



Blasenkrebs

Eine Leitlinie für
Patientinnen und Patienten
(Mai 2017)

Patientenleitlinie

Impressum

Herausgeber

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

Office des Leitlinienprogramms Onkologie

Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin

Telefon: 030 322932929

E-Mail: leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de

Internet: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Autoren

- Prof. Dr. med. Maike de Wit (Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der DKG e. V. (ASORS))
- Gabriele Gruber (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW))
- Prof. Dr. med. Jürgen Gschwend (Koordination und Redaktion der S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“, Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU))
- Dr. med. Philipp Maisch (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom der DKG e. V. (IABC))
- PD Dr. med. Günter Niegisch (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom der DKG e. V. (IABC))
- PD Dr. med. Peter Olbert (Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU))
- Dr. Manfred Petrik (Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. (ShB))
- Prof. Dr. med. Margitta Retz (Koordination und Redaktion der S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom der DKG e. V. (IABC))
- Prof. Dr. med. Herbert Rübber (Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU))
- Joachim Weier (Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. (ShB))

Koordination und Redaktion

- Dr. med. Lydia Bothe und Corinna Schaefer, M.A.
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin

Grafiken

- Holger Vanselow

Finanzierung der Patientenleitlinie

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

Gültigkeitsdauer und Fortschreibung

Die Patientenleitlinie ist bis zur Aktualisierung der S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“ gültig.

Allgemeiner Hinweis

Fremdwörter und Fachbegriffe sind im angehängten Wörterbuch erklärt.

Artikel-Nr. 179 0017

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| 1. Was diese Patientenleitlinie bietet..... | 4 |
| Warum Sie sich auf die Aussagen in dieser Broschüre verlassen können .. | 5 |
| Starke und schwache Empfehlungen – was heißt das? | 5 |
| 2. Auf einen Blick – Blasenkrebs..... | 8 |
| Wie häufig ist Blasenkrebs?..... | 8 |
| Wie wird Blasenkrebs festgestellt?..... | 8 |
| Wie wird Blasenkrebs behandelt? | 9 |
| 3. Die ableitenden Harnwege | 11 |
| Die Nierenbecken | 11 |
| Die Harnleiter..... | 11 |
| Die Harnblase | 12 |
| Die Harnröhre | 12 |
| 4. Krebs der Blase..... | 14 |
| Was ist Krebs überhaupt? | 14 |
| Was genau ist Blasenkrebs? | 14 |
| Wie häufig ist Blasenkrebs?..... | 15 |
| Warum entsteht Blasenkrebs? | 16 |
| 5. Wie wird Blasenkrebs festgestellt?..... | 18 |
| Nachfragen und verstehen..... | 18 |
| Anzeichen für Blasenkrebs | 20 |
| Die ärztliche Befragung (Anamnese) und die körperliche Untersuchung | 22 |
| Untersuchung des Urins (Urinzytologie) | 22 |
| Ultraschalluntersuchung (Sonographie)..... | 23 |
| Blasenspiegelung (Zystoskopie) | 24 |
| Wenn sich der Verdacht auf Blasenkrebs bei der Blasenspiegelung ergibt..... | 25 |
| Weiterführende Untersuchungen: Hat der Krebs bereits gestreut? | 26 |
| Nicht empfohlenes Untersuchungsverfahren: PET..... | 29 |
| Zusammenfassung: Untersuchungen bei Verdacht auf Blasenkrebs | 30 |



| | | | |
|--|------------|---|------------|
| 6. Die Behandlung planen | 31 | 12. Nachsorge – Wie geht es nach der Behandlung weiter? | 110 |
| Abschätzen des Krankheitsverlaufs..... | 32 | Nachsorge bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs..... | 110 |
| Nach der Diagnose Blasenkrebs – wer kann alles helfen? | 36 | Nachsorge bei muskelinvasivem Blasenkrebs | 112 |
| Die Behandlung wählen | 38 | Nachsorge bei metastasiertem Blasenkrebs | 114 |
| Ein Wort zu klinischen Studien..... | 47 | 13. Beratung suchen – Hilfe annehmen | 115 |
| Gibt es ergänzende oder andere Behandlungsmöglichkeiten als die in der Patientenleitlinie empfohlenen?..... | 49 | Psychosoziale Unterstützung | 115 |
| 7. Wie wird nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs behandelt? | 52 | Sozialrechtliche Unterstützung | 117 |
| Die transurethrale Resektion der Blase (TUR-B): das Krebsgewebe entfernen | 52 | Selbsthilfe | 120 |
| Blasenspülung mit Medikamenten: einem Krankheitsrückfall vorbeugen | 55 | 14. Leben mit Blasenkrebs | 121 |
| Andere Behandlungsmöglichkeiten bei Hochrisiko-Blasenkrebs | 60 | Leben mit der Diagnose Krebs..... | 121 |
| 8. Wie wird örtlich begrenzter muskelinvasiver Blasenkrebs behandelt? | 62 | Leben mit bestimmten Krankheits- und Behandlungsfolgen bei Blasenkrebs..... | 123 |
| Die Operation: die Harnblase entfernen | 62 | In Kontakt bleiben: Familie, Freunde und Kollegen | 128 |
| Die künstliche Harnableitung: die Harnblase „ersetzen“ | 67 | 15. Hinweise für Angehörige und Freunde | 131 |
| Die Chemotherapie: das Operationsergebnis unterstützen | 76 | 16. Ihr gutes Recht | 133 |
| Der Blasenerhalt: die Harnblase nicht entfernen | 80 | Ärztliche Zweitmeinung..... | 134 |
| 9. Wie wird metastasierter Blasenkrebs behandelt? | 82 | Datenschutz im Krankenhaus | 135 |
| Die Chemotherapie: die Krankheit aufhalten | 82 | Vorsorge treffen: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung | 136 |
| Behandlung von Metastasen | 87 | 17. Adressen und Anlaufstellen | 138 |
| Entfernen der Harnblase bei Beschwerden | 89 | Selbsthilfe | 138 |
| Unterstützung am Lebensende (Palliativmedizin) | 90 | Beratungsstellen..... | 139 |
| 10. Unterstützende Behandlung (Supportivmedizin) | 94 | Für Familien mit Kindern | 142 |
| Schmerzen behandeln | 94 | Weitere Adressen..... | 143 |
| Erschöpfung (Fatigue) behandeln..... | 96 | 18. Wenn Sie mehr zum Thema lesen möchten | 145 |
| Nebenwirkungen und Therapiefolgen behandeln | 97 | 19. Kleines Wörterbuch | 148 |
| 11. Rehabilitation – der Weg zurück in den Alltag | 100 | 20. Verwendete Literatur | 167 |
| Rehabilitation nach Harnableitung | 100 | 21. Ihre Anregungen zu dieser Patientenleitlinie | 169 |
| Rehabilitation nach Chemotherapie | 105 | | |
| Unterstützung bei seelischen Belastungen in der Rehabilitationsphase | 106 | | |
| Soziale Rehabilitation: Zurück in den Beruf?..... | 108 | | |
| Wie beantrage ich eine Reha?..... | 108 | | |

1. Was diese Patientenleitlinie bietet

Liebe Leserin, lieber Leser!

Vielleicht wurde bei Ihnen Blasenkrebs festgestellt oder es besteht der Verdacht darauf. Dies kann eine schwere Belastung für Sie sein. In dieser Patientenleitlinie finden Sie Informationen, die Ihnen helfen können, Ihre Situation besser einzuschätzen. Sie erfahren, wie Blasenkrebs entsteht, wie er festgestellt und wie er behandelt wird. So können Sie absehen, was in Folge der Krankheit auf Sie zukommen kann und wie Sie dem begegnen können.

Wenn Sie als Angehöriger eines erkrankten Menschen diese Patientenleitlinie lesen, finden Sie spezielle Hinweise ab Seite 131.

Diese Broschüre kann das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt nicht ersetzen. Sie finden hier jedoch zusätzliche Informationen, Hinweise und Hilfsangebote, die Sie im Arztgespräch und im Alltag unterstützen können.

Wir möchten Sie mit dieser Patientenleitlinie ...

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

Warum Sie sich auf die Aussagen in dieser Broschüre verlassen können

Grundlage für diese Patientenleitlinie ist die S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“. Diese Leitlinie enthält Handlungsempfehlungen für verschiedene Berufsgruppen, die an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Blasenkrebs beteiligt sind. Koordiniert und initiiert durch die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) und die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom der DKG e. V. (IABC) und gefördert durch die Deutsche Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie, haben mehrere medizinische Fachgesellschaften und Organisationen diese Leitlinie erstellt. Alle beteiligten Organisationen finden Sie auf Seite 167. Die Empfehlungen sind für Fachleute formuliert und daher nicht für jeden verständlich. In dieser Patientenleitlinie übersetzen wir die Handlungsempfehlungen in eine allgemeinverständliche Sprache. Die wissenschaftlichen Quellen, auf denen die Aussagen dieser Patientenleitlinie beruhen, sind in der S3-Leitlinie aufgeführt und dort nachzulesen.

Die S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“ finden Sie kostenlos im Internet: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html.

Starke und schwache Empfehlungen – was heißt das?

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

gen der Leitlinie wider. Je nach Datenlage und Einschätzung der Leitliniengruppe gibt es unterschiedlich starke Empfehlungen. Das wird auch in der Sprache ausgedrückt:

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

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

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

Was Sie beachten sollten ...

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

- Nehmen Sie sich Zeit: Obwohl wir uns bemüht haben, verständlich zu schreiben, ist das Thema nicht einfach. Falls etwas unklar bleibt, haben Sie die Möglichkeit, Ihre Ärztin oder Ihren Arzt gezielt darauf anzusprechen.
- Nehmen Sie sich das Recht mitzuentcheiden: Nichts sollte über Ihren Kopf hinweg entschieden werden. Nur wenn Sie mit einer Untersuchung oder Behandlung einverstanden sind, darf sie vorgenommen werden.
- Nehmen Sie sich die Freiheit, etwas nicht zu wollen: Mitzuentcheiden heißt nicht, zu allem ja zu sagen. Das gilt auch für Informationen: Obwohl wir davon ausgehen, dass Informationen die Eigenständigkeit von Patientinnen und Patienten stärken, kann Ihnen niemand verwehren, etwas nicht an sich heranzulassen oder nicht wissen zu wollen.

2. Auf einen Blick – Blasenkrebs

Dieses Kapitel fasst wichtige Inhalte der Patientenleitlinie „Blasenkrebs“ zusammen.

Wie häufig ist Blasenkrebs?

Bei Blasenkrebs gehen die bösartigen Veränderungen aus der Schleimhaut der Harnblase hervor.

In Deutschland erkranken nach Schätzungen des Robert Koch-Institutes jedes Jahr fast 30.000 Menschen neu an Blasenkrebs. Davon sind gut 22.000 Männer und etwas mehr als 7.000 Frauen. Männer erkranken im Durchschnitt mit 73 Jahren, Frauen mit 76.

Bei etwa sieben von zehn Betroffenen wird Blasenkrebs festgestellt, der auf die Schleimhaut begrenzt ist (nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs). Bei den übrigen Patienten und Patientinnen ist der Krebs schon weiter fortgeschritten: Er ist in die Muskelschicht eingedrungen (muskelinvasiver Blasenkrebs) und/oder hat sich weiter im Körper ausgebreitet (metastasierter Blasenkrebs).

Behandlung und Krankheitsverlauf unterscheiden sich bei nicht-muskelinvasivem, muskelinvasivem und metastasiertem Blasenkrebs deutlich voneinander.

Wie wird Blasenkrebs festgestellt?

Sichere Anzeichen für Blasenkrebs gibt es nicht. Folgende Hinweise können auf die Erkrankung hindeuten: Blut im Urin und Beschwerden beim Wasserlassen, vergleichbar einer Blasenentzündung.

Es können mehrere Untersuchungen notwendig sein, um festzustellen, ob tatsächlich Blasenkrebs vorliegt und wie weit er sich ausgebreitet hat. Hierzu gehören eine ärztliche Befragung

(Anamnese) und eine körperliche Untersuchung. Ihr Urin wird auf Blut-, Entzündungs- und Krebszellen untersucht. Im Ultraschall begutachtet die Ärztin oder der Arzt die Harnblase und Nieren.

Mithilfe einer Blasenspiegelung (Zystoskopie) schaut sich die Ärztin oder der Arzt die Schleimhaut der Harnblase genauer an. Dabei wird ein dünnes Rohr oder ein dünner Schlauch durch die Harnröhre in die Harnblase geschoben. An der Spitze befindet sich eine kleine Kamera, die Bilder vom Inneren der Harnblase und Harnröhre auf einen Bildschirm überträgt. Werden dabei Veränderungen der Schleimhaut festgestellt, werden diese in Narkose abgetragen und im Labor unter dem Mikroskop untersucht.

Bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs sind gelegentlich weitere Untersuchungen notwendig. Anders bei muskelinvasivem Blasenkrebs: Hier müssen die Ärztinnen und Ärzte prüfen, ob er sich über die Blase hinaus in die Umgebung oder in weiter entfernte Organe ausgebreitet hat. Hierzu setzen sie sogenannte bildgebende Verfahren ein. Das sind Untersuchungen, die Bilder vom Körperinneren erzeugen. Neben der Ultraschalluntersuchung gehören hierzu die Computertomographie (CT), die Magnetresonanztomographie (MRT) und das Röntgen.

Wie wird Blasenkrebs behandelt?

Bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs wächst der Krebs noch oberflächlich. Ziel der Behandlung ist es, Blasenkrebs dauerhaft zu heilen. Üblicherweise wird „nur“ der Krebs entfernt, die Blase bleibt erhalten. Dies geschieht bei einer Art erweiterter Blasenspiegelung. Der Arzt oder die Ärztin führt durch ein Rohr oder einen Schlauch eine Elektroschlinge über die Harnröhre in die Harnblase ein und entfernt den Krebs. Das Behandlungsverfahren nennt sich transurethrale Resektion (TUR). Bestimmter nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs kehrt trotz TUR häufig wieder zurück. Um das Risiko für einen Krankheitsrückfall zu verringern, empfehlen die Ärztinnen und Ärzte in diesen Fällen anschließend eine

Behandlung der Harnblase mit Medikamenten (Chemotherapie oder Immuntherapie). Auch die vollständige Entfernung der Harnblase ist eine Möglichkeit, um nicht-muskelinvasiven Blasenkrebs zu behandeln. Sie soll unter bestimmten Umständen den Betroffenen angeboten werden.

Bei muskelinvasivem Blasenkrebs hat sich der Krebs schon tiefer in die Blasenwand und in die Umgebung ausgebreitet, jedoch noch nicht in weiter entfernte Organe gestreut. Ziel ist es, die Krebserkrankung zu heilen. Die übliche Behandlung ist, die Harnblase vollständig zu entfernen (Zystektomie). Um das Risiko für einen Krankheitsrückfall zu senken, kann die Operation durch eine Chemotherapie ergänzt werden. Die Chemotherapie kann vor oder nach der Operation erfolgen. Die Ärztinnen und Ärzte beraten intensiv mit Ihnen, ob Sie eine Chemotherapie erhalten sollten. Sie berücksichtigen dabei Ihre persönliche Situation. Um die Funktion der Harnblase zu ersetzen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Jede künstliche Harnableitung hat ihre Vor- und Nachteile, und nicht jede ist bei jedem Betroffenen geeignet. Im Arztgespräch können Sie gemeinsam entscheiden, welche für Sie die beste ist. Manchmal ist es möglich, die Harnblase auch bei muskelinvasivem Blasenkrebs zu erhalten. Diesen Patientinnen und Patienten kann eine transurethrale Resektion (TUR) mit gleichzeitiger Chemotherapie und Bestrahlung angeboten werden.

Hat der Krebs gestreut, ist eine Heilung nicht mehr möglich. Ziel ist hier vor allem, das Fortschreiten der Krebserkrankung möglichst lange hinauszuzögern, die Lebensqualität weitestgehend zu erhalten sowie krebsbedingte Beschwerden zu lindern. Meist wird die Harnblase nicht mehr entfernt. Eine Chemotherapie, die im gesamten Körper wirkt, soll das Fortschreiten der Erkrankung aufhalten. Nur wenn der Blasenkrebs Komplikationen bereitet, schmerzt oder blutet, kann eine Entfernung der Harnblase Linderung bringen. Schmerzen und andere Folgen der Erkrankung lassen sich gezielt behandeln.

3. Die ableitenden Harnwege

Die Niere bildet den Urin (Harn). Dieser wird vom Nierenbecken über die Harnleiter in die Harnblase transportiert. Die Harnblase sammelt den Urin und speichert ihn für eine gewisse Zeit. Es wird verhindert, dass Urin unkontrolliert austritt. Ab einer bestimmten Menge tritt Harndrang auf, so dass der Urin aus der Harnblase über die Harnröhre ausgeschieden werden muss.

Nierenbecken, Harnleiter, Harnblase und Harnröhre gehören zusammen zu den ableitenden Harnwegen. Sie sind alle von der gleichen Schleimhaut ausgekleidet: dem sogenannten Übergangsepithel oder Urothel. Dies ist ein mehrschichtiger Verband aus miteinander verbundenen Zellen (Deckzellen), der sehr dehnbar ist.

Die Nierenbecken

Die Nierenbecken gehören zu den Nieren und sammeln den Urin, bevor er über die Harnleiter in die Harnblase transportiert wird. Die Nierenbecken sind von einer kräftigen Muskulatur umgeben, die den Urin aktiv aus dem Nierenbecken in die Harnleiter treibt. Dies ist in jeder Körperlage möglich, also auch im Liegen. So wird verhindert, dass Urin im Nierenbecken zurückbleibt, sich dort staut und zu Infektionen führen kann.

Die Harnleiter

Die Harnleiter verbinden das Nierenbecken im oberen Bauchraum mit der Harnblase im Beckenraum. Sie sind etwa 30 cm lang und betragen im Durchmesser etwa 5 mm. Durch Wellenbewegung befördern sie den Urin aus dem Nierenbecken in die Harnblase.



Die Harnblase

Die entleerte Harnblase liegt beim Erwachsenen im Becken direkt hinter dem Schambein. Je mehr die Harnblase gefüllt ist, desto weiter steigt sie in den Bauchraum auf. Eine prall gefüllte Blase kann bis zum Bauchnabel reichen.

Die Harnblase besteht aus drei Schichten:

- Innen ist sie mit Schleimhaut ausgekleidet.
- Es folgt eine Muskelschicht. Diese ist verantwortlich dafür, dass der Urin ausgeschieden werden kann.
- Außen ist die Harnblase von Bindegewebe umgeben. Es verbindet die Blase mit der Umgebung.

Die Harnröhre

Die Länge, Lage und Funktion der Harnröhre unterscheiden sich bei Frauen und Männern.

Bei Frauen ist sie etwa 5 cm lang. Sie ist umgeben von Muskel- und Bindegewebe und dient nur dem Abfluss des Urins nach außen.

Bei Männern beträgt die Länge etwa 20 bis 40 cm. Die männliche Harnröhre durchzieht die Vorstehdrüse (Prostata), dann die Beckenbodenmuskulatur, den Penis und endet an der Eichel. Im Bereich der Prostata mündet in die Harnröhre der gemeinsame Ausführungsgang von der Bläschendrüse (Samenbläschen) und dem Samenleiter, welcher den Samen (die Spermien) aus den Hoden transportiert. Und es enden dort die vielen kleinen Ausgänge der Prostata. Die männliche Harnröhre transportiert damit neben dem Urin auch die Samenflüssigkeit (Sperma), welche aus Spermien und Flüssigkeiten aus der Bläschendrüse und der Prostata besteht.

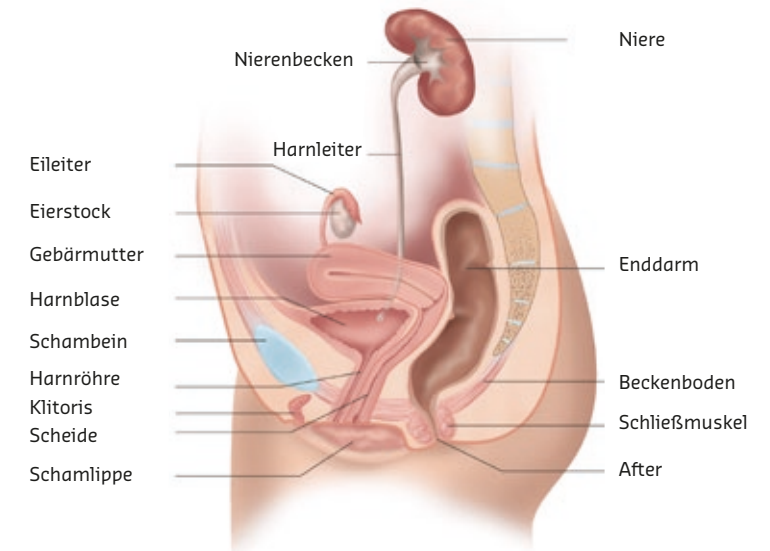


Abbildung 1: Die Lage der Harnblase bei der Frau

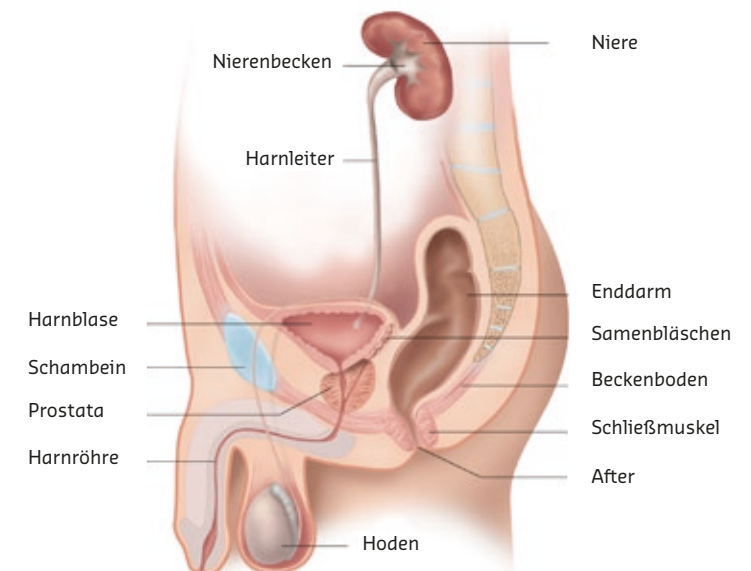


Abbildung 2: Die Lage der Harnblase beim Mann

4. Krebs der Blase

Was ist Krebs überhaupt?

Die Zellen unseres Körpers erneuern sich laufend. Alte Zellen sterben ab und werden durch neue ersetzt. Es ist ein wohlgeordneter Kreislauf, der sich während unseres Lebens ständig wiederholt. Manchmal gerät diese Ordnung jedoch außer Kontrolle. Wenn neue Zellen ungebremst wachsen und alte Zellen nicht mehr absterben, entsteht ein Tumor (eine Geschwulst). Er kann gutartig oder bösartig sein. Ist der Tumor bösartig, spricht man von einer Krebserkrankung.

Für Krebszellen gelten die üblichen Beschränkungen des Zellwachstums nicht mehr. Sie folgen ihrem eigenen Vermehrungsprogramm. Hinzu kommt eine weitere Eigenschaft: Krebszellen können in benachbartes Gewebe eindringen oder über die Lymph- oder Blutbahn durch den Körper wandern. Sie siedeln sich dann als Tochtergeschwulste (Metastasen) in anderen Organen an.

Was genau ist Blasenkrebs?

Blasenkrebs heißt in der Fachsprache Harnblasenkarzinom. Die bösartigen Veränderungen gehen meist von der Schleimhaut der Harnblase aus, dem sogenannten Urothel. Zu dieser Art von Krebs sagen die Fachleute auch Urothelkarzinom. Urothel kommt nicht nur in der Harnblase vor. Die gesamten ableitenden Harnwege, also auch die Harnleiter, die Harnröhre und die Nierenbecken, sind damit ausgekleidet (siehe Seite 11). Daher kann auch an diesen Orten ein Urothelkarzinom auftreten. Das ist nur bei einem von zehn Erkrankten der Fall. Bei etwa neun von zehn der Betroffenen entstehen die bösartigen Veränderungen direkt in der Harnblase.

Blasenkrebs wird bei etwa sieben von zehn Betroffenen festgestellt, wenn er auf die Schleimhaut begrenzt ist (nicht-muskelinvasiver oder oberflächlicher Blasenkrebs). Bei den anderen Pati-

enten und Patientinnen ist der Krebs schon weiter fortgeschritten: Er dringt in die Muskelschicht ein (fortgeschrittener oder muskelinvasiver Blasenkrebs) und/oder hat sich weiter im Körper ausgebreitet (metastasierter Blasenkrebs). Siehe Abbildung 3 Seite 34.

Welche Begriffe werden in der Patientenleitlinie für die unterschiedlichen Krankheitsstadien bei Blasenkrebs genutzt?

Wir verwenden in der Patientenleitlinie die Begriffe nicht-muskelinvasiver, muskelinvasiver und metastasierter Blasenkrebs. Diese Bezeichnungen sind möglicherweise etwas ungewohnt für Sie. Sie beschreiben jedoch am genauesten Ihre Erkrankungssituation, nach der sich Untersuchungen, Behandlung und Krankheitsverlauf richten. Wir haben daher für jedes Krankheitsstadium ein eigenes Kapitel zur Behandlung entworfen. So können Sie gezielt nachlesen, wie Ihr Blasenkrebs behandelt werden kann.

Wie häufig ist Blasenkrebs?

In Deutschland erkranken jedes Jahr knapp 30.000 Menschen neu an Blasenkrebs. Davon sind gut 22.000 Männer und etwas mehr als 7.000 Frauen. Männer sind damit etwa dreimal häufiger betroffen als Frauen.

Blasenkrebs liegt im Mittelfeld bei der Häufigkeit von allen Krebserkrankungen. Zum Vergleich: Im selben Zeitraum erkranken etwa 75.000 Menschen an Darmkrebs.

Die Wahrscheinlichkeit, an Blasenkrebs zu erkranken, nimmt mit dem Alter zu. Männer erkranken im Durchschnitt mit 73 Jahren, Frauen mit 76.

Fünf Jahre nach der Diagnose leben etwa vier bis fünf von zehn Betroffenen noch. Diese statistische Angabe sagt nichts über Ihren

persönlichen Krankheitsverlauf aus. Dieser hängt unter anderem davon ab, wie schnell der Krebs wächst und wie aggressiv er ist.

Warum entsteht Blasenkrebs?

Die genauen Ursachen von Blasenkrebs sind unklar. Eine erbliche Belastung steht hier nicht im Vordergrund.

Risikofaktoren für Blasenkrebs

Es gibt eine Reihe von Einflüssen, die sein Entstehen begünstigen kann. Hierzu gehören:

- zunehmendes Lebensalter;
- männliches Geschlecht;
- Rauchen von Zigaretten;
- bestimmte chemische Stoffe, zum Beispiel aromatische Amine, wasserlösliche Azofarbstoffe;
- bestimmte Arzneimittel, zum Beispiel das Chemotherapie-Medikament Cyclophosphamid und das Schmerzmittel Phenazetin;
- wiederholte Blasenentzündungen;
- Spätfolge einer Strahlentherapie des Beckens, zum Beispiel bei Gebärmutterhalskrebs, mit aus heutiger Sicht veralteter Technik.

Einige Berufsgruppen haben ein erhöhtes Risiko für Blasenkrebs. Dies betrifft beispielsweise Maler und Lackierer sowie Menschen mit beruflichem Kontakt zu bestimmten Stoffen in der chemischen, pharmazeutischen und Gummi-Industrie oder Textil- und Lederverarbeitung. Auch Menschen, die verstärkt mit Verbrennungsprodukten in Kontakt kommen, zum Beispiel Personal in Gaswerken, Großfeuerungsanlagen, im Straßenbau oder Schornsteinfeger, haben ein erhöhtes Blasenkrebs-Risiko. In diesen Fällen kann Blasenkrebs als Berufskrankheit anerkannt werden (siehe Seiten 22 und 120).

Warum gibt es keine gezielten Maßnahmen zur Vorbeugung von Blasenkrebs?

Laut S3-Leitlinie sind Substanzen zu meiden, die Blasenkrebs auslösen können (siehe Kapitel „Risikofaktoren für Blasenkrebs“). Das Rauchen ist Hauptrisikofaktor für Blasenkrebs. Versuchen Sie, mit Rauchen aufzuhören. Lassen Sie sich hierbei von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt unterstützen. Es gibt verschiedene Angebote zum Rauchstopp wie persönliche oder telefonische Beratungen. Eine Anlaufstelle kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sein: www.rauchfrei-info.de und Telefon 0800 8313131. Bei Bedarf kann Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt auch eine verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung oder bestimmte Medikamente anbieten.

Abgesehen davon wird zu einer gesunden Lebensweise geraten. Für alle weiteren Maßnahmen gibt es bislang keine sicheren wissenschaftlich Belege. Auch besondere Diäten oder die Einnahme bestimmter Nahrungsergänzungsmittel wie Antioxidantien, Selen oder Vitaminpräparate schützen nicht vor Blasenkrebs.

Insgesamt wurden Maßnahmen zur Vorbeugung (Prävention) von Blasenkrebs in Studien bislang nur unzureichend untersucht. Die Ergebnisse sind zudem häufig ungenau oder widersprüchlich.

5. Wie wird Blasenkrebs festgestellt?

Eine gründliche Untersuchung (Diagnostik) ist die wichtigste Voraussetzung, damit Ihre Ärztinnen und Ärzte die richtige Diagnose stellen und mit Ihnen gemeinsam die passende Behandlung planen können. Sie braucht Zeit, das heißt, sie kann sich über Tage, manchmal Wochen hinziehen.

Bestimmte Anzeichen können auf Blasenkrebs hindeuten, zum Beispiel Blut im Urin oder Beschwerden beim Wasserlassen. Wenn Sie diese feststellen, gehen Sie zu Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt. Er wird Sie befragen und bei Verdacht auf Blasenkrebs weitere Untersuchungen vornehmen. Hierzu gehören:

- die körperliche Untersuchung;
- die Untersuchung des Urins (Urinzytologie);
- der Ultraschall (Sonographie);
- die Blasenspiegelung (Zystoskopie);
- eventuell Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) oder Röntgen.

Alle Untersuchungsverfahren stellen wir im Folgenden vor.

Nachfragen und verstehen

Wichtig ist, dass Sie die Untersuchungen und deren Ergebnisse verstehen. Trauen Sie sich, Ihre Fragen zu stellen. Haben Sie auch keine Scheu nachzufragen, wenn Ihnen etwas unklar ist. Und lassen Sie sich die Ergebnisse gründlich erklären. Im Kasten „Das gute Gespräch“ finden Sie Tipps, wie Sie das Gespräch in Ihrem Sinne gestalten können.

Das gute Gespräch

- Überlegen Sie sich vor einem Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt in Ruhe, was Sie wissen möchten. Es kann Ihnen helfen, wenn Sie sich Ihre Fragen auf einem Zettel notieren.
- Ebenso hilfreich kann es sein, wenn Sie Angehörige oder eine andere Person Ihres Vertrauens in das Gespräch mitnehmen.
- Respekt und ein freundlicher Umgang sollten für alle Gesprächspartner selbstverständlich sein.
- Sie können während des Gesprächs mitschreiben. Sie können auch Ihre Ärztin oder Ihren Arzt um schriftliche Informationen bitten.
- Teilen Sie Ihrem Gegenüber mit, wenn Sie nervös, angespannt oder völlig kraftlos sind. Jeder versteht das.
- Trauen Sie sich, Ihre Ängste, Vorstellungen oder Hoffnungen offen anzusprechen.
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder Sie weitere Informationen benötigen.
- Bitten Sie darum, dass man Ihnen Fachausdrücke oder andere medizinische Details erklärt, zum Beispiel mit Hilfe von Bildern.
- Denken Sie ruhig auch nach dem Gespräch darüber nach, ob alle Ihre Fragen beantwortet wurden und ob Sie das Gefühl haben, das Wesentliche verstanden zu haben. Trauen Sie sich, noch einmal nachzufragen, falls Ihnen etwas unklar geblieben ist.

Manchmal ist es gar nicht so leicht, im Arztgespräch alles anzusprechen, was man wissen möchte. Im Kasten „Fragen vor einer Untersuchung“ und auch in den nächsten Kapiteln finden Sie einige Anregungen für Fragen, die Sie Ihren Ärztinnen und Ärzten stellen können. Sie können sich auch eine zweite ärztliche Meinung einholen (siehe Seite 134).

Fragen vor einer Untersuchung

- Warum ist die Untersuchung notwendig?
- Welches Ziel hat die Untersuchung?
- Wie zuverlässig ist das Untersuchungsergebnis?
- Kann ich auf die Untersuchung verzichten?
- Wie läuft die Untersuchung ab?
- Welche Risiken bringt sie mit sich?
- Gibt es andere Untersuchungen, die genauso gut sind?
- Sind Komplikationen zu erwarten und wenn ja, welche?
- Muss ich vor der Untersuchung etwas beachten (zum Beispiel nüchtern sein)?
- Wann erhalte ich das Ergebnis?
- Wird die Untersuchung von meiner Krankenkasse bezahlt?

Anzeichen für Blasenkrebs

Es gibt keine Anzeichen, die eindeutig auf Blasenkrebs hinweisen. Blasenkrebs macht zu Beginn meist keine Beschwerden. Folgende Anzeichen können auftreten:

- Blut im Urin – meist ohne dass dabei Schmerzen auftreten;
- Beschwerden beim Wasserlassen, zum Beispiel häufiger Harn- drang mit Ausscheiden von kleinen Harnmengen, erschwerte oder schmerzhafte Blasenentleerung.

Früherkennung von Blasenkrebs – ein schwieriges Thema

Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung sollen einen Tumor oder seine Vorstufen möglichst nachweisen, wenn er noch keine Beschwerden verursacht hat und sich in einem frühen Krankheitsstadium befindet.

Lässt sich Blasenkrebs frühzeitig an Blut- und Urinwerten feststellen?

Marker sind Stoffe im Blut oder Urin, die auf bestimmte Erkrankungen hinweisen können. Bei Krebserkrankungen werden sie auch Tumormarker genannt. Bisher in Studien untersuchte mögliche Tumormarker weisen nicht hinreichend genau genug auf Blasenkrebs hin. Nach Meinung der Experten *kann* deshalb die Bestimmung von Tumormarkern bei Blasenkrebs *nicht* empfohlen werden.

Ist ein Test auf unsichtbares Blut im Urin sinnvoll?

Blut im Urin kann auf Blasenkrebs hindeuten. Nicht immer lässt sich Blut jedoch mit bloßem Auge erkennen. Mit bestimmten Methoden gelingt es, auch winzige Blutspuren beziehungsweise „unsichtbares“ Blut, eine sogenannte Mikrohämaturie, gut nachzuweisen. Nur in seltenen Fällen steckt aber wirklich Blasenkrebs dahinter. Die Untersuchung ist damit zu ungenau. Lediglich bei Menschen, die ein erhöhtes Blasenkrebs-Risiko haben wie starke Raucher, gibt es aus nicht sehr zuverlässigen Studien Hinweise, dass Blasenkrebs früher festgestellt werden kann. Aktuelle Studien, die dies bestätigen sollen, laufen zurzeit noch. Ergebnisse lagen zum Zeitpunkt der Leitlinienerstellung noch nicht vor.

