AUGUST 2019 I 2. JAHRGANG

onkovision

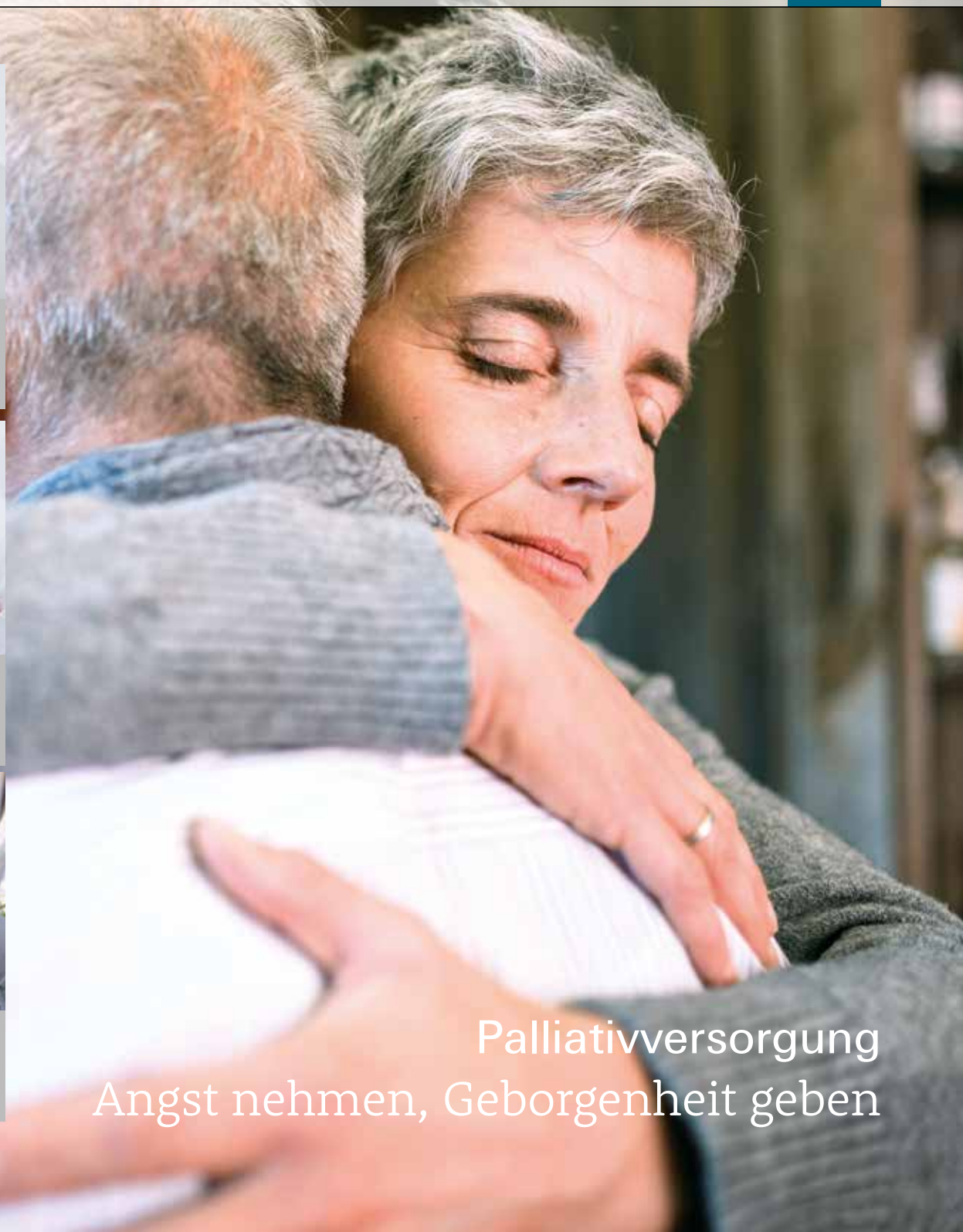
MAGAZIN FÜR KREBSPATIENTEN UND ANGEHÖRIGE

7

Weitblick
Selbstbestimmt bis zum Schluss

Seitenblick
Den Abschied begleiten

Einblick
Cannabis in der Krebstherapie



Palliativversorgung
Angst nehmen, Geborgenheit geben

KEDRION
BIOPHARMA

Keep Life *Flowing*

KEDPLASMA GmbH
Bahnhofstraße 96 | 82166 Gräfelfing

KEDPLASMA
DEUTSCHLAND
a Kedrion Biopharma company

kedplasma.de

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser!

Während der Recherchen und Gespräche, die mit der Redaktion dieser Onkovision verbunden waren, ist – neben vielen wertvollen Informationen und Erkenntnissen – vor allem eines entstanden: Hochachtung und Respekt vor den Menschen, die in der Palliativversorgung tätig sind: Palliativmediziner und Palliativkrankenschwestern, Hospizmitarbeiter und Ehrenamtliche, Trauerbegleiter und nicht zuletzt natürlich auch die vielen Angehörigen, die ihre Liebsten auf ihrem Weg begleiten und stützen. Bestenfalls an einem Ort, an dem der Patient sich geborgen fühlt, frei von Angst, Schmerz und anderen belastenden Symptomen.
Ziel der Palliativmedizin ist in erster Linie der Erhalt oder die Wiederherstellung von Lebensqualität. Durch Linderung von Symptomen, aber auch durch Einfühlungsvermögen, Anteilnahme, Herzlichkeit. Denn neben der Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens, geht es darum, sowohl Patienten, als auch Angehörigen bei der Bewältigung emotionaler und sozialer Belastungen zu helfen.
Und auch wenn der Pflegenotstand sich ebenso in der Palliativversorgung bemerkbar macht – zu wissen, dass es eine Vielzahl engagierter Menschen in Oganisationen, Verbänden und in der Politik gibt, die sich dafür einsetzen, schwerstkranken Menschen überall eine gute Versorgung zukommen zu lassen, ist beruhigend.
In der Hoffnung, mit dieser Onkovsion dazu beitragen zu können, dass palliative Betreuung überall dort ankommt, wo sie benötigt wird, wünsche ich allen Lesern eine interessante Lektüre,

Ihre

Tanja Fuchs
Chefredakteurin Onkovision

AUSBLICK

4 Rundblick
Tipps, Veranstaltungen und interessante Infos

6 Titelthema Palliativmedizin
Unheilbar krank - und trotzdem so gut wie möglich leben. Die moderne Palliativmedizin ist weit mehr als nur „Sterbemedizin".

14 Weitblick Patientenverfügung
Warum es sinnvoll ist, selbst zu entscheiden, wie man behandelt werden möchte und wie man seine Angehörigen vor schwierigen Entscheidungen schützt.

18 Seitenblick Trauerbegleitung
Es gehört zu den schmerzvollsten Aufgaben, dem Nächsten in den letzten Momenten beizustehen. Aber man muss diesen Weg nicht alleine gehen.

26 Einblick Cannabis in der Onkologie
Seit der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes bietet Medizinalcannabis eine Behandlungsalternative bei Schmerzen, Unruhe oder Übelkeit.

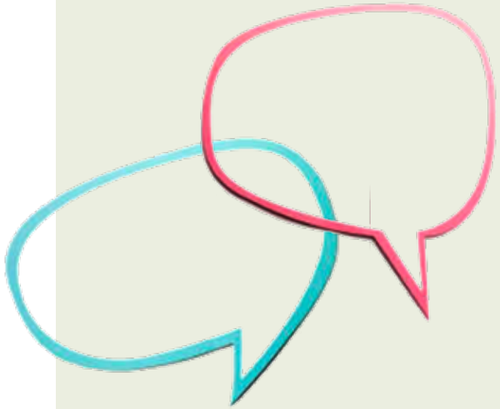
32 Lichtblick Aromen für die Seele
Schwere Momente ein bisschen leichter machen: Rose und Lavendel wirken beruhigend auf Herz und Blutdruck und erhellen das Gemüt.

34 Glossar

35 Vorschau / Impressum

Fotos: iStockphoto.com/franckreporter (Titelbild) / ©Andrea Mignogna (Motiv Hand) / ©KatarzynaBialasiewicz (Motiv Frau am Bett) / ©CasarsaGuru (Motiv Cannabis) / ©Zant (Hände S.3)

Das Selbstwertgefühl stärken, Nebenwirkungen lindern, die Therapie unterstützen. Auf dieser Seite stellen wir regelmäßig aktuelle Tipps und interessante Infos für Sie zusammen.



Psychosoziale Unterstützung: Krankenkassen sollen Beratungsstellen finanzieren

Ambulante Krebsberatungsstellen sollen nach einem Antrag der Fraktionen von Union und SPD künftig von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden. Bislang wurden die Beratungsstellen überwiegend durch Spendeneinnahmen, projektbezogene Förderungen und freiwillige Zahlungen verschiedener Kostenträger unterstützt. Der Antrag bezieht sich auf eine Fördersumme in Höhe von 21 Millionen Euro im Jahr, die private Krankenversicherung (PKV) soll sich daran mit einem Anteil von sieben Prozent beteiligen. Von den Geldern sollen insbesondere Stellen profitieren, die an Krebs erkrankten Personen und ihren Angehörigen eine psychoonkologische Beratung und Unterstützung zu sozialen und sozialrechtlichen Themen anbieten. Die Förderung gilt nach den Plänen der Antragsteller ab dem 1. Juli 2020 rückwirkend für den 1. Januar 2020, ab dem Jahr 2023 soll die Fördersumme weiter ansteigen.

Quelle und Infos: www.tinyurl.com/y4j4tycx

Nach dem Krebs: Jetzt beginnt die Verarbeitung

Immer mehr Menschen besiegen heute den Krebs – und das erste Aufatmen ist groß. Doch das Leben hat sich verändert. Die Spätfolgen der Chemo- oder Strahlentherapie, chronische Erschöpfung und die Narben, die der Kampf gegen die Krankheit auf der Seele hinterlassen hat, sind herausfordernder, als man sich das vorgestellt hat. Und immer schwingt die Angst mit, der Krebs könnte zurückkehren. In ihrem Buch „Heilung auf Widerruf: Überleben mit und nach Krebs" beschäftigt sich Petra-Alexandra Buhl mit den psychischen Begleiterscheinungen des Langzeit-Überlebens mit Krebs – aber auch mit den Chancen, an diesen Erfahrungen zu wachsen. Die Journalistin und Supervisorin im Gesundheitswesen, die vor dreißig Jahren selbst eine schwere Krebserkrankung überstand, plädiert dafür, persönliches Befinden und medizinische Befunde zu entkoppeln und sich als selbstbewusster Patient der Situation zu stellen. Ein Buch nicht nur für Patienten, sondern auch für Angehörige, Bekannte und Freunde, die das Erlebte als Chance für das persönliche Reifen nutzen möchten.

Petra-Alexandra Buhl: Heilung auf Widerruf: Überleben mit und nach Krebs.
Verlag: Klett-Cotta (24. August 2019), Taschenbuch, 326 Seiten,
ISBN: 978-3608963731

©Fotos: iStockphoto.com/malerapaso (Motiv Dokumentenstapel) / tevkr (Motiv Lavendel)

Bundesamtes für Strahlenschutz warnt: Radon begünstigt Lungenkrebs

Das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) warnt vor dem radioaktiven Gas Radon, dessen gesundheitsschädigende Wirkung in Wohnungen bislang noch nicht ausreichend bekannt sei. BfS-Präsidentin Inge Paulini bezeichnete das Gas gegenüber der Deutschen Presse-Agentur sogar als zweithäufigste Ursache von Lungenkrebs nach dem Rauchen, rund fünf Prozent aller Todesfälle durch Lungenkrebs würde Radon als Ursache zugeschrieben. Wer sich schützen wolle, könne durch eine Messung leicht feststellen, ob die eigene Wohnung von erhöhten Werten betroffen sei. Als Gegenmaßnahme empfiehlt die Behörde, regelmäßig zu lüften und undichte Stellen im Keller und im Erdgeschoss abdichten zu lassen. Bislang lässt das Strahlenschutz-Amt in zufällig ausgewählten Haushalten Messgeräte aufstellen. Bereits im Mai hatte es dazu aufgerufen, freiwillig an der Studie teilzunehmen. Gebiete, in denen der Referenzwert von 300 Becquerel pro Kubikmeter überschritten wird, sogenannte „Radonvorsorgegebiete", müssen bis Ende 2020 von den Bundesländern öffentlich ausgewiesen werden; dort soll dann das Messen an Arbeitsplätzen im Erd- oder Kellergeschoss Pflicht sein.

Quelle: www.tinyurl.com/y4x3hct4

Brustkrebs: Höheres Risiko durch Hormonersatztherapien

Nach einer Studie der Universität Oxford haben Frauen, die mit 50 Jahren eine fünjährige Hormonersatztherapie (HET) beginnen, in den kommenden Jahrzehnten ein höheres Brustkrebsrisiko, – insbesondere dann, wenn sie Kombipräparate mit Progestagenen verwenden. Dass mit der HET das Brustkrebsrisiko steigt, war bereits bekannt, nicht klar war allerdings, wie hoch das Risiko langfristig und mit Blick auf verschiedene Therapieformen ist. Die Sichtung von 58 epidemiologischen Studien aus den Jahren 1992 bis 2018 mit Daten von über 100.000 postmenopausalen Frauen mit invasivem Mammakarzinom soll diese Lücke nun schließen. Nach der Studie der Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer der Universität Oxford zeigte sich bei allen Darreichungsformen – außer bei vaginal applizierten Östrogenpräparaten – ein erhöhtes Brustkrebs-Risiko, das mit der Anwendungsdauer zunahm. In einem Zeitraum von vier Jahren hatten Östrogen-Progesteron-Nutzerinnen gegenüber den Kontrollpersonen ein um 60 Prozent erhöhtes Risiko, Frauen mit Östrogen-Monotherapie um 17 Prozent. Nach 5 bis 14 Jahren verdoppelte sich das Risiko in der Östrogen-Progesteron-Gruppe, bei der Monotherapie stieg es um 33 Prozent an. Einen erheblichen Einfluss hatte offenbar die Progesterondosierung: Wurde es täglich ergänzt, stieg das Risiko um das 2,3-fache, bei einer 10 bis 14-tägigen Ergänzung um das 1,9-fache. Während das erhöhte Risiko in den ersten fünf Jahren unabhängig vom Alter der Anwendung war, hatten Frauen, die die HET erst mit 60 Jahren begannen, ein geringeres Brutkrebsrisiko.

