

Praxis Journal

Nur für unsere Patienten, nicht zur Weitergabe bestimmt.

Dr. med. Oleg Rubanov · Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Facharzt für Palliativmedizin

Dr. med. Ralf Halle · Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Proktologie und Hepatologie

Lohstr. 4 · 31785 Hameln
Tel. 05151 / 40 66 66 · Fax 05151 / 40 66 670
e-mail: rubanov@onkologie-rubanov.de
www.onkologie-rubanov.de

Sprechstunden

Mo, Di, Do 8 – 18 Uhr, Mi 8 – 12 Uhr, Fr 8 – 15 Uhr

Zusätzliche Praxisangebote

Ernährungsberatung, Psychoonkologische Beratung

Seit Juli 2006 haben wir auch eine Zweigpraxis im Krankenhaus St. Georg, Bombergallee 8, 31812 Bad Pyrmont



Zwei fröhliche
Bauarbeiter

Liebe Patientin, lieber Patient,

natürlich haben Sie schon bemerkt, dass auf unserer Etage größere Umbaumaßnahmen im Gang sind. Und vielleicht hat auch der eine oder die andere von Ihnen schon in Erfahrung gebracht, weshalb diese Bauarbeiten durchgeführt werden:

Zum 1. Januar 2008 findet die schon seit langem geplante Zusammenlegung der gastroenterologischen Praxis Dr. Hill mit unserer Praxisgemeinschaft statt. Hierfür entstehen zwei zusätzliche Arztzimmer, ein neues Labor mit zwei Arbeitsplätzen, ein Studiensekretariat für zwei Mitarbeiterinnen, ein Ultraschall- und ein Endoskopieraum mit jeweils mehr Platz für die Anmeldung und die Aufwachzone, ein neues Personalzimmer und weitere Therapieräume,

die neben Liegestühlen auch mit Betten ausgestattet sein werden. Nach Abschluss der Bauarbeiten bieten wir damit 13 bis 14 Patienten einen ungestörten und komfortablen Aufenthalt in unserer tagesklinischen Einrichtung an.

Die Eröffnung der neuen, größeren Praxisgemeinschaft ermöglicht eine Erweiterung des diagnostischen und therapeutischen Spektrums. Mit unserem Praxisteam, dem nach der Zusammenlegung drei Fachärzte und über 20 kompetente Mitarbeiterinnen angehören werden, können wir Sie dann noch umfassender betreuen. Wir sind gerne für Sie da!

Ihr Praxisteam

Dr. Oleg Rubanov und Dr. Ralf Halle

- Inhalt -

Diagnose S. 2

Biopsie – Lebendes Gewebe betrachten. Besteht der Verdacht, dass Blutzellen sich zu Krebszellen entwickelt haben, muss eine Knochenmarkspröbe untersucht werden

Nachrichten aus der Praxis S.3

Neue Mitarbeiterinnen stellen sich vor

Ernährung S.4

Gesunde Ernährung allein verhindert keine Krebserkrankung

Stichwort S.6

Blut – Ein ganz besonderer Saft. Blutzellen haben nur eine begrenzte Lebensdauer

Nachgefragt S.7

Wie kann ich selbst bestimmen bis zum Schluss? Was geschieht, wenn ich nicht mehr selbst entscheiden kann?

Kurz berichtet S.8

Ruf nach mehr Psychoonkologie – Psychologische Beratung für Brustkrebspatientinnen im Internet
Impressum

Dr. med. Rainer Schnee – neuer Partner in der Praxis Kurbjuhn

Seit 1. April 2007 ist Herr Dr. Rainer Schnee als hausärztlich tätiger Internist in einer Gemeinschaftspraxis mit Frau Dr. Raapke-Kurbjuhn und Herrn Joachim Heinemann niedergelassen.



logie / Onkologie lagen. Von Januar 2006 bis zum Frühjahr 2007 arbeitete Herr Dr. Schnee als Oberarzt in der internistischen Abteilung des Krankenhauses Lindenbrunn in Copenbrügge, wo er die Zusatzqualifikation Geriatrie,

Der gebürtige Hamelner studierte Medizin in Göttingen, wo er auch seine AiP-Zeit in der Universitäts-Kinderklinik absolvierte. Die Facharztausbildung zum Internisten erfolgte anschließend in Bielefeld, wobei die Schwerpunkte in den Bereichen Gastroenterologie, Nephrologie und Hämato-

logie / Onkologie lagen. Von Januar 2006 bis zum Frühjahr 2007 arbeitete Herr Dr. Schnee als Oberarzt in der internistischen Abteilung des Krankenhauses Lindenbrunn in Copenbrügge, wo er die Zusatzqualifikation Geriatrie,

Altersheilkunde, erwarb. Neben seiner 5-köpfigen Familie sind Gartenarbeit und vor allem Sport seine bevorzugten Hobbys. Im weiten Feld der Sportmedizin soll auch ein zukünftiger beruflicher Schwerpunkt liegen.

