

Praxis Journal

Nur für unsere Patienten, nicht zur Weitergabe bestimmt.

Praxisgemeinschaft
Dr. med. Siegfried Siehl · Dr. med. Ulrike Söling ·
Prof. Dr. med. W.-D. Hirschmann

Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie und
Internistische Onkologie

Jordanstraße 6 · 34117 Kassel
Tel.: 0561 / 7 39 33 72 · Fax: 0561 / 7 39 33 67
eMail: info@onkologie-kassel.de

Sprechzeiten
Mo - Do 8 - 16 Uhr, Fr 8 - 14 Uhr
und nach Vereinbarung



Liebe Patientin, lieber Patient,

- Inhalt

Nachsorge 2

Eine sorgfältige Mundpflege dient nicht nur dem Wohlbefinden, sie beugt auch Infektionen vor

Nachgefragt 3

„Wie kann ich meinen Partner unterstützen?“ Auch Angehörige und Freunde von Krebspatienten sind verunsichert

Überblick 4

Wunder in der Onkologie – wer hätte davon noch nicht geträumt? Spontanheilungen sind zwar selten, aber sie kommen vor

Service 6

Patientenverfügung – So sorgen Sie vor, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können

Therapie 7

Heilung ist immer ein Therapieerfolg, aber nicht jeder Therapieerfolg bedeutet Heilung

Kurz berichtet 8

Raucher früher zur Darmkrebsvorsorge?
Hautkrebsvorsorge ab 35
Impressum

wer von heute auf morgen mitten aus dem Leben heraus dazu gezwungen ist, sich mit seiner Krankheit auseinander zu setzen, der hat viel Zeit zum Nachdenken. Viele Patienten versuchen eine Art Zwischenbilanz zu ihrem bisherigen Leben zu ziehen: Was war gut, was war schlecht? Gibt es etwas, das ich heute anders machen würde?

An irgendeiner Stelle in diesem Prozess kommt dann fast immer die Frage, ob man in gewisser Weise nicht selbst schuld sei an der Krebserkrankung. „Bin ich nach außen zu verschlossen, habe ich zu viel in mich hineingefressen? Frisst mich die Krankheit deshalb jetzt von innen auf?



Buch- empfehlung

Nur hinter vorgehaltener Hand reden gestandene Schulmediziner normalerweise über Spontanheilungen oder, in der Sprache der Mediziner: Spontanremissionen. Ärzte, die ständig Kontakt zu Patienten haben – also nicht ausschließlich in der Grundlagenforschung tätig sind – kennen das Phänomen. Seriösen Schätzungen zufolge heilen beispielsweise bis zu 7 Prozent der Nierenzellkarzinome und bis zu 20 Prozent der malignen Lymphome spontan aus. Kappauf sucht in diesem Buch nach Erklärungen für das Phänomen, stellt biologische Modelle wie den programmierten Zelltod vor, beschäftigt sich

Soll ich vom Schicksal oder von einer höheren Macht bestraft werden?“

Solche Fragen mögen verständlich sein – sie entbehren jedoch jeder wissenschaftlichen Grundlage. Krebs ist nicht wählerisch. Er befällt Joviale wie Introvertierte, Gläubige und Atheisten. Es gibt sie nicht, die immer wieder zitierte Krebspersönlichkeit. Und deshalb gibt es keinen Grund für Schuldgefühle. Wenn Sie über dieses Thema reden möchten, sprechen Sie uns an.

Herzlichst

**Ihr Praxisteam Dr. Siegfried Siehl
und Dr. Ulrike Söling**

aber auch mit Wunderheilungen, wie sie beispielsweise im Wallfahrtsort Lourdes immer wieder vorkommen sollen. Niemals begibt sich der Autor auf die Ebene der Spekulation oder weckt falsche Hoffnungen. Er appelliert vielmehr an die Schulmedizin, Spontanremissionen genauer zu untersuchen, und dieses Feld eben nicht der so genannten alternativen Medizin zu überlassen. Denn eines ist nach der Lektüre klar: Wer als Patient auf „Wunder“ hofft, muss sie nicht außerhalb des etablierten Medizinsystems suchen. In der Schulmedizin kommen sie mindestens genauso häufig vor.

**Herbert Kappauf · Wunder sind möglich
Spontanheilung bei Krebs**

Herder, Freiburg (März 2003)

192 Seiten, gebunden · 19,90 €

PraxisJournal 09 | April 2008

Mundpflege während der Therapie



N a c h s o r g e

Vielen Menschen wird schon übel, wenn sie an schlechten Geschmack im Mund oder widerlichen Mundgeruch nur denken. Eine sorgfältige Mundpflege dient deshalb dem allgemeinen Wohlbefinden. Für Tumorpatienten, die sich gerade einer Chemo- oder Strahlentherapie unterziehen, ist sie außerdem wichtig, um die drohende Infektionsgefahr abzuwenden.