Lassen sich mehrfach geringste Blutspuren (Mikrohämaturie) im Urin nachweisen und liegen keine weiteren Beschwerden vor, *sollte* nach Meinung der Experten eine Untersuchung bei einer Urologin oder einem Urologen erfolgen.

Zusammenfassung

Blut- oder Urinuntersuchungen zur Früherkennung von Blasenkrebs *sollen* nach Expertenmeinung außerhalb von klinischen Studien *nicht* erfolgen. Was eine klinische Studie ist erfahren Sie auf Seite 47.

Warnzeichen bei Blasenkrebs – wann zum Arzt?

Bei diesen Anzeichen sollten Sie aktiv werden: Blut im Urin und Beschwerden beim Wasserlassen. Vergleichbar sind diese mit den Beschwerden bei einer Blasenentzündung. Diese Zeichen können auf Blasenkrebs hindeuten, aber auch andere, harmlose Ursachen haben. Dennoch sollten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aufsuchen, wenn Sie solche Zeichen bei sich erkennen. Sie oder er wird dann gegebenenfalls weitere Untersuchungen veranlassen.

Die ärztliche Befragung (Anamnese) und die körperliche Untersuchung

Bei oben genannten Beschwerden oder Verdacht auf Blasenkrebs wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie ausführlich befragen und körperlich untersuchen. In dem Gespräch geht es zunächst darum, Dauer und Stärke der Beschwerden, mögliche Vorerkrankungen und Lebensgewohnheiten zu erfassen. Wenn Sie Medikamente einnehmen, sollten Sie auf jeden Fall darauf hinweisen.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt *soll* Sie nach Meinung der Experten danach fragen, ob Sie beruflich mit bestimmten Stoffen zu tun hatten (siehe „Warum entsteht Blasenkrebs?“ Seite 16). Meist liegt der Kontakt zu krebsauslösenden Stoffen mehrere Jahrzehnte zurück. Daher sind Angaben zu Ihren Tätigkeiten, die Sie vor allem zu Beginn Ihres Arbeitslebens ausgeübt haben, in diesem Zusammenhang besonders bedeutsam.

Die Anamnese ist sehr wichtig, um die weiteren Untersuchungen und die Behandlung zu planen. Dabei ist die Ärztin oder der Arzt auf Ihre Mithilfe angewiesen: Schildern Sie, was Ihnen wichtig erscheint. Vielleicht hilft es Ihnen, wenn Sie sich vorab informieren und zu Hause wichtige Punkte aufschreiben, die Sie ansprechen wollen (siehe auch Kästen „Das gute Gespräch“ und „Fragen vor einer Untersuchung“).

Nach der Anamnese untersucht Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie körperlich. Meist wird Ihnen auch Blut abgenommen.

Untersuchung des Urins (Urinzytologie)

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird Sie bitten, frischen Urin oder Morgenurin in einem Becher abzugeben. Der Urin wird im Labor auf Blut-, Entzündungs- und Krebszellen untersucht.

Für Blut im Urin gibt es viele Ursachen. Häufig sind zum Beispiel Blasenentzündung, Verletzungen oder bei Frauen Menstruations-

blut. Bei einem von zwölf Männern und bei einer von 27 Frauen steckt Blasenkrebs hinter sichtbarem Blut im Urin.

Lassen sich Krebszellen im Urin nachweisen, dann liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Krebs im Bereich der ableitenden Harnwege vor: Bei 96 bis 99 von 100 Untersuchten findet sich dann auch in der Gewebeprobe Krebs (siehe Seite 25).

Das Untersuchungsergebnis kann auch verfälscht sein:

- Obwohl kein Krebs vorliegt, kann fälschlicherweise die Diagnose Krebs gestellt werden (falsch-positives Ergebnis). Dies ist möglich bei Blasenentzündung oder Harnsteinen. Auch nach einer Blasen-spülung mit Medikamenten bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs kann Krebs fälschlich festgestellt werden, obwohl er erfolgreich behandelt wurde (siehe Seite 55).
- Blasenkrebs kann auch übersehen werden, zum Beispiel wenn die Krebszellen nicht so stark verändert sind und normalen Zellen ähneln (falsch-negatives Ergebnis). Manchmal lässt sich Blasenkrebs nicht nachweisen, weil zu wenige Krebszellen im Urin vorhanden sind.

Ultraschalluntersuchung (Sonographie)

Bei der Ultraschalluntersuchung werden Schallwellen eingesetzt, die oberhalb des vom Menschen wahrnehmbaren Frequenzbereichs liegen. Diese Schallwellen können genutzt werden, um Bilder vom Körperinneren zu erzeugen. Ultraschallwellen sind weder elektromagnetisch noch radioaktiv. Daher kann diese Untersuchung beliebig oft wiederholt werden, ohne den Körper zu belasten oder Nebenwirkungen zu verursachen. Sie ist auch schmerzfrei.

Bei Verdacht auf Blasenkrebs *sollte* nach Meinung der Expertengruppe Ihre Ärztin oder Ihr Arzt eine Ultraschalluntersuchung durchführen, um nach Hindernissen beim Harnabfluss (Harnstau) im Körper zu suchen. Hierfür gibt es neben Blasenkrebs weitere

Ursachen wie zum Beispiel Harnsteine oder Veränderungen der Nieren.

Blasenspiegelung (Zystoskopie)

Wie läuft die Blasenspiegelung ab?

Bei einer Blasenspiegelung (Zystoskopie) wird ein dünnes Rohr oder ein Schlauch (Endoskop, Zystoskop) durch die Harnröhre in die Harnblase vorgeschoben. An der Spitze befindet sich eine kleine Kamera, die Bilder vom Inneren der Harnblase und Harnröhre auf einen Bildschirm überträgt. So können die Ärztin oder der Arzt die Innenwände der Organe beurteilen und nach verdächtigen Stellen absuchen.

Eine Blasenspiegelung dauert meist nur wenige Minuten und erfolgt ambulant, das heißt ohne längeren Aufenthalt im Krankenhaus. Rechtzeitig vor der Blasenspiegelung klärt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über den Untersuchungsablauf auf. Sie oder er wird Sie darauf hinweisen, dass die Untersuchung unangenehm sein kann, nur selten jedoch schmerzhaft ist. Um die Untersuchungsbeschwerden zu mildern, wird die Harnröhre vorab mit einem Gleitgel vorbereitet. Dieses enthält ein schmerzstillendes Medikament. Sprechen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt an, wenn Sie Angst vor der Untersuchung haben. In der Regel reicht die örtliche Betäubung aus, aber Sie können zusätzlich noch ein leichtes Beruhigungsmittel erhalten. In diesem Fall sollten Sie sich danach etwas körperlich erholen, nicht selbst Auto fahren, sondern sich abholen lassen. Beim ärztlichen Gespräch erhalten Sie auch Hinweise, wie Sie sich selbst auf die Untersuchung vorbereiten sollten, zum Beispiel ob Sie nüchtern sein müssen oder nicht.

Das Einführen des Endoskops kann die Harnröhre reizen. Hinterher kann es zu einem unangenehmen Gefühl beim Wasserlassen oder leichten Blutungen aus der Harnröhre kommen – vergleichbar mit den Beschwerden bei einer Blasenentzündung. Selten ent-

wickelt sich eine richtige Entzündung. Informieren Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt darüber, wenn die Beschwerden länger als ein paar Tage andauern.

Wann wird die Blasenspiegelung empfohlen?

Bei Verdacht auf Blasenkrebs *soll* nach Meinung der Experten die Blasenspiegelung standardmäßig mit weißem Licht erfolgen (Weißlicht-Zystoskopie, WLC). Es ist die genaueste Untersuchungsmethode, um Blasenkrebs festzustellen. Trotzdem kann es sein, dass er nicht erkannt wird. Vor allem sehr kleine, flache Blasentumoren (Carcinoma in situ) können in der Weißlicht-Zystoskopie übersehen werden. Daher wird in einigen Fällen auch eine Fluoreszenz-assistierte Zystoskopie (photodynamische Diagnostik, PDD) mit einem speziellen Stoff (Hexylaminolaevulinat, HAL) angeboten, um gerade diese flachen Tumoren besser erkennen zu können.

Wenn sich der Verdacht auf Blasenkrebs bei der Blasenspiegelung ergibt...

Vermutet die Ärztin oder der Arzt bei der Blasenspiegelung, dass es sich um Blasenkrebs handeln könnte, so *soll* nach Meinung der Experten in einer Art erweiterter Blasenspiegelung das veränderte Gewebe vollständig abgetragen werden. Die Blasenspiegelung erfolgt dabei in Narkose. Mit einer Schlinge, durch die Strom fließt, entfernt die Ärztin oder der Arzt die Gewebeveränderungen und auch Blasenmuskulatur. So können die Ärztinnen und Ärzte nach der Untersuchung des Gewebes unter dem Mikroskop sagen, ob der Krebs auf die Schleimhaut begrenzt oder schon in die Muskulatur eingewachsen ist. Der Eingriff nennt sich transurethrale Resektion der Blase (TUR-B). Die Gewebeentnahme und Gewebeerhebung heißen in der Fachsprache Biopsie. Ist Krebs nur in der Blasenschleimhaut erkennbar, so handelt es sich um nicht-muskelinvasiven Blasenkrebs. Im besten Fall ist die transurethrale Resektion nicht nur eine Untersuchungsmethode, sondern zugleich auch die Behandlung. Umfangreiche Informationen zu diesem Verfahren finden Sie ab Seite 52. Findet sich Krebs in der

entnommenen Muskulatur, spricht man von einem muskelinvasiven Blasenkrebs. Hier erfolgen meist umfangreichere Behandlungsmaßnahmen. Mehr hierzu erfahren Sie ab Seite 62.

Und wenn die Ärzte nichts finden?

Findet sich kein Blasenkrebs bei der Blasenspiegelung, *soll* nach Meinung der Experten die Ärztin oder der Arzt nach anderen Ursachen in den Harnwegen für Blut oder Krebszellen im Urin suchen. In Frage kommen beispielsweise Tumoren im Harntrakt oberhalb der Harnblase, Blasenentzündung, gutartige Prostatavergrößerung, Harnsteine oder Nierenerkrankungen.

Weiterführende Untersuchungen: Hat der Krebs bereits gestreut?

Wenn sich der Verdacht auf Blasenkrebs bestätigt, sind manchmal weitere Untersuchungen notwendig, um die Behandlung genau planen zu können. Dazu müssen die Ärztinnen und Ärzte feststellen, ob der Krebs sich über die Harnblase hinaus in die Umgebung oder in weiter entfernte Organe ausgebreitet hat. Hierzu setzen sie bildgebende Verfahren ein. Das sind Untersuchungen, die Bilder vom Körperinneren erzeugen. Neben der bereits erwähnten Ultraschalluntersuchung gehören hierzu das Röntgen, die Computertomographie (CT) oder die Magnetresonanztomographie (MRT).

Wie funktionieren Röntgen, CT und MRT?

Beim Röntgen wird mit Hilfe von Röntgenstrahlen Körpergewebe abgebildet. Dadurch können Ärztinnen und Ärzte zum Beispiel Knochenbrüche oder Veränderungen an Organen oder am Skelett erkennen. Die Untersuchung ist schmerzfrei und mit einer geringen Strahleneinwirkung verbunden.

Bei der CT wird der zu untersuchende Bereich aus verschiedenen Richtungen geröntgt. Ein Computer verarbeitet die Informationen, die hierbei entstehen, und erzeugt ein räumliches Bild vom untersuchten Organ. Die Untersuchung ist mit einer gewissen Strah-

leneinwirkung verbunden. Die klassische „Röhre“ gibt es heute meist nicht mehr: Stattdessen kreist eine von außen nicht sichtbare Röntgenröhre in einem Ring mit einer großen Öffnung um den Untersuchungstisch. Die Patientin oder der Patient fährt durch diesen Ring, und man erhält innerhalb weniger Sekunden Bilder des Körperinneren. Die Untersuchung verursacht keine Schmerzen.

Das Ergebnis der MRT ist vergleichbar mit dem der CT: Es entsteht ein räumliches Bild vom untersuchten Gebiet. Bei der MRT werden jedoch keine Röntgenstrahlen benutzt, sondern starke elektromagnetische Felder. Körpergewebe lässt sich durch die Magnetfelder beeinflussen. Durch An- und Abschalten der Magnetfelder geben verschiedene Gewebe unterschiedlich starke Signale von sich. Ein Computer wandelt diese Signale in Bilder um. Die Schaltung der Magneten verursacht Lärm, die man über Kopfhörer mit Musik oder mit Ohrstöpseln gut dämpfen kann. Wegen des Magnetismus darf man mit Schrittmachern, Insulinpumpen, Nervenstimulatoren oder Metallimplantaten nur nach ausgiebiger Prüfung in die MRT. Bitte teilen Sie vor der Untersuchung mit, wenn dies auf Sie zutrifft. Man liegt in einer Röhre. Die Beengtheit kann als unangenehm empfunden werden. Die Untersuchung ist schmerzlos und dauert etwa 20 bis 30 Minuten.

Bei Untersuchungen der Niere und der ableitenden Harnwege erfolgen Röntgen, CT und MRT mit Kontrastmittel. Dabei wird Ihnen ein bestimmter Stoff in ein Blutgefäß gespritzt. Nach einigen Minuten scheiden die Nieren das Kontrastmittel über Nierenbecken, Harnleiter in die Harnblase aus. Hiervon werden CT-, MRT- oder Röntgenbilder erstellt. Die Ärztinnen und Ärzte können erkennen, ob alles normal ist oder ob beispielsweise ein Tumor vorliegt.

Wann werden CT und MRT empfohlen?

Nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs

Bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs *sollten* Ihnen nach Meinung der Expertengruppe außer der Ultraschalluntersuchung (siehe Seite 23) *keine* weiteren bildgebenden Untersuchungen angeboten werden. Laut Studienlage findet sich außer dem oberflächlichen Blasenkrebs nur selten weiterer Krebs oberhalb der Harnblase.

Nur unter folgenden Voraussetzungen *sollten* laut Expertenmeinung beim nicht-muskelinvasiven Blasenkrebs bildgebende Verfahren eingesetzt werden:

- Der Krebs wächst an einem bestimmten Ort innerhalb der Harnblase, dem sogenannten Trigonum.
- Der Krebs tritt an verschiedenen Stellen in der Harnblase auf.
- Der Blasenkrebs ist besonders aggressiv.

Studien zeigen, dass unter diesen Umständen bei etwa drei bis sieben von 100 Patientinnen und Patienten gleichzeitig weiterer Krebs im oberen Harntrakt vorliegt. Nach diesem sollte gesucht werden. Nach Meinung der Experten *sollte* Ihnen die Ärztin oder der Arzt hierzu eine CT mit Kontrastmittel (CT-Urographie) anbieten. Eine MRT- oder eine Röntgenuntersuchung, ebenfalls jeweils mit Kontrastmittel, *können* Ihnen nach Meinung der Experten als andere Untersuchungsmöglichkeit angeboten werden. Für die CT mit Kontrastmittel liegen die meisten aussagekräftigen Studien vor.

Muskelinvasiver Blasenkrebs

Patientinnen und Patienten mit muskulinvasivem Blasenkrebs *soll* nach Meinung der Experten eine CT des Brustkorbs, des Bauchraums und des Beckens mit Kontrastmittel angeboten werden. Das Becken *kann* nach Expertenmeinung auch mit der MRT untersucht werden. Die Ärztinnen und Ärzte begutachten die Aufnahmen und beurteilen, wie tief der Krebs in die Muskelschicht und eventuell

über die Harnblase hinausgewachsen ist und ob weiterer Krebs oberhalb der Blase vorliegt. Sie schauen, ob Lymphknoten befallen sind und ob der Krebs gestreut hat. Für die CT-Untersuchung lagen auch hier die sichersten Studienergebnisse im Vergleich zur MRT vor. Daher empfehlen die Experten diese Untersuchungsmethode bevorzugt.

Bei Verdacht auf Knochen- und Hirnmetastasen

Bei etwa jedem dritten Erkrankten mit muskulinvasivem Blasenkrebs entwickeln sich im Krankheitsverlauf Knochenmetastasen. Nach Expertenmeinung *soll* aber nur bei Beschwerden wie Knochenschmerzen oder auffälligen Befunden bei der körperlichen Untersuchung eine Skelettszintigraphie angeboten werden. Bei dieser Untersuchung wird nach Gabe einer radioaktiven Substanz, die sich im Knochen einlagert, mit einer Spezialkamera eine Aufnahme des Skeletts gemacht. So lassen sich Veränderungen erkennen, die auf einen Tumor im Knochen hindeuten.

Außerdem *soll* nach Expertenmeinung bei Verdacht auf Hirnmetastasen eine CT des Schädels erfolgen. Hinweise auf Hirnmetastasen können sein: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Lähmungen, Taubheitsgefühl und Krampfanfälle.

Nicht empfohlenes Untersuchungsverfahren: PET

Nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren wie die Positronenemissionstomographie (PET) oder die kombinierte PET/CT *sollen* Ihnen nach Meinung der Expertengruppe *nicht* angeboten werden. Für diese Untersuchungsmethoden konnte die Leitliniengruppe keine aussagekräftigen Studien finden.



Zusammenfassung: Untersuchungen bei Verdacht auf Blasenkrebs

Verdacht auf Blasenkrebs

- Ausführliche ärztliche Befragung (Anamnese);
- Körperliche Untersuchung;
- Bestimmung von Blutwerten;
- Ultraschall der ableitenden Harnwege.

Zur Sicherung des Befundes

- Untersuchung des Urins (Urinzytologie);
- Blasenspiegelung (Zystoskopie);
- Transurethrale Resektion der Blase (TUR-B) mit Entfernung des veränderten Gewebes zur Untersuchung im Labor (Biopsie).

Beurteilen der Ausbreitung

- Bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs ohne Risikofaktoren: keine weiteren Untersuchungen;
- Bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs mit Risikofaktoren: bildgebende Verfahren wie CT, gegebenenfalls MRT oder Röntgen mit Kontrastmittel der Nieren und ableitenden Harnwege;
- Beim muskelinvasivem Blasenkrebs: CT des Brustraums, Bauches und Beckens mit Kontrastmittel, eventuell MRT des Beckens statt CT des Beckens;
- Bei Verdacht auf Knochenmetastasen: Skelettszintigraphie;
- Bei Verdacht auf Hirnmetastasen: CT des Kopfes.

Nicht empfohlene Untersuchungen

- Tumormarker, Urin- und Bluttests zur Früherkennung von Blasenkrebs (zu ungenau);
- PET oder PET/CT zum Beurteilen der Ausbreitung (nur Studien mit schlechter Qualität vorhanden).

6. Die Behandlung planen

Wenn alle Untersuchungsergebnisse vorliegen, kann Ihr Krebs recht genau beschrieben werden. Folgende Fragen können beantwortet werden:

- ob ein Tumor gefunden wurde oder mehrere;
- an welcher Stelle sich der Tumor befindet;
- ob der Tumor auf die Blasenschleimhaut begrenzt oder in die Muskelschicht der Harnblase eingewachsen ist;
- ob er auf die Harnblase beschränkt oder in umliegendes Gewebe eingewachsen ist;
- ob er möglicherweise in Lymphknoten oder andere Organe gestreut hat;
- aus welcher Gewebeart er besteht;
- wie aggressiv er vermutlich ist.

Auch Ihr allgemeiner körperlicher Zustand und Ihre Vorerkrankungen werden berücksichtigt. All diese Angaben sind wichtig, damit Sie gemeinsam mit Ihren Ärztinnen und Ärzten die Behandlung planen können. Das bedeutet: abschätzen, wie Ihre Krankheit verlaufen wird, welche Eingriffe bei Ihnen Vorteile versprechen und welche Maßnahmen unnötig – auch unnötig belastend – sind.

Fragen Sie nach, bis Sie wirklich alle Ergebnisse verstanden haben. Im Kasten „Fragen vor Beginn einer Behandlung“ haben wir für Sie einige Fragen formuliert. Denn davon hängt die wichtigste Entscheidung ab, die Sie nach Beratung mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin treffen müssen: die der passenden und angemessenen Behandlung. In der Regel haben Sie auch genug Zeit, um dies in Ruhe zu entscheiden und beispielsweise auch mit Angehörigen zu besprechen.



Fragen vor Beginn einer Behandlung

- Haben wir alle wichtigen Untersuchungsergebnisse beisammen?
- In welchem Stadium befindet sich meine Erkrankung?
- Kann der Krebs voraussichtlich vollständig entfernt werden?
- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
- Welche Behandlungen kommen für mich in Frage und warum?
- Welche Vor- und Nachteile haben sie?
- Welche Auswirkungen hat die Behandlung auf meinen Alltag?
- Wie viel Zeit habe ich, eine Behandlungsentscheidung zu treffen?
- Wie geht es nach der Behandlung/dem Aufenthalt im Krankenhaus weiter?
- Wo kann ich nach der Behandlung Unterstützung und Hilfe erhalten?
- Wobei können Angehörige und Freunde mich vielleicht unterstützen?

Abschätzen des Krankheitsverlaufs

Um die für Sie passende Behandlung zu finden, muss Ihr Behandlungsteam in etwa abschätzen können, wie die Krankheit bei Ihnen verlaufen wird und welchen Vorteil und welche Risiken Ihnen eine Behandlung möglicherweise bringt. Dazu werden mehrere Einteilungen (Klassifikationen) genutzt. Bei Blasenkrebs sind dies:

- die sogenannte TNM-Klassifikation und
- das „Grading“ (siehe Seite 35).

Die TNM-Klassifikation und das Tumorstadium (Staging)

Das Tumorstadium beschreibt die örtliche Ausbreitung eines Tumors sowie den Befall von Lymphknoten und anderen Organen. Hierzu wird die sogenannte TNM-Klassifikation verwendet:

- **T** beschreibt die Größe und örtliche Ausdehnung des Tumors (Primärtumor);
- **N** beschreibt, ob Lymphknoten befallen sind;
- **M** beschreibt, ob Metastasen in anderen Organen gefunden wurden (Fernmetastasen).

Damit lässt sich Blasenkrebs wie folgt beschreiben:

| T | Beschreibung des Tumors | Einteilung für die Behandlung |
|-----|---|---|
| TX | Der Tumor kann nicht beurteilt werden. | |
| T0 | Kein Tumor nachweisbar. | |
| Ta | Papilläres Karzinom, wächst blumenkohlartig aus der Schleimhaut in die Harnblase. | Nicht-muskelinvasiver oder oberflächlicher Blasenkrebs: Der Krebs ist auf die Schleimhaut oder Submukosa der Harnblase begrenzt. |
| Tis | Carcinoma in situ (CIS), wächst breitflächig in der Schleimhaut. | |
| T1 | Tumor befindet sich in der Schleimhaut, wächst aber bereits in die Bindegewebschicht zwischen Schleimhaut und Muskelwand der Harnblase ein (Submukosa). | |
| T2 | Tumor dringt in die Muskelwand der Harnblase ein. | Muskelinvasiver Blasenkrebs: Der Krebs ist in die Muskelwand der Harnblase eingewachsen oder hat sich auch darüber hinaus ausgebreitet. |
| T3 | Tumor dringt in das die Harnblase umgebene (Fett-) Gewebe ein. | |
| T4a | Tumor breitet sich in eines der folgenden Organe aus: Prostata, Samenbläschen, Gebärmutter, Scheide. | |
| T4b | Tumor dringt in Becken- oder Bauchwand ein. | |
| N | Lymphknotenbefall (lateinisch Nodus = Knoten) | |
| NX | Umliegender Lymphknotenbefall ist nicht beurteilbar. | |
| N0 | Umliegende Lymphknoten sind nicht befallen. | |
| N1 | Ein unmittelbar benachbarter Lymphknoten ist befallen. | |
| N2 | Mehrere unmittelbar benachbarte Lymphknoten sind befallen. | |
| N3 | Weiter entfernte Lymphknoten sind befallen. | |

| M | Metastasen |
|----|--|
| MX | Metastasen können nicht beurteilt werden. |
| M0 | Keine Metastasen in anderen Organen (sogenannte Fernmetastasen). |
| M1 | Fernmetastasen sind vorhanden. |



Abbildung 3: Tumorwachstum in der Wand der Harnblase (T)

Mithilfe der TNM-Klassifikation lässt sich das Tumorstadium ermitteln (Staging). Dabei gilt: Je höher das Tumorstadium, desto ungünstiger ist in der Regel der Krankheitsverlauf (die Prognose).

| Tumorstadium | TNM-Klassifikation |
|--------------|--|
| 0a | Ta N0 M0 |
| 0is | Tis N0 M0 |
| I | T1 N0 M0 |
| II | T2 N0 M0 |
| III | T3 N0 M0 oder T4a N0 M0 |
| IV | T4b N0 M0 oder jedes T N1-3 M0 oder jedes T Jedes N M1 |

Wie zuverlässig ist das Tumorstadium (Staging)?

Wenn das Tumorstadium anhand von Bildbefunden (CT, MRT) bestimmt wird, dann spricht man von der „klinischen“ (c) Tumorkategorie, abgekürzt cT, cN und cM. Wird Blasenkrebs operiert oder beispielsweise eine Gewebeprobe aus einer Metastase entnommen, untersucht eine Ärztin oder ein Arzt im Labor das entfernte Gewebe unter dem Mikroskop noch einmal genau. Dabei wird das mikroskopische Tumorstadium bestimmt. Die so festgestellte Tumorkategorie nennt man auch „pathologisches Tumorstadium“, abgekürzt pT, pN und pM. Es kann vorkommen, dass klinische und pathologische Tumorkategorien voneinander abweichen. Nicht immer lässt sich aus dem Bildbefund genau erkennen, wie stark sich der Tumor ausgebreitet hat.

Es kann trotzdem sein, dass Krebs übersehen wird, zum Beispiel wenn Krebs und Metastasen so klein sind, dass sie auch durch genaue Blasenspiegelung und Bildgebung nicht zu sehen sind. Dann schätzen die Ärztinnen und Ärzte das Tumorstadium geringer ein, als es eigentlich ist.

Grading

Mit Hilfe einer Gewebeuntersuchung nehmen die Fachleute das sogenannte Grading vor: Dabei untersuchen sie, wie sehr sich die Krebszellen von normalen Zellen unterscheiden. Je stärker sie von normalen Zellen abweichen, umso aggressiver wächst der Krebs vermutlich.

Die aktuelle Einteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2016 unterscheidet zwischen Low-Grade- und High-Grade-Blasenkrebs. Bei muskelinvasivem Blasenkrebs soll nach Expertenmeinung zusätzlich in drei Stufen nach alter WHO-Klassifikation von 1973 unterteilt werden: G1, G2, G3. Wenig aggressiv wachsen Low-Grade-Blasenkrebs oder G1-G2-Krebs. Aggressiv wächst High-Grade-Blasenkrebs oder G2-G3-Krebs. Neben den Angaben Low-Grade und High-Grade soll somit auch das Grading von G1 bis G3 hinzugefügt werden, zum Beispiel „High-Grade (G2)“.

Nach der Diagnose Blasenkrebs – wer kann alles helfen?

Wenn die Diagnose sicher feststeht, kommt es darauf an, dass die Erkrankung nach bestimmten Regeln (leitliniengerecht) behandelt wird. Dabei werden auch Ihre Bedürfnisse berücksichtigt.

An der Blasenkrebs-Behandlung sind abhängig von der Diagnose Ärzte und Ärztinnen verschiedener Fachgruppen beteiligt. Meist sind das:

- Hausarzt;
- Urologen;
- Pathologen;
- Radiologen (Röntgenärzte);
- Strahlentherapeuten;
- Onkologen;
- Psychoonkologen;
- Rehabilitationsärzte;
- Palliativmediziner.

Sie werden sowohl ambulant in Arztpraxen als auch stationär im Krankenhaus betreut.

Die Tumorkonferenz

In Krankenhäusern, die auf die Behandlung von Krebs spezialisiert sind, gibt es sogenannte Tumorkonferenzen. Dort kommen regelmäßig Fachärztinnen und Fachärzte aller beteiligten Fachrichtungen zusammen und beraten für jede Patientin und jeden Patienten gemeinsam und ausführlich das weitere Vorgehen. In einer solchen Tumorkonferenz soll das Behandlungsteam das in Ihrem Fall beste Vorgehen besprechen und dabei alle vorliegenden Untersuchungsergebnisse, mögliche weitere Erkrankungen, Ihren körperlichen Zustand und Ihre Wünsche berücksichtigen.

Besprechen Sie mit Ihren Ärztinnen und Ärzten die empfohlene Behandlung ausführlich. Die endgültige Entscheidung, ob Sie einen Behandlungsvorschlag annehmen, liegt bei Ihnen.

Nach der akuten Behandlung können Patientinnen und Patienten mit Blasenkrebs eine Anschlussheilbehandlung (Rehabilitation, „Reha“) erhalten. Während der Rehabilitation unterstützen gezielte Angebote Sie dabei, Ihre körperliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. Seelische und soziale Belastungen werden ebenfalls mit Ihnen besprochen. Mehr dazu im Kapitel „Rehabilitation – der Weg zurück in den Alltag“ ab Seite 100.

Auch wenn Ihre Behandlung zunächst abgeschlossen ist, betreuen Ihre Ärztinnen oder Ärzte Sie weiterhin. Man spricht von einer sogenannten Nachsorge. Hiermit soll rechtzeitig erkannt werden, ob Blasenkrebs wiederkehrt oder fortschreitet. Beim Umgang mit Behandlungsfolgen erhalten Sie Unterstützung. Mehr dazu im Kapitel „Nachsorge – Wie geht es nach der Behandlung weiter?“ ab Seite 110.

Eine Krebserkrankung wirkt sich auch immer auf Ihr gewohntes Lebensumfeld aus. Sie verändert Ihren Alltag und den Ihrer Angehörigen. Neben der medizinischen Versorgung gibt es daher weitere Hilfen zur Bewältigung der Krankheit: Bei Bedarf können Sie sich beispielsweise an Psychologen, Psychotherapeuten oder psychoonkologisch geschulte Experten wenden. Manchmal entstehen durch die Erkrankung auch soziale Notsituationen. Für solche Probleme können Sie sich beispielsweise an den Sozialdienst wenden. Informationen zu psychoonkologischen und sozialrechtlichen Themen bei Krebserkrankung erhalten Sie im Kapitel „Beratung suchen – Hilfe annehmen“ ab Seite 115. Anlaufstellen und Ansprechpartner finden Sie ab Seite 138.

Hilfreich kann auch sein, den Kontakt zu einer Selbsthilfeorganisation und Krebsberatungsstelle bereits nach der Diagnose zu suchen, also noch vor dem Krankenhausaufenthalt. Zu diesem Zeitpunkt drängen sich Betroffenen viele Fragen auf, mit denen sie sich möglicherweise vor der Erkrankung noch nie beschäftigt haben, wie zum Beispiel: Wie gehe ich mit der neuen Lebenssituation um? Was kann ich selbst tun, damit ich mich besser fühle? Wo finde ich eine gute Klinik oder Rehabilitationseinrichtung? Wer hilft mir, wenn es mir einmal ganz schlecht gehen sollte? Im Kapitel „Adressen und Anlaufstellen“ ab Seite 138 haben wir für Sie Ansprechpartner zusammengestellt.

Wichtig ist auch, dass Sie Ihre Rechte kennen und wahrnehmen. Im Jahr 2013 hat die Bundesregierung das Patientenrechtegesetz verabschiedet. Informationen hierzu finden Sie im Kapitel „Ihr gutes Recht“ ab Seite 133.

Die Behandlung wählen

Zur Behandlung von Blasenkrebs stehen unterschiedliche Verfahren zur Verfügung. Welches Behandlungsverfahren für Sie in Frage kommt, hängt vor allem von der Tumorausbreitung in der Harnblase ab: nicht-muskelinvasiv oder muskelinvasiv. Wichtig ist auch, wie aggressiv der Tumor ist: Low-Grade oder High-Grade. Die Behandlung sieht wiederum anders aus, wenn Blasenkrebs bereits gestreut hat. Ebenso werden bei der Wahl der Behandlung Ihre Wünsche berücksichtigt.

Lassen Sie sich von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt ausführlich erklären, welche Behandlungen für Sie möglich sind. Und lassen Sie sich erläutern, was damit erreicht werden kann und wo Nachteile liegen können. Auch der Kontakt mit anderen Betroffenen in einer Selbsthilfegruppe kann Ihre persönliche Entscheidung unterstützen.

Was kann eine Krebsbehandlung erreichen?

Nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs

Bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs (Ta, Tis, T1) ist das Ziel, den Krebs zu heilen. Dazu muss er vollständig entfernt werden. Hierzu setzen die Ärztinnen und Ärzte die sogenannte transurethrale Resektion (TUR) ein. Bei diesem Verfahren wird der Krebs entfernt, die Blase bleibt erhalten. Auch wenn Blasenkrebs vollständig entfernt wurde, tritt er häufig wieder auf (Krankheitsrückfall, Rezidiv). Daher ist ein weiteres Ziel, durch ergänzende Blasenspülungen mit Medikamenten einem Krankheitsrückfall vorzubeugen.

Bei besonders hoher Rückfallneigung empfehlen die Ärztinnen und Ärzte manchmal auch, die Blase zu entfernen. Das bedeutet, dass eine neue Form der Harnableitung geschaffen werden muss. Ausführliche Informationen zur Behandlung von nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs finden Sie ab Seite 52.

Muskelinvasiver Blasenkrebs

Bei muskelinvasivem Blasenkrebs (T2, T3, T4a) ist der Krebs in die Muskelwand der Harnblase oder darüber hinaus in die Umgebung gewachsen. Er hat aber noch keine Fernmetastasen gebildet. Das Ziel ist hier, den Krebs zu heilen, auch wenn häufig nur gelingt, den Krebs langfristig aufzuhalten. Die Maßnahmen, die hier empfohlen werden, sind umfangreicher: Die Blase sowie umliegendes Gewebe und benachbarte Organe werden entfernt. Ergänzend können Sie vor oder nach der Operation eine Chemotherapie erhalten, die im gesamten Körper wirkt und Blasenkrebs zusätzlich bekämpfen soll. Ob bei Ihnen eine Chemotherapie empfohlen werden sollte, besprechen die Ärztinnen und Ärzte ausführlich in einer Tumorkonferenz.

Manchmal ist es möglich, die Harnblase auch bei muskelinvasivem Blasenkrebs zu erhalten. Für diese Patientinnen und Patienten wird eine transurethrale Resektion mit Bestrahlung und Chemotherapie empfohlen. Ausführliche Informationen zur Behandlung von muskelinvasivem Blasenkrebs finden Sie ab Seite 62.

