes Duschen und Baden ist während der Therapie daher tabu.

Alkohol, wie er in Aftershaves oder Pflegeserien zur Gesichtereinigung häufig enthalten ist, verstärkt den Austrocknungseffekt. Alkoholfreie Pflegemittel sind deshalb zu bevorzugen.

Trinken hilft!

Hochwertige Cremes und Lotionen können allerdings nur dann vor Austrocknung schützen, wenn Sie für den nötigen Flüssigkeitsnachschub sorgen. Trinken Sie viel Wasser – zwei Liter pro Tag sind ideal. Das tut nicht nur der Haut, sondern auch den Nieren gut. Denn die leisten während einer Therapie Schwerarbeit bei der „Entsorgung“ von Abbauprodukten der verwendeten Medikamente.

Vorsicht Geruchsfalle

Viele Patienten sind während der medikamentösen Therapie besonders geruchsempfindlich. Wenn Sie Ihr Lieblingsparfum auch während der Behandlung benutzen, könnte es deshalb passieren, dass Sie diesen früher als sehr angenehm empfundenen Duft nach Ende der Behandlung mit deren unangenehmen Begleiterscheinungen in Verbindung bringen und sich davor eckeln. Wenn Sie sich vor dieser „Geruchsfalle“ schützen wollen, dann verzichten Sie lieber für ein paar Wochen auf Ihr Parfum.

Schminken, aber richtig

Neben der eigentlichen Hautpflege gehört für viele Frauen zum persönlichen Wohlfühlen auch ein gepflegtes Make-up. Dagegen ist prinzipiell überhaupt nichts einzuwenden; denn sich wohl fühlen in seiner Haut fördert das Selbstwertgefühl und wirkt sich damit auch positiv auf den Therapieverlauf aus. Spezielle Kosmetikseminare bietet beispielsweise die Aktion DKMS LIFE an. <<



Studien

Wie funktionieren sie und warum sind sie so wichtig?



Beinahe schon gebetsmühlenartig bekommen Krebspatienten zu hören, dass sie zum medizinischen Fortschritt beitragen und sie zu den ersten gehören, die von einer neuen Therapie profitieren, wenn sie sich entschließen, bei einer Studie mitzumachen. Trotzdem zögern viele, wenn es gilt, sich für oder gegen eine Studienteilnahme zu entscheiden. Zu viele Fragen scheinen ungeklärt. Die häufigsten haben wir zusammengestellt und beantwortet.

Wenn ich höre, ich solle an einer Studie teilnehmen, fühle ich mich ein bisschen wie ein Versuchskaninchen.

Mit diesem Gefühl sind Sie nicht allein. Vielen unserer Patienten ist die Vorstellung unangenehm, einer Gruppe zugeordnet zu werden, in der man nicht mit dem zu testenden Wirkstoff, sondern mit einem Scheinmedikament, also einem Placebo, behandelt wird. Um aber die Zusammenhänge besser zu verstehen, muss man wissen, dass es zwei grundsätzlich unterschiedliche Studienarten gibt.

Welche sind das?

Zum einen gibt es Studien, an deren Ende die Entwicklung neuer Medikamente steht; sie sind Teil der sogenannten klinischen Forschung. Initiatoren solcher Studien sind in der Regel Pharmaunternehmen, die in ihren Labors Substanzen untersuchen, die möglicherweise die Grundlage für wirksame Medikamente bilden. Die andere Art von Studien wird meist von Ärzten oder Wissenschaftlern an Universitäten angeregt. Ihnen liegt daran, bereits zugelassene Medikamente, über deren Wirkungen und Nebenwirkungen man schon sehr gut unterrichtet ist, weiter zu erforschen. Man spricht in dem Fall von Therapie-Optimierungsstudien. Wichtig sind solche Studien unter anderem für alte Patienten oder auch für Kinder mit Krebs.

Warum das?

Weil Arzneimittelforscher diese Gruppen bei der Entwicklung von Medikamenten im Rahmen der klinischen Forschung nicht

wirklich repräsentativ berücksichtigen können. Neue Medikamente werden zunächst für den „Durchschnittspatienten“ entwickelt. Wenn dann klar ist, dass das Präparat sicher ist und so wirkt, wie man sich das im Labor vorgestellt hat, dann kann man sich trauen, auch Patienten mit höheren Risiken – und dazu gehören beispielsweise Kinder und alte Menschen – damit zu behandeln oder für diese Gruppen unterschiedliche Medikamenten-Kombinationen zu testen.

