

Patientenleitlinie

Darmkrebs im metastasierten Stadium



Impressum

Herausgeber

„Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe

Office des Leitlinienprogrammes Onkologie

Kuno-Fischer-Straße 8

14057 Berlin

Telefon: 030 322932959

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Autorenremium dieser Auflage (2. Auflage)

- Maria Hass (Patientenvertreterin für die Deutsche ILCO e. V.)
- Dr. med. Jürgen Körber (Arbeitsgemeinschaft onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin (AGORS))
- Prof. Dr. med. Frank Kolligs (Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS))
- Prof. Dr. med. Stefan Post (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK))
- PD Dr. med. Christian Pox (Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), Leitlinienkoordination der „S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom“ Langversion 2.1)

Redaktion und Koordination der 2. Auflage

- Dr. med. Lydia Bothe (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ))

Autorenremium der 1. Auflage

- Maria Hass, Prof. Dr. med. Frank Kolligs, Prof. Dr. med. Stefan Post, PD Dr. med. Christian Pox

Textfassung der 1. Auflage

- Silja Schwencke (freie Medizinjournalistin), Berlin

Koordination der 1. Auflage

- Dr. rer. medic. Sabine Schwarz (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ))

Grafiken

- Patrick Rebacz, Witten

Finanzierung der Patientenleitlinie

Die Erstellung der Patientenleitlinie wurde von der Stiftung Deutsche Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie (OL) finanziert.

Gültigkeitsdauer und Fortschreibung

Die Patientenleitlinie ist bis zur Aktualisierung der ärztlichen Leitlinie „S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom (Langversion 2.1 – Januar 2019)“ gültig.

Stand: Juni 2019

Artikel-Nr. 195 0010

Patientenleitlinie

Darmkrebs im metastasierten Stadium



Inhalt

- 1. Was diese Patientenleitlinie bietet** _____ **6**
Warum Sie sich auf die Aussagen in dieser Broschüre verlassen können **7**
Soll-, Sollte-, Kann-Empfehlungen – was heißt das? **8**
- 2. Der Darm** _____ **11**
Wie ist der Darm aufgebaut? **11**
Welche Aufgaben hat der Darm? **13**
- 3. Darmkrebs – was ist das?** _____ **14**
Was heißt eigentlich Krebs? **14**
Wie entsteht Darmkrebs? **14**
Wie häufig ist Darmkrebs? **16**
Besondere Patientengruppen **17**
- 4. Wie wird Darmkrebs festgestellt?** _____ **19**
Untersuchungen: nachfragen und verstehen **19**
Anzeichen für Darmkrebs **20**
Die Darmspiegelung (Koloskopie) – die zuverlässigste Untersuchung **21**
Wie sicher ist eine große Darmspiegelung? **23**
- 5. Untersuchungen nach der Diagnose:
Wie weit hat sich der Krebs ausgebreitet?** _____ **25**
Tastuntersuchung des Enddarms **25**
Ultraschall des Bauchraums **25**
Röntgenaufnahme des Brustkorbs **26**
Computertomographie (CT) **26**
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit oder ohne CT **27**
Tumormarker CEA **27**
Besondere Untersuchungen beim Rektumkarzinom **28**
Zusammenfassung: empfohlene Untersuchungen **30**
- 6. Die Darmkrebs-Stadieneinteilung** _____ **31**
Die TNM-Klassifikation **31**
Die UICC-Klassifikation **32**
Eigenschaften der Tumorzellen **34**
- 7. Wie es nach den Untersuchungen weitergeht** _____ **35**
Der Behandlungsplan **35**
Was ist eine Tumorkonferenz? **36**
Was ist ein „Zertifiziertes Darmkrebszentrum“? **36**
Ein Wort zu klinischen Studien **37**
- 8. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bei metastasiertem Darmkrebs?** _____ **40**
Die Operation eines kolorektalen Karzinoms **41**
Die Chemotherapie **50**
Zielgerichtete Medikamente **52**
Die Strahlentherapie **54**
Örtliche Behandlungsverfahren bei Lebermetastasen **55**
Behandlung von Metastasen im Bauchfell **57**
Sollen andere Verfahren angewendet werden: mehr zu komplementären und alternativen Verfahren **58**
- 9. Welche Behandlung für wen?** _____ **63**
Für wen wird eine intensive Behandlung empfohlen? **64**
Für wen wird eine weniger intensive Behandlung empfohlen? **71**
Und wenn der Krebs nach der Chemotherapie weiter fortschreitet? **72**
Für wen wird keine direkte Behandlung gegen den Krebs mehr empfohlen? **72**
- 10. Unterstützende Behandlung (Supportivmedizin)** _____ **77**
Schmerzen behandeln **78**
Erschöpfung (Fatigue) behandeln **80**
Übelkeit und Erbrechen **80**
Durchfälle **81**



Nervenschäden	82
Hautprobleme	82
Entzündung der Mundschleimhaut	84
Erhöhter Blutdruck	84
Magen-Darm-Blutungen	84
11. Rehabilitation – Der Weg zurück in den Alltag	85
12. Nachsorge – Wie geht es nach der Behandlung weiter?	88
13. Leben mit den Folgen einer Darmoperation	89
Leben mit einem künstlichen Darmausgang	89
Leben mit den Folgen einer Darmoperation bei Erhalt des Schließmuskels	94
14. Seelische und soziale Unterstützung	96
Psychoonkologische Unterstützung	96
Selbsthilfegruppen	98
Soziale Beratung und materielle Unterstützung	98
15. Leben mit Darmkrebs – den Alltag bewältigen	101
Bewegung und Sport	101
Ernährung	101
Leben mit der Diagnose Krebs	103
In Kontakt bleiben: Familie, Freunde und Kollegen	104
16. Hinweise für Angehörige und Freunde	107
17. Ihr gutes Recht	110
Patientenrechte	110
Ärztliche Zweitmeinung	111
Vorsorge treffen: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung	112
18. Adressen und Anlaufstellen	114
Selbsthilfe	114
Beratungsstellen	114
Ernährungsberatung	117
Für Kinder krebskranker Eltern	117
Weitere Adressen	118
19. Wenn Sie mehr zum Thema lesen möchten	120
20. Wörterbuch	123
21. Verwendete Literatur	134
22. Ihre Anregungen zu dieser Patientenleitlinie	139
23. Bestellformular	141

1. Was diese Patientenleitlinie bietet

Diese Leitlinie richtet sich an Menschen, bei denen Darmkrebs im metastasierten Stadium festgestellt wurde. Sie soll Ihnen wichtige Informationen über Ihre Erkrankung geben. Die Broschüre kann das Arztgespräch nicht ersetzen. Sie finden hier jedoch zusätzliche Informationen, Hinweise und Hilfsangebote, die Sie sowohl im Gespräch als auch im Alltag unterstützen können.

Liebe Leserin, lieber Leser!

Vielleicht wurde bei Ihnen Darmkrebs im metastasierten Stadium festgestellt oder es besteht der Verdacht darauf. „Metastasiert“ bedeutet, dass der Krebs bereits in andere Organe zum Beispiel in die Leber gestreut und dort neue Geschwülste gebildet hat, sogenannte Metastasen. In dieser Patientenleitlinie finden Sie viele Informationen, die Ihnen helfen können, Ihre Situation besser einzuschätzen. Sie erfahren, wie Darmkrebs entsteht, wie er festgestellt und behandelt wird. So können Sie absehen, was infolge der Krankheit auf Sie zukommen kann und wie Sie dem begegnen können.



Wenn Sie als Familienmitglied von einem kranken Menschen diese Patientenleitlinie lesen, finden Sie spezielle Hinweise ab Seite 107.

Diese Patientenleitlinie informiert über die Behandlung von metastasiertem Darmkrebs. Für Darmkrebs im frühen Stadium gibt es eine eigene Patientenleitlinie. Es gibt ebenfalls eine Gesundheitsleitlinie zur Früherkennung von Darmkrebs.

Alle Patientenleitlinien können Sie sich kostenlos bei der Deutschen Krebshilfe bestellen www.krebshilfe.de. Sie finden sie auch zum Download auf www.leitlinienprogramm-onkologie.de oder www.awmf.org.



Wir möchten Sie mit dieser Patientenleitlinie

- mit Aufbau und Funktion des gesunden Darms vertraut machen;
- über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Darmkrebs informieren;
- über die empfohlenen Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten aufklären;
- darin unterstützen, im Gespräch mit allen an der Behandlung Beteiligten die „richtigen“ Fragen zu stellen;
- dazu ermutigen, anstehende Behandlungsentscheidungen in Ruhe und nach Beratung mit Ihrem Behandlungsteam sowie Ihren Angehörigen zu treffen;
- auf Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag aufmerksam machen;
- auf Beratungs- und Hilfsangebote hinweisen.

Warum Sie sich auf die Aussagen in dieser Broschüre verlassen können

Grundlage für diese Patientenleitlinie ist die „S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom (Langversion 2.1 – Januar 2017)“. Diese Leitlinie enthält Informationen und Empfehlungen für verschiedene Berufsgruppen, die an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Darmkrebs beteiligt sind. Koordiniert und initiiert von der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. und gefördert durch die Deutsche Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie, haben mehrere medizinische Fachgesellschaften, Organisationen und Patientenvereinigungen diese Leitlinie erstellt. Eine Liste aller beteiligten Organisationen finden Sie auf Seite 134.



S3 bedeutet, dass die Leitlinie den höchsten methodischen Ansprüchen genügt, die in Deutschland gelten. Da die Leitlinie für Fachleute geschrieben wurde, ist sie jedoch nicht für jeden verständlich. In dieser



Broschüre übersetzen wir die Empfehlungen in eine verständlichere Form. Auf welche wissenschaftlichen Quellen und Studien sich diese Patientenleitlinie stützt, können Sie in der S3-Leitlinie nachlesen. Die Angaben zur Literatur, die wir außerdem noch genutzt haben, finden Sie am Ende des Heftes ab Seite 136.

Die „S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom“ ist für jeden frei zugänglich. www.leitlinienprogramm-onkologie.de



Aktualität

In der Patientenleitlinie finden Sie alle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, die in der aktuellen S3-Leitlinie (Stand Januar 2019) genannt werden. Aber die Forschung geht weiter. Immer wieder werden neue Verfahren, beispielsweise auch Wirkstoffe, getestet. Wenn sie sich nach kritischer Bewertung aller vorhandenen Daten als wirksam erwiesen haben, nimmt das Expertenteam beispielsweise neue Untersuchungen oder Medikamente in die S3-Leitlinie auf. Dann wird auch diese Patientenleitlinie aktualisiert.

Soll-, Sollte-, Kann-Empfehlungen – was heißt das?

Die Empfehlungen einer ärztlichen Leitlinie beruhen soweit wie möglich auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Manche dieser Erkenntnisse sind eindeutig und durch aussagekräftige Studien abgesichert. Andere wurden in Studien beobachtet, die keine sehr zuverlässigen Ergebnisse liefern. Manchmal gibt es in unterschiedlichen Studien auch widersprüchliche Ergebnisse. Alle Daten werden einer kritischen Wertung durch die Expertengruppe unterzogen. Dabei geht es auch um die Frage: Wie bedeutsam ist ein Ergebnis aus Sicht der Betroffenen? Das Resultat dieser gemeinsamen Abwägung spiegelt sich in den Empfehlungen der Leitlinie wider. Je nach Datenlage und Einschätzung der Leitliniengruppe gibt es unterschiedlich starke Empfehlungen.

Das wird auch in der Sprache ausgedrückt:

- „*soll*“ (starke Empfehlung): Nutzen beziehungsweise Risiken sind eindeutig belegt und/oder sehr bedeutsam, die Ergebnisse stammen eher aus sehr gut durchgeführten Studien;
- „*sollte*“ (Empfehlung): Nutzen beziehungsweise Risiken sind belegt und/oder bedeutsam, die Ergebnisse stammen eher aus gut durchgeführten Studien;
- „*kann*“ (offene Empfehlung): Die Ergebnisse stammen entweder aus weniger hochwertigen Studien oder die Ergebnisse aus zuverlässigen Studien sind nicht eindeutig oder der belegte Nutzen ist nicht sehr bedeutsam.

Manche Fragen sind für die Versorgung wichtig, wurden aber nicht in Studien untersucht. In solchen Fällen kann die Expertengruppe aufgrund ihrer eigenen Erfahrung gemeinsam ein bestimmtes Vorgehen empfehlen, das sich in der Praxis als hilfreich erwiesen hat. Das nennt man einen Expertenkonsens.

Bei der Umsetzung der ärztlichen Leitlinie haben wir diese Wortwahl beibehalten. Wenn Sie in unserer Patientenleitlinie also lesen, Ihre Ärztin oder Ihr Arzt *soll*, *sollte* oder *kann* so oder so vorgehen, dann geben wir damit genau den Empfehlungsgrad der Leitlinie wieder. Beruht die Empfehlung nicht auf Studiendaten, sondern auf Expertenmeinung, schreiben wir: „nach Meinung der Expertengruppe...“.




Was Sie beachten sollten

Bevor Sie sich in das Lesen der Patientenleitlinie vertiefen, möchten wir Ihnen vorab einige Punkte ans Herz legen, die uns besonders wichtig sind:

- Diese Broschüre ist kein Buch, das Sie von vorne bis hinten durchlesen müssen. Sie ist zum Blättern gedacht, und jedes Kapitel steht so gut es geht für sich.
- Nehmen Sie sich Zeit: Obwohl wir uns bemüht haben, verständlich zu schreiben, ist das Thema nicht einfach. Falls etwas unklar bleibt, haben Sie die Möglichkeit, Ihren Arzt gezielt darauf anzusprechen.
- Nehmen Sie sich das Recht mitzuentcheiden: Nichts sollte über Ihren Kopf hinweg entschieden werden. Nur wenn Sie mit einer Untersuchung oder Behandlung einverstanden sind, darf sie vorgenommen werden.
- Nehmen Sie sich die Freiheit, etwas nicht zu wollen: Mitzuentcheiden heißt nicht, zu allem ja zu sagen. Das gilt auch für Informationen. Obwohl wir davon ausgehen, dass Informationen die Eigenständigkeit von Menschen stärken, kann Ihnen niemand verwehren, etwas nicht an sich heranlassen oder nicht wissen zu wollen.
- Es kann vorkommen, dass empfohlene Maßnahmen nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Fragen Sie vorher bei Ihrer Krankenkasse nach.

Noch ein allgemeiner Hinweis: Fremdwörter und Fachbegriffe sind im Kapitel „Wörterbuch“ erklärt.

Die  neben dem Text weist auf weiterführende Informationen in dieser Broschüre hin.

Der einfachen Lesbarkeit halber haben wir auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Stattdessen nutzen wir abwechselnd die weibliche und männliche Form.

2. Der Darm

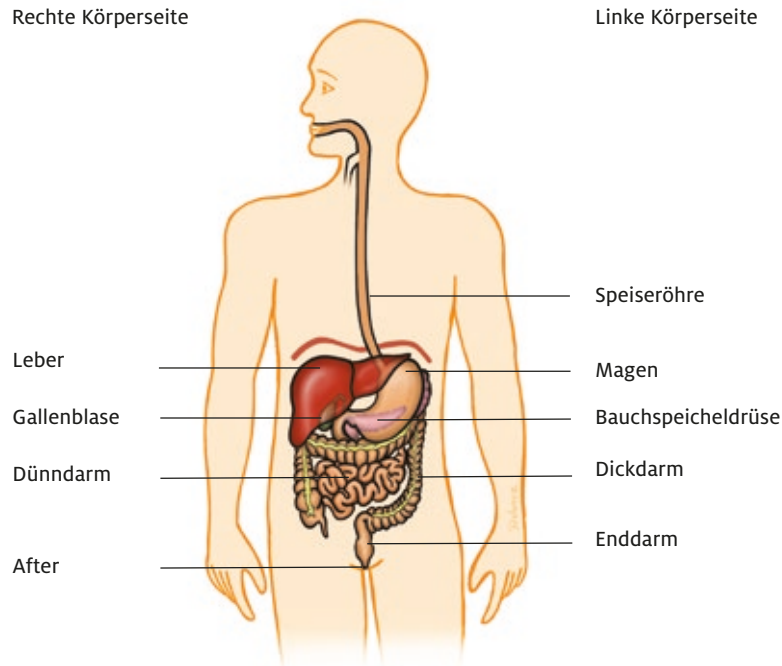
Spricht man von Darmkrebs, ist entweder der Dickdarm (Kolon) oder der Enddarm (Mastdarm, Rektum) gemeint. In diesem Kapitel erfahren Sie, wie der Darm aufgebaut ist und welche Aufgaben die verschiedenen Darmabschnitte haben.

Wie ist der Darm aufgebaut?

Die Nahrung legt auf ihrem Weg durch das Verdauungssystem etwa sechs Meter zurück. Vom Mund gelangt sie über die Speiseröhre in den Magen, von dort aus durch den Dünndarm in den Dickdarm und Enddarm (siehe Abbildung „Das Verdauungssystem des Menschen“). Der Dickdarm (Kolon) macht bei dieser Passage die letzten etwa anderthalb Meter aus.

Das Kolon unterteilt sich weiter in die Abschnitte: aufsteigendes Kolon, Querkolon, absteigendes Kolon und Sigma. An das Kolon schließt sich der etwa 15 cm lange Enddarm an, das sogenannte Rektum. Am Ende des Rektums sitzt der Darmausgang (After oder Anus) mit dem Schließmuskel (siehe Abbildung „Aufbau des Dickdarms in Kolon und Rektum“).

Die Wand des Darms besteht aus mehreren Schichten. Innen ist der Darm mit einer Schleimhaut ausgekleidet. In den äußeren Schichten sorgen Muskelfasern dafür, dass die Nahrungsreste in Richtung Darmausgang transportiert werden.



Das Verdauungssystem des Menschen

Welche Aufgaben hat der Darm?

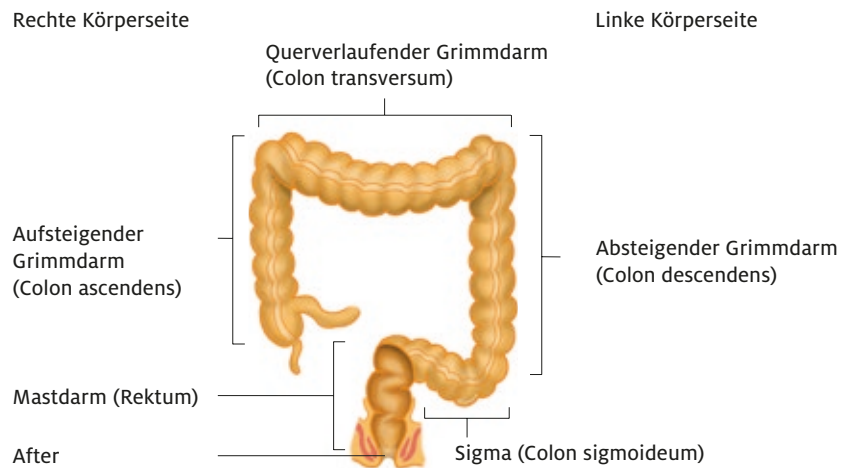
Die Nahrung wird im Mund durch den Speichel und im Magen durch den Magensaft vorverdaut. Im Dünndarm wird sie dann – unter anderem mithilfe von Verdauungssäften aus der Galle und der Bauchspeicheldrüse – weiter aufgespalten, und zwar so weit, dass die Nährstoffe über die Dünndarmschleimhaut ins Blut aufgenommen werden können.

Der Dickdarm hat vor allem die Aufgabe, den nun nicht weiter verwertbaren Nahrungsbrei einzudicken – er entzieht ihm Wasser und Salze. Was passiert, wenn der Darm diese Aufgabe nicht erfüllt, merken Sie zum Beispiel, wenn Sie Durchfall bekommen. Der Enddarm entzieht den Nahrungsresten auch noch Wasser und Salze, vor allem aber sammelt er diese für die nächste Stuhlentleerung.



Kolon und Rektum

Die Unterschiede zwischen Kolon und Rektum sind wichtig, da die empfohlene Behandlung davon abhängen kann, in welchem Abschnitt der Krebs entstanden ist.



Aufbau des Dickdarms in Kolon und Rektum

3. Darmkrebs – was ist das?

Jede Zelle des Körpers kann sich bösartig verändern. Krebs kann sich also überall in unserem Körper entwickeln: aus Blutzellen zum Beispiel genauso wie aus Darmzellen. Wie ein Darmkrebs entsteht und wie häufig er ist, erfahren Sie in diesem Kapitel.

Was heißt eigentlich Krebs?

Krebs entsteht durch veränderte Erbinformationen einzelner Zellen. Normalerweise erkennt und kontrolliert der Körper viele solcher genetisch veränderten Zellen. Manchmal können sich aber Zellen diesem Kontrollmechanismus entziehen. Sie vermehren sich dann schneller als normale Körperzellen und können das gesunde Körpergewebe verdrängen. Eine so gewachsene Geschwulst nennt man Tumor.

Man unterscheidet zwischen gutartigen und bösartigen Tumoren. Bösartig bedeutet, dass die Erbinformation in diesen Zellen so weit verändert ist, dass diese sozusagen „vergessen“ haben, was ihre ursprüngliche Aufgabe und ihr Platz im Körper waren. Solche Tumorzellen wachsen unkontrolliert, sie brechen in gesundes Nachbargewebe ein und sind fähig, sich von den anderen Zellen zu lösen: Über die Blut- oder Lymphbahnen können sie so in andere Organe streuen und dort neue Tochtergeschwulste bilden, sogenannte Metastasen.

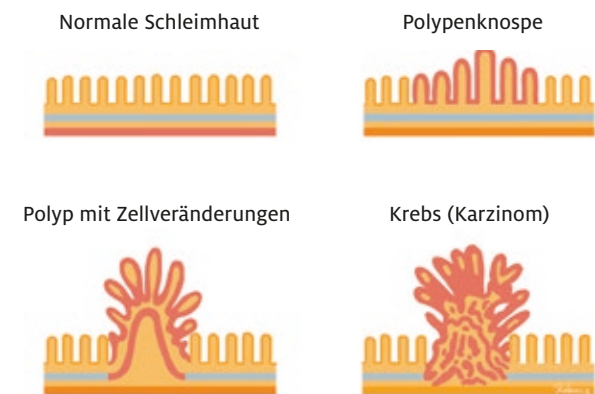
In einem gutartigen Tumor sind die Zellen zwar verändert, bleiben aber an ihrem Platz, bilden keine Metastasen und brechen nicht in gesundes Nachbargewebe ein.

Wie entsteht Darmkrebs?

Darmkrebs entsteht in der Schleimhaut des Darms. Bösartige Tumore, die von solchen Deckgeweben, also Haut oder Schleimhäuten, ausgehen, nennt man Karzinome. Der medizinische Fachbegriff für Dickdarmkrebs lautet deshalb kolorektales Karzinom. Darunter sind Kolonkarzinome

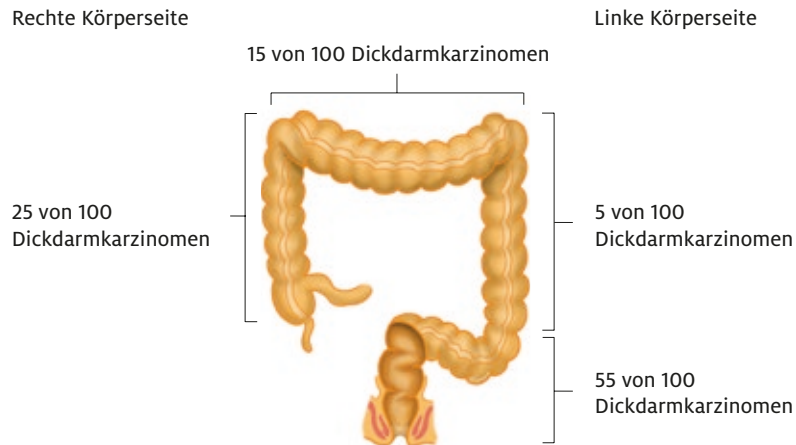
und Rektumkarzinome zusammengefasst. Da diese mit Abstand die häufigsten bösartigen Tumore im Darm sind, meint jemand, der über Darmkrebs spricht, in der Regel ein kolorektales Karzinom. Andere Krebsformen im Dickdarm oder Krebs im Dünndarm sind sehr selten.

Darmkrebs entwickelt sich meistens langsam in mehreren Stufen (siehe Abbildung „Stufenweise Entwicklung von Darmkrebs“). Zunächst verdickt sich an einer Stelle die Darmschleimhaut, da hier mehr Zellen wachsen als normalerweise. Mit der Zeit kann so eine pilzartige Vorwölbung entstehen. Diese heißt in der Fachsprache Polyp oder Adenom. Dieser gutartige Tumor kann sich – er muss aber nicht – im Verlauf von Jahren zu einer bösartigen Geschwulst wandeln. Durchschnittlich dauert es fünf bis zehn Jahre, bis aus einem kleinen Polypen Darmkrebs geworden ist.



Stufenweise Entwicklung von Darmkrebs

Darmkrebs kann sich in allen Abschnitten des Dickdarms entwickeln. Häufiger als in den anderen Abschnitten entsteht er in den letzten 40 cm. Dort tritt mehr als die Hälfte aller Karzinome im Darm auf (siehe Abbildung „Häufigkeit von Krebs in den einzelnen Abschnitten des Dickdarms“).



Häufigkeit von Krebs in den einzelnen Abschnitten des Dickdarms

Der Tumor kann so groß werden, dass er den Darm komplett verschließt oder nach außen die Darmwand durchbricht und ins Bauchfell einwächst. Wenn Dickdarmkrebszellen streuen, bilden sich die Metastasen häufig zuerst in der Leber.

Wie häufig ist Darmkrebs?

Darmkrebs ist in Deutschland bei Männern und Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung. 2014 erkrankten 33.000 Männer und 28.000 Frauen daran. 2018 sollen es laut Schätzungen etwas weniger Männer und Frauen sein.

Die Wahrscheinlichkeit, an Darmkrebs zu erkranken, erhöht sich mit dem Lebensalter: Mehr als die Hälfte der Betroffenen erkrankte nach dem 70. Lebensjahr, nur etwa jeder Zehnte war jünger als 55 Jahre. Das durchschnittliche Alter, in dem der Tumor entdeckt wurde, lag für Männer bei 72, für Frauen bei 75 Jahren.

Darmkrebs zählt zu den Krebserkrankungen mit mittlerer Prognose (Vorhersage des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufs). Fünf Jahre, nachdem

der Krebs festgestellt wurde, lebt noch gut die Hälfte der betroffenen Personen. Dabei nimmt die Anzahl der Todesfälle bezogen auf alle Menschen mit Darmkrebs seit Jahren ab. Das heißt, dass mehr Menschen langfristig mit der Krankheit leben.

All diese statistischen Zahlen sagen aber über den Einzelfall und Ihren persönlichen Krankheitsverlauf wenig aus. Neben vielem anderen hängt dieser auch davon ab, wie weit fortgeschritten die Erkrankung ist, wie groß der Tumor ist und wie aggressiv er wächst.

Besondere Patientengruppen

Für manche Patientengruppen gelten besondere Empfehlungen bei der Früherkennung, Behandlung und der Nachsorge von Darmkrebs. Diese gibt die Patientenleitlinie nicht im Einzelnen wieder.

Zu diesen Gruppen gehören Menschen mit erblich bedingtem Darmkrebs: Bei ihnen finden sich in allen Körperzellen veränderte Erbinformationen, die das Risiko von Darmkrebs erhöhen – die Veränderung kann somit vererbt werden. Dies trifft nur für sehr wenige Menschen mit Darmkrebs zu, vermutlich auf weniger als 5 von 100 Betroffenen. Häufig sind diese jünger als 50 Jahre, wenn der Darmkrebs festgestellt wird, und in ihren Familien treten nicht selten über Generationen hinweg immer wieder Krebserkrankungen auf.

Solche Personen *sollten* sich nach Meinung der Expertengruppe in ausgewiesenen Zentren vorstellen, die Erfahrung auf dem Gebiet des erblichen Darmkrebses haben.

Nicht verwechseln darf man diesen erblich bedingten Darmkrebs mit den „familiär gehäuft“ auftretenden Erkrankungen. Familiär gehäuft bedeutet, dass es Familien gibt, in denen Darmkrebs etwas häufiger vorkommt als in der übrigen Bevölkerung, ohne dass dahinter eine bekannte erbliche Erkrankung steckt. Aus solchen Familien kommen etwa



2 bis 3 von 10 Menschen, die an Darmkrebs erkranken. Für sie gelten zur Behandlung und Nachsorge alle Empfehlungen, die auch für die übrige Bevölkerung gelten. Allerdings empfiehlt man manchen Familienmitgliedern, in einem jüngeren Alter an der Früherkennung teilzunehmen als üblicherweise. Informationen zu diesem Thema lesen Sie auch in der Gesundheitsleitlinie „Früherkennung von Darmkrebs“ und im Kapitel „Hinweise für Angehörige und Freunde“ ab Seite 107.



Auch für Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn gelten zum Teil spezielle Empfehlungen bei der Früherkennung, Behandlung und der Nachsorge von Darmkrebs. Mehr Informationen bieten Ihnen die Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen. Kontakte haben wir im Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 114 für Sie aufgelistet.



4. Wie wird Darmkrebs festgestellt?

Welche Anzeichen auf Darmkrebs hindeuten können und mit welchen Untersuchungen er festgestellt werden kann, erfahren Sie in diesem Kapitel.

Untersuchungen: nachfragen und verstehen

Wichtig ist, dass Sie die Untersuchungen und deren Ergebnisse verstehen. Trauen Sie sich, Ihre Fragen zu stellen, und fragen Sie nach, wenn Ihnen etwas unklar ist. Im Kasten „Das gute Gespräch“ finden Sie Tipps, wie Sie das Gespräch in Ihrem Sinne gestalten können.



Das gute Gespräch

- Überlegen Sie sich vor einem Arztgespräch in Ruhe, was Sie wissen möchten. Es kann Ihnen helfen, wenn Sie sich Ihre Fragen auf einem Zettel notieren.
- Ebenso hilfreich kann es sein, wenn Sie Angehörige oder eine andere Person Ihres Vertrauens in das Gespräch mitnehmen.
- Respekt und ein freundlicher Umgang sollten für alle selbstverständlich sein.
- Sie können während des Gesprächs mitschreiben. Sie können aber auch um schriftliche Informationen bitten.
- Teilen Sie Ihrem Gegenüber mit, wenn Sie nervös, angespannt oder völlig kraftlos sind. Jeder versteht das.
- Trauen Sie sich, Ihre Ängste, Vorstellungen oder Hoffnungen offen anzusprechen.
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder Sie weitere Informationen benötigen.
- Bitten Sie darum, dass man Ihnen Fachausdrücke oder medizinische Details erklärt, zum Beispiel mithilfe von Bildern.



- Denken Sie ruhig auch nach dem Gespräch darüber nach, ob alle Ihre Fragen beantwortet wurden und ob Sie das Gefühl haben, das Wesentliche verstanden zu haben. Trauen Sie sich, noch einmal nachzufragen, falls Ihnen etwas unklar geblieben ist.

Manchmal ist es gar nicht so leicht, im Arztgespräch alles anzusprechen, was man wissen möchte. Im Kasten „Fragen vor einer Untersuchung“ und auch in den nächsten Kapiteln finden Sie einige Anregungen für Fragen, die Sie stellen können.



Fragen vor einer Untersuchung

- Warum ist die Untersuchung notwendig?
- Welches Ziel und welchen Nutzen hat die Untersuchung?
- Wie zuverlässig ist das Untersuchungsergebnis?
- Kann ich auf die Untersuchung verzichten?
- Wie läuft die Untersuchung ab?
- Welche Risiken bringt sie mit sich?
- Gibt es andere Untersuchungen, die genauso gut sind?
- Sind Nebenwirkungen zu erwarten und, wenn ja, welche?
- Wann erhalte ich das Ergebnis?