Quelle: www.tinyurl.com/y2ljm4wy

Krebsbehandlung: Erste tumorunabhängige EU-Zulassung für Larotrectinib

Nach Auskunft des Unternehmens Bayer hat die die Europäische Kommission das präzisionsonkologische Medikament Larotrectinib (Vitrakvi®) in der EU zugelassen. Es wird zur Behandlung von Patienten mit soliden Tumoren angewendet, die eine NTRK-Genfusion (neurotrophe Tyrosin-Rezeptor-Kinase) zeigen, fortgeschrittene oder metastasierte Tumore aufweisen und für die keine zufriedenstellenden Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Als neuartiger TRK-Inhibitor, der gezielt für die Behandlung von Tumoren mit einer NTRK-Genfusion entwickelt wurde, gilt er als Vertreter einer neuen Arzneimittelklasse und ermöglicht in der EU erstmals die Therapie auf einem tumorunabhängigen Anwendungsgebiet. Bei Erwachsenen und Kindern mit TRK-Fusionstumoren, darunter auch Primärtumoren des Zentralnernvensystems, erzielte Larotrectinib ein dauerhaftes Ansprechen – 72 Prozent Gesamtansprechrate, 16 Prozent Vollremissionen, 75 Prozent setzten ihre Behandlung nach einem Jahr noch fort – bei einem vorteilhaften Sicherheitsprofil. .

Quelle: www.tinyurl.com/yyfb5pdv

© Foto: iStockphoto.com/Artur Bogacki (Motiv Yoga)

Den Tagen mehr Leben geben: Palliative Versorgung

Auch wenn die Fortschritte der Medizin in den letzten Jahren zur Entwicklung vieler neuer Therapien geführt haben und die Krebsüberlebensraten kontinuierlich steigen, ist es bislang leider noch nicht möglich, alle Menschen von einem Krebsleiden zu heilen. Ist eine Erkrankung so weit fortgeschritten, dass sie nicht mehr kurativ behandelt werden kann, setzt die Palliativmedizin ein.

Das Hospiz- und Palliativgesetz: Bessere Versorgung schwerstkranker Menschen

»Schwerstkranke Menschen sollen überall dort gut versorgt sein und begleitet werden, wo sie die letzte Phase ihres Lebens verbringen – ob zu Hause, im Pflegeheim, im Hospiz oder Krankenhaus. Kranke und sterbende Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein sind, sondern in jeder Hinsicht gut versorgt und begleitet werden.« So steht es im Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung, das am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist. Es enthält vielfältige Maßnahmen zur Förderung eines flächendeckenden Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Teilen Deutschlands.

Quelle und weitere Infos zum HPG: www.tinyurl.com/y388jwlu

Text von **Tanja Fuchs**

Die Angst, die die Worte Tumor und Krebs auslösen, sitzt tief. Neben der Sorge vor Chemotherapien und dem Verlust der Haare ist auch die Furcht vor einem qualvollen Sterben für viele Betroffene und Angehörige belastend. Aber auch wenn keine Heilung mehr möglich ist – niemand muss unnötige Schmerzen aushalten. Weit über 90 Prozent aller Patienten können heute so behandelt werden, dass sie weitgehend schmerzfrei sind. In jedem Fall kann der Tumorschmerz auf ein erträgliches Maß gelindert werden. *(www.krebsgesellschaft.de)*

Menschen, die an einer unheilbaren Krankheit leiden und nicht mehr kurativ therapiert werden können, haben Anspruch auf eine palliativmedizinische Behandlung. Was bedeutet das?

Palliativmedizin (von lat. pallium „Mantel“ / palliare „mit einem Mantel umhüllen“, „bemänteln“, „schützen“) ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer weit fortgeschrittenen und weiter voranschreitenden (progredienten) Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.“ Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) beschreibt weitergehend, dass „für die Palliativmedizin das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist“ und ergänzt: „Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar. Palliative Zielsetzungen können in verschiedenen organisatorischen Rahmen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich verfolgt werden.“ *(Quellen und weitere Infos: www.tinyurl.com/y3nol2yf)*

Ab wann sollte Palliativversorgung einsetzen?

Der Begriff *Palliativ* ist für viele Menschen mit unguten Gefühlen verbunden. Verknüpft damit ist das Lebensende und die oft fälschlich verwendete Bezeichnung „Sterbemedizin“, sowie mitunter auch die Kapitulation vor der

© Foto: iStockphoto.com/frant

»Jeder Patient in einer palliativen Situation hat den **gesetzlichen Anspruch auf Palliativversorgung**. In großen Städten wie Berlin kann jeder, der eine SAPV-Verordnung erhält, zeitnah berücksichtigt werden. Anders sieht es auf dem Land aus, wo Pflegedienste und Ärzte große Regionen abdecken. Der Pflegenotstand macht sich auch im SAPV bemerkbar. Wir sind immer zu wenig und um einen Pflegedienst auf die Beine zu stellen, müssen zu viele Hürden überwunden werden« (Alina Lofing)

Krankheit. Selbst Ärzte sprechen das Thema nicht immer an, möglicherweise auch um Hoffnungen nicht zu zerstören. Das ist nicht zielführend, zumal Untersuchungen zeigen, dass Palliative Care in der Regel das Überleben verlängert, bei gleichzeitig weniger eingreifenden Therapiemaßnahmen.

Ein palliativer Patient kann auch jemand sein, dessen Lebenserwartung durchaus noch viele Jahre beträgt und der noch seiner Arbeit nachgeht, so zum Beispiel bei Patienten mit einem Gliom Grad II oder III. Diese Patienten erhalten mitunter auch weiterhin Chemotherapien oder Bestrahlung, mit dem Ziel, das Tumorwachstum und damit verbunden die Symptomlast gering zu halten. Um mit dem Wissen, eine unheilbare Krebserkrankung zu haben, so umgehen zu können, dass die Belastung möglichst erträglich bleibt, ist palliative Begleitung sinnvoll und notwendig.

„Die palliativen Versorgungsformen sind leider noch immer zu wenig bekannt", sagt Alina Lofing. Selbst viele Allgemeinmediziner wüssten nicht genau, welche Möglichkeiten diese böten und dass sie selbst ihren Patienten eine AAPV oder SAPV *(siehe Seite 8)* verordnen können. Alina Lofing ist Krankenschwester mit den Zusatzausbildungen Palliativ Care, Intensivmedizin und spezialisiert auf die Versorgung von Tumorwunden. Immer wieder werde übersehen, dass lindernde Maßnahmen bereits zu einem früheren Zeitpunkt im Verlauf einer Tumorerkrankung wichtig sind, sagt die Berlinerin, die für die Homecare-Abteilung der Witzleben-Apotheke im Einsatz ist.

In der S3-Leitlinie Palliativmedizin heißt es: „Allen Patienten soll nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon, ob eine tumorspezifische Therapie durchgeführt wird."

Hier muss noch viel passieren, denn eine frühe Versorgung wirkt sich nicht nur positiv auf die Lebensqualität und damit auch auf die Lebensdauer eines Patienten aus. Sie entlastet zudem die Angehörigen, von denen viele mit – durch hohe Belastungen verursachten – Folgeerkrankungen zu kämpfen haben. Für die Haus- und Fachärzte sei die Überweisung an das Homecare-Team zudem oft eine große Erleichterung, weiß Lofing. Palliativmedizin ist budgetintensiv und es gebe natürlich auch viele Patienten, die gar nicht mehr in der Lage sind, selbst ihren Hausarzt aufzusuchen.

Sterben: ein Tabu, das zunehmend Beachtung findet

Die Auseinandersetzung mit dem Sterben ist nichts, was der Mensch gerne tut. Im Gegenteil: es ist ein Thema, das vielfach verdrängt wird. Würde man es sich aussuchen dürfen – die meisten würden sich sicherlich wünschen, irgendwann im fortgeschrittenen Alter, einfach friedlich einzuschlafen und nicht wieder aufzuwachen. Realistisch betrachtet ist diese Art, das Diesseits zu verlassen, eher selten. Vielmehr ist der letzte Weg den ein Mensch im Leben geht, häufig von Krankheit und Einschränkungen begleitet. Um diesen letzten Weg zu erleichtern, wurde von verschiedenen Seiten viel unternommen: „Wir haben in der Hospiz- und Palliativversorgung in den vergangenen Jahren sehr viel erreicht", sagt Prof. Dr. Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und ergänzt, dass sich dies nicht allein in der Anzahl der Palliativstationen, SAPV und Palliativdienste abbilden lasse. Zu den Meilensteinen gehöre der seit 2007 gültige Rechtsanspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Weit vorn sei Deutschland zudem in der „Palliative Medicine Education": Seit 2009 ist Palliativmedizin an den Universitäten Pflicht-, Lehr- und Prüfungsfach. Im Jahr 2010 wurde zudem die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland" konsentiert und mittels daraus folgender Handlungsempfehlungen in eine Nationale Strategie überführt. Essentiell ist auch der Nationale Krebsplan mit einem eigenen Kapitel zur Palliativmedizin. Auch wenn Deutschland im kürzlich vorgestellten „Atlas der Palliativversorgung in Europa" der European Association for Palliative Care (EAPC) nur Platz 15 von 49 erreicht habe, sei man realistisch betrachtet, deutlich in Richtung Spitzengruppe unterwegs, so der DGP-Präsident. Zudem wird Deutschland als eines von insgesamt nur acht Ländern mit nationalen Gesetzen genannt: Das grundlegende Hospiz- und Palliativgesetz wurde 2015 verabschiedet. Und in wenigen Wochen ist die um neue Themen erweiterte und aktualisierte – 2015 erstveröffentlichte – „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung" zu erwarten.

(Quelle und weitere Infos: Der „Atlas of Palliative Care in Europe 2019" wurde in 3. Auflage 2019 von Prof. Carlos Centeno und seinem Team an der Universität Navarra erstellt: http://tinyurl.com/y6f980ed)

Der Faktor Zeit: Kranke Menschen mit einer begrenzten Lebenserwartung brauchen besondere Zuwendung. Das Engagement ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist unerlässlich, um eine umfassende hospizliche und palliative Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sicherzustellen.

Palliative Versorgung außerhalb des Krankenhauses

Wenn die kurativen Möglichkeiten bei einem Krebspatienten ausgeschöpft sind, erhält der Patient in der Regel den Palliativstatus. Befindet er sich im Krankenhaus, wird er – sofern möglich – zunächst soweit versorgt, dass einer Entlassung in das gewohnte Umfeld nichts im Wege steht. Ziel ist es, den Patienten dahingehend zu stabilisieren, dass die Weiterversorgung im Pflegeheim, zuhause oder aber im Hospiz stattfinden kann. Vor der Entlassung aus dem

CHARTA

Seit Veröffentlichung der **Charta** im September 2010 ist es gelungen, viele weitere Akteure in den Prozess einzubeziehen, die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den existentiellen Phänomenen Sterben, Tod und Trauer zu fördern und die Ziele der Charta stärker im öffentlichen Bewusstsein zu verankern. 2.153 Organisationen und Institutionen sowie 25.595 Einzelpersonen – darunter auch zahlreiche Politiker aller Ebenen – haben sich bisher mit ihrer Unterschrift für die Charta und ihre weitere Umsetzung eingesetzt. Die fünf Leitsätze der Charta und weitere Informationen zu dieser findet man hier:

www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

© Foto: iStockphoto.com/©Xesai, © Logo/Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

Welche Möglichkeiten gibt es?

Allgemeine ambulante Palliativ-Versorgung (AAPV):

Die AAPV dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter werden nach Bedarf eingebunden.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV):

Mit demselben Ziel wie die AAPV und ergänzend zu dieser, richtet sich die SAPV an Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme, den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig macht. Die Versorgung kann vorübergehend oder dauerhaft erfolgen und beinhaltet folgendes: Spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung und/oder (Teil-)Versorgung, einschließlich der Koordination von notwendigen Versorgungsleistungen bis hin zu einem umfassenden, individuellen Unterstützungsmanagement. Das multiprofessionelle Team zeichnet sich auch durch spezialisierte Ausbildung und 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche aus.

Quelle und weitere Infos: > www.tinyurl.com/y3lphbwc

Hospiz (stationär):

Ein Hospiz (lat. hospitium „Herberge", „Gastfreundschaft") ist eine Einrichtung der Sterbebegleitung. Die moderne Hospizbewegung sieht sich in der Tradition der Herbergen, die ab dem Ende des 4. Jahrhunderts nach Christus entlang der Pilgerrouten in ganz Europa entstanden und gleichermaßen gesunden und kranken Pilgern Gastfreundschaft boten. Erst im Laufe der Zeit hatten die Herbergen vorrangig die Pflege kranker Menschen zum Ziel. Daran anknüpfend will die moderne Hospizbewegung Orte schaffen, an denen schwerstkranke und sterbende Menschen auf ihrem letzten Weg versorgt und begleitet werden, damit sie an ihrem Lebensende in Würde Abschied nehmen können. Bis heute wächst das ehrenamtliche Engagement in Deutschland stetig; zurzeit engagieren sich unter dem Dach des DHPV ca. 120.000 Menschen bürgerschaftlich, ehrenamtlich oder hauptamtlich in der Hospiz- und Palliativarbeit, eine große Zahl davon ehrenamtlich (Stand August 2018). Der Schwerpunkt der ehrenamtlichen Arbeit liegt in der psychosozialen und spirituellen Begleitung kranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen.