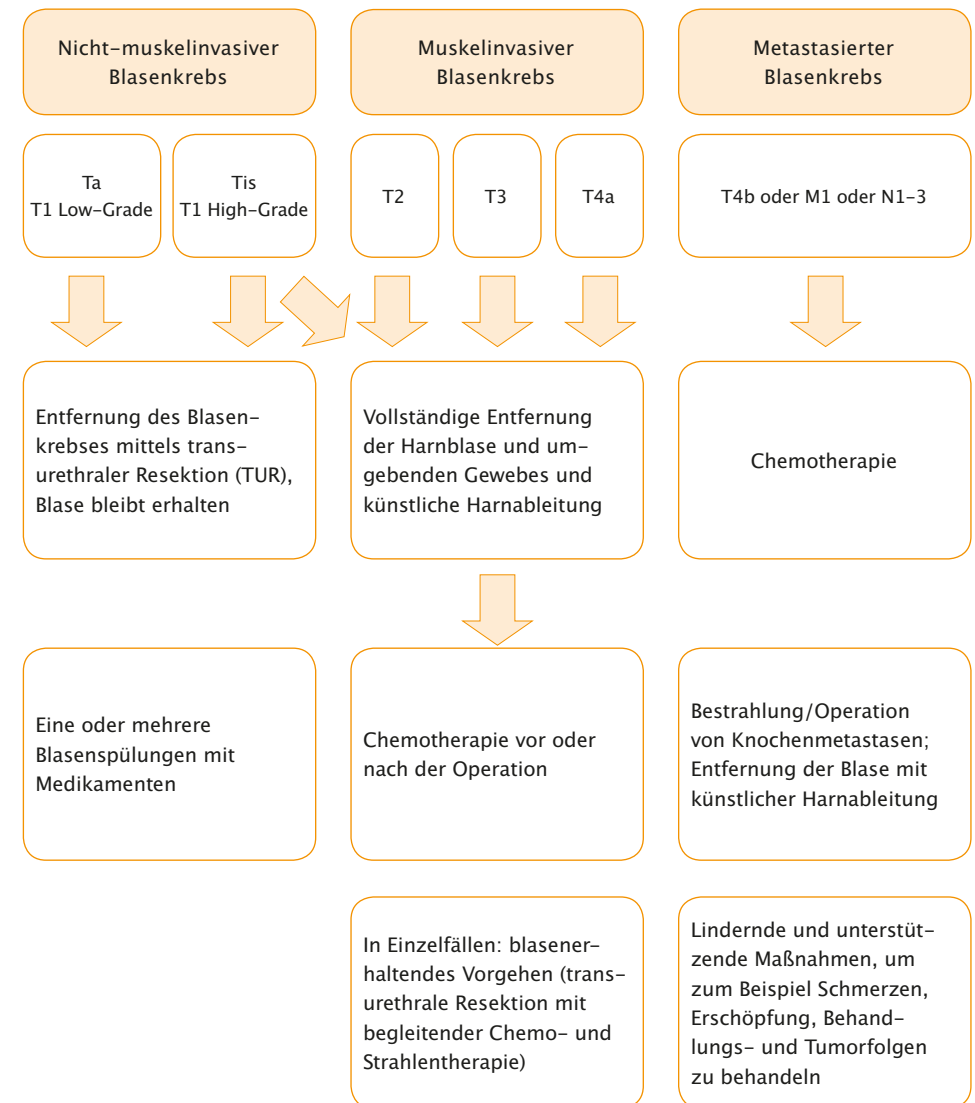


Metastasierter Blasenkrebs

Haben sich die Krebszellen schon weiter im Körper ausgebreitet – entweder bis in die Bauch- und Beckenwand (T4b) oder in weiter entfernte Organe (M1) – ist eine Heilung nicht mehr möglich. Doch auch dann können verschiedene Maßnahmen wie eine Chemotherapie die Krankheit zeitweise aufhalten. Damit lassen sich Beschwerden lindern oder vermeiden. Ebenso kann das Leben verlängert werden. Die Harnblase wird nur entfernt, wenn sie Komplikationen verursacht.

Irgendwann jedoch lässt sich metastasierter Blasenkrebs nicht mehr aufhalten. Er greift andere, lebenswichtige Organe stark an und beeinträchtigt Körperfunktionen. Dann können lindernde und unterstützende Maßnahmen helfen, Schmerzen und Beschwerden zu verringern und die Lebensqualität so gut wie möglich zu erhalten. Ausführliche Informationen zur Behandlung des metastasierten Blasenkrebses finden Sie ab Seite 82.

Wegweiser durch die Behandlung



Sondersituation: Blasenkrebs und Kinderwunsch

Blasenkrebs tritt häufig erst nach dem 70. Lebensjahr auf. Nur selten sind jüngere Menschen davon betroffen. Wenn Sie jung sind, spielt bei der Wahl der Behandlung jedoch auch eine Rolle, ob Sie Kinder haben möchten. Operation, Chemotherapie und Bestrahlung haben einen Einfluss darauf, ob Sie später Kinder bekommen können oder nicht. Sprechen Sie vor Beginn der Krebsbehandlung mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt über den Wunsch nach Erhalt der Fruchtbarkeit und über weitere Auswirkungen auf Ihre Sexualität und Lebensqualität.

Lebensqualität – was ist das?

Der Wert einer Krebsbehandlung bemisst sich nicht nur daran, ob das Leben verlängert werden kann. Wichtig ist auch, ob die Behandlung die Lebensqualität verbessern oder bestmöglich erhalten kann.

Für viele Menschen mit Krebs bedeutet Lebensqualität, ohne größere Beschwerden oder Einschränkungen leben zu können. Für viele gehört auch dazu, den Alltag selbstständig zu meistern, soziale Beziehungen weiter zu pflegen und mit unangenehmen Gefühlen wie Angst und Traurigkeit gut umgehen zu können.

Der Begriff Lebensqualität ist also sehr vielschichtig. Er umfasst unterschiedliche Bereiche des körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Jeder Mensch setzt dabei etwas andere Schwerpunkte, was für sein Leben wichtig ist und was ihn zufrieden macht.

Was Lebensqualität für Sie bedeutet, welche Behandlungsziele für Sie wichtig sind und welche Belastungen Sie durch die Therapie auf sich nehmen wollen, wissen nur Sie allein. Denn das hängt von Ihren persönlichen Bedürfnissen und Ihrer Lebenssituation ab. Deshalb ist es wichtig, dass Sie mit Ihrem Behandlungsteam darüber reden. So kann es Sie zum Beispiel besser zu den verschiedenen Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten beraten.

Welches Verfahren kommt für mich in Frage?

Niemand kann vorhersagen, wie Ihre Erkrankung verlaufen wird. Das heißt auch, niemand weiß, welche Behandlung für Sie die beste ist. Jede Behandlung hat ihre Vor- und Nachteile. Das Behandlungsteam *so//* Sie über die verschiedenen Behandlungen mit Nutzen und Schaden ausführlich aufklären. Wägen Sie mit Ihren Ärzten ab, welche Ziele Ihnen in der Behandlung am wichtigsten sind. Auch ein Gespräch mit Personen, denen Sie vertrauen, kann Ihnen weiterhelfen. Lassen Sie sich dabei nicht in eine Richtung drängen. Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen und der Austausch mit Betroffenen können ebenfalls hilfreich sein.

Unsere Fragensammlung und der Fragebogen können Ihnen als Gesprächsleitfaden dienen, der Sie bei der Behandlungsentscheidung unterstützen kann.

Mögliche Fragen vor einer Operation

- Wie viel Bedenkzeit habe ich?
- Welche Art von Operation ist bei mir möglich?
- Kann der Tumor voraussichtlich vollständig entfernt werden?
- Wie wird die Operation ablaufen?
- Welche Komplikationen können während und nach der Operation eintreten?
- Kann der Schließmuskel am Blasenausgang erhalten bleiben? Habe ich dadurch eventuell Probleme zu erwarten? Und wenn ja, welche?
- Welche Formen gibt es, den Urin nach der Operation abzuleiten? Welche kommen für mich in Frage?
- Kann ich später wieder normal essen und trinken?
- Welche Auswirkungen hat die Operation später auf meinen Alltag?
- Kann ich später wieder arbeiten?
- Kann ich wieder Sport treiben?



- Wie geht es nach der Operation weiter (Dauer des Krankenhausaufenthalts, Rehabilitation, Nachsorge)?
- Wo kann ich nach der Operation Unterstützung und Hilfe erhalten?
- Wer kann mir helfen, wenn ich Probleme mit den Folgen der Operation habe?
- Gibt es andere Behandlungsmöglichkeiten als eine Operation?
- Was passiert, wenn ich mich nicht operieren lasse?

Mögliche Fragen vor einer Strahlen- oder Chemotherapie

- Sollte ich zusätzlich zur Operation weitere Behandlungen wie Chemotherapie oder Bestrahlung erhalten? Welche Vor- und Nachteile hätten diese?
- Wann ist es sinnvoll, eine Chemotherapie durchzuführen: vor oder nach der Operation?
- Wie läuft die Chemotherapie/Strahlentherapie ab? Muss ich dafür ins Krankenhaus? Wie lange?
- Wie oft und wie lange muss ich die Medikamente bekommen?
- Welche Wirkstoffe empfehlen Sie mir? Warum?
- Was machen wir, wenn ich die Behandlung nicht vertrage? Kann man auf andere Medikamente ausweichen?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Wenn Nebenwirkungen auftreten: Welche Mittel kann ich Zuhause selbst anwenden? Wann sollte ich zum Arzt gehen?
- Mit welchen Langzeitfolgen muss ich rechnen?
- Wie wird sich die Behandlung auf meinen Alltag auswirken?
- Was muss ich bei meiner Ernährung beachten?
- Gibt es eine Studie, an der ich teilnehmen könnte?
- Wobei können Angehörige und Freunde mich unterstützen?
- Was passiert, wenn ich keine Strahlentherapie oder Chemotherapie mache?

Gesprächsleitfaden für die Behandlung von Blasenkrebs

1. Ihr Lebensalter: _____ Jahre

2. Wie lautet Ihre genaue Diagnose?

3. Welches Tumorstadium liegt bei Ihnen vor? Nutzen Sie auch die Checkliste.

Checkliste Tumorstadium (TNM-Klassifikation) und Grading

| | Beschreibung | | Angaben | |
|-------------------|--------------|--|---------|---------|
| | | | vor OP | nach OP |
| T: Tumor | TX | Eine Beurteilung ist nicht möglich. | | |
| | Ta | Papillärer Tumor. | | |
| | Tis | Carcinoma in situ (CIS). | | |
| | T1 | Tumor befindet sich in Schleimhaut. | | |
| | T2 | Tumor dringt in die Muskelwand der Harnblase ein. | | |
| | T3 | Tumor dringt in das die Harnblase umgebene Gewebe ein. | | |
| | T4a | Tumor dringt in eines der folgenden Organe ein: Prostata, Samenbläschen, Gebärmutter, Scheide. | | |
| | T4b | Tumor dringt in Becken- oder Bauchwand ein. | | |
| N: Lymphknoten | NX | Eine Beurteilung ist nicht möglich. | | |
| | N0 | Keine Lymphknoten befallen. | | |
| | N1 | Ein unmittelbar benachbarter Lymphknoten ist befallen. | | |
| | N2 | Mehrere unmittelbar benachbarte Lymphknoten sind befallen. | | |
| | N3 | Weiter entfernte Lymphknoten im Beckenbereich sind befallen. | | |
| M: Fernmetastasen | MX | Keine Beurteilung der Fernmetastasen möglich. | | |
| | M0 | Keine Fernmetastasen nachweisbar. | | |
| | M1 | Fernmetastasen nachweisbar. | | |



| | Beschreibung | Angaben | |
|------------|--------------------------------------|---------|---------|
| | | vor OP | nach OP |
| G: Grading | Low-Grade, wenig aggressiv wachsend. | | |
| | High-Grade, aggressiv wachsend. | | |
| | G1 Wenig aggressiv wachsend. | | |
| | G2 Aggressiv wachsend. | | |
| | G3 Sehr aggressiv wachsend. | | |

4. Welche weiteren Erkrankungen haben Sie?

5. Ihre ärztliche Behandlungsempfehlung:

| Behandlung | Nutzen | Risiken |
|------------|--------|---------|
| | | |
| | | |

6. Was ist Ihnen bei der Behandlung besonders wichtig?

- Blasenkrebs vollständig entfernen
- Das Fortschreiten der Erkrankung verzögern
- Blasenkrebs möglichst schonend behandeln
- _____
- Einen Krankheitsrückfall vermeiden
- Die Harnblase erhalten
- Wenig Nebenwirkungen

7. Ihre gemeinsame Behandlungsentscheidung:

Ein Wort zu klinischen Studien

Neben der Behandlung mit bewährten Therapien besteht für Patientinnen und Patienten mit Blasenkrebs auch die Möglichkeit, an klinischen Studien teilzunehmen. Klinische Studien werden durchgeführt, um zu prüfen, wie wirksam, verträglich und sicher eine neue Behandlung ist. Oder um verschiedene Behandlungsmöglichkeiten miteinander zu vergleichen. Denn oft ist nicht klar, welche der verfügbaren Therapien die beste ist. In klinischen Studien werden auch Untersuchungsmethoden miteinander verglichen: zum Beispiel, ob ein Verfahren besser geeignet ist als ein anderes, um Blasenkrebs festzustellen.

Ob es eine geeignete Studie gibt und ob die Teilnahme daran für Sie sinnvoll ist, müssen Sie nach Rücksprache mit Ihrem Behandlungsteam entscheiden. Wenn Sie sich für die Betreuung im Rahmen einer klinischen Studie entschließen, bedeutet das auch, dass Sie sich stärker an Ihrer Behandlung beteiligen müssen, zum Beispiel indem Sie zusätzliche Untersuchungstermine wahrnehmen. Sie haben aber auch Zugang zu neuen Behandlungsverfahren und helfen beim Entwickeln wirksamer Therapien mit.

Bei einer Behandlung im Rahmen einer klinischen Studie können unter Umständen Nebenwirkungen auftreten, die noch nicht bekannt sind. Auch kann es sein, dass die neue Behandlung weniger wirksam ist als die bewährte. Lassen Sie sich deshalb genau aufklären. Fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wenn Sie mehr über Studien wissen möchten, die in Ihrem Fall geeignet wären.

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

Noch etwas sollten Sie vor einer Studienteilnahme beachten: Es kommt häufig vor, dass Studienergebnisse nicht veröffentlicht werden. Zum Beispiel, weil sich ein Medikament als nicht wirksam



erwiesen hat. Untersuchungen belegen, dass etwa die Hälfte aller Studien wegen unliebsamer Ergebnisse nicht veröffentlicht wird. Dadurch enthalten die Forscher Ärzten und Patienten wichtiges Wissen vor, denn die Wirkung von Behandlungen lässt sich so nicht richtig einschätzen. Wenn eine Studie bereits vor ihrem Start in ein öffentliches Studienregister eingetragen wird, kann man später besser überprüfen, ob sie auch veröffentlicht wurde. Ein solches zentrales Studienregister gibt es in Deutschland www.germanctr.de. Ein internationales Studienregister ist <https://clinicaltrials.gov>. Bevor Sie sich zur Teilnahme an einer Studie entschließen, lassen Sie sich zeigen, dass die Studie in einem solchen Register geführt wird. Und lassen Sie sich schriftlich geben, dass die Ergebnisse veröffentlicht werden.

Es ist ein Hinweis auf die Qualität der Studie

- wenn eine umfassende Patientenaufklärung erfolgt;
- wenn die Studie durch die Ethikkommission geprüft wurde;
- wenn mehrere Einrichtungen an der Studie beteiligt sind (multizentrisch);
- wenn es ein ausführliches, öffentlich einsehbares Studienprotokoll gibt, in dem die Ziele und Annahmen der Studie genau formuliert und begründet sind;
- wenn die Behandlungsergebnisse, die untersucht werden, angemessen und für Patientinnen und Patienten bedeutsam sind. Studien sollten vor allem prüfen, ob sich die Behandlung positiv auf das Überleben und die Lebensqualität auswirkt.

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

Gibt es ergänzende oder andere Behandlungsmöglichkeiten als die in der Patientenleitlinie empfohlenen?

Die Empfehlungen einer Patienten- und ärztlichen Leitlinie entwickeln Fachleute und Betroffene auf Grundlage von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Wirksamkeit empfohlener Maßnahmen ist in klinischen Studien mit Patientinnen und Patienten nachgewiesen. Der Nutzen einer Behandlung wird genauso dokumentiert wie ihr Schaden oder ihre Risiken. Aber die Forschung geht weiter. Immer wieder werden neue Behandlungen getestet. Wenn sie sich nach kritischer Bewertung aller vorhandenen Daten als wirksam erwiesen haben, nehmen die Experten die neuen Erkenntnisse in die Leitlinie auf. Dann wird auch diese Patientenleitlinie umgehend aktualisiert.

Häufig überlegen Patientinnen und Patienten, ob sie zusätzlich zu den üblichen und von Ärztinnen und Ärzten empfohlenen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren etwas tun können. Zum Beispiel, ob Naturheilkunde, Nahrungsergänzungsmittel oder Homöopathie sinnvolle Ergänzungen wären. Gleichbedeutend werden häufig folgende Begriffe verwendet: „pflanzliche“, „sanfte“, „natürliche“ oder „alternative“ Medizin. Eine einheitliche Definition für diese Verfahren gibt es nicht. Gemein ist allen „Alternativen“ jedoch, dass diese häufig nicht oder nicht ausreichend in hochwertigen Studien geprüft wurden: Ein Wirksamkeitsnachweis fehlt. Gefährlich wird es dann, wenn alternative Verfahren die übliche Behandlung stören oder ihr sogar schaden. Oder wenn sie anstelle der empfohlenen Methoden eingesetzt werden.

Grundsätzlich ist wichtig, dass Sie alle Verfahren, die Sie selbst oder auf Anraten anwenden oder anwenden möchten, mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen – auch auf die „Gefahr“ hin, dass sie oder er davon abrät. Denken Sie ebenfalls an nicht verordnete Mittel, die Sie einnehmen und die Sie ohne Rezept in der Apotheke oder Drogerie erhalten. Auch diese können Nebenwirkungen haben. Verschiedene Wirkstoffe, auch Lebensmittel,

können sich gegenseitig beeinflussen, die Wirkung von Medikamenten kann abgeschwächt oder gesteigert sein.

Vor allem: Verzichten Sie nicht auf die in Ihrer Situation nachgewiesenen wirksamen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Wenn Sie Zweifel am Nutzen einer Maßnahme haben, sprechen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt direkt an. Nur gemeinsam können sie eine Behandlung erfolgreich durchführen. Wichtig ist, Sie vor unseriösen Heilangeboten zu schützen und Nebenwirkungen durch alternative Methoden zu vermeiden.

Was ist komplementäre Krebsmedizin?

„Complementum“ ist lateinisch und bedeutet „Ergänzung“. Komplementäre Behandlungsverfahren entstammen zum Beispiel der Naturheilkunde oder der traditionellen chinesischen Medizin. Sie können unter bestimmten Voraussetzungen ergänzend zur üblichen medizinischen Behandlung eingesetzt werden.

Komplementärmedizinische Verfahren geben manchen Patientinnen und Patienten das gute Gefühl, dass sie selbst eine aktive Rolle spielen und so zum Heilungserfolg beitragen können. Das kann sich positiv auf die Lebensqualität und das Einhalten der Behandlungsvorgaben auswirken. Ein Beispiel hierfür ist die Meditation. Auch Entspannungsverfahren und Wirkstoffe gehören dazu. Diese Verfahren können das seelische Wohlbefinden fördern, Stress reduzieren und die Lebensqualität verbessern.

Was ist alternative Krebsmedizin?

Es gibt auch sogenannte alternative Methoden, die anstelle von wissenschaftlich geprüften und im Nutzen belegten Methoden und Arzneimitteln angeboten werden. Meist gehen diese Angebote mit Heilversprechen einher, die nicht wissenschaftlich belegt sind. Wegen des nicht erwiesenen Nutzens und teilweise erheblicher Risiken raten die Experten von allen Behandlungen ab, die anstelle der geprüften, leitliniengerechten Verfahren angeboten werden. Seien Sie vorsichtig, wenn Ihnen jemand Heilung verspricht oder

Wirkung ohne Nebenwirkung, wenn er von einer geprüften und in dieser Leitlinie empfohlenen Methode aktiv abrät oder viel Geld von Ihnen verlangt. Krankenkassen übernehmen solche Kosten nicht.

Hinweise, woran Sie unseriöse Angebote erkennen können:

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

Zum Weiterlesen: Alternative Methoden – was ist das?

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

7. Wie wird nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs behandelt?

Der nicht-muskelinvasive Blasenkrebs wächst oberflächlich. Üblicherweise wird „nur“ der Krebs entfernt, die Blase bleibt erhalten. Das Behandlungsverfahren nennt sich „transurethrale Resektion“ (TUR).

Die Wahrscheinlichkeit, dass nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs zurückkehrt, ist im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen im Frühstadium deutlich höher. Um das Risiko für einen Krankheitsrückfall zu verringern, empfehlen die Ärztinnen und Ärzte anschließend meist eine Blasenspülung mit Medikamenten.

Wenn der Krebs besonders aggressiv ist, raten die Experten manchmal, die Harnblase zu entfernen.

Alle Behandlungsmöglichkeiten werden im Folgenden mit Nutzen und Risiken vorgestellt.

Die transurethrale Resektion der Blase (TUR-B): das Krebsgewebe entfernen

Die transurethrale Resektion entfernt das Krebsgewebe in der Harnblase. Die Harnblase bleibt erhalten. Dies ist das Standardverfahren zur Behandlung von nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs.

Wie läuft die transurethrale Resektion ab?

Die transurethrale Resektion des Blasentumors (auch TUR-B) läuft ab wie die Blasenspiegelung (siehe Seite 24), erfolgt jedoch in Narkose und dauert etwa 20 bis 60 Minuten. Der Eingriff ist mit einem ein- bis mehrtägigen Krankenhausaufenthalt verbunden.

Über ein Endoskop führt der Arzt oder die Ärztin eine Elektroschlinge durch die Harnröhre in die Harnblase ein und entfernt das veränderte Gewebe. Zusätzlich *sollte* die Ärztin oder der Arzt auch Muskelgewebe der Harnblase entnehmen. Im Labor untersucht eine Ärztin oder ein Arzt das Gewebe unter dem Mikroskop. Die Fachleute begutachten, ob es sich um Krebs handelt, ob er auf die Blasenschleimhaut begrenzt oder doch in das Muskelgewebe eingewachsen ist.

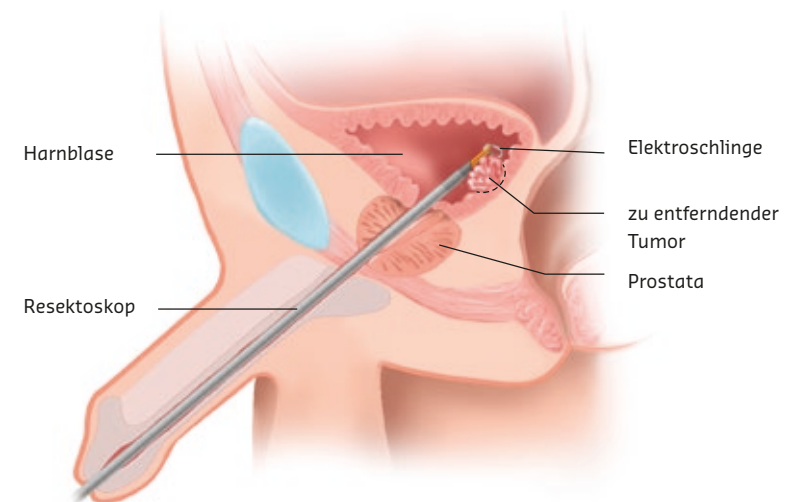


Abbildung 4: Die transurethrale Resektion der Blase (TUR-B)

Die TUR mit weißem Licht ist das übliche Vorgehen (siehe auch Seite 25). Eine Fluoreszenz-assistierte TUR mit einem speziellen Stoff (Hexylaminolaevulinat; HAL) *sollte* nach Meinung der Experten ergänzend durchgeführt werden:

- wenn Krebs an mehreren Stellen in der Blase auftritt (multifokal);
- wenn der Blasenkrebs aggressiv wächst (High-Grade-Blasenkrebs);
- bei Verdacht auf Carcinoma in situ (Tis).

Mithilfe der Fluoreszenz-assistierten TUR lassen sich diese drei Krebsarten besser entdecken als mit Weißlicht. Aussagekräftige Studien zeigen jedoch nicht, dass mehr Blasenkrebs-Betroffene durch dieses Vorgehen überleben als mit der Weißlicht-TUR. Widersprüchliche Studiendaten gibt es dazu, ob der Krebs seltener oder später zurückkehrt. Einige Studien zeigen hier positive Ergebnisse, andere keine oder negative.

Brauche ich eine zweite TUR?

Nicht immer ist eine einzige transurethrale Resektion ausreichend. Aussagekräftige Studien zeigen, dass bei einer zweiten TUR bei etwa 20 bis 75 von 100 Betroffenen noch Restkrebs gefunden wurde. In folgenden Situationen *sollen* die Ärztinnen und Ärzte Ihnen daher eine weitere TUR anbieten:

- bei T1-Blasenkrebs oder
- bei aggressiv wachsendem Blasenkrebs (Ta High-Grade-Form) oder
- wenn bei der ersten TUR zwar Tumorgewebe, aber kein Muskelgewebe entfernt wurde.

In einer gut durchgeführten Studie zeigte sich, dass diese Patientinnen und Patienten länger überlebten, wenn sie eine zweite TUR erhalten hatten. Die Ärztinnen und Ärzte können nach einer weiteren TUR besser einschätzen, wie weit sich der Krebs ausgebreitet hat und wie aggressiv er vermutlich wächst. Das Behandlungsteam kann Ihnen dann gegebenenfalls eine besser passende Behandlung anbieten.

Die zweite TUR *sollte* nach Expertenmeinung innerhalb von sechs Wochen nach der ersten TUR erfolgen. Nach Meinung der Experten *soll* sie im Gebiet der ersten TUR sowie an allen weiteren sichtbaren verdächtigen Orten in der Blase erfolgen. In den meisten Studien wurde die Folge-TUR innerhalb von zwei bis sechs Wochen durchgeführt. Ist der Zeitabstand kürzer, ist die Heilung der Blase noch nicht abgeschlossen. Das Blasengewebe erscheint

möglicherweise noch verändert. So kann fälschlicherweise Gewebe abgetragen werden, obwohl dort kein Krebs vorliegt. Außerdem ist heilendes Gewebe empfindlicher. Bei erneuter Gewebeentfernung besteht dann die Gefahr, dass die Blasenwand stärker verletzt oder sogar durchstoßen wird.

Für Betroffene mit wenig aggressivem papillärem Karzinom (Ta Low-Grade) ist laut Leitlinie kein Nutzen für eine weitere TUR erwiesen.

Eine weitere Ausnahme ist das Carcinoma in situ (Tis). Diese Blasenkrebsform hat ein hohes Rückfallrisiko, wächst schneller, und die Betroffenen sterben häufiger an ihr. Durch eine alleinige TUR kann dieser Blasenkrebs nicht geheilt werden. Für die Betroffenen empfiehlt die Leitlinie daher keine weitere TUR, sondern entweder eine örtliche Immuntherapie in die Harnblase (siehe Seite 59) oder die vollständige Entfernung der Blase (siehe Seite 60).

Wie sicher ist die TUR?

Eine TUR ist ein operativer Eingriff. Sie birgt damit Risiken wie jede andere Operation auch. Allgemein kann es zu Beeinträchtigungen durch die Narkose kommen, und es besteht auch die Möglichkeit einer Infektion, insbesondere der Harnblase. Zu den speziell durch die TUR ausgelösten Folgen gehören Blasenreizungen, Blut im Urin oder Schwierigkeiten, den Harn zu halten. Diese Beschwerden können für ein paar Tage nach der TUR andauern. Stärkere Verletzungen, beispielsweise der Harnröhre oder der Blasenwand oder größere Blutungen, treten bei nicht mehr als fünf von 100 Operierten auf. In Narkose wird dann eine Blutstillung vorgenommen.

Blasenspülung mit Medikamenten: einem Krankheitsrückfall vorbeugen

Auch wenn der Krebs scheinbar vollständig entfernt worden ist, kann er zurückkehren. Im Vergleich zu anderen Krebsarten passiert das bei Blasenkrebs häufiger. Um einem Krankheitsrückfall

vorzubeugen, empfehlen die Ärztinnen und Ärzte ergänzend eine örtliche Behandlung der Harnblase. Hierunter versteht man das Einspülen von Medikamenten über ein dünnes Röhrchen (Katheter) in die Blase, sogenannte Instillation. Der Katheter wird nach der Instillation wieder entfernt. Die Patientin oder der Patient behält die Lösung für zwei Stunden in seiner Blase. Anschließend entleert die Patientin oder der Patient selbständig sitzend den Blaseninhalt auf der Toilette.

Welche Medikamente können eingesetzt werden?

Es gibt verschiedene Medikamente, die wirksam gegen Blasenkrebs sind.

Zum einen sind dies Arzneimittel, die bei der Chemotherapie eingesetzt werden. Sie wirken auf sich schnell teilende Zellen wie die Krebszellen und verhindern ihre Zellteilung (siehe Seite 77). Zur Blasenspülung werden vor allem genutzt: Mitomycin C, Epirubicin und Doxorubicin.

Zum anderen ist bei Blasenkrebs eine Immuntherapie wirksam. Dabei kommt das Bacillus Calmette Guérin (BCG) zum Einsatz. Es soll das körpereigene Abwehrsystem (Immunsystem) anregen, die Blasenkrebszellen zu zerstören. Das Bakterium wurde als Impfstoff gegen Tuberkulose entwickelt. Es wird bei oberflächlichem Blasenkrebs in abgeschwächter Form eingesetzt.

Wie können die Medikamente eingesetzt werden?

Die medikamentöse Blasenspülung können Sie zu verschiedenen Zeitpunkten erhalten:

- innerhalb von 24 Stunden nach der Operation mit Chemotherapie-Wirkstoffen, als sogenannte Frühinstillation;
- mehrere Wochen nach der Operation als sogenannte adjuvante Instillationsbehandlung. Dabei erhalten Sie über einen Zeitraum von ein bis drei Jahren wiederholt Blasenspülungen. Das Behandlungsteam kann Ihnen entweder BCG oder Chemotherapie-Medi-

kamente in Abhängigkeit von Ihrer individuellen Erkrankungssituation anbieten.

Welches Medikament und welcher Behandlungsablauf für Sie geeignet sind, bespricht Ihre Ärztin oder Ihr Arzt mit Ihnen. Dabei berücksichtigt sie oder er unter anderem, wie hoch Ihr Risiko für einen Krankheitsrückfall ist.

Welches Risiko für einen Krankheitsrückfall oder das Fortschreiten der Krebserkrankung habe ich?

Blasenkrebs kann ein unterschiedliches Rückfallrisiko haben:

- niedriges (Low-Risk),
- mittleres (Intermediate-Risk)
- und hohes (High-Risk).

Welchem Rückfallrisiko Ihr Krebs zugerechnet wird, richtet sich beispielsweise danach:

- ob ein Tumor vorliegt oder mehrere;
- wie aggressiv der Tumor vermutlich wächst;
- ob ein Carcinoma in situ vorlag;
- und wie groß die Ausdehnung des Tumors war.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann anhand dieser Aussagen abschätzen, wie wahrscheinlich es ist, dass Ihr Tumor zurückkehrt. Ein einzelner kleiner Tumor, der oberflächlich wächst und bis maximal drei Zentimeter groß ist, hat vermutlich ein niedriges Rückfallrisiko. Ein Blasenkrebs hat ein hohes Rückfallrisiko, wenn

- ein aggressiv wachsender T1-Tumor (High-Grade-Blasenkrebs) vorliegt;
- der gleichzeitig an mehreren Stellen in der Harnblase auftritt (multifokal);
- der größer als drei Zentimeter ist;
- und zusätzlich ein Carcinoma in situ enthält.

Innerhalb von fünf Jahren tritt bei 84 von 100 der Betroffenen die Krankheit erneut auf.

Die frühe Blasenspülung (Chemotherapie-Frühinstillation)

Das Behandlungsteam *kann* Ihnen eine Frühinstillation mit einem Chemotherapie-Medikament anbieten. Ihre Blasenwand darf jedoch nicht verletzt sein, und Sie dürfen nicht stärker bluten. Oft schließt sich die Behandlung unmittelbar an die TUR im Operationssaal an. Ob Ihnen eine Frühinstillation empfohlen werden sollte, bespricht Ihre Ärztin oder Ihr Arzt mit Ihnen.

Mit Frühinstillation verringert sich die Wahrscheinlichkeit, einen Krankheitsrückfall zu bekommen: In aussagekräftigen Studien zeigte sich, dass mit Blasenspülung etwa 37 von 100 Personen einen Rückfall haben, ohne Blasenspülung 48 von 100.

Es gibt verschiedene Chemotherapie-Medikamente für die Frühinstillation. Sie sind vergleichbar wirksam und verringern alle ähnlich das Risiko für einen Krankheitsrückfall.

Weitere unterstützende Blasenspülungen (adjuvante Instillation)

Ob das Behandlungsteam nach einer Frühinstillation weitere Blasenspülungen empfiehlt, hängt von Ihrem Rückfallrisiko ab. Hiernach richtet sich auch, welche Medikamente die Ärztinnen und Ärzte für geeignet halten. Und auch, für wie lange sie Ihnen eine Therapie empfehlen.

Der erste Behandlungsabschnitt beginnt frühestens zwei Wochen nach der TUR. Sechs Wochen lang erhalten Sie einmal wöchentlich eine Blasenspülung. Danach bekommen Sie in größeren zeitlichen Abständen weitere Blasenspülungen für ein Jahr: Nach drei, sechs und zwölf Monaten erhalten Sie für je drei Wochen einmal wöchentlich eine Spülung. Unter bestimmten Umständen empfehlen Ihnen die Experten, die Behandlung noch länger fortzusetzen, aber nicht länger als drei Jahre. Die Therapie sollte dann unter Abwägen von Nutzen und Schaden nach eineinhalb, zwei, zweieinhalb und drei Jahren fortgesetzt werden.

Unterstützende Blasenspülungen bei niedrigem Rückfallrisiko

Bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs und niedrigem Rückfallrisiko kehrt der Krebs eher selten zurück. Eine Behandlung mit Medikamenten kann laut aussagekräftiger Studien zwar den Krankheitsverlauf etwas verbessern, geht aber mit Nebenwirkungen einher (siehe Seite 60). Das Behandlungsteam *soll* Ihnen daher *keine* weitere unterstützende Instillation anbieten.