Lebendes Gewebe betrachten

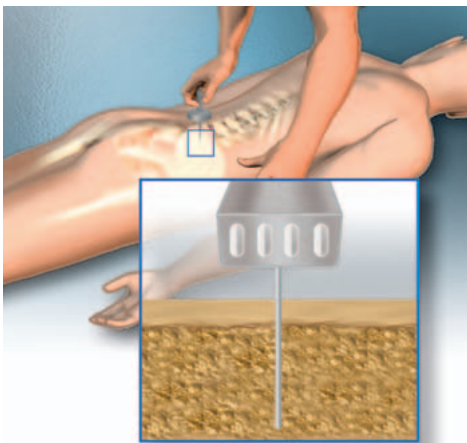
2

Diagnose



Biopsie

Ob ein verdächtiger Gewebeknoten wirklich von Krebs befallen ist oder nicht, lässt sich mit letzter Sicherheit oft nur anhand einer Gewebeprobe feststellen. Sie wird im Rahmen einer Biopsie entnommen. Das Wort stammt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie „lebend betrachten“.



Knochenmark wird vorrangig durch Punktion aus dem Beckenkamm gewonnen

Knochenmarksbiopsie

Immer dann, wenn Blutzellen im Verdacht stehen, sich zu Krebszellen entwickelt zu haben, wie das bei einer Leukämie oder bei einem malignen Lymphom der Fall ist, muss eine Knochenmarksprobe untersucht werden. Denn im Knochenmark entstehen letztlich alle unsere Blutzellen, rote und weiße Blutkörperchen ebenso wie die für die Blutgerinnung wichtigen Blutplättchen. Besonders reich an Mark sind die Enden der langen Röhrenknochen an Oberarm und Oberschenkel sowie das

Brustbein und der Beckenknochen. Die Knochenmarkspunktion wird meist am Beckenknochen, selten am Brustbein durchgeführt, denn der obere Beckenkamm liegt selbst bei korpulenteren Personen fast direkt unter der Haut.

Die Stanze

Zunächst wird dazu eine etwa 2-Euro-Stück große Fläche örtlich betäubt. Anschließend führt der Arzt eine Hohlnadel von etwa zwei Millimeter Durchmesser ein und stanzt eine zylinderförmige Gewebeprobe aus dem Knochenmark; daher auch der Name „Stanzbiopsie“. Diese Stanze wird für verschiedene Untersuchungen an ein spezialisiertes Labor weitergeschickt. Falls der Verdacht auf eine Leukämie besteht, führt der Arzt zusätzlich eine so genannte Knochenmarkspunktion durch. Mit einer dünneren Hohlnadel entnimmt er durch den Stanzenkanal noch einige Milliliter Mark aus dem Knochen. Diese Knochenmarksprobe wird in der Praxis unter dem Mikroskop untersucht. Knochenmarksbiopsie und -punktion dauern zusammen etwa eine Viertelstunde. Manche Patienten bezeichnen die Punktion als schmerzhaft, die meisten beurteilen sie als gut verträglich.

Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit

Bestimmte Krankheiten des Blutes können über die Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit, den Liquor cerebrospinalis, auch auf die Hirnhäute übergreifen. Deshalb ist es manchmal notwendig, auch den Liquor auf verdächtige Zellen hin zu untersuchen.

Der durch das Innere der Wirbelsäule verlaufende Rückenmarkskanal und alle Hohlräume im Gehirn, die so genannten Hirnventrikel, sind mit Liquor gefüllt. Bei der Probenentnahme sitzt der Patient entweder vornüber gebeugt oder liegt in der Seitenlage. Mit einer sehr feinen und langen Hohlnadel sticht der untersuchende Arzt zwischen dem dritten und vierten Lendenwirbel in den Rückenmarkskanal. Bei dieser Prozedur ist in der Regel keine Betäubung erforderlich.

Die Liquorentnahme, genauer: der Flüssigkeitsverlust, wird von den Hirnhäuten registriert – leichte Kopfschmerzen können die Folge sein. Aus diesem Grund ist nach der Liquorentnahme eine zwei- bis dreistündige Bettruhe empfehlenswert.

Lymphknotenbiopsie

Bei Verdacht auf ein malignes Lymphom muss das Gewebe eines dauerhaft geschwollenen Lymphknotens genau untersucht werden. Die Technik der Probenentnahme hängt von der genauen Lage des Lymphknotens ab. Liegt der vergrößerte Lymphknoten oberflächlich, wird er meist bei örtlicher Betäubung als Ganzes herausgeschnitten. Handelt es sich um einen tiefer gelegenen Lymphknoten, wird mit einer Hohlnadel oft nur ein Teil des verdächtigen Gewebes entnommen.