Auch wer prinzipiell weiß, wie wichtig Zähneputzen und Mundspülungen sind, neigt dazu, die Mundpflege zu „vergessen“, wenn er oder sie gerade andere Probleme hat. Schließlich hat man schon genug zu kämpfen mit Erschöpfung, Appetitlosigkeit und Übelkeit. Außerdem können wunde Stellen im Mund das Zähneputzen zur schmerzhaften Angelegenheit werden lassen.

Mundpflege gegen Entzündung

Trotzdem ist die sorgfältige Mundpflege gerade für Patienten unter Strahlen- und Chemotherapie wichtig, zum einen, um Infektionen im Mundraum unter Kontrolle zu halten, zum anderen zur Erhaltung der eigenen Zähne.

Chemo- und Strahlentherapie schädigen nicht nur Tumore, sondern alle schnell wachsenden Zellen im Körper, also auch die der sich regelmäßig erneuernden Mundschleimhaut, des Gaumens und der Lippen. Der gesamte Mundraum ist deshalb während der Therapie gegen mechanische Verletzungen besonders empfindlich. Es entstehen schnell wunde Stellen, manchmal sogar Bläschen, die sozusagen die Eintrittspforten sind für alle möglichen Entzündungserreger.

Deshalb ist es wichtig, dass Sie uns jede Entzündung oder Belagbildung im Mund zeigen. Wir prüfen dann, ob sich dahinter eine Infektion mit Bakterien, Pilzen oder Viren verbirgt, die möglicherweise medikamentös behandelt werden muss.

Vor der Therapie zum Zahnarzt

Das Risiko von Entzündungen im Mundraum ist umso größer, je schlechter ein Patient Mund und Zähne vor der Therapie gepflegt hat.

Wenn vor Beginn der Therapie noch ein Zahnarztbesuch möglich ist, dann nehmen Sie ihn unbedingt wahr, um verborgene Entzündungen wirkungsvoll bekämpfen zu lassen. Viele Menschen haben Zahnfleischentzündungen, von denen sie im normalen Alltag gar nichts spüren. Der Zahnarzt kann dagegen etwas tun und Ihnen außerdem weitergehende Tipps zur schonenden Mundpflege geben.

Bürste, Creme und Mundspülung

Es ist eine Binsenweisheit, die natürlich auch für Tumorpatienten gilt: Gut gepflegte Zähne lassen sich länger erhalten als vernachlässigte. Bei wunden Stellen oder leichten Entzündungen im Mund sind eine weiche Zahnbürste und eine milde Zahncreme hilfreich. Viele Patienten empfinden Mundspülungen mit einem alkoholfreien Mundwasser oder mit Salbei und Kamille als sehr angenehm.

Die Zahnzwischenräume können mit Zahnseide, einer Munddusche oder mit so genannten Interdentalbürsten gereinigt werden. Probieren Sie selbst aus, womit Sie am besten zurechtkommen. Auf jeden Fall sollten zusätzliche Zahnfleischverletzungen ver-

mieden werden. Vorsichtiges, aber gründliches Reinigen ist immer besser als kraftvolles und kurzes Schrubben.

Wenn die Zahnpflege sehr schmerzhaft ist, können schmerzmittelhaltige Salben, Lösungen oder Sprays helfen. Sprechen Sie uns darauf gegebenenfalls an, wir beraten Sie gerne.

Trinken Sie viel – vermeiden Sie Saures

Auch die Speichelproduktion kann sich unter der Therapie so weit verringern, dass es zu unangenehmen Belägen im Mund kommt. Es ist ratsam, diese Beläge vorsichtig abzuwischen und den Mund anschließend zu spülen.

Viele Patienten bevorzugen für die Spülung besonders saure Fruchtsäfte, weil sie im Mund ein angenehmes Frischegefühl erzeugen. Auf Dauer richten säurehaltige Säfte allerdings eher Schaden an; denn die Säuren verbleiben über Stunden im Mundraum und zerstören den empfindlichen Zahnschmelz. Auch Magensäure greift den Zahnschmelz an. Deshalb ist die Mundpflege nach dem Erbrechen besonders wichtig.

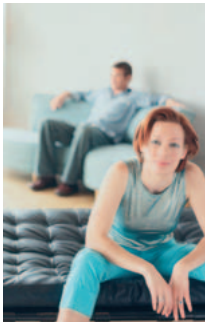
Gegen die Mundtrockenheit sollten Sie möglichst viel trinken. Erlaubt ist, was schmeckt – allerdings möglichst keine sauren Fruchtsäfte. Erfahrene Tumorpatienten empfehlen viel Wasser und Kräutertees oder auch einen Aufguss aus frischem Ingwer.



Wie?

kann ich meinen Angehörigen unterstützen

Die Diagnose Krebs bedeutet wohl für jeden Menschen eine existenzielle Bedrohung und damit eine einschneidende Lebensveränderung. Das gilt nicht nur für Krebspatienten, sondern auch für Angehörige und Freunde. Sie machen sich Sorgen und sind unsicher, ob und wenn ja, wie sie dem Patienten helfen können. Die häufigsten Fragen und Antworten dazu haben wir Ihnen im Folgenden zusammengestellt.