Unterstützende Blasenspülungen bei mittlerem Rückfallrisiko

Die Ärztinnen und Ärzte *sollten* Ihnen bei mittlerem Rückfallrisiko entweder eine Blasenspülung mit Chemotherapie-Medikamenten oder mit BCG anbieten. Laut aussagekräftiger Studien verringern beide Behandlungsmöglichkeiten das Rückfallrisiko, wobei die BCG-Behandlung noch besser wirkt als die Chemotherapie. Sie ist aber auch mit mehr Nebenwirkungen verbunden. Entscheiden Sie sich für eine Chemotherapie und kommt es zu einem Krankheitsrückfall, *sollte* das Behandlungsteam Ihnen BCG anbieten.

Unterstützende Blasenspülungen bei hohem Rückfallrisiko

Bei hohem Rückfallrisiko *soll* Ihnen das Behandlungsteam eine BCG-Blasenspülung für mindestens ein Jahr und höchstens drei Jahre anbieten. Der Behandlungserfolg *sollte* mittels TUR und Urinzytologie überprüft werden (siehe Kapitel „Nachsorge bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs“ ab Seite 110).

Das Carcinoma in situ wächst zwar nur oberflächlich, ist aber recht aggressiv und tritt häufig wieder auf. Daher *soll* Ihnen das Behandlungsteam eine Blasenspülung mit BCG anbieten. Als andere Möglichkeit *kann* Ihnen angeboten werden, die Harnblase zu entfernen.

Welche Nebenwirkungen haben die Medikamente?

Sowohl die Chemotherapie-Medikamente als auch die BCG-Immuntherapie werden nur in die Harnblase gegeben und wirken vor allem dort. Deswegen beschränken sich die meisten Nebenwirkungen auch nur auf die Harnblase – und wirken sich nicht wie sonst bei einer Chemotherapie auf den gesamten Körper aus.

Die häufigste örtliche Nebenwirkung ist die Entzündung der Harnblase mit Schmerzen beim Wasserlassen, Harndrang und Blut im Urin. Die BCG-Behandlung verursacht stärkere Beschwerden als die Chemotherapie: Etwa sechs von zehn Patientinnen oder Patienten, die BCG erhalten hatten, bekommen eine Blasenentzündung. Nach einer Chemotherapie kommt es seltener zu Beschwerden. Ob bei Ihnen welche auftreten, lässt sich vorab nicht sagen. Diese hängen von Ihrer persönlichen Reaktion, der Dauer und der Stärke der Chemotherapie ab. Am Anfang der Behandlung, wenn Sie die Medikamente noch häufiger erhalten, treten Reizungen und Entzündungen häufiger und stärker auf. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann dann weniger Arzneimittel geben. Die Blasenentzündung heilt normalerweise ohne Folgen aus.

Die Behandlung mit BCG ruft bei etwa sieben von zehn Patientinnen oder Patienten weitere Reaktionen im Körper hervor. Hierzu gehören leichtes Fieber, Unwohlsein, Übelkeit und grippeähnliche Beschwerden. BCG *sollen* Sie trotzdem in voller Dosis und ohne vorbeugende Antibiotikagabe erhalten. Laut vorhandener Studien verringern beide Maßnahmen nicht die Beschwerden. Zudem ist aktuell noch unklar, wie sich eine verringerte Dosierung auf die Rückfallrate und das Überleben auswirken.

Andere Behandlungsmöglichkeiten bei Hochrisiko-Blasenkrebs

Die übliche Behandlungsform bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs mit hohem Rückfallrisiko ist die Blasenspülung mit BCG. Die Entfernung der Harnblase (Zystektomie) ist auch eine

Therapiemöglichkeit. Finden die Ärztinnen und Ärzte trotz BCG-Behandlung einen erneuten Hochrisiko-Blasenkrebs bei Ihnen, *sollen* sie Ihnen eine Blasenentfernung anbieten. Auch bei einem alleinigen Carcinoma in situ *kann* die Entfernung der Harnblase eine Möglichkeit sein. Ausführliche Informationen zur Entfernung der Harnblase finden Sie im Kapitel „Wie wird örtlich begrenzter muskulinvasiver Blasenkrebs behandelt?“ ab Seite 62.

Hinweis: Wie es nach Ihrer Behandlung weitergeht, lesen Sie im Kapitel „Nachsorge“ ab Seite 110.

8. Wie wird örtlich begrenzter muskelinvasiver Blasenkrebs behandelt?

Örtlich (lokal) begrenzter muskelinvasiver Blasenkrebs hat sich in die Blasenmuskulatur oder darüber hinaus in umliegendes Gewebe und/oder benachbarte Organe ausgebreitet. Der Krebs hat jedoch noch nicht in weiter entfernte Organe und Lymphknoten gestreut. Die übliche Behandlung für diese Patientinnen und Patienten ist die vollständige Entfernung der Harnblase und des umliegenden Gewebes (ab Seite 62). Die Funktion der Harnblase wird ersetzt (ab Seite 67). Ergänzend wird Ihnen unter bestimmten Umständen vor oder nach der Operation eine Chemotherapie angeboten. So kann das Risiko für einen Krankheitsrückfall gesenkt werden (ab Seite 76).

Manchmal ist es möglich, die Harnblase auch bei muskelinvasivem Blasenkrebs zu erhalten. Dann wird nur der Krebs in der Harnblase mittels transurethraler Resektion (TUR) entfernt. Gleichzeitig erhalten Sie eine Bestrahlung und Chemotherapie (ab Seite 80).

Alle Behandlungsmöglichkeiten des örtlich begrenzten muskelinvasiven Blasenkrebses werden im Folgenden mit Nutzen und Risiken vorgestellt.

Informieren Sie sich im Vorfeld einer Operation ausführlich über die spezifischen Vor- und Nachteile der für Ihre persönliche Situation in Frage kommenden Lösungen. In der Regel haben Sie genügend Bedenkzeit für Ihre Entscheidung.

Die Operation: die Harnblase entfernen

Nach Meinung der Experten *sollen* Ärztinnen und Ärzte Ihnen bei muskelinvasivem Blasenkrebs eine vollständige Entfernung der Harnblase anbieten. In der Fachsprache heißt dies radikale Zystektomie. Während des Eingriffs ersetzt das Operationsteam auch

die Funktion der Harnblase durch eine künstliche Harnableitung (siehe Seite 67).

Wie läuft die Operation ab?

Die Entfernung der Harnblase erfolgt in Vollnarkose. Der Eingriff dauert mehrere Stunden. Im Anschluss bleiben Sie noch zwei bis drei Wochen im Krankenhaus.

Die offene Operation

Die übliche Vorgehensweise ist die sogenannte offene Operation. Das heißt, dass die Bauchhöhle über einen längeren Schnitt eröffnet wird und das Operationsteam direkt in den Bauchraum sehen und dort operieren kann. Dabei entfernt es die Harnblase vollständig. Neben der Harnblase *soll* das Behandlungsteam nach Expertenmeinung auch die benachbarten Lymphknoten entfernen und

- bei der Frau Gebärmutter, Eileiter, Eierstöcke und Anteile der vorderen Scheidenwand;
- beim Mann Prostata und die Samenbläschen (Bläschendrüse).

Je nachdem, wo sich der Krebs bei der Frau befindet und wie weit er sich ausgebreitet hat, *kann* nach Meinung der Expertengruppe auch die vordere Scheidenwand erhalten bleiben. Bei Frauen vor den Wechseljahren *kann* nach Expertenmeinung auf die Entfernung der Eierstöcke verzichtet werden. Dann bleiben Sexualfunktion und Hormonproduktion besser erhalten. Ob die Harnröhre entfernt werden muss, entscheidet das Operationsteam während des Eingriffs. Dazu schickt es eine Gewebeprobe ins Labor, die dort untersucht wird. Finden sich Krebszellen, so *soll* das Operationsteam die Harnröhre mit entfernen.

Im Anschluss untersuchen Spezialisten im Labor das gesamte operativ entfernte Gewebe. Dabei prüfen sie, ob sich an den Rändern, den sogenannten Schnitträndern, noch Krebsreste finden. Das ist ein Hinweis darauf, dass der Krebs nicht vollständig

entfernt wurde. Um die Schnittländer zu beschreiben, wird die R-Klassifikation verwendet (R = residual tumor (engl.): verbliebener Tumor).

R-Klassifikation

| | |
|----|--|
| R0 | Schnittländer sind frei von Krebszellen. |
| R1 | Krebsreste sind vorhanden, jedoch so klein, dass sie nur unter dem Mikroskop nachweisbar sind. |
| R2 | Krebsrest ist mit dem bloßen Auge zu erkennen. |

Die Entfernung der Lymphknoten

Bei etwa einem Viertel der Patientinnen oder Patienten mit vollständiger Blasenentfernung finden sich Krebszellen in den umliegenden Lymphknoten. Eine Entfernung der Lymphknoten bei Blasenkrebs im Becken kann das Überleben der Betroffenen verbessern. Die Experten empfehlen, mindestens zehn bis 16 Lymphknoten pro Seite im Becken zu entfernen.

Die Schlüsselloch-Operation (laparoskopisch oder roboterassistiert)

Nach Meinung der Experten *kann* das Behandlungsteam den Patientinnen und Patienten auch eine sogenannte Schlüsselloch-Operation anbieten. Hierbei führt die Ärztin oder der Arzt die Operationsinstrumente über kleine Schnitte in der Bauchdecke in den Bauchraum ein und entfernt die Harnblase und umliegendes Gewebe. Mit einer Kamera kann sie oder er die Operation verfolgen. Eine Weiterentwicklung ist die Roboter-Chirurgie: Hier steuert die Chirurgin oder der Chirurg einen Roboter, der die Operation ausführt.

Die Schlüsselloch-Operation bei Blasenkrebs ist kein Standardeingriff und wird nicht überall durchgeführt. Daher gibt es noch nicht so viele Studien. Es scheint, dass die Schlüsselloch-Operation mit vergleichbarem Erfolg durchgeführt werden kann wie die offene Operation.

Die teilweise Entfernung der Harnblase

Die teilweise Entfernung der Harnblase *soll* Ihnen *nicht* als Standardbehandlung empfohlen werden. Es liegen zu wenige Studienergebnisse vor, und es ist zurzeit unklar, ob diese Behandlungsmethode gleichwertige Ergebnisse erbringt wie die vollständige Blasenentfernung.

Die ersten 24 Stunden nach der Operation...

Damit Sie sich schneller wieder erholen, empfiehlt die Leitlinien-gruppe verschiedene Maßnahmen bereits unmittelbar nach der Operation:

- Nach Meinung der Experten *sollen* Sie bereits am ersten Tag nach der Operation versuchen, sich zu bewegen. Zum Beispiel sollten Sie – zunächst mit Hilfe – aufstehen, sich waschen und anziehen. Eine verlängerte Bettruhe kann gefährlich sein und zu Blutgerinnseln in den Venen (Thrombosen) oder Lungengefäßen (Lungenembolien) und zu Störungen der Atmung führen.
- Nach einer Operation dauert es ein paar Tage, bis der Darm wieder normal arbeitet. Kaugummikauen regt die Darmtätigkeit an.
- Nach einer Operation *sollen* Sie *keine* künstliche Ernährung erhalten. Sie bringt keinen Vorteil gegenüber einer natürlichen Aufnahme der Nahrung und birgt das Risiko von Infektionen.

Was bringt die alleinige Operation?

Der Krankheitsverlauf nach Blasenkrebs-Operation ist vor allem von der Ausbreitung des Tumors (T-Kategorie) und vom Befall der Lymphknoten (N) abhängig:

| Krebsausbreitung | Überleben nach 10 Jahren (ohne Chemotherapie) (Krankheitsrückfall nach 10 Jahren) |
|---|---|
| Nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs (Ta, Tis, T1) | 90 von 100 Operierten |
| Muskelinvasiver Blasenkrebs T2, kein Lymphknotenbefall (N0) | 67 von 100 Operierten (27 von 100 Operierten hatten einen Rückfall) |

| Krebsausbreitung | Überleben nach 10 Jahren (ohne Chemotherapie) (Krankheitsrückfall nach 10 Jahren) |
|---|--|
| Muskelinvasiver Blasenkrebs T3, kein Lymphknotenbefall (N0) | 60 von 100 Operierten (45 von 100 Operierten hatten einen Rückfall) |
| Muskelinvasiver Blasenkrebs T4a, kein Lymphknotenbefall (N0) | 36 von 100 Operierten |
| Blasenkrebs (jedes T außer T4b) mit Lymphknotenbefall (N1/2/3) | 16 von 100 Operierten |

Eine Chemotherapie vor oder nach dem Eingriff kann das Überleben weiter verbessern (ab Seite 76).

In einer Studie aus dem Jahr 1956 lebten nach zwei Jahren noch 15 von 100 Erkrankten, wenn sie keine Behandlung erhalten hatten.

Der Eingriff *soll* möglichst innerhalb von drei Monaten durchgeführt werden, wenn Sie zuvor keine Chemotherapie erhalten haben (ab Seite 76). Eine Verzögerung kann zu einem ungünstigeren Krankheitsverlauf führen.

Komplikationen und Nebenwirkungen der Operation

Die vollständige Harnblasen-Entfernung kann mit verschiedenen Komplikationen verbunden sein. Etwas mehr als die Hälfte der Operierten ist innerhalb der ersten drei Monate nach der Operation betroffen. Die häufigsten Komplikationen sind:

- Blutungen;
- Infektionen der Wunde;
- Verdauungsstörungen.

Seltener treten auf:

- Störungen des Herz-Kreislaufs;
- Störungen der Atmung;
- Bildung von Blutgerinnseln (Thrombose);
- Lungenembolie.

Drei Monate nach dem Eingriff leben 96 bis 99 von 100 Operierten. Dabei hängt das Risiko für Komplikationen von Ihrem körperlichen Zustand und Ihren weiteren Erkrankungen ab.

Nach drei Monaten auftretende Komplikationen betreffen hauptsächlich die künstliche Harnableitung (siehe ab Seite 67). Weitere sind Infektionen und Bauchwandbrüche. Es ist schwer zu sagen, wer davon betroffen ist und wer nicht.

Bei Männern wird auch die Prostata entfernt. Samenerguss und Zeugungsfähigkeit gehen verloren. Erhalten bleiben jedoch das Orgasmusgefühl und das Gefühl im Penis. In der Regel kommt es zu Verlust der Gliedsteife (Erektion), da die entsprechenden Nerven häufig nicht geschont werden können. Hilfsmittel können den Geschlechtsverkehr mehr oder weniger ermöglichen.

Empfehlungen für Frauen können die Experten aufgrund der nicht vorhandenen Studienlage zu Sexualstörungen nicht aussprechen. Weitere Informationen siehe Seite 127.

Die künstliche Harnableitung: die Harnblase „ersetzen“

Nach Blasenentfernung muss die Funktion der Harnblase ersetzt werden. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, den Urin zu speichern und abzuleiten. Experten unterscheiden zwischen:

- trockener oder kontinenter Harnableitung, bei denen der Urin in einem neu geschaffenen Reservoir im Körper gespeichert und abgeleitet werden kann und
- nasser oder inkontinenter Harnableitung, bei der Urin fortlaufend über ein Stoma, eine Öffnung in der Bauchdecke, aus dem Körper ausgeschieden wird.

Bei fast allen Harnableitungen werden körpereigene Darmanteile genutzt. Alle Formen der künstlichen Harnableitung mit ihren Funktionen, Vor- und Nachteilen werden im Folgenden erläutert.

Wie Sie Ihre künstliche Harnableitung selbständig versorgen können, erfahren Sie von dafür speziell ausgebildetem Pflegepersonal, den Stomatherapeutinnen und Stomatherapeuten. Informationen erhalten Sie hierzu auf den Seiten 100 und 123.

Versuchen Sie auch, Ihre Nachsorgetermine regelmäßig wahrzunehmen. So kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Komplikationen durch die künstliche Harnableitung frühzeitig erkennen und gegebenenfalls behandeln (siehe Seite 112).

Beratung und Planung vor und nach der Operation

Künstliche Harnableitungen werden schon sehr lange eingesetzt. Trotzdem gibt es keine aussagekräftigen Studien, die die verschiedenen Formen direkt miteinander vergleichen. Jede Harnableitung hat ihre Vor- und Nachteile. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt *soll* Sie nach Meinung der Experten über alle Formen der künstlichen Harnableitungen vor der Operation ausführlich aufklären. Gemeinsam entscheiden Sie, welche für Sie am besten geeignet ist. Speziell ausgebildete Pflegekräfte, die Stomatherapeuten, besprechen mit Ihnen Versorgungsmöglichkeiten und mögliche Veränderungen, die mit einer künstlichen Harnableitung einhergehen. Dabei stellen sie zum einen das Versorgungssystem zur Harnableitung vor und erläutern zum anderen dessen Pflege und Besonderheiten sowie mögliche Komplikationen. Sie gehen auch darauf ein, was eine künstliche Harnableitung für Sie im Alltag bedeutet. Auch Ihre Angehörigen werden in das Gespräch miteinbezogen. Ein Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen kann hilfreich sein. Hier sind Selbsthilfegruppen Ansprechpartner.

Auch wenn eine Ersatzblase ohne künstlichen Harnaussgang geplant ist, kann es sein, dass während der Operation festgestellt wird, dass dies nicht möglich ist. Aus diesem Grund wird vor-

sorglich vor einer Operation immer ein künstlicher Ausgang für die Harnableitung auf der Bauchdecke (Stoma) angezeichnet. Arzt und/oder Stomatherapeut suchen zusammen mit Ihnen auf Ihrer Bauchdecke einen geeigneten Platz für das Stoma. Ideal hierfür ist eine glatte Fläche von 10×10 cm ohne Narben, Falten, Muttermale oder Warzen. Das Stoma muss für Sie gut zu sehen sein, das heißt etwas erhaben liegen. Auch Gewohnheiten wie Kleidungsstil werden beachtet, beispielsweise dass Rock- oder Hosenbund nicht später genau über dem Stoma liegen. In verschiedenen Körperpositionen wie Stehen, Liegen oder Sitzen sucht das Team mit Ihnen nach der optimalen Lage für das Stoma.

Kontinente Harnableitungen

Ersatzblase (Neoblase)

Nach Entfernung der Harnblase kann aus einem Stück Darm eine neue Blase geformt werden. Diese Operation ist nur möglich, wenn genügend Darm vorhanden ist. Für Erkrankte mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) oder bei denen bereits längere Dünndarmstücke entfernt wurden, kommt möglicherweise diese Form der Harnableitung nicht in Frage. Das Darmstück wird als S oder W geformt und mit der Harnröhre verbunden. Die Harnleiter werden an der anderen Seite der neu geformten Blase eingnäht. Die Operation ist aufwendig und dauert mehrere Stunden.

Ist die Harnröhre krebsfrei und konnte sie belassen werden, kann die neue Blase direkt mit der Harnröhre verbunden werden. In Form und Funktion entspricht dies am ehesten der ursprünglichen Harnblase: Sie speichert Urin, der über den normalen Weg ausgeschieden wird. Sie wird als Ersatz- oder Neoblase bezeichnet.

Die Ersatzblase muss erst lernen, wie eine „richtige“ Blase zu funktionieren. Das heißt, dass sie anfänglich häufig noch nicht sehr viel Urin aufnehmen kann. Generell kann sie sich auch nicht einfach wie eine normale Blase zusammenziehen. Um die Neoblase vollständig zu entleeren, kann es sein, dass Sie starken Druck

im Bauch aufbringen müssen. Oder es kann sein, dass Sie in die Harnblase hin und wieder oder auf Dauer einen Katheter einführen müssen, um den Urin abzuleiten. Vor allem bei Frauen tritt diese Komplikation auf. Fast die Hälfte ist davon betroffen. Auch ein unwillkürlicher Harnabgang (Inkontinenz) ist möglich, da die Kraft des Schließmuskels im Beckenboden nicht immer ausreicht, um den Urin zu speichern. Dies betrifft tagsüber etwa jeden Zehnten mit Ersatzblase, nachts nimmt die Harninkontinenz zu. Etwa zwei bis drei von zehn Personen sind betroffen. Hier kann Ihnen ein gezieltes Schließmuskel- oder Beckenbodentraining helfen, diese Probleme zu verringern.

Weitere mögliche Komplikationen sind: Verengungen am Übergang Harnleiter–Darm mit Rückstau des Urins bis in die Nieren, Infektionen, eine Übersäuerung des Blutes, ein Mangel an Vitamin B12 und ein Gallensäureverlust-Syndrom. Ausführliche Informationen hierzu erhalten Sie im Kapitel „Umgang mit der Ersatzblase“ ab Seite 101.

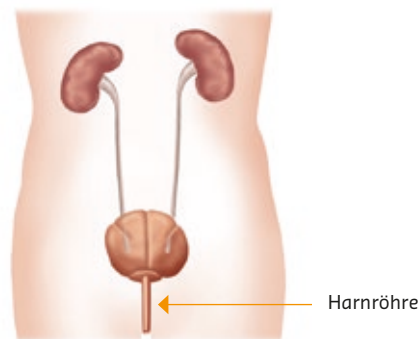


Abbildung 5: Ersatzblase (Neoblase)

Pouch

Manchmal ist es nicht möglich, das zu einer „neuen“ Harnblase geformte Darmstück mit der Harnröhre zu verbinden. Das ist der Fall, wenn die Harnröhre entfernt werden musste. Das eine Ende

des Darms wird dann mit der Bauchdecke verbunden. Es entsteht ein sogenanntes Stoma. Das ist das griechische Wort für Öffnung, Mündung oder Mund. Diese Form der Harnableitung bezeichnen die Fachleute als Pouch. Die „neue“ Harnblase kann Urin speichern, ihn aber nicht ableiten. Dies nehmen Sie selbst vor. Sie sollten dann bereits im Krankenhaus lernen, mehrmals täglich einen sterilen Katheter über das Stoma einzuführen und den Harn abfließen zu lassen, damit der Pouch nicht überdehnt oder überläuft. Hierzu benötigen Sie etwas Übung, eine gute Sehkraft und Fingerfertigkeit. Nicht jede Patientin oder jeder Patient kommt mit einem Pouch klar.

Damit nicht ständig Urin austritt, wird ein Ventilmechanismus eingebaut. Hier kann es zu Problemen kommen: Schließt das „Ventil“ nicht richtig, läuft Urin aus (Inkontinenz). Verengt sich der Schließmechanismus durch Narbenbildung, kann das Einführen des Katheters erschwert sein. Probleme wie Schmerzen oder eine unvollständige Entleerung des Pouches können auftreten. Auch Harnsteine können sich im Pouch bilden. Dies betrifft etwa 15 von 100 Behandelten. Mit einem Pouch können bis zu 93 von 100 Erkrankten tagsüber und nachts kontinent sein. Ausführliche Informationen erhalten Sie im Kapitel „Umgang mit Pouch und Urostoma“ ab Seite 102.

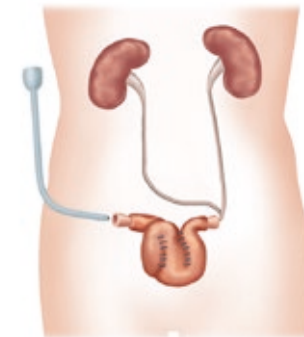


Abbildung 6: Pouch

Harnableitung über den Enddarm

Es gibt auch die Möglichkeit, die Harnleiter direkt in den Enddarm einzupflanzen. Es entsteht eine sogenannte Enddarm-Blase. Der Enddarm sammelt den Urin und scheidet ihn gemeinsam mit dem Stuhl aus. Dazu ist es wichtig, dass der Schließmuskel des Afters gut funktioniert, damit der Enddarm eine Zeitlang Flüssigkeit halten kann. Erkrankungen des Enddarms wie Entzündungen oder Ausstülpungen der Darmwand (Divertikel) sollten nicht vorliegen. Die Operation ist weniger aufwendig als das Formen einer Ersatzblase oder eines Pouches. Folgende Komplikationen können bei einer Enddarm-Blase auftreten: Verschlechterung der Nierenfunktion, Infektionen der oberen Harnwege, Stoffwechselprobleme, Kontinenzstörungen im höheren Lebensalter und Krebs am Übergang Harnleiter-Darm.

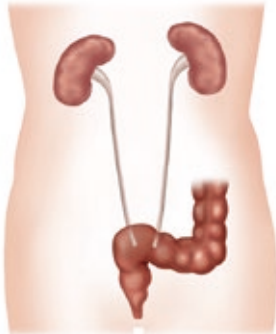


Abbildung 7: Harnableitung über den Enddarm

Inkontinente Harnableitungen

Conduit

Bei einem sogenannten Conduit wird ein etwa 15 cm langes Darmstück verwendet. In die eine Seite werden die Harnleiter eingenaht. Die andere Seite des Darms wird mit der Bauchwand vernäht. Es entsteht ein Stoma, das ein wenig über die Bauchdecke hinausragt. Der Urin fließt in einen auf die Bauchdecke

aufgebrachten Stomabeutel. Das Darmstück kann sowohl aus dem unteren Dünndarm (Ileum) als auch aus dem Dickdarm (Colon) entnommen werden. Die beiden Enden des Darmes werden wieder miteinander verbunden. Welcher Darm besser geeignet ist, ist abhängig von den anatomischen Verhältnissen, Voroperationen und anderen Erkrankungen. Das Ileum-Conduit wird vor allem bei Patientinnen und Patienten mit schwacher Beckenbodenmuskulatur oder bereits vorbestehender Inkontinenz eingesetzt.

Häufig können frühe Komplikationen auftreten wie Infektionen der Harnwege oder Verengungen an der Stelle, wo die Harnleiter eingenaht wurden. Der Urin fließt dann schlecht ab. Folgen können Schmerzen und Nierenbeckenentzündungen sein. Spätere Komplikationen treten bei etwa jedem Vierten auf, entweder ist das Stoma betroffen oder es finden sich Veränderungen im oberen Harntrakt.

Im Vergleich zu kontinenten Harnableitungen ist beim Conduit die Operationszeit kürzer. Es eignet sich daher für Betroffene, deren Gesundheitszustand keine lange Operation erlaubt.

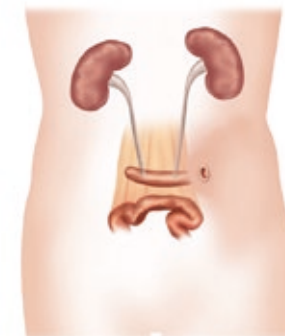


Abbildung 8: Conduit

Harnleiter-Haut-Fistel

Operativ am einfachsten ist es, einen oder beide Harnleiter direkt in die Bauchdecke einzunähen. Über einen Stomabeutel wird der Urin aufgefangen. Fachleute bezeichnen dies als Harnleiter-Haut-Fistel. Sie kann nur auf Höhe der Haut eingenäht werden. Trotz guter Stomaversorgung kommt es häufiger zu Undichtigkeiten. Der Kontakt mit Urin führt zu Hautveränderungen und in der Folge auch zu Verengungen. Um dies vorbeugend zu verhindern, wird zusätzlich dauerhaft eine Schiene eingelegt, die die Harnleitermündung offenhält. Infektionen über die Schiene bis in die Niere sind möglich, so dass die Schiene regelmäßig kontrolliert und auch gewechselt werden muss. Da die Operation wenig aufwendig ist, ist diese für die Patientin oder den Patienten weniger belastend. Sie kommt daher am ehesten bei schwer Erkrankten oder bei sehr fortgeschrittenen Tumorstadien in Frage.

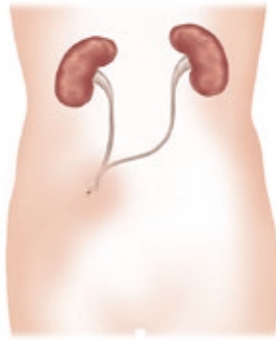


Abbildung 9: Harnleiter-Haut-Fistel

| Die einzelnen Harnableitungen im Vergleich | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| | Neoblase | Pouch | Enddarm-Blase | Conduit | Harnleiter-Haut-Fistel |
| Voraussetzungen/für wen geeignet | <ul style="list-style-type: none"> Harnröhre tumorfrei und nicht entfernt Ausreichend guter Gesundheitszustand und Lebenserwartung Keine Darmkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> Ausreichend guter Gesundheitszustand und Lebenserwartung Gute Fingerfertigkeit und Sehkraft Keine Darmkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> Keine Erkrankungen im Enddarm | <ul style="list-style-type: none"> Auch für Erkrankte mit schlechterem Gesundheitszustand | <ul style="list-style-type: none"> Für Schwer-Erkrankte Betroffene mit hohem Lebensalter |
| Harnableitung | Kontinent | Kontinent | Kontinent | Inkontinent | Inkontinent |
| Operationsaufwand | Hoch | Hoch | Mittel | Mittel | Gering |
| Besonderheiten/mögliche Komplikationen | <ul style="list-style-type: none"> Inkontinenz Übersäuerung des Blutes Unvollständige Entleerung der Neoblase Schleimbildung in der Neoblase mit Harnverhalt/ Restharnbildung Infektionen Verengung am Übergang Harnleiter-Darm Vitamin-B12-Mangel Callensäureverlust-Syndrom mit Durchfällen und Fettstuhlgang | <ul style="list-style-type: none"> Inkontinenz Übersäuerung des Blutes Überlaufen des Pouchs Unvollständige Entleerung des Pouchs Rückfluss von Urin in den oberen Harntrakt Bildung von Harnsteinen Verengung des Stomas Hautveränderungen im Bereich des Stomas | <ul style="list-style-type: none"> Inkontinenz Durchfall Infektionen Krebs an der Verbindungsstelle Harnleiter-Enddarm | <ul style="list-style-type: none"> Verengungen am Übergang Harnleiter-Darm Verengung des Stomas Infektionen Hautveränderungen im Bereich des Stomas | <ul style="list-style-type: none"> Oft Verengungen, daher Schienen in den Harnleitern erforderlich, die etwa alle 2-3 Monate ausgetauscht werden müssen Infektionen Hautveränderungen im Bereich des Stomas |

Die Chemotherapie: das Operationsergebnis unterstützen

Nicht immer gelingt es, durch die Operation alle Krebszellen im Körper zu entfernen. Eine Chemotherapie kann gegen die verbliebenen Tumorzellen wirken und so verhindern, dass der Krebs weiterwächst. Fachleute sprechen von neoadjuvanter Therapie, wenn die Behandlung vor der Operation erfolgt, und von adjuvanter, wenn sie danach eingesetzt wird. In einer Tumorkonferenz besprechen die Ärztinnen und Ärzte, ob Ihnen eine Chemotherapie empfohlen werden soll, und wenn ja, zu welchem Zeitpunkt. Nach Meinung der Experten *sollen* die Ärztinnen und Ärzte Sie bei muskelinvasivem Blasenkrebs über die Möglichkeit einer neoadjuvanten oder adjuvanten Chemotherapie aufklären.

Wünschenswert wäre es, vor einer Chemotherapie sagen zu können, wem sie nützt und wem nicht. So können unnötige Behandlungen vermieden werden. In Studien wird nach Hinweisen (Markern) gesucht, die dies vorhersagen können. Bislang sind die Studienergebnisse diesbezüglich zu ungenau. Die Leitlinie empfiehlt daher, dass Marker *nicht* eingesetzt werden *sollten*, um die Wirksamkeit einer Chemotherapie vorherzusagen. Niemand kann absehen, wie die Chemotherapie bei Ihnen wirkt, ob Sie dadurch länger leben – oder nicht, ob Nebenwirkungen bei Ihnen auftreten – und, wenn ja, welche. Sie können jederzeit auch entscheiden, ob Sie eine Behandlung beenden möchten, wenn Sie diese nicht gut vertragen oder von ihrem Nutzen nicht überzeugt sind.

Wie läuft die Chemotherapie ab?

Bei einer Chemotherapie erhalten Sie Wirkstoffe, die die Zellteilung behindern. Sie wirken besonders auf Zellen, die sich schnell teilen wie die Krebszellen. Da die Chemotherapie im gesamten Körper wirkt, sind aber auch andere sich schnell teilende Körperzellen betroffen wie Darm-, Haar- oder blutbildende Zellen im Knochenmark. Folgen können sein: Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, Haarausfall oder Veränderungen der Zellen im Blut, zum Beispiel weniger weiße Blutzellen. Zu un-

terstützenden Behandlungen bei Chemotherapie-Nebenwirkungen siehe Seite 97.

Beim Blasenkrebs erhalten Sie in der Regel eine Kombination aus verschiedenen Chemotherapie-Wirkstoffen (Kombinationschemotherapie). Diese bekommen Sie über einen oder mehrere Tage verteilt als Infusion. Die Behandlung besteht aus mehreren „Zyklen“. Das bedeutet: Sie erhalten die Medikamente in ganz bestimmten Abständen wiederholt.

Für wen wird eine neoadjuvante Chemotherapie empfohlen?

Eine neoadjuvante Chemotherapie kann das Überleben nach einer vollständigen Blasenentfernung verbessern. Geeignet für eine solche Behandlung sind Patientinnen und Patienten mit einem guten körperlichen Allgemeinzustand ohne schwerwiegende weitere Erkrankungen und deren Nieren gut arbeiten. Es kann jedoch nicht vorab gesagt werden, welche Erkrankte einen Nutzen von der Chemotherapie haben werden und welche nicht.

Wenn Sie sich gemeinsam mit Ihrem Behandlungsteam für eine Chemotherapie vor der Operation entschieden haben, dann *sollten* Sie drei bis vier Zyklen erhalten. Ziel ist es, den Krebs zu verkleinern und damit besser entfernen zu können. Die Chemotherapie *sollte* Cisplatin und weitere Wirkstoffe beinhalten. Cisplatin ist ein gut wirksames Medikament, welches aber auch mit starken Nebenwirkungen verbunden ist. Sie sollten es nur erhalten, wenn Sie körperlich relativ gesund sind und Ihre Nieren normal arbeiten.

Jeweils nach zwei Zyklen *soll* nach Meinung der Experten überprüft werden, dass die Erkrankung trotz Behandlung nicht voranschreitet. Dazu empfehlen die Experten bildgebende Verfahren wie die Computertomographie. Nach regulärem Abschluss der Chemotherapie entfernen die Ärzte die Harnblase. Wächst der Krebs trotz Chemotherapie weiter, wird sofort operiert.

Die Empfehlungen der S3–Leitlinie beruhen auf der Auswertung vieler relativ guter Studien:

- Nach 6,4 Jahren leben 595 von 1.000 Patientinnen und Patienten mit cisplatinhaltiger Kombinationschemotherapie und Entfernung der Harnblase.
- Nach 6,4 Jahren leben 541 von 1.000 Patientinnen und Patienten mit alleiniger Blasenentfernung ohne neoadjuvante Chemotherapie.
- Das heißt, bei 54 von 1.000 Patientinnen und Patienten, die eine neoadjuvante Chemotherapie erhalten haben, wird in diesem Zeitraum das Leben verlängert.
- Die häufigsten Nebenwirkungen waren Veränderungen der Blutzellen und Magen–Darm–Beschwerden. Sehr selten war die Niere betroffen. Zu Cisplatin–Nebenwirkungen siehe Seite 84.
- Etwa sechs von 1.000 behandelten Patientinnen oder Patienten verstarben aufgrund der Chemotherapie–Nebenwirkungen.