Mikroskopie und mehr

Das Gewebematerial können Fachleute unter dem Mikroskop beurteilen. Sie achten vor allem auf charakteristische Gestaltveränderungen und darauf, ob „verdächtige“ Zellen besonders zahlreich sind oder sich an bestimmten Orten häufen.

Neben der mikroskopischen Untersuchung kommen heute auch so genannte immunhistochemische Methoden zur Anwendung. So kann man zum Beispiel eine Knochenmarksprobe mit im Labor hergestellten Antikörpern mischen. Antikörper sind in der Lage, verdächtige Zellen mit bestimmten Eigenschaften zweifelsfrei zu erkennen. Damit lassen sich Tumorzellen fast immer eindeutig charakterisieren und der behandelnde Arzt kann ein passgenaues Konzept zur Behandlung seines Patienten entwickeln.

Neue Mitarbeiterinnen stellen sich vor

3

Nachrichten aus unserer Praxis

Mein Name ist **Gabriela Schöbel**, ich bin am 4.5.1958 in Göttingen geboren. Meine Kindheit habe ich mit meiner Familie in Eimbeckhausen am Deister verlebt. Ich habe jetzt einen Mann und zwei Kinder (20 und 18), dazu kommen eine Enkelin (2) und der Familienhund.



Als gelernte Krankenschwester arbeite ich nach einem Praktikum in der Praxisgemeinschaft nun als fest angestellte Mitarbeiterin überwiegend im Labor und Infusionsbereich.

In meiner Freizeit unterstütze ich als echter Familienmensch gern meinen Mann und meine Kinder bei ihren ehrenamtlichen Aktivitäten. Und wenn ich mich mal so richtig entspannen will, mache ich mit meinem Enkelkind einen schönen Spaziergang. Ansonsten lebe ich gemäß meinem Motto: „Man muss immer das Beste aus der Situation machen.“

Mein Name ist **Jeanette Leopold**, geboren bin ich 1982 in Herford. Gespielt und gelernt habe ich zunächst in Exter, später in Porta Westfalica. Meine Ausbildung zur Arzthelferin habe ich in einer Privatklinik für Gastroenterologie und Proktologie erhalten. Dazu gehörte neben der Assistenz bei ambulanten Operationen auch die Intensivpflege im Wachkomabereich. Während meiner anschließenden Tätigkeit in einer gastroenterologischen Praxis in Münster absolvierte ich eine Weiterbildung zur Endoskopie-Fachassistentin und Hygieneberaterin.



Zurück in meiner Heimat bewarb ich mich erfolgreich um eine Stelle in der Praxisgemeinschaft Dr. Halle/Dr. Rubanov, wo ich nun das Praxisteam bei der Versorgung und Betreuung der Patienten in der Endoskopieabteilung unterstütze.

Mein Name ist **Cinja Staretzek**. Ich wurde am 7.5.1990 in Hameln geboren und wohne mit meiner Familie und einem verschmudsten Kater in Bakede, einem Ortsteil von Bad Münder.



Nach der Realschule besuchte ich bis zum Frühsommer diesen Jahres die Elisabeth-Selbert-Schule, eine einjährige Berufsfachschule für Sozialpflege. Im August 2007 habe ich meine Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten begonnen. Zur Zeit arbeite ich überwiegend im Labor und an der Anmeldung, werde aber im Rahmen meiner „Lehre“ auch alle anderen Abteilungen unserer Praxis durchlaufen.

In meiner Freizeit gehe ich gerne mit Freunden ins Kino oder tanzen.

Ein kleines Geschenk ...

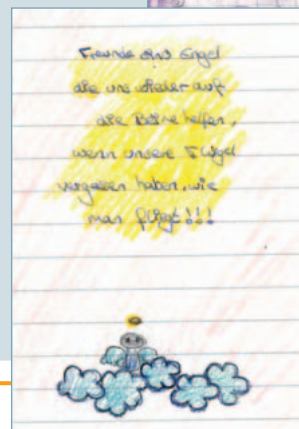
Als einer unserer Patienten, Herr Fritz Christoffer, erfuhr, dass er an Krebs erkrankt war, war nicht nur er geschockt, sondern auch und in besonderem Maße seine Enkeltochter Emily Atkinson. Um ihren über alles geliebten Opa zu unter-



stützen, ihm beizustehen in der schweren Zeit und ihn aufzubauen, hat sie täglich ein paar Zeilen für ihn geschrieben oder etwas gezeichnet. Daraus ist ein kleines Büchlein entstanden, aus dem wir gerne ein paar Seiten hier abbilden.