Quellen und weitere Infos: > https://de.wikipedia.org/wiki/Hospiz und > www.dhpv.de/themen_hospizbewegung.html

Ambulante Hospizdienste:

Menschen zu ermöglichen, bis zum Lebensende zu Hause oder im vertrauten Umfeld bleiben zu können, ist eine der wesentlichen Aufgaben der ambulanten Hospizdienste. Maßgebliches Merkmal dieser Hospizarbeit ist der Dienst ehrenamtlicher Mitarbeiter, die in der psychosozialen Begleitung Betroffener vielfältige Aufgaben übernehmen. Über die Begleitung hinaus tragen sie wesentlich dazu bei, dass sich in unserer Gesellschaft ein Wandel im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen vollzieht. Die Begleitung und Unterstützung endet nicht mit dem Tod, sie wird auf Wunsch der Angehörigen in der Zeit der Trauer weitergeführt. Vor diesem Hintergrund werden durch die ambulanten Hospizdienste in der Regel ebenfalls Trauerberatung oder auch Trauergruppen angeboten. Die ambulanten Hospizdienste führen außerdem auch Beratung und Informationsveranstaltungen zu den Themen Sterben, Tod und Trauer durch.

Quelle und weitere Infos: > www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_ehrenamt.html

Krankenhaus muss geklärt werden, wie sich die häusliche Situation des Patienten darstellt. Hierzu wird – neben dem Palliativdienst der Klinik auch der Sozialdienst eingeschaltet. Gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen wird entschieden, ob ein AAPV- oder SAPV-System, ein stationäres oder ein ambulantes Hospiz in Frage kommen.
Die Situationen sind sehr unterschiedlich, sagt Alina Lofing. Es gibt Patienten, die Mitte vierzig sind und zuhause eine Familie mit Kindern haben. Andere sind weit über siebzig und der gleichaltrige Lebenspartner wäre mit der Pflege überfordert – selbst wenn der SAPV täglich vorbeikommt. Schließlich gibt es Menschen, die alleinstehend sind. Diese sind im Hospiz meist besser aufgehoben. Doch zum einen gibt es nicht ausreichend Plätze, zum anderen ist das Thema Hospiz für viele Menschen noch immer ein Tabu. Alina Lofing kann das nicht nachvollziehen: „Viele stellen sich das Hospiz als Klinik zum Sterben vor. Man kann aber die Arbeit im Hospiz nicht annähernd mit der in einem Krankenhaus vergleichen!", betont sie. Im Hospiz werde eine extrem individuelle Versorgung gewährleistet. Die Mitarbeiter hätten mehr Zeit und es gebe mehr Ehrenamtliche. Dadurch sei unter anderem gewährleistet, dass auch Patienten, die sich nicht mehr selbstständig aus dem Bett bewegen könnten, von den häufig großen Terrassen und Balkonen profitieren würden, die in den meisten Hospizen zum Standard gehören. Die Zeit und das Personal, das Bett eines Patienten an die frische Luft zu schieben, ist in der Regel gegeben.

SAPV zuhause

Je nachdem wo der Patient lebt, ist ein bestimmter Homecare-Arzt zuständig, der entweder eine eigene Praxis hat oder an ein MVZ angeschlossen ist und in der Regel eine Kooperation mit einem oder mehreren SAPV-Diensten hat. Der Pflegedienst, der die professionelle spezialisierte Pflege übernimmt, kommt regulär einmal täglich, während der Arzt seine palliativen Patienten einmal wöchentlich besucht. Nach Bedarf kann der Besuch aber auch häufiger erfolgen. In der Palliativversorgung gibt es

WitzlebenApotheke

Witzleben Apotheke I Claudia Neuhaus e.Kfr. I Kaiserdamm 24 & 26 I 14057 Berlin
Telefon 030 - 93 93 20 00 I Fax 030 - 93 95 20 20 I info@witzleben-apotheke26.de I www.witzleben-apotheke.de

viele sehr komplexe Symptome, so Lofing. Ein Homecare-Arzt ist an den meisten Tagen der Woche von morgens bis abends unterwegs, um Patienten zu besuchen. Er spricht mit den Angehörigen und den Patienten, prüft, ob Medikationen geändert werden müssen, stellt Rezepte aus und kümmert sich um die Einstellung von Ernährungssonden und Schmerzpumpen. Auch Physiotherapeuten sind Teil des Teams, bei Bedarf werden Psychoonkologen dazugeholt. Meist können die sehr gut geschulten Palliativfachkräfte gemeinsam mit den Palliativmedizinern aber bereits eine Menge abdecken. In der SAPV dürfen nur Fachkräfte arbeiten, die die umfangreiche Palliativ-Care-Ausbildung absolviert haben. Weitere Unterstützung im System bieten spezialisierte Schwerpunkt-Apotheken, die in der Lage sind, speziellen Pflegebedarf und palliativmedizinische Produkte umgehend zu liefern.

Weniger ist mehr

Primäre Aufgabe der Palliativmedizin ist es, Symptome zu stabilisieren und Schmerz zu nehmen. Um dieses Ziel zu erreichen, nimmt man mitunter in Kauf, dass Lebenszeit eventuell verkürzt wird. Das bedeutet nicht, dass die Palliativmedizin per se dazu da ist, Leben zu verkürzen! Das ist ganz wichtig zu verstehen.
Besonders komplex sei das in der außerklinischen Intennsivmedizin, die dann in eine Palliativversorgung übergeht, sagt Alina Lofing. Da geht es häufig um Beatmung, künstliche Ernährung, sowie viele Medikamente die lebenserhaltend gegeben werden. „In der Palliativsituation heißt es häufig: ‚weniger ist mehr'. Wir müssen immer abwägen, was annehmbarer für den Patienten ist: das Risiko, das wir damit eingehen, das Leben ggf. zu verkürzen oder das Leid, welches wir zufügen, um das Leben zu verlängern", sagt die Krankenschwester und nennt ein Beispiel: „Es gibt kaum einen Patienten über 75, der keinen Blutverdünner erhält. Wenn ein Tumor sich geschwürartig verändert (exulzeriert), geht dies meist mit starker Blutung einher. Blutverdünnende Medikamente sind da eher nicht sinnvoll." Sicher könne das Absetzen eines solchen Medikamentes zum Herzinfarkt führen. Aber vielleicht wäre der Patient sonst an der Tumorblutung verstorben.
Der typische Leitsatz der Palliativmedizin: „den Tagen mehr Leben, statt dem Leben mehr Tage zu geben", hat hohen Stellenwert. Darüber hinaus geht es aber auch um den Patientenwillen. Mitunter können die Bedürfnisse sich von Tag zu Tag ändern, weiß Alina Lofing. Wenn ein Patient aber immer wieder den Wunsch äußere, die künstliche Ernährung einzustellen, sei es im Rahmen der palliativen Versorgung zulässig, Therapieeinschränkungen vorzunehmen. Solche Entscheidungen werden immer im Gespräch mit dem Betroffenen (soweit möglich), den Angehörigen und dem Arzt getroffen.

Welche Bedeutung haben Essen und Trinken in einer weit fortgeschrittenen Erkrankungsphase? Es ist ein Thema, das kontrovers diskutiert wird. Zum Einen besteht das Risiko, dass Patienten sich durch normale Nahrungsaufnahme verschlucken oder etwas aspirieren (einatmen) und dadurch unter Umständen eine Lungenentzündung entwickeln. Studien haben gezeigt, dass palliative Patienten, die von sich aus die Nahrungsaufnahme verweigern, ohnehin meist kein Hungergefühl haben. Da „nicht mehr essen können und wollen" zu den fortgeschrittenen Krankheitsstadien und der Sterbephase oft dazu gehöre, gibt es Ärzte, die sagen, in der Palliativmedizin sollte gar keine künstliche Ernährung stattfinden, um den natürlichen Prozess zu unterstützen. Andere teilen die Ansicht, Ernährung gehöre zur Physiologie des Körpers, daher müsse immer ernährt werden. Manchmal geschieht dies auch vor dem Hintergrund, dass das Sterben eines Patienten das eigene Versagen dokumentiert. Schließlich ist es die Aufgabe eines Arztes, zu heilen.
„Es ist und bleibt ein schwieriges Thema, bei dem immer der Patientenwille mit berücksichtigt werden sollte", sagt Alina Lofing. So gebe es auch Patienten, die sagen „ich bin noch nicht soweit. Ich möchte noch dieses und jenes erledigen." Das kann ein Ort sein, an den sie noch einmal fahren, oder ein Mensch, den sie noch einmal sehen möchten, oder eine bevorstehende Familienfeier, an der sie unbedingt teilnehmen wollen. Für die Umsetzung solcher Pläne liefert Ernährung die nötige Energie. Alles was möglich ist und dazu beiträgt, die Wünsche des kranken Menschen zu respektieren, ist richtig.

LINKS

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin:
> www.dgpalliativmedizin.de

Deutsche Krebsgesellschaft: > www.tinyurl.com/y2jt4u23

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland:
> www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

Deutsche Stiftung Patientenschutz:
> www.stiftung-patientenschutz.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung:
> www.bag-sapv.de/informatives/aapv/

Gesetzliche Vereinbarung zur SAPV im SGB V:
> tinyurl.com/y69s6uph

Bundesministerium für Gesundheit: > www.bmg.bund.de

AMGEN BIOSIMILARS

BIOSIMILARS VON AMGEN

QUALITÄT LIEGT IN UNSERER DNA.

Erfahren Sie mehr über Biosimilars unter **www.biosimilars.de**.

DE-NP-KJTI-0119-071609

Vom Pionier für Biotechnologie.

AMGEN BIOSIMILARS

Selbstbestimmt bis zum letzten Moment

Warum es sinnvoll ist, sich rechtzeitig mit Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht auseinanderzusetzen

Text von **Kristina Michaelis**

Eine der schwersten Fragen überhaupt ist die, wie man bei einer ernsten, möglicherweise zum Tode führenden Erkrankung behandelt werden möchte. Bei akuter Lebensgefahr, etwa bei einem Unfall, dürfen medizinische Maßnahmen auch ohne persönliche Einwilligung ergriffen werden. Liegt aber keine akute Gefährdung vor, und der Betroffene kann sich nicht äußern, muss der mutmaßliche Wille ermittelt werden. Eine Patientenverfügung kann Klarheit schaffen – und erspart es den Angehörigen, folgenschwere Entschlüsse treffen zu müssen.

Wenn eine lebensbedrohliche Krankheit diagnostiziert wurde, gewinnt der Wunsch, alle Möglichkeiten einer autonomen Lebensgestaltung auszuschöpfen und möglichst keine Dritten über sich entscheiden zu lassen, nochmal eine ganz neue Bedeutung. „Die medizinischen Möglichkeiten sind heute so viel größer geworden. Dadurch wird vieles gemacht, weil es machbar ist, und nicht, weil es sinnvoll ist“, erläutert Birgit Schröder. „Wenn ich auf eine Patientenverfügung verzichte, riskiere ich, dass ich behandelt werde, obwohl ich das gar nicht will, nur weil es machbar ist. Es geht auch darum, zu entscheiden, ob ich die – möglicherweise dauerhafte – Abhängigkeit von Pflegenden, Ärzten, Angehörigen als Hilfe annehmen möchte oder als Fremdbestimmung ablehne.“

So konkret wie möglich formulieren – und immer wieder aktualisieren

Welche Form muss eine Patientenverfügung haben? Welche Formulierungen wählt man? Formale Vorgaben gebe es nicht, so die Fachanwältin für Medizinrecht, eine handschriftliche Niederlegung auf einem Stück Papier genüge. Auch der Widerruf könne schnell und formlos erfolgen, indem man das Dokument vernichte.

Bei der Formulierung der eigenen Wünsche wird es schon komplexer. „Eine Patientenverfügung ist hochgradig subjektiv, und es ist wahrscheinlich, dass sie im Laufe des Lebens den eigenen Befindlichkeiten angepasst und überarbeitet werden muss“, so die Expertin. Ein Gespräch mit dem Arzt, aber auch mit einem Notar kann sinnvoll sein, um die eigene Situation besser einzuschätzen und die richtigen Worte zu finden.

Entscheidend ist, dass die Formulierungen unzweideutig sind und möglichst wenig Raum für Spekulationen geben. Erklärungen wie „ich will nicht an Schläuchen hängen“ oder „ich will nicht künstlich beatmet werden“ seien insofern schwierig, als dies kurzfristig durchaus nötig sein könne, um Leben zu retten, warnt die Anwältin. Sei damit eigentlich gemeint, dass man nicht dauerhaft an Schläuchen hängen oder künstlich beatmet werden wolle, so müsse das auch entsprechend formuliert werden.

Wer setzt meine Wünsche durch, wenn ich es nicht mehr kann?

Doch selbst wenn die Patientenverfügung nach bestem Wissen formuliert wurde: Dass für eine konkrete Situation eine maßgeschneiderte Verfügung vorliegt, ist wenig wahrscheinlich – fast immer gibt es Entscheidungsspielraum. Für den Fall, dass man selbst nicht mehr ansprechbar ist, empfiehlt es sich, mit einer Vorsorgevollmacht und einer vorsorglichen Betreuungsverfügung einen Bevollmächtigten einzusetzen, dem man zutraut, im eigenen Sinne zu handeln. So vermeidet man die Bestellung eines – in aller Regel unbekannten – Betreuers durch das Betreuungsgericht. Entscheidend ist allerdings, dass man die Person seines Vertrauens darüber aufklärt, was auf sie zukommt. „Wenn es sich um mehrere Bevollmächtigte handelt, ist eine Reihenfolge wichtig“, erläutert Birgit Schröder und ergänzt: „Wenn vier Kinder gleichberechtigt eingesetzt werden, könnte das katastrophal enden, gerade in hochemotionalen Situationen.“ Dabei kann es durchaus belastend sein, Entscheidungen zu akzeptieren, die den raschen Tod zur Folge haben – wie z.B. der Verzicht auf künstliche Ernährung. Doch auch hier stellt die Anwältin klar: „Es geht eben nicht darum, was der Angehörige in dieser Situation am liebsten möchte und ob er selbst in dieser Lage vielleicht anders entscheiden würde. Ausschlaggebend ist allein der Wille des Betroffenen.“

Wo hinterlege ich die Verfügung?