Außerdem leiten die Experten folgende Aussagen aus den Studien ab:

- Es gibt keine bevorzugte Medikamentenkombination für die neoadjuvante Chemotherapie. In der Regel werden drei bis vier Zyklen durchgeführt.
- Wichtig ist eine Kombination mit Cisplatin.
- Patientinnen und Patienten, die eine cisplatinhaltige Chemotherapie erhalten können, hatten in der Regel normal arbeitende Nieren und einen guten Gesundheitszustand.

Für wen wird eine adjuvante Chemotherapie empfohlen?

Überschreitet der Krebs die Harnblase (T3 und T4) oder sind Lymphknoten mit Krebszellen befallen (N1/2/3), ist das Risiko hoch, trotz Blasenentfernung erneut zu erkranken. Bei bis zu acht von zehn Erkrankten kann es zu einem Krankheitsrückfall kommen. In diesem Fall *sollen* Ihnen drei bis vier Zyklen einer adjuvanten Chemotherapie angeboten werden. Diese Chemotherapie

soll neben Cisplatin weitere Chemotherapie–Wirkstoffe beinhalten (Kombinationschemotherapie).

Die Empfehlungen der S3–Leitlinie beruhen auf der Auswertung vieler relativ guter Studien:

- Im Nachsorgezeitraum von 2,5 bis 5,75 Jahren leben 520 von 1.000 Patientinnen und Patienten mit cisplatinhaltiger Kombinationschemotherapie und Entfernung der Harnblase.
- Im Nachsorgezeitraum von 2,5 bis 5,75 Jahren leben 419 von 1.000 Patientinnen und Patienten mit alleiniger Blasenentfernung.
- Das heißt, bei etwa 101 von 1.000 behandelten Patientinnen und Patienten hat die Chemotherapie in diesem Zeitraum das Leben verlängert.
- Die häufigsten Nebenwirkungen waren Veränderungen der Blutzellen und Magen–Darm–Beschwerden. Zu Cisplatin–Nebenwirkungen siehe Seite 84.
- Etwa 16 von 1.000 behandelten Patientinnen oder Patienten starben aufgrund der Chemotherapie–Nebenwirkungen.
- Cisplatin sollte Bestandteil der Chemotherapie sein.



Der Blasenerhalt: die Harnblase nicht entfernen

Anstatt die Harnblase zu entfernen, besteht bei manchen Patientinnen und Patienten auch die Möglichkeit, ein blasenerhaltendes Vorgehen zu wählen. Dies gilt vor allem, wenn Ihr Krebs noch auf die Muskelwand der Harnblase beschränkt ist (T2). Im entfernten Gewebe sollte sich zudem kein Carcinoma in situ finden. Wünschen Sie, dass die Harnblase erhalten bleibt, besprechen Sie dies mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt. Sie oder er wird mit Ihnen gemeinsam überlegen, ob diese Behandlung für Sie in Frage kommt.

Wie erfolgt das blasenerhaltende Vorgehen?

Zuerst *sollen* die Ärztinnen und Ärzte den Tumor möglichst vollständig mittels transurethraler Resektion (TUR) entfernen. Wie das abläuft, erfahren Sie ab Seite 52.

Nach Meinung der Experten *soll* sich etwa zwei bis vier Wochen danach eine Bestrahlung anschließen, zu der Sie gleichzeitig eine Chemotherapie erhalten (sogenannte Radiochemotherapie). Die Bestrahlung erfolgt an fünf Tagen pro Woche und dauert etwa sechs bis sieben Wochen. Zur Chemotherapie *sollten* Sie nach Meinung der Expertengruppe die Medikamente Cisplatin oder 5-Fluorouracil mit Mitomycin-C erhalten. Diese Medikamente machen den Krebs empfindlicher gegenüber der Strahlenbehandlung. Bei der Bestrahlung wird hochenergetische Strahlung direkt auf das Tumorgewebe gerichtet. Die Zellkerne werden so geschädigt, dass die Krebszellen sich nicht mehr teilen können und absterben. Die Strahlung wirkt auf gesunde Zellen ebenso wie auf Krebszellen. Es ist heute aber möglich, die Strahlung so gezielt auszusenden, dass überwiegend Krebszellen zerstört werden.

Ob die Behandlung erfolgreich war, *sollten* die Ärztinnen und Ärzte nach Meinung der Expertengruppe frühestens nach sechs und spätestens nach zwölf Wochen nach Abschluss der Radiochemotherapie prüfen. Studien, die prüften, welcher Zeitpunkt der beste ist, konnte die Leitliniengruppe nicht finden. Nach Meinung der Experten *sollen* Ärztinnen und Ärzte zur Kontrolle eine erneute

transurethrale Resektion in Narkose durchführen. Zusätzlich *kann* nach Expertenmeinung die Untersuchung des Urins auf Zellen wie Tumorzellen erfolgen (Urinzytologie). Ausführliche Erklärungen zu den Untersuchungsverfahren finden Sie ab Seite 22.

Bei etwa einem Viertel der Erkrankten wirkt die blasenerhaltende Therapie nicht. Krebsgewebe lässt sich immer noch nachweisen. Auch kann es später noch zu einem Krankheitsrückfall kommen. Nach Meinung der Expertengruppe *soll* das Behandlungsteam diesen Menschen dann eine Entfernung der Harnblase empfehlen.

Was bringt das blasenerhaltende Vorgehen?

Fünf Jahre nach der blasenerhaltenden Behandlung leben zwischen 40 und 75 von 100 Patientinnen und Patienten. Dies ist vor allem davon abhängig, ob der Krebs komplett bei der TUR entfernt werden konnte. Gelang dies vollständig, so lebten etwa 80 von 100 Personen. Die zusätzliche Chemotherapie verbessert die Wirksamkeit der Bestrahlung.

Schwere früh auftretende Nebenwirkungen traten etwa bei jedem Dritten nach Radiochemotherapie auf. Vor allem die Verdauungsorgane waren betroffen, zum Beispiel mit Durchfall und Entzündung des Darmes. Dauerhaft leichte Nebenwirkungen haben etwa fünf bis 25 von 100 Erkrankten nach blasenerhaltender Therapie. Häufig sind Beschwerden beim Wasserlassen wie Schmerzen, nächtliches Wasserlassen, Durchfall oder Entzündung des Darms.

Hinweis: Wie es nach Ihrer Behandlung weitergeht, lesen Sie in den Kapiteln „Rehabilitation“ ab Seite 100 und „Nachsorge“ ab Seite 112.

9. Wie wird metastasierter Blasenkrebs behandelt?

Hat sich der Blasenkrebs weiter im Körper ausgebreitet, entweder bis in die Bauch- und Beckenwand (T4b) oder in weiter entfernte Organe (M1), ist eine Heilung nicht mehr wahrscheinlich. Dann geht es darum, das Fortschreiten der Krebserkrankung möglichst lange hinauszuzögern, die Lebensqualität so gut wie möglich zu erhalten sowie krebsbedingte Beschwerden zu lindern. Meist wird die Harnblase nicht mehr entfernt. Eine Chemotherapie, die im gesamten Körper wirkt, kann in diesem Fall sinnvoller sein. Nur wenn der Blasenkrebs Komplikationen bereitet, schmerzt oder blutet, kann eine Entfernung der Harnblase Linderung bringen.

Alle Behandlungsmöglichkeiten des metastasierten Blasenkrebses werden im Folgenden mit Nutzen und Risiken vorgestellt.

Die Chemotherapie: die Krankheit aufhalten

Es stehen verschiedene Chemotherapie-Medikamente bei weit fortgeschrittenem oder metastasiertem Blasenkrebs zur Verfügung. Sie werden teilweise kombiniert, damit sie sich in ihrer Wirksamkeit ergänzen. Und sie können nacheinander eingesetzt werden, wenn ein Medikament oder eine Medikamentenkombination nicht mehr wirkt. So entsteht eine Medikamenten-Reihenfolge. Gemeinsam mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt überlegen Sie, welche Wirkstoffe für Sie geeignet sind. Dabei berücksichtigen sie Folgendes:

- Ihre Wünsche und Ziele;
- Ihren körperlichen Zustand und mögliche Begleiterkrankungen;
- die Wirksamkeit und die Verträglichkeit der Medikamente.

Es gibt zurzeit keinen Tumormarker, der anzeigt, ob eine Chemotherapie wirken wird oder nicht. Deshalb spielen sie bei der Behandlung derzeit keine Rolle.

Wie die Chemotherapie abläuft, erfahren Sie auf Seite 76.

Die Behandlung mit Cisplatin-Chemotherapie: Für wen ist sie geeignet?

Ärztinnen und Ärzte *sollen* als erstes eine Chemotherapie anbieten, die auch Cisplatin enthält. Cisplatin ist ein sehr wirksames Zytostatikum. Es hat jedoch vergleichsweise starke Nebenwirkungen. Sehr häufig treten auf:

- Störungen der Nierenfunktion;
- Schäden an den Nerven;
- Hörschäden;
- Magen-Darm-Beschwerden mit Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Verstopfung;
- Veränderungen des Blutbildes.

Aus diesem Grund *sollen* Sie das Medikament nur erhalten, wenn Sie trotz der Krebserkrankung relativ gesund sind und keine weiteren schweren Erkrankungen haben wie Schäden an den Nieren.

Zusätzlich zu Cisplatin erhalten Sie weitere Wirkstoffe. Die S3-Leitlinie empfiehlt folgende Kombinationen:

- Gemcitabin und Cisplatin (kurz: GC);
- Methotrexat, Vinblastin, Adriamycin und Cisplatin (kurz: MVAC).

Die Wirksamkeit der Kombinationen ist vergleichbar. Es lässt sich durchschnittlich ein Überleben von zwölf bis 16 Monaten erreichen. Die Behandlung verläuft günstiger, wenn Sie relativ gesund sind und keine Metastasen haben.

In Ausnahmefällen können Sie bei gutem Gesundheitszustand, wenig eingeschränkter Nierenfunktion und ohne zusätzliche Erkrankungen Cisplatin in aufgeteilten Dosierungen erhalten.

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

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

Schaden

Nebenwirkungen treten bei allen Kombinationen relativ häufig auf. Sie unterscheiden sich etwas in ihrer Art und Häufigkeit.

Cisplatin bedingt vor allem Störungen der Nierenfunktion, Nerven- und Hörschädigungen. Außerdem ruft Cisplatin sehr häufig Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit, Durchfall, Verstopfung und Erbrechen hervor. Die Zusammensetzung des Blutbildes wird verändert: Es kommt zu

- weniger roten Blutzellen mit Blutarmut (Anämie);
- weniger weißen Blutzellen, die für die Abwehr im Körper verantwortlich sind, Folgen sind Abwehrschwäche und Fieber;
- weniger Blutplättchen mit Störungen der Blutgerinnung.

Seltener treten Haarausfall, Entzündung der Mundschleimhaut, Fieber und Gefäßverschlüsse auf.

Gemcitabin verursacht häufig: Fieber, Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen, Schwäche, Hautreaktionen wie Juckreiz, Flüssigkeitsansammlung in den Beinen, Durchfälle, Verstopfung, Entzündung der Mundschleimhaut, Haarausfall oder Veränderungen des Blutbildes wie bei Cisplatin.

Die Kombination Gemcitabin/Cisplatin ist verträglicher im Vergleich zu MVAC.

Aufgrund der häufigen und starken Nebenwirkungen *sollen* nach Meinung der Experten Ihre Ärztinnen und Ärzte etwa alle sechs bis zwölf Wochen überprüfen, ob die Chemotherapie wirkt. So soll vermieden werden, dass Sie längerfristig Nebenwirkungen ausgesetzt sind, ohne dass Sie von der Behandlung einen Nutzen haben. Empfohlen wird eine Kontrolle mit bildgebenden Untersuchungsverfahren (CT oder MRT).

Wenn Cisplatin nicht geeignet ist...

Nebenwirkungen können häufig bei Cisplatin auftreten. Die Wahrscheinlichkeit ist erhöht, wenn Ihr Gesundheitszustand schlecht ist, das heißt:

- Sie sich nicht selbständig versorgen können;
- oder Ihre Nieren nicht mehr richtig arbeiten;
- oder Sie einen stärkeren Hörverlust haben;
- oder schon stärkere Nervenschäden vorliegen;
- oder eine schwere Herzschwäche.

Wenn einer dieser Punkte auf Sie zutrifft, *sollten* Sie Cisplatin *nicht* erhalten. In diesem Fall kommen für Sie folgende Möglichkeiten in Frage:

- Ist Ihr Gesundheitszustand relativ gut, *sollte* Ihnen eine Chemotherapie mit Gemcitabin und Carboplatin angeboten werden. Carboplatin gehört wie Cisplatin zu den Platinverbindungen, die als Chemotherapie eingesetzt werden. Es ist mit anderen Neben-

wirkungen als Cisplatin verbunden. Es ist nicht so gut wirksam im Vergleich zu Cisplatin. Im Mittel überleben Erkrankte neun Monaten mit dieser Behandlung.

- Ist Ihr Gesundheitszustand relativ schlecht, *kann* Ihnen eine Chemotherapie mit nur einem Medikament angeboten werden. Wegen der unzureichenden Studienlage lässt sich nicht sagen, welches Medikament geeignet ist und welches nicht. Ebenso ist unklar, wie lange Sie einen solchen Wirkstoff erhalten sollten. Sie können auch auf eine Chemotherapie verzichten und mit unterstützenden Maßnahmen Beschwerden lindern (siehe ab Seite 94).

Wenn der Krebs trotz Behandlung weiter fortschreitet...

Bei einigen Patientinnen und Patienten wächst der Blasenkrebs trotz Chemotherapie weiter, bei anderen lässt sich sein Wachstum für eine gewisse Zeit aufhalten. Nach Expertenmeinung *können* Ärztinnen und Ärzte Ihnen eine weitere Chemotherapie anbieten, wenn die erste Chemotherapie nicht oder nicht mehr wirkt.

Hatten Sie zuvor eine Behandlung mit Cisplatin oder Carboplatin, *sollte* Ihnen Vinflunin angeboten werden. Patientinnen und Patienten, die Vinflunin erhielten, lebten im Mittel knapp sieben Monate. Erkrankte, die eine bestmögliche medizinische Unterstützung ohne Chemotherapie hatten, lebten im Vergleich dazu gut vier Monate. Die Lebensqualität konnte mit Vinflunin gleichbleibend erhalten werden. In der Gruppe ohne Chemotherapie nahm sie stetig ab. Vinflunin ist derzeit der einzige Wirkstoff, der in Europa für die Behandlung von Blasenkrebs nach Cisplatin zugelassen ist. Nebenwirkungen von Vinflunin sind: Abnahme der weißen Blutzellen mit Fieber, Blutarmut, Müdigkeit und Verstopfung.

Auch eine platinhaltige Therapie *kann* Ihnen nach Expertenmeinung wieder angeboten werden, wenn nach der letzten Platintherapie mindestens sechs Monate vergangen sind und Sie die Behandlung gut vertragen haben. Nach platinhaltiger Erstbehandlung *können* Sie auch Gemcitabin und/oder Paclitaxel erhalten. Die Wirksamkeit der Behandlung hängt davon ab, wie stark Sie

beeinträchtigt sind, wie schnell der Krebs nach der ersten Behandlung fortschreitet und ob Lebermetastasen oder eine Blutarmut vorliegen.

Hinweis: Neue Behandlungsverfahren

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

Behandlung von Metastasen

Blasenkrebs streut häufig in Lymphknoten, Knochen, Lunge und Leber.

Metastasenentfernung nach einer Chemotherapie

Nur wenige Studien untersuchten, ob das gezielte Entfernen von Metastasen nach einer Chemotherapie einen Vorteil bringt. Die Studien sind zudem weniger gut durchgeführt, und es nahmen nur wenige Patientinnen und Patienten teil. Meist wurden Metastasen in umgebenden Lymphknoten entfernt, seltener in anderen Organen wie Lunge oder Gehirn. Aus einer Studie gibt es Hinweise, dass Erkrankte, bei denen die Chemotherapie nicht wirkte, einen Nachteil durch die Entfernung der Metastasen haben. Ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich deutlich nach der Operation.

Das Behandlungsteam *kann* Ihnen eine gezielte Metastasenentfernung nach einer Chemotherapie anbieten. Die Entscheidung für diese Behandlung ist sehr individuell zu treffen. Es gibt Hinweise, dass sie das Leben verlängern kann, wenn



- Sie einen relativ guten Gesundheitszustand haben;
- bei Ihnen zuvor eine Chemotherapie gewirkt hat;
- und Sie nur wenige Metastasen in anderen Organen oder nur in Lymphknoten haben.

Knochenmetastasen

Etwa knapp die Hälfte der Erkrankten mit metastasiertem Blasenkrebs hat Knochenmetastasen. Diese siedeln zunächst im Knochenmark. Nach und nach wird auch die Knochensubstanz angegriffen. In der Folge kann es zu starken Schmerzen kommen. Kleinste Krafteinwirkungen können Knochenbrüche verursachen. Wenn die Wirbelsäule betroffen ist, können durch den Zusammenbruch von Wirbelkörpern Nerven oder das Rückenmark gequetscht werden. Das führt zu Lähmungen und Empfindungsstörungen.

Wenn Knochenmetastasen Beschwerden verursachen oder ein Knochenbruch droht, so *soll* nach Meinung der Experten die Ärztin oder der Arzt Ihnen anbieten:

- Schmerzmedikamente (siehe Kapitel „Schmerzen behandeln“ ab Seite 94);
- gezielte Bestrahlung der Metastasen;
- Operation – eventuell zusammen mit einer Bestrahlung;
- Medikamente, die die Knochen stabilisieren, wie Bisphosphonat oder Denosumab.

Eine gezielte Bestrahlung von Knochenmetastasen soll angeboten werden, wenn:

- die Knochenschmerzen andauern und örtlich begrenzt sind;
- die Gefahr besteht, dass das Rückenmark gequetscht wird;
- die Knochenmetastasen operiert wurden;
- ein erhöhtes Knochenbruchrisiko vorliegt.

Die einmalige Bestrahlung des betroffenen Bereichs lindert bei etwa 50 bis 85 von 100 Behandelten die Schmerzen. Etwa bei der Hälfte der Patientinnen und Patienten hält die schmerzlindernde Wirkung mindestens sechs Monate an. Auch drohende Knochenbrüche können so verhindert werden. Zu den häufigen Nebenwirkungen der Bestrahlung gehören Appetitlosigkeit, Durchfall und Hautreaktionen.

Manchmal droht ein Knochenbruch oder es liegt bereits einer vor. Dann ist es besser zu operieren. Anschließend empfehlen die Experten eine Bestrahlung, da häufig die Metastase nicht komplett entfernt werden kann.

Sie können auch die Medikamente Zoledronsäure oder Denosumab erhalten, die die Knochen wieder stabilisieren. Diese Medikamente können Schäden am Kieferknochen hervorrufen. Deswegen ist eine sehr gute Mundhygiene wichtig. Vor der Behandlung sollten Sie Ihre Zahnärztin oder Ihren Zahnarzt aufsuchen, damit sie oder er bereits vorhandene Zahnschäden behandelt.

Ausführliche Informationen zur Behandlung von Knochenmetastasen finden Sie in der S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ und deren dazugehöriger Patientenleitlinie: www.leitlinienprogramm-onkologie.de.

Entfernen der Harnblase bei Beschwerden

Hat sich der Blasenkrebs in seiner Umgebung sehr stark ausgebreitet, kann er örtlich Beschwerden verursachen. Hierzu gehören Blutungen, Rückstau des Harns bis in die Nieren und Schmerzen. Auch können Verbindungen zwischen Blase und Darm entstehen (Fistel). So kann Stuhl in die Harnwege eindringen und mit dem Urin ausgeschieden werden (sogenannte Fäkalurie). Dies ist eine schwere Belastung für die Betroffenen und schränkt ihre Lebensqualität deutlich ein. Manchmal lassen sich solche Beschwerden gezielt behandeln: mit Schmerzmedikamenten, Bestrahlung oder

blutstillenden Maßnahmen. Bessern sich Ihre Beschwerden dadurch nicht, so *kann* Ihnen das Behandlungsteam nach Meinung der Experten die Entfernung der Harnblase anbieten (siehe Seite 62).

Die Autorengruppe der S3-Leitlinie konnte insgesamt nur sehr wenige Studien zu diesem Thema finden. Diese waren zudem meist nicht gut durchgeführt, und die Teilnehmerzahl in den Studien war sehr gering. Es scheint so, dass die Operation die Beschwerden örtlich lindern kann. Häufig sind die Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenem Blasenkrebs jedoch schon sehr krank, so dass Operation und Narkose eine weitere schwere Belastung für den Körper darstellen. Schwerwiegende Nebenwirkungen wie Lungenembolie oder Nierenversagen wurden in den Studien beobachtet und führten zum Tod bei jedem zweiten bis siebenten Patienten. Den Einfluss auf die Lebensqualität untersuchte keine Studie.

Es kann notwendig sein, dass Sie einen künstlichen Darmausgang bekommen. Dies ist der Fall, wenn sich während der Operation herausstellt, dass der Blasenkrebs tief in den Darm eingedrungen ist. Des Weiteren soll mit Ihnen die Form der Harnableitung besprochen werden. Empfohlen wird eher die inkontinente Harnableitung, entweder ein Conduit oder eine Harnleiter-Haut-Fistel (siehe Seite 72). Die Operationszeit ist dann kürzer und damit die Belastung für Sie geringer. Auch treten weniger Komplikationen auf.

Unterstützung am Lebensende (Palliativmedizin)

Blasenkrebs im metastasierten Stadium ist meist nicht heilbar. Auch wenn es keine direkte Behandlung mehr gegen den Krebs gibt, sollen Sie bis zu Ihrem Lebensende begleitet werden. Sie sollen dabei Ihren letzten Lebensabschnitt so weit wie möglich selbstbestimmt mitgestalten. Dabei unterstützt Sie die Palliativmedizin.

Wie sieht die Unterstützung aus?

Der Leitgedanke der Palliativmedizin ist die würdevolle Begleitung des Menschen mit einer nicht heilbaren Erkrankung, die die Lebenszeit verkürzt. Die Behandlung zielt auf Bewahren und Verbessern der Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit ab. Es geht vor allem darum:

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

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

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

Wer unterstützt Sie?

Um Sie so gut wie möglich zu unterstützen, arbeiten viele verschiedene Berufsgruppen bei der Palliativversorgung eng zusammen. Das sind beispielsweise Pflegende, Ärzte (Hausärzte wie Fachärzte), Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychotherapeuten, Physio- und Ergotherapeuten. Auch ambulante Hospizdienste und ehrenamtliche Hospizmitarbeiter können Sie unterstützen.

Wo können Sie betreut werden?

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

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

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

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

Adressen von Palliativmedizinern, ambulanten Diensten, Hospizen und Palliativstationen finden Sie im Internet unter www.wegweiser-hospiz-und-palliativmedizin.de.

Patientenleitlinie „Palliativmedizin“

Die Patientenleitlinie „Palliativmedizin“ richtet sich an erwachsene Patientinnen und Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung und palliativmedizinischem Betreuungsbedarf sowie an deren Angehörige. Es werden Grundprinzipien der palliativmedizinischen Versorgung erläutert. Diese Patientenleitlinie möchte:

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

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

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

www.krebshilfe.de

10. Unterstützende Behandlung (Supportivmedizin)

Bei einer Krebserkrankung und -behandlung wird Ihr ganzer Körper stark beansprucht. Eine gute Krebsbehandlung richtet sich daher nicht nur gegen den Krebs selbst. Ihre Ärztinnen und Ärzte lindern auch Begleitscheinungen der Krankheit, zum Beispiel Schmerzen und Erschöpfung (Fatigue) sowie Nebenwirkungen der Krebsbehandlung. Diese unterstützende Behandlung wird auch als Supportivtherapie bezeichnet.

S3- und Patientenleitlinie „Supportive Therapie“

Umfangreiche Informationen zur Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung erhalten Sie in der S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientenInnen“ und der dazugehörigen Patientenleitlinie: www.leitlinienprogramm-onkologie.de.

Schmerzen behandeln

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

Schmerzen lassen sich wirksam behandeln. Bei der Behandlung ist die Ärztin oder der Arzt auf Ihre Mithilfe besonders angewiesen, denn: Wie stark Schmerzen sind, lässt sich nicht objektiv messen. Nur Sie selbst können beschreiben, wo und wie stark Sie Schmerzen empfinden. Und nur Sie können wirklich beurteilen, ob eine Schmerzbehandlung wirkt. Eine Schmerzskala kann Ihnen dabei helfen, die Stärke der Schmerzen zu benennen. Sie können diese

zum Beispiel von 0 = keine Schmerzen bis 10 = die stärksten Ihnen vorstellbaren Schmerzen einordnen.

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

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

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

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

Palliativmedizinerinnen und Palliativmediziner verfügen über viel Erfahrung bei der Behandlung von Tumorschmerzen. Anlaufstellen bei akuten starken Schmerzen können auch sogenannte Schmerzambulanzen sein. Adressen von Palliativmedizinern und Schmerztherapeuten finden Sie zum Beispiel unter www.dgpalliativmedizin.de oder www.dgss.org. Ausführliche Informationen zur Behandlung von Tumorschmerzen finden Sie in der Patientenleitlinie „Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Patientenleitlinien.8.0.html.

Erschöpfung (Fatigue) behandeln

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

Mehrere Studien haben gezeigt, dass Bewegung wirksam gegen Fatigue ist. Sie kann auch Angst, Depression und Schlafstörungen mindern und die körperliche Leistungsfähigkeit verbessern. Viele Betroffene können ihren Alltag leichter bewältigen. Oft hilft ein leichtes, auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Bewegungsprogramm oder Ausdauertraining. Wie genau so ein Sportprogramm aussehen sollte, ist nicht eindeutig zu beantworten. In den vorliegenden Studien waren die Teilnehmer etwa 30 bis 60 Minuten dreimal pro Woche aktiv.

Zum Weiterlesen: „Fatigue bei Krebs“

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

Nebenwirkungen und Therapiefolgen behandeln

Operation, Medikamente und Bestrahlung greifen stark in Vorgänge im Körper ein. Auch wenn die Behandlung dabei so individuell und schonend wie möglich gestaltet wird, verursacht sie verschiedene, teils erhebliche Nebenwirkungen. Einige lassen sich schon vorbeugend behandeln. Welche Nebenwirkungen im Einzelnen auftreten und wie stark sie sind, hängt unter anderem von den Medikamenten und der Dosierung ab.

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

Wie stark und beeinträchtigend Sie Nebenwirkungen empfinden, hängt auch von Ihren persönlichen Einstellungen und Befürchtungen ab. In der Regel können Sie mit Beschwerden besser umgehen, wenn Sie wissen, was eine Behandlung möglicherweise an Belastungen mit sich bringt und was Sie dagegen tun können. Hilfreich sind die Erfahrungen anderer Betroffener, mit denen Sie sich in Selbsthilfegruppen austauschen können.

Übelkeit und Erbrechen

Chemotherapie-Medikamente wie Cisplatin oder Bestrahlung verursachen häufig Übelkeit und Erbrechen. Es gibt Medikamente, die dies verhindern oder verringern. Diese wirken am besten, wenn Sie sie schon vor der Behandlung bekommen. Es ist nicht sinnvoll, erst abzuwarten, ob Ihnen übel wird oder nicht. Es kann auch ratsam sein, dass Sie sich im Vorhinein Rezepte für zu Hause mitgeben lassen. Unterstützend zur vorbeugenden Behandlung mit Medikamenten können Akupunktur oder Akupressur sein. Studien haben gezeigt, dass so sofortiges Erbrechen etwas verringert werden kann. Ein Ersatz für eine Behandlung mit Medikamenten ist die Akupunktur aber nicht.

Durchfälle und Verstopfung

Bestrahlung und Chemotherapie können Durchfälle verursachen. Diese werden mit Medikamenten behandelt. Einige Betroffene haben gute Erfahrungen damit gemacht, auf fetthaltige, stark gewürzte Speisen, Alkohol und Koffein zu verzichten. Da man bei Durchfällen viel Flüssigkeit verliert, ist es wichtig, dass Sie viel trinken.

Verursachen Medikamente Verstopfung, empfehlen die Experten vorbeugend die Einnahme von Abführmitteln.

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

Sind die roten Blutzellen vermindert, spricht man von einer Blutarmut (Anämie). Bei sehr wenigen roten Blutzellen können Bluttransfusionen notwendig sein.

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

am Wochenende, Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt melden! Zur Vermeidung von Infektionen erhalten Sie manchmal vorsorglich Antibiotika.

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

Nervenschäden

Platinverbindungen wie Cisplatin oder Carboplatin können Empfindungsstörungen hervorrufen. Die Beschwerden sind meist vorübergehend, wenn sofort reagiert wird. Bei Taubheitsgefühl, Brennen, Kribbeln oder Schmerzen sollten Sie sich sofort an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt wenden. Dann muss die Chemotherapie angepasst oder abgesetzt werden.

11. Rehabilitation – der Weg zurück in den Alltag

Eine Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung, AHB, „Reha“) kann Sie unterstützen, die verschiedenen Folgen von Krankheit und Behandlung zu bewältigen. So kommen Sie körperlich und seelisch wieder auf die Beine. Sie soll Ihnen die Rückkehr in den Alltag, in Ihre Familie, in Ihr Berufsleben und in die Gesellschaft erleichtern.

Bei der Rehabilitation arbeiten Fachleute aus verschiedenen Gebieten zusammen, zum Beispiel Medizin, Krankenpflege, Psychologie, Physio-, Ergo- und Sporttherapie. Sie erhalten viele verschiedene Angebote wie beispielsweise Bewegungstherapie, Badetherapie, Wärmepackungen, Erlernen von Entspannungstechniken, Sozialberatung, Gespräche sowie Schulungen zum Umgang mit der Krankheit einschließlich Anleitungen zur Harnableitung und Stomaversorgung, Ernährungsberatung und Empfehlungen zum Trinkverhalten.

Rehabilitation nach Harnableitung

Nach Meinung der Experten *soll* Ihnen nach einer Blasenentfernung und Harnableitung eine Rehabilitation angeboten werden. Die Rehabilitation *sollte* stationär erfolgen. Sie *sollten* von Urologen betreut werden, wenn Sie weitere Erkrankungen haben, auch von anderen Fachärzten. Sie *sollen* nach Meinung der Experten ein breites und umfassendes Therapieangebot erhalten. Die Behandlung richtet sich dabei nach Ihren Bedürfnissen.

Besondere Schwerpunkte nach Blasenentfernung sind die Behandlung der Harninkontinenz und der Umgang mit der Harnableitung. Weitere Ziele sind:

- Frühe Komplikationen nach dem chirurgischen Eingriff zu erkennen und zu behandeln. Hierzu gehören beispielsweise Störungen

der Verdauung, der Wundheilung, Entzündungen und Infektionen in den Harnwegen, Thrombosen und Embolien.

- Später auftretenden Komplikationen vorzubeugen wie Problemen mit der Harnableitung oder Störungen der Nierenfunktion.

Eine Anschlussheilbehandlung schließt sich in der Regel unmittelbar an die operative Behandlung im Krankenhaus an. Die Behandlung dauert meist drei Wochen. Manchmal sind körperliche und seelische Einschränkungen erheblich oder die Harninkontinenz ist sehr ausgeprägt. Nach Meinung der Experten *soll* diesen Erkrankten eine verlängerte Rehabilitationsdauer angeboten werden. Dann können auch stärker beeinträchtigte Patientinnen und Patienten wieder eine gute Kontinenz erreichen.

Eine künstliche Harnableitung bedeutet meist eine eingreifende Veränderung, an die man sich erst gewöhnen muss. Es kann zu seelischen Beeinträchtigungen kommen, manche Menschen ziehen sich aus dem Alltag zurück. Vielen macht es hier Hoffnung und Mut, sich mit anderen auszutauschen und zu erfahren, wie man den Alltag besser bewältigen kann. In der Rehabilitation können Sie Kontakt zu einer Blasenkrebs-Selbsthilfegruppe aufnehmen.

Etwa sechs bis zwölf Monate nach der Blasenentfernung soll Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt überprüfen, ob Sie eine weitere Rehabilitation brauchen.

Umgang mit der Ersatzblase

Die neue Blase kann noch nicht so gut Urin sammeln, halten und entleeren. Eine Harninkontinenz ist die Folge. Nach Expertenmeinung *soll* diese mithilfe eines multimodalen Konzepts behandelt werden. Das heißt: Mehrere Behandlungsverfahren werden eingesetzt und ergänzen sich in ihrer Wirksamkeit. Bei der Therapie der Harninkontinenz sind dies Physiotherapie, Schulungen, Medikamente, Elektrotherapie und Biofeedback-Training. Die Physiotherapie steht dabei im Mittelpunkt der Behandlung. Die Ersatzblase „erlernt“, wie sie nach und nach mehr Urin halten kann.

Sie erhalten ein spezielles Training, damit Sie fühlen, wann sie gefüllt ist. Und Sie lernen gezielte Maßnahmen kennen, damit Sie nachts nicht einnässen.

Die neue Blase ist aus Darm geformt. Darmgewebe besteht aus Schleimhaut, die auch als „Blase“ weiterhin Schleim bildet. Der Schleim begünstigt, dass der Harn nicht vollständig ausgeschieden wird, im schlimmsten Fall gar nicht mehr. Dann kann sich die Harnblase entzünden. Ein „Spülen“ der Blase kann hilfreich sein. Anfänglich können Spülungen der Ersatzblase über einen Katheter notwendig sein. Speziell geschulte Pflegekräfte oder Stomatherapeuten zeigen Ihnen, wie das Katheterisieren geht. Schleimlösend können das Medikament Acetylcystein und spezielle Teemischungen (Galama-Tee) wirken. Die Experten empfehlen, dass Sie jeden Tag etwa zwei Liter hellgelben Urin ausscheiden sollten. Nach einigen Wochen bis Monaten verringert sich die Schleimbildung von allein.

Harnwegsinfektionen treten bei Ersatzblase häufiger auf. Ursachen hierfür sind zum Beispiel die Schleimbildung oder ein Rückfluss des Harns in die oberen Harnwege. Anzeichen sind Unwohlsein, Bauchschmerzen, Schüttelfrost und Fieber. Gehen Sie dann auf jeden Fall zum Arzt, damit er die richtige Behandlung einleiten kann. Möglicherweise benötigen Sie ein Medikament gegen Bakterien, sogenannte Antibiotika. Oder es muss ein Katheter in die Harnblase eingeführt werden, um die Harnblase vollständig zu entleeren.

Umgang mit Pouch und Urostoma

Haben Sie ein Stoma, so *sollen* Sie nach Meinung der Experten während des Krankenhausaufenthaltes und der Rehabilitation erlernen, wie Sie damit umgehen. Sind Sie selbst dazu nicht in der Lage, so können Angehörige oder Betreuer Sie unterstützen. Bei der Kostenübernahme für die ambulante Pflege gibt es bestimmte Einschränkungen, die Sie mit Ihrer Krankenkasse vorab klären

sollten. Bei der praktischen und psychosozialen Bewältigung helfen Ihnen Ärzte, Psychologen und Stomatherapeuten.