Das heißt, wenn ich gefragt werde, ob ich an einer solchen Studie teilnehmen will, dann gehöre ich definitiv zum alten Eisen.

Nein, natürlich nicht, aber Sie gehören zu einer Patientengruppe mit bestimmten Eigenschaften. In Therapie-Optimierungsstudien werden Patienten behandelt, die eines oder mehrere Merkmale gemein haben. Das kann das Alter sein; das kann aber auch die

Krankheit als solche sein, zum Beispiel wenn sie vergleichsweise selten ist, wie die Hodgkin-Erkrankung oder die chronische myeloische Leukämie.

Und im Rahmen dieser Therapie-Optimierungsstudien gibt es keine Gruppe, die mit Scheinmedikamenten behandelt wird?

In aller Regel nicht. Darüber hinaus wird bei solchen Studien natürlich sehr genau hingesehen und sorgfältig dokumentiert. Die gesamte Vorgehensweise ist – wie bei der klinischen Forschung auch – im Arzneimittelgesetz exakt festgelegt. Sie können also sicher sein, dass sofort registriert wird, wenn etwas nicht in der erwarteten Richtung verläuft. Gleichzeitig haben Sie tatsächlich Gelegenheit, Therapiemöglichkeiten auszuschöpfen, die in dieser Form für andere Patienten noch nicht verfügbar sind.

Aber es gibt doch Studien, in denen Placebos eingesetzt werden.

Ja, wie gesagt, in den sogenannten klinischen Studien zur Neuentwicklung von Medikamenten. Aber auch hier achten die im Arzneimittelgesetz vorgeschriebenen Ethikkommissionen darauf, dass Patienten in Studien keine Nachteile erleiden. Wenn sich bei Zwischenauswertungen herausstellt, dass die Behandlungsergebnisse für Patienten in der Placebo-Gruppe unverhältnismäßig viel schlechter sind als in der Testgruppe, dann wird eine solche Studie abgebrochen. Und grundsätzlich gilt: Sie haben jederzeit das Recht, ohne Nennung von Gründen ihre Studienteilnahme abzubrechen. <<



SAPV

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung



Seit ungefähr acht Jahren existiert in Deutschland die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die unheilbar erkrankte Patienten mit hohem Betreuungsbedarf zuhause in Anspruch nehmen können. Das Hauptziel besteht darin, dem Patienten ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

Palliativmedizin: In dem Wort steckt das lateinische pallium für Mantel. Eine schützende Hülle für den schwerkranken Patienten wollen entsprechend ausgebildete Mediziner und sogenannte Palliative-Care-Schwester ihren Patienten bieten. Dabei geht es immer um den ganzen Menschen und auch um seine direkte Umgebung. Patientenleid zu lindern und die Belastung von oftmals verängstigten, verzweifelten oder überforderten Angehörigen zu verringern ist ein erklärtes Ziel der Palliativmedizin.

SAPV-Strukturen noch nicht bundesweit verfügbar

Der Gesetzgeber hat aus diesem Grund bereits im Jahr 2008 die Voraussetzungen für die Verordnung von Leistungen nach der sogenannten Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) geschaffen. Nach einer eher schleppenden Anlaufphase kommt die flächendeckende Versorgung mittlerweile voran (siehe Kasten). Die Krankenkassensicherungen übernehmen die Finanzierung der SAPV-Dienste.

Die SAPV ist kein „besserer Pflegedienst“, sondern übernimmt gegebenenfalls die Ko-

ordination ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen zuhause. Die Pflege als solche bleibt auch weiterhin die Aufgabe des Pflegedienstes und der Hausarzt macht nach wie vor seine Routine-Hausbesuche. Aber: das Team der SAPV ist für die Angehörigen rund um die Uhr erreichbar und kümmert sich auch in Krisensituationen um schnelle Hilfe.