Ich freue mich so,
dass jetzt alles
überstanden ist!
Es gab hoch und
tief dabei!
Aber jetzt hast
du alles überwunden,
und es geht wieder
sehr hoch!



Wie wirksam ist gesunde Ernährung?



Der Einfluss einer gesunden Ernährung auf die Entstehung von Krebs wird allgemein überschätzt. So lautet, kurz zusammengefasst, das Fazit mehrerer Studien, die vor wenigen Monaten in renommierten medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht worden sind.

Wie kommen solche Untersuchungsergebnisse zustande? Um es gleich vorwegzunehmen: Eine ausgewogene Ernährung gehört zu einem gesunden Lebensstil unbedingt dazu; auch fleischarm und ballaststoffreich sollte sie sein. Mit den Studien lässt sich allerdings nicht nachweisen, dass eine ausgewogene Ernährung allein in der Lage ist, die Entstehung von Krebs zu verhindern.

Wie wirken Obst und Gemüse auf Brustkrebs?

Das gilt ganz konkret offenbar für Brustkrebs. Eine europäische Forschergruppe hat dazu mehr als 280.000 Frauen zwischen 25 und 70 nach ihren Ernährungsgewohnheiten befragt und sie anschließend im Durchschnitt mehr als fünf Jahre lang beobachtet. Es stellte sich heraus, dass Obst und Gemüse im Ernährungsplan keinerlei Auswirkungen auf das Entstehen von Brustkrebs hatten.

Rotes Fleisch und Darmkrebs

Dass ungesundes Ernährungsverhalten das Darmkrebsrisiko fördern kann, haben dagegen Forscher der US-amerikanischen Krebsgesellschaft nachgewiesen. Sie befragten insgesamt knapp 150.000 Erwachsene zwischen 50 und 74 nach ihrem Fleischkonsum und beobachteten bis zu 20 Jahre lang, inwieweit der Genuss von Rind- und Schweinefleisch die Entstehung von Darmkrebs begünstigte. Das Ergebnis: Wer lange Zeit täglich rotes Fleisch zu sich nimmt, erhöht sein Risiko um 50 Prozent, wer täglich mehr als 60 Gramm (Frauen) oder 90 Gramm (Männer) Fleisch isst, er-

höht sein Darmkrebsrisiko um 70 Prozent. Allerdings könnten auch diese Rückschlüsse letztlich übereilt sein; denn streng genommen belegen die Studien nur, dass zwei Merkmale – beispielsweise Krebs und hoher Fleischkonsum – innerhalb einer Gruppe gleichzeitig vorkommen. Dass das eine (hoher Fleischkonsum) die Ursache des anderen (Krebserkrankung) ist, ist damit allerdings nicht bewiesen.

Bringt der Klapperstorch die Kinder?

Dazu ein anderes Beispiel: In den 1960er Jahren sank die Geburtenrate in Deutschland dramatisch. Zeitgleich ging auch die Zahl der Störche hierzulande drastisch zurück. Kaum jemand wird daraus aber schließen, dass der Klapperstorch die Kinder bringt. Vielmehr war die Einführung der hormonellen Verhütungspille für den Geburtenrückgang verantwortlich.

Welche Schlussfolgerung ist also zu ziehen? Jedes Ergebnis einer Ernährungsstudie ist genau so gut wie die bei ihr angewandte Untersuchungsmethode. Bis vor wenigen Jahren waren so genannte Fall-Kontrollstudien in den Ernährungswissenschaften gang und gäbe. Darin werden beispielsweise Krebskranke mit Gesunden verglichen. Die Forscher befragen beide Gruppen nach ihren Lebensgewohnheiten und suchen nach Unterschieden, die das Krankheitsgeschehen erklären könnten. Unter anderem werden die Erkrankten aufgefordert, zu beschreiben, wie sie sich ernährt haben, als sie noch nicht krank gewesen sind.

Eine derartige Rückschau ist schon für Gesunde schwierig, und Krebspatienten – so eine allgemeine Erfahrung – beurteilen ihre Ernährung rückblickend sehr viel schlechter als sie tatsächlich gewesen ist. Damit wird (vermeintlich) schlechte Ernährung in einen ursächlichen Zusammenhang mit

der Krankheitsentstehung gebracht. Im Umkehrschluss gilt dann die gesunde Ernährung als krebsverhindernd.