Anzeichen für Darmkrebs

Darmkrebs kann lange wachsen, ohne dass Betroffene es bemerken. Folgende Zeichen können von einem Darmtumor herrühren:

- Blut im Stuhl oder auf dem Stuhl oder durch Blut schwarz gefärbter Stuhl;
- veränderte Stuhlgewohnheiten, zum Beispiel ein Wechsel von Durchfall und Verstopfung, bleistift dünner Stuhl, häufiger Stuhldrang oder auffallend übelriechender Stuhl;

- wiederkehrende, krampfartige Bauchschmerzen, die länger als eine Woche andauern;
- ungewohnt starke Blähungen, eventuell mit gleichzeitigem Abgang von Blut, Schleim oder Stuhl;
- Müdigkeit, Blässe und Leistungsabfall;
- Gewichtsverlust;
- tastbare Verhärtungen im Bauchraum oder tastbar vergrößerte Lymphknoten.

Sichere Hinweise für die Erkrankung gibt es nicht. Die hier beschriebenen Anzeichen können auch andere, harmlose Ursachen haben. Dennoch sollten Sie ärztlichen Rat suchen, wenn Sie solche Zeichen bei sich erkennen. Dann kann gegebenenfalls eine Darmspiegelung in Frage kommen.

Die Darmspiegelung (Koloskopie) – die zuverlässigste Untersuchung

Das Standardverfahren, um Darmkrebs festzustellen, ist die sogenannte komplette oder große Koloskopie – die Spiegelung des gesamten Dickdarms. Es gibt derzeit keine anderen Untersuchungen, mit denen sich Darmkrebs so zuverlässig und sicher feststellen lässt wie mit einer Darmspiegelung. Daher *sollen* Ihnen Ärzte eine vollständige Darmspiegelung anbieten, wenn der Verdacht auf Darmkrebs besteht.

Eine Koloskopie dürfen nur speziell geschulte Ärztinnen durchführen. Wie die Untersuchung abläuft, wie Sie sich darauf vorbereiten und was Sie danach beachten sollten, erklären sie Ihnen normalerweise einige Tage vorher.

In der Woche vor der Untersuchung wird Ihnen Blut abgenommen, um Blutgerinnungsstörungen auszuschließen. Dies kann auch in Ihrer Hausarztpraxis geschehen.



Vor einer Darmspiegelung muss Ihr Dickdarm vollständig entleert werden. Da sich nur ein leerer Darm zuverlässig beurteilen lässt, ist eine gute Vorbereitung sehr wichtig. Schon zwei Tage vor der Darmspiegelung sollten Sie deshalb auf schwer verdauliche Speisen, etwa einen Gänsebraten, verzichten. Ab dem Abend vor der Untersuchung sollten Sie nichts mehr essen. Entweder nehmen Sie an diesem Abend ein Abführmittel ein oder trinken am Morgen des Untersuchungstages eine Spüllösung oder Sie nehmen einen Teil der Spüllösung am Abend und den anderen am Morgen zu sich.

Wenn Sie Angst vor einer Darmspiegelung haben, können Sie kurz vorher ein Schlafmittel erhalten, das Sie in eine Art Dämmer Schlaf versetzt.

Bei der Untersuchung liegen Sie seitlich auf einer Liege, während der Arzt einen biegsamen, etwa fingerdicken Schlauch in den Darm einführt und durch den Dickdarm bis zum Anfang des Dünndarms führt. Am vorderen Ende des Schlauchs, dem sogenannten Endoskop, befinden sich eine Lichtquelle und eine Kamera. In den Darm wird etwas Luft eingeblasen, und während der Untersucher den Schlauch ganz langsam zurückzieht, kann er auf einem Bildschirm die Dickdarmschleimhaut in mehrfacher Vergrößerung betrachten. Sieht er verdächtiges Gewebe, knipst er mit einer kleinen Zange, die auch durch den Schlauch geschoben wird, Proben davon ab und zieht sie durch den Schlauch zurück.

Wird bei Ihnen ein Polyp gefunden und entfernt, ist es nach Meinung der Expertengruppe unbedingt notwendig, die entnommene Probe im Labor unter dem Mikroskop zu untersuchen. Damit stellt man fest, ob das untersuchte Gewebe gut- oder bösartige Wucherungen enthält.

Am Tag der Koloskopie können Sie wieder alles essen. Wenn Sie ein Schlafmittel erhalten haben, dürfen Sie an diesem Tag allerdings nicht Auto fahren.

Wie sicher ist eine große Darmspiegelung?

Laut der ärztlichen Leitlinie ist eine große Darmspiegelung die zuverlässigste und sicherste Untersuchung, um Darmkrebs festzustellen. Die große Darmspiegelung hat den Vorteil, dass man Ihren gesamten Darm nicht nur ansehen, sondern direkt auch Gewebeproben entnehmen kann. In manchen Fällen, etwa wenn Polypen entfernt werden, kann die Darmspiegelung nicht nur eine Untersuchung, sondern schon ein Teil der Behandlung sein. Sind Veränderungen sichtbar, die sehr wahrscheinlich operiert werden müssen, kann die Ärztin nicht nur Proben entnehmen, sondern den Bereich eventuell schon für die Operation mit Tusche oder Clips markieren.

Allerdings hat auch das zuverlässigste Verfahren Grenzen: In einzelnen Fällen können vor allem kleinere und ungünstig gelegene Tumore übersehen werden, zum Beispiel wenn sie hinter einer Falte liegen.

Außerdem kann eine Darmspiegelung mit Nebenwirkungen einhergehen. In einer Untersuchung des Deutschen Krebsforschungszentrums fanden sich allerdings bei über 30.000 Menschen, die eine ambulante Darmspiegelung erhalten hatten, nicht mehr Fälle von Herzinfarkt, Schlaganfall und nicht mehr Todesfälle als in der Kontrollgruppe ohne Darmspiegelung.

Bei der Untersuchung kann es zu Blutungen und Verletzungen der Darmwand kommen. Sie sind allerdings selten: Laut einer Zusammenschau mehrerer Studien kommt es bei 5 von 10.000 Untersuchungen zu einem Durchstechen des Darms. Bei zirka 30 von 10.000 Personen traten Nachblutungen auf.

Komplikationen können vor allem dann auftreten, wenn während einer Spiegelung Polypen entfernt werden. Wie hoch das Risiko dabei ist, hängt unter anderem von der Größe und der Lage des oder der Polypen ab. Eine Studie gibt das Risiko einer Darmwandverletzung bei einem



Polypen im rechten Kolon bei 120 von 10.000 Fällen an, bei Polypen im linken Kolon kommen 40 Blutungen auf 10.000 Untersuchungen, bei denen Polypen entfernt werden. Schwere Blutungen treten bei der Polypenentfernung in 90 von 10.000 Fällen auf. Sie können in der Regel im Rahmen einer erneuten Darmspiegelung gestoppt werden. Nur in wenigen Einzelfällen ist eine Operation erforderlich.

Wenn Sie zur Darmspiegelung ein Schlafmittel erhalten, können dadurch Nebenwirkungen auftreten. So kann Ihnen zum Beispiel nach der Untersuchung schwindlig sein. Sehr selten treten Herz-Kreislauf-Probleme oder Atembeschwerden auf.

5. Untersuchungen nach der Diagnose: Wie weit hat sich der Krebs ausgebreitet?

Wenn in der Darmspiegelung bei Ihnen ein Tumor entdeckt wurde, sind weitere Untersuchungen notwendig. Das Behandlungsteam möchte wissen, wie weit sich der Krebs im Körper ausgebreitet hat, ob Lymphknoten oder andere Organe befallen sind. So kann es das Tumorstadium feststellen.

Neben der kompletten Spiegelung des Dickdarms mit Probenentnahme nennt die Leitlinie dafür die folgenden Untersuchungen.

Tastuntersuchung des Enddarms

Zur weiteren Untersuchung *sollte* eine sogenannte digital-rektale Untersuchung gehören. Dabei tastet der Arzt Ihren Enddarm vorsichtig mit dem Finger aus. Er kann sich so grob über die Funktion Ihres unteren Schließmuskels (Sphinkter) orientieren, was für die weitere Behandlung wichtig sein kann. Bei tief sitzenden Rektumkarzinomen lässt sich außerdem abschätzen, wie weit nach unten er in den Darm einwächst. Dies kann einen Hinweis darauf geben, ob der Schließmuskel bei einer Operation erhalten werden kann.

Diese Untersuchung ist normalerweise nicht schmerzhaft. Manche Personen empfinden sie aber als unangenehm.

Ultraschall des Bauchraums

Am häufigsten bildet Darmkrebs Metastasen in der Leber: Bei 19 von 100 Menschen, bei denen Darmkrebs festgestellt wird, finden sich Absiedlungen des Tumors in diesem Organ. Um sie zu erkennen, *soll* nach Meinung der Expertengruppe jede betroffene Person eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie) des Bauchraumes erhalten. Dafür wird ein Schallkopf von außen auf die Haut aufgesetzt. Ein Kontaktgel sorgt für eine gute Übertragung der Schallwellen. Mithilfe dieser Wellen erzeugt



der Computer ein Bild des untersuchten Organs. Bei guten Untersuchungsbedingungen erkennt die Sonographie Metastasen in der Leber zuverlässig und ist eine einfache, schmerzlose Untersuchung ohne Strahlenbelastung. In manchen Situationen, wenn etwa das Ergebnis unklar ist oder die Leber schlecht beurteilt werden kann, zum Beispiel bei einer sehr dicken Bauchdecke, *sollen* Ärztinnen nach Meinung der Expertengruppe eine Computertomographie (CT) anbieten.

Röntgenaufnahme des Brustkorbs

Auch in die Lunge streut Darmkrebs häufiger: Bei 3 von 100 Menschen mit Darmkrebs finden sich dort Absiedlungen des Tumors. Deshalb *soll* nach Meinung der Expertengruppe bei allen Patienten eine Röntgenaufnahme des Brustraumes (Röntgen-Thorax) erfolgen. So lässt sich die Lunge beurteilen. Wenn sich hier etwas Verdächtiges zeigt, *sollen* Ärztinnen laut Meinung der Expertengruppe eine CT des Thorax anbieten.

Computertomographie (CT)

Bei einer Computertomographie (CT) durchleuchten Röntgenstrahlen den Körper aus verschiedenen Richtungen. Ein Computer erzeugt aus diesen Informationen Schnittbilder der untersuchten Region. Die Untersuchung ist schmerzlos, aber mit einer Strahlenbelastung verbunden, die höher ist als bei einer normalen Röntgenaufnahme. Bei einer CT liegen Sie auf einem Untersuchungstisch, während in einem großen Ring ein oder zwei Röntgenröhren um Sie kreisen – für Sie unsichtbar. Innerhalb weniger Sekunden entstehen so Bilder des Körperinneren mit einer Auflösung von 1 mm.

In der Regel wird eine CT bei Menschen mit Darmkrebs nicht gemacht. In Ausnahmen *soll* sie Ihnen aber laut Meinung der Expertengruppe angeboten werden. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn es beim Röntgen des Brustkorbs oder beim Bauchultraschall Hinweise auf unklare, verdächtige Veränderungen gibt oder Organe schlecht beurteilbar sind. Außerdem kann man mithilfe der CT vor einer Operation sehen, ob der Tumor die Darmwand durchbrochen hat oder nicht.

Positronenemissionstomographie (PET) mit oder ohne CT

Ein weiteres bildgebendes Verfahren ist die Positronenemissionstomographie, kurz PET. Dieses Untersuchungsverfahren kann man mit einer CT kombinieren. Dann sprechen Fachleute von einer PET-CT. Allerdings konnten Studien keinen zusätzlichen Nutzen einer PET oder PET-CT bei der ersten Diagnostik von Darmkrebs zeigen. Laut Leitlinie spielen PET oder eine PET-CT daher keine Rolle, um die Ausbreitung eines Darmtumors zu bestimmen.

Die PET-CT *kann* aber durchgeführt werden, um eine Entscheidung zu treffen, ob eine Bauchoperation zur Entfernung von Lebermetastasen empfohlen werden kann oder nicht. Bei 1 von 6 Erkrankten kann so festgestellt werden, dass die Bauchoperation keine geeignete Behandlung ist und dem Betroffenen somit erspart werden. Das PET-CT *soll* frühestens vier Wochen nach einer Chemotherapie erfolgen, da es ansonsten falsche Befunde liefert.

Tumormarker CEA

Als Tumormarker bezeichnet man Stoffe, die besonders von Krebszellen gebildet werden oder für deren Entstehung Krebszellen verantwortlich sind. Wenn Tumormarker in erhöhter Konzentration im Blut sind, können sie auf eine Krebserkrankung hinweisen. Allerdings sind Tumormarker oft ungenau, da sie auch bei anderen Vorgängen im Körper erhöht sein können, zum Beispiel bei Entzündungen.

Nach Meinung der Expertengruppe *sollte* für Darmkrebs der Tumormarker „Carcinoembryonales Antigen (CEA)“ vor der Operation bestimmt werden. Er ist bei rund einem Drittel der Menschen mit Darmkrebs erhöht. Der Tumormarker sollte vor einer Behandlung bestimmt werden, da veränderte Konzentrationen später vor allem bei den Nachsorgeuntersuchungen Hinweise auf einen Rückfall oder neue Metastasen geben können.



Es gibt auch noch andere Tumormarker. Diese heißen unter anderem „CA-19-9“ und „CA 125“. Nach Meinung der Expertengruppe sind diese Marker nicht geeignet für die Diagnostik und Nachsorge von Darmkrebs.

Besondere Untersuchungen beim Rektumkarzinom

Bei einem Rektumkarzinom ist es wichtig zu wissen, wo der Krebs sich genau befindet und wie weit er in die Darmwand hineingewachsen ist. Davon kann zum Beispiel abhängen, ob eine Bestrahlung (mit oder ohne Chemotherapie) zusätzlich zur Operation sinnvoll ist oder nicht. Deshalb sind bei einem Rektumkarzinom noch weitere Untersuchungen wichtig.

Starre Rektoskopie

Bei der Darmspiegelung kann mit dem biegsamen Schlauch nur ungenau festgelegt werden, wie weit der Tumor vom Darmausgang entfernt ist. Dazu dient die starre Rektoskopie. Dieses Verfahren *sollte* laut Meinung der Expertengruppe ein Teil der Untersuchung sein, um die Behandlung zu planen.

Bei einer starren Rektoskopie führt der Arzt ein zirka 2 cm dickes, etwa 20 bis 30 cm langes Rohr in Ihren Enddarm. Dabei misst er den Abstand vom Tumorunterrand zu der Linie, an der die Schleimhaut des Rektums in die äußere Haut übergeht. Von einem Rektumkarzinom spricht man nur dann, wenn der untere Rand des Tumors 16 cm oder weniger von dieser Linie entfernt ist. Ungefähr eine Stunde vor der Untersuchung erhalten Sie ein Zäpfchen oder Klistier als Abführmittel – mehr Vorbereitung ist nicht nötig.

Magnetresonanztomographie des Beckens

Um zu sehen, wie tief ein Rektumkarzinom in die Wand des Dickdarms hineingewachsen ist, *sollten* Ärztinnen am besten eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Beckens anbieten.

Ähnlich wie bei einer CT errechnet ein Computer hier Schnittbilder. Diese entstehen mithilfe von Magnetfeldern. Während der Untersuchung liegen Sie in einer Röhre. Deren Durchmesser ist relativ groß, manche Menschen empfinden die Enge aber als unangenehm. Die Untersuchung ist ohne Strahlenbelastung, aber laut und dauert etwa 20 bis 30 Minuten. Es gibt viele Methoden und Hilfsmittel, um den Lärm oder eine leichte Angst vor der Enge zu überwinden. Zum Beispiel kann Musik über Kopfhörer oder Ohrstöpsel den Lärm dämpfen.

Das starke Magnetfeld kann Herzschrittmacher, Insulinpumpen oder Nervenstimulatoren beeinflussen. Wenn Sie solche Geräte haben, sollten Sie dies dem Personal unbedingt mitteilen.

Endosonographie des Rektums

Bei manchen Menschen mit einem kleinen Rektumkarzinom vermutet man, dass der Tumor nur in die Darmschleimhaut eingedrungen und nicht tiefer gewachsen ist. Eventuell kann man dann auf eine große Operation verzichten, und es reicht, den Tumor von innen her abzutragen. Um dies zu untersuchen, *sollte* eine Endosonographie erfolgen. Eine Endosonographie funktioniert so wie die Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes, nur wird ein besonderer, dünner Schallkopf in den Enddarm geführt und untersucht Sie von innen.

In Einzelfällen weitere Untersuchungen beim Rektumkarzinom

In Ausnahmefällen *kann* eine sogenannte Sphinktermanometrie hilfreich sein. Sie misst den Druck des Schließmuskels. Dieser Test wirkt sich normalerweise nicht darauf aus, ob bei der Operation der Schließmuskel erhalten bleibt oder nicht. Orientierend wurde die Sphinkterfunktion ja schon bei der digital-rektalen Untersuchung geprüft. In unklaren Fällen kann die Sphinktermanometrie hinzugezogen werden.



Wenn der Tumor auch die Blase oder bei Frauen bestimmte Geschlechtsorgane betrifft, können nach Meinung der Expertengruppe eine Blasen Spiegelung und eine gynäkologische Untersuchung hilfreich sein.

Zusammenfassung: empfohlene Untersuchungen

Untersuchung	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom
Große Darmspiegelung	X	X
Tastuntersuchung	X	X
Bauch-Ultraschall	X	X
Röntgen des Brustkorbs	X	X
Tumormarker CEA	X	X
Starre Rektoskopie		X
MRT (oder CT) des Beckens		X
Endosonographie des Rektums		X

6. Die Darmkrebs-Stadieneinteilung

Nachdem alle notwendigen Untersuchungen durchgeführt wurden, kann Ihr Behandlungsteam Ihre Erkrankung genau beschreiben und das sogenannte Stadium bestimmen. Das ist für die Behandlung entscheidend.

Für die Darmkrebs-Einteilung benutzen die Fachleute zwei Klassifikationen, die international gültig sind und von allen verstanden werden. Sie müssen sich diese Klassifikationen nicht im Einzelnen merken. Es ist aber wichtig zu wissen, dass es sie gibt und dass Sie sie hier jederzeit nachschlagen können.

Die TNM-Klassifikation

Das Tumorstadium beschreibt, ob und wie weit sich der Krebs örtlich ausgebreitet hat. Es gibt auch an, ob umliegende Lymphknoten oder andere Organe befallen sind.

Hierzu wird die sogenannte TNM-Klassifikation verwendet:

- T beschreibt, wie weit sich der Tumor vor Ort ausgebreitet hat (Primärtumor).
- N beschreibt, ob umliegende Lymphknoten befallen sind.
- M beschreibt, ob Metastasen in anderen Organen gefunden wurden (Fernmetastasen).

Die Buchstaben TNM werden dabei mit Zahlen kombiniert.

TNM	Tumorausbreitung
T1	Der Primärtumor erstreckt sich nur auf die Schleimhaut des Darms
T2	Der Primärtumor ist bis in die Muskulatur der Darmwand eingewachsen
T3	Der Primärtumor hat alle Schichten der Darmwand durchdrungen
T4	Der Primärtumor wächst in benachbarte Gewebe oder Organe ein

TNM	Tumorausbreitung
N0	In keinem Lymphknoten finden sich Tumorzellen
N1	Der Tumor hat ein bis drei benachbarte Lymphknoten befallen
N2	Der Tumor hat vier oder mehr benachbarte Lymphknoten befallen
M0	Tochtergeschwülste (Fernmetastasen) wurden nicht nachgewiesen
M1	Tochtergeschwülste (Fernmetastasen) wurden nachgewiesen

Manchmal steht statt einer Zahl auch ein „X“ hinter T, N oder M. In diesen Fällen lassen sich die entsprechenden Strukturen nicht beurteilen. Ein Stadium T4NXM1 bedeutet zum Beispiel, dass der Darmkrebs in benachbarte Gewebe oder Organe einwächst, Fernmetastasen, etwa in der Lunge, nachgewiesen wurden, aber nicht beurteilbar ist, wie viele Lymphknoten befallen sind.

Die UICC-Klassifikation

Die TNM-Klassifikation gibt es für alle Tumorarten. Dickdarmkrebs wird zusätzlich noch mittels eines weiteren, des UICC-Systems, eingeteilt. Es baut auf der TNM-Klassifikation auf. Die UICC ist die Internationale Vereinigung gegen Krebs (Union Internationale contre le Cancer).

UICC-Stadium	Tumorausbreitung
Stadium I (UICC I)	<ul style="list-style-type: none"> Der Tumor ist höchstens bis in die Muskelschicht der Darmwand gewachsen (T1 oder T2) und hat noch keine Lymphknoten (N0) oder andere Organe befallen (M0)
Stadium II (UICC II)	<ul style="list-style-type: none"> Der Tumor hat die äußere Schicht der Darmwand erreicht (T3 oder T4), aber hat noch keine Lymphknoten (N0) oder andere Organe befallen (M0) Das Stadium UICC II wird noch in UICC IIA, UICC IIB und UICC IIC unterteilt, je nachdem, wie tief der Tumor in die Darmwand eingedrungen ist
UICC IIA	<ul style="list-style-type: none"> Der Tumor hat die äußere Schicht der Darmwand erreicht
UICC IIB	<ul style="list-style-type: none"> Der Tumor hat die äußere Schicht der Darmwand durchbrochen und das Bauchfell erreicht
UICC IIC	<ul style="list-style-type: none"> Der Tumor hat die äußere Schicht der Darmwand durchbrochen und ist in umliegende Gewebe oder Organe eingewachsen

UICC-Stadium	Tumorausbreitung
Stadium III (UICC III)	<ul style="list-style-type: none"> Der Tumor hat Lymphknoten befallen (N1 oder N2), aber noch keine anderen Organe (M0). Der Tumor selbst kann dabei klein oder groß sein (T1 bis T4) Das Stadium UICC III wird noch in UICC IIIA, UICC IIIB und UICC IIIC unterteilt
UICC IIIA	<ul style="list-style-type: none"> Der Tumor hat die Darmwand noch nicht durchbrochen, sich aber in bis zu sechs Lymphknoten ausgebreitet
UICC IIIB	<ul style="list-style-type: none"> Entweder hat der Tumor die Darmwand noch nicht durchbrochen, sich aber in sieben oder mehr Lymphknoten ausgebreitet. Oder der Tumor hat die äußere Schicht der Darmwand zwar durchbrochen, ist aber noch nicht in umliegende Gewebe oder Organe eingewachsen und hat sechs oder weniger Lymphknoten befallen
UICC IIIC	<ul style="list-style-type: none"> Der Tumor ist weiter fortgeschritten als im Stadium UICC IIIB, hat also mehr Lymphknoten befallen oder ist weiter gewachsen, Tochtergeschwülste lassen sich aber nicht nachweisen (M0)
Stadium IV (UICC IV)	<ul style="list-style-type: none"> Der Tumor hat in ein Organ oder in mehrere Organe gestreut (M1). Der Tumor selbst kann dabei klein oder groß sein (T1 bis T4) und keine oder viele Lymphknoten befallen haben (N0 bis N2) Das Stadium UICC IV wird noch in UICC IVA und UICC IVB unterteilt
UICC IVA	<ul style="list-style-type: none"> Tochtergeschwülste (Fernmetastasen) lassen sich in nur einem Organ nachweisen
UICC IVB	<ul style="list-style-type: none"> Tochtergeschwülste (Fernmetastasen) lassen sich in mehr als einem Organ nachweisen



Eigenschaften der Tumorzellen

Unter dem Mikroskop untersucht der Pathologe die Zellen des Tumors und bestimmt, wie weit sich die Krebszellen von normaler Dickdarmschleimhaut unterscheiden.

Diese als Grading bezeichnete Einteilung unterscheidet vier Stufen.

Grad	Eigenschaften
G1	Die Tumorzellen sind der normalen Schleimhaut noch sehr ähnlich. Man spricht von gut differenzierten oder ausgereiften Zellen. Solche Tumore gelten als weniger aggressiv
G2	Die Tumorzellen sind der normalen Schleimhaut nicht mehr sehr ähnlich. Man spricht von mäßig differenzierten Zellen
G3	Die Tumorzellen ähneln der normalen Schleimhaut kaum noch. Man spricht von schlecht differenzierten Zellen. Solche Tumore gelten als aggressiv und haben eine ungünstigere Prognose als G1- oder G2-Tumore
G4	Die Tumorzellen ähneln der normalen Schleimhaut überhaupt nicht mehr. Man spricht von undifferenzierten Zellen. Diese Tumore gelten als die aggressivsten

7. Wie es nach den Untersuchungen weitergeht

Nach Abschluss der Untersuchungen kann Ihr Behandlungsteam Ihre Erkrankung genau beschreiben und deren Krankheitsverlauf abschätzen. Das ist wichtig, um die passende Behandlung auszuwählen. Zudem erfahren Sie in diesem Kapitel, was ein Darmkrebszentrum ist und dass Sie vielleicht auch im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden können.



Fragen nach den Untersuchungen

- Haben wir alle wichtigen Ergebnisse beisammen?
- Wo genau sitzt der Tumor?
- In welchem Stadium befindet sich meine Erkrankung?
- Sind Metastasen nachgewiesen? Wie viele sind es?
Wo befinden sie sich?
- Gibt es eine Studie, an der ich teilnehmen könnte?

Der Behandlungsplan

Nachdem alle Untersuchungen abgeschlossen sind, kann man relativ genau sagen:

- wie weit der Tumor in die Darmwand oder in umliegende Gewebe eingewachsen ist;
- ob Krebszellen in Lymphknoten und/oder in anderen Organen vorhanden sind;
- wie aggressiv der Tumor vermutlich wächst.

Alle Erkrankten mit Darmkrebs, bei denen Krebszellen in anderen Organen gefunden wurden – die also Fernmetastasen aufweisen –, befinden sich laut der UICC-Klassifikation im Stadium IV. Aber obwohl das



Stadium das gleiche ist, kann sich die empfohlene Behandlung stark unterscheiden. Diese hängt zum Beispiel davon ab, in welchen Organen Metastasen gewachsen sind, wie viele es sind und welche Begleitkrankheiten außer der Krebserkrankung noch vorliegen.

Damit alle erkrankten Personen eine möglichst genau auf ihr Krankheitsstadium und ihre Bedürfnisse abgestimmte Behandlung erhalten, *soll* das weitere Vorgehen laut Meinung der Expertengruppe bei jedem Betroffenen mit metastasiertem Darmkrebs in einer Tumorkonferenz besprochen werden.

Was ist eine Tumorkonferenz?

An einer Tumorkonferenz nehmen Spezialistinnen verschiedener Fachrichtungen teil. Sie beraten und versuchen gemeinsam, auch vor dem Hintergrund von Begleiterkrankungen die bestmögliche Behandlung für Sie zu finden. Wenn Sie zum Beispiel Metastasen in der Leber haben, *soll* nach Expertenmeinung die Ansicht eines in der Metastasenchirurgie erfahrenen Operateurs in dieser Tumorkonferenz berücksichtigt werden.

Falls Sie sich in einem Zertifizierten Darmkrebszentrum behandeln lassen, wird Ihre Behandlung in einer Tumorkonferenz besprochen. Auch in anderen Kliniken finden Tumorkonferenzen statt, sie sind dort aber nicht unbedingt vorgeschrieben.

Was ist ein „Zertifiziertes Darmkrebszentrum“?

In einem Darmkrebszentrum arbeiten Fachleute verschiedener Fachrichtungen zusammen, zum Beispiel aus der Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Onkologie, Strahlentherapie, Radiologie, Pathologie, und betreuen alle Menschen mit Darmkrebs ambulant und stationär – von den vorbereitenden Untersuchungen über die Behandlung bis hin zur Nachsorge. Allerdings ist der Begriff Darmkrebszentrum nicht geschützt, theoretisch darf sich jede Klinik so nennen. An Darmkrebszentren, die besondere Ansprüche in der Betreuung von Erkrankten erfüllen, vergibt die Deut-



sche Krebsgesellschaft aber ein Qualitätssiegel. Nur diese Kliniken dürfen den Namen „Zertifiziertes Darmkrebszentrum“ tragen (Adressen siehe Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 114). Die Deutsche Krebsgesellschaft prüft dabei etwa die Operationszahlen der Chirurgen, wie viele Komplikationen auftreten und ob alle Teammitglieder sich regelmäßig fortbilden. Auch die Ergebnisse von Patientenbefragungen und Befragungen der einweisenden Hausärztinnen werden überprüft, ebenso in Stichproben, ob die Behandlung der Betroffenen dem neuesten wissenschaftlichen Stand entspricht.

Ein Wort zu klinischen Studien

Neben der Behandlung mit bewährten Therapien besteht für Patienten mit Darmkrebs auch die Möglichkeit, an klinischen Studien teilzunehmen. Klinische Studien sind wichtig: Sie helfen, die Versorgung zu verbessern. Wer daran teilnimmt, trägt dazu bei, dass Menschen besser behandelt werden können.

Klinische Studien werden aus verschiedenen Gründen durchgeführt:

- Sie prüfen, wie wirksam, verträglich und sicher eine neue Behandlung ist.
- Sie vergleichen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten miteinander. Denn oft ist nicht klar, welche der verfügbaren Therapien die beste ist.
- Manchmal geht es auch darum, bewährte Behandlungen durch kleine Anpassungen weiter zu verbessern, so dass zum Beispiel weniger Nebenwirkungen auftreten.
- Nicht nur Behandlungen können miteinander verglichen werden, sondern auch Untersuchungsmethoden.



Wo sind klinische Studien zum Darmkrebs zu finden?

Auf den Internetseiten der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (AIO) www.aio-portal.de sind laufende oder geplante Studien aufgelistet. Ihr Behandlungsteam wird Sie vermutlich darauf ansprechen, wenn es eine geeignete Studie für Sie gibt.

Soll ich an einer klinischen Studie teilnehmen?

Ob es eine geeignete Studie gibt und ob die Teilnahme daran für Sie sinnvoll ist, müssen Sie nach Rücksprache mit Ihrem Behandlungsteam entscheiden. Sie sollten für sich abwägen, welche Vor- und Nachteile eine Betreuung in einer Studie für Sie hat: Wenn Sie sich dafür entscheiden, müssen Sie sich stärker an der Behandlung beteiligen, zum Beispiel indem Sie zusätzliche Untersuchungstermine wahrnehmen. Sie haben Zugang zu neuen Behandlungsverfahren und können bei der Entwicklung neuer und eventuell wirksamerer und verträglicherer Verfahren mithelfen. Da neue Behandlungen noch nicht so gut erprobt sind, kann es aber auch sein, dass unter Umständen Nebenwirkungen auftreten, die noch nicht bekannt sind. Ebenso kann es sein, dass die neue Behandlung weniger wirksam ist als die bewährte. Außerdem ist bei etlichen Studien weder Ihnen noch Ihrem Arzt bekannt, welche Behandlung Sie genau erhalten (sogenannte Doppelblind-Studien). Die Ergebnisse werden allerdings regelmäßig geprüft, während die Studie läuft, so dass die teilnehmenden Personen auf das bessere Verfahren umgestellt werden können, falls sich in den Wirkungen große Unterschiede abzeichnen. Lassen Sie sich deshalb genau aufklären. Informieren Sie sich, bis wann Sie Bedenkzeit haben, und entscheiden Sie nicht unter Druck.

Grundsätzlich ist die Teilnahme an einer klinischen Studie immer freiwillig. Und Sie können Ihre Einwilligung auch jederzeit während der klinischen Studie zurückziehen und die Studie wieder verlassen. Es entsteht daraus für Sie kein Nachteil für die weitere Behandlung.

Woran erkenne ich eine gute klinische Studie?