Im Notfall muss schnell entschieden werden – und es bleibt keine Zeit für die Suche nach Ordnern, in denen die Verfügung abgeheftet wurde. Die Expertin rät, Angehörige bzw. Freunde zu informieren, dass ein entsprechendes Schriftstück existiert und wo es hinterlegt ist. Hilfreich kann es sein, im Portemonnaie eine Karte mitzuführen, die auf die Verfügung hinweist. Eine weitere Option ist die Hinterlegung des Dokuments im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer, was allerdings mit (geringen) Kosten verbunden ist. Der Vorteil: Im Notfall fragt das Gericht beim Register nach, ob Daten archiviert wurden – so erfährt es den Namen des Bevollmächtigten, der die Originaldokumente übergeben kann.

»Man muss sich im Klaren darüber sein, dass man sich, je kategorischer man etwas ablehnt, gewisse Optionen nimmt und damit ein Risiko verbunden ist.«

© Foto: iStockphoto.com/Andrea Mignogna

Patientenverfügung (Patiententestament)

Mit der gesetzlich geregelten Patientenverfügung kann für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit schriftlich festgelegt werden, ob man in bestimmte medizinische Maßnahmen einwilligt oder ob man sie untersagen möchte. Der Arzt hat dann zu prüfen, ob die Festlegung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Ist dies der Fall, so hat er die Patientenverfügung unmittelbar umzusetzen. Sie muss schriftlich abgefasst werden, kann aber jederzeit formlos widerrufen werden.

Vorsorgevollmacht

Da die Patientenverfügung nur schwer so formuliert werden kann, dass sie dem Arzt in der konkreten Situation das medizinische Vorgehen im Detail vorgibt, kann die Verfügung durch eine Vorsorgevollmacht ergänzt werden. Mit der Vorsorgevollmacht kann man einer anderen Person das Recht einräumen, im eigenen Namen stellvertretend zu handeln. Dieser Bevollmächtigte prüft dann, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die Lebens- und Behandlungssituation zutreffen und entscheidet mit dem Arzt, welche Maßnahmen getroffen werden. Mit der Einsetzung einer Vertrauensperson vermeidet man zudem die Bestellung eines Betreuers durch das Betreuungsgericht. Die Vorsorgevollmacht kann sich auf die Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten beziehen. Man sollte allerdings nur eine Person bevollmächtigen, bei der man überzeugt ist, dass sie die Patientenverfügung konsequent umsetzen wird.

Betreuungsverfügung

Im Unterschied zur Vorsorgevollmacht wird durch eine Betreuungsverfügung die Einschaltung des Gerichts zwar nicht vermieden, doch es kann Einfluss auf die durch ein Gericht angeordnete Betreuung genommen werden. Das Gericht ist an diese Wahl gebunden, wenn sie dem Wohl der zu betreuenden Person nicht zuwiderläuft. Genauso kann bestimmt werden, wer auf keinen Fall in Frage kommt. Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben für den Betreuer, etwa welche Wünsche respektiert werden sollen oder ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht wird. Im Unterschied zum Vorsorgebevollmächtigten unterliegt der Betreuer gesetzlichen Beschränkungen und der gerichtlichen Überwachung. Die Betreuungsverfügung kann auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden und würde dann zur Geltung kommen, wenn die Vorsorgevollmacht – aus welchen Gründen auch immer – nicht umgesetzt werden kann.

© Foto: iStockphoto.com/Vladans

Interview

mit **Dr. Birgit Schröder**, Fachanwältin für Medizinrecht, Hamburg

Frau Dr. Schröder, was geschieht, wenn man nicht mehr ansprechbar ist und keine Patientenverfügung vorliegt?

In diesem Fall muss das Behandlungsteam mit den Angehörigen versuchen, den mutmaßlichen Willen herauszufinden. In einer emotionalen Situation ist das oft sehr schwierig. Insofern tut man seinen Nächsten einen Gefallen, wenn man sich rechtzeitig damit beschäftigt.

Welche Themen werden in der Patientenverfügung besonders häufig erwähnt? Und welche sollten erwähnt werden?

Vielen ist es wichtig, etwas zum Thema künstliche Ernährung zu schreiben, da das mittlerweile in Krankenhäusern zur Routine gehört. Entscheidend ist häufig die Dauer der künstlichen Ernährung, also: Geht es z.B. nur noch um die Aufrechterhaltung organischer Funktionen, was ein möglicherweise erleichterndes Sterben verhindert? Auch zu Reanimation oder Organtransplantation äußern sich viele. Wichtig ist eine Grundrichtung: Was kann ich mir vorstellen, was nicht, unter Umständen auch die Rolle des Glaubens. Möchte ich meine letzten Tage in einer Palliativstation verbringen oder zu Hause? Dies einmal – auch mit den Angehörigen – durchdacht zu haben, wirkt auf viele Menschen durchaus beruhigend. Tatsächlich ist der Inhalt höchst subjektiv, es gibt kein richtig und kein falsch.

Ist es gerade nach der Diagnose einer schweren Krankheit sinnvoll, sich vor dem Verfassen der Patientenverfügung mit seinem Arzt abzusprechen?

In Kenntnis einer schweren Erkrankung verändert sich ganz viel. Spätestens dann wäre es sicher sinnvoll, die Patientenverfügung, sofern man schon eine hatte, noch einmal anzufassen. Der Arzt kann darüber informieren, welche Möglichkeiten es gibt, was z.B. auf der Intensivstation passiert – er kann medizinische Grundlagen liefern, die bei der Entscheidungsfindung möglicherweise helfen. Das Problem ist, dass die Menschen von der Fülle der Informationen im Internet überfordert sind und Orientierung brauchen: Will ich das? Passt das zu meiner Lebens- und Krankheitssituation? Muster sind sicher sinnvoll, aber das Gespräch mit dem Arzt kann eine gute Ergänzung sein.

Die Reichweitenbegrenzung, nach der der Behandlungsabbruch nur akzeptiert werden darf, wenn die Krankheit einen tödlichen Verlauf nimmt, wurde aufgehoben. Birgt die Patientenverfügung damit nicht ein Risiko?

Ein Risiko des Irrtums haben Sie bei jeder Entscheidung, die Sie in Ihrem Leben treffen. Mit dem Wegfall der Reichweitenbegrenzung ist es nicht mehr erforderlich, dass der Tod unmittelbar bevorsteht, sondern Sie können unabhängig von Ihrer Lebens- und Krankheitssituation entscheiden, wann Sie keine medizinischen Maßnahmen mehr wollen. Man muss sich aber darüber im Klaren sein, dass man sich, je kategorischer man etwas ablehnt – das gilt gerade für den Bereich künstliche Ernährung und künstliche Beatmung – gewisse Optionen nimmt und damit ein Risiko verbunden ist. Deshalb ist es so wichtig, sich über die Konsequenzen dessen, was man in die Verfügung schreibt, zu informieren und genau zu formulieren, was man möchte und was nicht.

Unabhängig davon, was in der Verfügung steht, wird der Arzt im Krankenhaus aber dennoch überprüfen, ob meine Festlegung auf die aktuelle Krankheitssituation zutrifft?

Ja. Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme mit Blick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer werden diese Maßnahme dann unter Berücksichtigung des Patientenwillens erörtern und eine Entscheidung treffen.

Wenn ich mir etwas wünsche, was nicht realisierbar ist, z.B. dass ich zu Hause sterben möchte, es aber niemanden gibt, der sich kümmert, was geschieht dann?

Wenn sich herausstellt, dass niemand die Versorgung sicherstellen kann und es keine Palliativversorgung in der Nähe gibt, dann sterben Sie schlimmstenfalls im Krankenhaus, obwohl Sie das nicht wollten. Einfordern kann man letztlich nur das, was auch praktisch realisierbar ist. Anwälte erleben häufig den Fall, in dem potentielle Betreuer im Vorfeld gar nicht informiert wurden. Ich finde, es ist ein Gebot der Fairness, vorher zu fragen, ob derjenige das macht, und auch zu akzeptieren, wenn er das nicht möchte.

Ist es sinnvoll, die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht zu verbinden, damit ich darauf vertrauen kann, dass meine Wünsche durchgesetzt werden?

Ich würde immer die drei Dokumente Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung empfehlen, weil das die größtmögliche Sicherheit gibt, im entscheidenden Fall, wenn man sich nicht mehr äußern kann, so behandelt zu werden, wie man es sich wünscht.

Vielen Dank für das Gespräch.

LINKS

Die Broschüren „Betreuungsrecht“ und „Patientenverfügung“ vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz stehen hier zum kostenlosen Download zur Verfügung: > www.tinyurl.com/y4k7ntrb

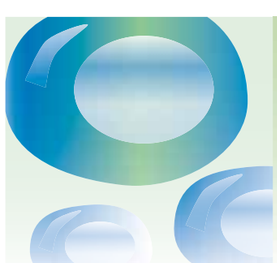
Zur Möglichkeit der Hinterlegung beim Zentralen Vorsorgeregister:
> www.vorsorgeregister.de
Zu den Kosten:
> www.vorsorgeregister.de/ZVR-Zentrales-Vorsorgeregister/Kosten/Beispiele.php

© Foto: Birgit Schröder

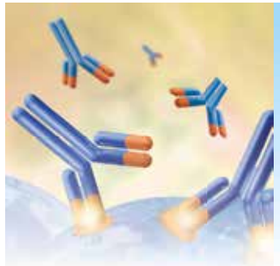
Biotest
From Nature for Life

Biotest

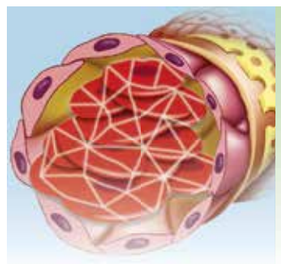
Ein forschendes pharmazeutisches Unternehmen, das Spezialprodukte aus menschlichem Blutplasma in den drei Anwendungsgebieten entwickelt, herstellt und vertreibt.



Hämatologie



Klinische Immunologie



Intensiv- & Notfallmedizin

Aus hochkomplexen Molekülen der Natur entstehen durch modernste Technologie qualitativ hochwertige Therapeutika für die Behandlung immunologischer Erkrankungen sowie für Erkrankungen des blutbildenden Systems.

Biotest AG · Landsteinerstraße 5 · 63303 Dreieich · Deutschland · Tel. +49(0)6103 801-0 · www.biotest.de

© Foto: iStockphoto.com/KeremYucel

Mut und Zuspruch: »Mein Mann war eine große Stütze.«

Ein Stoma kann Körper und Psyche ziemlich durcheinanderbringen. Eine gute Beratung gibt Sicherheit und bringt viel Lebensqualität zurück.

Text von **Tanja Fuchs**

Es war eines dieser Erlebnisse, über die Marlies Peters heute lachen kann: Als sie von der Behindertentoilette kam, wurde sie von einem davor wartenden Mann von Kopf bis Fuß gemustert. „Sie sind ja gar nicht behindert“, meinte er vorwurfsvoll. „Man sieht uns die Behinderung eben nicht an“, sagt die 63-Jährige, „tatsächlich gibt es mehr Stoma-Träger, als man glaubt, und die meisten von uns leben gut damit.“

Als Frau Peters im Oktober 2011 die Diagnose Darmkrebs erhielt, war sofort klar: Der Tumor saß zu dicht am Schließmuskel, als dass man diesen hätte erhalten können. Sechs Wochen später – nach der Chemo- sowie Bestrahlungstherapie, wurde operiert „Ich hatte keine Ahnung, was ein Stoma ist und wie es funktioniert“, sagt Marlies Peters. Entsprechend groß war die Unsicherheit. Die Ärzte schilderten ihr das Wichtigste aus medizinischer Sicht. Aber wie man tatsächlich damit lebte, das konnten sie ihr nicht erklären.

„Mit meinen Ängsten war ich alleine“

„Mit meinen Ängsten war ich alleine“, erinnert sie sich. „Riecht es stark? Stoße ich auf Ablehnung? Und wenn am Anfang diese peinlichen Unfälle mit Leckagen passieren, ist man einfach geschockt.“ Auch der eigene Körper wurde ihr fremd. „Der Darm weiß erstmal nicht, was mit ihm geschehen ist und produziert einfach, da ist es ihm egal, wo man gerade ist und dass man keinen Unfall gebrauchen kann.“

Ein Jahr blieb Marlies Peters zu Hause, bei der Operation war ein Harnleiter durchtrennt worden, es gab Komplikationen mit der Niere. Sie fühlte sich schwach, hatte Scheu, Einladungen anzunehmen und überhaupt vor die Tür zu gehen. Erst nach und nach lernte sie die Reaktionen ihres Darms besser einzuschätzen. „Die Pannen wurden seltener, und irgendwann merkt man rechtzeitig, wenn da etwas grummelt. Meine

Blindtext chonenden Darmnaht). Es gibt sowohl ein doppelläufiges Stoma des Dick- als auch des Dünndarmes. Die Darmschlinge des Darmabschnitts wird dabei durch eine künstliche Öffnung in

INFO

ILCO

Über 150.000 Stomaträger (Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung) leben in Deutschland. Seit ihrer Gründung 1972 unterstützt die Selbsthilfevereinigung Deutsche ILCO e.V. Betroffene dabei, mit ihrer Krankheit und einem Stoma selbstbestimmt leben zu können. Der Name IlCO leitet sich ab von den Anfangsbuchstaben der medizinischen Bezeichnungen Ileum (= Dünndarm) und Colon (=Dickdarm). Rund 7000 Mitglieder hat die ILCO bundesweit und ist damit die größte deutsche Solidargemeinschaft von Stomaträgern, Menschen mit Darmkrebs und deren Angehörigen. Mehr als 650 selbst betroffene Ehrenamtliche stehen im Jahr ca. 20.000 Betroffenen bei Besuchen im Krankenhaus, auf Informationsveranstaltungen und bei Gruppentreffen mit Rat und Tat zur Seite.