Prospektive Kohortenstudien

Die Erkenntnis, dass die Entstehung von Krebs nicht allein mit der Ernährung zu verhindern ist, stammt aus den methodisch besseren so genannten prospektiven Kohortenstudien. Zu einem bestimmten Zeitpunkt werden Gruppen (Kohorten) gebildet, deren Mitglieder sich nur im Essverhalten unterscheiden, in Bezug auf Alter, Gewicht und Lebensgewohnheiten aber möglichst gleich sind. Anschließend werden die Gruppenmitglieder über Jahre beobachtet. Die Forscher protokollieren aufgetretene Krankheiten und setzen sie mit der Ernährung in Beziehung.

Wichtig ist, dass Sie Ihr Essen genießen. Laden Sie Freunde ein, machen Sie aus jedem Essen eine kleine Zeremonie, probieren Sie andere Zubereitungsarten und Gewürze aus, entdecken Sie neue Gerichte und Leibspeisen.

Wenn die Gruppen wirklich so eingeteilt sind, dass sie sich ausschließlich in Bezug auf ihre Essgewohnheiten unterscheiden, dann ist die Wahrscheinlichkeit recht groß, dass die aufgetretenen Krankheiten auf die Unterschiede in den Essgewohnheiten zurückzuführen sind. Prospektive Kohorten-

studien sind methodisch zwar besser als Fall-Kontrollstudien, tatsächlich nachzuweisen ist ein ursächlicher Zusammenhang mit ihnen allerdings nicht (wie das Klapperstorch-Beispiel belegt).

Interventionsstudien

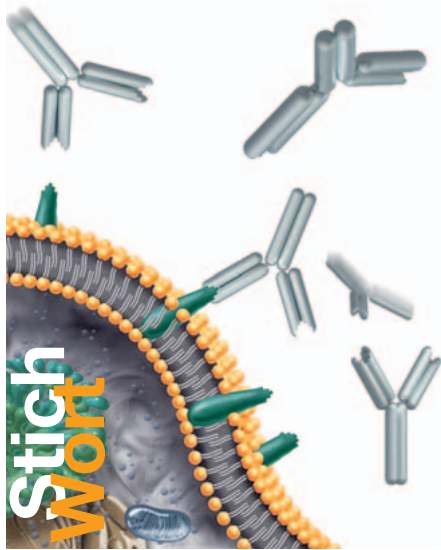
Am liebsten würden Ernährungswissenschaftler ihre Erkenntnisse ausschließlich mit Interventionsstudien gewinnen. In solchen Untersuchungen erhält die eine Studiengruppe bestimmte – möglicherweise vor Krebs schützende – Lebensmittel, die andere Gruppe eben nicht. Prinzipiell auf dieselbe Weise werden neue Arzneimittelkandidaten geprüft. Lebensmittel aber sind sehr viel komplexer zusammengesetzt. Außerdem wird man kaum Menschen finden, die bereit sind, jahrelang auf möglicherweise gesundheitsfördernde Lebensmittel zu verzichten. Interventionsstudien sind in den Ernährungswissenschaften deshalb recht selten.

Gesund und genussvoll essen

Was bedeutet all das ganz praktisch für Krebspatienten? Sie sollten sich nicht verunsichern lassen. Obst und Gemüse sind sehr gesund. Eine gesunde Ernährung allein beugt einer Krebserkrankung zwar nicht vor. Aber Menschen, die einen insgesamt gesunden Lebensstil pflegen – sich ausreichend bewegen, ausgewogen ernähren, regelmäßig für geistige Entspannung sorgen –, tun das Beste für sich und ihre Gesundheit.

Im Übrigen ist gesunde Ernährung mehr als das sklavische Einhalten von diätetischen Vorschriften oder das zwanghafte Studium von Nährwerttabellen. Wichtig ist in erster Linie, dass Sie Ihr Essen genießen. Laden Sie Freunde ein, machen Sie aus jedem Essen eine kleine Zeremonie, probieren Sie andere Zubereitungsarten und Gewürze aus, entdecken Sie neue Gerichte und Leibspeisen.





Schon für Mephistopheles in Goethes Faust war Blut ein „ganz besonderer Saft“. Es versorgt das Gewebe mit Sauerstoff, entsorgt Kohlendioxid und Stoffwechselschlacken und beeinflusst die Körpertemperatur. Hier lesen Sie, wie Blut entsteht.

Blut: Wasser, Eiweiß, Zellen

Blut ist dicker als Wasser: In dieser Volksweisheit steckt mehr Wahrheit als man gemeinhin annimmt. Denn in der unvorstellbar kleinen Menge von einem Millionstel Liter Blut tummeln sich mehrere Millionen Blutzellen. Die meisten haben nur eine begrenzte Lebensdauer. Pro Sekunde müssen etwa zwei Millionen aussortiert und wieder ersetzt werden. Den notwendigen Nachschub liefert das so genannte blutbildende System im Knochenmark: Jede Minute produziert es etwa 160 Millionen rote und mehr als 100 Millionen weiße Blutzellen.