Folgendes sollten Sie vor einer Studienteilnahme beachten: Es kommt häufig vor, dass Studienergebnisse nicht veröffentlicht werden. Zum Beispiel, weil sich ein Medikament als nicht wirksam erwiesen hat. Untersuchungen belegen, dass etwa die Hälfte aller Studien wegen unliebsamer Ergebnisse nicht veröffentlicht wird. Dadurch enthalten die Forschergruppen wichtiges Wissen vor, denn die Wirkung von Behandlungen lässt sich so nicht richtig einschätzen. Wenn eine Studie bereits vor ihrem Start in ein öffentliches Studienregister eingetragen wird, kann man später besser überprüfen, ob sie auch veröffentlicht wurde. Ein solches zentrales Studienregister gibt es in Deutschland www.germanctr.de. Ein internationales Studienregister ist <https://clinicaltrials.gov>.

Bevor Sie sich zur Teilnahme an einer Studie entschließen, lassen Sie sich zeigen, dass die Studie in einem solchen Register geführt wird. Und lassen Sie sich schriftlich geben, dass die Ergebnisse veröffentlicht werden.

Es ist ein Hinweis auf die Qualität der Studie,

- wenn eine umfassende Patientenaufklärung erfolgt;
- wenn mehrere Einrichtungen an der Studie beteiligt sind (multizentrisch);
- wenn es ein ausführliches, öffentlich einsehbares Studienprotokoll gibt, in dem die Ziele und Annahmen der Studie genau formuliert und begründet sind;
- wenn die Behandlungsergebnisse, die untersucht werden, angemessen und für kranke Menschen bedeutsam sind. Studien sollten vor allem prüfen, ob die Behandlung das Überleben, die Beschwerden oder die Lebensqualität verbessert.

Worauf Sie bei einer Teilnahme außerdem achten sollten, erfahren Sie in der Kurzinformation „Soll ich an einer klinischen Studie teilnehmen?“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer. www.patienten-information.de

8. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bei metastasiertem Darmkrebs?

Zur Behandlung von metastasiertem Darmkrebs können verschiedene Möglichkeiten in Betracht kommen: Operation, Chemotherapie, zielgerichtete Medikamente und Strahlentherapie. In diesem Kapitel stellen wir Ihnen die Behandlungsmöglichkeiten vor, wie sie wirken und welche Nebenwirkungen sie haben können.



Fragen vor einer Operation

- Welche Art von Operation ist bei mir nötig?
- Kann der Tumor voraussichtlich vollständig entfernt werden?
- Können die Metastasen voraussichtlich vollständig entfernt werden?
- Wie wird die Operation ablaufen?
- Welche Komplikationen können während und nach der Operation eintreten?
- Kann der Schließmuskel am Darmausgang erhalten bleiben? Habe ich dadurch eventuell Probleme zu erwarten? Und wenn ja, welche?
- Werde ich einen künstlichen Darmausgang benötigen?
- Kann ich später wieder normal essen?
- Welche Auswirkungen hat die Operation später auf meinen Alltag?
- Kann ich später wieder arbeiten?
- Kann ich wieder Sport treiben?
- Sollte ich zusätzlich zur Operation weitere Behandlungen erhalten?
- Welche Vor- und Nachteile hätten diese?
- Wie geht es nach der Operation weiter, zum Beispiel Dauer des Krankenhausaufenthalts, Rehabilitation, Nachsorge?
- Wo kann ich nach der Operation Unterstützung und Hilfe erhalten?
- Wer kann mir helfen, wenn ich Probleme mit den Folgen der Operation habe?
- Gibt es andere Behandlungsmöglichkeiten als eine Operation?
- Was passiert, wenn ich mich nicht operieren lasse?

Die Operation: Tumor und Metastasen entfernen

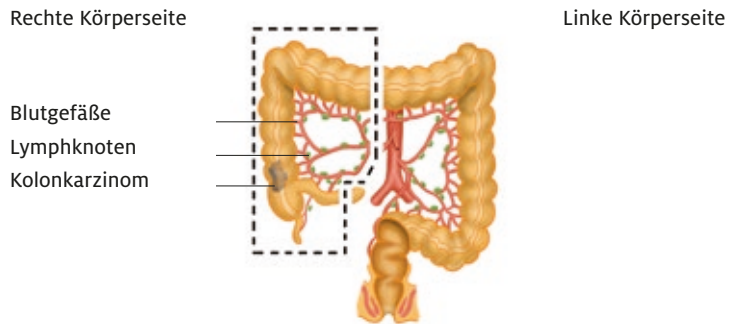
Menschen, bei denen sich der Darmtumor sowie Metastasen durch Operationen vollständig entfernen lassen, haben eine Chance, dauerhaft von der Krebserkrankung geheilt zu werden.

In den folgenden Kapiteln wird beschrieben, was bei der Operation eines kolorektalen Karzinoms passiert. Die Erklärungen zu Operationen von Metastasen sind kürzer, denn wegen der zahlreichen unterschiedlichen Möglichkeiten ist es schwieriger, hierbei Aussagen zu treffen, die nicht nur in Einzelfällen gelten, sondern für viele Erkrankte.

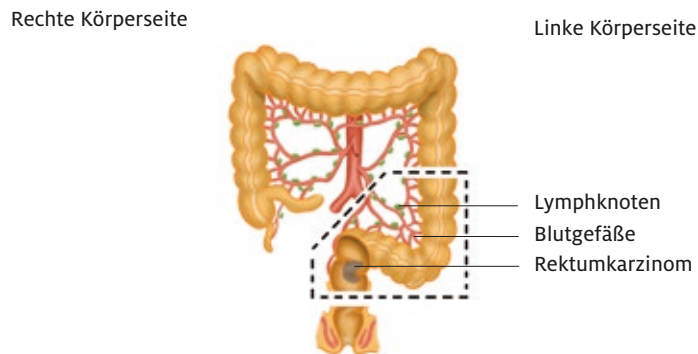
Die Operation eines kolorektalen Karzinoms

Die Operation erfolgt in Vollnarkose und entweder mit einem großen Bauchschnitt oder mit sehr kleinen Schnitten minimalinvasiv. Bei sehr tiefsitzenden Rektumkarzinomen erfolgt der Eingriff eventuell auch zusätzlich von unten durch After und Beckenboden.

Die Operation hat das Ziel, den Darmabschnitt mit dem Tumor, seinen Lymphabflüssen und Lymphknoten vollständig zu entfernen. Dies gilt auch für die Blutgefäße, die diesen Teil des Darmes versorgen. Deshalb muss das Operationsteam oft einen größeren Teil des Darms entnehmen als nur den vom Tumor betroffenen. Bei einem Karzinom im rechten Kolon entfernt es so zum Beispiel das gesamte rechte Kolon (sogenannte Hemikolektomie rechts), bei einem Karzinom im linken Kolon entnimmt es das gesamte linke Kolon (sogenannte Hemikolektomie links). Die gesunden Enden des Dickdarms beziehungsweise des Dick- und Dünndarms verbinden die Chirurgen dann durch eine Naht, so dass der Nahrungsbrei wieder durch den gesamten Darm gelangen kann.



Beispiel für eine Operation beim Kolonkarzinom: Hemikolektomie rechts



Beispiel für eine Operation beim Rektumkarzinom

Eine besondere Situation ergibt sich, wenn ein Tumor vom Darm aus bis zu anderen Organen im Bauchraum gewachsen ist und an ihnen haftet oder in sie hineinwächst. Um zu verhindern, dass sich beim Abtrennen des Tumors von dem Organ weiter Krebszellen verteilen, entfernt die Chirurgin in diesen Fällen den Tumor und einen Teil des angrenzenden Organs in einem Stück. Manchmal kann es angezeigt sein, das komplette Organ mit zu entnehmen, zum Beispiel die Milz.

Ein künstlicher Darmausgang (Stoma) ist bei Operationen von Kolonkarzinomen nur äußerst selten erforderlich. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn der Tumor den Darm verschließt und das Operationsteam

deshalb eine Nahtschwäche und eine Entzündung des Bauchraumes befürchtet.

Nach Meinung der Expertengruppe *sollte* das Operationsteam bei der Operation zudem das Innere des Bauchraumes betrachten und bei offenen Eingriffen Ihre Leber abtasten. Dadurch können sie vorher unentdeckte Metastasen erkennen.

Wie lange es dauert, bis Sie nach der Operation wieder auf den Beinen sind, lässt sich kaum verallgemeinern. Es hängt zum Beispiel davon ab, wie ausgedehnt die Operation war oder ob Sie noch andere Erkrankungen haben. Nicht selten können Sie schon am ersten Tag nach der Operation wieder Nahrung zu sich nehmen.

Besonderheiten bei der Operation eines Rektumkarzinoms

Das Rektumkarzinom weist im Vergleich zum Kolonkarzinom einige Besonderheiten auf, die höhere Ansprüche an das Operationsteam stellen: Rektumkarzinome liegen näher am Beckenboden und am Darmausgang, häufig nahe am Schließmuskel. Durch das Gebiet laufen viele Nerven, Lymph- und Blutgefäße, die zum Teil auch andere Organe versorgen. Wenn sie Schaden nehmen, kann zum Beispiel die Blase nicht mehr richtig funktionieren oder die Sexualität später gestört sein. Außerdem weiß man, dass es bei Menschen mit einem Rektumkarzinom häufiger zu Rückfällen an der gleichen Stelle kommt als bei Menschen mit einem Kolonkarzinom. Das nennt man Lokalrezidiv.

Bei manchen Menschen mit einem Rektumkarzinom kann der Schließmuskel nicht erhalten werden. Sie benötigen dauerhaft einen künstlichen Darmausgang. Dieser heißt in der Fachsprache Stoma oder Anus praeter.



Ist der untere Rand des Tumors mehr als ungefähr 2 bis 3 cm vom Schließmuskel entfernt, kann dieser meistens erhalten bleiben. Der Chirurg verbindet dann die beiden Dickdarmenden ähnlich wie bei der Operation des Kolonkarzinoms. Da die Naht hierbei aber sehr tief im Becken liegt, muss sie einige Zeit geschont werden, bis sie soweit geheilt ist, dass der passierende Darminhalt sie nicht gleich wieder undicht werden lässt und eine Entzündung des Bauchfells droht. Diese Betroffenen erhalten in der Regel vorübergehend einen künstlichen Darmausgang. Dafür leiten die Chirurgen entweder das Ende des Dünndarms (Ileostomie) oder ein Dickdarmende (Kolostomie) über einen kleinen Hautschnitt nach außen aus. Wenn alles unkompliziert verläuft, kann dieser künstliche Darmausgang durch eine kleine Operation nach drei bis sechs Monaten wieder zurückverlagert werden.

Das Rektum hat unter anderem die Aufgabe, den Kot für den nächsten Stuhlgang zu sammeln. Fehlt nach der Operation sehr viel von diesem Darmabschnitt, kann es zu häufigen, drängenden und oft auch unwillkürlichen Stuhlabgängen kommen. Um diese Probleme zu mildern, kann das Chirurgenteam eine Art künstliches Reservoir aus gesunden Kolonabschnitten bilden – einen sogenannten Pouch (Englisch für Beutel, Tasche).

In der Regel lässt sich vor der Operation abschätzen, ob Sie ein Stoma – vorübergehend oder dauerhaft – benötigen werden. Dies löst bei vielen Erkrankten zunächst einmal Ängste und Befürchtungen aus. Ein Stoma kann möglicherweise aber sinnvoller sein, als den Schließmuskel unbedingt zu erhalten – zum Beispiel bei einer schlechten Funktion des Schließmuskels oder wenn nur noch wenig Rektum vorhanden ist.

Ihr Arzt und speziell ausgebildete Stomatherapeutinnen *sollen* Ihnen nach Meinung der Expertengruppe schon vor der Operation genau erklären, was mit dem künstlichen Darmausgang auf Sie zukommt. Auch die Stelle des Stomas *sollen* sie nach Meinung der Expertengruppe vor der

Operation auf der Haut aufzeichnen. Einzelne Studien deuten darauf hin, dass das die Anzahl der Komplikationen mit dem Stoma nach der Operation verringern kann. Eventuell können Sie schon jetzt mit jemandem aus einer Selbsthilfegruppe sprechen.

Vor der Operation eines Rektumkarzinoms erfolgt eine Darmspülung mit mehreren Litern Flüssigkeit zur Reinigung des Darms, und Sie erhalten ein Antibiotikum, um Entzündungen des Bauchraumes zu verhindern. Im Krankenhaus versorgen die Pflegekräfte und die Stomatherapeuten Ihr Stoma, während Sie langsam den selbstständigen Umgang damit erlernen. Lesen hierzu auch mehr im Kapitel „Leben mit den Folgen einer Darmoperation“ ab Seite 89.



Die Operation von Lebermetastasen

Bei der Operation entfernt das Operationsteam die einzelnen Metastasen und das umliegende Lebergewebe. Häufig entnehmen sie dabei einen kompletten Teil der Leber. In der Fachsprache heißt das Leberteilektomie. In Studien lebten fünf Jahre nach der Entfernung von Lebermetastasen noch etwa 25 bis 35 von 100 Operierten, ohne waren es in einer Untersuchung noch etwa 3 bis 4 von 100.

Ob der Darmtumor und die Metastasen gleichzeitig in einem Eingriff entfernt werden können, hängt unter anderem von der Lage des kolorektalen Karzinoms ab. So lassen sich ein Tumor im rechten Kolon und eine Metastase in der Leber auch in einer Operation angehen, da das rechte Kolon und die Leber nahe beieinander liegen. Bei einem Tumor im linken Kolon oder im Rektum ist dieses Vorgehen schwieriger. Oft plant das Chirurgenteam deshalb zwei Operationen. Vor allem bei Menschen über 70 Jahren kann dies das sicherere Vorgehen sein.

Lassen sich Lebermetastasen vollständig entfernen, *sollten* Sie zuvor *keine* Chemotherapie (neoadjuvante Chemotherapie) erhalten. In Studien konnte kein Nutzen für dieses Vorgehen belegt werden: Die Überlebens-



zeit von Betroffenen konnte nicht verlängert werden. Aus den gleichen Gründen *sollten Sie keine* Chemotherapie nach der Operation erhalten (adjuvante Chemotherapie).

Sind Metastasen in der Leber nicht durch eine Operation zu entfernen, können sie unter Umständen mit anderen Techniken zerstört werden (siehe Kapitel „Örtliche Behandlungsverfahren bei Lebermetastasen“ ab Seite 55).



Die Operation von Lungenmetastasen

Metastasen in der Lunge sind laut Leitlinie bei Menschen mit Darmkrebs zu entfernen, wenn dies grundsätzlich möglich erscheint. Dies hängt davon ab, wie viele Lungenmetastasen gewachsen sind, wo sie liegen und ob die Lunge noch durch andere Erkrankungen geschädigt ist. Wichtig ist, dass durch die Operation ausreichend gesundes Lungengewebe erhalten werden kann. Bei der Resektion entfernt das Operationsteam die einzelnen Metastasen und das umliegende Lungengewebe. Häufig wird dabei ein kompletter Teil der Lunge entnommen. Fachleute bezeichnen dies als Lungenteilresektion.

Den Erfolg der Operation prüfen

Eine Chance auf eine Heilung durch die Operation besteht in der Regel, wenn das gesamte Krebsgewebe – der Darmkrebs und die Metastasen – vollständig entfernt wurde. Um dies festzustellen, untersucht die Pathologin nach der Operation das entnommene Gewebe. Wenn die Schnittländer frei von Tumorzellen sind, stufen sie das Ergebnis der Operation als sogenannte R0-Resektion ein (R0 steht für „kein Residual Tumor“ oder „kein Resttumor“). Eine R1-Resektion bedeutet, dass sich Tumorzellen auch in den Schnittländern finden, sie sich aber nur unter dem Mikroskop nachweisen lassen. R2 heißt, es sind mit dem bloßen Auge sichtbare Tumorreste im Körper verblieben.

Die Fachleute prüfen außerdem, ob die Hülle um das Kolon oder das Rektum herum (Gekröse, das sogenannte Mesokolon oder Mesorektum) intakt geblieben ist. Falls ja, wirkt sich dies günstig auf die Prognose aus.

Allgemeine Nebenwirkungen und Risiken von Operationen

Trotz aller Sorgfalt kann es auch bei einem erfahrenen Operationsteam zu Komplikationen kommen. Zum Beispiel können während einer Operation starke Blutungen auftreten, so dass Bluttransfusionen nötig werden. Blutkonserven werden heute aber so gründlich untersucht, dass eine Übertragung von Hepatitis oder HIV extrem selten ist.

Operationen, bei denen der Darmtumor und Metastasen in einem Eingriff entfernt werden, können manchmal mehrere Stunden dauern. Bei manchen Betroffenen können dadurch Nieren-, Leber- oder Herzversagen auftreten. Diese sind gefährlich und können eine längere Behandlung nach sich ziehen.

Nach einer Operation kann es sein, dass Darmnähte nicht richtig verheilen, was unter Umständen weitere Eingriffe nach sich ziehen kann.

Nebenwirkungen und Risiken nach der Operation eines Kolonkarzinoms

Nach der Entfernung eines Kolonkarzinoms treten bei vielen Betroffenen vorübergehend breiige Stuhlgänge oder Durchfall auf – das Eindicken des Nahrungsbreis ist gestört. Je mehr Dickdarm bei Ihnen entfernt wurde, umso ausgeprägter können diese Veränderungen sein. Normalerweise gewöhnt sich der Körper aber im Laufe einiger Wochen an die neue Situation, und die Stuhlgänge werden weniger häufig und auch wieder fester. Zwischenzeitlich lassen sich die Durchfälle gut mit Medikamenten beherrschen.

Eine Nahtschwäche an der Stelle, an der die beiden Dickdarmenden wieder zusammengenäht wurden, tritt bei einer Kolonoperation selten auf.

Wie hoch das Risiko dafür ist, hängt unter anderem von der Art und Größe der Operation und von Ihrem Allgemeinbefinden vor der Operation ab. Eine Nahtschwäche kann zu einer Bauchfellentzündung führen, bei der Sie Antibiotika benötigen und eine erneute Öffnung des Bauchraumes notwendig ist, um die Naht zu reparieren und ein Stoma anzulegen.

Nach jeder Bauchoperation können im Bauchraum Verwachsungen durch Vernarbungen entstehen. In der Regel sind diese harmlos, nur in seltenen Fällen können sie Schmerzen verursachen oder die Darmbewegungen beeinträchtigen.

Nebenwirkungen und Risiken nach der Operation eines Rektumkarzinoms

Nicht immer ist es bei der Operation eines Rektumkarzinoms möglich, die Nerven, die im Becken verlaufen, zu schonen. In solchen Fällen kann es zum Beispiel sein, dass sich die Blase nicht mehr richtig entleeren kann. Eventuell kann die Sexualfunktion gestört sein, bei Männern kann es etwa zu Erektionsstörungen kommen. Wenn diese auftreten, gibt es aber Möglichkeiten, sie zu behandeln. Sie können sich dafür an Ihren Urologen wenden.

Viel häufiger sind allerdings Probleme mit der Stuhlentleerung bei Erkrankten, die kein Stoma erhalten haben oder bei denen das Stoma rückverlagert wurde. Bei fast allen Betroffenen treten sie zumindest vorübergehend auf. Das Rektum sammelt normalerweise den Kot für die nächste Stuhlentleerung und bereitet den Stuhlgang vor. Wegen des durch die Operation verkürzten Rektums und der operationsbedingten Durchtrennung von Nerven im Rektumbereich kann es daher zu häufigen Stuhlentleerungen kommen. Dabei werden aber immer nur kleine Mengen abgesetzt. Verspüren Betroffene einen Drang, können sie den Stuhl nur kurz halten. Nach der Stuhlentleerung kann ein Gefühl auftreten, als ob noch Stuhl im Darm geblieben ist. Auch eine Inkontinenz kann – meist vorübergehend – auftreten; denn an der Fähigkeit, den

Stuhl zu halten, sind etliche Nerven und Muskeln des Beckens und des Beckenbodens beteiligt, nicht der Schließmuskel allein. Die meisten Funktionen lassen sich wieder antrainieren, aber dazu braucht es oft Zeit und Geduld (mehr dazu im Kapitel „Leben mit den Folgen einer Darmoperation“ ab Seite 89).



Ein Stoma – ob vorübergehend oder endgültig – bedeutet immer eine Umstellung, an die man sich erst gewöhnen muss. Mehr Informationen hierzu finden Sie ebenfalls im Kapitel „Leben mit den Folgen einer Darmoperation“ ab Seite 89).



An der Stelle, an der die Darmenden wieder miteinander verbunden wurden, kann bei der Rektumoperation eine Nahtschwäche mit der Gefahr einer Bauchfellentzündung auftreten. Um diese Gefahr zu verringern, erhalten Sie bei einer tief im Becken sitzenden Naht für eine Zeit einen künstlichen Darmausgang. Bei einer Bauchfellentzündung bekommen Sie hochdosiert Antibiotika. Außerdem ist eine erneute Eröffnung Ihres Bauchraumes notwendig.

Auch beim Rektumkarzinom können wie bei jeder Bauchoperation im Bauchraum Verwachsungen durch Vernarbungen entstehen. In der Regel bemerken Sie diese nicht, manchmal können sie jedoch Schmerzen verursachen.



Fragen vor einer Strahlen- oder Chemotherapie

- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Was kann ich dagegen tun?
- Wenn Nebenwirkungen auftreten: Welche Mittel kann ich zu Hause selbst anwenden? Wann sollte ich mein Behandlungsteam darauf ansprechen?
- Mit welchen Langzeitfolgen muss ich rechnen?



- Welche Mittel gibt es dagegen?
- Wie wird sich die Behandlung auf meinen Alltag auswirken?
- Was muss ich bei meiner Ernährung beachten?
- Hat die Chemotherapie/Strahlentherapie Einfluss auf meinen Appetit und mein Gewicht?
- Wie läuft die Chemotherapie/Strahlentherapie ab? Muss ich dafür ins Krankenhaus? Wie lange?
- Wie oft und wie lange muss ich die Medikamente bekommen?
- Welche Wirkstoffe soll ich erhalten? Warum?
- Was machen wir, wenn ich die Behandlung nicht vertrage? Kann man auf andere Medikamente ausweichen?
- Wobei können Angehörige und mein Freundeskreis mich unterstützen?
- Was passiert, wenn ich keine Strahlentherapie oder Chemotherapie mache?

Die Chemotherapie

Wie läuft die Chemotherapie ab?

Bei einer Chemotherapie erhalten Sie Wirkstoffe, die den Tumor in seinem Wachstum hemmen sollen. Diese heißen „Zytostatika“. Diese bekommen Sie meistens als Infusion über eine Vene, also über einen Tropf. Manche Wirkstoffe können Sie auch als Tablette einnehmen.

Für Betroffene mit Darmkrebs gibt es folgende Wirkstoffe für die Chemotherapie:

- Fluorouracil (5-FU) mit Folinsäure (= 5-FU/FA), wird als Infusion über eine Vene gegeben;
- Capecitabin ist der gleiche Wirkstoff wie Fluorouracil (5-FU) mit Folinsäure nur in Tablettenform;
- Oxaliplatin als Infusion über eine Vene;
- Irinotecan als Infusion über eine Vene.

Bei der Chemotherapie können die Zytostatika einzeln oder zusammen eingesetzt werden. Die Kombinationsmöglichkeiten (Schemata) sind vielfältig. Dafür gibt es eigene Namen. Basis der Chemotherapie bei Darmkrebs ist Fluorouracil mit Folinsäure als Infusion oder als andere Möglichkeit davon die Tablettenform: Capecitabin. Um die Wirksamkeit zu steigern, also die Chemotherapie zu intensivieren, kann dieser Wirkstoff entweder mit Oxaliplatin oder Irinotecan kombiniert werden. Fachleute sprechen dann auch vom FOLFOX-Schema oder FOLFIRI-Schema. Wenn Capecitabin eingesetzt wird, erhalten Sie dies meist mit Oxaliplatin zusammen als CAPOX-Schema. Die vorhandenen Daten weisen darauf hin, dass die Kombinationen in ihrer Wirksamkeit vergleichbar sind, sich in ihren Nebenwirkungen aber unterscheiden.

Alle drei Wirkstoffe können auch zusammen gegeben werden, um die Chemotherapie noch intensiver zu gestalten. Das Schema nennt sich dann FOLFOXIRI. Dieses gehört zu den wirksamsten Kombinationen der Chemotherapie, hat jedoch auch die meisten Nebenwirkungen. Diese Therapie *sollten* daher nur Erkrankte mit gutem Allgemeinzustand erhalten.

Eine Chemotherapie besteht aus mehreren Zyklen, das bedeutet: Sie erhalten die Medikamente wiederholt in ganz bestimmten Abständen. Dazwischen gibt es Pausen, in denen der Körper sich wieder erholen und die Medikamente abbauen kann. Wie lange eine Chemotherapie dauert, ist je nach Art und Anzahl der eingesetzten Wirkstoffe unterschiedlich. Meist kann die Behandlung ambulant in einer onkologischen Praxis durchgeführt werden.

Es ist möglich, eine Chemotherapie mit sogenannten zielgerichteten Medikamenten zu kombinieren, um die Wirksamkeit weiter zu steigern. Mehr hierzu erfahren ab Seite 52.





Wirkstoffname? Handelsname?

Alle Medikamente werden in dieser Broschüre mit ihrem Wirkstoffnamen vorgestellt. Bekannter ist meist der Handelsname, den eine Firma ihrem Medikament gibt. So heißt der Wirkstoff ASS bei einem Hersteller zum Beispiel „Aspirin®“. Auf der Medikamentenpackung sind immer Wirkstoff und Handelsname angegeben.

Welche Nebenwirkungen kann eine Chemotherapie haben?

Da die Chemotherapie im gesamten Körper wirkt, sind auch andere Körperzellen betroffen, die sich schnell teilen, zum Beispiel Schleimhautzellen im Darm, Haarzellen oder die blutbildenden Zellen im Knochenmark.

Nebenwirkungen einer Chemotherapie können daher sein:

- Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen und Durchfall;
- Nervenschäden;
- Hautprobleme;
- Entzündungen der Mundschleimhaut;
- Veränderungen der Zellen im Blut, zum Beispiel weniger rote und weiße Blutzellen. Folgen sind Blutarmut mit Leistungsschwäche und eine gestörte Immunabwehr mit mehr Infektionen und Fieber.

Einige Nebenwirkungen lassen sich durch vorbeugende Maßnahmen vermeiden oder verringern, zum Beispiel Übelkeit. Mehr dazu lesen Sie im Kapitel „Unterstützende Behandlung (Supportivmedizin)“ ab Seite 77.



Zielgerichtete Medikamente

Wie wirken zielgerichtete Medikamente?

Dieser Begriff fasst verschiedene Medikamente zusammen, die sich gegen ganz spezielle Eigenschaften von Krebszellen oder Zellen in deren Umgebung richten.

Bei Darmkrebs kommen sogenannte Antikörper zum Einsatz:

- Bevacizumab;
- Cetuximab;
- Panitumumab.

Der Antikörper Bevacizumab hemmt einen Wachstumsfaktor, der für die Gefäßneubildung in Tumoren verantwortlich ist. Wenn der Krebs eine gewisse Größe erreicht, benötigt er für seine Versorgung eigene, neue Blutgefäße. Bevacizumab verhindert, dass diese Gefäße neu gebildet werden. Dadurch wird der Tumor nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt und sein Wachstum gehemmt.

Die beiden Antikörper Cetuximab und Panitumumab wirken gegen Wachstumsfaktoren, die auf bestimmten Krebszellen häufiger vorkommen als auf gesunden Zellen im Körper. Ob diese beiden Antikörper bei Darmkrebs eingesetzt werden dürfen, muss erst in speziellen genetischen Untersuchungen der Krebszellen bestimmt werden.

Alle drei Wirkstoffe werden als Infusion gegeben. Sie können sie zusammen mit einer Chemotherapie erhalten. Antikörper *sollen nicht* miteinander kombiniert werden. In Studien zeigte sich, dass sie dann schlechter wirken und Nebenwirkungen verstärkt sind.

Nebenwirkungen der zielgerichteten Medikamente

Bevacizumab verursacht Bluthochdruck, Wundheilungsstörungen, Eiweißausscheidungen im Urin (Proteinurie), Überempfindlichkeitsreaktionen wie Juckreiz, Hautausschläge oder Atem- und Kreislaufbeeinträchtigungen sowie mitunter schwerwiegende Magen-Darm-Durchbrüche, Blutungen sowie Blutgerinnsel in den Gefäßen, die einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall verursachen können.

Die häufigste Nebenwirkung von Cetuximab und Panitumumab ist eine akneartige Entzündung der Haut. Sie tritt bei bis zu 80 von 100 der Behandelten auf und kann teilweise sehr ausgeprägt sein.

Die Strahlentherapie

Eine Strahlentherapie (Bestrahlung) kann für Erkrankte mit Darmkrebs im metastasierten Stadium aus unterschiedlichen Gründen in Betracht kommen: Bei Menschen mit einem Rektumkarzinom zum Beispiel erfolgt die Bestrahlung des Darmtumors, um ihn vor einer Operation zu verkleinern. Bei anderen kann es in Frage kommen, einzelne Metastasen gezielt zu bestrahlen, um Beschwerden zu lindern – vor allem bei Knochenmetastasen.

Wie läuft die Strahlentherapie ab?

Bei der Bestrahlung oder Radiotherapie wird energiereiche ionisierende Strahlung direkt auf das Tumorgewebe gerichtet. Manchmal finden Sie auch die Begriffe Strahlentherapie oder Radiotherapie. Diese schädigt die Zellkerne so, dass die Krebszellen sich nicht mehr teilen können und absterben. Die Strahlung kann auch auf gesunde Zellen in der Umgebung wirken. Es ist heute aber möglich, die Strahlung so gezielt auszusenden, dass überwiegend Krebszellen zerstört werden. So wird das umliegende Gewebe geschont. Die Höhe der Strahlendosis wird in Gray (Gy) angegeben.

Welches Gebiet in welcher Dosis mit den Strahlen behandelt werden soll, wird vorher in der Regel für Sie persönlich bei einer Computertomographie festgelegt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Strahlen möglichst viele Krebszellen abtöten. Gesundes Gewebe soll dabei aber so gut es geht geschont werden. Da der gesunde Darm sehr strahlenempfindlich ist, ist die genaue Planung, bei der Sie möglichst ruhig liegen sollten, sehr wichtig. Mit einem wasserfesten Stift wird dann das zu bestrahlende Gebiet auf Ihrer Haut markiert.

Eine Strahlentherapie kann oft ambulant erfolgen. Sie erhalten die Gesamtdosis aufgeteilt in kleine Einzelportionen, wobei eine einzelne Bestrahlung meist nur einige Minuten dauert. Die Strahlen tun nicht weh, Sie spüren sie überhaupt nicht. Oft folgt auf fünf Tage mit Bestrahlungen von Montag bis Freitag eine Pause am Wochenende. Die gesamte Behandlung kann sich über mehrere Wochen erstrecken. Wenn kleinere Metastasen bestrahlt werden, ist die Dauer in der Regel kürzer.

Wichtig zu wissen: Die Krebsherde verkleinern sich durch die Strahlentherapie mit Verzögerung. Erst einige Wochen nach der Behandlung zeigt sich die maximale Wirkung.

Nebenwirkungen der Strahlentherapie

Man unterscheidet bei der Strahlentherapie sogenannte akute Nebenwirkungen, die bereits während der Behandlung auftreten, von Spätreaktionen. Auftreten können zum Beispiel Hautreizungen, Durchfall, Zeugungsunfähigkeit und Unfruchtbarkeit.

Örtliche Behandlungsverfahren bei Lebermetastasen

Neben der Operation von Lebermetastasen gibt es noch weitere Möglichkeiten, um Krebsherde in der Leber zu behandeln.