Die Unterstützungsangebote der Deutschen ILCO umfassen insbesondere:

- Gespräche mit Gleichbetroffenen über das Leben mit einem Stoma oder das Leben mit Darmkrebs mit ehrenamtlichen ILCO-Mitarbeitern am Telefon, bei den Treffen der etwa 290 örtlichen Gruppen und im Rahmen des ILCO-Besucherdienstes (Besuche durch ILCO-Mitarbeiter vor und nach der Operation im Krankenhaus und zu Hause)
- Informationen bei Veranstaltungen (lokal, regional, überregional), mit Schriften zu Colostomie/Ileostomie, Urostomie, Irrigation u. ä. und über die vierteljährlich erscheinende Mitglieder-Zeitschrift ILCO-PRAXIS
- Vermittlung zur Fachberatung
- unabhängige Interessenvertretung bei stoma- und darmkrebsbezogenen Anliegen bei Krankenkassen, Versorgungsämtern, in der Gesundheits- und Sozialpolitik für die Bereiche Medizin, Rehabilitation, Arzneimittel- und Stomaversorgung, soziale Hilfe und Selbsthilfe
- Engagement für eine hochwertige, qualitätsgesicherte professionelle Versorgung und dafür, dass die benötigten Stomaartikel und Arzneimittel ohne unzumutbare finanzielle Belastung zur Verfügung stehen
- Treffen und Veranstaltungen für jüngere Betroffene in der Gruppe „Junge ILCO +/- 35“.

Kontakt:
Deutsche ILCO e.V., Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn,
Tel.: 0228 338894-50 (montags bis donnerstags 9 bis 15 Uhr),
Fax: 0228 338894-75, E-Mail: info@ilco.de, > www.ilco.de

© Foto: iStockphoto/KatarzynaBialasiewicz

Ernährungsberaterin empfahl mir, ruhig alles zu probieren. Und zum Glück mag Otto fast alles.“ Otto, das ist ihr Stoma, Marlies Peters hatte irgendwo gehört, dass es gut sei, ihm einen Namen zu geben. „Wenn ich in der Gruppe sage, ich muss mal schnell raus, Otto versorgen, ist das unverfänglicher, und Außenstehende denken wahrscheinlich, das sei mein Hund.“

Eine große Stütze in dieser schwierigen ersten Zeit, war ihr Mann Thomas von Thun: „Er hat das von Anfang an akzeptiert, auch weil wir beide wussten, ohne Stoma hätte mich der Krebs erledigt“, sagt sie. „Mit einer so schweren Krankheit waren wir ja zuvor nie konfrontiert“, ergänzt der 61-Jährige, „umso wichtiger war es für uns beide, dass man sich nicht in seinen Kummer ergibt, sondern sich Unterstützung sucht und sich beraten lässt.“ So stellte Marlies Peters den Kontakt zur ILCO her und besorgte jede Menge Informationsmaterial, das sie gemeinsam studierten. Auch die Freunde reagierten verständnisvoll. „Manche fragten genau nach, andere sagten einfach ok, so ist das jetzt eben“, erinnert sich von Thun.

Wissen

Das Stoma

Ein Enterostoma (gr. „Mund“, „Öffnung“) ist die chirurgisch hergestellte Öffnung eines Darmteils durch die Bauchwand, über die die Ausscheidung ausgeleitet wird. Es kann auf demselben Niveau wie die Bauchdecke, bzw. retrahiert (eingezogen) oder prolabiert (vorgewölbt) sein. Die optimale Stomaposition im Sitzen, Liegen und Stehen wird bereits vor der Operation angezeichnet, so dass Fehlplatzierungen, z.B. in Körperfalten, die eine Versorgung des Stomas erschweren würden, vermieden werden können. Ein ausführliches Art-Patienten-Gespräch vor der Anlage ist unerlässlich. Die Stomaanlagen erfolgen häufig über einen Bauchschnitt (Laparotomie), in einigen Fällen kann auch ein minimalinvasiver operativer Eingriff während einer Bauchspiegelung (Laparoskopie) erfolgen.

Ileostoma

Auch Dünndarmstoma, nach dem Ileum (= unterer Dünndarm) benannt. Eine endständige Ileostomie wird angelegt, wenn der gesamte Dickdarm entfernt werden musste und keine Operation zur Wiederherstellung der Kontinenz möglich ist. Dabei wird das Ende des Dünndarms meist auf der rechten Seite der Bauchdecke ausgeleitet. Einer dichten, hautschonenden Stomaversorgung ist größte Bedeutung beizumessen, häufig wird eine prominentere Ausstülpung des Dünndarms empfohlen, um einen Kontakt des aggressiven Dünndarmsekrets mit der Haut zu vermeiden.

Colostomie

Bei einer endständigen Colostomie wird das Ende des Dickdarms durch die Bauchdecke ausgeleitet, nachdem der Schließmuskel, der Mastdarm (Rektum) und häufig ein Teil des unteren Dickdarmes entfernt wurden. Aber auch bei (manchmal nur vorübergehender) Ausschaltung dieser Darmteile und der Erhaltung des Afters wird bei bestimmten Krankheitsbildern eine endständige Colostomie angelegt.

Doppelläufiges Stoma

Wird meist angelegt, wenn es sich um ein temporäres Stoma handelt, das später wieder zurückverlegt wird (z.B. bei einem entzündlich veränderten Darmabschnitt oder einer zu schonenden Darmnaht). Es gibt sowohl ein doppelläufiges Stoma des Dick- als auch des Dünndarmes. Die Darmschlinge des Darmabschnitts wird dabei durch eine künstliche Öffnung in der Bauchdecke vor die Bauchhaut gezogen und eingeschnitten, aber nicht komplett getrennt. Indem die freien Schnittränder nach außen umgestülpt werden, estehen zwei Stomaöffnungen – ein zuführender (der Entleerung dienender) und ein abführender Darmabschnitt, der für die Zeit, in der das Stoma vorhanden ist, stillgelegt ist.

Ileoanaler Pouch

Muss der komplette Dickdarm entfernt werden, kann der Ileoanale Pouch (IAP, von Ileum lat.: Hüftdarm; Anus: After: pouch, engl.: Beutel, Tasche) eine Alternative zu einem dauerhaften Ileostoma sein. Das Ziel ist die Erhaltung der Stuhlentleerung durch den Darmausgang. Zur Bildungs des Pouchs wird ein aus Dünndarmschlingen geformtes Reservoir angelegt. Über das Reservoir wird eine direkte Verbindung zwischen dem letzten Dünndarm-Abschnitt (Ileum) und dem Anus geschaffen. Der Pouch kann auf verschiedene Arten gestaltet werden, als Standardverfahren gilt heute der so genannte J-Pouch. Auch wenn ein dauerhafter künstlicher Darmausgang so vermieden werden kann, ist die Pouch-OP ein schwerwiegender Eingriff, der sorgfältig mit dem Arzt besprochen werden sollte.

© Foto: iStockphoto.com/chankimlungistock

Als Marlies Peters nach einem Jahr ihren Job als technische Zeichnerin wieder aufnahm, hatte sie so viel Selbstvertrauten gewonnen, dass sie ihre Erkrankung offen ansprechen konnte: „Ich habe mich mit den Kollegen zusammengesetzt und gesagt: `Leute, ich hab jetzt ein Stoma, das macht Geräusche, das kann auch mal riechen. Wenn Ihr Probleme damit habt, sagt es mir und nicht den anderen, denn ich kann was tun, die anderen nicht. Wenn Ihr Fragen habt – fragt mich.´“ Damit traf sie nicht nur auf ehrliches Verständnis, man stellte ihr auch eine abschließbare Toilette mit Spezialeimer zur Verfügung. „Damit war das Thema erledigt“.

„Ich mache heute alles, was ich vorher auch gemacht habe“

In der freien Zeit vergrößerte das Paar nach und nach wieder seinen Radius. Kleinen Tagesausflügen folgte bald die erste Woche in der Ferienwohnung an der Ostsee, und das Leben begann allmählich „normaler“ zu werden. „Ich lasse mich durch das Stoma kaum beeinflussen und mache heute alles, was ich auch früher gemacht habe“, sagt Marlies Peters. „Ich fahre Fahrrad, mache meinen Sport, gehe wandern und schwimmen, und unter dem gerafften Badeanzug sieht man den Beutel ja nicht einmal.“ Auch den Krebs hat Frau Peters besiegt.

Mut machen vor und nach der OP

Der Austausch mit anderen Stoma-Patienten ist Marlies Peters nach wie vor wichtig. Schon im ersten Jahr nach der Operation hatte sie eine Nachmittagsgruppe der ILCO besucht. Als sie wieder anfing zu arbeiten, wechselte sie in die Abendgruppe. „Da waren Gleichgesinnte in meinem Alter, mit denen ich Sachen besprechen konnte, über die man in der Öffentlichkeit einfach nicht so offen reden kann“, sagt sie. Mittlerweile leitet sie die Gruppe, die sich alle zwei Monate trifft. Und sie besucht frisch Operierte, denen gerade ein Stoma eingesetzt wurde. „Mit dem Besuchsdienst wollen wir Mut machen und zeigen: ‚Guck mal, so gut kann man mit einem Stoma leben’.“

Blindtext gut versorgt ist und keine Schmerzen oder Angstzustände hat, ist für die Angehörigen wichtig und beruhigend.

Führen ein aktives Leben und engagieren sich aktiv in der ILCO:
Marlies Peters und Thomas von Thun.
Hier kommt noch etwas Text... blin text rw oü niopmnbrbeg

Ebenso wichtig, ist der Zuspruch vor der Operation. Wie es sich anfühlt, wenn dieser fehlt, weiß Marlies Peters aus eigener Erfahrung „Oft liegt zwischen Diagnose und OP nur wenig Zeit, aber wenn man sie hat, sollte man sie nutzen“, sagt sie. Dass sie selbst vor ihrer Stoma-Operation keinerlei Beratung erhielt und sehr darunter gelitten hat, spornt sie in ihrem ehrenamtlichen Engagement bei der ILCO nur noch mehr an: „Ich verteile unsere Flyer an Urologen und andere Ärzte, einfach um die Leute schon früh über mögliche Ansprechpartner zu informieren.“ Dass noch immer kaum junge Leute zu den Gruppentreffen stoßen, obwohl es eine junge ILCO gibt, findet Marlies Peters schade. „Die Jüngsten bei uns sind zwischen 40 und 50.“

Auch ihr Mann, der sich in ihrem Wohnort Hemdingen bei Elmshorn in der Kommunalpolitik engagiert, ist inzwischen Mitglied der ILCO: „Da wird so viel geleistet, das wollte ich unterstützen“, sagt er. Und auch er schätzt den Austausch: „Bei Ausflügen kann man im Gespräch mit anderen Angehörigen seinen Horizont erweitern, wir gehen alle offen mit dem Thema um.“

Gerade ist das Paar, das mittlerweile im Ruhestand ist, von einer Kreuzfahrt zurückgekommen. „Das geht heute alles“, sagt Thomas von Thun, „wir haben vielleicht eine etwas längere Checkliste und ein bisschen mehr Gepäck als andere, aber das ist auch alles.“

© Foto: Anke Leddin

Interview

mit **Désirée Fehringer**, 25 Jahre,
Bloggerin aus Hamburg

„Jüngere brauchen einfach eine andere Ansprache“

Als sie 15 Jahre alt war, bekam Désirée Fehringer in einer Notoperation ihr erstes Stoma. Heute trägt die 25-Jährige, die seit ihrem 14. Lebensjahr an Colitis Ulcerosa leidet, einen J-Pouch. Seit zwei Jahren lebt die gebürtige Stuttgarterin in Hamburg, gerade hat sie ihr Volontariat beim NDR beendet und ihren Traum, Fernsehjournalistin zu werden, in die Tat umgesetzt. 2013 startete sie ihren Blog „Bauchmädchen“, in dem sie ihre Geschichte teilt und anderen Betroffenen Mut machen möchte.

> www.diedesi.wordpress.com

Du hast Dein Stoma sehr plötzlich bekommen – mitten in der Pubertät, in der man ohnehin mit seinem Körper hadert. Wie hast Du das erlebt?

Ich war überhaupt nicht darauf vorbereitet, vor allem psychisch nicht. Ich hatte ein toxisches Megakolon, das kurz vorm Platzen war. Man musste also schnell handeln, der gesamte Dickdarm wurde entfernt. Die Ärzte haben kurz erklärt, was ein Stoma ist, am dritten Tag nach der OP kam eine Stoma-Therapeutin ins Krankenhaus und hat mir gezeigt, wie man den Beutel wechselt. Das ging alles sehr schnell, niemand hatte Zeit. Alle erschienen mir sehr alt, selbst die Leute auf den Infoblättern – und ich dachte, ok, als junger Mensch bist Du völlig alleine damit. Woran niemand denkt: Wenn Du zum ersten Mal dieses Stückchen Darm siehst, das aus Deinem Bauch kommt, ist das so krass, dass Du jemanden brauchst, der Dich emotional auffängt.

Wer hat Dich unterstützt?

Meine Familie war ganz toll. Meine Mutter kam jeden Tag ins Krankenhaus und war eine riesige Stütze. Selbst in den dunkelsten Momenten, in denen ich sogar an Selbstmord dachte, war mir klar, morgen kommt sie wieder, ich kann ihr das nicht antun. Ohne Familie hätte ich das sicher nicht überstanden.

Und Deine Freunde?

Die wussten fast alle nichts davon. Wir waren ja gerade erst von Namibia, wo meine Eltern eine Farm hatten, zurück nach Stuttgart gezogen. Insofern war ich ganz neu an der Schule und total verunsichert. Die Angst, dass jemand komisch reagiert, war riesig, Jugendliche können mit sowas einfach nicht gut umgehen. Zwischen meinem 15. und 20. Lebensjahr, als ich mehr oder weniger stndig im Krankenhaus war, haben drei Freunde direkt im Krankenhaus mit mir Schluss gemacht. Das tat weh. Ich glaube, dass das Leben einfach ganz anders verläuft, wenn man schon in jungen Jahren mit solchen Dingen konfrontiert ist. Das Gefühl, dass man total viel verpasst, lässt einen nicht los.

Wie ist das heute, wenn Du jemanden kennenlernst?

Man merkt relativ schnell, wem man vertrauen kann. Aber ich gehe niemals beim ersten Date essen, weil ich nicht riskieren will, etwas nicht zu vertragen und gleich alles erzählen zu müssen. Ich möchte, dass man mich erstmal als Person kennenlernt und nicht als Problem. Dass man als unsichtbar chonisch Kranke unterwegs ist, ist dabei sicher Fluch und Segen zugleich. Oft bekomme ich zu hören, `Du siehst doch gut aus´, und keiner ahnt, wieviel Make-up nötig war, um die Augenringe zu übertünchen, weil ich mich die ganze Nacht übergeben habe und Krämpfe hatte. Einerseits versucht man, nach außen hin zu funktionieren – andererseits ist es schwierig, das Verständnis zu bekommen, das man sich wünscht.