Kann ich als Angehöriger überhaupt wirklich helfen?

Auf jeden Fall. Mitfühlend zuhören oder einfach nur „da sein“, das ist mindestens genauso wichtig wie eine hervorragende medizinische Betreuung. Als nächster Angehöriger sollten Sie den Patienten auch zu Arztbesuchen begleiten. Das gilt ganz besonders für Termine, bei denen Untersuchungsergebnisse mitgeteilt und Therapiemöglichkeiten diskutiert werden. Nur wenn der Patient ausdrücklich allein sein will, sollten Sie diesen Wunsch respektieren.

Soll man in der Familie offen über die Krankheit reden?

Ja, unbedingt. Denn der Gedanke, vielleicht an der Krankheit sterben zu müssen, ist für den Patienten zunächst einmal ein Schock, den er zu bewältigen hat. Und da gehört das Gespräch im Allgemeinen dazu. Allerdings sollten Sie als Angehöriger nicht von sich aus das Gespräch eröffnen. Den Zeitpunkt für das Gespräch muss der Patient bestimmen.

Und wie verhalte ich mich dann im Gespräch?

Nun, eine wichtige Botschaft habe ich besonders für Männer von krebskranken Frauen: Vermeiden Sie es, über den Krebs wie über ein Übel zu reden, das sich nach Art eines Heimwerkers reparieren oder gar ausmerzen lässt. Hören Sie zunächst einfach zu. Nehmen Sie die Ängste und Sorgen Ihres Angehörigen ernst. Und gestehen Sie ihm ruhig, dass Sie auch keine schnelle Lösung wissen. Versichern Sie aber gleichzeitig, dass Sie immer an der Seite des Patienten stehen werden.

Soll ich als Angehöriger auch über meine eigenen Ängste reden?

Ja, auf jeden Fall. Wenn Sie den Kranken wissen lassen, dass Sie sich um ihn sorgen, dass es Sie traurig macht, ihn leiden zu sehen, dann ist das sicher keine Belastung für den Patienten. Solche Gefühle sind Ausdruck Ihrer ganz persönlichen Anteilnahme, und die tut dem Patienten immer gut. Verlangen Sie nur vom Patienten nicht, die Probleme zu lösen, die Sie als Angehöriger mit der Erkrankung des Patienten haben. Im Zweifelsfall suchen Sie sich selbst professionelle Hilfe. Adressen und weitere Informationen dazu erhalten Sie beispielsweise bei der Deutschen Krebsgesellschaft in Frankfurt.

Ist es sinnvoll, öfter über die Krankheit reden?

Wie gesagt, darüber entscheidet der Patient. Seien Sie aufmerksam, versuchen Sie das Bedürfnis zu erspüren – aber machen Sie aus der Krankheit keine Ganztagsbeschäftigung. Ein Krebspatient kann lange Zeit ganz normale Dinge tun, ohne ständig an seine Krankheit erinnert werden zu müssen. Leben Sie also Ihren gemeinsamen Alltag, fahren Sie in Urlaub und sorgen Sie immer wieder für Freiräume, in denen das Gespräch möglich ist.

Wie reagiere ich am besten, wenn mein Partner partout nicht über seine Sorgen und Ängste reden möchte?

Wenn jemand nicht reden möchte, dann muss man das akzeptieren. Es gibt dafür seitens der Patienten die unterschiedlichsten Gründe. Oft ist es Rücksichtnahme auf die familiäre Situation; Patienten wollen den Partner mit ihren Ängsten nicht noch zusätzlich belasten und suchen möglicherweise Unterstützung bei Freunden oder finden Hilfe bei sozialen Einrichtungen. Eine solche Entscheidung muss respektiert werden, auch wenn Sie als Partner diese Lösung nicht für besonders glücklich halten.



Soll man Kindern die ganze Wahrheit sagen? Ihnen beibringen, dass Vater oder Mutter möglicherweise sterben wird?

Das hängt vom Krankheitsstadium und vom Alter des Kindes ab. Kinder haben sensible Antennen dafür, wie es ihren engsten Bezugspersonen geht. Es macht also keinen Sinn, eine unter

Umständen lebensbedrohliche Krankheit einfach zu verleugnen. Wenn es um den Tod geht, sollten bei Kindern immer die Themen Abschiednehmen und Erinnern im Vordergrund stehen. Trauer und Tränen gehören da leider dazu; das Bewusstsein, dass die gemeinsam verbrachte Zeit etwas Unauslöschliches ist, kann bei der Bewältigung aber helfen.