Radiofrequenzablation (RFA)

Die Radiofrequenzablation (RFA) zielt darauf, die Krebszellen in der Leber durch starke Hitze zu zerstören. Dafür schiebt die Ärztin eine Sonde mit einem Durchmesser von etwa 3 mm durch die Haut hindurch bis in die Leber und platziert sie dort in der Mitte der Metastase. In der Regel findet die RFA mit Computertomographie (CT) oder Ultraschall statt. Der Untersucher sieht auf dem CT- oder Ultraschallbildschirm, ob die Sonde richtig liegt. Starker Wechselstrom erzeugt dann in der Sonde eine sehr hohe Temperatur, und die Krebszellen werden regelrecht verkocht.



Die RFA ist ein relativ nebenwirkungsarmes Verfahren, normalerweise viel weniger belastend als eine Operation. Oft erhalten Betroffene dafür nur eine örtliche Betäubung und ein Beruhigungsmittel. Schwere Komplikationen treten selten auf. Ein Beispiel für eine schwere Komplikation ist etwa eine Blutung in den Brustraum, die mittels einer Drainage abgesaugt werden muss. Allerdings besteht bei einer RFA das Risiko, dass bei der Behandlung Tumorzellen verschleppt werden und der Krebs so weiter streuen kann.

Eine RFA *kann* angeboten werden, wenn sich Lebermetastasen durch Operation nicht entfernen lassen oder es der kranken Person für eine Operation nicht gut genug geht. Die RFA kann aber auch mit einer Operation kombiniert werden.

Neuere Studien weisen darauf hin, dass mithilfe einer RFA ähnlich gute Ergebnisse erzielt werden können wie durch eine Operation, wenn nur eine einzige Lebermetastase vorliegt und diese kleiner als 3 cm ist. Die bisherige Datenlage ist aber widersprüchlich, und verlässliche Studien konnten hierzu nicht gefunden werden.

Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT)

Die laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT) läuft ähnlich wie eine Radiofrequenzablation ab. Nur ist die Sonde hier ein Lichtleiter aus Glasfasern. Die Ärztin schiebt diesen Lichtleiter in der Regel durch einen kleinen Schnitt in der Haut bis in die Leber und platziert ihn dort in der Mitte der Metastase. An der Spitze des Lichtleiters entstehen Temperaturen, die das umliegende Gewebe so stark erwärmen, dass es abstirbt. Um derzeit sagen zu können, ob eine LITT das Überleben oder die Lebensqualität verbessern kann, liegen zu wenig Studiendaten vor. Eine LITT zur Behandlung von Lebermetastasen *sollte* daher nur innerhalb von klinischen Studien erfolgen. Was eine klinische Studie ist, erfahren Sie ab Seite 37.

Selektive Interne Radiotherapie (SIRT) oder Radioembolisation

Bei der selektiven internen Radiotherapie (SIRT) werden die Lebermetastasen sozusagen von innen bestrahlt. Die Strahlung entsteht dabei durch radioaktive Teilchen, die an winzige Harz- oder Glaskügelchen gekoppelt sind. Dafür schiebt der Arzt einen Katheter über die Arterie in der Leiste bis in die Leber vor. Mit dem Blut strömen die Kügelchen dann bis zu den Krebsherden. Das Verfahren nutzt dabei aus, dass die Metastasen ihr Blut zu einem großen Teil aus anderen Gefäßen erhalten als die übrige Leber. Da die Strahlung nicht weiter als etwa 1 cm reicht, wird das gesunde Gewebe so geschont. Die Harz- oder Glaskügelchen bleiben außerdem in den kleinen Gefäßen der Metastasen stecken, blockieren so ihre Blutzufuhr und hungern die Tumoren auf diese Weise aus. Wegen dieser doppelten Wirkung nennt man das Verfahren auch Radioembolisation.

Laut Leitlinie liegen zur Radioembolisation zu wenige Daten vor, um zu beurteilen, ob sie die Lebensqualität bei Darmkrebs mit Lebermetastasen verbessern oder das Leben von Menschen mit Darmkrebs verlängern kann. Deshalb *sollte* eine SIRT zur Behandlung von Lebermetastasen bei Darmkrebs nur bei Personen durchgeführt werden, für die keine andere Behandlungsmöglichkeit in Frage kommt. Sie *sollte* dann innerhalb klinischer Studien erfolgen. In einzelnen Studien überlebten Erkrankte, für die keine andere Behandlungsmöglichkeit in Betracht kam, mit SIRT länger als ähnliche Patientengruppen ohne diese Behandlung.

Behandlung von Metastasen im Bauchfell

Das Bauchfell (Peritoneum) ist eine feuchte Haut, die den Bauchraum auskleidet und dort die inneren Organe umgibt. Auch im Bauchfell können Metastasen wachsen. Für einige Menschen, bei denen sich die Metastasen nur im Bauchfell und dort auch nur begrenzt ausgeweitet haben, *kann* eine besondere Behandlung möglich sein: die Operation der Bauchfellmetastasen mit einer nachfolgenden Chemotherapie in der





Bauchhöhle, wobei die Wirkstoffe auf über 40 °C erhitzt werden. Voraussetzungen für eine solche Behandlung sind: Sie muss in einem spezialisierten Zentrum durchgeführt werden, die Metastasen müssen auf den Bauchraum beschränkt sein und sich dort nicht zu stark ausgebreitet haben. Außerdem muss es möglich sein, alle sichtbaren Tumorherde durch die Operation zu entfernen. Diese Behandlung *soll* möglichst in einer klinischen Studie erfolgen. Informationen zu klinischen Studien finden Sie ab Seite 37.

Eine Studie ergab, dass mit dieser Behandlung Erkrankte länger überlebten als mit einer üblichen Chemotherapie. Laut Leitlinie ist aber noch nicht ganz klar, welche Personen von dieser Behandlung einen Nutzen haben.

Bei der Operation öffnet das Operationsteam die Bauchhöhle und sucht den gesamten Bauchraum nach Tumorherden ab. Wenn es noch nicht zu viele Metastasen sind, entfernt es das gesamte Bauchfell und alle erkennbaren Tumorherde. Danach leitet das Operationsteam über Schläuche eine Spüllösung, die erhitzt wird, zusammen mit einem Chemotherapeutikum in den Bauchraum ein. Dies nennt man in der Fachsprache Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC). Hierdurch sollen die Krebszellen, die mit dem bloßen Auge nicht zu erkennen waren, abgetötet werden. Krebszellen reagieren auf Hitze empfindlicher als normale Körperzellen. Die gesamte Behandlung ist sehr aufwendig und kann länger als zehn Stunden dauern. Es besteht die Gefahr, dass es zu Bauchfellentzündungen oder Vernarbungen im Bauchraum kommt.

Sollen andere Verfahren angewendet werden: mehr zu komplementären und alternativen Verfahren

Die Empfehlungen einer Patienten- und ärztlichen Leitlinie entwickeln Fachleute und Betroffene auf Grundlage von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Wirksamkeit empfohlener Maßnahmen ist in

klinischen Studien nachgewiesen. Der Nutzen einer Behandlung wird genauso dokumentiert wie ihr Schaden oder ihre Risiken.

Häufig überlegen Erkrankte, ob sie zusätzlich zu den üblichen und empfohlenen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren etwas tun können. Zum Beispiel, ob Naturheilkunde, Nahrungsergänzungsmittel oder Homöopathie sinnvolle Ergänzungen wären. Gleichbedeutend werden häufig folgende Begriffe verwendet: „pflanzliche“, „sanfte“, „natürliche“ oder „alternative“ Medizin. Eine einheitliche Definition für diese Verfahren gibt es nicht.

Was ist komplementäre Krebsmedizin?

„Complementum“ ist lateinisch und bedeutet „Ergänzung“. Komplementäre Behandlungsverfahren entstammen zum Beispiel der Naturheilkunde oder der traditionellen chinesischen Medizin und können unter bestimmten Voraussetzungen ergänzend zur üblichen medizinischen Behandlung eingesetzt werden. Für das sehr breite Angebot komplementärer Verfahren gilt, dass die wenigsten in hochwertigen Studien auf ihre Wirksamkeit geprüft wurden. Unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten können Empfehlungen für die meisten Verfahren nicht ausgesprochen werden. Ob bestimmte Angebote im Einzelfall dennoch hilfreich sein können, sollten Sie mit Ihrem Behandlungsteam besprechen. Auch bei komplementären Behandlungen können Nebenwirkungen und Wechselwirkungen auftreten.

Die am häufigsten genutzte komplementäre Behandlung ist die Misteltherapie. Bisher sind die meisten hierzu veröffentlichten Studien aber von zu schlechter Qualität, um sichere Aussagen zur Wirksamkeit zu treffen. Die wenigen methodisch guten Untersuchungen zu verschiedenen Krebsarten zeigen keinen Einfluss auf das Überleben der Betroffenen. Für Darmkrebs gibt es zwei Studien, in denen Personen mit zusätzlicher Misteltherapie länger lebten als Personen ohne eine solche Behandlung. Beide Untersuchungen hatten jedoch erhebliche Mängel, so



dass dieses Ergebnis auch Zufall sein kann. Zusammenfassungen vieler Misteltherapiestudien finden nur schwache Hinweise darauf, dass sich die Lebensqualität bei Krebskranken durch eine Misteltherapie eventuell verbessern könnte.

Für eine Reihe von pflanzlichen Stoffen liegen Ergebnisse aus Experimenten im Labor vor, die auf eine Wirkung gegen Krebs hindeuten. Diese Laborexperimente rechtfertigen laut Leitlinie aber nicht, die Stoffe außerhalb von Studien zu empfehlen (mehr zu klinischen Studien im Kapitel „Ein Wort zu klinischen Studien“ ab Seite 37). Eine kleine Untersuchung an Menschen mit Kolonkarzinomen ergab für Extrakte aus Grüntee, dass diese eventuell Rückfälle verhindern können.

Eine Reihe von Studien aus Japan und China zeigte für Heilpilze ein verlängertes Überleben für Menschen mit Darmkrebs, die vorher die Standardheilbehandlung erhalten hatten. Die Untersuchungen sind aber nur in den Originalsprachen veröffentlicht, und wie gut ihre Qualität ist, bleibt unklar. Da Heilpilze zwar seltene, aber bedrohliche Nebenwirkungen haben, sind diese der Leitlinie nach nicht empfehlenswert.

Pflanzliche Mittel aus Asien, die in der traditionellen chinesischen Medizin und in Ayurveda Verwendung finden, können Schwermetalle, Pestizide und medizinische Wirkstoffe wie Kortison und Kumarine (Blutverdünner) beinhalten. Da auch der Nutzen dieser pflanzlichen Mittel nicht nachgewiesen ist, ist ihre Anwendung ebenfalls nicht ratsam.

Der Nutzen der Homöopathie ist bei der Behandlung von Darmkrebs nicht belegt.

Was ist alternative Krebsmedizin?

Es gibt auch sogenannte alternative Methoden, die anstelle von wissenschaftlich geprüften und im Nutzen belegten Methoden und Arzneimitteln angeboten werden. Meist gehen diese Angebote mit Heilverspre-

chen einher, die nicht wissenschaftlich belegt sind. Für diese Mittel ist kein Nutzen nachgewiesen. Sie können möglicherweise sogar Schaden anrichten.

Hierzu gehören unter anderem:

- Ukrain;
- Vitamin B17 (enthalten in Aprikosenkernen, Bittermandeln),
- insulinpotenzierte Therapie,
- kohlenhydratarme Therapie;
- Vitamine nach Dr. Rath;
- Neue Germanische Medizin®;
- Eigenblutzytokine,
- Zapper;
- Redifferenzierungstherapie.

Gefährlich wird es dann, wenn alternative Verfahren die übliche Behandlung stören oder sogar schaden. Oder wenn sie anstelle der empfohlenen Methoden eingesetzt werden.

Fragen Sie vorher Ihr Ärzteteam

Es ist wichtig, dass Sie alle Verfahren, die Sie selbst oder auf Anraten anwenden oder anwenden möchten, mit Ihrem Behandlungsteam besprechen – auch auf die „Gefahr“ hin, dass man Ihnen davon abrät. Denken Sie ebenfalls an nicht verordnete Mittel, die Sie einnehmen und die Sie ohne Rezept in der Apotheke oder Drogerie erhalten. Auch diese können Nebenwirkungen haben. Verschiedene Wirkstoffe, auch Lebensmittel oder Nahrungsergänzungsmittel, können sich gegenseitig beeinflussen, die Wirkung von Medikamenten kann abgeschwächt oder gesteigert sein.

Vor allem: Verzichten Sie nicht auf die nachgewiesenen wirksamen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Wenn Sie Zweifel am Nutzen einer Maßnahme haben, sprechen Sie Ihr Behandlungsteam an. Nur gemeinsam können Sie eine Behandlung erfolgreich durchführen.



Wichtig ist, Sie vor unseriösen Heilangeboten zu schützen und Nebenwirkungen durch alternative Methoden zu vermeiden.



Hinweise, woran Sie unseriöse Angebote erkennen können:

- Der Anbieter verspricht Ihnen die Heilung Ihrer Krebserkrankung, auch wenn alle anderen Behandlungsformen Sie bisher nicht heilen konnten.
- Der Anbieter möchte nicht, dass Sie eine zweite Meinung zu seiner Behandlungsmethode einholen.
- Die Behandlung hat angeblich keine Risiken oder Nebenwirkungen.
- Die Behandlung des Anbieters ist angeblich nicht wirksam, wenn gleichzeitig „schulmedizinische“ Behandlungen durchgeführt werden.
- Ihnen werden Mittel, zum Beispiel Nahrungsergänzungsmittel, angeboten, die in Deutschland nicht zugelassen sind.
- Sie sollen hohe Summen im Voraus bezahlen oder bar ohne Rechnung.



Zum Weiterlesen: Alternative Methoden – was ist das?

Auf den Internetseiten des Deutschen Krebsinformationszentrums (DKFZ), dem Krebsinformationsdienst, finden Sie wissenschaftlich geprüfte Informationen zu komplementären und alternativen Methoden und auch ein Informationsblatt. www.krebsinformationsdienst.de

9. Welche Behandlung für wen?

Darmkrebs kann auch dann noch heilbar sein, wenn er bereits Metastasen gebildet hat. Die Behandlung ist dann eher intensiv. In anderen Fällen ist die Krankheit bereits zu stark fortgeschritten oder Betroffene sind durch den Krebs oder vorangegangene Therapien zu geschwächt für eine intensive Behandlung. Dann geht es darum, Beschwerden zu lindern, das Leben zu verlängern und die Lebensqualität so weit wie möglich zu erhalten. Eine Behandlung ist dann weniger intensiv oder eher lindernd, das heißt palliativ.



Fragen vor der Behandlung

- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
- Welche kommen für mich in Frage und warum? Welche Vor- und Nachteile haben sie?
- Wie viel Zeit habe ich, eine Entscheidung zu treffen?
- Kann ich eine Entscheidung später auch noch einmal ändern?

Grundsätzlich *soll* Ihnen nach Expertenmeinung die wirksamste (intensivste) Behandlung angeboten werden, die Sie vertragen. Damit es möglich ist, Krebs mit seinen Metastasen am besten zu behandeln, möglicherweise sogar zu heilen.

Um die optimale Behandlung für Sie auszuwählen, *kann* nach Expertenmeinung das Behandlungsteam folgende drei Umstände berücksichtigen:

- Ihr Gesundheitszustand: Sehr wichtig ist, wie Ihr allgemeiner gesundheitlicher und körperlicher Zustand ist und ob Sie weitere schwerwiegende Erkrankungen haben. Sind Sie in guter körperlicher Verfassung, ist eine intensive Behandlung möglich, die wirksamer ist, aber auch mehr Nebenwirkungen hat. Sind Sie körperlich und gesundheitlich geschwächer, ist eine weniger intensive Behandlungen zu empfehlen.



- Krankheitsausbreitung: Des Weiteren ist zu beachten, wie weit sich der Krebs ausgebreitet hat und wo sich die Metastasen befinden. Sind es nur einzelne Metastasen, die vollständig oder möglicherweise vollständig operiert werden können? Oder liegen verteilt Metastasen vor oder Metastasen, die wahrscheinlich nicht oder nie entfernt werden können?
- Krebsmerkmale: Welche besonderen Merkmale hat der Krebs, das heißt liegen genetische Veränderungen (Mutationen) vor, die sogenannten RAS- und BRAF-Mutationen.



Die Behandlung richtet sich nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen!

Welche Behandlungen dann genau in Betracht kommen, muss bei jedem Einzelnen immer wieder sorgfältig erwogen werden. Die beteiligten Ärzte beraten darüber gemeinsam, zum Beispiel in einer Tumorkonferenz (siehe Seite 36). Ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse *sollen* sie dabei immer berücksichtigen. Die endgültige Entscheidung über eine Behandlung liegt bei Ihnen selbst. Fragen Sie dazu ruhig immer wieder nach, fragen Sie nach Erfolgsaussichten und nach den Vor- und Nachteilen der unterschiedlichen Möglichkeiten.



Für wen wird eine intensive Behandlung empfohlen?

Zu den intensiven Behandlungen zählen Operation und intensive Chemotherapie mit oder ohne zielgerichtete Medikamente. Eine intensive Behandlung ist wirksamer, meist jedoch mit mehr Nebenwirkungen verbunden und belastet Ihren Körper daher mehr.

In drei Situationen ist sie geeignet:

1. bei Erkrankten, deren Metastasen sofort in einer Operation vollständig zu entfernen sind. Ziel ist die Heilung. Mehr Informationen hierzu erhalten Sie ab Seite 65.



2. bei Erkrankten, die eine intensive Chemotherapie erhalten und deren Metastasen danach wahrscheinlich durch Operation entfernt werden können. Durch die kombinierte Behandlung von Medikamenten und Operation kann eine Heilung möglich sein. Lesen Sie hierzu mehr auf dieser Seite unten.
3. für Erkrankte mit schlechtem Gesundheitszustand bei denen eine intensive Behandlung schnell Beschwerden lindern soll. Hierzu finden Sie Informationen ab Seite 70.

Für wen wird eine Operation als erstes empfohlen?

Menschen, bei denen sich der Darmtumor sowie Metastasen durch Operationen vollständig entfernen lassen, haben eine Chance, von der Krebserkrankung geheilt zu werden. Wie gut die Erfolgsaussichten sind, hängt jedoch von verschiedenen Faktoren ab. Ein guter Allgemeinzustand, sehr wenige und gut entfernbare Metastasen sind zum Beispiel günstige Faktoren. Schätzt das Ärzteteam die Voraussetzungen als geeignet ein, dann *sollen* nach Meinung der Expertengruppe die Metastasen mit dem Darmtumor entfernt werden.



Ausführliche Informationen zur Ablauf der Operation erhalten Sie im Kapitel „Die Operation: Tumor und Metastasen entfernen“ ab Seite 41.

Für wen wird eine intensive Chemotherapie als erstes empfohlen?

Bei einigen stufen die Ärztinnen die Metastasen zunächst als „nicht oder nicht sicher zu entfernen“ ein. Dann *kann* es nach Expertenmeinung hilfreich sein, wenn Sie vor der Operation noch eine Chemotherapie erhalten. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn die Metastasen an einer ungünstigen Stelle liegen oder sehr groß sind. Eine Chemotherapie kann diese Metastasen verkleinern. War die Chemotherapie erfolgreich, dann *soll* sich etwa zwei bis drei Monate danach die Operation anschließen.



Kleine Metastasen unter 1 cm *können* nach Expertenmeinung ohne vorhergehende Chemotherapie entfernt werden. Eine Chemotherapie würde sie eher derart verkleinern, dass man sie während der Operation nicht findet.

Wie werden die Medikamente ausgewählt?

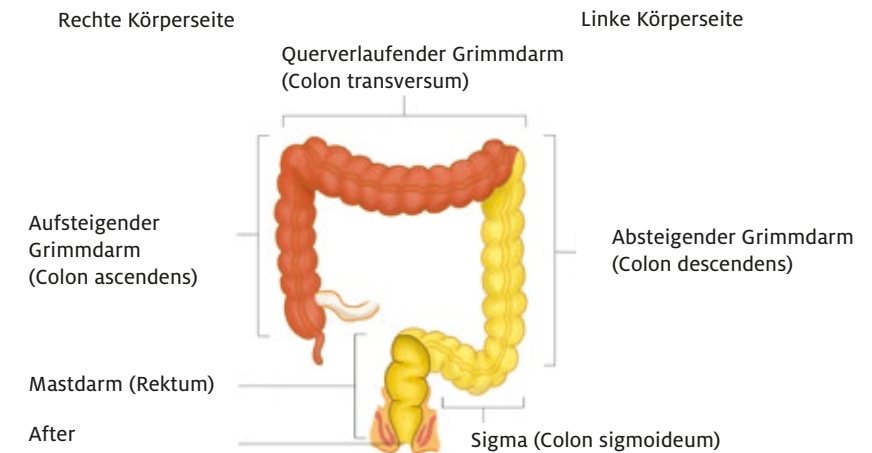
Wenn Ihr Gesundheitszustand es zulässt, dann *soll* Ihnen nach Expertenmeinung die wirksamste medikamentöse Behandlung angeboten werden. Die Metastasen können sich durch eine intensive Chemotherapie mit mehreren Wirkstoffen so verkleinern, dass man sie danach operieren kann. Die Chemotherapie kann unter bestimmten Voraussetzungen mit zielgerichteten Medikamenten ergänzt werden.



Ausführliche Informationen zur Chemotherapie und zielgerichteten Medikamenten erhalten Sie ab Seite 50.

Bei der Auswahl der Arzneimittel zur Chemotherapie und der zielgerichteten Medikamente berücksichtigen die Ärzte viele verschiedene Dinge:

- Am wichtigsten sind Ihre Wünsche und Bedürfnisse, zum Beispiel wie Sie die Medikamente vertragen, wie Ihr Gesundheitszustand ist und welche Behandlungsziele Sie haben.
- Bei den Krebszellen können bestimmte Gene verändert sein. Ob diese sogenannten RAS- und BRAF-Mutationen vorliegen, *soll* vor einer ersten Behandlung im Labor bestimmt werden.
- Auch ob der Tumor rechts oder links im Darm liegt, scheint wichtig für die Medikamentenwahl zu sein (siehe folgende Abbildung).



Lage des Darmtumors rechtsseitig (rot) oder linksseitig (gelb)

Bei etwa 5 von 10 Erkrankten ist das RAS-Gen nicht verändert. Fachleute sprechen auch von RAS-Wildtyp. Bei etwa 5 von 10 Erkrankten ist es verändert, das heißt mutiert.

Studien zeigten, dass Erkrankte mit unverändertem RAS-Gen einen größeren Nutzen hatten, wenn sie zu einer Chemotherapie mit zwei Wirkstoffen einen Antikörper gegen Wachstumsfaktoren (Panitumumab oder Cetuximab) erhalten. Betroffene mit Chemotherapie lebten im Durchschnitt etwa 20 Monate, im Vergleich dazu Erkrankte mit Chemotherapie und Antikörper etwa 26 bis 28 Monate. Sie lebten also im Mittel sechs bis acht Monate länger. Ob der Antikörper Bevacizumab, der die Gefäßneubildung bei Tumoren stoppt, besser geeignet ist als Panitumumab oder Cetuximab, überprüften weitere Studien. Sie kamen zu dem Schluss, dass Panitumumab und Cetuximab im Vergleich zu Bevacizumab das Leben verlängern. Studien weisen auch darauf hin, dass die Lage des Darmtumors wichtig ist, wenn Sie Panitumumab und Cetuximab erhalten. Sie wirken vor allem, wenn der Darmtumor linksseitig liegt. Das Ärzteteam soll Ihnen daher bei linksseitigem Darmtumor und unverändertem RAS-Gen (RAS-Wildtyp) eine Behandlung anbieten mit:



- zwei Wirkstoffen der Chemotherapie: 5-Fluorouracil/Folinsäure (oder Capecitabin) mit Oxaliplatin oder Irinotecan = FOLFOX-Schema oder FOLFIRI-Schema (siehe auch Seite 51)
- und einem Antikörper gegen Wachstumsfaktoren wie Panitumumab oder Cetuximab.



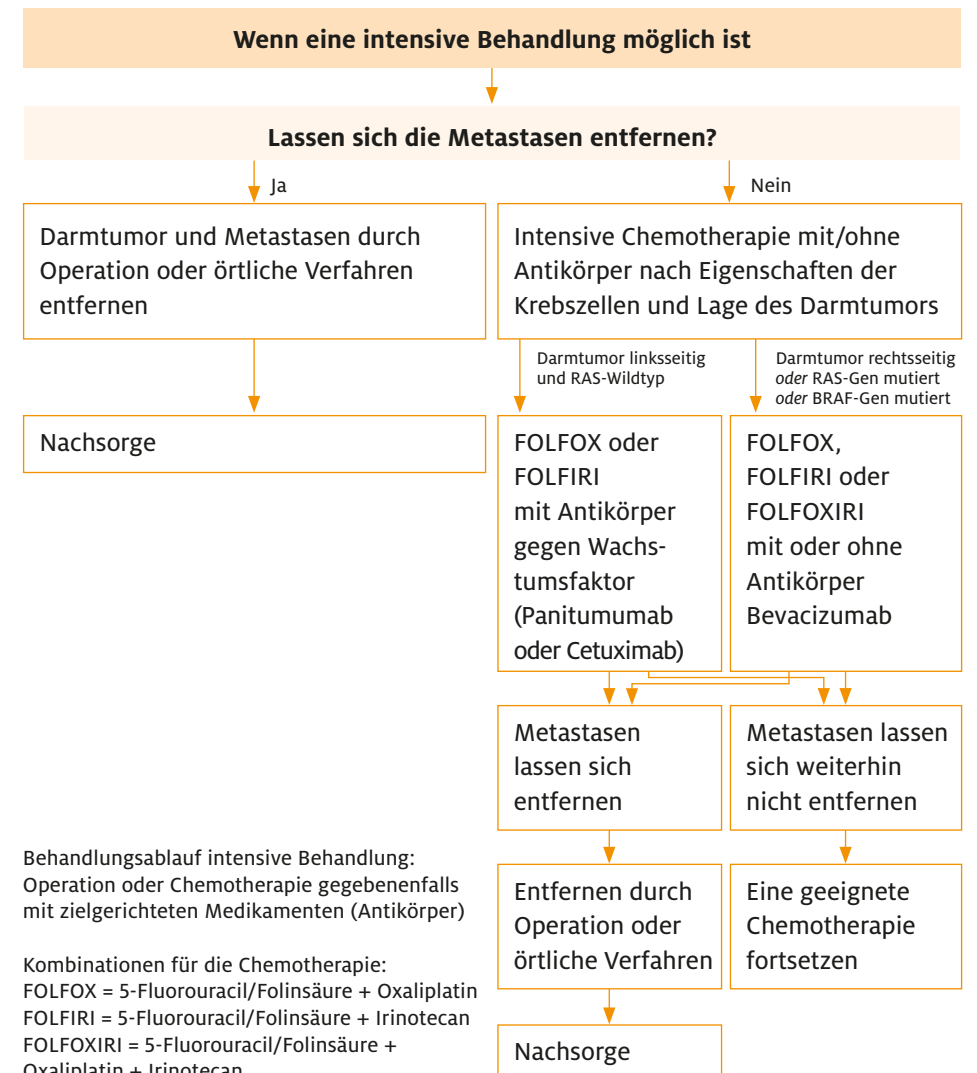
Was bedeutet „im Mittel“ oder „im Durchschnitt“?

Viele Studien haben untersucht, ob eine Behandlung mit Medikamenten bei Krebs das Leben verlängern kann. In diesen Studien wird häufig die „mittlere“ Überlebenszeit angegeben. Eine mittlere Verbesserung des Überlebens, zum Beispiel um drei Monate, gibt zwar einen allgemeinen Hinweis darauf, wie wirksam ein Medikament bei einer größeren Gruppe von Patienten ist. Das bedeutet aber nicht, dass jeder Betroffene mit dieser Behandlung drei Monate länger lebt: Manche Patientinnen haben in den Studien erheblich länger überlebt, andere dafür weniger lang. Wer am meisten von einer solchen Behandlung profitiert und wer nicht, lässt sich nicht voraussagen.

Studien belegen: Ist das RAS-Gen verändert, helfen Medikamente gegen Wachstumsfaktoren nicht. Im Allgemeinen ist ein verändertes RAS-Gen mit einem ungünstigeren Krankheitsverlauf verbunden als ein unverändertes. Sie *sollten* zuerst eine Kombination aus zwei Wirkstoffen für die Chemotherapie erhalten. Ob die Kombination aus drei Medikamenten der Chemotherapie, also das FOLFOXIRI-Schema (5-Fluorouracil/Folinsäure, Oxaliplatin, Irinotecan) wirksamer ist als eine der Zweierkombinationen (FOLFOX oder FOLFIRI), konnte derzeit noch nicht in Studien ausreichend gezeigt werden. Ebenso nicht, ob Bevacizumab die Wirksamkeit der Chemotherapie verbessert oder nicht.

Ein verändertes BRAF-Gen kommt etwa bei 1 von 10 Erkrankten vor. Es ist mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf verbunden. Betroffene

überleben im Mittel ein Jahr. Ihnen *sollte* daher, wenn möglich, die wirksamste Chemotherapie, zum Beispiel das FOLFOXIRI-Schema, oder die Teilnahme an einer klinischen Studie angeboten werden. Studien weisen darauf hin, dass keines der zielgerichteten Medikamente (Bevacizumab, Panitumumab und Cetuximab) die Wirksamkeit der Chemotherapie verbessern kann.





Wie lange dauert die medikamentöse Behandlung?

Nach Meinung der Expertengruppe *sollten* Sie eine Chemotherapie mit Oxaliplatin etwa vier bis sechs Monate erhalten, damit die Medikamente ihre volle Wirksamkeit entfalten können. Ob die Behandlung wirkt, wird regelmäßig mit bildgebenden Verfahren – meist einer Computertomographie (CT) – überprüft. Danach ist es möglich, die Chemotherapie ohne Oxaliplatin weiterzuführen. Oxaliplatin verursacht neben allergischen Reaktionen auch Nervenschäden. Je länger Sie das Medikament bekommen, umso wahrscheinlicher ist, dass diese auftreten und auch zunehmen.

Wie lange eine Chemotherapie mit Irinotecan dauern sollte, ist nicht ganz klar. Laut Leitlinie ist Irinotecan auch vier bis sechs Monate beziehungsweise bis die Erkrankung anspricht zu geben.

Nach der beginnenden FOLFOX-, FOLFIRI- oder FOLFOXIRI-Chemotherapie von vier bis sechs Monaten *können* Sie mit der Behandlung erst einmal aufhören oder die Chemotherapie kann als sogenannte Erhaltungstherapie mit weniger Wirkstoff fortgeführt werden. Geeignet sind zum Beispiel nur 5-Fluorouracil/Folinsäure als Basismedikament der Chemotherapie bei Darmkrebs zusammen mit dem zielgerichteten Medikament Bevacizumab.

Selbstverständlich können Sie eine Behandlung auch jederzeit beenden, wenn Sie diese nicht vertragen. Besprechen Sie dies mit Ihrem Behandlungsteam.

Intensive Behandlung für Erkrankte mit schlechtem Gesundheitszustand

Eine intensive Krebsbehandlung *kann* nach Expertenmeinung auch für Erkrankte hilfreich sein, bei denen der Darmkrebs starke Beschwerden verursacht. Etwa, wenn der Allgemeinzustand des Betroffenen sehr stark beeinträchtigt ist oder Tumor droht, den Darm komplett zu verschlie-

ßen. Dann wird sie eingesetzt, um Beschwerden möglichst schnell und wirksam zu lindern und um das Leben zu verlängern, auch wenn sie in diesen Fällen keine Heilung bewirken kann. Manche Darmtumoren sind so ungünstig gewachsen oder wachsen so schnell, dass Komplikationen drohen, die das Wohlbefinden oder sogar das Leben von Betroffenen in Gefahr bringen können. Bei diesen Menschen steht als Behandlung zunächst die Operation des Darmtumors im Vordergrund.