Wie bist Du auf den Blog gekommen?

Ich dachte, es tut gut, sich etwas von der Seele zu schreiben – gerade über Dinge, über die man sich nicht zu reden traut. Und dann war ich in der Extremsituation, dass ich nur noch 30 Kilo wog und lange Zeit an Bett und Rollstuhl gefesselt war. Ich konnte nicht vor die Tür und nichts von dem tun, was andere Menschen in meinem Alter machten. Ich habe schnell gemerkt, dass die Leute das lesen und sich dadurch Freundschaften entwickelten.

Du schreibst in Deinem Blog „lass´ uns gemeinsam durch diese Scheiße gehen“. Klappt das?

Das ist das Schönste, zu merken, dass es funktioniert. In schlechten Zeiten kann man sagen: Ja, mir geht´s genauso. Aber in guten Zeiten kann man sich zeigen, was alles geht, obwohl man keinen Zentimeter Dickdarm mehr hat. Weil ich selbst so viele Jahre gebraucht habe, z.B. wieder auf ein Konzert zu gehen, will ich andere ermutigen: Hey, ich habe 15 OPs hinter mir, aber ich habe es geschafft. Durch solche kleinen Dinge bekommst Du wahnsinnig viel Lebensqualität zurück, weil Du eben nicht nur zu Hause hockst. Ich kriege immer wieder die Rückmeldung, dass das für andere ein Ansporn ist.

Aber ist es in schlechten Zeiten nicht viel schwieriger, sich zu zeigen?

Wenn ich meine OPs hatte, war ich immer sehr still und bei mir, da habe ich wenig geteilt. Ich habe aber Freundinnen, die das total zelebrieren und alles zeigen. Eine gute Freundin, die ich seit ihrer ersten OP begleite, hat gerade von ihrer Krankenhauspsychologin empfohlen bekommen, erstmal Instagram zu löschen, weil es ihr nicht gut tut, ständig Stomas zu sehen. Es ist ein schmaler Grat zwischen „wir tun uns gegenseitig gut“ und „wir drehen uns nur noch im Kreis um uns selbst“.

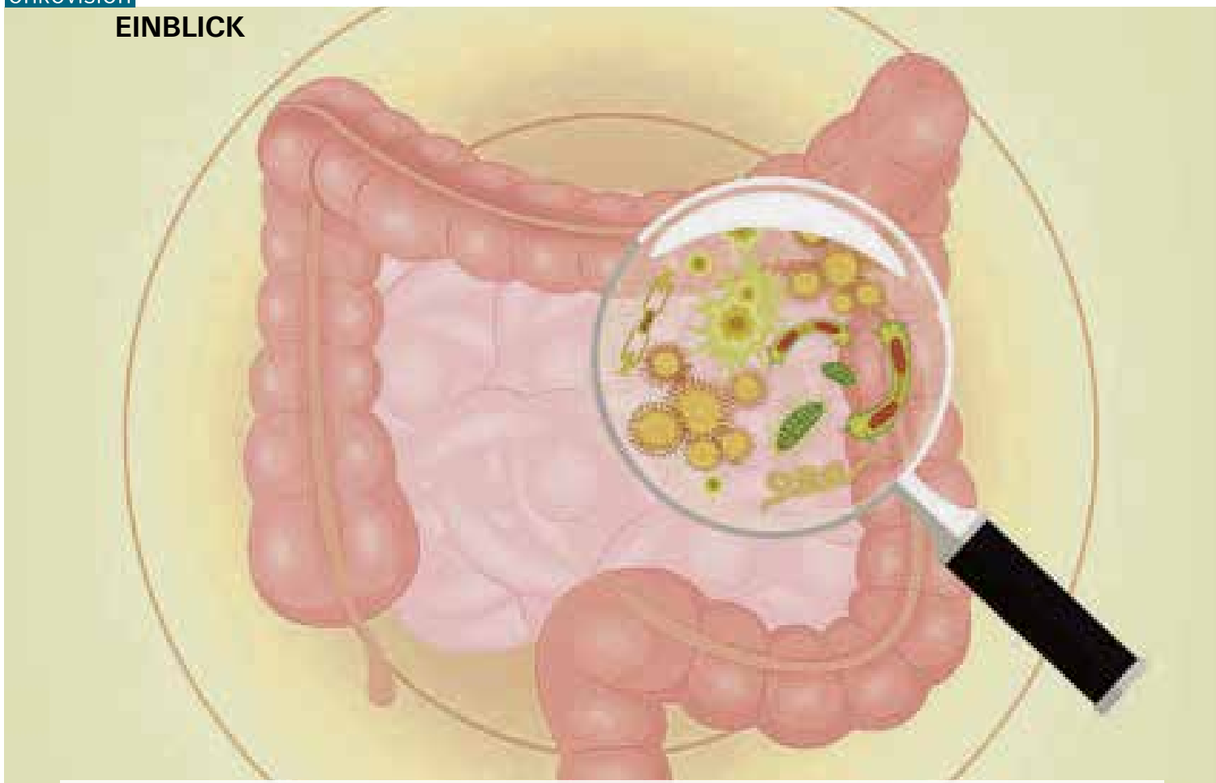
Du hast jetzt einen Pouch. Wie kommst Du damit klar?

Ich hatte drei verschiedene Stomas, mit 18 bekam ich dann meinen ersten Pouch, der sich leider chronisch entzündet hat. Ein guter Chirurg konnte mir jetzt einen zweiten einsetzen. Wenn das wieder nicht klappt, brauche ich endgültig ein Stoma, das fühlt sich gerade wie ein Damoklesschwert an. Ich habe zwar viele Freundinnen, die mit ihrem Stoma super klar kommen. Aber für mich war der Beutel am Bauch einfach eine große psychische Belastung. Ich schätze die Freiheit, die mir der J-Pouch gibt,, auch wenn ich trotzdem eine halbe Stunde nach dem Essen auf die Toilette muss. Seit zwei Jahren geht es mir richtig gut damit.

Welche Unterstützung wünschst Du Dir für die Jüngeren?

Es ist ganz wichtig, dass sich gerade am Anfang – schon vor der Operation, aber auch direkt danach – einfühlsame Menschen ganz viel Zeit für Dich nehmen. Für die jüngeren Patienten wäre es sicher besser, auch von jüngeren Betroffenen beraten zu werden – weil sie in einer vergleichbaren Situation sind und Dir viel Angst nehmen, indem sie Dir zeigen können, was alles mit Stoma oder Pouch möglich ist. Ich selbst habe mich gescheut,in eine Selbsthilfegruppe zu gehen, weil ich Angst hatte, dass da nur Leute sind, denen es richtig schlecht geht. Ich wünschte mir einfach mehr positiven Input. Das Info-Material ist fast immer auf ältere Menschen zugeschnitten, da müsste sich etwas ändern. Jüngere Leute brauchen eine andere Ansprache.

© Foto: iStockphoto.com/KatarzynaBialasiewicz



Einflussreiche Vielfalt: Darmbakterien als Schlüssel zur Gesundheit

Dass es zwischen Darm und Gehirn eine **wechselseitige Kommunikation** gibt, ist erwiesen. Wie groß aber der Einfluss des sogenannten intestinalen Mikrobioms auf unsere körperliche und geistige Gesundheit ist, beginnt man erst allmählich zu verstehen. Denn die Summe aller mikroskopisch kleinen Bewohner, die unseren Verdauungstrakt besiedeln steht mit vielen Körperfunktionen in Verbindung und spielt eine wesentliche Rolle bei der Immunabwehr.

© Foto: iStockphoto.com/CasarsaGuru

Text von **Tanja Fuchs**

Wir *handeln aus dem Bauch* oder *haben Bauchschmerzen mit einer Entscheidung*, wir spüren *Wut* oder auch *freudiges Kribbeln im Bauch* und manchmal *schlagen* uns die Ereignisse *auf den Magen*. Der sprichwörtliche Ort für eine Vielzahl von Stimmungen und Gefühlen ist ins Zentrum umfangreicher Forschung gerückt. Tatsächlich scheint das Darmmikrobiom – mitunter auch als „Superorgan“ bezeichnet – eine bislang vielfach unterschätzte Bedeutung zu haben.
Es bestimmt mit, wann wir satt sind und wie unsere Stimmung ist, ob und wie Medikamente vertragen oder Dosisanpassungen nötig werden und auch darüber, wie hoch unser Risiko ist, bestimmte Krankheiten zu entwickeln. Noch steht die Forschung relativ weit am Anfang, doch bereits jetzt fließen bisherige Erkenntnisse mit in die Therapie einiger Erkrankungen ein.

WISSEN

Die Begriffe **Mikrobiom** und **Mikrobiota** (grch.: mikrós ‚klein‘, bios ‚Leben‘) bezeichnen im weitesten Sinn die Gesamtheit aller Mikroorganismen der Erde (Biom), welche die Erdkruste, Gewässer und Erdatmosphäre besiedeln. Im engeren Sinn ist die Gesamtheit aller den Menschen oder andere Lebewesen besiedelnden Mikroorganismen gemeint. Mit dem Mikrobiom werden primär die Darmbakterien (Darmflora) in Verbindung gebracht – man spricht dann vom intestinalen Mikrobiom – aber auch alle Mikroorganismen, die auf der äußeren Haut (Hautflora) und auf den Schleimhäuten leben, gehören dazu. Ein erwachsener Mensch ist von etwa 100 Billionen Bakterien besiedelt, die sich überwiegend im Gastrointestinaltrakt befinden.
Dem Darmmikrobiom werden neben der Verwertung der aufgenommenen Nahrung viele weitere wichtige Funktionen zugeschrieben: Hierzu gehören zum Beispiel die Synthese lebenswichtiger Vitamine, die Produktionkurzkettiger Fettsäuren, die als Energiequelle für die Darmschleimhautzellen dienen und das Darmmilieu mitbestimmen. Auch die Förderung der Darmperistaltik, die Bekämpfung von Entzündungen, die Entgiftung von Fremdstoffen, die Unterstützung der Verdauung durch den Abbau schwer verdaulicher Nahrungsbestandteile (Ballaststoffe) gehört zu den Aufgaben des intestinalen Mikrobioms. Nicht zuletzt spielt das Mikrobiom eine wesentliche Rolle bei der Stimulation des Immunsystems und der Verdrängung von Krankheitserregern. Veränderungen der intestinalen Bakteriengemeinschaft stehen u.a.mit Erkrankungen wie Darmentzündungen, Darmkrebs, Adipositas, dem metabolischem Syndrom, Arthritis und auch bestimmten Formen von Autismus, Morbus Alzheimer und Depressionen in Zusammenhang. *(vgl. auch Wikipedia)*

Das Darmmikrobiom: Die ersten Jahre sind entscheidend

Schätzungsweise 40 Billionen Bakterien leben in unserem Darm. Zusammen bringen sie ganze zwei Kilo Gewicht auf die Waage und wiegen damit mehr als das menschliche Gehirn. Ihr Einflus auf ebendieses, sowie auf viele andere Organe und nicht zuletzt auf unser Immunsystem ist gewaltig.
Doch die Bakterienlandschaft und damit die Immunabwehr wird uns nicht automatisch mitgegeben, sie muss sich erst bilden. Eine ganz besondere Rolle spielen die Geburt und die ersten Lebensjahre eines Kindes. Kinder, die per Kaiserschnitt zur Welt kommen und nicht gestillt wurden, weisen eine geringere Diversität auf, als solche die den Geburtskanal passiert und Muttermilch erhalten haben. Aus diesem Grund würden viele Hebammen heute dafür Sorge tragen, dass das Neugeborene auch nach einem Kasiserschnitt in Berührung mit vaginalem Sekret kommt, sagt Prof. Harald Matthes. Was die, in der Muttermilch enthaltenen Lacto- und Bifidobakterien betreffe, könne man diese inzwischen schon recht gut in Fertigpräparaten ersetzen. Nicht ersetzbar seien die in der Muttermilch vorkommenden Immunglobuline. Der Einfluss dieser auf das kindliche und spätere Immunsystem sei nicht zu unterschätzen, so der Gastroenterologe, der das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin leitet. Einfluss hat – neben Geburt und Stillen – auch eine mögliche Medikamentengabe in den ersten drei Lebensjahren. Hier sind an erster Stelle Antibiotika zu nennen. Kommen solche Arzneimittel in dieser ersten Lebensphase gehäuft zum Einsatz, verändert sich das Mikrobiom – die Diversität wird geringer, das Kind hat ein höheres Risiko, eine Autoimmunerkrankung zu entwickeln.

Alles zu seiner Zeit

Inwieweit man hier präventiv eingreifen kann, ist noch nicht klar. „Was wir noch lernen müssen“, sagt Harald Matthes, „ist, zu welcher Zeit, welche Prägung erfolgt.“ Der-

© Foto: iStockphoto.com/Vitalina

zeit werde erforscht, welche Bakterien sich bei Neugeborenen ansiedeln und in welcher Reihenfolge dies geschieht. Die Frage ist etwa, wie sich hier von außen Einfluss nehmen lässt, indem mit entsprechenden Bakterienpräparaten substituiert wird? Ein Beispiel hierfür ist die pränatale Gabe des Bakteriums Lactobacillus rhamnosus zur Verhinderung erblich bedingter atopischer Erkrankungen:
Bereits im Jahr 2004 hatte das Ärzteblatt unter anderem über finnische Studien berichtet, in denen eine signifikante Abnahme der Inzidenz für atopische Dermatitis (AD) erzielt werden konnte[1,2], wenn Schwangere mit atopischen Erkrankungen und deren Kindern bis zum sechsten Lebensmonat Lactobacillus rhamnosus (ATCC 53103) gegeben wurde. So konnte man nachweisen, dass durch die Zufuhr des Bakteriums der Gehalt antientzündlicher Zytokine, (z.B. „transforming growth factor“ (TGF)-b) in der Muttermilch sowie von Interleukin-10 (IL-10) im Serum der Kinder gesteigert wird. Insbesondere bei Kindern mit erhöhten Serum-IgE-Werten kann dadurch ein protektiver Effekt hinsichtlich der Manifestation einer AD erzielt werden.[3]

1) Kalliomaki M, Salminen S, Arvilommi H, Kero P, Koskinen P, Isolauri E: Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2001; 357: 1076–1079. MEDLINE. 2) Kalliomaki M, Salminen S, Poussa T, Arvilommi H, Isolauri E: Probiotics and prevention of atopic disease: 4-year follow-up of a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2003; 361: 1869–1871. MEDLINE 3)Rosenfeldt V, Benfeldt E, Nielsen SD, Michaelsen KF, Jeppesen DL, Valerius NH et al.: Effect of probiotic Lactobacillus strains in children with atopic dermatitis. J Allerg y Clin Immunol 2003; 111: 389–395. MEDLINE).