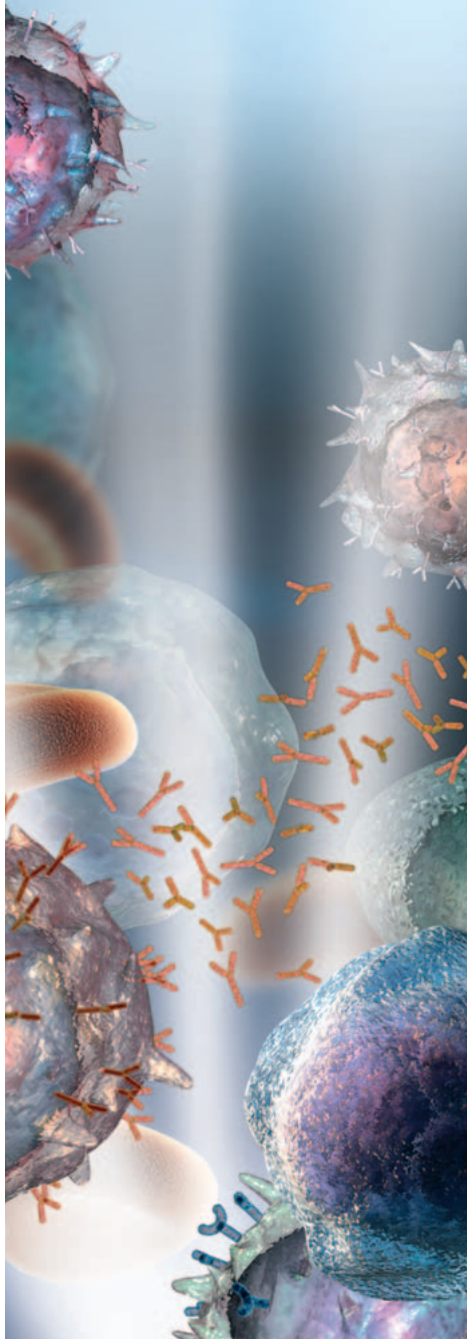
Wenn Sie zu dieser Frage professionelle Unterstützung benötigen, so wenden Sie sich an uns. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Sind *Wunder* wirklich möglich?

4

Ü b e r b l i c k

Spontanheilung bei Krebserkrankungen



Wer hätte von diesem Wunder wohl noch nicht geträumt? – Dass der Krebs einfach wieder verschwindet. Ganz spontan und ohne Zutun des Arztes. Tatsächlich kommen solche Spontanheilungen vor, auch wenn unter Fachleuten darüber meist nur hinter vorgehaltener Hand geredet wird.

Wenn von einem Wunder die Rede ist, versetzt das gestandenen Schulmedizinern zunächst einen Stich. Schließlich arbeiten sie mit naturwissenschaftlich anerkannten Methoden, sie verstehen sich als aufgeklärte Ärzte und nicht als Voodoo-Priester. Wunder: das klingt in ihren Ohren – wenn schon nicht nach höheren Mächten – nach niederen Instinkten, das heißt, nach skrupelloser Geschäftemacherei von selbst ernannten Heilern. Und doch ist es so: Jeder schulmedizinisch arbeitende Krebsspezialist kennt Patienten, bei denen jede Hoffnung auf Heilung aufgegeben worden war und bei denen sich dennoch – teilweise ohne ärztliches Zutun – der Tumor wieder zurückbildete.

Spontanremissionen

Weil sie mit dem Begriff „Wunder“ ihre Schwierigkeiten haben, reden Mediziner lieber von Spontanremission: Sie ist definiert als spontane, dauerhafte oder zeitlich begrenzte Rückbildung des Tumors, ohne dass eine gezielte medizinische Behandlung stattgefunden hat. Bei der vollständigen Remission sind Tumorzeichen überhaupt nicht mehr nachweisbar, bei der teilweisen (partiellen) Remission sind sie um mindestens die Hälfte zurückgegangen.

Vergleichsweise häufig sind Spontanremissionen beim Schwarzen Hautkrebs (Malignes Melanom). Berichtet wird von vier bis 15 Prozent der malignen Melanome, die sich spontan zurückbilden. Schlechter sieht es allerdings aus, wenn der Hautkrebs Tochtergeschwülste entwickelt hat: Solche Metastasen bilden sich nur zu etwa 0,25 Prozent spontan wieder zurück. Auch beim Nierenkrebs beobachten Ärzte in bis zu acht Prozent der Fälle eine Spon-

tanremission, bei langsam voranschreitenden Non-Hodgkin-Lymphomen (NHL) sind es fünf bis 23 Prozent. Ein selten vorkommender Tumor des Nervensystems, das so genannte Neuroblastom, kann sich bei Kindern in einem bestimmten Stadium sogar in bis zu 80 Prozent der Fälle spontan zurückbilden.

Spontanremission bedeutet aber nicht zwangsläufig auch Heilung. Genaue Zahlen kennt man nicht, aber Experten gehen davon aus, dass etwa zehn bis 20 Prozent der Spontanremissionen dauerhaft anhalten und damit einer Spontanheilung entsprechen.

Vorsicht vor „gemachten Wundern“

Natürlich gibt es auch Wunder, die in Wirklichkeit gar keine sind. Wenn jemand plötzlich und unerwartet von einer lebensbedrohlichen Erkrankung genesen ist, dann ist es legitim nachzufragen, ob das Leiden denn tatsächlich auch richtig diagnostiziert wurde. Nicht jeder verdächtige Schatten im Röntgenbild ist ein Lungenkrebs. Nicht selten aber empfinden viele Betroffene die Korrektur der ursprünglich falschen Diagnose als Wunder, das ihnen widerfahren ist.