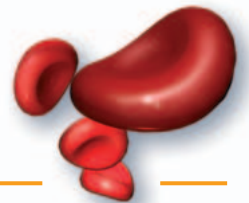
Die roten Blutzellen, auch Erythrozyten genannt, transportieren Sauerstoff von den Lungen zu jeder einzelnen Körperzelle, und die weißen Blutzellen (Leukozyten) benötigen wir für unsere Immunabwehr. Auch die für die Blutstillung und -gerinnung notwendigen Blutplättchen (Thrombozyten) entstehen im Knochenmark, und zwar etwa 30 Millionen pro Minute.

Multitalente im Knochenmark

Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten haben im Knochenmark einen ge-

6

Blut: Ein ganz besonderer Saft



meinsamen zellulären Ursprung. Sie alle entwickeln sich aus den so genannten blutbildenden Stammzellen oder kurz Blutzellstammzellen. Wegen ihrer Vielseitigkeit werden sie auch als pluripotent – alles können – bezeichnet. Stammzellen vermehren sich – wie andere Zellen auch – durch Zellteilung, aber: Die beiden entstehenden Tochterzellen entwickeln sich jeweils in eine andere Richtung. Die eine wird wieder eine pluripotente Stammzelle, die andere beginnt einen mehrere Tage dauernden Reifeprozess, den Fachleute als Differenzierung bezeichnen. Sie verlieren ihre „Alles-Köner-Eigenschaft“ und entwickeln sich zu einer spezialisierten Blutzelle.

Fähren für den Sauerstoff

Die Spezialität roter Blutzellen sieht man dem Blut mit bloßem Auge an: die rote Farbe. Sie stammt von einem Eiweißmolekül, dem Hämoglobin, mit dem jedes rote Blutzellen vollgestopft ist. Es ist in der Lage, Sauerstoff oder Kohlendioxid an sich zu binden und wieder abzugeben. Dank dieser Eigenschaft des Hämoglobins wirkt jedes rote Blutzellen wie eine Fähre, die Sauerstoff von der Lunge in die Gewebe und Kohlendioxid von den Geweben in die Lunge transportiert.

Plättchen bilden Pflöpfen

Die Thrombozyten reifen über das Zwischenstadium der so genannten Knochenmarksriesenzellen (Megakaryozyten). Jede dieser Riesenzellen schnürt etwa 4.000 bis 5.000 flache, kernlose Blutplättchen ab, die anschließend aus dem Knochenmark ins Blut auswandern. Diese Plättchen oder Thrombozyten prüfen ständig, ob die Wände der Blutgefäße intakt sind oder nicht. Sobald eine Gefäßverletzung auftritt, sammeln sie sich am Ort der Verletzung,



bilden einen Pfropf und leiten so die Blutstillung beziehungsweise Blutgerinnung ein.

Spezialisten mit Hilfspersonal

Die komplexeste Entwicklung durchlaufen die weißen Blutzellen, die Leukozyten. Während der Differenzierung reifen zunächst zwei Zelltypen heran: die lymphatischen und die myeloischen Vorläuferzellen.

Aus lymphatischen Vorläuferzellen entwickeln sich die Spezialisten der Immunabwehr: die B- und T-Lymphozyten. Die meisten befinden sich in Lymphknoten, in den Rachenmandeln und in den Schleimhäuten des Magendarmtraktes, immer auf der Suche nach Infektionserregern. Die B-Lymphozyten reifen im Knochenmark (engl. bone marrow) heran und sind für die Produktion von Antikörpern zuständig. Die T-Lymphozyten absolvieren ihren letzten Reifungsschritt in der Thymusdrüse hinter dem Brustbein und steuern die Abwehrreaktion oder können sich auch selbst zu spezialisierten Killerzellen entwickeln.

Aus myeloischen Vorläuferzellen entwickeln sich die sozusagen ausführenden Organe der Immunabwehr, beispielsweise die großen Fresszellen (Makrophagen) und die kleinen (neutrophile Granulozyten). Alles, was die Lymphozyten zur Vernichtung freigegeben haben, verleiben sie sich ein und machen es unschädlich.

Mephisto hatte Recht

Seit Goethes Tagen wissen wir sehr viel mehr über Blut, und wir wissen auch, dass Mephisto Recht hatte; denn Störungen in der Blutbildung bedrohen unsere Gesundheit, beispielsweise in Form von Immunschwächekrankheiten, Leukämien oder Lymphdrüsenkrebs.