Je weniger industriell verarbeitete Lebensmittel, desto besser

Gibt es einen Zusammenhang mit Krebs?

Inzwischen weiß man, dass vielen chronischen Erkrankungen eine Veränderung der Darmflora vorausgeht. Umgekehrt führt aber auch eine Erkrankung dazu, ein Ungleichgewicht der Bakteriengemeinschaft zu fördern. In einem systematischen Revue konnte gezeigt werden, dass es bei bestimmten Krebsarten zu spezifischen Mikrobiomveränderungen kommt, insbesondere bei Magen- und Dickdarmkrebs. Generell ist das Risiko für die Entstehung von Krebs bei einer verringerten Diversität größer. Während die Zahl der Menschen mit Magenkrebs zurückgeht, nimmt der Darmkrebs zu. „Allerdings“, erklärt Prof. Matthes, „ist das im Wesentlichen dadurch bedingt, dass die Menschen immer älter werden. Die Inzidenz für Darmkrebs steigt mit dem Alter.“ Dennoch, ist der Gastroenterologe überzeugt, ließen sich die Fälle durch Lebensstiländerungen verringern. Neben einer ausgewogenen Ernährung mit viel Gemüse, Obst und Ballaststoffen, wenig Fleisch, wenig Zucker und möglichst wenig verarbeiteten Fertigprodukten, gehöre dazu auch ausreichend Bewegung. (siehe auch Weitblick Seite xx)

Prof. Harald Matthes zufolge bedingen sich Mikrobiom und Erkrankung gegenseitig: Unserem Lebensstil entsprechend kann sich unser Darmmikrobiom verändern und auch entzündliche Vorgänge anfachen. Nehmen bestimmte Bakterienarten, wie z.B. die firmicutes überhand, verschlechtert sich die Stoffwechsellage insgesamt, was sich wiedrum negativ auf den Lebensstil auswirkt. „Ich würde sagen, langfristig bringt unser westlicher Lebensstil uns in diese Lage, aber es ist immer eine Wechselwirkung: Ökologische Gleichgewichte geraten aus der Balance und die Diversität nimmt ab. In einem sehr guten, also ausgewogenen Mikrobiom sind etwa 1.000-1.200 unterschiedliche Spezies zu finden. Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) beherbergen nur noch 600-800 verschiedene Arten.
Ein Mikrobiom mit hoher Diversität ist deutlich stabiler und kann sich auch selbst schneller wieder regenerieren. Man könne das mit der Natur vergleichen“, sagt Prof. Matthes. Ökologisch reiche Landschaften seien auch stabiler und erholten sich z.B. nach dem Befall von Schädlingen schneller, als Monokulturen.

Auch die Ernährung spielt eine Rolle.

„Wir wissen inzwischen, welche Bakterien sich von welchen Fetten ernähren und welche Kohlenhydrate bevorzugen“, sagt Prof. Matthes. So kann man theoretisch auch am intestinalen Mikrobiom erkennen, ob jemand viel Fleisch isst oder sich z.B. vegetarisch ernährt. Eine typisch westliche Ernährung mit vielen „leeren Kohlenhydraten“ in z.B. Pizza, Pasta und Weißbrot, sowie viel Fleisch, gesüßten Getränken, Frühstücksflocken, Chips und Süßigkeiten führt zur Vermehrung der Bakterien aus der Firmicutes-Gruppe, die vermehrt bei Menschen mit Übergewicht auftritt.

Es wäre aber wäre ein Trugschluss zu glauben, man müsse einfach mehr Joghurt essen, wenn beispielsweise zu wenige Lactobazillen vorhanden sind. Denn leider führe die alleinige Substitution nicht zu erhöhter Diversität. Es habe sich gezeigt erkärt der Gastroenterologe, dass durch Substitution zwar eine Dysbalance ausgeglichen, aber nicht unbedingt auch eine langfristige Stabilität erreicht werden könne. Allerdings, ergänzt der Mediziner, wisse man derzeit auch nicht wirklich, welches Mikrobiom denn nun das „Richtige“ ist. Sicher ist: Je höher die Diversität

Blindtextu maunert Hakker Breiser. Veller nip klumming saus op mund krenggurug lapper.

– also die Vielfalt unterschiedlicher Spezies – desto besser.

Nun wäre es naheliegend, seinen Stuhl untersuchen zu lassen, um herauszufinden, wie es um das Gleichgewicht und die Vielfalt des intestinalen Mikrobioms bestellt ist? Dies ist Matthes zufolge aber nicht ganz so einfach. Eine genaue Aufschlüsselung der Bakterienarten sei dadurch nicht möglich. Beim Stuhl, erklärt er, handele es sich um Ausscheidungsprodukte und das Vorkommen von Bakterien im Stuhlgang ändere sich auch in Abhängigkeit dessen, was man zuvor gegessen habe. Um wirklich etwas über die Art und Zusammensetzung des Mikrobioms sagen zu können, müsse man sich die Darmschleimhaut ansehen, also das intramukosale (zur Schleimhaut gehörende) Mikrobiom betrachten. Der in den Epithelien gebildete Schleim ist eines der wesentlichen Nährmedien für die Bakterien. Hierzu ist eine Gewebeentnahme notwendig.

Dennoch gibt es inzwischen Ärzte und Institute, die Darmflora-Diagnostik über Stuhlproben anbieten, so z.B. im MVZ Institut Mikroökologie GmbH. Lieber Herr Prof. Matthes, wie ist das zu bewerten (wir müssen davon ausgehen, dass der ein oder andere Leser das googelt und herausfinden möchte, wie es um sein Mikrobiom bestellt ist.) Ist von so einer Diagnostik abzuraten? Was kann der Patient hier erwarten?

Unterstützen den Darm und die Therapie: Probiotika

Zu den Faktoren, die nachweislich zu einer Dysbalance im Darm führen, gehören, wie eingangs erwähnt, Antibiotika aber auch Zytostatika. Antibiotika werden nicht nur zur Prophylaxe, sondern auch zur Behandlung von Infektionen bei onkologischen Patienten angewandt. Fast alle Antibiotika führen dazu, dass das Bakterium Chlostridium difficile sich zu stark vermehrt. Bei gesunden Menschen ist C. difficile ein harmloses Darmbakterium. In zu hoher Zahl, kommt es zur Bildung von Toxin A und B und es wird zum Durchfallserreger.
Auch eine Chemotherapie ist mit ungünstigen Folgen für das Mikrobiom verbunden. Und – mindestens ebenso von Bedeutung: Umgekehrt scheint die intestinale Mikrobiota auch direkt die Wirkung von Krebstherapien zu modulieren. Studien zufolge verschlechtert eine Störung der Mikrobiota das Ansprechen von subkutanen Malignomen auf Immuntherapien und auf Krebstherapien mit sogenannten Platinderivaten4. Die parallele Therapie mit Prä- oder Probiotika gewinnt daher zunehmend an Bedeutung. Inzwischen gibt es spezielle Probiotika, die bereits während der Chemotherapie eingenommen werden können, um das Gleichgewicht im Darm und damit auch das Immunsystem zu unterstützen. Prof. Matthes empfiehlt dies sowohl nach der Einnahme von Antibiotika, als auch während der Chemotherapie.
In diesem Zusammenhang interessant, sind auch die wachsenden Erkenntnisse im Bereich **fäkaler Mikrobiomtransfer**. Dabei wird Stuhl eines gesunden Spenders in den Darm einer erkrankten Person übertragen. Besonders gute Erfahrungen hat man bei Patienten mit schweren Clostridium-difficile-Infektionen gemacht: Etwa neun von zehn Betroffenen konnten durch den Transfer geheilt werden. Weitere gute Ergebnisse liegen hinsichtlich Adipositas vor und in kleineren Studien konnten positive Effekte bei Patienten mit Depressionen und Autismus, aber auch ergänzend zu bestimmten Krebstheraien gezeigt werden:
Wissenschaftler vom Memorial Sloan Kettering Cancer Center hatten nachweisen können, „dass der autologe fäkale Mikrobiomtransfer (auto-FMT) eine sichere und effektive Möglichkeit ist, um bei Krebspatienten, die aufgrund einer Transplantation allogener hämatopoetischer Stammzellen eine intensive Antibiotikatherapie benötigen, dem dadurch geschädigten Darmmikrobiom gewissermaßen wieder auf die Beine zu helfen.“[5]
Auch im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe werden regelmäßig Stuhltransplantationen vorgenommen. Wie das Prozedere derzeit aussieht und was in Zukunft möglich sein könnte, erläutert Prof. Harald Matthes im nachfolgenden Interview.

WISSEN

Epithel

Das Epithel ist eine biologische Sammelbezeichnung für Deck- und Drüsengewebe. Es handelt sich um ein- oder mehrlagige Zellschichten, die alle inneren und äußeren Körperoberflächen der vielzelligen Organismen bedecken. Epithelien sind auf vielfältige Weise und je nach Organ spezifisch differenziert. Oberflächenepithelien haben vor allem eine Schutzfunktion (z. B. die Haut). Sie können Stoffe aufnehmen (Resorption, z. B. Darmschleimhaut) und bilden eine Barriere, die das jeweilige Organ von der Umgebung abgrenzt

4) Belida N, Dzutsev A, Stewart CA, et al: Commensal bacteria control cancer response to therapy by modulating the tumor microenvironment. Science 2013; 342: 967–70 CrossRef MEDLINE).
5) Kompakt Gastroenterologie, 28.9.2018; Sci Transl Med. 2018 Sep 26; 10(460): eaap9489. doi: 10.1126/scitranslmed.aap9489

Interview

mit **Prof. Harald Matthes**, Leitender Arzt Gastroenterologie, Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin

Herr Professor Matthes, am Klinikum Havelhöhe werden jährlich 1.500 Stuhltransplantationen vorgenommen. Welche Erkrankungen haben die Patienten?

Im Klinikum Havelhöhe wird der sogenannte fäkale Mikrobiomtransfer vor allem bei Patienten mit COD durchgeführt. (Ist das so richtig? Hier bitte ggf. noch eine Ergänzung. Ab hier Blindtext, Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et magnis dis parturient montes, nascetur ridiculus mus. Donec quam felis, ultricies nec, pellentesque eu, pretium quis, sem. Nulla consequat massa quis enim. Donec pede justo, fringilla vel, aliquet nec, vulputate eget, arcu. In enim justo).

Wie funktioniert eine Stuhltransplantation?

Zunächst einmal mal braucht es dafür sorgfältig ausgewählte Spender. Zurzeit haben wir 20 bis 25 sogenannte Superdonoren, also Stuhlspender. Sie müssen zwischen 20 und 50 Jahre alt sein und bestimmte gesundheitliche Voraussetzungen erfüllen, und dürfen beispielsweise keine Infektionen und keine Depressionen haben. Wie ein Patient dann im Einzelnen auf die Spende eines bestimmten Donoren reagiert, muss individuell ausgetestet werden. Das ist zeitaufwändig. Zur Spende müssen die Donoren in die Klinik kommen, denn der Stuhl muss innerhalb von einer Stunde gefiltert und aufbereitet werden. Mittels Magensonde oder über eine Koloskopie appliziert, erhalten die Patienten dann eine fäkale mikrobielle Transplantation. (ist das so korrekt?) Ab hier Blindtext, Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et magnis dis parturieno.

Ist es schwierig Spender zu finden?

Ja, die rechtliche Situation ist nicht ganz einfach, denn weil Stuhl bislang noch als biolgisches Material eingestuft wird, dürfen wir die Superdonoren nicht bezahlen. Sie erhalten lediglich eine Aufwandsentschädigung. Ein Stuhlspender muss aber einiges an Aufwand in Kauf nehmen. Er muss untersucht und getestet werden und eben jedes Mal erneut zur Spende in die Klinik kommen. In den USA ist kürzlich bei einer solchen Transplantaion eine Infektion übertragen worden. Der Spender hatte sich zwischenzeitlich einen multiresistenten Keim eingefangen. Daher stellt sich jetzt auch die Frage: wie häufig müssen wir die Spender gesundheitlich screenen?

Good Clinical Practice (GCP): Auch der fäkale Mikrobiomtransfer unterliegt strenge Richtlinien. Ab dem Moment wo das biologische Material übergeben wird, unterliegt es den GCP-Sicherheitsstandards.

Wird der Mikrobiomtransfer dennoch zunehmen?

Ja, davon ist auszugehen. Es gab diesbezüglich auch kürzlich eine kleine Revulotion innerhalb des Arzneimittelrechts: Wir haben eine Studie beim BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) beantragt: Es geht darum, dass der Stuhl der besonders gut für eine Heilung geeignet ist, in Kapseln zur oralen Einnahme gebracht wird. Bislang galt Stuhl, wie gesagt, als biologisches Material und nicht als Arzneimittel. Auch Probiotika, werden derzeit nicht als Arzneimittel, sondern als Medizinprodukt zugelassen.
Zweieinhalb Jahre lang haben sich Juristen nun Gedanken darüber gemacht, wie Stuhl von Spendern zu bewerten sei. Sie sind zu dem Schluss gekommen, „dass das Ganze mehr ist als seine Teile“. Dieser Definition zufolge wurde entschieden, dass es sich doch um ein Arzneimittel handelt.

Wie geht es jetzt weiter?