Für wen wird eine weniger intensive Behandlung empfohlen?

Nach Expertenmeinung *kann* Ihnen das Behandlungsteam eine weniger intensive Behandlung anbieten, wenn Ihr Gesundheitszustand nicht so gut ist, weil Sie vielleicht viele oder schwere andere Erkrankungen haben. Weniger intensive Behandlungen greifen nicht so stark in Ihren Körper ein. In dieser Situation hat die Behandlung das Ziel, das Leben zu verlängern und Beschwerden zu lindern, ohne zu sehr zu belasten. Hier gibt es die Möglichkeit einer nicht so intensiven beziehungsweise milden Chemotherapie mit weniger Wirkstoffen, die auch mit zielgerichteten Medikamenten zusammen gegeben werden kann.

Wie soll die weniger intensive Behandlung aussehen?

Nach Meinung der Expertengruppe *können* Ihnen der einzelne Wirkstoff 5-Fluorouracil/Folinsäure als Infusion oder in Tablettenform als Capecitabin zusammen mit dem Antikörper Bevacizumab angeboten werden. In Studien konnte gezeigt werden, dass diese Kombination das Überleben von Betroffenen verlängert im Vergleich zu Betroffenen, die nur die Chemotherapie mit 5-Fluorouracil/Folinsäure oder Capecitabin erhielten.

Wie lange dauert die medikamentöse Behandlung?

Die Behandlung erhalten Sie so lange, bis die Krankheit weiter fortschreitet.



Und wenn der Krebs nach der Chemotherapie weiter fortschreitet?

In den meisten Fällen wird der Krebs irgendwann unempfindlich gegen die Medikamente und wächst weiter. Dann *sollte* die Zusammensetzung der Chemotherapie geändert werden. Andere Wirkstoffe können wieder besser gegen den Krebs helfen, und es lässt sich das Überleben verlängern. Sie können die Medikamente als Kombinationschemotherapie oder allein erhalten. Studien zeigen: Auch hier waren Kombinationen etwas wirksamer, aber mit stärkeren Nebenwirkungen verbunden. Welche Wirkstoffe zum Einsatz kommen, hängt davon ab, was bei der ersten Chemotherapie gegeben wurde. Wächst auch danach der Krebs weiter, kann mit weiteren Behandlungen das Krebswachstum möglicherweise noch einmal aufgehalten werden.

Für wen wird keine direkte Behandlung gegen den Krebs mehr empfohlen?

Manche Betroffene sind durch Begleiterkrankungen oder Folgen der Krebserkrankung und Behandlung so geschwächt, dass sie auch eine milde Chemotherapie nicht vertragen. Sie erhalten eine gute unterstützende Behandlung, die Beschwerden, zum Beispiel Schmerzen, wirksam lindert, ohne etwas gezielt gegen den Krebs zu unternehmen.

Wie werden Sie unterstützt?

Auch wenn es keine direkte Behandlung mehr gegen den Krebs gibt, sollen Sie bis zu Ihrem Lebensende begleitet werden. Sie sollen dabei Ihren letzten Lebensabschnitt so weit wie möglich selbstbestimmt mitgestalten. Dabei unterstützt Sie die Palliativmedizin. Der Leitgedanke der Palliativmedizin ist die würdevolle Begleitung des Menschen mit einer nicht heilbaren Erkrankung, die die Lebenszeit verkürzt. Die Behandlung zielt auf Bewahren und Verbessern der Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit ab.

Es geht vor allem darum:

- Beschwerden vorzubeugen und zu lindern;
- unnötige Belastungen durch Untersuchungen und Behandlungen zu vermeiden;
- sowie Sie pflegerisch, psychosozial und spirituell zu begleiten.

Sehr behutsam wird erwogen, ob Eingriffe noch angemessen sind oder eher schaden als nutzen. In der Sterbephase werden bestimmte Maßnahmen beendet wie Ernährungszufuhr oder die Gabe von Medikamenten, die direkt gegen den Krebs gerichtet sind. Für viele Sterbende kann es schon entlastend sein, dass sie Medikamente nicht mehr einnehmen müssen.

Die Begleitung und Unterstützung der Angehörigen ist genauso wichtig wie die der Patienten selbst. Viele Angehörige kümmern sich sehr intensiv um die kranke Person, und dies erfordert viel Kraft. Deshalb erhalten sie Unterstützung durch Gespräche aber auch Hilfe bei organisatorischen Fragen.



Im Kapitel „Ihr gutes Recht“ ab Seite 110 erfahren Sie mehr darüber, wie Sie mit einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung Vorsorge treffen können für den Fall, dass Sie einmal nicht mehr für sich selbst entscheiden können.



Lebensqualität – was heißt das?

Der Wert einer Behandlung bemisst sich nicht nur danach, ob mit ihr das Leben verlängert werden kann. Auch der Einfluss der Behandlung auf das, was für Sie im Leben wichtig ist, und das, was für Sie Lebensqualität bedeutet, kann für Ihre Bewertung entscheidend sein. Lebensqualität ist ein dehnbare Begriff: Jeder Mensch versteht etwas anderes darunter. Und deshalb entscheiden sich Menschen in einer vergleichbaren Situation unterschiedlich.



Eine Behandlung, die wirkt, hat auch Nebenwirkungen. Je stärker in den Körper eingegriffen wird, desto stärker sind in der Regel auch die unbeabsichtigten Wirkungen. Ihr Behandlungsteam kann Ihnen die medizinischen Konsequenzen eines Eingriffs erläutern: ob es eine Aussicht auf Lebensverlängerung oder Schmerzlinderung gibt, ob Folgen der Krankheit gemildert werden können, wie stark sich die Behandlung auf den Körper auswirken kann. Es kann Sie auch zu den Therapiemöglichkeiten beraten. Welche Behandlungsziele für Sie wichtig sind und welche Belastungen Sie durch die Therapie auf sich nehmen wollen, das sollten Sie aber selbst entscheiden. Denn dies hängt von Ihren Wertvorstellungen und Ihrer Lebenssituation ab. Wichtig ist, dass die gewählte Behandlung mit Ihren Bedürfnissen übereinstimmt. In den meisten Fällen müssen Entscheidungen nicht innerhalb weniger Stunden oder Tage getroffen werden. Deshalb nehmen Sie sich Zeit, informieren Sie sich auch selbst, und fragen Sie so lange nach, bis Sie das Gefühl haben, alle Folgen einer Behandlung einschätzen zu können. Und natürlich können Sie eine Behandlung, zum Beispiel eine Chemotherapie, auch abbrechen, wenn Sie die Belastung nicht weiter in Kauf nehmen möchten.

Wer unterstützt Sie?

Um Sie so gut wie möglich zu unterstützen, arbeiten viele verschiedene Berufsgruppen bei der Palliativversorgung eng zusammen, zum Beispiel aus der Pflege, Medizin (Hausärztinnen wie Fachärzte), Sozialarbeit, Seelsorge, Psychotherapie, Physiotherapie und Ergotherapie. Auch ambulante Hospizdienste und ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen können Sie unterstützen.

Wo können Sie betreut werden?

Viele Krebskranke möchten ihren letzten Lebensabschnitt zu Hause verbringen – dazu ist eine gute und sichere Versorgung erforderlich.

Hausärzte und Pflegeteams können Sie zu Hause betreuen. In vielen Regionen gibt es darüber hinaus eine sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die aus dafür ausgebildeten Ärztinnen sowie Pflegekräften besteht. Die Kosten übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen. Pflegedienste kommen je nach Absprache und Genehmigung durch die Krankenkassen zu bestimmten Zeiten in die Wohnung und übernehmen Ihre Grundversorgung, zum Beispiel Körperpflege, Gabe von Medikamenten, und sie unterstützen Sie beim Essen. Für Palliativpatienten ist die Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit von Fachleuten wichtig. Dies sollte mit Hausärztinnen und Pflegeteam besprochen werden. Bei SAPV-Teams ist die Erreichbarkeit sichergestellt.

Wenn Sie eine Krankenhausbehandlung benötigen, so ist diese auf einer Palliativstation möglich.

Wenn Sie nicht zu Hause betreut werden können und eine Behandlung im Krankenhaus nicht (mehr) nötig ist, kann ein Hospiz ein geeigneter Ort sein. Hier haben Sie ein Zimmer für sich allein, das wohnlich eingerichtet ist und in das Sie auch kleinere, Ihnen wichtige Einrichtungsgegenstände mitnehmen können. Angehörige können Sie jederzeit besuchen und dort auch übernachten. Erfahrenes Personal kümmert sich rund um die Uhr umfassend pflegerisch, psychosozial und spirituell um Sie. Die ärztliche Betreuung erfolgt über Hausärzte mit palliativmedizinischer Erfahrung oder SAPV-Teams.

Adressen von Palliativmedizinerinnen, ambulanten Diensten, Hospizen und Palliativstationen finden Sie im Internet.

www.wegweiser-hospiz-und-palliativmedizin.de



Patientenleitlinie „Palliativmedizin“

Die Patientenleitlinie „Palliativmedizin“ richtet sich an Erwachsene mit nicht heilbarer Krebserkrankung sowie an deren Angehörige. Es werden Grundprinzipien der palliativmedizinischen Versorgung erläutert. Dabei geht es vor allem darum, was Ihnen hilft, um Ihre Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern.

Diese Patientenleitlinie möchte Sie:

- darüber informieren, was man unter Palliativmedizin versteht;
- über Behandlungsmöglichkeiten häufiger palliativmedizinischer Beschwerden aufklären (Schmerzen, Atemnot, Verstopfung, Depression);
- darin unterstützen, dass Sie Ihre Behandlung am Lebensende selbstbestimmt mitgestalten können;
- dabei begleiten, im Gespräch mit Ihrem Behandlungsteam die „richtigen“ Fragen zu stellen;
- auf Unterstützungsmöglichkeiten, Betreuungseinrichtungen, Beratungs- und Hilfsangebote hinweisen.

Die Patientenleitlinie ist im Internet frei verfügbar und kann bei der Deutschen Krebshilfe kostenlos als Broschüre bestellt werden.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/

www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/

Eine Kurzinformation für Patienten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) informiert Sie über „Fürsorgliche Begleitung am Lebensende“.

www.patienten-information.de

10. Unterstützende Behandlung (Supportivmedizin)

Bei einer Krebserkrankung und deren Behandlung wird Ihr ganzer Körper stark beansprucht. Eine gute Krebsbehandlung richtet sich daher nicht nur gegen den Krebs selbst. Ihr Behandlungsteam lindert zusätzlich sowohl die Nebenwirkungen der Krebsbehandlung als auch die Beeinträchtigungen durch die Krankheit selbst. Der Fachausdruck dafür ist supportive Therapie.



Patientenleitlinie „Supportive Therapie: Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung“

Umfangreiche Informationen hierzu erhalten Sie in der Patientenleitlinie. Diese ist im Internet frei verfügbar und kann bei der Deutschen Krebshilfe kostenlos als Broschüre bestellt werden.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/

www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/

Operation, Medikamente und Bestrahlung greifen stark in Vorgänge im Körper ein. Ihre Behandlung kann erhebliche Nebenwirkungen verursachen. Einige lassen sich schon vorbeugend behandeln.

Welche Nebenwirkungen im Einzelnen auftreten und wie stark sie sind, hängt von den Medikamenten und deren Dosierung ab. Aber auch Ihre persönlichen Einstellungen und Befürchtungen spielen eine Rolle dabei, wie stark und beeinträchtigend Sie Nebenwirkungen empfinden. In der Regel können Sie mit Beschwerden besser umgehen, wenn Sie wissen, was eine Behandlung möglicherweise an Belastungen mit sich bringt und was man dagegen tun kann. Hilfreich sind auch die Erfahrungen anderer Betroffener, mit denen Sie sich in Selbsthilfegruppen austauschen können.



Viele Nebenwirkungen treten unmittelbar während der Behandlung auf und klingen danach wieder ab. Andere bleiben als Spätfolgen nach abgeschlossener Behandlung bestehen. In jedem Fall ist es wichtig, dass Sie Ihr Behandlungsteam informieren, wenn Sie Veränderungen oder Beeinträchtigungen spüren.

Schmerzen behandeln

Schmerzen können durch den Krebs selbst, seine Metastasen oder durch die Behandlung verursacht sein. Je weiter die Erkrankung fortgeschritten ist, umso mehr Personen berichten über Schmerzen. Einige Krebskranke haben jedoch gar keine Schmerzen, auch nicht in späten Krankheitsstadien.

Schmerzen lassen sich wirksam behandeln. Bei der Behandlung ist das Ärzteteam auf Ihre Mithilfe besonders angewiesen, denn: Wie stark Schmerzen sind, lässt sich nicht objektiv messen. Nur Sie selbst können beschreiben, wo und wie stark Sie Schmerzen empfinden. Und nur Sie können wirklich beurteilen, ob eine Schmerzbehandlung wirkt. Eine Schmerzskala kann Ihnen dabei helfen, die Stärke der Schmerzen zu benennen. Sie können diese zum Beispiel von 0 = keine Schmerzen bis 10 = die stärksten Ihnen vorstellbaren Schmerzen einordnen.

Zum Einsatz kommen unterschiedlich stark wirkende Schmerzmedikamente, zunächst solche, die kein Opioid enthalten wie Metamizol. Bei stärkeren Schmerzen erhalten Sie Schmerzmittel mit schwachen Opioiden wie Tramadol und Tilidin/Naloxon. Noch wirksamer sind starke Opioide wie Oxycodon, Morphin und Hydromorphon. Wichtig ist, dass die Medikamente richtig dosiert sind und die neue Gabe bereits wirkt, bevor die Wirkung der vorherigen nachlässt. Manche Menschen haben Vorbehalte gegen starke Opioide und Angst, von ihnen abhängig zu werden. Diese Angst ist bei der Behandlung von Krebschmerzen jedoch unbegründet.

In der Regel nehmen Sie die Schmerzmittel als Tabletten, Tropfen oder Kapseln ein. Bei sehr starken Schmerzen können sie auch unter die Haut gespritzt oder als Infusion über eine Vene gegeben werden, auch Pflaster sind möglich.

Wie stark ein Schmerz ist, hängt nicht nur vom Schmerzreiz selbst ab, sondern auch davon, wie es Ihnen ansonsten geht. Angst, Stress, Traurigkeit oder Anspannung können Schmerzen zum Beispiel verstärken. Deshalb wirken bei manchen Menschen auch Entspannungsübungen schmerzlindernd. Hilfreich können auch Medikamente gegen depressive Verstimmungen sein.

Wichtig ist auch: Schmerzen bei einer Krebserkrankung sind in der Regel dauerhafte, chronische Schmerzen. Die Bahnen, in denen die Schmerzreize im Körper verlaufen, erhalten durch den ständigen Schmerz eine Art Training und bilden nach relativ kurzer Zeit ein sogenanntes Schmerzgedächtnis aus. Dann ist es viel schwerer, die Schmerzen zu verringern, als noch zu Beginn der Beschwerden. Reden Sie deshalb möglichst frühzeitig mit Ihrem Behandlungsteam über Schmerzen und versuchen Sie nicht, diese tapfer auszuhalten.

Palliativmediziner verfügen über viel Erfahrung bei der Behandlung von Tumorschmerzen. Anlaufstellen bei akuten starken Schmerzen können auch sogenannte Schmerzambulanzen sein. Adressen von Palliativmedizinerinnen und Schmerztherapeuten finden Sie zum Beispiel im Internet unter www.dgpalliativmedizin.de oder www.dgss.org.



Zum Weiterlesen: Schmerzen behandeln

Ausführliche Informationen zur Behandlung von Tumorschmerzen finden Sie in der Patientenleitlinie „Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/



Erschöpfung (Fatigue) behandeln

Fatigue ist eine über das übliche Maß hinausgehende Erschöpfung und dauerhafte Müdigkeit, die auch nach Ruhephasen und Schlaf anhält. Sie wird durch die Krebserkrankung selbst ausgelöst oder durch die Behandlung. Neben starker Müdigkeit gehören auch Lustlosigkeit, Schwäche und mangelnde Belastbarkeit zu den Anzeichen. Fatigue kann zu erheblichen Einschränkungen im sozialen Leben führen: Betroffene können zu müde sein, um Freundschaften zu pflegen oder Zeit mit Angehörigen zu verbringen. Das belastet manche Beziehungen. Wenn eine Behandlung akut Fatigue auslöst, können die Krankheitszeichen nach dem Ende der Therapie wieder abklingen.

Mehrere Studien haben gezeigt, dass Bewegung wirksam gegen Fatigue ist. Sie kann auch Angst, Depression und Schlafstörungen mindern und die körperliche Leistungsfähigkeit verbessern. Viele Betroffene können ihren Alltag leichter bewältigen. Oft hilft ein leichtes, auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Bewegungsprogramm oder Ausdauertraining.



Zum Weiterlesen: Fatigue bei Krebs

Die Broschüre „Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs – Die blauen Ratgeber 51“ der Deutschen Krebshilfe informiert umfassend über die Tumorererschöpfung. Sie finden Informationen, wie sich Fatigue äußert und was Sie dagegen tun können. Sie können die Broschüre kostenlos im Internet herunterladen oder bestellen. www.krebshilfe.de

Übelkeit und Erbrechen

Vor allem Zytostatika oder Bestrahlung verursachen häufig und stark Übelkeit und Erbrechen. Aber auch die zielgerichteten Medikamente können sie auslösen, diese Nebenwirkungen sind dann eher mild bis mäßig ausgeprägt.

Es gibt verschiedene Medikamente, die Übelkeit und Erbrechen verhindern oder verringern. Fachleute sprechen von Antiemetika. Sie können diese Arzneimittel sowohl als Tablette als auch als Infusion erhalten. Sie wirken am besten, wenn Sie sie schon vor der Behandlung bekommen. Es ist nicht sinnvoll, erst abzuwarten, ob Ihnen übel wird oder nicht. Es kann auch ratsam sein, dass Sie sich im Vorhinein Rezepte für zu Hause mitgeben lassen.

Bei zielgerichteten Medikamenten reicht häufig die Behandlung mit dem Medikament Metoclopramid aus, um die Beschwerden zu lindern.

Durchfälle

Bestrahlung, Chemotherapie und zielgerichtete Medikamente können Durchfälle verursachen. Durchfall kann unterschiedlich schwer verlaufen. Die Beschwerden können mild bis mäßig sein, aber bei anhaltendem, starkem Flüssigkeitsverlust auch lebensbedrohlich werden. Auch Bauchkrämpfe, Fieber oder Übelkeit können auftreten. Manchmal können Sie nicht mehr trinken und essen.

Neben der Krebsbehandlung können auch Medikamente wie Antibiotika und Abführmittel oder Krankheitserreger zu Durchfall führen. Insbesondere bei Fieber oder blutigen Stühlen spielen oft Bakterien eine Rolle. Um solche und andere Ursachen des Durchfalls zu erkennen, wird möglicherweise Ihr Stuhl, seltener auch Ihr Blut untersucht.

Um den Verlust von Flüssigkeit und Mineralstoffen auszugleichen, erhalten Sie bei Bedarf Infusionen direkt ins Blut.

Veränderungen des Blutbildes: Mangel an roten und weißen Blutzellen sowie Blutplättchen

Sind die roten Blutzellen vermindert, spricht man von einer Blutarmut. Der Fachbegriff lautet Anämie. Dadurch bekommt der Körper weniger Sauerstoff. Das kann sich auf unterschiedliche Art bemerkbar machen.



Betroffene sind oft müde, erschöpft, niedergeschlagen und weniger leistungsfähig. Eine Chemotherapie oder eine Bestrahlung kann eine Anämie hervorrufen. Es kann aber auch andere Ursachen geben wie eine Nierenerkrankung oder ein Vitaminmangel. Die Ursache einer Blutarmut sollte Ihr Behandlungsteam herausfinden. Nur bei Beschwerden oder bei sehr wenigen roten Blutzellen können blutbildende Mittel mit und ohne Eisen sowie Bluttransfusionen notwendig sein.

Bestimmte weiße Blutzellen, die sogenannten neutrophilen Granulozyten, spielen bei der Abwehr von Erregern eine entscheidende Rolle. Ein Mangel an diesen weißen Blutzellen kann gefährlich werden, vor allem, wenn er mit Fieber einhergeht. Im schlimmsten Fall kann es zu einer Blutvergiftung (Sepsis) kommen. Fieber sollten Sie deshalb umgehend, jederzeit, also auch nachts oder am Wochenende, Ihrem Behandlungsteam melden. Zur Vermeidung von Infektionen erhalten Sie manchmal vorsorglich Antibiotika.

Zu Blutungen und Gerinnungsstörungen kann es kommen, wenn die Blutplättchen, die sogenannten Thrombozyten, geschädigt sind. Ist der Wert an Thrombozyten sehr niedrig, raten Fachleute zu einer Transfusion.

Nervenschäden

Oxaliplatin kann Empfindungsstörungen hervorrufen, zum Beispiel an Händen oder Füßen. Die Beschwerden sind meist vorübergehend, wenn sofort reagiert wird. Manchmal bestehen die Beschwerden aber auch langfristig. Bei Taubheitsgefühl, Brennen, Kribbeln oder Schmerzen sollten Sie sich sofort an Ihr Behandlungsteam wenden. Dann kann es hilfreich sein, die Chemotherapie anzupassen oder abzusetzen.

Hautprobleme

Haut und Nägel bestehen aus Zellen, die sich schnell teilen. Da Krebsmedikamente und Bestrahlung die Zellteilung behindern, können sie auch Haut und Nägel schädigen. Die Haut kann sich röten, schmerzen, jucken,

schuppig werden und sich farblich oder akneähnlich verändern. Die Nägel brechen leicht ab oder es bilden sich Rillen. Die Haare können ausfallen. Da Veränderungen an Haut, Haaren und Nägeln oft deutlich sichtbar sind, fühlen sich viele Betroffene nicht mehr wohl und sind unzufrieden mit ihrem Aussehen.

Die Wirkstoffe Capecitabin und 5-FU für die Chemotherapie können schmerzhafte, entzündliche Schwellungen an den Handinnenflächen und den Fußsohlen hervorrufen. Der Fachbegriff dafür ist Hand-Fuß-Syndrom.

Es ist wichtig, die Haut nicht zusätzlich zu belasten und sie gut zu pflegen.

- Es ist wichtig, die Haut vor Druck, Hitze, Feuchtigkeit und Verletzungen zu schützen: Kleidung wie Schuhe sollte nicht zu eng an der Haut anliegen. Das Tragen luftiger Kleidung empfinden viele Betroffene als angenehm. Nassrasieren kann die Haut leicht verletzen – verzichten Sie vorübergehend darauf.
- Schützen Sie Ihre Haut während der Behandlung besonders gut vor der UV-Strahlung der Sonne und gehen Sie auf keinen Fall ins Solarium. Im Freien sollten Sie Ihre Haut mit lichtundurchlässiger Kleidung bedecken.
- Pflegen Sie Ihre Haut mindestens zweimal am Tag. Die Expertinnen raten zu Cremes, die 5 bis 10 % Harnstoff (Urea) enthalten.
- Wasser zum Waschen sollte angenehm warm, aber nicht heiß sein. Nutzen Sie ph-5-neutrale Bade- und Duschöle. Versuchen Sie am besten, die Haut nur vorsichtig mit einem Handtuch abzutupfen.

Bei schweren Verläufen gibt es Medikamente, zum Beispiel kortisonähnliche Arzneimittel, Schmerzmittel oder Antibiotika. Je nach Behandlung und Schwere der Hautprobleme prüft Ihr Behandlungsteam mit Ihnen, ob die Therapie in der Dosis verringert, kurzzeitig unterbrochen oder sogar abgebrochen werden muss. In der Regel bilden sich die Veränderungen an Haut, Haaren und Nägeln zurück, nachdem Sie die Medikamente abgesetzt haben.



Entzündung der Mundschleimhaut

Chemotherapie und Bestrahlung greifen auch die Zellen der Schleimhäute an. Vor allem die Mundschleimhaut kann sich entzünden. In leichten Fällen ist die Schleimhaut gerötet, fühlt sich pelzig an und schmerzt. Es kann aber auch zu Geschwüren kommen. Zusätzlich kann es leicht passieren, dass Krankheitserreger durch die entzündete Schleimhaut eindringen. Um dies zu verhindern, ist eine tägliche und sorgfältige Mundpflege besonders wichtig. Alkohol oder Rauchen können eine Entzündung fördern. Wenn die Mundschleimhaut entzündet ist, erhalten Sie schmerzstillende und entzündungshemmende Medikamente.

Bei Schluckbeschwerden ist es günstig, aufrecht zu sitzen, wenn Sie essen. Hilfreich sind weiche, pürierte oder passierte Speisen mit hohem Energiegehalt, zum Beispiel Götterspeise, Eiscreme oder Milchshakes. Auf scharfe oder heiße Speisen und säurehaltige Lebensmittel wie Orangen und Zitronen sollten Sie verzichten.

Erhöhter Blutdruck

Während der Behandlung mit Bevacizumab überwacht das Behandlungsteam Ihre Blutwerte und Ihren Blutdruck sehr genau. Bluthochdruck kann mit blutdrucksenkenden Medikamenten behandelt werden.

Magen-Darm-Blutungen

Wenn Sie unter Einnahme von Bevacizumab plötzlich starke Bauchschmerzen bekommen, eventuell verbunden mit Kreislaufversagen, verständigen Sie sofort Ihr Behandlungsteam. Eine mögliche Magen-Darm-Blutung oder ein Durchbruch muss unverzüglich behandelt werden. Ebenso ist es ratsam, auf mögliche Blutauflagerungen oder schwarze Verfärbungen im Stuhl zu achten. Dies kann auf innere Blutungen hindeuten. Informieren Sie Ihr Behandlungsteam.

11. Rehabilitation – Der Weg zurück in den Alltag

Eine Rehabilitation kann Sie bei Bedarf dabei unterstützen, die verschiedenen Folgen von Krankheit und Behandlung zu bewältigen. So kommen Sie körperlich und seelisch wieder auf die Beine. Sie soll Ihnen die Rückkehr in den Alltag, in Ihre Familie, in Ihr Berufsleben und in die Gesellschaft erleichtern.

Viele Menschen fühlen sich nach dem Abschluss der Behandlung noch nicht stark genug, um sofort wieder in ihren gewohnten Alltag zurückzukehren. Um Ihnen die Rückkehr zu erleichtern, haben Sie Anspruch auf Rehabilitation.

Schon in der Klinik können Sie mit Ihrem Behandlungsteam besprechen, ob und welche Rehabilitationsmaßnahme für Sie hilfreich ist. Dies hängt zum Beispiel davon ab, ob noch eine adjuvante Behandlung erfolgt, ob Sie nach der Operation ein Stoma tragen oder Hilfen zur Verbesserung der Kontinenz benötigen, wie viel Beratung Sie wünschen oder ob Sie wieder berufstätig sein werden. So können beispielsweise Menschen mit einem künstlichen Darmausgang Hilfe bei der Versorgung des Stomas bekommen.

Zwar hat die Expertengruppe keine guten Studien zum Nutzen der Rehabilitation bei Menschen mit Darmkrebs gefunden, sie finden sie aber hilfreich. Deshalb ist die Expertengruppe der Meinung, dass alle rehabilitationsfähigen Menschen mit Darmkrebs nach Abschluss der Behandlung das Angebot für eine Anschlussheilbehandlung (AHB, auch Anschlussrehabilitation, AR) erhalten *sollten*.

Diese spezielle Form der medizinischen Rehabilitation schließt sich unmittelbar an den Krankenhausaufenthalt an und dauert in der Regel drei Wochen. Sie muss bereits im Krankenhaus beantragt werden und sollte



sinnvollerweise an einer Einrichtung erfolgen, die erfahren im Umgang mit Menschen mit Darmkrebs und den Behandlungsfolgen ist und die den Anforderungen von Darmkrebszentren entspricht. Der Sozialdienst im Krankenhaus kann Sie bei der Antragstellung unterstützen.

Sie sind natürlich nicht verpflichtet, solch eine Maßnahme in Anspruch zu nehmen. Wenn Sie gute Gründe haben, die dagegen sprechen, können Sie auf eine Rehabilitation verzichten oder sie später durchführen. Bei einem späteren Antrag können Ihnen dann Ihre behandelnden Ärzte, Ihre Krankenkasse oder die Rentenversicherung helfen. Auch die zentralen Reha-Servicestellen (siehe Kasten) oder Selbsthilfeorganisationen, zum Beispiel die Deutsche ILCO, unterstützen Sie dabei.

Allerdings muss ein Antrag spätestens zwölf Monate nach Abschluss der ersten Behandlung gestellt sein, sonst geht Ihr Anspruch auf die Rehabilitation unter Umständen verloren. Die Formulare für den Antrag sind kompliziert, lassen Sie sich deshalb ruhig unterstützen, und schrecken Sie deswegen nicht vor einem Antrag zurück.

Wer Ihre Rehabilitationsmaßnahme bezahlt, ist im Sozialgesetzbuch geregelt. Sollten Sie einen Antrag an der falschen Stelle einreichen, zum Beispiel bei der Krankenkasse, obwohl bei Ihnen die Rentenversicherung zuständig ist, entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile: Die Stellen sind verpflichtet, den Antrag umgehend richtig weiterzuleiten. Müssen Sie lange auf eine Antwort warten, scheuen Sie sich nicht nachzufragen. Wird Ihr Antrag abgelehnt, hat ein begründeter Widerspruch oft Erfolg. Grundsätzlich können Sie zur Rehabilitation auch eine ambulante Tagesklinik besuchen und nachts zu Hause schlafen. Allerdings sind solche Angebote für Menschen mit Darmkrebs in Deutschland eher rar, und die meisten Betroffenen wählen eine stationäre Rehabilitationsklinik.



Gut zu wissen: Rehabilitation

Verordnung:

Informationen und Hinweise zur Verordnung von Rehaleistungen bei der Rentenversicherung finden Sie im Internet.

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Reha-Servicestellen:

Unterstützung bei der Auswahl des Trägers und der Stellung der Anträge erhalten Sie bei sogenannten Reha-Servicestellen. Diese gibt es in allen Bundesländern. Die Adressen finden Sie im Internet.

www.reha-servicestellen.de

Rechtliche Grundlagen & Beratung:

Die rechtlichen Grundlagen von Leistungsumfang, Beantragung und Finanzierung sind im Sozialgesetzbuch festgeschrieben. Je nach Träger der Rehabilitationsmaßnahme (in der Regel die Krankenversicherung oder die Rentenversicherung) sind das unterschiedliche Paragraphen. Weitere Kostenträger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können gesetzliche Unfallversicherung, Versorgungsverwaltung, Jugendhilfe und Sozialhilfe sein. Weitere Informationen finden Sie bei Ihrer Krankenkasse oder unter anderem auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung. www.deutscherentenversicherung.de

12. Nachsorge – Wie geht es nach der Behandlung weiter?

Auch wenn Ihre Behandlung zunächst abgeschlossen ist, werden Sie weiterhin ärztlich betreut. Das nennt man Nachsorge.

Durch die Nachbetreuung können:

- Nebenwirkungen und Folgen der Behandlung erkannt und behandelt werden, zum Beispiel die Folgen einer Operation;
- Sie rechtzeitig verschiedene Unterstützungsangebote erhalten, etwa Hilfe bei psychischer Belastung;
- Sie bei Bedarf bestimmte Therapien oder Leistungen erhalten, die Ihnen helfen und Ihre Lebensqualität verbessern können;
- ein Wiederauftreten oder Fortschreiten des Tumors erkannt werden.

Es konnten für die Leitlinie keine hochwertigen Studien gefunden werden, die Untersuchungen oder Zeitabstände für die Nachsorge von Menschen mit Darmkrebs im metastasierten Stadium gezielt miteinander verglichen haben. Wie intensiv die Nachbetreuung sein wird, kann von Mensch zu Mensch sehr verschieden sein. Sie richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen und dem Krankheitsverlauf.