Sie erlernen, wie man den Stomabeutel entleert und die Stomaversorgung wechselt. Bei Pouch erlernen Sie, wie sie selbst einen Katheter über das Stoma einführen können, um Ihren Pouch zu entleeren (Selbstkatheterisierung). Sie erfahren, wo Sie sich mit Hilfsmitteln versorgen und wie Sie zu Hause Kontakt zu einem Stomatherapeuten aufnehmen können. Besonders bei Komplikationen wie Harnwegsinfektionen, Undichtigkeiten und Hautreizungen sind Stomatherapeuten und Ärzte wichtige Ansprechpartner. Gegebenenfalls müssen diese die Stomaversorgung anpassen. Besprechen Sie dies mit Ihrer Krankenkasse.

Verdauungsstörungen

Nach der Operation kann es häufiger zu Verstopfung kommen. Eine leicht verdauliche, nicht blähende und fettarme Vollkost und eine ausreichende Trinkmenge von zwei bis zweieinhalb Litern sollen helfen, die Darmbewegung wieder anzuregen. Einläufe und Abführmittel können zusätzlich helfen.

Wenn längere Darmstücke für die Harnableitung genutzt wurden, zum Beispiel bei einer Neoblase oder einem Pouch, steht nicht mehr genügend Darm zur Verfügung. Fette, fettlösliche Vitamine und Gallensäuren werden nicht mehr ausreichend aufgenommen. Gallensäuren führen zu Wassereinstrom in den Darm, so dass der Stuhl sehr weich wird und Durchfall entstehen kann. Fette werden ausgeschieden, es entsteht ein sogenannter Fettstuhl. Das Medikament Colestyramin kann helfen, die Gallensäuren zu binden. Manchen hilft auch, leicht verdauliche Fette zu essen.

Wird ein bestimmtes Dünndarmstück für die Harnableitung genommen, kann es sein, dass Sie nicht mehr genügend Vitamin B12 aufnehmen können. Dieses Vitamin wird benötigt, um rote Blutzellen zu bilden. Allerdings kann der Körper lange Zeit Vitamin B12 speichern. Deshalb soll erst nach frühestens drei Jahren das Vita-

min im Blut bestimmt werden. Liegt ein Mangel vor, so kann man das Vitamin spritzen.

Übersäuerung des Blutes

Infolge der Harnableitung kann es zu einer Übersäuerung des Blutes (Azidose) kommen. Anzeichen hierfür sind Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Übelkeit oder Appetitlosigkeit. Deshalb soll das Behandlungsteam direkt nach der Operation mindestens einmal pro Woche den Säuregehalt im Blut bestimmen. Dazu wird der sogenannte pH-Wert bestimmt. Liegt er deutlich unter 7,4, erhalten Sie ein Gegenmittel (Natriumhydrogencarbonat).

Sexualstörungen

Nach der Behandlung kann es zu sexuellen Funktionsstörungen kommen, wie zum Beispiel Erektions- und Orgasmusstörungen. Vielen Betroffenen fällt es schwer, ihre Sexualität unbefangen zu erleben. Dies kann sich negativ auf die Lebensqualität und die Beziehung zum Partner auswirken. Nach Meinung der Experten *sollte* das Behandlungsteam Sie offen auf das Thema Einschränkungen im Sexualleben ansprechen und Ihnen Informationen anbieten. Männer können Medikamente oder Hilfsmittel erhalten. Empfehlungen für Frauen können die Experten aufgrund der nicht vorhandenen Studienlage zu Sexualstörungen nicht aussprechen. Weitere Informationen siehe Seite 127.

Lymphödem

Durch das Entfernen von Lymphknoten im Becken fließt bei vielen Betroffenen die Lymphe nicht mehr richtig ab. Es kann zu Schwellungen in den Beinen kommen. Wenden Sie sich in diesem Fall an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. Nachdem andere Ursachen für eine Schwellung ausgeschlossen wurden, zum Beispiel eine Thrombose, *sollen* Sie nach Expertenmeinung eine Kompressionsbehandlung erhalten. Sie bekommen elastische Wickelungen mit Bandagen oder Kompressionsstrümpfe. Eine manuelle Lymphdrainage *kann* nach Meinung der Experten zusätzlich helfen. Die Studienlage zu Lymphödemen der Beine ist unzureichend. Die Empfeh-

lungen beruhen auf Studienergebnissen aus der Brustkrebsbehandlung. Dort kommt es häufiger zu Lymphödemen im Arm nach Lymphknotenentfernung.

Rehabilitation nach Chemotherapie

Es gibt keine Studien, die die Auswirkungen von RehaMaßnahmen auf Betroffene mit Blasenkrebs nach Chemotherapie untersuchten. Die Expertengruppe schlussfolgert aus RehaMaßnahmen anderer Krebserkrankungen.

Eine Chemotherapie kann belastende Nebenwirkungen haben, die auch nach Therapieende andauern können. Aus diesem Grund *soll* Ihnen nach Meinung der Expertengruppe nach einer Chemotherapie eine Rehabilitation angeboten werden. Die Behandlung richtet sich nach Ihren Bedürfnissen. Trotzdem sollten Sie nach einer Chemotherapie ausreichend bei Kräften sein, damit Sie von der Rehabilitation einen Nutzen haben.

Häufig empfinden Betroffene eine tumorbedingte Erschöpfung (Fatigue) als am stärksten belastend. Nach Meinung der Experten *soll* das Behandlungsteam prüfen, ob diese bei Ihnen vorliegt, und Sie gegebenenfalls behandeln (siehe Seite 96).

Chemotherapie-Wirkstoffe wie Platinverbindungen und Taxane können Schädigungen an Nerven und Empfindungsstörungen hervorrufen. Bei etwa vier von zehn Patientinnen oder Patienten verschlechtern sie sich häufig noch einmal zwei bis sechs Monate nach der Chemotherapie. Der Heilungsprozess dauert mindestens ein halbes Jahr. Bei „Nervenschmerzen“ kann manchmal das Medikament Duloxetin helfen. Ergotherapie wird häufig eingesetzt. Ob sie Folgen der Chemotherapie lindern kann, ist derzeit unklar. Für die Magnetfeldtherapie, Akupunktur und Elektrostimulation liegen Hinweise vor, dass sie wirksam sein können.

Manchmal beeinträchtigt die Krebsbehandlung das Gedächtnis. Die Fachleute sprechen von „kognitiven Defiziten“, hierzu gehören Störungen

- der Aufmerksamkeit;
- der Konzentration;
- des Denkens;
- des Erinnerns und Merkens (meist Kurzzeitgedächtnis);
- des Lernens;
- des Ausführens von komplexen Aufgaben.

In der Rehabilitation werden computergestützte Trainingsprogramme angeboten sowie Verhaltenstherapie. Es gibt Hinweise, dass diese Verfahren bei Brustkrebspatientinnen wirken. Deshalb empfehlen die Experten sie auch bei Blasenkrebspatienten.

Nach einer Chemotherapie kann es zu Mangelernährung bis hin zur Abmagerung und Auszehrung kommen. Eine Mangelernährung sollte das Behandlungsteam rechtzeitig feststellen und behandeln. Ihnen können dann beispielsweise Essen mit spezieller Fett- und Kohlenhydratzusammensetzung, kalorienhaltige Trinklösungen oder Sondennahrung angeboten werden.

Wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Stomatherapeuten, wenn Komplikationen bei der künstlichen Harnableitung oder Schwierigkeiten bei der Versorgung auftreten.

Unterstützung bei seelischen Belastungen in der Rehabilitationsphase

Viele Krebspatientinnen und Krebspatienten fühlen sich zeitweise oder länger niedergeschlagen und traurig, manchmal sogar verzweifelt. Außerdem kann eine Krebserkrankung Angst auslösen. Als besonders belastend empfinden Betroffene häufig die Zeit nach dem Ende der aktiven Krebsbehandlung und dem Hoffen darauf, dass der Behandlungserfolg sich dauerhaft einstellt.

Existenzielle und soziale Sorgen, Gefühle wie Wut, Scham, Ärger, Hilf- und Hoffnungslosigkeit treten häufig auf.

Psychosoziale Angebote können seelische Belastungen verringern und einen positiven Einfluss unter anderem auf Angst, Depressionen, Hilflosigkeit, Schmerzen, berufliche Beeinträchtigung, körperliche und soziale Aktivitäten haben. Der Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung ist eine gute Möglichkeit, um psychosoziale Angebote wahrzunehmen, zum Beispiel:

- Austausch mit Mitpatienten;
- psychologische Einzel- oder Paargespräche;
- Gruppengespräche;
- Verfahren zur körperlichen und seelischen Entspannung wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson;
- Seminare mit Hinweisen zur Lebensführung nach Blasenkrebstherapie;
- medizinische Beratung, insbesondere zum Verlauf der Erkrankung.

Es ist gut, wenn Sie sich so früh wie möglich Hilfe suchen. Trauen Sie sich, Ihre Ängste und Sorgen Ihrem Behandlungsteam mitzuteilen. Man wird Sie verstehen und gemeinsam mit Ihnen eine passende Behandlung finden. Hilfreich ist auch der Kontakt zu anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen.

Auch Behandlungen, die vorrangig den Körper stärken, wie Bewegungstherapie, Bade- und Physiotherapie, Ergotherapie können einen positiven Einfluss auf die Seele haben. Mehrere Studien haben gezeigt, dass Bewegung nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit bessert. Nebenbei wird auch die Körperwahrnehmung geschult, was sich positiv auf das seelische Empfinden auswirken kann. Bewegung kann auch Angst, Depression und Schlafstörungen mindern. Viele Betroffene können ihren Alltag leichter bewältigen.



Soziale Rehabilitation: Zurück in den Beruf?

Bei Fragen zur Rückkehr ins Berufsleben können Sie sich auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Reha-Einrichtung und an den Sozialdienst wenden (siehe Kapitel „Sozialrechtliche Unterstützung“ ab Seite 117). Hier ist wichtig, dass Sie Ihre Rechte, Ihre Möglichkeiten, eventuelle Nachteile und Folgen kennen, bevor Sie Entscheidungen treffen. Beim beruflichen Wiedereinstieg werden mögliche Änderungen im Leistungsvermögen berücksichtigt. Sie werden auch beraten zu Nachsorge, Rentenfragen, wirtschaftlicher Sicherung und Schwerbehinderung.

Nach längerer Arbeitsunfähigkeit bietet die stufenweise Wiedereingliederung Ihnen die Möglichkeit, sich schrittweise wieder an ein normales Arbeitspensum zu gewöhnen. In welchem Zeitraum dies geschieht, hängt von Ihrer persönlichen Situation ab. Üblicherweise steigert sich die Arbeitsleistung innerhalb von vier Wochen bis sechs Monaten von anfangs zwei bis vier Stunden über sechs Stunden wieder auf die volle Arbeitszeit.

Wie beantrage ich eine Reha?

Bei der Antragstellung unterstützen Sie die Sozialdienste im Krankenhaus oder Krebsberatungsstellen. Die Anschlussheilbehandlung schließt möglichst direkt an den Aufenthalt im Krankenhaus an. Scheuen Sie sich nicht nachzufragen, wenn sich die Antragsbearbeitung lange hinzieht.

Sollten Sie eine Ablehnung erhalten, dann hat ein Widerspruch oft Erfolg. Zögern Sie nicht, die Beratung von Sozialdiensten, Krebsberatungsstellen und weiteren Fachberatungsstellen wie Integrationsfachdiensten in Anspruch zu nehmen. Informieren Sie sich über Ihre Leistungsansprüche auch bei Ihrer Krankenkasse. Bei fortbestehenden Beschwerden kann innerhalb eines Jahres nach der Krebsbehandlung ein erneuter Rehaantrag gestellt werden.

Gut zu wissen: Rehabilitation

Verordnung

Informationen und Hinweise zur Verordnung von Reha-Leistungen bei der Rentenversicherung finden Sie unter: www.deutscherentenversicherung.de.

Reha-Servicestellen

Unterstützung bei der Auswahl des Trägers und der Stellung der Anträge erhalten Sie auch bei sogenannten Reha-Servicestellen. Reha-Servicestellen gibt es in allen Bundesländern. Die Adressen finden Sie im Internet unter: www.reha-servicestellen.de.

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

Wenn Ihre Behandlung zunächst abgeschlossen ist, werden Sie durch Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt weiterhin betreut. Man spricht von einer sogenannten Nachsorge. Ziel ist es:

- Sie bei Behandlungsfolgen zu unterstützen und behandeln;
- rechtzeitig einen Krankheitsrückfall, ein sogenanntes Rezidiv, zu entdecken und zu behandeln;
- rechtzeitig Störungen der Harnwege zu entdecken und zu behandeln;
- Metastasen in anderen Organen zu entdecken und zu behandeln.

Nachsorge bei nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs

Nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs kehrt häufig nach erfolgreicher Behandlung zurück. Eine regelmäßige Nachsorge empfehlen die Experten daher, um rechtzeitig einen Krankheitsrückfall zu erkennen und zu behandeln. Dabei hat nicht jeder nicht-muskelinvasive Blasenkrebs ein hohes Rückfallrisiko, sondern es gibt Unterschiede (siehe Seite 57). Daher ist die Leitliniengruppe der Meinung, dass Ihr Ärzteteam Ihr Rückfallrisiko einschätzen *soll*.

Nach Ihrem Risiko richtet sich, wie oft und welche Nachsorgeuntersuchungen Ihnen angeboten werden sollten (siehe Tabelle). Ein Gespräch darüber, wie es Ihnen geht und ob neue Beschwerden aufgetreten sind, gehört immer dazu, ebenso eine körperliche Untersuchung. Eine Blasenspiegelung erhalten Sie fast immer. Sie wird bei mittlerem und hohem Rückfallrisiko um die Urinzytologie ergänzt. Sie hilft, um nach weiteren Tumoren in den Harnwegen zu suchen. Haben Sie ein hohes Rückfallrisiko, empfehlen die Experten bildgebende Verfahren wie CT oder MRT mit Kontrastmittel. Außerdem sollen Ihnen diese Verfahren bei niedrigem Rück-

fallrisiko angeboten werden, wenn der Krebs in einem bestimmten Bereich der Harnblase lag (sogenanntes Trigonum) oder wenn Sie mehrere Blasenkrebstumoren hatten. Auch dann ist die Wahrscheinlichkeit für weitere Tumoren in den Harnwegen erhöht.

Studien, die Art und Häufigkeit von Nachsorgeuntersuchungen bei Blasenkrebs untersuchten, liegen nicht vor. Die Leitliniengruppe empfiehlt folgendes Schema, von dem selbstverständlich auch abgewichen werden kann:

| Nachsorgeuntersuchungen für Betroffene mit nicht-muskelinvasivem Blasenkrebs | | | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|
| | nach 3 Monaten | nach 6 Monaten | nach 9 Monaten | nach 1 Jahr | nach 2 Jahren | nach 3 Jahren | nach 4 Jahren | nach 5 Jahren | nach >5 Jahren jährlich |
| Nachsorgeuntersuchungen für Patienten mit niedrigem Rückfallrisiko | | | | | | | | | |
| Blasenspiegelung | X | | | X | X | X | X | X | |
| Bildgebende Untersuchungen | Ausnahme* | | | | | | | | |
| Nachsorgeuntersuchungen für Patienten mit mittlerem Rückfallrisiko | | | | | | | | | |
| Blasenspiegelung | X | X | X | X | 2x | 2x | X | X | X |
| Urinzytologie | X | X | X | X | 2x | 2x | X | X | X |
| Nachsorgeuntersuchungen für Patienten mit hohem Rückfallrisiko | | | | | | | | | |
| Blasenspiegelung | X | X | X | X | 4x | 2x | 2x | X | X |
| Urinzytologie | X | X | X | X | 4x | 2x | 2x | X | X |
| Bildgebende Untersuchungen | X | | | | X | X | X | X | X |

* Ausnahme: bei Tumor im Trigonum der Blase und wenn mehrere Tumoren vorlagen



Nachsorge bei muskelinvasivem Blasenkrebs

Die Nachsorgeuntersuchungen bei muskelinvasivem Blasenkrebs hängen davon ab, ob Ihre Blase entfernt wurde und Sie eine künstliche Harnableitung erhalten haben. Oder ob bei Ihnen ein blasenerhaltendes Vorgehen gewählt wurde.

Nachsorge bei künstlicher Harnableitung

Bei Erkrankten nach Blasenentfernung können Rückfälle im Bereich des Beckens, in der belassenen Harnröhre oder im oberen Harntrakt auftreten. Der Krebs kann sich aber auch weiter im Körper ausgebreitet haben, zum Beispiel in die Lunge. Nach Rückfällen und Metastasen sucht die Ärztin oder der Arzt mit verschiedenen Untersuchungsverfahren: Urinzytologie, Blasenspiegelung, Spülzytologie der Harnröhre sowie bildgebenden Verfahren.

Bei Betroffenen mit Blasenentfernung und Harnableitung kommen weitere Nachsorgeuntersuchungen hinzu, die Veränderungen im Blut und Funktionsstörungen aufdecken sollen. Hierzu gehören Blutuntersuchungen, die Kontrolle der Harnableitung und Befragungen zur Kontinenz und Sexualfunktion. Sagen Sie Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt auch, wenn Sie sich seelisch oder sozial belastet fühlen. Sie oder er kann Sie auf Angebote zur psychosozialen Unterstützung hinweisen (siehe Seite 115).

Komplikationen bei den Harnableitungen nehmen im Verlauf der Nachsorgezeit zu. Zu den häufigsten gehören: Harnwegsinfektionen, Bildung von Harnsteinen, Harninkontinenz oder Verengungen. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt prüft mithilfe der Ultraschalluntersuchung, ob die Funktion des Harntrakts und der Harnableitung in Ordnung ist. Bei Schwierigkeiten oder Komplikationen mit der Stomaversorgung sollten Sie von einem Stomatherapeuten unterstützt werden.

Die Experten der ärztlichen Leitlinie empfehlen folgendes Schema für Erkrankte mit Harnableitung. Die Empfehlungen beruhen auf Erfahrungen und Expertenmeinungen. Natürlich kann es immer Anlässe geben, davon abzuweichen.

Nachsorgeuntersuchungen für Betroffene mit muskelinvasivem Blasenkrebs und Blasenentfernung

| | nach 3 Monaten | nach 6 Monaten | nach 1 Jahr | nach 1,5 Jahren | nach 2 Jahren | nach 2,5 Jahren |
|--|----------------|----------------|-------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Blutuntersuchungen | X | X | X | X | X | X |
| Urinkultur | X | X | X | X | X | X |
| Urinzytologie | | X | X | X | X | |
| Spülzytologie/Spiegelung Harnröhre* | | X | X | X | X | X |
| Vitamin B12** | | | | | | |
| Ultraschall | X | X | X | X | X | X |
| CT Brustkorb/Bauch inkl. Urographie | (X) | X | X | X | X | |
| Stomakontrolle | X | X | X | X | X | X |
| Befragung zur Kontinenz und Sexualfunktion | X | X | X | X | X | X |
| Psychosoziale Befragung | X | X | X | X | X | X |

| | nach 3 Jahren | nach 3,5 Jahren | nach 4 Jahren | nach 4,5 Jahren | nach 5 Jahren | nach >5 Jahren jährlich |
|--|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-------------------------|
| Blutuntersuchungen | X | X | X | X | X | X |
| Urinkultur | X | X | X | X | X | X |
| Urinzytologie | X | | X | | X | X |
| Spülzytologie/Spiegelung Harnröhre* | X | X | X | X | X | |
| Vitamin B12** | X | | X | | X | X |
| Ultraschall | X | X | X | X | X | X |
| CT Brustkorb/Bauch inkl. Urographie | X | | X | | X | X*** |
| Stomakontrolle | X | X | X | X | X | X |
| Befragung zur Kontinenz und Sexualfunktion | X | X | X | X | X | X |
| Psychosoziale Befragung | X | X | X | X | X | X |

X = wird empfohlen bei T2-, T3- und T4-Tumoren

X = wird zusätzlich empfohlen bei T3- und T4-Tumoren oder bei Lymphknotenbefall

* wenn die Harnröhre nicht entfernt wurde

** wenn mehr als 20 cm Darm entnommen wurde

*** bei Verdacht auf Krankheitsrückfall

Nachsorge bei blasenerhaltender Behandlung

Aussagekräftige Studien zur Art und Häufigkeit der Nachsorgeuntersuchungen bei blasenerhaltender Behandlung liegen derzeit nicht vor. Man weiß jedoch, dass Rückfälle recht häufig auftreten. Etwa 13 bis 40 von 100 Erkrankten sind davon betroffen. Die meisten Rückfälle treten innerhalb der ersten drei Jahre nach der Behandlung auf. Entsprechend *sollte* nach Meinung der Expertengruppe den Betroffenen eine Blasenspiegelung angeboten werden:

- in den ersten drei Jahren alle drei Monate;
- im vierten und fünften Jahr nach Behandlung halbjährlich;
- anschließend jährlich.

Bei Blasenkrebsverdacht sollte die Ärztin oder der Arzt eine transurethrale Resektion durchführen, die krebsverdächtigen Stellen entfernen und unter dem Mikroskop untersuchen.

Studiendaten, die einen Nutzen von Urinzytologie und bildgebenden Untersuchungen auf den Krankheitsverlauf zeigen, konnten von der Leitliniengruppe nicht gefunden werden. Trotzdem *sollte* nach Expertenmeinung eine regelmäßige Urinzytologie in der Nachsorge erfolgen, da es ein sehr einfaches und wenig belastendes Verfahren ist.

Nachsorge bei metastasiertem Blasenkrebs

Für die Nachsorge bei metastasiertem Blasenkrebs hat die Leitliniengruppe keine Studien gefunden. Sie empfehlen daher ein Vorgehen, welches sich an Ihren persönlichen Bedürfnissen, beispielsweise Ihren Beschwerden, orientiert. Zeitpunkte und Art der Untersuchungen werden individuell an Sie angepasst. Empfohlen wird immer eine Befragung zu Ihren körperlichen und seelischen Beschwerden, wie Sie Ihre Lebensqualität einschätzen sowie Ihre Sexualität und Kontinenz. Untersuchungen des Blutes, Ultraschalluntersuchung und CT der ableitenden Harnwege sieht die Expertengruppe ebenfalls als empfehlenswert an.

13. Beratung suchen – Hilfe annehmen

Eine Krebserkrankung verändert das Leben von Erkrankten und deren Angehörigen. Die Krankheit und ihre Behandlung belasten nicht nur körperlich, sondern auch seelisch. Zu den Folgen können auch Probleme in der Familie sowie berufliche und soziale Belastungen gehören, zum Beispiel Berentung oder finanzielle Sorgen.

Wenn Sie das Gefühl haben, dass die Erkrankung Ihre Kräfte zu sehr beansprucht, kann es hilfreich sein, sich professionelle Unterstützung zu suchen. Bei seelischen und sozialen Belastungen sowie rechtlichen Fragen infolge der Krebserkrankung stehen Ihnen verschiedene Anlaufstellen zur Verfügung. Sie finden Ansprechpartner während Ihres stationären Aufenthaltes, in Krankenhäusern oder in Rehabilitationseinrichtungen. Ambulant bieten Ihnen beispielsweise Ihre Ärzte, Psychotherapeuten/Psychonkologen, Krebsberatungsstellen und Selbsthilfegruppen Informationen und Unterstützung an.

Psychosoziale Unterstützung

Fast alle Menschen erleben eine Krebserkrankung als eine schwierige und belastende Situation. Sie fühlen sich in ihrer Lebensqualität erheblich durch körperliche Beschwerden und psychosoziale Probleme eingeschränkt.

Nach Expertenmeinung *sollten* Sie während des gesamten Krankheitsverlaufs regelmäßig nach Ihrer Lebensqualität befragt werden. In Gesprächen und mittels speziellen Fragebögen kann diese erfasst werden.

Bei anhaltenden oder akuten Beschwerden *soll* Ihnen nach Meinung der Experten psychosoziale Unterstützung angeboten werden. Sie können hier verschiedene Themen ansprechen, zum Beispiel persönliche Sorgen, Ihre Einstellung zur Krankheit, den Umgang mit sich selbst und anderen, Partnerschaft, Sexualität,

Familie oder Beruf. Manchmal genügt es, „einfach nur über die Krankheit zu sprechen“, Ängste und Sorgen loszuwerden. In anderen Fällen ist der Unterstützungsbedarf größer. Dann sind zur Behandlung der seelischen Beschwerden beispielsweise Entspannungsverfahren, Psychotherapie oder Medikamente geeignet.

Patientenleitlinie „Psychoonkologie“

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

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

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

www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Patientenleitlinien.8.0.html
www.krebshilfe.de

Sozialrechtliche Unterstützung

In vielen Fällen wirft eine Krebserkrankung auch sozialversicherungsrechtliche und existenzielle Fragen auf. Manchmal kann die Rückkehr in den Beruf nicht möglich sein. Deshalb stellen sich zum Beispiel Fragen wie:

- Wie sichere ich künftig mein Einkommen?
- Welche Hilfen kann ich in Anspruch nehmen?
- Wie sind meine Angehörigen abgesichert?

Ein paar Hilfestellungen geben wir Ihnen in dieser Patientenleitlinie. Diese stammen nicht aus der S3-Leitlinie. Die Tipps können aber trotzdem hilfreich sein, da Betroffene ihre eigenen Erfahrungen gesammelt und für Sie aufbereitet haben.

Ansprechpartner und Anlaufstellen bei sozialrechtlichen Fragestellungen

Wenn Sie zu sozialrechtlichen Themen Fragen haben, stehen Ihnen zum Beispiel in Sozialdiensten und Krebsberatungsstellen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen als Ansprechpartner zur Verfügung. Es ist wichtig, dass Sie und Ihre Angehörigen jemanden haben, den Sie vertrauensvoll ansprechen können und der Sie unterstützt. Sie können sich auch im Krankenhaus mit dem Wunsch melden, einen Sozialdienstmitarbeiter oder eine Sozialdienstmitarbeiterin zu sprechen. Oder Sie wenden sich nach der Entlassung an eine Krebsberatungsstelle oder eine andere Fachberatung, schildern Ihr Problem und vereinbaren einen Beratungstermin. Erfahrungen mit dem Thema haben zudem Patientenorganisationen. Beratungsstellen gibt es auch bei Ihrer Krankenversicherung, dem zuständigen Rentenversicherungsträger, Sozialverbänden, dem Sozialamt, dem Versorgungsamt oder der Arbeitsagentur. Adressen finden Sie ab Seite 138.

Welche Sozialleistungen gibt es?

Es gibt eine Vielzahl von Sozialleistungen, die Sie in Anspruch nehmen können. Es handelt sich um Sach- oder Geldleistungen,

die Ihnen zumindest eine gewisse materielle Sicherheit geben sollen. Häufige Leistungen sind Krankengeld, Schwerbehindertenausweis und medizinische Rehabilitation. Darüber hinaus gibt es noch einige andere Leistungen. Worauf Sie im Einzelnen Anspruch haben, hängt auch von Ihrer persönlichen Situation ab, zum Beispiel vom Einkommen, von der Dauer und Schwere der Krankheit oder davon, wo Sie versichert sind.

Es gibt außerdem Leistungen, zu denen Sie selbst beitragen müssen. Beispielsweise müssen Sie dafür Sorge tragen, alle Unterlagen vollständig einzureichen, die für die Bewilligung von Leistungen erforderlich sind. Es kann vorkommen, dass Sie eine Ablehnung aus Ihnen nicht nachvollziehbaren Gründen erhalten oder dass befristete Leistungen auslaufen. In diesen Fällen sollten Sie Ihre Rechte kennen und sich beraten lassen, wenn Sie unsicher sind (siehe Kapitel „Ihr gutes Recht“ ab Seite 133).

Hier ein paar praktische Tipps:

- Wenn Sie bis vor der Erkrankung gearbeitet haben, erhalten Sie zunächst sechs Wochen Lohnfortzahlung. Danach beginnt das Krankengeld, das Sie bei der Krankenkasse beantragen müssen. Die Krankenkasse gewährt das Krankengeld in der Regel für 78 Wochen.
- Möglicherweise steht eine Rückkehr zum Arbeitsplatz in Frage oder wird von außen in Frage gestellt (Frühberentung). Hier ist es wichtig, dass Sie Ihre Rechte, mögliche Nachteile und Folgen kennen, bevor Sie Entscheidungen treffen.
- Wenn Sie zur Arbeit zurückkehren, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung. Ihr Arzt oder Ihre Ärztin legt die Wiedereingliederung in Abstimmung mit Ihnen, Ihrem Arbeitgeber und Ihrer Krankenkasse fest.
- Wenn Sie die Arbeit tatsächlich – auch nach einer Reha und entsprechender Beratung – nicht wieder aufnehmen können, ist zu prüfen, ob Sie eine Rente erhalten können.

- Wenn Sie Sorge haben, ob das Einkommen der Familie zum Lebensunterhalt reicht, sollten Sie sich über sozialrechtliche Leistungen zur Sicherung der Lebensgrundlage informieren, beispielsweise beim Arbeitsamt, Jobcenter oder Sozialamt. Lassen Sie sich dabei unterstützen.
- Der Grad der Behinderung (GdB) gibt an, wie stark jemand aufgrund einer Funktionsbeeinträchtigung (Behinderung) eingeschränkt ist. Das Versorgungsamt legt den GdB fest.
- Bei einer Krebserkrankung erhalten Sie mindestens einen GdB von 50 Prozent für die ersten fünf Jahre. Danach wird der GdB erneut überprüft. Ab einem GdB von 50 Prozent bekommen Sie einen Schwerbehindertenausweis. Einen Antrag auf dieses Dokument können Sie direkt bei Ihrem zuständigen Versorgungsamt stellen. Informationen hierzu finden Sie unter: www.integrationsaemter.de. Die jeweilige Adresse können Sie beim Bürgeramt der Kommune/Stadt erfragen.
- Bei einem GdB von 30 oder 40 Prozent können Sie eine sogenannte Gleichstellung bei der Agentur für Arbeit beantragen. Sie erhalten dann ähnliche Leistungen wie Schwerbehinderte, etwa einen besonderen Kündigungsschutz. Bei einer Krebserkrankung wird der GdB im Allgemeinen nur für einige Jahre bestimmt. Danach erfolgt meist eine Nachprüfung. Die Behörde kann jederzeit das Vorliegen der Voraussetzungen für die Behinderung erneut prüfen. Getroffene Feststellungen können aufgehoben oder verändert werden, wenn festgestellt wird, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verbessert (Heilungsbewährung) oder verschlechtert (Verschlechterungsantrag) haben. Auch Sie selbst können jederzeit einen Änderungsantrag stellen.
- Wenn Sie auf Hilfe angewiesen sind, insbesondere bei der Selbstversorgung, dann könnten Leistungen über die Pflegekasse für Sie in Frage kommen. Der Antrag wird bei der Krankenkasse, unter deren Dach die Pflegekasse sitzt, gestellt. Die Krankenkasse beauftragt dann den Medizinischen Dienst (MDK), der bei Ihnen zu Hause einen Besuch macht, um Ihren Pflegebedarf zu überprüfen. Es gibt zudem hauswirtschaftliche Dienste oder Nachbarschaftshilfen, die vielleicht für Sie geeignet sind. Erkundigen Sie sich bei



Beratungsstellen und Pflegestützpunkten. Dort können Sie sich auch zur Finanzierung dieser Hilfen beraten lassen.

- Liegt bei Ihnen der Verdacht vor, dass es sich um Blasenkrebs als Berufskrankheit handelt, muss dies Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr behandelnder Arzt der Berufsgenossenschaft anzeigen. Es folgen ein sogenanntes Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren und eine arbeitsmedizinische Begutachtung. Das heißt, es wird geprüft, ob bei Ihnen die medizinischen und rechtlichen Bedingungen für eine Berufskrankheit erfüllt sind. Wird Ihre Krebserkrankung als Berufskrankheit anerkannt, übernimmt Ihre Berufsgenossenschaft beispielsweise Heilbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen oder Entschädigungen.

Selbsthilfe

Vielen neu Betroffenen macht es hier Hoffnung und Mut, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen und zu erfahren, wie man den Alltag besser bewältigen kann. Diese können ein „lebendes Beispiel“ sein, dass sich die Krankheit und die auftretenden Belastungen verarbeiten lassen. Sie können glaubhaft Zuversicht vermitteln und damit helfen, Ängste zu überwinden und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies ist auch Voraussetzung für eine positive Einstellung zu den notwendigen Behandlungen und für eine aktive Mitwirkung am Behandlungsprozess. Nehmen Sie Kontakt zu einer Blasenkrebs-Selbsthilfegruppe auf. Adressen finden Sie ab Seite 138 und unter www.blasenkrebs-shb.de.

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. (ShB)

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. (ShB) ist der bundesweite Zusammenschluss von Einzelpersonen und Selbsthilfegruppen, die sich in ehrenamtlicher Arbeit um an Blasenkrebs erkrankte Menschen und deren Angehörige kümmern. In der Broschüre „Blasenkrebs und Selbsthilfe. Wir über uns“ finden Sie weitere Informationen über den ShB und seine Tätigkeit. Diese und andere Schriften können Sie beim ShB anfordern: www.blasenkrebs-shb.de.

14. Leben mit Blasenkrebs

Eine Krebserkrankung verändert den Alltag von Erkrankten und ihren Angehörigen. Nicht nur die Erkrankung selbst, auch die Behandlungen und ihre Folgen haben Auswirkungen auf das gewohnte Leben. Auch mit der Krebserkrankung gilt es, den Alltag zu bewältigen und das eigene Leben selbständig und lebenswert zu gestalten.

Ein paar Hilfestellungen und praktische Tipps geben wir Ihnen in dieser Patientenleitlinie. Diese stammen nicht aus der ärztlichen Leitlinie. Betroffene haben ihre eigenen Erfahrungen gesammelt und für Sie aufbereitet.

Leben mit der Diagnose Krebs

Warum ich?

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

Nach wie vor gilt: Für die meisten Krebserkrankungen ist keine eindeutige Ursache bekannt.

Mit der Krankheit leben lernen: neue Wege finden

Auch wenn es schwer fallen mag: Geben Sie sich für die Genesungszeit. Erwarten Sie nicht, sofort wieder voll leistungsfähig und

einsatzbereit zu sein. Sie hatten ein Leben vor der Erkrankung, in das Sie hineingewachsen sind. Das Leben nach der Erkrankung ist ein neues Leben, das Sie mit viel Geduld erlernen müssen. Dazu gehört auch, dass immer wieder Arzttermine anstehen, die Sie wahrnehmen sollten. Wenn Sie das Gefühl haben, psychologische oder psychotherapeutische Hilfe zu brauchen, nehmen Sie diese in Anspruch (mehr dazu ab Seite 115).