Wunder können auch „gemacht“ sein. Prinzipiell ist das ganz einfach. Man erklärt beispielsweise eine völlig harmlose Substanz, die im Blut vorkommt, als Marker für das Wachstum eines Tumors. Wird bei der Blutuntersuchung die Substanz nachgewiesen, dann gilt das als Zeichen für Tumorwachstum. Findet der „Therapeut“ dann Mittel und Wege, die Konzentration dieser Substanz im Blut abzusenkten, dann steht das für die vermeintliche Rückbildung des Tumors. Wohlgemerkt: Kein Tumorwachstum ist bei diesem kriminellen Handeln beeinflusst worden, lediglich die Konzentration einer harmlosen Substanz im Blut. Beim Patienten wird aber der Eindruck erweckt, der „Therapeut“ habe ein Wunder vollbracht.

Andererseits gibt es auch Wunder, die sich im Lauf der Zeit gewissermaßen weiterentwickeln, die letztlich erklärbar und als Heilerfolg wiederholbar geworden sind. Vor 25 Jahren beispielsweise kam die Rückbildung eines Hodentumors einem Wunder gleich. Heute können mehr als 90 Prozent der betroffenen – meist jungen – Männer von diesem Tumor auf Dauer geheilt werden. Aus dem Wunder von gestern ist der Therapieerfolg von heute geworden.

Doch zurück zu dem, was wir heute noch Wunder oder unerklärbare Heilungsverläufe nennen: Die systematische Beschäftigung mit solchen Phänomenen ist enorm wichtig; denn hinter den Wundern stecken häufig biologische Mechanismen, die der Organismus selbst zur Bekämpfung von Tumorwachstum einsetzt. Wenn man diese Mechanismen verstanden hat, lassen sich daraus auch neue Strategien zur Behandlung von bösartigen Tumoren ableiten.

Tatsächlich haben sich in der modernen Krebstherapie bereits einige Verfahren etabliert, die letztlich biologische Modelle der Tumorbekämpfung nachahmen. Bei der Behandlung bestimmter Brustkrebsarten werden heute beispielsweise Medikamente eingesetzt, die gezielt den Hormonhaushalt der Frau beeinflussen und damit die Situation nach den Wechseljahren imitieren. Im Labor hergestellte Antikörper, die exakt eine einzige Struktur auf der Oberfläche bestimmter Krebszellen erkennen, sind unter anderem bei der Bekämpfung so genannter Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) mittlerweile Standard.

Ohne die Bildung von Blutgefäßen im Tumorgewebe kann der Krebs nicht überleben. Wenn ein Tumor nicht mit Blut versorgt wird, kann er nicht wachsen und bildet sich zurück. Die Hemmung der Blutgefäßbildung in Tumoren – die Anti-Angiogenese – ist mittlerweile Bestandteil einiger Therapiekonzepte.

Viele Wunder werden bleiben

Trotz dieser beeindruckenden Forschungserfolge kann man nicht erwarten, dass jedes Wunder oder jede Spontanremission in der Zukunft erklärbar sein wird. Das biologische System Mensch funktioniert nicht eindimensional nach dem Muster eines Schalters, der nur auf An oder Aus stehen kann. Wer will beispielsweise genau bestimmen, welchen Anteil eine Chemotherapie an der erfolgreichen Bekämpfung eines Tumors wirklich hat? Ist es die Wirksubstanz allein oder ist es auch die Veränderung der Lebensumstände, die der Patient seit der Diagnose seiner Erkrankung erfahren hat? Ist es die Zuwendung seiner Angehörigen oder sein Entschluss, die Krankheit zunächst zu verdrängen? Wie wichtig ist für den Therapieerfolg die Tatsache, dass sich ein Patient mit seiner Krankheit auseinandersetzt? Was genau bewirken erfüllende Gespräche mit nahen Angehörigen oder Freunden?

Wunder lassen sich nicht erzwingen

Eine schlüssige Antwort auf all diese Fragen gibt es bisher nicht, und ob es sie jemals geben wird, erscheint für Ärzte und Patienten zunächst einmal zweitrangig. Denn es gilt, hier und heute die Erkrankung möglichst wirkungsvoll zu behandeln und gegebenenfalls auch die Tatsache zu bewältigen, dass eine komplette Heilung nicht möglich ist.

Festzuhalten ist, dass unerklärbare Heilungsverläufe in der Krebsbehandlung häufiger sind als gemeinhin angenommen. Festzuhalten ist auch, dass sich Wunder nicht erzwingen lassen. Es ist bisher nicht gelungen, zwischen dem Auftreten von Spontanremissionen einerseits und willentlicher Anstrengung, bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, festen Überzeugungen oder dem Umgang mit der Erkrankung andererseits einen Zusammenhang herzustellen.