Nachgefragt

Patienten sind keine Ärzte. Trotzdem haben sie ein Recht darauf, (mit) zu bestimmen, wie sie behandelt werden. Speziell Krebspatienten haben häufig auch genaue Vorstellungen davon, wie sie sterben wollen. Wie kann man als Patient mitbestimmen bis zum Schluss? Wir haben die wichtigsten Fragen zu diesem Thema gesammelt und beantwortet.

❖ Ich verstehe nicht halb so viel von Krebs wie Sie. Trotzdem möchte ich bei meiner Behandlung mitbestimmen. Inwieweit ist das überhaupt möglich?

Ich schätze es sehr, dass Sie sich aktiv mit Ihrer Behandlung auseinandersetzen. Ich sehe meine Aufgabe darin, Ihnen die therapeutischen Möglichkeiten aufzuzeigen, Sie über mögliche Komplikationen zu unterrichten und Sie an der konkreten Behandlungsentscheidung immer wieder zu beteiligen.

❖ Das klingt so, als wäre die Behandlung nur von meinen Wünschen abhängig. Ich bin davon ausgegangen, dass zu jeder Krankheit Therapiestandards existieren, die einzuhalten sind.

Sie meinen wahrscheinlich die Behandlungs-Leitlinien. Ja, die gibt es natürlich, und damit soll sichergestellt werden, dass die Therapie nach dem höchstmöglichen Qualitätsstandard durchgeführt wird. Aber Leitlinien sind für Ärzte da. Wenn Sie als Patient eine bestimmte Therapie ablehnen oder eine andere bevorzugen, dann habe ich als Arzt das letztlich zu respektieren, egal, was dazu in den Leitlinien steht.

Wie kann ich selbst bestimmen bis zum Schluss? 7

Fragen an Dr. Rubanov

❖ Wenn ich zum Beispiel keine Chemotherapie will, muss ich dann nicht befürchten, dass Sie in gewisser Weise verärgert sind, weil ich Sie in Ihrem ärztlichen Handlungsspielraum einschränke?

Nein, ganz und gar nicht. Ich schätze mündige Patienten; ich weise sie aber auch ausdrücklich auf mögliche Risiken ihrer Entscheidungen hin. Wenn sie dann trotzdem bei ihrer Entscheidung bleiben, respektiere ich das.

❖ Gesetzt den Fall, ich habe mich ursprünglich gegen eine Chemotherapie entschieden und im Behandlungsverlauf stellt sich heraus, dass nur eine solche Therapie mein Leben verlängern könnte: Würden Sie mich dann darauf hinweisen?

Ja, selbstverständlich. Sie müssen überhaupt nicht befürchten, dass ich Ihnen irgendwelche Therapiemöglichkeiten vorenthalte, nur weil Sie sich irgendwann mal dagegen entschieden haben. Meine Aufgabe ist es wie gesagt, Ihnen zu jedem Zeitpunkt der Behandlung immer wieder neu die Chance zu geben, sich für oder gegen etwas zu entscheiden.

❖ Und wenn ich mich nicht mehr in der Lage fühle zu entscheiden, was tun Sie dann?

Dann ist mein ärztliches Selbstverständnis einschließlich der schon genannten Therapie-Leitlinien Grundlage meines Handelns. Außerdem kenne ich meine Patienten ziemlich genau, weiß also in vielen Fällen, welche von mehreren Alternativen sie vermutlich wählen würden. Einige meiner Patienten überlassen ganz bewusst mir alle Therapie-Entscheidungen. Das ist möglich und legitim. Trotzdem versuche ich immer wieder – ganz behutsam – ihre Wünsche herauszufinden.

❖ Was mir wirklich auf der Seele brennt: Wenn ich an meiner Krankheit sterben sollte, dann möchte ich das zu Hause tun und nicht in einer Klinik. Geht das?

Auch in diesem Fall werde ich so weit wie möglich auf Ihre Wünsche eingehen.

❖ Das klingt aber noch ein bisschen allgemein.

Ganz konkret kann ich mich darum kümmern, dass zunächst ein Familiengespräch stattfindet. Daran teilnehmen sollten Sie als Patient, Ihre Angehörigen und ich als behandelnder Arzt.

❖ Was wird dann konkret besprochen?

Jeder sagt das, was er erwartet und leisten kann; die gegenseitigen Erwartungen spielen eine große Rolle. Wenn sich alle einig sind und die räumlichen Voraussetzungen stimmen, geht es nur noch darum, alles so zu organisieren, dass die Beteiligten sich nicht überfordern.

❖ Was meinen Sie damit?

Pflegende Angehörige sollten mindestens einmal, besser zweimal in der Woche voll von der Pflege entlastet werden. Sie als Patient und Ihre Angehörigen sollten sich das Recht zugestehen, offen über die Situation zu reden. Wenn einer sich falsch behandelt oder überfordert fühlt, muss er das deutlich sagen können. Sie können sich jederzeit in eine Klinik einweisen lassen, wenn Sie das wollen. Als Ihr behandelnder Arzt bin ich deshalb zumindest telefonisch für Sie immer erreichbar.