Manchmal kann es sein, dass Sie bestimmte private oder berufliche Pläne wegen der Erkrankung nicht mehr umsetzen können. Der Abschied von bisherigen Lebensvorstellungen kann schmerzhaft sein und dauern. Mit der Zeit wird es Ihnen möglich werden, Abstand zu gewinnen und neue Wege zu gehen. Lassen Sie sich dabei unterstützen von professionellen Ansprechpartnern, von anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen, aber auch durch Ihre Familie und Freunde.

Mit Stimmungsschwankungen umgehen

Es wird Tage geben, an denen Sie zuversichtlich und voller Energie sind, die Krankheit zu bewältigen. Diese können sich abwechseln mit Zeiten, in denen Sie sich niedergeschlagen, wütend, verzweifelt und hoffnungslos fühlen. All diese Reaktionen sind normal. Niemand kann immer nur positive Gefühle haben. Vielleicht hilft es Ihnen, sich bewusst zu machen, dass seelische Tiefs meist wieder vorbeigehen.

Nehmen Ängste oder Niedergeschlagenheit jedoch zu, sollten Sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (siehe Kapitel „Psychosoziale Unterstützung“ ab Seite 115).

Körperliche Bewegung und Sport

Die Zeiten, in denen man Krebspatientinnen und Krebspatienten empfahl, sich körperlich möglichst viel zu schonen, sind vorbei. Im Gegenteil: Es ist belegt, dass Sport und Bewegung einen positiven Einfluss auf das seelische und körperliche Wohlbefinden haben. Durch eine bessere körperliche Fitness lassen sich auch

häusliche und berufliche Arbeiten leichter bewältigen. Das Vertrauen in den eigenen Körper steigt wieder, und die Abwehrkräfte werden gestärkt.

Wie das Training genau aussieht, spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Wichtig ist, dass Ihr Training an Ihre Kräfte angepasst ist und Sie nicht überfordert. Es gibt spezielle Sportgruppen für Krebskranke, erkundigen Sie sich auch nach Angeboten von Selbsthilfegruppen. Sie können aber ebenso in einem Sportstudio oder gemeinsam mit Freunden aktiv werden. Wenn diese Gruppen oder Angebote für Sie zu anstrengend sind, sollten Sie mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin andere Möglichkeiten wie zum Beispiel Krankengymnastik besprechen

Leben mit bestimmten Krankheits- und Behandlungsfolgen bei Blasenkrebs

Die Erkrankung an Blasenkrebs bringt zum Teil erhebliche Belastungen mit sich. Sie sind unterschiedlich ausgeprägt und treten vor allem nach Blasenentfernung und Anlage einer künstlichen Harnableitung auf. Dies bedeutet eine Umstellung, an die Sie sich erst gewöhnen müssen. So erfordert zum Beispiel die Neoblase eine längere „Trainingszeit“, bis die neue Blase „funktioniert“. Beim Pouch müssen Sie erlernen, sich selbst zu katheterisieren, und beim Urostoma wird das körperliche Erscheinungsbild verändert, und Sie müssen erlernen, mit der Stomaversorgung umzugehen.

Nach der Operation und Rehabilitation können im Alltag auch Anpassungsstörungen auftreten, die bis zur Depression führen können. Manche fühlen sich unwohl, weil sie sich insgesamt eingeschränkt fühlen oder die Rückkehr zum bisherigen Arbeitsplatz schwierig wird.

Sicherlich braucht es etwas Zeit, bis Sie sich an die neue Situation mit der künstlichen Harnableitung gewöhnt haben. Schon bald nach der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung können Sie aber an sich zu Ihren Lebensgewohnheiten zurückkehren. Aus medizinischer Sicht gibt es in der Regel keine Gründe, sich beispielsweise bei gesellschaftlichen, beruflichen oder sportlichen Aktivitäten einzuschränken. Bei allen Fragen zur künstlichen Harnableitung wenden Sie sich an Ihre Ärzte oder Stomatherapeuten.

Zum Weiterlesen

Die Deutsche ILCO e. V.* ist die bundesweit tätige Selbsthilfeorganisation für Stomaträger und für darmkrebsbetroffene Menschen sowie deren Angehörige. Sie informiert, berät und unterstützt Betroffene mit Harnableitung und künstlichem Darmausgang. In ihrer Broschüre „Urostomie – ein Leitfaden“ finden Sie viele praktische Hinweise und Hilfestellungen zum Umgang mit einer Harnableitung. Wir haben einige dieser sehr hilfreichen Tipps aus dieser Broschüre entnommen*. Sie können das vollständige Informationsmaterial hier bestellen: www.ilco.de.

Auch in der Broschüre „Blasenkrebs – was nun?“ des Selbsthilfe-Bundes Blasenkrebs e. V. erhalten Sie viele Informationen aus Sicht der Betroffenen. Die Broschüre ist hier erhältlich: www.blasenkrebs-shb.de.

*Deutsche ILCO e. V., Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn, Telefon: 0228 33889450

Arbeitsleben

Sie können auch als Betroffener mit künstlicher Harnableitung die meisten Berufe ausüben und nach einer gewissen Erholungszeit an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Ungünstig sind beispielsweise jedoch sehr schwere körperliche Tätigkeiten, Arbeiten in Hocke oder im Bücken, sehr heißes Arbeitsklima oder unzureichende Möglichkeiten, eine Toilette aufsuchen zu können. Weitere Informationen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz erhalten Sie auf Seite 117.

Duschen, Baden, Schwimmen

Mit der Neoblase ist das kein Problem. Aber auch der Stomaversorgung schaden Wasser, hautfreundliche Flüssigseifen oder Chlorwasser nicht. Duschen oder Schwimmen können Sie daher mit Stomaversorgung. Verwenden Sie jedoch keine öligen Cremes oder Duschbäder. Die Stomaversorgung sollte fettfrei bleiben, damit sie auf der Bauchdecke fest haften kann. Wenn Sie mit der Stomaversorgung duschen oder baden, kann es notwendig sein, vlies-ummantelte Versorgungen danach zu trocken.

Auch die Nutzung von öffentlichen Schwimmbädern ist möglich. Einzige Voraussetzung ist, dass die Stomaversorgung absolut dicht ist und sicher haftet. Mithilfe von Badeanzügen oder -hosen kann man das Stoma gut kaschieren. Fragen Sie bei Ihrem Stomatherapeuten oder Ihrer Krankenkasse nach.

Ernährung

Eine spezielle Kost ist meist nicht nötig. Empfohlen wird wie sonst auch eine ausgewogene, abwechslungsreiche Ernährung. Bevorzugen Sie ballaststoffreiche Nahrungsmittel, Obst und Gemüse, meiden Sie fettreiche Lebensmittel in großen Mengen. Bei Durchfällen können stopfende Nahrungsmittel wie Bananen oder Reis helfen.

Es kann sein, dass sich Harnsteine bilden oder Harnwegsinfektionen auftreten. Hilfreich ist es, täglich zwei bis drei Liter zu trinken, um die Harnwege ausreichend „zu spülen“. Mineralwässer und Kräutertees sind geeignet. Der Urin sollte hellgelb sein.

Gesellschaftliches Leben

Sie können mit allen Harnableitungen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

Bei den inkontinenten Harnableitungen Urostoma und Harnleiter-Hautfistel ist darauf zu achten, dass die Versorgung intakt ist. Bei auftretenden Undichtigkeiten lassen sich die Ablaufbeutel auch unterwegs gut wechseln. Es wird empfohlen, Ersatzhilfsmittel

mitzuführen, so dass Sie die Stomaversorgung bei Undichtigkeiten jederzeit wechseln können. Hilfreich ist ein besonderer Schlüssel als Zugang für Behindertentoiletten. Fragen Sie hierzu in einer Selbsthilfegruppe nach.

Stomaversorgungen sind mittlerweile flach und unauffällig. Es kann aber je nachdem, wo die künstliche Harnableitung platziert ist, erforderlich sein, die Kleidung anzupassen. Auch hierzu beraten Sie Stomatherapeuten.

Hautentzündungen

Entzündungen der Haut entstehen durch unpassende oder undichte Stomaversorgung, zum Beispiel zu großer Lochausschnitt, wodurch Urin auf die Haut gelangen und Hautreizungen hervorrufen kann, durch Unverträglichkeit des Haftmaterials oder durch mangelnde Hautpflege. Aber auch mechanische Belastungen wie zu häufiger Beutelwechsel oder zu intensive Reinigung können die Haut reizen. Zur Hautpflege gehört auch die absolute Sauberkeit beim Wechsel des Beutels, damit keine Erreger in das Gewebe eindringen. Für die Stomaversorgung gibt es spezielle Hilfsmittel. Sie saugen Wundflüssigkeit auf und wirken heilungsfördernd. Bei schweren Entzündungen wenden Sie sich an Ihren Arzt oder einen Stomatherapeuten.

Harnwegsinfektionen

Bei allen künstlichen Harnableitungen ist die Gefahr von Harnwegsinfektionen höher. Unsachgemäße Hygiene bei der Versorgung des Harnausgangs, zu geringe Trinkmengen sowie Abflusshindernisse sind die häufigsten Ursachen. Deshalb ist eine ausreichende Trinkmenge von zwei bis drei Litern täglich einzuhalten. Bei Fieber und Schmerzen wenden Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. Sie oder er wird prüfen, ob ein Infekt vorliegt und gegebenenfalls eine Behandlung einleiten.

Hilfsmittel

Alle Versorgungsartikel zur künstlichen Harnableitung sind Hilfsmittel, die alle gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten zur Verfügung stellen müssen, um eine Behinderung auszugleichen (§ 33 Sozialgesetzbuch V (SGB V)). Dazu gehören Stomaversorgung, Katheter und Kontinenz-Hilfsmittel. Die von der Leistungspflicht eingeschlossenen Hilfsmittel sind in einem Hilfsmittelverzeichnis im SGB V aufgeführt.

Nicht alle zur Pflege notwendigen Produkte sind jedoch Hilfsmittel im Sinne des Gesetzes. Dies betrifft besonders die Pflegemittel in der Stomaversorgung wie Kompressen, Tupfer, Salben, Lotionen und Zubehör. Diese müssen mitunter selbst bezahlt werden. Alle Hilfsmittel müssen mit einem Rezept von Fachärzten verordnet werden. Sie sind mit Zuzahlung in Sanitätshäusern und bei Home-Care-Unternehmen zu erhalten. Fragen Sie auch bei Ihrer Krankenkasse nach.

Intimleben

Eine erfüllte Sexualität, Nähe und Zärtlichkeit gehören zu den menschlichen Grundbedürfnissen. Nach einer operativen Entfernung der Harnblase können Störungen oder der Verlust der sexuellen Erregbarkeit die Folge sein. Dadurch sind sexuelle Aktivität und sexuelles Empfinden mitunter nur noch eingeschränkt möglich.

Viele betroffene Personen fühlen sich durch eine künstliche Harnableitung sexuell beeinträchtigt. Das ist bei den sichtbaren Formen (wie Stoma und Ablaufbeutel) eher der Fall. Wie Frauen und Männer damit umgehen, ist sehr unterschiedlich. Es gibt jedoch verschiedene Möglichkeiten, eine sexuelle Störung zu behandeln. Wenden Sie sich an Ihre behandelnden Fachärzte, beispielsweise Gynäkologen oder Urologen. Auch Sexualtherapeuten können helfen.

Offene, einfühlsame Gespräche mit der Partnerin oder dem Partner können helfen, dass trotz der Einschränkungen eine liebevolle und sexuell befriedigende Partnerschaft möglich ist. Ebenso kann es vielleicht gut tun, mit dem Behandlungsteam oder mit Menschen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, offen über Schwierigkeiten zu sprechen. Dabei ist es wichtig, persönliche Grenzen und Scham zu respektieren. Jeder hat ein anderes Empfinden und eine andere Einstellung zum Thema Sexualität.

In Kontakt bleiben: Familie, Freunde und Kollegen

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

Familie und Freunde

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

Die veränderte Situation stellt Sie auch vor neue praktische Aufgaben. Haushalt und Kinderbetreuung sind zu organisieren, eventuell finanzielle Fragen zu klären, der Tagesablauf neu zu planen. Wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt, brauchen Kinder Information und besonders viel Zuwendung. Sie spüren häufig sehr genau,

dass „etwas nicht in Ordnung“ ist. Sprechen Sie daher mit Ihrem Kind über die Erkrankung. Wann der richtige Zeitpunkt dafür ist, lässt sich nicht allgemeingültig sagen. Leichter kann es sein, wenn Sie und Ihr Partner oder Ihre Partnerin gemeinsam mit den Kindern sprechen. Adressen und Anlaufstellen für Familien mit Kindern finden Sie ab Seite 142.

Nicht trotz, sondern gerade wegen der Krankheit kann Ihnen der Kontakt zu Freunden und Bekannten gut tun. Wenn Sie sich dauerhaft zurückziehen, wird der Alltag vielleicht noch schwerer oder bedrückender.

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

Arbeitsplatz

Ihre Erkrankung kann Auswirkungen auf Ihre berufliche Tätigkeit haben. Nicht immer werden Sie Ihre bisherige Arbeit wieder aufnehmen können, viele kranke Menschen sind nicht mehr so belastbar wie früher. Einerseits kann es Vorteile haben, wenn Sie mit Kollegen oder Vorgesetzten offen über Ihre Erkrankung sprechen. Diese können Sie besser verstehen und möglicherweise bei bestimmten Aufgaben entlasten oder unterstützen. Andererseits kann der offene Umgang mit der Krankheit am Arbeitsplatz unter

Umständen zwiespältig sein. In einem Arbeitsumfeld, das durch Misstrauen oder Druck geprägt ist, können auch Nachteile für Sie entstehen. Ihr Arbeitgeber hat juristisch gesehen kein Recht zu erfahren, welche Krankheit Sie haben. Deshalb sollten Sie immer im Einzelfall abwägen, ob und inwieweit Ihnen die Offenheit nutzt oder schadet.

Im Betrieb können Sie sich außerdem, sofern vorhanden, an Ihren Betriebs- oder Personalrat sowie an die Schwerbehindertenvertretung wenden. Ferner haben Schwerbehinderte einen Anspruch auf eine berufsbezogene Beratung durch die Integrationsfachdienste der Integrationsämter. Informationen zur „Rückkehr in den Beruf“ und „Sozialrechtlichen Unterstützung“ finden Sie auf den Seiten 108 und 117.

15. Hinweise für Angehörige und Freunde

Im Mittelpunkt bei einer Krebserkrankung steht der erkrankte Mensch. Dennoch betrifft die veränderte Situation nicht allein die betroffene Person, sondern auch die Menschen, die ihnen nahe stehen: Familie, Partner oder Partnerin, Kinder, weitere Angehörige und Freunde. Sie sind in besonderem Maße gefordert, denn für die Betroffenen ist Ihre Unterstützung für die Auseinandersetzung und die Anpassung im Umgang mit der Erkrankung ausgesprochen wichtig. Das verlangt Ihnen emotional und auch praktisch eine Menge ab. Liebevoll und verständnisvoll miteinander umzugehen, ist nicht leicht, wenn schwere Sorgen Sie belasten und dazu noch der Alltag organisiert werden muss. Es hilft, wenn Sie einander Achtung und Vertrauen entgegenbringen und offen miteinander reden. Denn auch Sie sind – wenn auch indirekt – davon betroffen und müssen lernen, mit der Erkrankung ihres Angehörigen oder Freundes umzugehen.

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

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

Hilfe bei konkreten Alltagsfragen wie der Organisation des Haushalts oder der Kinderbetreuung bieten vielfach auch Gemeinden beziehungsweise kirchliche Einrichtungen wie zum Beispiel Caritas oder Diakonie an oder auch der Sozialdienst der Klinik, in der Ihr Angehöriger betreut wird. Zögern Sie nicht, diese Angebote wahrzunehmen. Außerdem bieten Selbsthilfegruppen in vielen Städten für die Angehörigen krebserkrankter Menschen die Gelegenheit, sich auszutauschen und Unterstützung zu finden. Wer viel hilft, darf sich zugestehen, auch selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen, um sich nicht zu erschöpfen. Alles, was Sie entlastet, hilft auch dem erkrankten Menschen, um den Sie sich sorgen. Das ist nicht egoistisch, sondern vernünftig.

Die Deutsche Krebshilfe bietet zum Thema „Hilfen für Angehörige“ einen ausführlichen Ratgeber an, der auch auf die spezielle Situation der Kinder eingeht: www.krebshilfe.de.

16. Ihr gutes Recht

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

Sie haben das Recht auf

- freie Arztwahl;
- neutrale Informationen;
- umfassende Aufklärung durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin;
- Schutz der Privatsphäre (Datenschutz);
- Selbstbestimmung (einschließlich des Rechts auf „Nicht wissen wollen“ und des Rechts, eine Behandlung abzulehnen);
- Beschwerde.

Darüber hinaus haben Sie das Recht auf

- eine qualitativ angemessene und lückenlose Versorgung;
- eine sachgerechte Organisation und Dokumentation der Untersuchung;
- Einsichtnahme in die Befunde (zum Beispiel CT-Aufnahmen, Arztbriefe; Sie können sich Kopien anfertigen lassen);
- eine Zweitmeinung;
- umfangreiche Information im Falle von Behandlungsfehlern.

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



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

Wenn Sie einen Behandlungsfehler vermuten, können Sie sich an die Gutachterkommission und Schlichtungsstelle Ihrer zuständigen Landesärztekammer wenden. Deren Adressen finden Sie unter anderem in dem Wegweiser „Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern“ der Bundesärztekammer: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Wegweiser_Gutachterkommissionen_082011.pdf.

Ärztliche Zweitmeinung

Vielleicht sind Sie unsicher, ob eine vorgeschlagene Behandlung für Sie wirklich geeignet ist. Wenn Sie Zweifel haben, sprechen Sie offen mit Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Machen Sie dabei auch auf Ihre Unsicherheiten und Ihre Vorstellungen und Wünsche aufmerksam. Vielleicht hilft es Ihnen, sich auf ein solches Gespräch vorzubereiten, indem Sie sich Fragen aufschreiben und bei vertrauenswürdigen Quellen noch einmal gezielt Informationen suchen (Adressen ab Seite 138).

Lassen sich Ihre Zweifel auch in einem weiteren Gespräch nicht ausräumen oder haben Sie das Gefühl, nicht sorgfältig genug beraten worden zu sein, können Sie eine zweite Meinung einholen. Sie haben das Recht dazu. Die dazu notwendigen Kopien Ihrer Unterlagen händigt Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt aus. Die Kosten

der Kopien können Ihnen in Rechnung gestellt werden. Wenn Sie vor einer folgenreichen Behandlungsentscheidung mehr Sicherheit durch eine zweite Meinung wünschen, werden Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte das in der Regel verstehen.

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

Meist haben Sie als Patient Zeit, sich eine Zweitmeinung einzuholen. Sie sollten aber darauf achten, dass der Beginn der Behandlung nicht allzu sehr verzögert wird.

Datenschutz im Krankenhaus

Bei einem Krankenhausaufenthalt werden viele sehr persönliche Daten oder Informationen von Ihnen erhoben. Diese werden in Ihrer Patientenakte gesammelt: Krankengeschichte, Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Behandlungen und vieles mehr. Hierzu gehört auch, dass Fragebögen, die Sie vielleicht ausgefüllt haben, in der Krankenakte verbleiben. All diese Befunde braucht das Behandlungsteam, um Ihnen eine gute Behandlung zu ermöglichen. Gleichzeitig ist es auch wichtig, dass verschiedene an Ihrer Behandlung beteiligte Personen, wie Ärzte oder Psychologen oder das Pflegepersonal, Einblick in die Untersuchungsakte haben. Um Missbrauch zu vermeiden, gibt es aber Regeln für den Umgang mit Patientendaten:



- Ärztinnen und Ärzte sowie alle Berufsgruppen des Behandlungsteams unterliegen der Schweigepflicht. Ihre persönlichen Daten dürfen nur mit Ihrer Erlaubnis erhoben, gespeichert, verarbeitet und an Dritte weitergeleitet werden.
- Und sie dürfen nur insofern erhoben werden, wie sie für Ihre Behandlung erforderlich sind. Hierzu schließen Sie mit dem Krankenhaus einen Behandlungsvertrag ab, in dem Sie auch Ihre Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung geben. Dies muss schriftlich festgehalten werden. Sie dürfen die Einwilligung auch verweigern oder jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.
- Auf Ihre Daten dürfen nur an Ihrer Behandlung beteiligte Personen zugreifen und auch nur soweit, wie es für die Therapie erforderlich ist. Auch Verwaltungsmitarbeiter dürfen Ihre Daten nutzen, aber nur insoweit, wie es zur Abwicklung für Verwaltungsprozesse erforderlich ist.
- Ihre Krankenakte muss stets so aufbewahrt werden, dass Unbefugte nicht an sie gelangen können.
- Ihre Patientendaten dürfen im Krankenhaus bis zu 30 Jahren gespeichert werden. Spätestens danach müssen sie datenschutzrechtlich entsorgt werden. Während dieser Zeit und nach Abschluss Ihrer Behandlung werden elektronisch erhobene Daten gesperrt und die Papierakte im Krankenhausarchiv hinterlegt. Ein Zugriff ist dann nur in bestimmten Fällen möglich, zum Beispiel bei einer weiteren Behandlung.

Vorsorge treffen: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung

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

- wer Ihre Vorstellungen und Wünsche vorübergehend oder dauerhaft vertreten soll;
- wie Sie Ihr Lebensende gestaltet wissen möchten;

- welche Maßnahmen im Fall von bestimmten Erkrankungssituationen Sie ablehnen.

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

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

www.bmjv.de.

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

17. Adressen und Anlaufstellen

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

Selbsthilfe

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Thomas-Mann-Straße 40

53111 Bonn

Telefon: 0228 33889150

Telefax: 0228 33889155

E-Mail: info@blasenkrebs-shb.de

Internet: www.blasenkrebs-shb.de

Wo sich eine Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe befindet, können Sie unter www.blasenkrebs-shb.de/selbsthilfe oder telefonisch unter 0228 33889150 erfragen.

Auskunft erhalten Sie auch bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Hier finden Sie Adressen von allen Selbsthilfegruppen, die bundesweit arbeiten, nicht nur für Patienten mit Krebserkrankungen:

NAKOS

Otto-Suhr-Allee 115

10585 Berlin

Telefon: 030 31018980

Telefax: 030 31018970

E-Mail: selbsthilfe@nakos.de

Internet: www.nakos.de

Deutsche ILCO e. V. – Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs

Thomas-Mann-Straße 40

53111 Bonn

Telefon: 0228 33889450

Telefax: 0228 33889475

E-Mail: info@ilco.de

Internet: www.ilco.de

Beratungsstellen

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

Baden-Württemberg

Krebsverband Baden-Württemberg e. V.

Adalbert-Stifter-Straße 105

70437 Stuttgart

Telefon: 0711 84810770

Telefax: 0711 84810779

E-Mail: info@krebsverband-bw.de

Internet: www.krebsverband-bw.de

Bayern

Bayerische Krebsgesellschaft e. V.

Nymphenburgerstraße 21a

80335 München

Telefon: 089 5488400

Telefax: 089 54884040

E-Mail: info@bayerische-krebsgesellschaft.de

Internet: www.bayerische-krebsgesellschaft.de

Berlin

Berliner Krebsgesellschaft e. V.

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin

Telefon: 030 2832400

Telefax: 003 2824136

E-Mail: info@berliner-krebsgesellschaft.de

Internet: www.berliner-krebsgesellschaft.de

Brandenburg

Brandenburgische Krebsgesellschaft e. V.

Charlottenstraße 57

14467 Potsdam

Telefon: 0331 864806

Telefax: 0331 8170601

E-Mail: mail@krebsgesellschaft-brandenburg.de

Internet: www.krebsgesellschaft-brandenburg.de

**Bremen**

Bremer Krebsgesellschaft e. V.
 Am Schwarzen Meer 101–105
 28205 Bremen
 Telefon: 0421 4919222
 Telefax: 0421 4919242
 E-Mail: bremerkrebsgesellschaft@t-online.de
 Internet: www.krebs-bremen.de

Hamburg

Hamburger Krebsgesellschaft e. V.
 Butenfeld 18
 22529 Hamburg
 Telefon: 040 413475680
 Telefax: 040 4134756820
 E-Mail: info@krebshamburg.de
 Internet: www.krebshamburg.de

Hessen

Hessische Krebsgesellschaft e. V.
 Schwarzburgstraße 10
 60318 Frankfurt am Main
 Telefon: 069 21990887
 Telefax: 069 21996633
 E-Mail: kontakt@hessische-krebsgesellschaft.de
 Internet: www.hessische-krebsgesellschaft.de

Mecklenburg–Vorpommern

Geschäftsstelle der Krebsgesellschaft Mecklenburg–Vorpommern e. V.
 Campus am Ziegelsee
 Ziegelseestraße 1
 19055 Schwerin
 Telefon: 0385 77883350
 Telefax: 0385 77883 351
 E-Mail: info@krebsgesellschaft-mv.de
 Internet: www.krebsgesellschaft-mv.de

Niedersachsen

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

Nordrhein–Westfalen

Krebsgesellschaft Nordrhein–Westfalen e. V.
 Volmerswerther Straße 20
 40221 Düsseldorf
 Telefon: 0211 15760990
 Telefax: 0211 15760999
 E-Mail: info@krebsgesellschaft-nrw.de
 Internet: www.krebsgesellschaft-nrw.de

Rheinland–Pfalz

Krebsgesellschaft Rheinland–Pfalz e. V.
 Löhrstraße 119
 56068 Koblenz
 Telefon: 0261 988650
 Telefax: 0261 9886529
 E-Mail: kontakt@krebsgesellschaft-rlp.de
 Internet: www.krebsgesellschaft-rlp.de

Saarland

Saarländische Krebsgesellschaft e. V.
 Beratungsstelle für an Krebs erkrankte Menschen und Angehörige
 Sulzbachstraße 37
 66111 Saarbrücken
 Telefon: 0681 95906673
 Telefax: 0861 95906674
 E-Mail: info@saarlaendische-krebsgesellschaft.de
 Internet: www.saarlaendische-krebsgesellschaft.de

Sachsen

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

Sachsen–Anhalt

Sachsen–Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.
 Paracelsusstraße 23
 06114 Halle
 Telefon: 0345 4788110
 Telefax: 0345 4788112
 E-Mail: info@krebsgesellschaft-sachsen-anhalt.de
 Internet: www.sakg.de

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Telefon: 030 32293290
Telefax: 030 322932966
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
Internet: www.krebsgesellschaft.de

Mit dem Ziel, in Deutschland ein Netzwerk qualitätsgesicherter Kompetenz-Beratungsstellen aufzubauen, hat die Deutsche Krebshilfe den Förderschwerpunkt „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ initiiert. Im Rahmen dieses Förderprojektes unterstützt die Deutsche Krebshilfe bundesweit Beratungsstellen, an die sich Betroffene und Angehörige wenden können. Die Anschriften und Kontaktpersonen der geförderten Beratungsstellen finden Sie unter diesem Link:

www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/psychosoziale-krebsberatungsstellen/.

Weitere Krebsberatungsstellen finden Sie – nach Orten sortiert – beim Krebsinformationsdienst: www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/adressen/krebsberatungsstellen.php

Für Familien mit Kindern

Beratungsangebote erhalten Sie beim von der Stiftung Deutsche Krebshilfe geförderten

Verbundprojekt „Kinder krebskranker Eltern“
www.verbund-kinder-krebskranker-eltern.de

Verzeichnis bundesweiter Einrichtungen und Angebote der Interessensgemeinschaft „IG Kinder krebskranker Eltern“
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie
www.dapo-ev.de

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.

Münchener Straße 45
60329 Frankfurt am Main
Telefon: 0180 4435530
E-Mail: info@hkke.org
Internet: www.hkke.org

Flüsterpost e. V. – Unterstützung für Kinder krebskranker Eltern

Lise-Meitner-Straße 7
55129 Mainz-Hechtsheim
Telefon: 06131 5548798
E-Mail: info@kinder-krebskranker-eltern.de
Internet: www.kinder-krebskranker-eltern.de

Weitere Adressen**Stiftung Deutsche Krebshilfe**

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

Für krebskranke Menschen, ihre Angehörigen und Freunde sind der Informations- und Beratungsdienst der Deutschen Krebshilfe und der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Anlaufstellen:

INFONETZ KREBS

Von Deutscher Krebshilfe und Deutscher Krebsgesellschaft

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



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

Krebsinformationsdienst

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Telefon: 0800 4203040
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Internet: www.krebsinformationsdienst.de

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

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2
10709 Berlin
Telefon: 0800 100048070
E-Mail: drv@drv-bund.de
Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

18. Wenn Sie mehr zum Thema lesen möchten

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

Leitlinienprogramm Onkologie

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

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Deutsche Krebshilfe

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

- Blasenkrebs;
- Hilfen für Angehörige;
- Fatigue bei Krebs;
- Ernährung bei Krebs;
- Patienten und Ärzte als Partner;
- Wegweiser zu Sozialleistungen.

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

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

www.krebshilfe.de

Deutsche Krebsgesellschaft

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

www.krebsgesellschaft.de

Krebsinformationsdienst

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

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

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

www.krebsinformationsdienst.de

ShB – Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs ist eine unabhängige Vereinigung für an Blasenkrebs erkrankte Menschen und deren Angehörige, der von der Deutschen Krebshilfe gefördert wird. Es können Broschüren und Flyer angefordert werden:

- Blasenkrebs und Selbsthilfe – Wir über uns;
- Blasenkrebs – Was nun?
- Kleines Wörterbuch – Blasenkrebs;
- Leben mit Blasenkrebs – Erfahrungen von Betroffenen und Angehörigen;
- „Die Harnblase“ Zeitschrift des ShB;
- Harnableitungen – eine Entscheidungshilfe.

www.blasenkrebs-shb.de

Deutsche ILCO e. V.

Die Deutsche ILCO ist die Solidargemeinschaft von Stomaträgern, also Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung, und von Menschen mit Darmkrebs sowie deren Angehörigen. Auch dieser Selbsthilfverband wird seit Jahrzehnten finanziell von der Deutschen Krebshilfe gefördert. Die Deutsche ILCO bietet umfangreiche, unabhängige und neutrale Informationen zu allen Fragen rund um das Stoma:

- Urostomie – ein Leitfaden;
- Lust zum Leben – Erfahrungsberichte von Stomaträgern;
- Schwerbehinderte Menschen haben Rechte und Ansprüche auf soziale Hilfen.

Sie können diese Broschüren anfordern unter: www.ilco.de.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Das Institut erfüllt eine Reihe von gesetzlich festgelegten Aufgaben: Es bewertet zum Beispiel Arzneimittel und Operationsverfahren. Die Ergebnisse finden Sie auf der Seite

www.gesundheitsinformation.de.

Stiftung Warentest

Medikamente im Test

www.test.de

19. Kleines Wörterbuch

ableitende Harnwege

Hierzu gehören Nierenbecken, Harnleiter, Harnblase und Harnröhre.

Adomen

Bauch.

adjuvante Behandlung

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

AHB

Abkürzung für Anschlussheilbehandlung. Siehe auch Anschlussheilbehandlung.

akut

Vordringlich, dringend, in diesem Moment.

alternative Behandlungsverfahren

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

ambulant

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

Amine

Amine sind Stoffe, die krebserzeugend sind.

Anamnese

Ärztliche Befragung. Erfasst werden beispielsweise die aktuellen Beschwerden, frühere oder aktuelle Erkrankungen und Lebensgewohnheiten.

Anschlussheilbehandlung (AHB)

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

Ausscheidungsurogramm

Röntgendarstellung der ableitenden Harnwege durch Kontrastmittel.

Azidose

Eine Azidose ist eine Übersäuerung des Körpers, also eine Störung des Säure-Basen-Haushaltes, die mit einem Absinken des pH-Werts im Blut unter 7,35 einhergeht.

Bacillus Calmette–Guérin (BCG)

Ein aus Rindertuberkelbazillen entwickelter abgeschwächter Lebendimpfstoff gegen Tuberkulose. Eine besondere Anwendung für BCG ist die Behandlung bestimmter Formen von Blasenkrebs in Form einer Immuntherapie. Dazu wird BCG durch einen Katheter in die Harnblase eingebracht (Instillationstherapie). BCG bewirkt eine lokale Immunreaktion (Blasenschleimhautreizung) gegen die Tumorzellen.

BCG

Abkürzung für Bacillus Calmette–Guérin.

benigne

Gutartig.

Berufskrankheit

Es müssen zwei Bedingungen erfüllt sein, damit eine Krankheit als Berufskrankheit anerkannt wird: Der Erkrankung muss ursächlich eine berufsbedingte Schädigung zugrunde liegen und die sozialrechtlichen/gesetzlichen Voraussetzungen müssen erfüllt sein.

Bestrahlung (Strahlentherapie, Radiotherapie)

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

Bildgebendes Verfahren

Bildliche Darstellung von Körperregionen mit Hilfe verschiedener physikalischer Techniken. Dazu gehören Schallwellen (Ultraschall/Sonographie), ionisierende Strahlen (Röntgen, Computertomographie (CT), auch Szintigraphie, Positronenemissionstomographie (PET)) und Magnetfelder (Magnetresonanztomographie (MRT)).

Biofeedback

Trainingsverfahren mit Rückmeldung zur Überprüfung der richtigen Anspannung der Muskulatur des Beckenbodens und des Blasenschließmuskels mit Hilfe eines Gerätes. Durch akustische oder optische Signale werden Körperfunktionen hör- oder sichtbar gemacht. Dies unterstützt die Betroffenen in ihren Bemühungen, ein richtiges und wirksames willkürliches Zusammenziehen der Beckenbodenmuskulatur durchzuführen. In Studien konnte ermittelt werden, dass Krankengymnastik in Verbindung mit dem Biofeedback-Verfahren eine größere Wirksamkeit bei der Behandlung und Heilung der Inkontinenz zeigt.

Biopsie

Gewebeprobe. Bei einer Biopsie wird zur Abklärung eines Tumorverdachts Gewebe entnommen und im Labor vor allem unter dem Mikroskop untersucht.

blasenerhaltendes Vorgehen

Behandlung, deren Ziel die Tumorentfernung bei Erhalt der Blase ist.

Blasenkrebs (Harnblasenkarzinom)

Blasenkrebs ist ein in der Harnblase entstehender bösartiger Tumor, der von Schleimhautzellen ausgeht, welche die Blase von innen auskleiden.

Blasenspiegelung (Zystoskopie)

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

Blasenspülung

Einbringen von Medikamenten in die Harnblase.

Bruch (Hernie)

Der Bruch ist eine Öffnung im normal geschlossenen Muskelgewebe, zum Beispiel der Bauchwand, bei dem in einer Vorwölbung innere Gewebeteile einen Bruchsack bilden.

Carcinoma in situ (CIS, Tis)

Nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs, der breitflächig in der Schleimhaut wächst. Er hat ein hohes Rückfallrisiko.

Chemotherapeutika

Chemische Wirkstoffe unterschiedlicher Art, die Krebszellen in ihrem Wachstum hemmen oder abtöten sollen (Zytostatika).