Verordnung durch Ihren Onkologen oder Hausarzt

Mitglied im SAPV-Team sind unter anderem speziell ausgebildete Palliativmediziner, die auch am Wochenende und an Feiertagen Hausbesuche machen oder Medikamente verordnen können. Auf diese Weise lassen sich Krankenhauseinweisungen oft vermeiden. Ebenfalls im Team sind meist auch Seelsorger der großen Weltreligionen, denn die spirituelle Begleitung ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Palliativmedizin. Dabei geht es keinesfalls um irgendeine Form der Missionierung, sondern um das Angebot, sich auszutauschen über Gedanken, die für die letzte Lebensphase typisch sind.

Die SAPV bildet einen wichtigen Baustein in der gesamten Palliativversorgung einer Region. Über ihren Einsatz entscheidet letztlich

Wo finde ich das nächste SAPV-Team?

Bereits 2008 hat der Gesetzgeber den Anspruch jedes Krankenversicherten auf die SAPV in § 37b des Sozialgesetzbuches V (SGB V) formuliert. Über die Versorgungsmöglichkeiten in unserer Region können Sie sich auch im Internet informieren:

www.palliativ-portal.de unter Adressen/Adress-Suche



der Onkologe oder Hausarzt, der den Patienten begleitet. Er verordnet den Einsatz und sorgt so für die Finanzierung durch die Krankenkassenversicherung des Patienten.

Empathie für Patienten entscheidend

Palliativversorgung bedeutet Leiden zu lindern. Den Satz „Wir können nichts mehr für Sie tun“ sollte eigentlich keinem Arzt über die Lippen kommen – erst recht aber keinem Palliativmediziner, ganz einfach, weil er nicht zutrifft. Psychosoziale, spirituelle und medizinische Versorgung ermöglichen tatsächlich ein menschenwürdiges Leben bis zum Schluss. Dazu braucht man Kompetenz und Empathie für die betroffenen Patienten. <<



Hauptstadt Dänemarks	Suppe, Bouillon	engl.: essen	Staat in Südamerika	Kfz-Kennzeichen Berlin	Blutarmut	längliche Hohlkörper	geometrische Figur	engl.: neu	Vermittlungsbüro	Prophet	modern, angesagt	franz. Adelsprädikat	
Kellner			Wassergefährd.				11	ein Kontinent					
Hauptstadt Tschechiens	3		Schmuckstück	Staat in Skandinavien							6	Urlaub, Labsal	Geländeform
tierische Milchdrüse				Nebenfluss der Wümmme				Niederwild starker Zweig			Spielgerät, Fest		
Kfz-Kennzeichen Neuss		Staat in Westafrika						Stadt in Sachsen-Anhalt					
Zwinger, Vogelbauer		Teil der Hand		Lichtstrahl zur Einmessung			8		14				
	1			Schaumgebäck aus Erweiß	abweichend, regelwidrig	starkes Seil				Gebäck, Hostie		ehem. Papstburg in Rom	
Berggruppe in den Ostalpen	Preisnachlass		ein Körperteil					Gewässer	Turnübung			12	
			5		eine Blume Abk.: Elektrotechn. Institut					Abk.: Kilowatt	weibl. Vorname		
Ordnung der Säugetiere						Getreideart			Tongemisch, Schall				
Nebenfluss der Mosel	männl. Kurzname			kleine Brücken					Backe Kfz-Kennzeichen München				
	9		Saiteninstrument Regenbogenhaut		13			Singvögel		glaubensstark, gottgefällig		Abk.: und andere	
Elternteil	eine Zahl	persönl. Fürwort Schwung, Begeisterung			männl. Vorname			Embryo	4				
				Abk.: geboren	Fluss durch Hamburg					Abk.: Tabelle best. Artikel			
Redewendung, Gemeinplatz	Spielklasse im Sport				Insel des Tonga-Archipels			Gedichtform		7		Kammerton	
					Ozean	2		Abk.: Medizinische Informatik			ein Flächenmaß		
eine Bodenart			ein Wappentier						10			Abk.: Gramm	

Das Lösungswort ist etwas, das in allen Lebenslagen wichtig ist:

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Einfach

			2	9					
6	4	7					2	9	
3				7	8		5		
	9	6		1	5	3	8		
2			8				1	7	
1			7		9				
				8	1		3	4	
4	8					2	9		
	7		5						

Mittelschwer

									9
4		5	9		6				
		6	7		5		4	3	
9	8		3			1			
5			4		7		3		
		2		8			6		
					5				
	5	8	2				9		
1				4			2	7	

Sudoku

Einfach und schwer

Füllen Sie die leeren Zellen des Spielfeldes mit den Ziffern 1 bis 9 so aus, dass in jeder waagerechten oder senkrechten Reihe sowie in jedem 3x3-Teilquadranten jede dieser Ziffern genau einmal steht.