In der Regel gehört zu einer Nachsorgeuntersuchung ein Gespräch darüber, wie es Ihnen geht, ob neue Beschwerden aufgetreten sind, ebenso eine orientierende körperliche Untersuchung durch Ihre Ärztin. Sie beurteilt dabei auch Ihren Ernährungszustand.

Bei einer Blutentnahme kann das Carcinoembryonale Antigen (CEA) untersucht werden. Steigt es an, kann dies ein Hinweis darauf sein, dass der Tumor oder die Metastasen wieder gewachsen sind. Allerdings ist auf das CEA nicht immer Verlass. Ein Drittel der Dickdarmkarzinome bildet diesen Tumormarker jedoch überhaupt nicht. Zur Kontrolle der Leber kann bei einer Nachsorgeuntersuchung eventuell auch eine Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes durchgeführt werden.

13. Leben mit den Folgen einer Darmoperation

Wer einen künstlichen Darmausgang erhält, kann meist gut lernen, damit zu leben. Aber auch wenn bei der Darmoperation der Schließmuskel erhalten bleibt, kann es zu Schwierigkeiten mit dem Stuhlgang kommen. In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen und praktische Tipps, wie Sie damit besser umgehen können. Diese stammen nicht aus der ärztlichen Leitlinie. Betroffene haben ihre eigenen Erfahrungen gesammelt und für Sie aufbereitet.

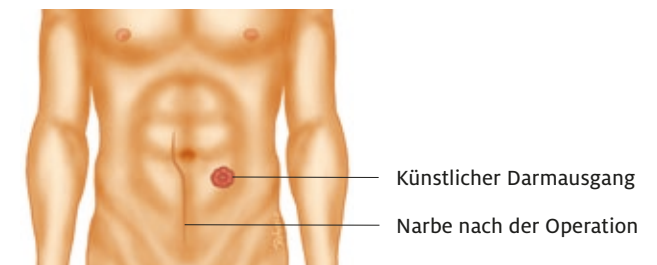
Leben mit einem künstlichen Darmausgang

Nach einer Darmkrebsoperation leben etliche Menschen – vorübergehend oder dauerhaft – mit einem künstlichen Darmausgang. Oft wird er als Stoma bezeichnet, obwohl dieser Begriff ihn nur ungenau beschreibt: Stoma ist das griechische Wort für Öffnung, Mündung oder Mund. Ein Stoma kann auch ein anderer künstlicher Ausgang sein, zum Beispiel der Blase (Urostoma).

Bei Darmkrebserkrankten wird entweder das Ende des Dünndarms durch die Haut der Bauchdecke ausgeleitet (Ileostoma) oder eine Schlinge des Dickdarms (Kolostoma) – wobei die Länge des Dickdarmanteils, der vor dem Stoma liegt, unterschiedlich sein kann.

Rechte Körperseite

Linke Körperseite



Stoma



In der ersten Zeit nach der Operation, im Krankenhaus und in der Rehaklinik lernen Sie normalerweise unter der Anleitung von Stomatherapeuten nach und nach, sich selbst zu versorgen und sicherer mit Ihrem Stoma umzugehen. Das sind meistens Krankenschwestern oder -pfleger mit einer speziellen Ausbildung, die Betroffenen beim Umgang mit einem künstlichen Darmausgang helfen.

In der Regel wird auf die Haut direkt über dem künstlichen Darmausgang ein etwa handflächengroßer Beutel aus dünner Kunststoffolie aufgeklebt, in den sich der Stuhl entleert. Der Beutel enthält oft einen Filter, über den die Darmgase geruchfrei entweichen können. Es gibt verschiedene Klebebeutelarten, Hilfsmittel, die eine sichere Haftung unterstützen, und Hautpflegemittel von mehreren Herstellern. Die Stomatherapeutinnen unterstützen Sie dabei, das für Sie beste System zu finden und die richtige Reinigung und Hautpflege zu erlernen. Nach einiger Zeit sollten Sie sich sicher fühlen, dass Ihr Stoma geruchsfrei und flüssigkeitsdicht versorgt ist, und ein Gefühl für die Speichermöglichkeiten des Beutels und den Entleerungsrythmus bekommen haben.

Ernährung bei künstlichem Darmausgang

Die Ernährung von Menschen mit einem Stoma unterscheidet sich nicht wesentlich von Menschen ohne Stoma. Eine spezielle Diät gibt es nicht, dafür sind die Unterschiede von Person zu Person zu groß.

Nach der Operation können sich viele Betroffene mit einem Stoma wieder an eine normale Ernährung gewöhnen. In der Regel steigen sie allmählich von einer Schonkost, zum Beispiel mit Brühe, Kartoffelbrei, Haferschleim, passiertem Gemüse oder Obst, auf eine Normalkost um. Viele Betroffene probieren dabei immer wieder neue Speisen, beobachten die Wirkung auf den Darm und auf das Ausscheidungsverhalten und halten dies eventuell in einem Tagebuch fest. Dadurch bekommen sie relativ rasch eine Übersicht über die Nahrungsmittel, die sie schlecht vertragen oder die unangenehme Auswirkungen haben, zum Beispiel

zu viele Gase bilden. Dabei muss jeder selbst testen, was ihm gut oder weniger gut bekommt.

Generell lässt sich nur sagen, dass viele Speisen leichter bekömmlich sind, wenn sie gut gekaut werden. Passagestörungen lassen sich oft vorbeugen, wenn Sie bei langfaserigen oder hartschaligen Gemüse- und Obstsorten, zum Beispiel Spargel, Sauerkraut oder Kokosnüssen, vorsichtig sind und sie entweder sehr klein schneiden, sie nicht in großen Mengen essen oder eventuell ganz auf sie verzichten.

Bei Menschen mit Kolostoma lösen die Speisen und Getränke, die schon vor der Operation Verstopfung, Blähungen, üblen Geruch oder Durchfall verursacht haben, diese Beschwerden oft auch jetzt aus. Auch die Stuhlbeschaffenheit ist nach einiger Zeit häufig wieder so wie vorher. Je mehr Dickdarm fehlt, umso weicher werden die Stühle allerdings und umso häufiger sind die Entleerungen.

Bei einem Ileostoma sind – bedingt durch den fehlenden Dickdarm – häufige und weiche Stuhlgänge normal, es handelt sich also nicht um Durchfall im medizinischen Sinn. Menschen mit einem Ileostoma werden immer vermehrt Wasser und Salze über das Stoma ausscheiden. Das kann den Nieren schaden. Helfen können Medikamente, die den Stuhl eindicken. Auch eine Ernährungsberatung ist sinnvoll. Betroffene sollten zudem darauf achten, genug zu trinken. Ein Anhaltspunkt dafür ist die Menge des ausgeschiedenen Urins, die einen Liter pro Tag nicht unterschreiten sollte. Bei richtigem Durchfall – meist plötzlich auftretendem, eher wässrigem Stuhl über mehrere Stunden – muss die Trinkmenge noch einmal erhöht werden. Es kann sein, dass bei sehr starken Durchfällen die verlorengegangene Flüssigkeit auch über Infusionen ersetzt werden sollte.



Darmausscheidung bei künstlichem Darmausgang

Bei einem Ileostoma löst jede Nahrungsaufnahme reflexartig Darmbewegungen und somit eine Entleerung aus dem Stoma aus. Danach herrscht normalerweise zwei bis vier Stunden Ruhe, wenn Sie in dieser Zeit nicht essen, trinken oder rauchen.

Bei einem Kolostoma erreichen Betroffene einen regelmäßigen Entleerungsrhythmus manchmal schon durch Regelmäßigkeit beim Essen. Falls bei einer Kolostomie während des Tages unregelmäßige Darmentleerungen auftreten, die bei bestimmten Anlässen vermieden werden sollen, kann das Intervall eventuell verlängert werden, wenn Sie bestimmte Nahrungsmittel vermeiden. Das sollten Sie vorher am besten ausprobieren. Im Einzelfall können Sie den Zeitraum bis zur nächsten Darmentleerung auch mit Medikamenten verlängern, zum Beispiel mit Loperamid. Eine dauernde Regulierung mit stopfenden Medikamenten ist dagegen nicht ratsam. Menschen mit einem Kolostoma, bei dem ein großer Teil des Dickdarms erhalten geblieben ist, können oft einige Wochen nach der Operation mit regelmäßigen Darmspülungen (Einläufe, Irrigation) durch das Stoma beginnen. Dabei wird der Darm mit ein bis zwei Litern Flüssigkeit gespült. Oft reicht eine Spülung täglich oder alle zwei Tage, um Entleerungen und Blähungen zwischendurch zu verhindern.

Mögliche Komplikationen eines künstlichen Darmausgangs

Jedes Stoma schrumpft normalerweise in den ersten Monaten nach der Operation ein wenig. Wenn die Öffnung aber so eng wird, dass die Entleerung behindert ist, sollten Sie Ihr Behandlungsteam verständigen. Vielleicht kann das Stoma vorsichtig gedehnt werden, eventuell ist aber eine erneute Operation notwendig. Solch eine Verengung kann zum Beispiel nach Entzündungen auftreten.

Manchmal tritt der Darm aus dem Stoma hervor. Das nennt man Prolaps. In leichten Fällen kann hier eine Bandage helfen, bei einem ausgeprägten Vorfall ist meist ein chirurgischer Eingriff notwendig.

Nicht so selten drücken sich neben dem Stoma andere Darmanteile in das Unterhautfettgewebe vor, im Sinne eines Bruchs (eine sogenannte parastomale Hernie). Wenn dies auftritt, muss entschieden werden, ob der Bruch in einer Operation korrigiert werden sollte oder so belassen werden kann.

Auch bei einer Einziehung des Stomas unter die Bauchdecke (Retraktion) ist manchmal eine erneute Operation erforderlich, wenn eine sichere Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann, die Ausscheidungen mit der Haut in Kontakt kommen und sie so schädigen.

Der Alltag mit künstlichem Darmausgang

Die meisten Betroffenen können sich mit der Zeit gut auf ein Leben mit ihrem künstlichen Darmausgang einstellen.

Eine Übersichtsarbeit hat Studien ausgewertet, welche die Lebensqualität von Menschen nach der Operation eines Rektumkarzinoms untersucht hatten. Dabei zeigte sich, dass die Menschen mit Stoma nach einiger Zeit in etwa genauso zufrieden mit dem Ergebnis der Behandlung waren wie Menschen ohne Stoma.

In der Regel können Menschen mit einem Stoma ihren Beruf weiter ausüben und sind auch sonst in ihren Freizeitaktivitäten wenig eingeschränkt. Gartenarbeit, Sport, Reisen, Kino- und Theaterbesuche, Schwimmen und Sauna sind normalerweise möglich. Dafür muss der Stomabeutel gut halten und dicht sein.

Dabei gibt es Personen, die gute Erfahrungen damit gemacht haben, ihr Umfeld, etwa ihre Kollegen offen über das Stoma zu informieren – sie zum Beispiel darüber aufzuklären, dass manchmal Blubbergeräusche entstehen können. Bei anderen Erkrankten weiß dagegen niemand im Kollegenkreis, dass sie ein Stoma tragen. Wie offen jemand mit seinem Stoma umgeht und wem gegenüber, muss aber jeder selbst entscheiden.



Broschüren zum Thema Stoma und Darmkrebs sowie weitere Informationen und Kontakt zu anderen Menschen mit Stoma sowie nach Stomarückverlagerung finden Sie bei der Deutschen ILCO e. V. Sie ist eine Selbsthilfeorganisation von und für Stomaträger, Menschen mit Darmkrebs und Angehörige (Adresse im Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 114).

Leben mit den Folgen einer Darmoperation bei Erhalt des Schließmuskels

Viele Menschen sind zunächst sehr erleichtert und freuen sich, wenn bei Ihrer Operation der Schließmuskel erhalten werden kann. Trotzdem kann es auch dann zu Problemen mit dem Stuhlgang kommen, die zum Beispiel erst offensichtlich werden, wenn das vorläufige Stoma zurückverlegt wird.

An der Kontinenz – also der Fähigkeit, den Stuhl zu halten und kontrolliert auszuscheiden – sind nicht nur der Schließmuskel, sondern komplizierte Mechanismen im Enddarm und im Becken beteiligt – zum Beispiel Empfindungen und Reflexe. Durch eine Operation am Enddarm und eine Bestrahlung in dieser Region können die Regelkreise gestört sein.

Probleme, die nach einer Rektumoperation häufig auftreten:

- Verspüren erkrankte Menschen den Drang, Stuhl zu entleeren, können sie ihn nur noch kurze Zeit halten.
- Betroffene haben sehr häufige Stuhlentleerungen in kleinen Portionen oder Durchfall.
- Nach dem Stuhlgang haben Betroffene das Gefühl, ihren Darm nur unvollständig entleert zu haben, und verspüren schnell wieder den Drang zur Entleerung.
- Manche Betroffene sind teilweise inkontinent.
- Die Haut um den Schließmuskel wird wund.

Wer nach Operation und Behandlung unter Problemen leiden wird, ist kaum vorherzusagen. Ein Schema für die Behandlung gibt es nicht. Es kann sein, dass Sie verschiedene Mittel und Methoden ausprobieren und kombinieren müssen, um für sich eine gute Lösung zu finden.

Helfen könnten zum Beispiel:

- Die Ernährung spielt den entscheidenden Faktor. Ein Großteil der häufigen Stuhlgänge kann mit einer richtigen Ernährung verringert werden. Wie Sie das erreichen können, lernen Sie etwa durch eine Ernährungsberatung, etwa in einer Rehabilitationseinrichtung.
- Bei sehr häufigen und dünnflüssigen Stuhlabgängen können Quellstoffe helfen, zum Beispiel Flohsamen.
- Beckenbodentraining, Physiotherapie oder Biofeedbacktraining wird zum Beispiel in spezialisierten Reha-Kliniken angeboten.
- Auch Medikamente wie Loperamid sind möglich.
- Analtampons und/oder weitere Hilfsmittel können genutzt werden.
- Bei entzündeter, gereizter Haut unterstützen Sitzwannenbäder die Heilung; nach dem Stuhlgang ist es empfehlenswert, die Säuberung unter der Dusche vorzunehmen, danach die Haut vorsichtig abzutupfen und eine Hautschutzcreme aufzutragen.

Wenn alle Maßnahmen auf Dauer keine befriedigenden Ergebnisse bringen oder der Schließmuskel zu schwach ist, dann können die Betroffenen auch die sogenannte transanale Irrigation lernen. Dabei handelt es sich um einen Einlauf beziehungsweise eine Spülung des Dickdarms über den Schließmuskel.

Die Anlage eines dauerhaften Stomas wegen Inkontinenz ist nur noch nach Ausschöpfen aller anderen Möglichkeiten zu empfehlen.

14. Seelische und soziale Unterstützung

Neben körperlichen Belastungen bei Darmkrebs sind auch seelische und soziale Belastungen möglich. Wir stellen Ihnen verschiedene Unterstützungsangebote vor.

Psychoonkologische Unterstützung

Bei einer Krebserkrankung gerät nicht selten auch die Seele aus dem Gleichgewicht. Manchmal können Sorgen und Ängste ein so starkes Ausmaß annehmen, dass daraus eine Krankheit wird. Nach Schätzungen tritt bei etwa 2 bis 3 von 10 Menschen mit Krebs eine seelische Erkrankung auf, die einer Behandlung bedarf.

Dazu kommt, dass ein Stoma oft eine große Umstellung ist. Daran müssen sich viele Betroffene erst gewöhnen. Das Stoma kann das Körperbild stark beeinträchtigen. Damit kommen manche schwer zurecht. Das kann sich auf das Selbstwertgefühl und Intimleben auswirken. Es kommt vor, dass sich Menschen aufgrund ihres Stomas ekeln, schämen oder sich Sorgen wegen Schmutz oder Gerüchen machen. Manche Betroffene fühlen sich so unwohl, dass sie sich in ihrem Alltag einschränken lassen oder die Rückkehr zum Arbeitsplatz schwierig wird. Das ist zusätzlich belastend.

Deshalb kann es hilfreich sein, psychoonkologische oder psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Psychoonkologinnen sind besonders ausgebildete Fachleute, die sich mit den seelischen Folgen von Krebserkrankungen beschäftigen und die viel Erfahrung in der Beratung von krebserkrankten Menschen haben. In der Regel haben sie Psychologie oder Medizin studiert. In Gesprächen können Sie hier alle für Sie wichtigen Fragen besprechen. Um Belastungen zu erkennen, gibt es auch Fragebögen.



Wenn Sie das Gefühl haben, seelische Unterstützung zu brauchen, sollten Sie sich nicht scheuen, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen. Erste Anlaufstellen können zum Beispiel die psychosozialen Krebsberatungsstellen sein (Adressen siehe Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 114). Auch manche Krankenhäuser bieten eine entsprechende Betreuung an. Nach Meinung der Expertengruppe *sollten* Ihre Ärzte Sie frühzeitig auf psychoonkologische Angebote hinweisen.

Viele Einrichtungen und Kliniken bieten besondere Schulungen für an Krebs erkrankte Menschen an, zum Beispiel zu Ernährung, Sport oder Entspannung. Vor Ort erfahren Sie, welche Angebote es gibt.



Patientenleitlinie „Psychoonkologie“

Ausführliche Informationen finden Sie in der Patientenleitlinie „Psychoonkologie – Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige“.

Diese Patientenleitlinie möchte Sie:

- darüber informieren, was man unter Psychoonkologie versteht;
- mögliche Folgen und Belastungen einer Krebserkrankung beschreiben;
- über die Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten bei Belastungen aufklären;
- auf Unterstützungsmöglichkeiten, Einrichtungen, Beratungs- und Hilfsangebote hinweisen;
- darin unterstützen, im Gespräch mit Ihrem Behandlungsteam die „richtigen“ Fragen zu stellen;
- auf Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag aufmerksam machen.

Die Patientenleitlinie ist im Internet frei verfügbar und kann bei der Deutschen Krebshilfe kostenlos bestellt werden.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/
www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/



Selbsthilfegruppen

Vielen macht es Hoffnung und Mut, mit anderen Betroffenen zu sprechen. Gerade wenn Sie erst kurze Zeit von Ihrer Krankheit wissen, können die Erfahrungen von Gleichbetroffenen Ihnen helfen. Sie merken, dass Sie mit Ihrer Krankheit nicht allein sind und viele Menschen in einer ähnlichen Situation sind wie Sie. Außerdem können Sie hier viele alltagstaugliche Tipps erhalten und Informationen rund um das Leben mit Darmkrebs und seinen Folgen.

Selbsthilfegruppen, in denen Sie jederzeit willkommen sind, finden Sie auch in Ihrer Nähe (Adressen siehe Kapitel "Adressen und Anlaufstellen" ab Seite 114"). Die bundesweite Selbsthilfeorganisation Deutsche ILCO e. V. vertritt zudem die Interessen Darmkrebsbetroffener in gesundheits- und sozialpolitischen sowie in medizinischen Gremien.

Soziale Beratung und materielle Unterstützung

In manchen Fällen wirft eine Darmkrebserkrankung sozialversicherungsrechtliche und existenzielle Fragen auf, zum Beispiel:

- Wie sichere ich künftig mein Einkommen?
- Wie lange werden die Kosten für meine Behandlung übernommen?
- Welche Hilfen kann ich in Anspruch nehmen?

Ansprechpartner und Anlaufstellen

Wenn Sie zu sozialrechtlichen Themen Fragen haben, können Sie sich zum Beispiel an Sozialdienste und Krebsberatungsstellen wenden. Erfahrungen mit dem Thema haben zudem Patientenorganisationen. Beratungsstellen gibt es auch bei Ihrer Krankenversicherung, dem zuständigen Rentenversicherungsträger, Sozialverbänden, dem Sozialamt, dem Versorgungsamt oder der Arbeitsagentur. Auch das INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe oder regionale Krebsberatungsstellen können Ihre Fragen beantworten. Adressen finden Sie ab Seite 114.

Welche Sozialleistungen gibt es?

Es gibt viele Sozialleistungen, die Sie in Anspruch nehmen können. Es handelt sich um Sach- oder Geldleistungen, die Ihnen zumindest eine gewisse materielle Sicherheit geben sollen. Häufige Leistungen sind Krankengeld, Schwerbehindertenausweis und Rehabilitation. Darüber hinaus gibt es noch einige andere Leistungen. Worauf Sie im Einzelnen Anspruch haben, hängt auch von Ihrer persönlichen Situation ab, zum Beispiel vom Einkommen, von der Dauer und Schwere der Krankheit oder davon, wo Sie versichert sind.

Es gibt außerdem Leistungen, zu denen Sie selbst beitragen müssen. Beispielsweise müssen Sie dafür Sorge tragen, alle Unterlagen vollständig einzureichen, die für die Bewilligung von Leistungen erforderlich sind. Es kann vorkommen, dass Sie eine Ablehnung aus Ihnen nicht nachvollziehbaren Gründen erhalten oder dass befristete Leistungen auslaufen. In diesen Fällen sollten Sie Ihre Rechte kennen und sich beraten lassen (siehe Kapitel „Ihr gutes Recht“ ab Seite 110).

Hier ein paar praktische Tipps:

- Wenn Sie krankgeschrieben sind und bis vor der Erkrankung gearbeitet haben, erhalten Sie zunächst sechs Wochen Lohnfortzahlung. Dabei müssen Sie nicht am Stück krankgeschrieben sein. Die Zeiträume werden addiert. Dann beginnt das Krankengeld, das Sie bei der Krankenkasse beantragen müssen. Die Krankenkasse gewährt das Krankengeld in der Regel für 78 Wochen innerhalb von drei Jahren wegen derselben Erkrankung (§ 48 SGB V).
- Wenn Sie zur Arbeit zurückkehren, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung. Ihre Ärztin legt die Wiedereingliederung in Abstimmung mit Ihnen, Ihrem Arbeitgeber und Ihrer Krankenkasse fest.
- Wenn Sie die Arbeit nicht wiederaufnehmen können, ist zu prüfen, ob Sie eine Rente oder Teilrente erhalten können. Hier ist es wichtig, dass Sie Ihre Rechte, mögliche Nachteile und Folgen kennen, bevor Sie Entscheidungen treffen.



- Wenn Sie Sorge haben, ob das Einkommen der Familie zum Lebensunterhalt reicht, sollten Sie sich über sozialrechtliche Leistungen zur Sicherung der Lebensgrundlage informieren, beispielsweise bei der Arbeitsagentur, dem Jobcenter oder Sozialamt. Lassen Sie sich dabei unterstützen.
- Der Grad der Behinderung (GdB) gibt an, wie stark jemand aufgrund einer Funktionsbeeinträchtigung (Behinderung) eingeschränkt ist. Das Versorgungsamt legt den GdB fest. Ab einem GdB von 50 bekommen Sie einen Schwerbehindertenausweis. Einen Antrag auf dieses Dokument können Sie direkt bei Ihrem zuständigen Versorgungsamt stellen. Informationen hierzu finden Sie unter www.integrationsaemter.de. Die jeweilige Adresse können Sie beim Bürgeramt der Kommune/Stadt erfragen. Bei einem GdB von 30 oder 40 können Sie eine sogenannte Gleichstellung bei der Agentur für Arbeit beantragen. Sie erhalten dann ähnliche Leistungen wie Schwerbehinderte, etwa einen besonderen Kündigungsschutz. Die Behörde kann jederzeit das Vorliegen der Voraussetzungen für die Behinderung erneut prüfen. Getroffene Feststellungen können aufgehoben oder verändert werden, wenn festgestellt wird, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verbessert oder verschlechtert (Verschlechterungsantrag) haben. Auch Sie selbst können jederzeit einen Änderungsantrag stellen.

15. Leben mit Darmkrebs – den Alltag bewältigen

Eine Krebserkrankung verändert den Alltag von Erkrankten und ihren Angehörigen. Nicht nur die Erkrankung selbst, auch die Behandlungen und ihre Folgen haben Auswirkungen auf das gewohnte Leben.

Bewegung und Sport

Die Zeiten, in denen man Krebserkrankten empfahl, sich körperlich möglichst viel zu schonen, sind vorbei. Im Gegenteil: Es ist belegt, dass Sport und Bewegung einen positiven Einfluss auf das seelische und körperliche Wohlbefinden haben. Die Fatigue, eine krebsbedingte Erschöpfung, nimmt ab (siehe Kapitel "Unterstützende Behandlung (Supportivmedizin)" ab Seite 77). Durch eine bessere körperliche Fitness kann alles leichter bewältigt werden. Das Vertrauen in den eigenen Körper steigt wieder, und die Abwehrkräfte werden gestärkt.



Suchen Sie sich einen Sport, der Ihnen Spaß macht, egal, ob Yoga, Tanzen oder Laufen. Wichtig ist, dass Ihr Training an Ihre Kräfte angepasst ist und Sie nicht überfordert. Es gibt spezielle Sportgruppen für Krebskranke. Sie können aber auch in einem Sportstudio oder gemeinsam mit Freunden aktiv werden. Wenn diese Gruppen oder Angebote für Sie zu anstrengend sind, sollten Sie mit Ihrem Behandlungsteam andere Möglichkeiten wie zum Beispiel Krankengymnastik besprechen. Wenn Sie durch Ihre Erkrankung körperlich sehr eingeschränkt sind, treiben Sie keinen Sport. Sprechen Sie im Zweifelsfall immer mit Ihrem Behandlungsteam.

Ernährung

Während der Behandlung und auch durch die Krebserkrankung selbst ändern sich bei den meisten Betroffenen Appetit und Nahrungsaufnahme. In der Regel lässt der Appetit in der Zeit der Therapie nach. In der Phase nach der Operation treten bei vielen Betroffenen Verdauungsprobleme auf, weil der Darm durch die Operation und die längere



Zeit des Leerlaufs irritiert ist. Zum Beispiel kann es zu Durchfall oder Verstopfungen, lauten Darmgeräuschen oder Blähungen kommen. Vor allem während einer Chemotherapie verändert sich oft das Geruchs- und Geschmacksempfinden. Häufig empfinden Betroffene dann Übelkeit und entwickeln eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel.

So gut und so ausreichend wie möglich zu essen, ist aber wichtig für Ihr Wohlbefinden. Wenn Sie viel Gewicht verlieren, verlieren Sie dabei immer auch Muskelmasse, werden schwächer und ermüden leichter. Eventuell helfen Ihnen sehr kalorienhaltige Trinklösungen, die Nahrungsaufnahme zu unterstützen.

Allgemeingültige Ernährungsempfehlungen für die Zeit während und kurz nach der Behandlung gibt es nicht. Sie sollten das essen, was Sie vertragen und worauf Sie Lust haben. Menschen, die eine Chemotherapie erhalten, kann es helfen, eine Zeit lang geruchsarme Speisen zu bevorzugen, bei Tisch nachzuwürzen und hinterher gut durchzulüften.

Tipps zur Ernährung:

- Essen Sie langsam und kauen Sie gründlich.
- Nehmen Sie häufige und dafür kleine Mahlzeiten zu sich.
- Meiden Sie blähende Lebensmittel.
- Verwenden Sie nur hygienisch einwandfreie Lebensmittel.
- Waschen Sie Obst und Gemüse gründlich, eventuell schälen.
- Garen Sie Fleisch und Fisch gut.
- Achten Sie auf das Haltbarkeitsdatum.

Es kommt immer wieder vor, dass Lebensmittel unterschiedlich gut vertragen werden. Ob Ihnen etwas gut bekommt oder nicht, kann während der Behandlung unterschiedlich sein. Probieren Sie daher ruhig aus, was Sie mögen. Sie sollten darauf achten, genug Flüssigkeit und Salze zu sich zu nehmen. Ein Hinweis darauf, dass Sie zu wenig getrunken haben, kann zum Beispiel wenig und dunkler, konzentrierter Urin sein.



Für einen gesunden Lebensstil gelten die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, die auch für Menschen ohne Darmkrebs gelten: möglichst abwechslungsreich mit vielen Ballaststoffen, viel Obst und Gemüse und wenig Fett und Fleisch.

Wenn Sie zu Hause eine weitere Ernährungsberatung benötigen, finden Sie eine Liste von Fachleuten unter www.vdoe.de oder www.vdd.de (siehe auch Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ Seite 114).

Nahrungsergänzungsmittel

Als Nahrungsergänzungsmittel bezeichnet man zum Beispiel Konzentrate aus Vitaminen oder Mineral- oder anderen Stoffen, die Sie zusätzlich zu Ihrer Nahrung einnehmen. Für keines dieser Mittel ist bisher nachgewiesen, dass es Rückfälle bei Darmkrebs verhindert. Vitamine oder Spurenelemente sollten Sie nur einnehmen, wenn bei Ihnen ein Mangel dafür nachgewiesen wurde.

Leben mit der Diagnose Krebs

Ein paar Hilfestellungen und praktische Tipps zum Leben mit der Erkrankung geben wir Ihnen in dieser Patientenleitlinie. Diese stammen nicht aus der Leitlinie. Diese Tipps können aber trotzdem hilfreich sein.

Warum ich?

Vielleicht fragen Sie sich, warum gerade Sie an Krebs erkrankt sind, ob Stress Schuld ist oder ob Sie etwas falsch gemacht haben. Sie sind damit nicht allein. Viele Menschen glauben, dass seelische Belastungen zur Entstehung von Krebs beitragen wie etwa Depressionen, Stress oder belastende Lebensereignisse. Es gibt keine Belege, die für einen Zusammenhang von seelischen Belastungen und Tumorentstehung sprechen. Manchmal begegnet einem auch der Begriff der „Krebspersönlichkeit“. Damit ist gemeint, dass bestimmte Charaktere eher Krebs bekommen als andere. Auch für diese Theorie gibt es keine haltbaren Belege.



Mit Stimmungsschwankungen umgehen

Es wird Tage geben, an denen Sie zuversichtlich und voller Energie sind. Diese können sich abwechseln mit Zeiten, in denen Sie sich niedergeschlagen, wütend, verzweifelt und hoffnungslos fühlen. All diese Reaktionen sind normal. Niemand kann immer nur positive Gefühle haben. Nehmen Ängste oder Niedergeschlagenheit jedoch zu, sollten Sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (siehe Kapitel „Seelische und soziale Unterstützung“ ab Seite 96).



Bewusst leben

Schwere Erkrankungen gehören wie Trennungen oder Verlust des Arbeitsplatzes zu den besonders schwerwiegenden Lebensereignissen. Diese Schicksalsschläge können einen hilflos, verzweifelt, traurig und orientierungslos zurücklassen. Aber auch neue Kraft geben: das Leben mehr zu schätzen, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen und ernst zu nehmen, mehr auf die Gesundheit zu achten und zu erkennen, wer oder was wirklich für einen wichtig ist.

Zusammengefasst: Es kann Ihnen helfen, wenn Sie bewusst leben und auf sich achten – dazu gehören auch eine gesunde Lebensweise mit Pausen, Entspannung und regelmäßigem Schlaf, Bewegung und eine gesunde Ernährung.

In Kontakt bleiben: Familie, Freunde und Kollegen

Gerade in belastenden Situationen ist es nicht immer einfach, sich mit der Partnerin oder dem Partner, Familie oder Freunden auszutauschen und eigene Anliegen oder Probleme anzusprechen. Trotzdem kann es helfen, mit Ihren Angehörigen und Ihrem Freundeskreis über Ihre Situation zu sprechen. So können Sie zum Beispiel Missverständnissen vorbeugen. Auch Selbsthilfegruppen bieten die Möglichkeit zum gemeinsamen Austausch mit den Angehörigen.

Familie und Freundschaften

Ihre Krebserkrankung kann auch bei Personen, die Ihnen nahestehen

Unsicherheit und Angst auslösen. Es kann sein, dass Sie sich zu überfürsorglich behandelt fühlen oder dass Sie sich im Gegenteil mehr Unterstützung wünschen würden. Für Außenstehende ist es nicht immer leicht zu erkennen, was Sie benötigen. Es hilft, wenn Sie offen sind: Geben Sie zu erkennen, wie Sie sich fühlen und was Ihnen gut tut und was nicht. Nicht alle Belastungen kann man aus der Welt schaffen, aber Sie, Ihre Familie und Freunde können von- und miteinander lernen, damit umzugehen.