Chemotherapie

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

chronisch

Der Begriff „chronisch“ bezeichnet eine Situation oder eine Krankheit, die längere Zeit vorhanden ist und andauert.

CIS

Abkürzung für Carcinoma in situ.

Cisplatin

Chemotherapie-Wirkstoff. Siehe Platinverbindungen.

Computertomographie (CT)

Bei der CT wird der untersuchte Bereich aus verschiedenen Richtungen geröntgt. Dafür kreist eine Röntgenröhre um den Patienten herum, der währenddessen auf einer Untersuchungsliege liegt. Diese Untersuchung ist schmerzlos, aber mit einer höheren Strahlenbelastung verbunden als das einfache Röntgen. Ein Computer verarbeitet die Informationen, die hierbei entstehen, und erzeugt ein räumliches Bild vom untersuchten Gewebe. Im Regelfall werden dabei jodhaltige Kontrastmittel eingesetzt, die die Aussagefähigkeit der Methode erhöhen.

Conduit

Form der künstlichen Harnableitung. Bei einem Conduit wird ein etwa 15 cm langes Darmstück verwendet. In die eine Seite werden die Harnleiter eingenäht. Die andere Seite des Darms wird mit der Bauchwand vernäht. Es entsteht ein Stoma, welches über die Bauchdecke hinausragt. Der Urin fließt in die damit verbundene Stomaversorgung. Das Darmstück kann sowohl aus dem unteren Dünndarm (Ileum-Conduit), als auch aus dem Dickdarm (Colon-Conduit) entnommen werden.

CT-Urographie

Radiologische Untersuchung beziehungsweise Computertomographie der ableitenden Harnwege.

Diagnose, Diagnostik

Untersuchen, Abwägen und Einschätzen aller Krankheitsanzeichen (Symptome), um auf das Vorhandensein und die besondere Ausprägung einer Krankheit zu schließen.

Dysurie

Schmerzhafes, erschwertes Wasserlassen.

Enddarmblase

Form der künstlichen Harnableitung, bei der die Harnleiter in den Enddarm eingenäht werden. Der Enddarm dient damit als Speicherort für den Urin. Der Urin wird mit dem Stuhl über den After ausgeschieden.

Endoskop

Gerät, das zur Spiegelung von Hohlorganen und Körperhöhlen (Endoskopie) genutzt wird. Ganz vorne am Gerät befindet sich eine kleine Kamera mit Lichtquelle, die zum Beispiel Bilder aus der Harnblase auf einen Bildschirm überträgt.

Entspannungsverfahren

Verfahren, die eingeübt werden, um körperlichen und seelischen Stress zu vermindern. Durch Entspannungsverfahren sollen die Patienten gelassener und zufriedener werden. Zudem wird das seelische und körperliche Wohlbefinden gestärkt.

Erektile Dysfunktion

Man spricht von einer erektilen Dysfunktion, wenn ein Mann über einen gewissen Zeitraum keine Erektion bekommen oder halten kann.

Erektion

Versteifung des männlichen Gliedes durch Füllen der Schwellkörper mit Blut.

Ergotherapie

Verfahren, das dem Patienten helfen soll, eine durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung verlorengegangene oder noch nicht vorhandene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben (wieder) zu erreichen.

Ersatzblase (Neoblase)

Nach Entfernung der Harnblase kann aus einem Stück Darm eine neue Blase geformt werden. Die Harnleiter werden an der einen Seite der neuen Blase eingenäht. Die neue Blase wird direkt an die Harnröhre angeschlossen. In Form und Funktion entspricht dies am ehesten der ursprünglichen Harnblase: Sie speichert Urin, der über den normalen Weg ausgeschieden wird.

Erythrozyten

Rote Blutzellen, die für den Sauerstofftransport im Blut zuständig sind.

evidenzbasierte Medizin (EbM)

Auf beste wissenschaftliche Ergebnisse gestützte und auf die Belange der Patienten orientierte Medizin.

falsch negativ

Der Patient ist krank, aber der Test hat ihn fälschlicherweise als gesund eingestuft. Beispiel Urintest: Das Untersuchungsergebnis zeigt keinen (krankhaften) Befund, obwohl Krebszellen vorhanden sind.

falsch positiv

Der Patient ist gesund, aber der Test hat ihn fälschlicherweise als krank eingestuft. Beispiel Urintest: Das Untersuchungsergebnis zeigt einen positiven (krankhaften) Befund, obwohl keine Krebszellen vorhanden sind.

Fatigue

Französisch für Müdigkeit, Erschöpfung. Bezeichnet eine Begleiterscheinung vieler Krebserkrankungen. Zustand dauerhafter Erschöpfung, Abge-

schlagenheit und Überforderung. Kann durch die Krebserkrankung selbst oder durch die Krebsbehandlung ausgelöst werden.

Fernmetastasen

Metastasen in anderen Organen oder in entfernten Lymphknoten.

Fistel

Durch Gewebezerfall entstandener oder operativ angelegter röhrenförmiger Kanal, der einen Körper- oder Organhohlraum mit der Körperoberfläche oder einem anderen Organ verbindet, z. B. Harnableitung durch eine Harnleiter-Haut-Fistel.

Fluoreszenz-basierte Zystoskopie (FC)

Blasenspiegelung mit Blaulicht, die den Nachweis von Blasen Tumoren erleichtert. Eine Stunde vor der Untersuchung wird über einen Katheter eine Arzneimittellösung in die Harnblase eingebracht. Der Wirkstoff wird von Tumorzellen verstärkt aufgenommen und bewirkt, dass diese unter Ausleuchtung mit Blaulicht rot leuchten (fluoreszieren). Auf diese Weise können Tumoren besser erkannt und vollständiger entfernt werden.

Früherkennung

Maßnahmen, um eine Krebserkrankung so früh wie möglich zu erkennen.

Frühinstillation

Innerhalb der ersten 24 Stunden nach einer Blasenoperation wird eine Blasenspülung mit einem Medikament durchgeführt. Die Frühinstillation soll versprengte Tumorzellen abtöten und das Anheften dieser Zellen an die Blasenschleimhaut verhindern.

Gallensäureverlust-Syndrom

Erkrankung, bei der es zu einem Mangel an Gallensäuren kommt. Folgen sind gestörte Fettverdauung und Fettstühle.

Gemcitabin (G)

Gemcitabin ist ein Chemotherapie-Medikament. Es wird anstelle eines natürlichen Bausteins in die Erbsubstanz (DNA) einer Zelle eingebaut. Dadurch wird die Erbinformation zerstört. Der Reparaturmechanismus der Zelle kann den Fehler nicht erkennen, die Zelle wird teilungsunfähig.

genetisch

Erblich, durch die Gene bedingt.

Grading

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

Hämaturie

Vermehrte Ausscheidung roter Blutzellen im Urin.

Harnableitung

Verschiedene Möglichkeiten zur Sammlung und Ausleitung des Urins nach Entfernung der Harnblase.

Harnblasenkarzinom

Siehe Blasenkrebs.

Harninkontinenz

Bezeichnet die Unfähigkeit, Urin zu halten und willentlich zu entleeren.

Harnleiter-Haut-Fistel

Form der künstlichen Harnableitung. Hierfür werden beide Harnleiter direkt in die Haut der Bauchdecke eingenäht. Über die Öffnung wird eine Stomaversorgung angebracht, in die ständig Urin tropft.

Harntrakt

Als Harntrakt bezeichnet man die Gesamtheit der Harnorgane. Hierzu zählen die Nieren mit Nierenbecken, Harnleiter sowie die Harnblase und die Harnröhre.

Harnverhalt, Harnstau

Unfähigkeit, die Harnblase zu entleeren, oft durch eine Blockade. Kann zum Stau von Harn bis in die Nieren führen.

High-Grade-Blasenkrebs

Aggressiver Blasenkrebs.

hochwertige Studien

Sind „randomisierte kontrollierte Studien“ (RCTs). Das bedeutet, Patientinnen und Patienten werden zufällig auf mehrere Behandlungsgruppen verteilt. Jede Gruppe erhält eine andere, jeweils genau festgelegte Behandlung. Die Ergebnisse werden am Ende miteinander verglichen. RCTs erlauben, wenn sie gut durchgeführt werden, die zuverlässigsten Aussagen zur Wirksamkeit von Behandlungen.

Ileum

Letzter Teil des Dünndarms.

Immunsystem

Körpereigenes Abwehrsystem.

Immuntherapie

Behandlung mit Substanzen des Immunsystems oder mit Substanzen zur Stimulierung des Immunsystems. Hierzu zählt die Behandlung mit BCG bei Blasenkrebs.

Impotenz

Verlust der Fruchtbarkeit.

Infektion

Ansteckung/Übertragung: Eindringen von Krankheitserregern in den Körper.

Infusion

Gabe von Flüssigkeit zum Beispiel über eine Vene.

Karzinogene

Krebsfördernde oder krebsauslösende Stoffe.

Karzinom

Das Karzinom gehört zu den bösartigen Krebsarten. Das bedeutet: Krebszellen vermehren sich unkontrolliert, dringen in benachbartes Körpergewebe ein und können über die Blut- oder Lymphbahnen in andere Gewebe streuen und dort Absiedlungen (Metastasen) bilden. Das Karzinom ist ein vom Deckgewebe (Epithel) ausgehender Tumor.

Katheter

Flexibler Gummi- oder Kunststoffschlauch verschiedener Größe, der zur Harnableitung in die Harnblase eingeführt wird. Man unterscheidet Einmalkatheter, Dauerkatheter, Harnleiterkatheter (Schiene).

Katheterismus

Die Notwendigkeit, eine Harnblase oder Ersatzblase mittels eines Katheters zu entleeren.

Kernspintomographie

Die Kernspintomographie (auch Magnetresonanztomographie) ist ein bildgebendes Verfahren, das zur Diagnostik eingesetzt wird. Von außen können, ähnlich wie bei der Computertomographie (CT), Struktur und Funktion der inneren Gewebe und Organe dargestellt werden. Allerdings beruht dieses Verfahren, anders als Röntgen oder Computertomographie, nicht auf Radioaktivität, sondern auf starken elektromagnetischen Feldern. Die Patientin oder der Patient wird dazu in eine „Röhre“ geschoben. Die MRT ist nicht schmerzhaft, aber laut.

Knochenszintigraphie

Bildgebendes Verfahren mit schwach radioaktiven Substanzen zur Darstellung von Knochenmetastasen. Zunächst wird dem Patienten eine schwach radioaktive Substanz in eine Armvene gespritzt. Zerstören Metastasen einen Knochen, unternimmt der Körper an diesen Stellen Reparaturversuche. Dabei wird die radioaktive Substanz vermehrt eingebaut. Mit einem Szintigramm kann diese verstärkte Zellaktivität in den Knochen dargestellt werden.

komplementäre Behandlungsverfahren

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

Komplikation

Unerwünschte Folge einer Operation oder auch eines Medikaments oder einer Erkrankung.

Kontinente Harnableitung

Hierzu zählen alle künstlichen Harnableitungen, die die Kontrolle über das Halten und das Entleeren des Urins ermöglichen. Diese Fähigkeit wird Kontinenz genannt. Zu den kontinenten Harnableitungen gehören die Ersatzblase, der Pouch und die Einpflanzung der Harnleiter (Ureter) in den Mastdarm.

Kontinenz

Fähigkeit, den Stuhl oder Urin zu halten und willentlich auszuscheiden.

Kontrastmittel

Sie werden bei Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren eingesetzt, um die Darstellung von Organen und Strukturen auf Aufnahmen zu verbessern.

kurativ

Mit dem Ziel der Heilung, heilend.

Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität umfasst unterschiedliche Bereiche des körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Jeder Mensch setzt dabei etwas andere Schwerpunkte, was für sein Leben wichtig ist und was ihn zufrieden macht.

Leitlinie

Eine ärztliche Leitlinie ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärztinnen und Ärzte. Sie wird von einer Expertengruppe im Auftrag einer oder mehrerer medizinischer Fachgesellschaften erstellt. Die Handlungsempfehlungen stützen sich auf das beste derzeit verfügbare medizinische Wissen. Dennoch ist eine Leitlinie keine Zwangsvorgabe. Jeder Mensch hat seine eigene Erkrankung, seine Krankengeschichte und eigene Wünsche. In begründeten Fällen muss die Ärztin oder der Arzt sogar von den Empfehlungen einer Leitlinie abweichen. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat ein Klassifikationsschema entwickelt, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe ist. Dazu müssen alle Empfehlungen aus der wissenschaftlichen Literatur abgeleitet und in einem festgelegten Vorgang von der Expertengruppe im Konsens

ausgesprochen werden. Die wissenschaftlichen Grundlagen für die Leitlinie sind nach ihrer Qualität zu bewerten und entsprechend zu berücksichtigen.

lokal

Örtlich.

Lokalrezidiv

Wiederauftreten einer Erkrankung an ihrer ursprünglichen Stelle.

Low-Grade-Blasenkrebs

Wenig aggressiver Blasenkrebs.

Lungenembolie

Bei einer Lungenembolie ist ein Blutgefäß der Lunge meist durch ein Blutgerinnsel verstopft. Der Blutstrom zur Lunge verringert sich dadurch, sie kann weniger Blut mit Sauerstoff anreichern. Die Betroffenen leiden unter plötzlicher Atemnot und Brustschmerzen.

Lymphknoten

Jedes Organ produziert eine Zwischengewebeflüssigkeit, die sogenannte Lymphe. Diese wird über Lymphbahnen transportiert und in den Lymphknoten gefiltert. Lymphknoten spielen eine wichtige Rolle im Abwehrsystem.

Lymphödem

Ein Lymphödem ist eine nicht-gerötete und schmerzlose Schwellung infolge einer Flüssigkeitsansammlung in den Gewebespalten. Wenn zum Beispiel die Lymphknoten im Becken entfernt werden, kann das Lymphsystem gestört werden, und die Lymphe (siehe auch Lymphknoten) kann nicht abfließen. Sie sammelt sich in der Leiste, im Unterbauch oder in den Beinen an.

Lymphsystem

Das Lymphsystem gehört zum Abwehrsystem des Körpers und umfasst Lymphbahnen und Lymphknoten. Siehe auch Lymphknoten.

Magnetresonanztomographie (MRT)

Siehe Kernspintomographie.

Makrohämaturie

Die mit dem bloßen Auge erkennbare rote Färbung des Urins, hervorgerufen durch die roten Blutzellen.

maligne

Bösartig.

Marker

In der Krebsmedizin spricht man eher von Tumormarkern, wenn eine körpereigene Substanz auf einen Krebs hinweisen kann.

MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der MDK ist der medizinische, zahnmedizinische und pflegerische Dienst für Beratungen und Begutachtungen für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Mehr Informationen unter: www.mdk.de.

Metastase

Aus Zellen des Ursprungskrebses hervorgegangener und an anderer Stelle im Körper angesiedelter Krebs (Tochtergeschwulst).

Mikrohämaturie

Die mit dem bloßen Auge nicht sichtbare Blutbeimengung im Urin.

Mitomycin-C

Chemotherapie-Medikament, das beispielsweise zur Behandlung von Blasenkrebs eingesetzt wird.

MRT

Abkürzung für Magnetresonanztomographie. Siehe Kernspintomographie.

muskelinvasiver Blasenkrebs

Eindringen von Krebszellen in das Muskelgewebe der Harnblase oder darüber hinaus.

MVAC

Chemotherapie, die aus vier verschiedenen Wirkstoffen besteht. Wird beim muskelinvasiven oder metastasierten Blasenkrebs eingesetzt.

Nachsorge

Auch wenn die Behandlung zunächst abgeschlossen ist, werden Erkrankte weiterhin durch Ihre Ärzte betreut. Ziel ist es zum Beispiel, rechtzeitig einen Krankheitsrückfall zu erkennen und Therapiefolgen zu behandeln.

neoadjuvant

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

Neoblase

Siehe Ersatzblase.

Nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs (NMIBC)

Blasenkrebs beschränkt sich auf die Blasenschleimhaut.

Nierenwerte

Unter Nierenwerten versteht man Blutwerte, die Hinweise auf die Funktion oder auf Schäden der Niere geben.

nuklearmedizinischen Untersuchungsverfahren

Sie dienen der Untersuchung und Darstellung von inneren Organen. Dazu wird dem Patienten eine geringe Menge einer radioaktiven Substanz ver-

abreicht, die von Körperstrukturen unterschiedlich aufgenommen wird. Die abgegebene radioaktive Strahlung zeigt die räumliche Verteilung der Substanz, aus der sich Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit des untersuchten Organs ziehen lassen.

oberer Harntrakt

Als oberer Harntrakt werden die Nieren einschließlich der Nierenbecken und die Harnleiter bezeichnet.

Ödem

Krankhafte Ansammlung von Gewebeflüssigkeit in den Zellzwischenräumen.

Onkologie

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

organerhaltend

Wird bei einer Operation das Organ nicht vollständig entfernt, sondern bleibt erhalten, spricht man von einer organerhaltenden Behandlung.

palliativ

Krankheitsmildernd, nicht heilend; Gegensatz zu kurativ; Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden, ohne die zugrundeliegende Erkrankung beseitigen zu können. Die palliative Therapie bezieht sich auf Krankheitssituationen, in denen die Heilung eines Patienten nicht mehr möglich ist.

Palliativmedizin

Medizin am Ende des Lebens. Nicht mehr Lebensverlängerung, sondern Leidensminderung, seelische Begleitung und Fürsorge stehen im Mittelpunkt der Betreuung. Zur Palliativmedizin gehört auch die Sterbebegleitung.

PDD

Abkürzung für photodynamische Diagnostik. Siehe auch Fluoreszenz-basierte Zystoskopie.

PET

Abkürzung für Positronenemissionstomographie. Siehe dort.

photodynamische Diagnostik

Siehe Fluoreszenz-basierte Zystoskopie.

Physiotherapie

Ist ein Behandlungsverfahren, mit dem vor allem die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers wiederhergestellt, verbessert oder erhalten werden soll.

Platinverbindungen

Sehr wirksame Zytostatika mit Platinanteil. Chemische Verbindungen dieses Edelmetalls binden sich an die Erbsubstanz der Tumorzellen und hemmen zusätzlich die Enzyme, die dadurch ausgelöste Schäden reparieren könnten. Diese Medikamente haben jedoch vergleichsweise starke Nebenwirkungen, vor allem Übelkeit, die sich mit Begleitmedikamenten allerdings weitgehend unterdrücken lassen können. Beispiele sind Cisplatin, Oxaliplatin, Carboplatin. Meist werden sie in Kombination mit anderen Zytostatika eingesetzt.

Positronenemissionstomographie (PET)

PET gehört wie die Magnetresonanztomographie (MRT) und Computertomographie (CT) zu den sogenannten bildgebenden Verfahren. Dabei wird eine schwach radioaktive Substanz gespritzt, mit deren Hilfe der Stoffwechsel der Körperzellen sichtbar gemacht werden kann. Inzwischen wird diese Untersuchung oft zusammen mit einer Computertomographie durchgeführt (PET-CT).

Pouch

Ein Pouch ist ein zur Beutelform vernähtes Darmstück mit einer Art Auslassventil, in dem Urin gesammelt werden kann. Ein zuführender Abschnitt nimmt die Harnleiter mit dem Urin aus den Nieren auf. Ein ausleitender Anteil stellt die Verbindung über ein Stoma zur Bauchdecke her.

Prognose

Vorhersage über den vermuteten Krankheitsverlauf.

Prostata

Vorsteherdrüse des Mannes. Sie ist normal kastaniengroß, liegt unterhalb der Harnblase und umschließt die Harnröhre.

psychisch

Seelisch; das Gemüt, das Verhalten, das Erleben und die Seele betreffend.

Psychoonkologie

Zweig der Krebsmedizin, der sich mit Fragen der seelischen Auswirkungen von Krebserkrankungen beschäftigt, unter anderem inwieweit seelische Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf von Krebserkrankungen eine Rolle spielen. Psychoonkologen sind speziell weitergebildete Psychologen oder Ärzte.

Psychosoziale Belastung

Äußere Einflüsse, die auf die Seele und das Sozialleben negativ einwirken.

Radiochemotherapie (RCT)

Eine Kombination aus Strahlentherapie und Chemotherapie zur Behandlung von bösartigen Tumoren. Diese Therapie kann wirksamer sein als eine alleinige Strahlen- oder Chemotherapie.

Radiologie

Fachrichtung der Medizin, die sich mit der Anwendung energiereicher Strahlen bei Diagnostik und Therapie beschäftigt. Es werden bildgebende Verfahren mit Röntgenstrahlen, aber auch Ultraschall und elektromagnetische Felder zur Untersuchung einsetzt.

Radioonkologe

Facharzt für die Strahlenbehandlung von Krebserkrankungen.

Radiotherapie

Siehe Bestrahlung.

RCT

Abkürzung für Radiochemotherapie.

Rehabilitation

Wiederbefähigung. Unter Rehabilitation werden alle medizinischen, psychotherapeutischen, sozialen und beruflichen Maßnahmen zusammengefasst, die eine Wiedereingliederung eines Kranken in Familie, Gesellschaft und Berufsleben zum Ziel haben. Diese Maßnahmen sollen es den Patienten ermöglichen, besser mit krankheitsbedingten Schwierigkeiten umzugehen.

Restharn

Die nach dem Wasserlassen in der Harnblase oder Ersatzblase verbliebene restliche Harnmenge. Ursache für die unvollständige Entleerung der Blase kann eine Verengung der Harnröhre und insbesondere bei Männern eine gutartige Vergrößerung der Prostata sein. Nach Blasenoperationen und bei einer Ersatzblase kann eine Veränderung, z. B. die Verengung des Schließmuskels, Ursache von Restharn sein.

Rezidiv

Wiederauftreten einer Erkrankung, Krankheitsrückfall.

Risikofaktoren

Umstände und Faktoren, die das Entstehen einer Krankheit begünstigen können. Dazu gehören zum Beispiel Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, erbliche Belastungen, bereits vorhandene Krankheiten, Kontakt mit Schadstoffen. Wenn der Zusammenhang zwischen einem solchen Faktor und einem erhöhten Erkrankungsrisiko nachgewiesen ist, spricht man von einem Risikofaktor. Rauchen ist zum Beispiel ein Risikofaktor für viele Erkrankungen.

Röntgen

Beim Röntgen wird mit Hilfe von Röntgenstrahlen Körpergewebe abgebildet. Dadurch können Ärztinnen und Ärzte zum Beispiel Knochenbrüche oder Veränderungen an Organen oder am Skelett erkennen. Siehe auch bildgebendes Verfahren.

Rückfallrisiko

Wahrscheinlichkeit dafür, dass eine Erkrankung wiederauftritt (Rückfall). Bei frühem Blasenkrebs unterscheidet man zwischen niedrigem, mittlerem und hohem Rückfallrisiko. Danach richten sich die Behandlung und Nachsorge.

S3-Leitlinie

Siehe Leitlinie.

Samenbläschen

Sie liegen seitlich an der Prostata und produzieren die Samenflüssigkeit.

Schnellschnitt

Bezeichnet die Untersuchung von Gewebeproben während einer noch laufenden Operation, um gleich über Erhalt oder Entfernung des betreffenden Organs oder Organteils entscheiden zu können, z. B. über die Erhaltung der Harnröhre bei Blasenentfernung.

Schnittrand

Die entstehende Begrenzung beim Herausschneiden eines Gewebestücks. Das entfernte Gewebe wird unter dem Mikroskop untersucht. Dabei wird geprüft, ob sich an den Schnitträndern noch Krebsreste finden. Das ist ein Hinweis darauf, dass der Krebs nicht vollständig entfernt wurde. In diesem Fall ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass der Krebs wiederkommt oder streut. Um die Schnittränder zu beschreiben, wird die R-Klassifikation verwendet (r von residual tumor (engl.): verbliebener Tumor).

Skelettszintigraphie

Nach der Gabe einer radioaktiven Substanz, die sich im Knochen einlagert, wird mit einer Spezialekamera eine Aufnahme des Skeletts gemacht. So können Veränderungen erkannt werden, die auf einen Tumor im Knochen hindeuten.

Sonographie

Siehe Ultraschalluntersuchung.

Sozialdienst, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter

Beraten in sozialen Fragen und unterstützen bei der Erschließung von Hilfen.

Spülzytologie

Über einen Katheter werden durch Spülung Zellen aus Nierenbecken, Harnleiter und Blase zur Zelluntersuchung unter dem Mikroskop gewonnen.

Stadium

Siehe Tumorstadium.

stationär

An eine Krankenhausaufnahme gebunden.

Stoma

Wörtlich übersetzt heißt Stoma „Mund“ oder „Öffnung“. Man bezeichnet damit eine künstlich geschaffene Öffnung zur Körperoberfläche zum Ein- oder Ausleiten von Urin oder Stuhlgang. Die operativ angelegte künstliche Harnausscheidung durch die Bauchdecke heißt Urostoma.

Stomatherapeutin, Stomatherapeut

Krankenschwester/-pfleger mit einer Fachweiterbildung, die/der die Anleitung, Beratung, Versorgung und Pflege von Menschen mit Stoma betreut.

Strahlentherapie

Siehe Bestrahlung.

supportive Therapie

Begleitende und unterstützende Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von möglichen Nebenwirkungen der Tumorthherapie.

Symptom

Zeichen, die auf das Vorhandensein einer bestimmten Erkrankung hinweisen oder Beschwerden, die mit einer Erkrankung auftreten.

Therapie

Behandlung, Heilbehandlung.

Thrombozyten

Blutplättchen, spielen bei der Blutgerinnung eine Rolle.

TNM-Klassifikation

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

transurethrale Resektion (TUR)

Mit einem Zystoskop wird erkranktes Gewebe mittels einer Drahtschlinge, über die elektrischer Strom fließt, aus der Harnblase abgetragen.

Trigonum

Das Trigonum (vesicae) ist ein dreieckiges Schleimhautfeld am Blasenfundus, das sich zwischen den Einmündungen der beiden Harnleiter und dem Abgang der Harnröhre befindet.

Tumor

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

Tumorkonferenz

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

Tumormarker

Körpereigene Stoffe, die von Krebszellen besonders häufig gebildet werden oder deren Bildung durch Krebszellen ausgelöst wird. Der Nachweis dieser Tumormarker im Blut oder im Urin des Patienten zeigt mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit an, dass dieser Patient einen Tumor hat. Tumormarker dienen hauptsächlich der Verlaufsbeobachtung und ergänzen weitere klinische Untersuchungen.

Tumornachsorge

Siehe Nachsorge.

Tumorstadium

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

TUR

Abkürzung für transurethrale Resektion.

Übersäuerung des Blutes

Siehe Azidose.

Ultraschalluntersuchung

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

unterer Harntrakt

Als unterer Harntrakt werden die Harnblase und die Harnröhre (Urethra) bezeichnet.

Ureteroskopie

Spiegelung der Harnleiter (Ureter) und der Nieren.

Urethroskopie

Spiegelung der Harnröhre (Urethra).

Urinzytologie

Im Labor wird Urin oder Urinspülflüssigkeit (siehe auch Spülzytologie) auf veränderte und bösartige Zellen untersucht.

Urogenitaltrakt

Neben den Geschlechtsorganen gehören hierzu alle Organe der Harnbildung und die ableitenden Harnwege, also Nieren, Harnleiter, Harnblase und Harnröhre.

Urographie

Röntgenuntersuchung oder Magnetresonanztomographie der Harnwege; dem Patienten wird ein Kontrastmittel in eine Vene gespritzt, dieses scheidet die Nieren aus, die Harnwege füllen sich damit; im Abstand von einigen Minuten erfolgen dann mehrere Aufnahmen, um die Funktion und das Aussehen der ableitenden Harnwege/Harnableitung zu überprüfen.

Urologin, Urologe

Facharzt, der auf die Behandlung von Erkrankungen und Tumoren der harnableitenden Organe bei Frauen und Männern sowie auf die Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane spezialisiert ist.

Urostoma

Form der künstlichen Harnableitung, bei der die Harnleiter oder ein zwischengeschaltetes Darmstück als Stoma auf der Bauchdecke ausgeleitet werden. Das Urostoma wird angelegt, wenn die Harnblase entfernt wurde und keine Ersatzblase oder Enddarmblase in Frage kommt. Siehe auch Stoma.

Urothel

Schleimhaut, welche die ableitenden Harnwege auskleidet (Nierenbecken, Harnleiter, Harnblase, Harnröhre).

Urothelkarzinom

Krebs, ausgehend von der Schleimhaut der ableitenden Harnwege. Die häufigste Erkrankung ist der Blasenkrebs.

Vinflunin

Medikament, das in der Chemotherapie bei metastasiertem Blasenkrebs zum Einsatz kommt.

Vitamin-B12-Mangel

Vitamin B12 wird im Darm aus der Nahrung aufgenommen. Es wird unter anderem bei der Bildung der roten Blutzellen benötigt. Ein Vitamin-B12-Mangel führt zur Blutarmut.

Vollnarkose

Schlafähnlicher Zustand durch Medikamente. Mit bestimmten Medikamenten können Schmerzempfinden, Abwehrreaktionen und Bewusstsein eines Patienten ausgeschaltet werden, um medizinische Eingriffe (Operationen) durchführen zu können.

Weißlicht-Zystoskopie

Die Blasenspiegelung mit weißem Licht ist die Standarduntersuchung zur Erkennung des Blasenkarzinoms. Dabei wird die Harnblase mit einem Zystoskop mit einer hellen Lichtquelle ausgeleuchtet und auf Krebszellen untersucht. Blumenkohlartig wachsende Tumoren (papillärer Blasenkrebs) werden gut erkannt. Bei flach wachsenden Tumoren (Carcinoma in situ) ist die photodynamische Diagnostik (Fluoreszenz-Zystoskopie) besser.

Zystektomie

Entfernung der Harnblase.

Zystoskop

Ein spezielles Untersuchungsgerät für endoskopische Untersuchungen (Spiegelungen) in der Urologie. Es dient der Betrachtung der Harnröhre und der Harnblase von innen. Diese Untersuchung wird als Blasenspiegelung bezeichnet.

Zystoskopie

Siehe Blasenspiegelung.

Zytostatika

Zytostatika werden in der lokalen und in der systemischen Chemotherapie eingesetzt. Sie zerstören Krebszellen, indem sie u.a. in die Zellteilung eingreifen. Auch gesunde Gewebe, die sich schnell erneuern und eine hohe Zellteilungsrate haben, werden durch die Behandlung mit Zytostatika vorübergehend in Mitleidenschaft gezogen. Betroffen können sein: Haut, Schleimhäute, Haare, Nägel. Ebenso kann das Allgemeinbefinden beeinträchtigt werden. Es können allgemeine Erschöpfung (Fatigue) und Übelkeit auftreten.

20. Verwendete Literatur

Diese Patientenleitlinie beruht auf der S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“, die den aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung beinhaltet. Viele Studien und Übersichtsarbeiten sind dort nachzulesen:

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

An dieser S3-Leitlinie haben Fachleute der folgenden medizinischen Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen mitgearbeitet:

- Arbeitsgemeinschaft erbliche Tumorerkrankungen der DKG e. V. (AET)
- Arbeitsgemeinschaft internistische Onkologie der DKG e. V. (AIO)
- Arbeitsgemeinschaft onkologische Pathologie der DKG e. V. (AOP)
- Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin e. V. der DKG e. V. (APM)
- Arbeitskreis onkologische Rehabilitation der DGHO e. V. (AKOR)
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie der DKG e. V. (PRiO)
- Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie der DKG e. V. (PSO)
- Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie der DKG e. V. (ARO)
- Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation urologischer und nephrologischer Erkrankungen der DGU e. V. (AKR)
- Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in d. Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der DKG e. V. (ASORS)
- Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der DKG e. V. (AUO)
- Berufsverband der deutschen Pathologen e. V. (BDP)
- Berufsverband der deutschen Urologen e. V. (BDU)
- Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen u. Onkologen e. V. (BNHO)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e. V. (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Pathologie e. V. (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGPalli)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)
- Deutsche Röntgengesellschaft e. V. (DRG)
- Deutscher Forschungsverbund Blasenkarzinom e. V. (DFBK)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)
- Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)
- Deutscher Verband Technischer Assistentinnen/Assistenten in der Medizin e. V. (DVAT)
- Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW, vormals DVET)
- Interdisziplinäre Arbeitsgruppe BlasenCarcinom der DKG e. V. (IABC)
- Konferenz onkolog. Kranken- und Kinderkrankenpflege der DKG e. V. (KOK)
- Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. (ShB)



Zusätzlich zur wissenschaftlichen Literatur der Leitlinie nutzt diese Patientenleitlinie folgende Quellen:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Kurzinformation „Soll ich an einer klinischen Studie teilnehmen?“. Februar 2014.

www.patienten-information.de

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? – Checkliste für Patientinnen und Patienten. Berlin, 2015.

www.arztcheckliste.de

Deutsche ILCO e. V. Urostomie – ein Leitfaden. Stand 05/2016.

www.ilco.de

Deutsche Krebshilfe (Hrsg.). Blasenkrebs – Die blauen Ratgeber 18. Stand 07/2015.

www.krebshilfe.de

Gruber G. Wenn die Blase entfernt werden muss. Die Schwester Der Pfleger. 55. Jahrgang. 12/2016.

Krebsinformationsdienst. Blasenkrebs: Karzinome der Harnblase. Informationen für Betroffene, ihre Angehörigen und für Interessierte. Stand: 14.02.2014. Abgerufen: 12/2016.

www.krebsinformationsdienst.de

Krebsinformationsdienst. Alternative und komplementäre Krebsmedizin. Stand: 15.01.2016. Abgerufen: 12/2016.

www.krebsinformationsdienst.de

Leitlinienprogramm Onkologie (Hrsg.). Patientenleitlinie „Palliativmedizin – für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“. 2015.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Leitlinienprogramm Onkologie (Hrsg.). Patientenleitlinie „Psychoonkologie – psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige“. 2016.

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Robert Koch-Institut (Hrsg.). Blasenkrebs. Stand: 25.09.2016.

www.krebsdaten.de

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. (ShB). Blasenkrebs – was nun? 3. Auflage, Stand 11/2016.

www.blasenkrebs-shb.de

21. Ihre Anregungen zu dieser Patientenleitlinie

Sie können uns dabei unterstützen, diese Patientenleitlinie weiter zu verbessern. Ihre Anmerkungen und Fragen werden wir bei der nächsten Überarbeitung berücksichtigen. Trennen Sie einfach dieses Blatt heraus und senden es an:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Redaktion „Patientenleitlinie Blasenkrebs“
TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin

Wie sind Sie auf die **Patientenleitlinie „Blasenkrebs“** aufmerksam geworden?

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



Was hat Ihnen an dieser Patientenleitlinie gefallen?

Was hat Ihnen an dieser Patientenleitlinie nicht gefallen?

Welche Ihrer Fragen wurden in dieser Broschüre nicht beantwortet?

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Notizen:



Notizen:

A series of 18 horizontal dashed orange lines providing a template for handwritten notes.

Herausgeber

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

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

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