(Hier müsste jetzt vielleicht noch etwas dazu kommen, wie die beim BMBF beantragte Studie aussieht (wird man im Rahmen dieser jetzt den Stuhl in Kapseln bringen können bzw. werden Kapseln jetzt an Patienten getestet? Würden Sie hier bitte noch ein paar Stichpunkte nennen. Herzlichen Dank! Ab hier Blindtext, Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et magnis dis parturient montes, nascetur ridiculus mus. Donec quam felis, ultricies nec, pellentesque.)

In den USA ist man an dieses Problem ganz anders herangegangen: So wurde der Stuhl als Agrarprodukt eingeordnet und vom US-Department of Agriculture (USDA) reguliert. Als Agrarprodukt ist die Weiterverarbeitung in Kapseln zulässig. Der Vorteil bei der Herstellung von Kapseln ist, dass der Stuhl während der Verabeitung auf pathogene Keime untersucht werden kann.

Wie muss man sich das vorstellen, Stuhl in Kapselform?

Der Stuhl wird gefiltert, gefriergetrocknet und landet pulverisiert in der Kapsel.

Für welche Erkrankungen gibt es diesbezüglich Erfahrungen?

Gute Ergebnisse gibt es bislang bei Adipositas und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (COD) insbesondere bei Clostridium-difficile-Infektionen (CDI). Und, wie eine kleine Studie zeigen konnte, gab es auch bei Menschen mit Autismus erste vielversprechende Erfolge. So konnte das Ausmaß von Autismus verringert werden.

Welche Rolle könnte der Stuhl für Krebserkrankungen spielen?

Wir sind gerade dabei, Onkogene zu identifizieren. Hier wird es schon bald möglich sein, über sogenannte Genchips das Risiko für Darmkrebs aber auch andere Erkrankungen festzustellen. Dazu muss lediglich der (zuvor präparierte) Stuhl auf den Chip aufgetragen werden. Liefert der Chip den Hinweis auf spezifische Veränderungen, wie z.B. Polypen im Darm, kann z.B. gezielt eine Koloskopie (Darmspiegelung) eingeleitet werden. Für die Patienten wäre diese Art der Prävention angenehmer, da eine Koloskopie nur bei positivem Befund notwendig ist. Damit verbunden u.a. auch die Hoffnung, dass mehr Menschen eine Darmkrebsvorsorge in Anspruch nehmen. Bislang sind es nur 15 Prozent.
In den USA ist ein solcher Genchip bereits erhältlich.

Herr Professor Matthes, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Die Darmspiegelung erfolgt mit einem dünnen flexiblen Schlauchsystem (Koloskop), welches mit einer hochempfindlichen Kamera ausgerüstet ist.

©Foto: Endo-Tech-Hamburg

Kochlust: Abwechslungsreich, lecker und mit Freude

„Wir leben nicht, um zu essen, sondern wir essen, um zu leben.“ Schon Sokrates erkannnte, dass Essen nicht nur Leib und Seele zusammenhält, sondern auch mit dafür verantwortlich ist, ob es uns gut geht.

© Foto: iStockphoto.com/Halfpoint
Fotos: istockphoto

Text von **Tanja Fuchs**

Essen macht Spaß. Gesund essen noch mehr, wenn man sich bewusst macht, dass man seinem Körper damit etwas Gutes tut. Genau so viel Freude, wie das Essen selbst, macht die Zubereitung. Oft ist das leichter gesagt als getan. Kochen ist nicht jedermanns Sache, was häufig daran liegt, dass viele nicht wissen, wie es geht. Dabei ist es eigentlich garnicht so schwer. Ein bisschen Zeit sollte man sich anfangs schon nehmen. Routinierte Köche, können auch aus Resten was Leckeres zaubern.

Zunächst einmal muss man einfach anfangen. Das beginnt mit der Auswahl der Lebensmittel. Wer Zeit und Muße hat, kann das bereits zelebrieren. Wie so vieles ist der Einkauf, ebenso wie das Kochen selbst, zu zweit schöner. Oder zu viert, zu sechst, zu acht…? Die Nachfrage nach großen, komplett ausgestatteten Küchen, die man sich mit mehreren Leuten mieten kann, ist groß. Ob Geburtstags- oder Firmenfeiern, die Erkenntnis, dass gemeinsames Kochen viel Spaß bringt, haben sich zahlreiche Veranstalter zunutze gemacht. Parallel dazu wächst das Angebot an Kochschulen und Kochkursen. Hier können die Teilnehmer raffinierte Kochkünste erlernen und das Ergebnis auch gleich genießen. Von asiatischen Wok-Gerichten über die richtige Zubereitung von Fisch bis hin zu fettarmer Küche oder spezifischen gesundheitlichen Themen. Die Auswahl ist groß. Für viele steht insbesondere das Kochen trotz Zeitnot und „gesunde Ernährung“ ganz oben.

Für Menschen mit einer Krebserkrankung geht es oftmals um die (wiedergewonnene) Lust am Essen und die Verträglichkeit von Speisen, sowie ganz allgemein, um Ablenkung und das gemeinsame Erlebnis mit dem Partner oder mit Freunden. Die beste Jahreszeit für ein gemeinsames Kochevent ist sicherlich der Winter. Und weil Weihnachten vor der Tür steht, ist so ein Kochkurs vielleicht sogar eine schöne Geschenkidee.

Ausgewogen und vielseitig

Liegen keine speziellen Ernährungsprobleme im Zusammenhang mit der Erkrankung oder als Therapiefolge vor, so gelten für Krebspatienten wie für ihre Familien die internationalen Empfehlungen zur Gesunderhaltung. Eine ausführliche Darstellung, welche Ratschläge Experten heute geben, was unter „gesund essen“ und was unter „ausgewogen“ zu verstehen ist, hat der Krebsinformationsdienst zusammengestellt:

> https://tinyurl.com/y4j5ubgg

Hier finden Interessierte auch Informationen zur Ernährung während der Chemotherapie oder nach der Operation. Die Krebshilfe bietet auf ihrer Website eine ausführliche Broschüre zum Thema Darmkrebs als Download an:

> https://tinyurl.com/y5fo5squ

LINKS

Kochkurse und –schulen in der Nähe findet man im Internet, z.B. auf:

> www.reiseland-brandenburg.de/aktivitaeten-erlebnisse/essen-trinken/kochschulen/

> www.berlin.de/tickets/kochkurse/vegan-vegetarisch/

> www.kochatelier-berlin.de

> www.mydays.de/erlebnisgeschenk/kochschule

Ernährungstipps für Krebspatienten:

> www.krebsinformationsdienst.de/behandlung/ernaehrung-therapie-index.php

> www.darmkrebs.de/ernaehrung-lebensstil/gesunde-ernaehrung

> www.inkanet.de/krebsarten/verdauung/darmkrebs

> www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/darmkrebs/ernaehrungsempfehlungen-fuer-darmkrebspatienten.html

> www.barbara-hacke.de

GLOSSAR

Kurz erklärt

B Behandlungszyklus
Der Zeitraum, der sich aus der Länge einer Therapie und der darauf folgenden therapiefreien Zeit ergibt.

Biopsie
Die Entnahme einer Gewebeprobe, die anschließend unter dem Mikroskop auf ihre Beschaffenheit untersucht wird. Per Biopsie lassen sich gutartige und bösartige Veränderungen feststellen.

Bürgerschaftliches Engagement
Bürgerschaftliches Engagement umfasst – wie auch das Ehrenamt – Tätigkeiten, die freiwillig und ohne unmittelbare Gegenleistung erbracht werden, der Verbesserung der Lebenslagen einzelner Personen, der Allgemeinheit oder dem Schutz der natürlichen Lebensgrundlage der Menschen dient und einen Beitrag leistet zur Förderung der Solidarität und des Gemeinsinns in der Gesellschaft. Der Begriff wurde geprägt in dem Verständnis einer aktiven Bürgergesellschaft, in der die freiwillig engagierten Bürgerinnen und Bürger aktiv die Gesellschaft, den Staat und die Politik mitgestalten. Bürgerschaftliches Engagement findet im öffentlichen Raum statt und wird in der Regel gemeinschaftlich bzw. kooperativ ausgeübt. Es kann sowohl dauerhaft und kontinuierlich als auch kurzfristig und spontan angelegt sein. Quelle und weitere Infos:
> www.buergergesellschaft.de
> www.buergerengagement.de

C Chemotherapie
Eine Behandlung mit Medikamenten, den Zytostatika, die entweder das Tumorwachstum hemmen oder die Tumorzellen direkt angreifen.

E Exulzeration
Die geschwürartige Veränderung von Gewebe im Sinne eines Gewebedefekts bzw. einen geschwürartigen Zerfall.

G Gliom
Gliom (griech. glia:Leim) ist ein Sammelbegriff für einige Hirntumoren des Zentralnervensystems. Sie entstehen am häufigsten aus Gliazellen, dem Stütz- und Nährgewebe der Nervenzellen. Sie treten meist im Gehirn auf, sind aber auch im Bereich des Rückenmarks und der Hirnnerven möglich.

K Karzinom
Ein bösartiger Tumor, der in den Deckgeweben (Epithelien) entsteht, beispielsweise in der Haut, den Schleimhäuten oder im Drüsengewebe. Achtzig bis neunzig Prozent aller bösartigen Tumore sind Karzinome.

L Leukozyten
Weiße Blutkörperchen, die als Polizei des Körpers gelten, da sie vor eindringenden Krankheitserregern wie Bakterien, Viren und Pilzen schützen. Durch eine Chemotherapie sinkt die Zahl der Leukozyten oft vorübergehend, was eine erhöhte Infektionsneigung zur Folge hat.

M Metastase
Eine Tochtergeschwulst, die an einer anderen Stelle im Körper entsteht. Die Ausbreitung der Tumorzellen erfolgt meistens über die Blut- und Lymphbahnen. Fernmetastasen befinden sich entfernt vom Ursprungstumor in anderen Organen oder Körperteilen. Lymphknotenmetastasen entstehen, wenn Tumorzellen mit der Lymphe in Lymphknoten gelangen und dort einen neuen Tumor bilden.

P PubMed
ist eine englischsprachige textbasierte Meta-Datenbank mit Referenzen auf medizinische Artikel, bezogen auf den gesamten Bereich der Biomedizin der nationalen medizinischen Bibliothek der Vereinigten Staaten (National Library of Medicine, NLM).

Als bibliografische Referenzdatenbank dokumentiert PubMed medizinische Artikel in Fachzeitschriften und enthält elektronische Verweise auf Volltextzeitschriften. Das Sachgebiet umfasst Medizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin, öffentliches Gesundheitswesen, Psychologie, Biologie, Genetik, Biochemie, Zellbiologie, Biotechnologie, Biomedizin usw. Verzeichnet sind 5633 (Dezember 2016) biomedizinische Zeitschriften.
> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Z Zytostatika
Medikamente, die bei einer Chemotherapie eingesetzt werden. Sie hemmen entweder das Tumorwachstum oder greifen die Tumorzellen direkt an.

IMPRESSUM

Vorschau

Die nächste ONKOVISION erscheint im November 2019

Darmkrebs: Vorsorgen, erkennen, behandeln
Darmkrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen in den westlichen Ländern. Neben den Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, sind es insbesondere genetische Faktoren, die zur Entstehung von Darmkrebs beitragen. Im Unterschied zu vielen anderen Krebserkrankungen gibt es bei Darmkrebs die Chance, die Krankheit durch Vorsorgemaßnahmen zu verhindern oder sie in einem so frühen Stadium zu entdecken, dass sie geheilt werden kann. In der kommenden Onkovision möchten wir Sie aufklären: Über familiäre Vorbelastung, Prophylaxe und Möglichkeiten der Behandlung. Auch das Thema Stoma und den aktuellen Forschungssstand zum Darmmikrobiom werden wir aufgreifen.

Wir freuen uns über Ihre Post

Sie wissen etwas über interessante Seminare oder Informationsveranstaltungen zum Thema Krebs oder haben einen guten Buchtipp? Schreiben Sie uns:

Florian Schmitz Kommunikation, Redaktion ONKOVISION
Wichmannstrasse 4 / Haus 12, 22607 Hamburg
Oder schicken Sie uns eine E-Mail: onkovision@fskom.de

Impressum:

Verlag: Florian Schmitz Kommunikation GmbH
Wichmannstraße 4/Hs. 12, 22607 Hamburg
www.fskom.de
Herausgeber: Florian Schmitz (V.i.S.d.P.)
Redaktion: Tanja Fuchs, Kristina Michaelis
Wissenschaftlicher Berater: Dr. Alexander Schmittel
E-Mail Redaktion: onkovision@fskom.de
Layout + Grafikdesign: Peter Schumacher
Litho/Druck: Druck + Medienkontor
Copyright Titel „Onkovision": Paula Schmitz

MediosApotheke

Mit uns an Ihrer Seite

Seit mehr als zwanzig Jahren sind wir bei der MediosApotheke auf den Schwerpunkt Onkologie spezialisiert.
Wir stellen gemeinsam mit Ihnen wichtige Informationen zu Ihrer individuellen Medikation zusammen und sind ein ergänzender Ansprechpartner vor, während und nach Ihrer Krebstherapie.

Wir beraten Sie gern – montags bis freitags sind wir von **8.30 bis 18 Uhr** für Sie da.

Zu unseren Serviceleistungen gehören:

- Telefonische Beratung
- Lieferservice
- Beratung zur Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen
- Wechselwirkungscheck mit Medikamenten und Nahrungsmitteln
- Aktualisierung von Medikationsplänen in Absprache mit Ihrem Arzt
- Ernährungsberatung – angepasst an Ihre Therapie und Bedürfnisse (BIA-Messung)
- Einführung in Meditation und Achtsamkeit

MediosApotheke an der Charité
FachApotheke Onkologie
Anike Oleski e. Kfr.
Luisenstraße 54/55, 10117 Berlin
T (030) 257 620 582 22, F (030) 257 620 582 21

onkologie@mediospotheke.de, **mediosapotheke.de**

UNSER WEG ZU INNOVATION:
Talent und Technologie

中外製薬
INNOVATION BEYOND IMAGINATION

Für Patienten in der Hämophilie,
Rheumatologie und Onkologie.