Was bedeutet das praktisch? Eine unerwartete Wendung im Krankheitsgeschehen ist bei allen Patienten möglich. Und es ist durchaus sinnvoll, etwas für dieses Wunder zu tun; es gibt allerdings keinerlei Garantie dafür, dass es funktioniert.

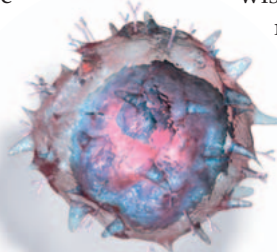
Falsche Heilsversprechen

Seien Sie misstrauisch, wenn Ihnen jemand Heilung oder gar Wunderheilung verspricht. Heilsversprechen oder auch nur die Aussicht auf Heilung bei schweren Tumorerkrankungen ohne objektiven Wirksamkeitsnachweis sind unlauter, im schlimmsten Fall kriminell, spätestens dann, wenn mit Angst oder der möglichen Aussicht auf Heilung Geschäfte großen Stils gemacht werden.

Sie haben das Recht, alles das zu tun, was Ihnen gut tut – und Ihr behandelnder Arzt wird das respektieren. Je offener Sie darüber reden, was Sie ganz persönlich tun, um die Erkrankung zu überwinden, desto wirkungsvoller können wir Sie dabei unterstützen.

Keine individuelle Prognose

Das Phänomen der Spontanremissionen relativiert auch den Wert von so genannten Prognosen. Viele Patienten wollen wissen, wie viel Zeit Ihnen noch verbleibt. Selbstverständlich gibt es große Studien, in denen die mediane Überlebenszeit in Abhängigkeit von einer bestimmten Therapie untersucht wurde: Solche Studienergebnisse lassen sich jedoch nie auf den Einzelfall übertragen – gerade wegen der immer wieder möglichen überraschenden Wendung im Krankheitsgeschehen. Oder anders ausgedrückt: Wenn Sie von medianer Überlebenszeit hören, dann machen Sie sich klar, dass jedem zweiten Patienten mehr Zeit verbleibt als die dort angegebenen Monate oder Jahre.



Viele Patienten wollen heute vorsorglich bestimmen, welche medizinischen Leistungen sie wünschen, wenn sie selbst einmal nicht mehr entscheidungsfähig sind. Etwa sieben Millionen Menschen in Deutschland haben für sich ganz persönlich bereits eine so genannte Patientenverfügung formuliert. Lesen Sie hier, was Sie bei der Erstellung einer solchen Verfügung beachten sollten.

Juristisch gesehen stellt die Patientenverfügung eine rechtlich bindende Willenserklärung dar. Häufig haben ältere Menschen das Bedürfnis, eine solche Verfügung zu formulieren, weil sie befürchten, dass die moderne Medizin ihr Sterben unnötig verlängert.

Eine Patientenverfügung kann aber in jedem Lebensalter und nicht erst im Angesicht des nahen Lebensendes verfasst werden. In ihr kann ein Patient selbstverständlich auch zum Ausdruck bringen, dass er mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln so lange wie möglich am Leben gehalten werden will.

Keine verbindliche Form

Offizielle formale Anforderungen an eine Patientenverfügung existieren derzeit nicht. Die Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ hat im Auftrag des Bundesjustizministeriums jedoch hilfreiche Empfehlungen erarbeitet. Eine Patientenverfügung sollte demzufolge mindestens folgende Angaben enthalten:

- Personalien des Patienten
- Beschreibung der Situationen, in denen die Verfügung gelten soll (z. B. im unmittelbar bevorstehenden Sterbeprozess oder für den Fall einer unumkehrbaren Gehirnschädigung)
- Festlegung zu konkreten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen (Beatmung, künstliche Ernährung usw.)
- Nachweis der zum Zeitpunkt der Formulierung der Patientenverfügung bestehenden Einwilligungsfähigkeit (Bescheinigung von Arzt oder Notar)

Eine sehr hilfreiche Sammlung geeigneter Textbausteine enthält die Informationsbroschüre des Bundesjustizministeriums (siehe Kasten).

Patientenverfügung

6



Wie erfährt der Arzt von meiner Patientenverfügung?

Mit einer Patientenverfügung können Sie dokumentieren, wie Sie behandelt werden möchten, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können. Es ist allerdings wichtig, dass Ihr Wille den zuständigen Ärzten auch zur Kenntnis gebracht wird. Zusätzlich zur Patientenverfügung benötigen Sie daher jemanden, der Ihre Patientenverfügung kennt und den Ärzten gegenüber Ihre Interessen vertritt.

Weil das so ist, macht es Sinn, eine Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht oder einer so genannten Betreuungsverfügung zu kombinieren.

Mit der Vorsorgevollmacht bestimmen Sie eine Person Ihres Vertrauens, die Sie vertritt, wenn Sie nicht mehr für sich selbst sprechen können. Diese Vorsorgevollmacht kann sich auf die Gesundheitsfürsorge beschränken, aber auch auf andere Bereiche, beispielsweise die Vermögensverwaltung, ausgedehnt werden.