❖ Was ist Ihrer Erfahrung nach das Wichtigste, das man den Angehörigen sagen muss?

Man muss als Arzt behutsam erklären, wie das Sterben abläuft. Denn nur selten trifft man auf Angehörige, die schon mal einen Sterbenden begleitet haben.

Kurz berichtet

Neues aus der Forschung



Ruf nach mehr Psychoonkologie

Etwa jeder dritte Krebspatient leidet an einer psychischen Begleiterkrankung, jeder vierte benötigt eine Therapie. So lautet das Fazit von Professor Reinhold Schwarz und seinen Kollegen von der Uniklinik Leipzig. Bei ihrer Untersuchung an nahezu 700 Krebskranken ergaben sich Angst- oder Belastungsstörungen sowie Depressionen und Suchterkrankungen als häufigste psychische Begleiterkrankungen (*BMBF-Newsletter 33, 2007, 4*). Besonders hoch war das Risiko psychischer Erkrankungen bei jungen Frauen mit Krebs. Psychisch stark belastend waren auch Krebserkrankungen für Eltern mit Kindern unter 18 Jahren: Ihr Risiko für eine Angst- oder Belastungsstörung war fünffach erhöht.

Die psychische Belastung mindere nicht nur die Lebensqualität, so die Forscher, sondern beeinträchtige den Therapieerfolg und verlängere die Liegezeiten in der Klinik. "Die psychoonkologische Mitbehandlung der Patienten muss in die Krebstherapie integriert werden", fordert Schwarz. So könne ein optimaler Therapieverlauf sowohl unter medizinischen als auch ökonomischen Gesichtspunkten gewährleistet werden. Quelle: Ärztezeitung

Psychologische Beratung für Brustkrebspatientinnen im Internet

Das Institut für Medizinische Psychologie an der Universität Tübingen bietet im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie im Internet eine kostenlose Plattform an, die betroffenen Brustkrebspatientinnen die Möglichkeit geben soll, sich anonym per E-Mail psychoonkologisch beraten zu lassen. Das Hilfsangebot richtet sich an Patientinnen, die zusätzlich zu ihrer medizinischen Behandlung eine psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen möchten. Teilnehmen können alle Patientinnen, unabhängig von ihrem Alter, der Krankheitsphase oder der Behandlungssituation.

Betroffene können sich mit einem psychoonkologisch erfahrenen Psychologen austauschen, der bei der allgemeinen Krankheitsbewältigung, aber auch in Stress- und Konfliktsituationen helfen kann. Im Mittelpunkt steht die Vermittlung von Techniken zur Bewältigung von psychischen und physischen Belastungen wie Veränderungen des Körperbildes, Übelkeit, Schmerzen und Stress oder auch der Umgang mit Angehörigen und Kindern. Mehr Informationen und die Möglichkeit zur Anmeldung finden sich auf der Webseite des Projekts unter www.fob.uni-tuebingen.de

Quelle: Pressemitteilung der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Impressum

© 2007, LUKON GmbH

Chefredaktion:
Dr. med. Oleg Rubanov, Dr. med. Ralf Halle

Grafik-Design, Illustration:
Charlotte Schmitz

Druck:
DigitalDruckHilden GmbH

Prognose von Krebspatienten in Europa verbessert

Die Überlebenschancen von Krebspatienten sind seit Anfang der 1990er Jahre in Europa deutlich gestiegen. Im Vergleich zu den USA schneidet Europa allerdings schlechter ab. So beträgt die Fünf-Jahres-Überlebensrate beim Prostata-Krebs in den USA 99 Prozent, in Europa liegt sie dagegen derzeit nur bei 78 Prozent (*Lancet Oncology online*). Auch bei krebserkrankten Frauen sind die Unterschiede deutlich, wenn auch geringer: Hier betragen die Fünf-Jahres-Überlebensraten bezogen auf alle Krebserkrankungen 56 Prozent (Europa) und 63 Prozent (USA). Die Unterschiede zwischen Europa und den USA führten deutsche Forscher früher schon auf eine bessere Beteiligung an Früherkennungsmaßnahmen zurück.

Ein positives Ergebnis für deutsche Krebspatienten ist hervorzuheben: Die Fünf-Jahres-Überlebensraten von 50 Prozent bei Männern und 59 Prozent bei Frauen liegen über dem europäischen Mittel.

Quellen: Deutsche Presseagentur (dpa)/Ärztezeitung

Anzeige



Das **Menschenmögliche** tun.

ribosepharm