Kurz berichtet

mer hatten zudem eine Antihormonbehandlung zur Unterdrückung der Wirkung männlicher Sexualhormone erhalten. <<

Rauchen macht Brustkrebs aggressiver

Rauchende Frauen haben im Hinblick auf ihre Brustkrebserkrankung eine deutlich schlechtere Prognose als Nichtraucherinnen. Das gilt vor allem, wenn Raucherinnen auch nach der Diagnose noch weiter rauchen. Dies belegt eine Ende Januar in den USA veröffentlichte Studie.

Mehr als 20 000 Brustkrebspatientinnen im Alter von 20 bis 79 Jahren waren für diese Studie in den Jahren zwischen 1988 und 2008 im Mittel zwölf Jahre lang beobachtet worden. Etwa die Hälfte dieser Frauen hatte irgendwann einmal geraucht, jede Fünfte war auch im Jahr vor der Diagnose noch Raucherin. Im Beobachtungszeitraum starben 6778 Frauen, davon 2894 an Brustkrebs. Die Auswertungen der Wissenschaftler ergaben, dass Frauen, die bis zur Diagnose geraucht hatten, ein um 25 Prozent höheres Risiko hatten an Brustkrebs zu sterben als Frauen, die nie geraucht hatten. Wenn Frauen sechs Jahre nach der Diagnose immer noch geraucht hatten, lag ihr brustkrebsbedingtes Sterberisiko um 72 Prozent höher als das von Nie-Raucherinnen. <<



Alkoholmissbrauch erhöht das Krebsrisiko

In einer Untersuchung unter Patienten mit schwerer alkoholbedingter Lebererkrankung zeigten finnische Forscher, dass Alkoholmissbrauch nicht nur das Risiko für Leberkrebs, sondern auch das für andere Organumoren erhöht.

Die Wissenschaftler stützten sich bei ihrer Untersuchung auf die Daten von rund 8800 Männern und 3100 Frauen, die unter einer schweren alkoholbedingten Lebererkrankung litten. Die alkoholische Leberzirrhose und auch die alkoholische Leberentzündung erwiesen sich als Risikofaktoren für die Entstehung von Krebs: Von den teilnehmenden Patienten erkrankten zwischen 1996 und 2013 mehr als 1000 an Krebs. Das sind rund zweieinhalbmal mehr als in der Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum zu erwarten war. Im Einzelnen war das Risiko für Leberkrebs 59-mal, das für Rachenkrebs neunmal höher als in der Gesamtbevölkerung. Tumoren in Mundhöhle, Speiseröhre, Zunge, Kehlkopf, Bauchspeicheldrüse, Lunge, Magen, Nieren und Darm kamen ebenfalls häufiger vor. <<

Chronische Fatigue bei Männern häufiger als vermutet

Männer mit Prostatakrebs, die bestrahlt werden und eine langjährige sogenannte Antihormontherapie erhalten, leiden zum Teil jahrelang unter den Folgen des krebserkrankten Erschöpfungssyndroms, von Fachleuten Fatigue genannt. In der Akutphase einer aggressiven medikamentösen Behandlung klagten acht bis neun von zehn Krebspatienten über Fatiguebeschwerden. Über einen Zeitraum von sechs Monaten hinaus waren die Beschwerden bislang in erster Linie bei Brustkrebspatientinnen festgestellt worden.

Die jetzt veröffentlichten Ergebnisse einer Studie mit Prostatapatienten belegen, dass auch diese Männer zum Teil noch 36 Monate nach der Behandlung unter Fatigue leiden. Ausgewertet wurden die Daten von 206 Männern, die sich einer Strahlentherapie der Prostata und der Beckenlymphknoten oder der Prostata allein unterzogen hatten. Alle Studienteilneh-

Anzeige



Das **Menschenmögliche** tun.

ribosepharm