Wenn Sie niemanden zum Bevollmächtigten erklärt haben, wird das Vormundschaftsgericht im Bedarfsfall für Sie einen Betreuer bestimmen. Wer Ihr persönlicher Betreuer werden soll, können Sie im Rahmen der so genannten Betreuungsverfügung festlegen. Selbstverständlich sollte Ihr Vorsorgebevollmächtigter oder der von Ihnen gewünschte Betreuer auch Auskunft darüber geben können, wo die Patientenverfügung hinterlegt ist. Außerdem ist es sinnvoll, einen Hinweis auf die bestehende Patientenverfügung ständig bei sich zu tragen.

Ist eine Patientenverfügung verbindlich?

Es gibt bisher keine gesetzlich verankerte Verpflichtung zur Beachtung einer Patientenverfügung. Allerdings hat der XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs in seiner Entscheidung vom 17. März 2003 erklärt, dass es die Würde des Menschen gebiete, eine im einwilligungsfähigen Zustand formulierte Patientenverfügung auch dann noch zu respektieren, wenn der Patient zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist.

Voraussetzung ist jedoch, dass in der Patientenverfügung möglichst konkret festgelegt ist, was der Patient will und was nicht. Formulierungen wie „qualvolles Leiden“ oder „Dahinvegetieren“ oder „realistische Aussicht auf ein erträgliches Leben“ helfen nicht weiter, weil sie von jedem Einzelnen anders ausgelegt werden können.

Weitere Infos

Bundesministerium der Justiz (BMJ):

- Broschüre „Patientenverfügung“ mit Textbausteinen zur Erstellung einer individuellen Patientenverfügung.
- Broschüre „Betreuungsrecht“ mit Mustern für Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

Beide Broschüren können Sie im Internet unter www.bmj.bund.de oder auf dem Postweg erhalten bei:

GVP Gemeinnützige Werkstätten
BMJ Broschürenversand
Maarstraße 98 a · 53227 Bonn



Was bedeutet eigentlich *Heilung* ?

7

T h e r a p i e

Wer schon einmal an einer Lungenentzündung gelitten hat und von ihr genesen ist, wird sich mit Fug und Recht als geheilt ansehen. Anders bei Krebserkrankungen. Dort sprechen Ärzte lieber von Therapieerfolg als von Heilung. Welche Therapien zur Verfügung stehen und wie ihr Erfolg beurteilt wird, erfahren Sie in diesem Beitrag.

Bösartige Tumore sind bis heute leider nur zu etwa 50 Prozent heilbar. Verantwortlich dafür ist vor allem ihre Eigenschaft, Tochtergeschwülste (Metastasen) zu bilden. Selbst wenn ein Primärtumor operativ komplett entfernt werden konnte, bilden sich manchmal noch nach Jahren Metastasen. Sie können aus einzelnen Krebszellen entstehen, die sich schon vor der Operation in Lymphknoten, im Knochenmark oder in anderen Organen abgesiedelt haben. Solche Kleinst- oder Mikrometastasen entstehen bei manchen Krebserkrankungen bereits in sehr frühen Tumorstadien.

Behandlungsmethoden bei lokalisierten Stadien

Ist der Tumor noch auf ein Organ oder ein Gewebe beschränkt, werden zunächst Therapieformen eingesetzt, die möglichst zielgenau nur die bösartige Geschwulst treffen sollen. Etablierte Verfahren zur Bekämpfung lokaler Tumoren sind die Operation und die Strahlentherapie.

Im Rahmen der Operation werden der Tumor selbst und meist auch das ihn umgebende Gewebe herausgeschnitten. Auf diese Weise hofft man auch solche Tumorzellen zu entfernen, die in die Umgebung des Tumors eingewandert sind. Wo immer möglich, operieren Chirurgen heute so, dass die Funktion des betroffenen Organs

möglichst wenig beeinträchtigt wird. Um den Behandlungserfolg zu stabilisieren, folgt auf die Operation nicht selten eine ergänzende Chemotherapie. Mediziner sprechen dann von einer adjuvanten Chemotherapie.

Eine Chemotherapie wird bei manchen Patienten auch vor der Operation (neoadjuvant) durchgeführt, um den Tumor zunächst medikamentös zu verkleinern.

Zur Stabilisierung des Behandlungserfolges wird nach der Operation manchmal eine so genannte Nachbestrahlung durchgeführt. Das geschieht regelmäßig nach Brust erhaltenden Operationen des Mammakarzinoms oder wenn der Verdacht besteht, dass mikroskopisch kleine Tumoreste im Körper verblieben sein könnten.

Die Strahlentherapie kann die Operation auch komplett ersetzen. Das geschieht immer dann, wenn die Operation technisch nicht möglich ist – wenn man also an den Tumor mit dem Skalpell beim besten Willen nicht herankommt – oder wenn das Operationsrisiko für den Patienten zu groß ist. Andere Methoden zur Behandlung lokaler Tumore nutzen Laserstrahlen sowie die Erhitzung oder die Vereisung des Tumorgewebes.

Behandlung fortgeschrittener Stadien

In fortgeschrittenen Stadien gewinnt speziell die Chemotherapie an Bedeutung, weil sie stets auf den gesamten Organismus, also systemisch wirkt.