Nicht trotz, sondern gerade wegen der Krankheit können Ihnen Freundschaften oder der Kontakt zu Bekannten guttun. Wenn Sie sich dauerhaft zurückziehen, wird der Alltag vielleicht noch schwerer oder bedrückender.

Nicht immer sehen Sie Ihre Familie oder den Freundeskreis regelmäßig. Diese können daher mit Ihren Beschwerden nicht so vertraut sein. Sagen Sie klar, was Sie können und was nicht. Missverständnisse können Sie vermeiden, indem Sie zum Beispiel darüber sprechen, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Verabredung nicht einhalten können. Vielleicht erhalten Sie häufiger Ratschläge zur Lebensführung oder Therapieansätze. Das ist sicher gut gemeint, kann aber auch belasten. Wenn Ihnen diese Hinweise zu viel werden, sprechen Sie dies an. Teilen Sie mit, welche Unterstützung stattdessen für Sie hilfreich wäre. In Fragen der Behandlung sollten Sie eher Ihrem Behandlungsteam vertrauen und vor allem: Besprechen Sie alle erhaltenen oder selbst entdeckten Therapieansätze mit Ihrer Ärztin (siehe Seite 58).



Kinder

Die veränderte Situation stellt Sie auch vor neue praktische Aufgaben. Haushalt und Kinderbetreuung sind zu organisieren, eventuell finanzielle Fragen zu klären, der Tagesablauf neu zu planen. Wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt, brauchen Kinder besonders viel Fürsorge. Sie spüren häufig sehr genau, dass „etwas nicht in Ordnung“ ist. Sprechen Sie



daher mit Ihrem Kind über die Erkrankung. So können Sie auch vermeiden, dass es von anderer Seite erfährt, dass Sie sehr krank sind. Wann der richtige Zeitpunkt dafür ist, lässt sich nicht allgemeingültig sagen. Leichter kann es sein, wenn Sie und Ihre Partnerin oder Ihr Partner gemeinsam mit den Kindern sprechen. Die Deutsche Krebshilfe bietet zum Thema Hilfen für Angehörige einen ausführlichen Ratgeber an, der auch auf die spezielle Situation der Kinder eingeht. Beratung ist auch in Krebsberatungsstellen möglich.

Arbeitsplatz

Manchmal kann Ihre Erkrankung Auswirkungen auf Ihre berufliche Tätigkeit haben, zum Beispiel wenn Sie Arzttermine wahrnehmen müssen oder wenn Sie nicht mehr so belastbar sind wie früher. Einerseits kann es Vorteile haben, wenn Sie auf der Arbeit offen über Ihre Erkrankung sprechen. Der Kollgenkreis kann Sie besser verstehen und möglicherweise bei bestimmten Aufgaben entlasten oder unterstützen. Andererseits kann der offene Umgang mit der Krankheit am Arbeitsplatz unter Umständen zwiespältig sein. In einem Arbeitsumfeld, das durch Misstrauen oder Druck geprägt ist, können auch Nachteile für Sie entstehen. Ihr Arbeitgeber hat, juristisch gesehen, kein Recht zu erfahren, an welcher Krankheit Sie leiden. Deshalb sollten Sie immer im Einzelfall abwägen, ob und inwieweit Ihnen die Offenheit nutzt oder schadet.

Im Betrieb können Sie sich außerdem, sofern vorhanden, an Ihren Betriebsarzt, Ihren Betriebs- oder Personalrat sowie an die Schwerbehindertenvertretung wenden, wenn Sie einen Schwerbehindertenausweis haben oder gleichgestellt sind. Ferner haben Schwerbehinderte einen Anspruch auf eine berufsbezogene Beratung durch die Integrationsfachdienste der Integrationsämter.

16. Hinweise für Angehörige und Freunde

Im Mittelpunkt bei einer Krebserkrankung steht der erkrankte Mensch. Dennoch betrifft die veränderte Situation nicht nur die betroffene Person, sondern auch die Menschen, die ihr nahestehen: Familie, Partner oder Partnerin, Kinder, weitere Angehörige und Freunde.

Auch Sie sind gefordert, denn für die Betroffenen ist Ihre Unterstützung bei der Auseinandersetzung und Anpassung mit der Erkrankung wichtig. Das kann Ihnen emotional und praktisch manchmal einiges abverlangen. Liebevoll und verständnisvoll miteinander umzugehen, ist nicht immer leicht, wenn Sorgen belasten und der Alltag organisiert werden muss. Es hilft, wenn Sie einander Achtung und Vertrauen entgegenbringen und offen miteinander reden. Denn auch Sie sind – wenn auch indirekt – davon betroffen und müssen lernen, mit der Erkrankung einer nahestehenden Person umzugehen.

Als Familienmitglied sind Sie manchmal in einer schwierigen Situation: Sie wollen helfen und unterstützen und brauchen gleichzeitig vielleicht selbst Hilfe und Unterstützung. Einen Menschen leiden zu sehen, der Ihnen nahesteht, ist schwer. Fürsorge für einen kranken Menschen kann dazu führen, dass Sie selbst auf einiges verzichten, was Ihnen lieb ist wie Hobbys oder Freundschaften. Umgekehrt mag es Ihnen egoistisch erscheinen, dass Sie etwas Schönes unternehmen, während die oder der andere krank ist. Doch damit ist beiden Seiten nicht geholfen. Wenn Sie nicht auf sich selbst Acht geben, besteht die Gefahr, dass Sie bald keine Kraft mehr haben, für den anderen Menschen da zu sein.

Sie können sich auch Hilfe holen, um die belastende Situation zu verarbeiten. Sie haben zum Beispiel selbst die Möglichkeit, sich beratende oder psychotherapeutische Unterstützung zu suchen. Die meisten Krebsberatungsstellen betreuen Kranke und Angehörige gleichermaßen. Bei einer psychoonkologischen Betreuung können auch Familiengespräche



wahrgenommen werden. Außerdem bieten Selbsthilfegruppen in vielen Städten für die Angehörigen krebskranker Menschen die Gelegenheit, sich auszutauschen und Unterstützung zu finden. Wer hilft, darf sich zugestehen, auch selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen, um sich nicht zu erschöpfen. Alles, was Sie entlastet, hilft auch dem erkrankten Menschen, um den Sie sich sorgen. Das ist nicht egoistisch, sondern vernünftig. Die Deutsche Krebshilfe bietet zum Thema „Hilfen für Angehörige“ einen ausführlichen Ratgeber an.

www.krebshilfe.de



Bin ich vielleicht auch betroffen?

In den meisten Fällen von Darmkrebs spielen vererbte Anlagen und äußere Einflüsse, zum Beispiel die Ernährung, zusammen eine Rolle. Was letztendlich zur Erkrankung geführt hat, lässt sich in der Regel nicht klären.

In einigen Familien tritt Darmkrebs häufiger auf, ohne dass eine Genveränderung als Ursache entdeckt wird. Dann sprechen Fachleute von einem familiären kolorektalen Karzinom. Etwa 20 bis 30 von 100 Darmkrebsfällen treten in bereits betroffenen Familien auf.

Aus der Statistik zieht die Expertengruppe folgende Schlüsse:

Verwandte ersten Grades, also Eltern, Geschwister und Kinder von Menschen mit Darmkrebs, haben ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, selbst an Darmkrebs zu erkranken. Erhöhtes Risiko bedeutet aber nicht, dass man auf jeden Fall erkrankt. Ist der Darmkrebs bereits vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten, erhöht sich das Risiko um das Drei- bis Vierfache.

Wurden bei Verwandten ersten Grades vor dem 50. Lebensjahr Darmpolypen gefunden, so ist das eigene Darmkrebsrisiko ebenfalls erhöht. Verwandte zweiten Grades (Tanten, Onkel, Cousins, Cousinen, Enkel) haben nur ein geringfügig höheres Erkrankungsrisiko.



Wenn Sie zu einer Gruppe mit einem erhöhten Risiko für Darmkrebs gehören, kann es sein, dass für Sie besondere Empfehlungen zur Früherkennung von Darmkrebs gelten. Sie können sich auch in einem Zentrum beraten lassen, das auf erblich bedingten Darmkrebs spezialisiert ist. Fragen Sie dazu Ihr Behandlungsteam. Weitere Anlaufstellen finden Sie im Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 114 und weitere Informationen in der Gesundheitsleitlinie „Früherkennung von Darmkrebs“.

17. Ihr gutes Recht

Eine Krebserkrankung ist in jeder Hinsicht eine große Herausforderung. Dabei ist es auch gut zu wissen, welche Patientenrechte es gibt und wie Sie für bestimmte Situationen vorsorgen können.

Patientenrechte

Im Jahr 2013 hat die Bundesregierung das Patientenrechtegesetz verabschiedet. In ihm ist zum Beispiel festgehalten, dass Sie ein Recht auf umfassende Information und auf Einsicht in Ihre Krankenakte haben. Die wichtigsten Regelungen finden Sie in einer Informationsbroschüre im Internet. www.patientenbeauftragter.de/patientenrechte



Sie haben das Recht auf

- freie Arztwahl;
- neutrale Informationen;
- umfassende Aufklärung durch den behandelnden Arzt;
- Schutz der Privatsphäre (Datenschutz);
- Selbstbestimmung (einschließlich des Rechts auf „Nicht wissen wollen“ und des Rechts, eine Behandlung abzulehnen);
- Beschwerde;
- eine qualitativ angemessene und lückenlose Versorgung;
- eine sachgerechte Organisation und Dokumentation der Untersuchung;
- Einsichtnahme in die Befunde (zum Beispiel CT-Aufnahmen, Arztbriefe; Sie können sich Kopien anfertigen lassen);
- eine Zweitmeinung;
- umfangreiche Information im Falle von Behandlungsfehlern.

Wenn die gesetzliche Krankenkasse die Kostenübernahme einer Behandlung ablehnt, können Sie innerhalb eines Monats schriftlichen Widerspruch dagegen einlegen. Dann kann dies durch den MDK (Medizinischen Dienst der Krankenversicherung) geprüft werden.

Sie haben beim MDK ein Recht auf:

- Auskunft: Wenn Sie Fragen zu Ihren gespeicherten Daten haben, erhalten Sie Auskunft darüber, woher die Daten stammen, wer die Daten bekommt und warum sie beim MDK gespeichert werden.
- Akteneinsicht: Wenn Sie es wünschen, können Sie Ihre Akte beim MDK einsehen. Dieses Recht kann auch eine Person mit Vollmacht, zum Beispiel eine Angehörige oder ein Rechtsanwalt, wahrnehmen.
- Widerspruch: Wenn Sie nicht mit der Weitergabe von Daten einverstanden sind, können Sie widersprechen. Über das MDK-Begutachtungsergebnis hinausgehende Informationen wie Befunde werden auf schriftlichen Wunsch nicht an den Leistungserbringer (zum Beispiel Hausarzt) übermittelt.

Wenn Sie einen Behandlungsfehler vermuten, können Sie sich an die Gutachterkommission und Schlichtungsstelle Ihrer zuständigen Landesärztekammer wenden. www.bundesaerztekammer.de/patienten-gutachterkommissionen-schlichtungsstellen

Ärztliche Zweitmeinung

Vielleicht sind Sie unsicher, ob eine vorgeschlagene Behandlung für Sie wirklich geeignet ist. Wenn Sie Zweifel haben, sprechen Sie offen mit Ihrem Behandlungsteam. Machen Sie dabei auch auf Ihre Unsicherheiten und Ihre Vorstellungen und Wünsche aufmerksam. Vielleicht hilft es Ihnen, sich auf ein solches Gespräch vorzubereiten, indem Sie sich Fragen aufschreiben und bei vertrauenswürdigen Quellen noch einmal gezielt Informationen suchen, zum Beispiel in dieser Patientenleitlinie nachlesen oder eine Beratungsstelle oder Selbsthilforganisation aufsuchen (Adressen ab 114).





Lassen sich Ihre Zweifel auch in einem weiteren Gespräch nicht ausräumen oder haben Sie das Gefühl, nicht sorgfältig genug beraten worden zu sein, können Sie eine zweite Meinung einholen. Sie haben das Recht dazu. Sie haben auch das Recht auf Ihre Unterlagen. Die Kopien händigt Ihnen Ihre Ärztin aus. Die Kosten der Kopien können Ihnen in Rechnung gestellt werden. Wenn Sie vor einer folgenreichen Behandlungsentscheidung mehr Sicherheit durch eine zweite Meinung wünschen, werden Ihre behandelnden Ärzte das in der Regel verstehen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, jemanden für eine zweite Meinung zu finden. Sie können sich zum Beispiel an die durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren wenden, die große Erfahrung in der Behandlung von krebserkrankten Menschen haben. Sie können Ihr Behandlungsteam auch direkt fragen. Ebenso können Ihnen die Kassenärztlichen Vereinigungen, Ihre Krankenkasse und Selbsthilfeorganisationen Auskunft geben. In der Regel übernehmen die Kassen bei schwerwiegenden Behandlungsentscheidungen die Kosten für eine Zweitmeinung. Am besten fragen Sie vorher dort nach.

Vorsorge treffen: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Jeder Mensch kann einmal in die Lage geraten, nicht mehr für sich entscheiden zu können. Für diesen Fall können Sie planen und besprechen:

- wer Ihre Vorstellungen und Wünsche vorübergehend oder dauerhaft vertreten soll;
- wie Sie Ihr Lebensende gestaltet wissen möchten;
- welche Maßnahmen im Fall von bestimmten Erkrankungssituationen Sie ablehnen.

In einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht können Sie dies festlegen. Diese sogenannte vorausschauende Behandlungsplanung hat zum Ziel, dass Ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse auch ohne Ihre direkte Einwirkung möglichst gut vertreten und umgesetzt werden können.

Auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz finden Sie Informationen zum Betreuungsrecht sowie Musterformulare und Textbausteine zu Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. www.bmjv.de

Die Planung des letzten Lebensabschnitts ist ein Angebot; Sie können dies auch ablehnen. Nicht jeder möchte sich mit der Gestaltung seines Lebensendes auseinandersetzen. Oft fällt es schwer, sich mögliche zukünftige Situationen vorzustellen oder diese Vorstellung zuzulassen und Entscheidungen zu treffen. Manche möchten auch lieber andere über die richtigen Maßnahmen entscheiden lassen.

18. Adressen und Anlaufstellen

Wir haben hier einige Adressen von Anlaufstellen und Ansprechpartnern für Sie zusammengetragen. Die nachfolgende Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Selbsthilfe

Deutsche ILCO e. V.

Die Deutsche ILCO e. V. ist eine bundesweit tätige Selbsthilfeorganisation für Stomaträger, Menschen mit Darmkrebs und Angehörige. ILCO ist die Abkürzung der Worte ILeum (Dünndarm) und COlon (Dickdarm). Die Internetseite bietet unter anderem Informationen sowie Adressen von örtlichen Selbsthilfegruppen (Stomaträger und/oder Darmkrebsbetroffene ohne Stoma) und Beratungsstellen.

Deutsche ILCO e. V.-Bundesverband

Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn
Telefon: 0228 33889450
Telefax: 0228 33889475
info@ilco.de
www.ilco.de

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung DCCV e. V.

Die Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung DCCV e. V. ist ein Selbsthilfverband für Menschen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung in Deutschland. Neben der Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen vermittelt die DCCV Kontakte, zum Beispiel zu Selbsthilfegruppen oder Krankenhäusern.

Bundesgeschäftsstelle

Inselstraße 1
10179 Berlin
Telefon: 030 20003920
Telefax: 030 200039287
info@dccv.de
www.dccv.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Wo sich eine Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe befindet, können Sie auch bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) erfragen.

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Telefon: 030 31018960
Telefax: 030 31018970
selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Beratungsstellen

Die Ländergesellschaften der Deutschen Krebsgesellschaft unterhalten Beratungsstellen für Krebspatienten und deren Angehörige. Die Adressen und Öffnungszeiten erfahren Sie in den einzelnen Geschäftsstellen.

Baden-Württemberg

Krebsverband Baden-Württemberg e. V.
Adalbert-Stifter-Straße 105
70437 Stuttgart
Telefon: 0711 84810770
Telefax: 0711 84810779
info@krebsverband-bw.de
www.krebsverband-bw.de

Bayern

Bayerische Krebsgesellschaft e. V.
Nymphenburgerstraße 21a
80335 München
Telefon: 089 5488400
Telefax: 089 54884040
info@bayerische-krebsgesellschaft.de
www.bayerische-krebsgesellschaft.de

Berlin

Berliner Krebsgesellschaft e. V.
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
Telefon: 030 2832400
Telefax: 003 2824136
info@berliner-krebsgesellschaft.de
www.berliner-krebsgesellschaft.de

Brandenburg

Brandenburgische Krebsgesellschaft e. V.
Charlottenstraße 57
14467 Potsdam
Telefon: 0331 864806
Telefax: 0331 8170601
mail@krebsgesellschaft-brandenburg.de
www.krebsgesellschaft-brandenburg.de

Bremen

Bremer Krebsgesellschaft e. V.
Am Schwarzen Meer 101–105
28205 Bremen
Telefon: 0421 4919222
Telefax: 0421 4919242
bremerkrebssgesellschaft@t-online.de
www.bremerkrebssgesellschaft.eu

Hamburg

Hamburger Krebsgesellschaft e. V.
Geschäftsstelle und Krebsberatungsdienst
Butenfeld 18
22529 Hamburg
Telefon: 040 41347568-0
Telefax: 040 41347568-20
info@krebs hamburg.de
www.krebs hamburg.de

Hessen

Hessische Krebsgesellschaft e. V.
Schwarzburgstr. 10
60318 Frankfurt am Main
Telefon 069 21990887
Telefax 069 21996633
info@hessische-krebsgesellschaft.de
www.hessische-krebsgesellschaft.de

Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsstelle der Krebsgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Campus am Ziegelsee
Ziegelseestr. 1
19055 Schwerin
Telefon 0385 77883350
Telefax 0385 77883351
info@krebsgesellschaft-mv.de
www.krebsgesellschaft-mv.de

Niedersachsen

Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V.
Königstraße 27
30175 Hannover
Telefon: 0511 3885262
Telefax: 0511 3885343
service@nds-krebsgesellschaft.de
www.nds-krebsgesellschaft.de

Nordrhein-Westfalen

Krebsgesellschaft des Landes Nordrhein-Westfalen e. V.
Volmerswerther Straße 20
40221 Düsseldorf
Telefon: 0211 15760990
Telefax: 0211 15760999
info@krebbsgesellschaft-nrw.de
www.krebbsgesellschaft-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V.
Löhrstraße 119
56068 Koblenz
Telefon: 0261 988650
Telefax: 0261 9886529
kontakt@krebbsgesellschaft-rlp.de
www.krebbsgesellschaft-rlp.de

Saarland

Beratungs- und Geschäftsstelle für an Krebs erkrankte Menschen und ihre Angehörigen
Saarländische Krebsgesellschaft e. V.
Sulzbachstraße 37
66111 Saarbrücken
Telefon: 0681 95906673
Telefax: 0681 95906674
info@saarlaendische-krebbsgesellschaft.de
www.saarlaendische-krebbsgesellschaft.de

Sachsen

Sächsische Krebsgesellschaft e. V.
Haus der Vereine
Schlobigplatz 23
08056 Zwickau
Telefon: 0375 281403
Telefax: 0375 281404
info@skg-ev.de
www.skg-ev.de

Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.
Paracelsusstraße 23
06114 Halle (Saale)
Telefon: 0345 4788110
Telefax: 0345 4788112
info@krebbsgesellschaft-sachsen-anhalt.de
www.sakg.de

Schleswig-Holstein

Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V.
Alter Markt 1-2
24103 Kiel
Telefon: 0431 8001080
Telefax: 0431 8001089
info@krebbsgesellschaft-sh.de
www.krebbsgesellschaft-sh.de

Thüringen

Thüringische Krebsgesellschaft e. V.
Paul-Schneider-Straße 4
07747 Jena
Telefon: 03641 336986
Telefax: 03641 336987
info@krebbsgesellschaft-thueringen.de
www.thueringische-krebbsgesellschaft.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Telefon: 030 32293290
Telefax: 030 322932966
service@krebbsgesellschaft.de
www.krebbsgesellschaft.de

Zertifizierte Darmkrebszentren im Internet
www.oncomap.de

**„Psychosoziale Krebsberatungsstellen“
der Deutschen Krebshilfe**

Unter anderem mit dem Ziel, in Deutschland ein Netzwerk qualitätsgesicherter Kompetenz-Beratungsstellen aufzubauen, hat die Deutsche Krebshilfe den Förderschwerpunkt „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ initiiert. Im Rahmen dieses Förderprogrammes unterstützt die Deutsche Krebshilfe bundesweit Beratungsstellen, an die sich Betroffene und Angehörige wenden können. Die Anschriften und Kontaktpersonen der geförderten Beratungsstellen finden Sie unter diesem Link.
www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/psychosoziale-krebsberatungsstellen/

Die Adressen weiterer Beratungsstellen erhalten Sie beim INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe sowie beim Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg.
www.infonetz-krebs.de
www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/adressen/krebsberatungsstellen.php

Beim Krebsinformationsdienst können Patienten und Angehörige mit ihrer Postleitzahl/ihrem Ort nach wohnortnahen Beratungsstellen suchen.

Ernährungsberatung

Über die Berufsverbände der Oecotrophologen und der Diätassistenten erhalten Sie Listen qualifizierter Ernährungsberater.

VDOE

Berufsverband Oecotrophologie e. V.
Reuterstr. 161
53113 Bonn
Telefon: 0228 289220
Telefax: 0228 2892277
vdoe@vdoe.de
www.vdoe.de

**VDD Verband der Diätassistenten –
Deutscher Bundesverband e. V.**

Susannastr. 13
45136 Essen
Telefon: 0201 94685370
Telefax: 0201 94685380
vdd@vdd.de
www.vdd.de

**Für Kinder krebskranker
Eltern**

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.
Münchener Str. 45
603299 Frankfurt am Main
Telefon: 0180 4435530
info@hkke.org
www.hkke.org

Flüsterpost e. V. – Unterstützung für Kinder krebskranker Eltern

Lise-Meitner-Str. 7
55129 Mainz
Telefon: 06131 5548798
Telefax: 06131 5548608
info@kinder-krebskranker-eltern.de
www.kinder-krebskranker-eltern.de

Förderverein „Mama/Papa hat Krebs“ Kaiserslautern e. V.

Gersweilerweg 14a
67657 Kaiserslautern
Telefon: 0631 3110830
Telefax: 0631 3110831
info@mama-papa-hat-krebs.de
www.mama-papa-hat-krebs.de

Weitere Adressen

Die Familienhilfe Polyposis coli e. V. ist eine bundesweite Selbsthilfegruppe für Familien, die von der familiären adenomatösen Polyposis betroffen sind.

Familienhilfe Polyposis coli e. V.

Bundesverband
Am Rain 3a
36277 Schenkklengsfeld
Telefon: 06629 1821
Telefax: 06629 915193
info@familienhilfe-polyposis.de
www.familienhilfe-polyposis.de

Die Familienhilfe Darmkrebs e. V. unterstützt mit ihrer Selbsthilfearbeit Menschen, die aufgrund von Krankheitsfällen im Angehörigenkreis befürchten, eine erbliche Veranlagung für diese Erkrankung zu besitzen.

Familienhilfe Darmkrebs e. V.

Semi-Colon
Gingterkamp 81
41069 Mönchengladbach
info@semi-colon.de
www.semi-colon.de

In der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V. (dapo) haben sich verschiedene Berufsgruppen zusammengeschlossen, die in der medizinischen und psychosozialen Betreuung von Krebskranken und ihren Angehörigen oder in der psychoonkologischen Forschung tätig sind.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V.

Ludwigstraße 65
67059 Ludwigshafen
Telefon: 0700 20006666
Telefax: 0621 67028858
info@dapo-ev.de
www.dapo-ev.de

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32
53113 Bonn
Telefon: 0228 729900
Telefax: 0228 7299011
deutsche@krebshilfe.de
www.krebshilfe.de

Auf der Internetseite der Deutschen Krebshilfe finden Sie die Adressen der Zentren für familiären Darmkrebs.
www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/familiaerer-krebs

Für krebserkrankte Menschen, ihre Angehörigen und Freunde sind der Informations- und Beratungsdienst der Deutschen Krebshilfe (INFONETZ KREBS) und der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums wichtige Anlaufstellen.

INFONETZ KREBS

Von Deutscher Krebshilfe und Deutscher Krebsgesellschaft

Das INFONETZ KREBS unterstützt, berät und informiert krebserkrankte und ihre Angehörigen kostenlos. Das Team des INFONETZ KREBS beantwortet in allen Phasen der Erkrankung persönliche Fragen nach dem aktuellen Stand von Medizin und Wissenschaft. Das Team vermittelt Informationen in einer einfachen und auch für Laien verständlichen Sprache, nennt themenbezogene Anlaufstellen und nimmt sich vor allem Zeit für die Betroffenen. Sie erreichen das INFONETZ KREBS per Telefon, E-Mail oder Brief.

Kostenlose Beratung: 0800 80708877
(Montag bis Freitag 8:00 – 17:00 Uhr)
krebshilfe@infonetz-krebs.de
www.infonetz-krebs.de

Krebsinformationsdienst

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Telefon: 0800 4203040
krebsinformationsdienst@dkfz.de
www.krebsinformationsdienst.de
www.facebook.de/krebsinformationsdienst

Für sozialrechtliche Fragestellungen können Sie sich an die Deutsche Rentenversicherung wenden.

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2
10702 Berlin
Servicetelefon: 0800 1000 4800
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung.de



19. Wenn Sie mehr zum Thema lesen möchten

Aus der Vielzahl der unterschiedlichen Informationsangebote zum Thema Darmkrebs haben wir für Sie eine kleine Auswahl zusammengestellt. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Leitlinienprogramm Onkologie

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. und die Stiftung Deutsche Krebshilfe entwickeln im Rahmen des Leitlinienprogrammes Onkologie wissenschaftlich begründete und praxisnahe Leitlinien in der Onkologie. Auf dieser Seite finden Sie Informationen über die bisher im Programm befindlichen Leitlinien und Patientenleitlinien.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Die blauen Ratgeber: Die kostenlosen blauen Ratgeber der Deutschen Krebshilfe informieren in allgemeinverständlicher Sprache zum Beispiel über

- Darmkrebs;
- Hilfen für Angehörige;
- Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs;
- Ernährung bei Krebs;
- Patienten und Ärzte als Partner;
- Strahlentherapie;
- Bewegung und Sport bei Krebs;
- Klinische Studien;
- Wegweiser zu Sozialleistungen.

Patientenleitlinien: Die ausführlichen Patientenleitlinien bieten fundierte und wissenschaftliche Informationen zu vielen Krebserkrankungen und übergeordneten Themen, beispielsweise

- Früherkennung von Darmkrebs;
- Darmkrebs im frühen Stadium;
- Supportive Therapie;
- Psychoonkologie;
- Palliativmedizin.

Die blauen Ratgeber und die Patientenleitlinien können kostenlos bei der Deutschen Krebshilfe bestellt werden.

www.krebshilfe.de

Patientenportal der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

In dem Portal sind medizinische Fachinformationen allgemeinverständlich aufbereitet. Die verlässlichen Patienteninformationen zu verschiedenen Krankheitsbildern und Gesundheitsthemen sind evidenzbasiert, das heißt, sie basieren auf dem besten derzeit verfügbaren Wissen.

www.patienten-information.de

Deutsche ILCO e. V.

Die Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs und deren Angehörige bietet Broschüren und Informationsmaterialien an.

www.ilco.de

Deutsche Krebsgesellschaft

Die Deutsche Krebsgesellschaft ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland. Auf Ihrer Internetseite informiert sie über den neuesten Stand zur Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen.

www.krebsgesellschaft.de



Krebsinformationsdienst

Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg (DKFZ) informiert zu allen krebsbezogenen Themen in verständlicher Sprache. Er bietet qualitätsgesicherte Informationen auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens, zum Beispiel zu Krebsrisiken, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Nachsorge und Leben mit einer Krebserkrankung.

Informationsblätter des Krebsinformationsdienstes:

- Alternative und komplementäre Krebsmedizin;
- Leben mit Krebs – Psychoonkologische Hilfen;
- Sozialrechtliche Fragen bei Krebs: Anlaufstellen;
- Arzt- und Kliniksuche: Gute Ansprechpartner finden.

Diese und weitere Informationsblätter sowie Broschüren können über das Internet heruntergeladen oder angefordert werden.

www.krebsinformationsdienst.de

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Das Institut erfüllt eine Reihe von gesetzlich festgelegten Aufgaben: Es bewertet zum Beispiel den Nutzen und Schaden von Arzneimitteln und Operationsverfahren. Die Ergebnisse finden Sie im Internet unter www.iqwig.de, allgemeinverständliche Versionen unter www.gesundheitsinformation.de

Zentrum für Krebsregisterdaten vom Robert Koch-Institut

www.krebsdaten.de

Stiftung Warentest

Medikamente im Test

www.test.de

20. Wörterbuch

Auf den folgenden Seiten erklären wir die wichtigsten Fremdwörter und Fachbegriffe.

5-Fluorouracil/Folinsäure

Chemotherapie-Medikament, wird als Basis der Chemotherapie bei metastasiertem Darmkrebs eingesetzt, kann mit weiteren Chemotherapie-Medikamenten (Oxaliplatin oder Irinotecan) und zielgerichteten Medikamenten (Bevacizumab, Panitumumab oder Cetuximab) ergänzt und dadurch in seiner Wirksamkeit verstärkt werden.

Adenom

Gutartige Geschwulst aus der Schleimhaut oder aus Drüsengewebe

adjuvant

Maßnahmen im Rahmen einer Krebsbehandlung, die eine heilende Behandlung unterstützen: zum Beispiel eine zusätzliche Bestrahlung nach einer Operation.

After (auch Anus)

Hinterer, der Ausscheidung dienender Ausgang des Darms

AHB

Abkürzung für Anschlussheilbehandlung

akut

Vordringlich, dringend, in diesem Moment

alternative Behandlungsverfahren

Behandlungsverfahren, die anstelle der von der wissenschaftlichen Medizin entwickelten Methoden angeboten werden.

ambulant

Gegenteil von stationär; bei einer ambulanten Behandlung kann der Patient unmittelbar oder kurze Zeit nach Beendigung wieder nach Hause gehen.

Anämie

Blutarmut

anal

Den After/Anus betreffend

Anschlussrehabilitation (AR)

Besondere Form der medizinischen Rehabilitation, die sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt und in der Regel drei Wochen dauert. Sie muss bereits im Krankenhaus beantragt werden.

Antibiotikum

Medikament, das Bakterien, aber keine Viren abtötet

Antiemetikum

Medikament, das Übelkeit und Erbrechen verhindert und unterdrückt

Antikörper

Sogenannte monoklonale Antikörper können künstlich hergestellt werden und richten sich gegen ein bestimmtes Merkmal von Krebszellen. Diese Eiweiße werden von einem Klon identischer Zellen in einer Zellkultur gebildet und heften sich an die Oberfläche von Krebszellen.

Anus praeter

Künstlicher Darmausgang, Kurzform für Anus praeter naturalis. Anus, lat. bezeichnet die untere Öffnung des Darms, After; Praeter = an/vorbei. Zusammen also etwa „anstelle des natürlichen Afters“. Ähnlich wird der Begriff Stoma gebraucht.

Bauchfell

Feuchte Haut, die den Bauchraum auskleidet und dort die inneren Organe umgibt. Das Bauchfell bildet eine Flüssigkeit, die als Schmiermittel dient, damit sich die Organe im Bauch leichter gegeneinander bewegen können.