Darüber hinaus spielt die so genannte Immuntherapie seit einigen Jahren eine immer größere Rolle. Signalstoffe des Immunsystems wie das Interferon kommen

ebenso zum Einsatz wie speziell im Labor gezüchtete Antikörper, die in der Lage sind, bestimmte Krebszellen zu erkennen und ihre Bekämpfung einzuleiten

Therapieerfolg

Das Ziel jeder Tumorthherapie wird mit dem Patienten individuell besprochen. Eine dauerhafte Heilung wird immer dann angestrebt, wenn sie für den Patienten ohne allzu große Nebenwirkungen tatsächlich erreichbar scheint.

Selbst wenn eine Heilung nicht möglich ist, lässt sich möglicherweise eine komplette Remission (CR) erreichen. Von CR spricht man, wenn mit den zur Verfügung stehenden diagnostischen Mitteln im Körper keine Krebszellen mehr nachweisbar sind. Als teilweise oder partielle Remission (PR) bezeichnen Ärzte Therapie-Ergebnisse, wenn die Tumorgöße im Lauf der Behandlung um mindestens die Hälfte reduziert werden konnte.

Die Zeit von der kompletten Remission bis zum Wiederauftreten der Erkrankung nennen Ärzte rückfallfreies Intervall. Ab einem fünfjährigen rückfallfreien Intervall sind die Aussichten auf dauerhafte Heilung je nach Krebsart vergleichsweise gut. Bei manchen Patienten kann die Tumorerkrankung zum Stillstand gebracht werden, ohne dass sie ganz verschwindet. Sie gilt dann als stabile Erkrankung, die regelmäßig ärztlicher Versorgung bedarf.

Lange Zeit galt in der Tumorthherapie das Paradigma des möglichst langen Überlebens um (fast) jeden Preis. Der Erfolg einer Therapie ist heute sehr viel enger mit der zu erreichenden Lebensqualität verknüpft. Mit anderen Worten: Ziel der Therapie ist nicht, dem Leben Jahre, sondern den Jahren Leben zu geben.

Kurz berichtet

8

Neues aus der Forschung

Raucher früher zur Darmkrebsvorsorge?

Aktive Raucher und Personen, die in ihrem Lebensumfeld häufig Tabakrauch ausgesetzt sind, erkranken früher an Dickdarmkrebs als Nichtraucher. Sie sollten Wissenschaftlern in der Fachzeitschrift *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* zufolge deshalb auch früher an entsprechenden Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen können.



Die Forscher hatten Daten von mehr als 3.500 Personen ausgewertet, die an Krebs im Dick- oder Enddarmbereich erkrankt waren. Dabei stellte sich heraus, dass die aktiven Raucher im Durchschnitt fast sieben Jahre früher erkrankt waren als die Nichtraucher. Auch ehemalige Raucher waren bei Diagnosestellung jünger als Nichtraucher. Der messbare Altersunterschied verschwand erst bei denen, die bereits fünf Jahre oder länger mit dem Rauchen aufgehört hatten. Unter Nichtrauchern erkrankten Per-

sonen, die in ihrem Arbeits- und Lebensumfeld häufigem Tabakrauch ausgesetzt sind, am frühesten. Aufgrund ihrer Ergebnisse empfehlen die Forscher, bei Rauchern die Früherkennungsuntersuchungen für Darmkrebs bereits fünf bis zehn Jahre früher zu starten. Derzeit liegt der Beginn des gesetzlichen Darmkrebs-Früherkennungsprogramms bei einem Alter von 50 Jahren.

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Krebsgesellschaft

Hautkrebsvorsorge ab 35

Die standardisierte Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs wird ab dem 1. Juli 2008 von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Versicherte ab 35 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf die Untersuchung.

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs kann nach entsprechender Fortbildung von Dermatologen (Hautärzten) und hausärztlich tätigen Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internisten und Praktischen Ärzten vorgenommen werden. Wenn ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird dieser immer durch einen Dermatologen abgeklärt, zunächst durch die visuelle Untersuchung und gegebenenfalls

Impressum

© 2008, LUKON GmbH

Chefredaktion:
Dr. Siegfried Siehl, Dr. Ulrike Söling

Grafik-Design, Illustration:
Charlotte Schmitz

Druck:
DigitalDruckHilden

durch die Begutachtung einer Gewebeprobe. Jährlich erkranken in Deutschland etwa 120.000 Menschen an verschiedenen Formen von Hautkrebs. An dem sogenannten malignen Melanom, einer besonders gefährlichen Krebserkrankung, sterben in Deutschland circa 2.000 Menschen im Jahr.



Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom 6. März 2008 ist die Hautkrebs-Screening-Untersuchung in den Kanon Krebsvorsorgeuntersuchungen aufgenommen worden. Das Hautkrebs-Screening müssen die gesetzlichen Krankenkassen ab dem 1. Juli 2008 bezahlen.

Quelle: Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Anzeige



Das **Menschenmögliche** tun.

ribosepharm