Bevacizumab

Zielgerichtetes Medikament, Antikörper. Hemmt die Ausbildung neuer Blutgefäße, die der Krebs für sein Wachstum benötigt. Kann zusammen mit einer Chemotherapie bei Darmkrebs gegeben werden.

Blasenspiegelung (Zystoskopie)

Untersuchung, bei der ein dünner Schlauch (Endoskop, Zystoskop) durch die Harnröhre in die Harnblase vorgeschoben wird. An der Spitze befindet sich eine kleine Kamera, die Bilder vom Inneren der Harnblase und Harnröhre auf einen Bildschirm überträgt. So kann man die Innenwände der Organe beurteilen und nach verdächtigen Stellen absuchen.

Capecitabin

Substanz, die im Körper zu 5-FU abgebaut wird. Die Wirkweise ist deshalb mit 5-FU vergleichbar. Dieses Medikament wird als Tablette eingenommen.

Carcinoembryonales Antigen (CEA)

Tumormarker, der in der Nachsorge von Dickdarmkrebs verwendet werden kann

Chemotherapie

Behandlung von Krankheiten oder Infektionen durch Medikamente. Umgangssprachlich ist jedoch meist die Behandlung von Krebs gemeint. Die Chemotherapie verwendet Stoffe, die möglichst gezielt bestimmte krankheitsverursachende Zellen schädigen, indem sie diese abtöten oder in ihrem Wachstum hemmen. Bei der Behandlung bösartiger Krebserkrankungen nutzen die meisten dieser Stoffe die schnelle Teilungsfähigkeit der Krebszellen, da diese empfindlicher als gesunde Zellen auf Störungen der Zellteilung reagieren. Auf gesunde Zellen mit ähnlich guter Teilungsfähigkeit hat die Chemotherapie allerdings eine ähnliche Wirkung. Deshalb kann sie Nebenwirkungen wie Haarausfall, Erbrechen oder Durchfall hervorrufen.

Cetuximab

Zielgerichtetes Medikament, Antikörper gegen Wachstumsfaktoren auf Krebszellen. Kann zusammen mit einer Chemotherapie bei Darmkrebs gegeben werden.

chronisch

Bezeichnet eine Situation oder eine Krankheit, die längere Zeit vorhanden ist und andauert.

Colon

Siehe Kolon

Colon ascendens

Aufsteigender Teil des Kolons; liegt auf der rechten Körperseite

Colon descendens

Absteigender Teil des Kolons; liegt auf der linken Körperseite

Colon sigmoideum

Letzter Teil des Kolons; liegt zwischen dem absteigenden Kolon (Colon descendens) und dem Rektum (Mastdarm). Er verläuft in einer S-förmigen Schleife, daher sein Name.

Colon transversum

Quercolon; Teil des Kolons zwischen Colon ascendens und descendens; zieht quer von der rechten zur linken Körperseite.

Computertomographie (CT)

Röntgen aus verschiedenen Richtungen. Ein Computer verarbeitet die Informationen, die hierbei entstehen, und erzeugt ein räumliches Bild vom untersuchten Organ. Im Regelfall werden dabei jodhaltige Kontrastmittel eingesetzt, die die Aussagefähigkeit der Methode erhöhen. Die Computertomographie ist mit einer höheren Strahlenbelastung verbunden als das einfache Röntgen.

Darmkrebszentrum, zertifiziertes

Überprüftes Zentrum, das Menschen mit Darmkrebs umfassend betreut. Viele Fachleute arbeiten hier zusammen, und es wird überprüft, ob ihre Arbeit auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand erfolgt.

Darmpolyp

Gutartige Wucherung der Schleimhaut, die in den Darm hineinragt. Sie kann fingerförmig oder pilzartig aussehen.

Darmspiegelung (Koloskopie)

Untersuchung des Darms von innen: Mit Hilfe eines Schlauches, an dem eine Lichtquelle und eine Kamera befestigt sind, lässt sich die Schleimhaut des Darms gründlich untersuchen. Die Darmspiegelung ist ein Verfahren, um Darmkrebs festzustellen.

Darmspülung (Irrigation)

Besondere Form von regelmäßig durchgeführten Einläufen, mit denen zum Beispiel bei Menschen mit einem Stoma, zu einer gewünschten Zeit eine vollständige Entleerung des Dickdarms herbeigeführt werden soll. Danach haben Betroffene für etwa 24 bis 48 Stunden keine weiteren Stuhlentleerungen zu erwarten.

Dickdarm

Letzter, ungefähr anderthalb Meter langer, Abschnitt des Verdauungssystems. Beginnt nach dem Dünndarm und endet am Darmausgang (After, Anus). Der Dickdarm besteht aus dem Kolon (Grimmdarm) und dem Rektum (Mastdarm).

digital-rektal

Untersuchung, bei der der Arzt den Enddarm vorsichtig mit dem Finger austastet.

Einlauf

Das Einführen von Flüssigkeit in den Dickdarm, um den Darm zu reinigen.

Enddarm

Mastdarm, letzter Teil des Dickdarms mit dem Darmausgang

Endoskop

Gerät, das zur Spiegelung von Hohlorganen und Körperhöhlen (Endoskopie) genutzt

wird. Ganz vorne am Gerät befindet sich eine kleine Kamera mit Lichtquelle, die zum Beispiel Bilder aus dem Darm auf einen Bildschirm überträgt.

Endoskopie

Spiegelung; medizinisches Untersuchungsverfahren, um Hohlorgane und Körperhöhlen wie den Darm oder den Magen von innen zu betrachten. Dafür wird ein biegsamer Schlauch (Endoskop) in das Organ geschoben. Am Ende befindet sich eine kleine Kamera mit Lichtquelle, die Bilder aus dem Organ auf einen Bildschirm überträgt. Mit einer winzigen Zange kann der Arzt zugleich Gewebeproben entnehmen (Biopsie).

Endosonographie

Bildgebendes Verfahren, bei dem ein winziger Ultraschallkopf über einen Schlauch in den Darm eingeführt wird. Mithilfe von Schallwellen werden Bilder von der Darmwand und ihren Schichten erzeugt. Auf den Schallbildern kann man erkennen, ob die tieferen oder die oberen Schichten der Darmwand verdickt sind. Daraus kann man auf die Gut- oder Bösartigkeit der Gewebeveränderung schließen. Man kann auch feststellen, wie fortgeschritten ein Tumor in Bezug auf die Darmwand ist.

Ergotherapie

Verfahren der medizinischen Heilberufe, das Menschen helfen soll, eine durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung verlorene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben (wieder) zu erreichen.

Fatigue

Französisch für Müdigkeit, Erschöpfung; bezeichnet eine Begleiterscheinung vieler Krebserkrankungen. Zustand dauerhafter Erschöpfung, Abgeschlagenheit und Überforderung. Kann durch eine Krebserkrankung selbst oder durch die Krebsbehandlung ausgelöst werden.

FOLFIRI

Abkürzung für eine Kombination der Chemotherapie, die aus den Wirkstoffen 5-Fluorouracil/Folinsäure und Irinotecan besteht

FOLFOX

Abkürzung für eine Kombination der Chemotherapie, die aus den Wirkstoffen 5-Fluorouracil/Folinsäure und Oxaliplatin besteht

FOLFOXIRI

Abkürzung für eine Kombination der Chemotherapie, die aus den Wirkstoffen 5-Fluorouracil/Folinsäure und Oxaliplatin und Irinotecan besteht; sie ist sehr wirksam, hat aber auch viele Nebenwirkungen und wird dadurch nicht so gut vertragen

Folinsäure

Vitamin, das zwar nicht gegen Tumorzellen wirkt, jedoch die Wirkung von 5-Fluorouracil auf die Tumorzellen verstärkt

Gastroenterologie

Fachgebiet in der Medizin, das sich mit Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes befasst.

Grading

Einteilung der Tumorzellen nach ihrem Grad der Bösartigkeit beziehungsweise

nach ihrem Wachstumsverhalten: wenig aggressiv (Low Grade, G1 oder 2) oder aggressiv (High Grade, G2 oder G3). Beschreibt, wie stark die Krebszellen im Aussehen von gesunden Zellen abweichen.

Grimmdarm

Siehe Kolon

Hand-Fuß-Syndrom

Schmerzhafte Rötungen und Schwellungen an den Handinnenflächen und Fußsohlen, die als Nebenwirkung einer Behandlung mit bestimmten Krebsmedikamenten auftreten können. Das Hand-Fuß-Syndrom kann unterschiedlich schwer sein.

Hemikolektomie

Operation, bei der ungefähr die Hälfte des Dickdarms entfernt wird

Hernie

Austritt von Eingeweiden aus der Bauchhöhle durch eine Lücke in der Bauchwand, auch als Bruch bezeichnet

HIPEC

Abkürzung für Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy; besondere Behandlung von Metastasen im Bauchraum, bei der ein Chemotherapeutikum zusammen mit einer erhitzten Spüllösung in den Bauchraum geleitet wird. Krebszellen reagieren auf Hitze empfindlicher als normale Körperzellen.

Homöopathie

Verfahren, bei dem Erkrankte mit bestimmten Mitteln in hoher Verdünnung behandelt werden. Diese Mittel rufen in größerer

Menge bei Gesunden ähnliche Krankheitserscheinungen hervor.

Ileostoma

Künstlicher Darmausgang, bei dem das Ende des Dünndarmes (Ileum) durch ein kleines Loch in der Bauchdecke geführt und in die Haut eingenäht wird.

Ileostomie

Operation, bei der ein Ileostoma angelegt wird

Infusion

Gabe von Flüssigkeit nicht über den Magen-Darm-Trakt, sondern zum Beispiel über eine Vene

Inkontinenz

Unfähigkeit, etwas zurückzuhalten; hier Verlust der Fähigkeit, den Stuhl zu halten und willentlich auszuscheiden

invasiv

Begriff, der in der Medizin verschieden verwendet wird: Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen man mit Instrumenten durch die Haut in den Körper eindringt. Tumor, der in das umgebende Gewebe hineinwuchert.

Irinotecan

Chemotherapie-Medikament, wird beim metastasierten Darmkrebs zusammen mit 5-Fluorouracil/Folinsäure gegeben als FOLFIRI-Chemotherapie.

Irrigation

Siehe Darmspülung

Karzinom

Bösartiger Tumor, der vom Deckgewebe (Epithel) ausgeht. Krebszellen vermehren sich unkontrolliert, dringen in benachbartes Körpergewebe ein und können über die Blut- oder Lymphbahnen in andere Gewebe streuen und dort Absiedlungen (Metastasen) bilden.

Klinische Studie

In einem kontrollierten Umfeld und unter festgelegten Bedingungen wird die Wirkung einer bestimmten medizinischen Behandlung erforscht. Die häufigste Form der klinischen Studie ist die Prüfung von Arzneimitteln. In diesem Rahmen stellen klinische Studien den letzten Schritt in der Entwicklung dar. Dabei geht es meistens um die Verträglichkeit und/oder medizinische Wirksamkeit von Medikamenten. Auch Behandlungsverfahren wie Operation oder Bestrahlung können in klinischen Studien erforscht oder miteinander verglichen werden.

Klistier

Form eines Einlaufs, bei dem jedoch in der Regel weniger Flüssigkeit verwendet wird

Kolon (auch Colon)

Grimmdarm, der längste Teil des Dickdarmes

Kolonkarzinom

Bösartiger Tumor im längsten Teil des Dickdarms

kolorektal

Den Grimmdarm (Kolon) und den Mastdarm (Rektum) betreffend

Koloskopie

Siehe Darmspiegelung

Kolostoma (auch Colostoma)

Häufigste Form eines künstlichen Darmausgangs. Das Ende des Dickdarms wird in die Bauchdecke eingenäht.

Kolostomie

Operation, bei der ein Kolostoma angelegt wird

komplementäre Behandlungsverfahren

Entstammen zum Beispiel der Naturheilkunde oder der traditionellen chinesischen Medizin und können unter bestimmten Voraussetzungen ergänzend zur üblichen medizinischen Behandlung eingesetzt werden.

Kontinenz

Fähigkeit, den Urin oder Stuhl zu halten und willentlich auszuscheiden

Leitlinie

Orientierungs- und Entscheidungshilfe; sie wird von einer Expertengruppe im Auftrag einer oder mehrerer medizinischer Fachgesellschaften erstellt. Die Handlungsempfehlungen stützen sich auf das beste derzeit verfügbare medizinische Wissen. Dennoch ist eine Leitlinie keine Zwangsvorgabe. Jeder Mensch hat seine eigene Erkrankung, seine Krankengeschichte und eigene Wünsche. In begründeten Fällen muss das Behandlungsteam von den Empfehlungen einer Leitlinie abweichen.

lokal

Örtlich

Lokalrezidiv

Wiederauftreten einer Erkrankung an ihrer ursprünglichen Stelle

Lymphknoten

Jedes Organ bildet eine Zwischengewebe-flüssigkeit, die sogenannte Lymphe. Diese wird über Lymphbahnen transportiert und in den Lymphknoten gefiltert. Lymphknoten spielen eine wichtige Rolle im Abwehrsystem.

Magnetresonanztomographie (MRT)

Bildgebendes Verfahren, das zur Diagnostik eingesetzt wird; von außen können, ähnlich wie bei der Computertomographie (CT), Struktur und Funktion der inneren Gewebe und Organe dargestellt werden. Allerdings beruht dieses Verfahren, anders als Röntgen oder Computertomographie, nicht auf Radioaktivität, sondern auf starken elektromagnetischen Feldern. Man wird dazu in eine Röhre geschoben. Die MRT ist nicht schmerzhaft, aber laut.

Mastdarm

Siehe Enddarm

Mesorektum

Gekröse des Rektums; Bindegewebe um das Rektum, das Fettgewebe, Blut- und Lymphgefäße enthält und auch zwischen dem Rektum und dem Kreuzbein der Wirbelsäule liegt.

Mesokolon

Gekröse des Kolons; Bindegewebe um das Kolon, das Fettgewebe, Blut- und Lymphgefäße enthält und auch zwischen dem Kolon und der hinteren Wand des Bauchraumes liegt.

Metastase

Bedeutet sinngemäß: die Übersiedlung von einem Ort an einen anderen; einzelne Krebszellen lösen sich vom Primärtumor und wandern durch die Blutbahn oder Lymphe an andere Stellen im Körper, um sich dort anzusiedeln.

minimalinvasiv

Eingriffe oder Untersuchungen, die mit möglichst kleinen Verletzungen der Haut und der Weichteile einhergehen. Umgangssprachlich spricht man auch von Knopfloch- oder Schlüssellochoperation.

Mukositis

Schleimhautentzündung, zum Beispiel der Mundschleimhaut

neoadjuvant

Unterstützende Behandlung vor dem eigentlichen Eingriff, etwa eine medikamentöse Behandlung vor einer Operation oder Bestrahlung; unterstützt die Heilung einer Erkrankung.

Neuropathie

Sammelbegriff für viele Erkrankungen des Nervensystems. Dabei können durch Nervenschäden zum Beispiel Schmerzen und Empfindungsstörungen auftreten.

Onkologie

Medizinisches Fachgebiet, welches sich mit Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Krebserkrankungen befasst.

Opioide

Oberbegriff für verschiedene Schmerzmittel, die ähnlich wie Morphin wirken. Morphin ist der Hauptwirkstoff im Opium.

Oxaliplatin

Chemotherapie-Medikament; wird beim metastasierten Darmkrebs zusammen mit 5-Fluorouracil/Folinsäure gegeben als FOLFOX-Chemotherapie.

palliativ

Krankheitsmildernd, nicht heilend; Gegensatz zu kurativ; Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden, ohne die zugrunde liegende Erkrankung beseitigen zu können.

Panitumumab

Zielgerichtetes Medikament; Antikörper gegen Wachstumsfaktoren auf Krebszellen. Kann zusammen mit einer Chemotherapie bei Darmkrebs gegeben werden.

parastomale Hernie

Neben dem Stoma drücken sich andere Darmanteile in das Unterhautfettgewebe vor.

Pathologie

Medizinisches Fachgebiet, welches sich mit den krankhaften Vorgängen und Strukturen im Körper befasst. Ein Pathologe untersucht zum Beispiel das Gewebe, das bei einer Krebsoperation entnommen wurde, um daraus Rückschlüsse auf Art und Umfang des Tumors zu ziehen.

Positronenemissionstomographie (PET)

Bildgebendes Verfahren; dabei wird eine schwach radioaktive Substanz gespritzt, mit deren Hilfe der Stoffwechsel der Körperzellen sichtbar gemacht werden kann; wird oft zusammen mit einer Computertomographie durchgeführt (PET-CT).

Peritoneum

Siehe Bauchfell

Polyp

Gutartige, oft gestielte Ausstülpung der Schleimhäute

Pouch

Reservoir, das bei der Operation eines Rektumkarzinoms aus gesunden Darmschlingen angelegt werden kann, um die Sammelfunktion des Rektums zu simulieren.

Primärtumor

Der ursprüngliche Tumor, von dem die Metastasen oder Rezidive stammen

Prognose

Vorhersage über den vermuteten Krankheitsverlauf

Prolaps

Darmvorfall, bei dem im Bereich eines Stomas der Darm durch die künstliche Öffnung tritt, ähnlich wie beim Umstülpfen eines Handschuhfingers.

Psychoonkologie

Zweig der Krebsmedizin, der sich mit Fragen der seelischen Auswirkungen von Krebserkrankungen beschäftigt, unter anderem inwieweit seelische Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf von Krebserkrankungen eine Rolle spielen.

Radiologie

Fachrichtung der Medizin, die sich mit der Anwendung energiereicher Strahlen bei Diagnostik und Therapie beschäftigt. Umfasst bildgebende Verfahren mit Röntgenstrah-

len, Ultraschall und elektromagnetischen Feldern.

Radiotherapie

Siehe Strahlentherapie

Rehabilitation

Wiederbefähigung; alle medizinischen, psychotherapeutischen, sozialen und beruflichen Leistungen, die eine Wiedereingliederung eines Kranken in Familie, Gesellschaft und Berufsleben zum Ziel haben. Diese Leistungen sollen es ermöglichen, besser mit krankheitsbedingten Schwierigkeiten umzugehen.

Rektoskopie

Spiegelung des Enddarms; kann mit einem starren Rohr durchgeführt werden

Rektum

Siehe Enddarm

Rektumkarzinom

Bösartiger Tumor im letzten Teil des Dickdarms

Resektion

Operative Entfernung des Tumorgewebes. Im pathologischen Befund nach der Operation sagt das „R“ – für residual – aus, ob der Tumor mit einem Mindestabstand zum gesunden Gewebe komplett entfernt wurde („im Gesunden“). R0 = kein Resttumor vorhanden; R1-2 = verbliebener Resttumor mit unterschiedlichem Ausmaß.

residual

Als Rest zurückbleibend

Retraktion

Zusammenziehung, Schrumpfung

Rezidiv

Wiederauftreten einer Erkrankung, Krankheitsrückfall

S3-Leitlinie

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) beurteilt Leitlinien nach ihrer Güte. Die Stufe S3 hat die höchste methodische Qualität und beruht auf einer sehr gründlichen Evidenzrecherche, einer Qualitätsbewertung der Literatur in Bezug auf ihre wissenschaftliche Aussagekraft und ihre klinische Bedeutung und der Herbeiführung eines Konsenses zwischen den beteiligten Experten. Regelmäßige Prüfungen sind obligat. Siehe auch Leitlinie.

Sigma

Siehe Colon sigmoideum

Sigmoidoskopie

Kleine Darmspiegelung; hier betrachtet die Ärztin nur den letzten Abschnitt des Dickdarms mit dem Endoskop.

Sonographie

Siehe Ultraschalluntersuchung

Sphinkter

Schließmuskel; Muskelgruppe am Ende des Dickdarms, die dazu dient, den Stuhl zu halten und nur willentlich auszuscheiden.

Sphinktermanometrie

Untersuchung, mit welcher der Druck des Sphinkters gemessen wird. Die Untersu-

chung sagt etwas über die Fähigkeit aus, den Stuhl zu halten.

Staging

Stadieneinteilung; diese richtet sich nach der Größe und Ausdehnung des Tumors, der Anzahl der befallenen Lymphknoten und dem Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Fernmetastasen in anderen Organen wie Leber, Knochen und Lunge.

stationär

Im Krankenhaus

Stoma

Künstlich geschaffener Ausgang; meist in der Bauchdecke, um Darminhalt oder Harn darüber abzuleiten. Kolostoma und Ileostoma bezeichnen genauer zwei Formen von Stomata.

Stomatherapeut

Spezialist in der Pflege von Stomata. Der Begriff ist nicht geschützt, also nicht unbedingt an eine bestimmte Ausbildung gebunden.

Strahlentherapie (Bestrahlung, Radiotherapie)

Durch die gezielte Behandlung mit hochenergetischer Röntgenstrahlung können verschiedene bösartige Tumoren entweder vollständig zerstört oder in ihrer Entwicklung gehemmt werden.

Stuhltest

Test, um kleinste Mengen Blut im Stuhl nachzuweisen. Er kann erste Hinweise auf einen Tumor oder Polypen im Darm geben. Blut im Stuhl kann aber auch andere, harmlose Ursachen haben.

Thorax

Brustkorb

Therapie

Behandlung, Heilbehandlung

TNM-Klassifikation

Internationale Einteilung von Tumoren. T steht dabei für Tumor, N für Nodus = Lymphknoten und M für Metastasen.

transanal

Durch den Anus/After hindurch

Tumor

Gewebeschwulst; Tumoren können gut- oder bösartig sein. Bösartige Tumoren werden auch als Krebs bezeichnet. Sie wachsen verdrängend in anderes Gewebe hinein, einzelne Zellen können sich aus dem Krebs lösen und über die Blutbahn oder die Lymphe in andere Organe gelangen und sich dort ansiedeln (Metastasen bilden).

Tumorkonferenz

Dort sitzen Ärztinnen aller beteiligten Fachrichtungen zusammen, um gemeinsam das beste Vorgehen bei der Behandlung abzustimmen.

Tumormarker

Körpereigene Stoffe, die von Krebszellen besonders häufig gebildet werden oder deren Bildung durch Krebszellen ausgelöst wird. Der Nachweis dieser Tumormarker im Blut oder im Urin zeigt mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit einen Tumor an.

Tumorstadium

Das Ausmaß eines Tumors bei Diagnosestellung beziehungsweise seines Fortschreitens wird klinisch in Stufen, sogenannten Stadien beschrieben. Das Tumorstadium zeigt dabei an, welche Charakteristika die Tumorerkrankung aufweist. Die Einteilung der Erkrankungsstadien richtet sich zum einen nach der Größe des Tumors (Kurzbezeichnung: T), zum anderen, ob Lymphknoten befallen sind (Kurzbezeichnung: N) und ob der Tumor in anderen Organen Metastasen gebildet hat (Kurzbezeichnung: M). Siehe auch TNM-Klassifikation.

UICC-Klassifikation

International gebräuchliche Klassifikation von Dickdarmkrebs, die auf der TNM-Klassifikation beruht. UICC steht für die Union Internationale Contre le Cancer.

Ultraschalluntersuchung (Sonographie)

Gewebeuntersuchung und -darstellung mittels Ultraschallwellen. Diese Schallwellen liegen oberhalb des vom Menschen wahrnehmbaren (hörbaren) Frequenzbereichs und können zur Bildgebung genutzt werden. Von den Gewebe- und Organgrenzen werden unterschiedlich starke Echos der Ultraschallwellen zurückgeworfen und vom Computer in ein digitales Bild umgewandelt. Damit können die inneren Organe angesehen und Tumoren entdeckt werden. Ultraschallwellen sind weder elektromagnetisch noch radioaktiv. Daher können sie beliebig oft wiederholt werden, ohne den Körper zu belasten oder Nebenwirkungen zu verursachen.

Viszeralchirurgie

Fachgebiet für die operative Behandlung der Bauchorgane

Zytostatikum

Medikament, das bei einer Chemotherapie zum Einsatz kommt. Es zerstört Krebszellen, indem es unter anderem in die Zellteilung eingreift. Auch gesunde Gewebe, die sich schnell erneuern und eine hohe Zellteilungsrate haben, werden durch ein Zytostatikum vorübergehend in Mitleidenschaft gezogen.

21. Verwendete Literatur

Diese Patientenleitlinie beruht auf der interdisziplinären S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“. Die S3-Leitlinie wurde im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie in Trägerschaft der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. der Deutschen Krebsgesellschaft und der Stiftung Deutsche Krebshilfe erstellt. Sie beinhaltet den aktuellen Stand der Medizin und Forschung. Viele Studien und Übersichtsarbeiten sind dort nachzulesen.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

An dieser Leitlinie haben Experten der folgenden medizinischen Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen mitgewirkt:

- Arbeitsgemeinschaft „Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin“ in der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) (ASORS)
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der DKG (PSO)
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der DKG (AIO)
- Arbeitsgemeinschaft Konferenz Onkologische Kranken- und Kinderkrankenpflege in der DKG (KOK)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie in der DKG (AOP)
- Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie in der DKG (OPH)
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie in der DKG (PRIO)
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie in der DKG (ARO)
- Arbeitsgemeinschaft Bildgebung und Radioonkologie in der DKG (ABO)
- Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng)
- Bundesverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
- Bundesverband Deutscher Pathologen (BDP)
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP) in der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Minimal Invasive Chirurgie (CAMIC) in der DGAV
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Onkologie (CAO-V) in der DGAV
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO) in der DKG
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für interventionelle Radiologie und minimalinvasive Therapie (DeGIR)
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL)
- Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
- Deutsche Gesellschaft Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
- Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung (DCCV)
- Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
- Deutscher Hausärzteverband (HÄV)
- Felix-Burda-Stiftung
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA)
- Stiftung Lebensblicke
- Deutsche ILCO – Vereinigung für Stomaträger und für Menschen mit Darmkrebs
- Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung in Deutschland (ZI)



Darüber hinaus wurde die Aktualisierung der S3-Leitlinie 2017 in Zusammenarbeit mit der DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) vorgenommen.

Zusätzlich zur wissenschaftlichen Literatur der Leitlinie nutzt diese Patientenleitlinie folgende Literatur und Informationen

Für die 2. Auflage 2019:

- Robert Koch-Institut: Publikation „Krebs in Deutschland 2013/2014“ (2013)
www.krebsdaten.de
- Krebsinformationsdienst (dkfz.): Online-Informationen zu Darmkrebs (Stand: 01/2019)
www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/darmkrebs/index.php

Für die 1. Auflage 2014:

- Charité-Universitätsmedizin Berlin (Chirurgische Klinik, Campus Benjamin Franklin) Online-Informationen zum Dick- und Enddarmkrebs (kolorektales Karzinom)
chi.charite.de/
- Deutsche ILCO e. V.: Broschüre „Darmkrebs – Die Operation und ihre Auswirkungen (8/2012)
- Deutsche ILCO e. V.: Broschüre „Lust zum Leben – Erfahrungen von Stomaträgern (11/2012)
- Deutsche ILCO e. V.: Broschüre „Colostomie/Ileostomie – Ein Leitfaden“ (9/2013)
- Deutsche ILCO e. V.: Broschüre „Irrigation – Darmspülung bei Colostomie“ (12/2012)
- Deutsche ILCO e. V.: Broschüre „Ernährung nach Stoma- oder Darmkrebsoperation“ (2/2013)
- Deutsche Krebsgesellschaft e. V.: Patientenratgeber „Darmkrebs“ (2009)
www.berliner-krebsgesellschaft.de/leben-mit-krebs/patientenratgeber-bestellen/downloads/

- Deutsche Krebshilfe: Darmkrebs – Die blauen Ratgeber 06“(10/2011)
www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/
- Krebsinformationsdienst (dkfz.): Online-Informationen zu Darmkrebs (Stand: 02/2009)
www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/darmkrebs/index.php
- Robert Koch-Institut: Publikation „Krebs in Deutschland 2009/2010“ – Darm“(2013)
www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KID2013.pdf
- Stock C, Ihle P, Sieg A, Schubert I, Hoffmeister M, Brenner H. Adverse events requiring hospitalization within 30 days after outpatient screening and nonscreening colonoscopies. *Gastrointest Endosc.* 2013. 77:419-29.



22. Ihre Anregungen zu dieser Patientenleitlinie

Sie können uns dabei unterstützen, diese Patientenleitlinie weiter zu verbessern. Ihre Anmerkungen und Fragen werden wir bei der nächsten Überarbeitung berücksichtigen. Sie können uns dieses Blatt per Post zusenden oder die Fragen online beantworten.

Senden Sie den Fragebogen an:

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Patientinnenleitlinie „Darmkrebs im metastasierten Stadium“

Buschstraße 2, 53113 Bonn

Zum elektronischen Ausfüllen nutzen Sie diesen Link/QR-Code:

www.krebshilfe.de/ihre-meinung-patientenleitlinien



Wie sind Sie auf die Patientenleitlinie „Darmkrebs im metastasierten Stadium“ aufmerksam geworden?

- Im Internet (Suchmaschine)
- Gedruckte Werbeanzeige/Newsletter (wo? welche(r)?):
- Organisation (welche?):
- Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat Ihnen diese Broschüre empfohlen
- Ihre Apothekerin/Ihr Apotheker hat Ihnen diese Broschüre empfohlen
- Sonstiges, bitte näher bezeichnen:



Was hat Ihnen an dieser Patientenleitlinie gefallen?

Was hat Ihnen an dieser Patientenleitlinie nicht gefallen?

Welche Ihrer Fragen wurden in dieser Patientenleitlinie nicht beantwortet?

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Personenbezogene Daten werden nicht gespeichert.

23. Bestellformular

Folgende Patienten- und Gesundheitsleitlinien sind innerhalb des Leitlinienprogramms Onkologie bisher erschienen. Dieses kostenlose Informationsmaterial können Sie per Post, Telefax (0228 7299011) oder E-Mail (bestellungen@krebshilfe.de) bei der Deutschen Krebshilfe bestellen. Bitte Stückzahl angeben.

Patientenleitlinien

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 174 Supportive Therapie | <input type="checkbox"/> 186 Metastasierter Brustkrebs |
| <input type="checkbox"/> 175 Psychoonkologie | <input type="checkbox"/> 188 Magenkrebs |
| <input type="checkbox"/> 176 Speiseröhrenkrebs | <input type="checkbox"/> 189 Hodgkin Lymphom |
| <input type="checkbox"/> 177 Nierenkrebs im frühen und
lokal fortgeschrittenen Stadium | <input type="checkbox"/> 190 Mundhöhlenkrebs |
| <input type="checkbox"/> 178 Nierenkrebs im metastasierten
Stadium | <input type="checkbox"/> 191 Melanom |
| <input type="checkbox"/> 179 Blasenkrebs | <input type="checkbox"/> 192 Eierstockkrebs |
| <input type="checkbox"/> 180 Gebärmutterhalskrebs | <input type="checkbox"/> 193 Leberkrebs |
| <input type="checkbox"/> 181 Chronische lymphatische Leukämie | <input type="checkbox"/> 194 Darmkrebs im frühen Stadium |
| <input type="checkbox"/> 182 Brustkrebs im frühen Stadium | <input type="checkbox"/> 195 Darmkrebs im fortgeschrittenen
Stadium |
| <input type="checkbox"/> 183 Prostatakrebs I
Lokal begrenztes Prostatakarzinom | <input type="checkbox"/> 196 Bauchspeicheldrüsenkrebs |
| <input type="checkbox"/> 184 Prostatakrebs II
Lokal fortgeschrittenes und
metastasiertes Prostatakarzinom | <input type="checkbox"/> 198 Palliativmedizin |

Gesundheitsleitlinien

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 170 Prävention von Hautkrebs | <input type="checkbox"/> 197 Früherkennung von Darmkrebs |
| <input type="checkbox"/> 187 Früherkennung von Prostatakrebs | |

Vorname/Name

Straße/Haus Nr.

PLZ/Ort

Herausgeber

Leitlinienprogramm Onkologie der
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften e. V.,
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
und Stiftung Deutsche Krebshilfe

Office: c/o Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de
www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Juni 2019