



UROLOGISCHE KREBSERKRANKUNGEN

DIAGNOSE • THERAPIE • NACHSORGE



ÖSTERREICHISCHE KREBSHILFE
SEIT 1910

Österreichische Krebshilfe – seit 1910

„Die Not unserer Krebskranken wird immer größer, wir müssen etwas tun, um sie zu lindern. Könnten wir nicht zusammenkommen, um darüber zu sprechen?“

Diese Zeilen schrieb Hofrat Prof. Dr. Julius Hochenegg an seinen Kollegen Hofrat Prof. Dr. Anton Freiherr von Eiselsberg. Es war ein trüber Novembertag im Jahr 1909 gewesen und Prof. Hochenegg hatte wie so oft eine Krebspatientin daheim besucht und die Not, die er dort sah, hatte ihn tief betroffen gemacht.

Infolgedessen gründeten am 20.12.1910 die Ärzte Prof. Dr. Julius Hochenegg, Hofrat Prof. Dr. Anton Freiherr von Eiselsberg, Hofrat Prof. Dr. Richard Paltauf, Prof. Dr. Alexander Fraenkel, Prim. Doz. Dr. Ludwig Teleky und Dr. Josef Winter die heutige Österreichische Krebshilfe.



Damals wie heute ist es eine der Hauptaufgaben der Österreichischen Krebshilfe, Patient:innen und Angehörige zu begleiten, sie zu unterstützen und für sie da zu sein. Rund 100 kompetente Berater:innen stehen Patient:innen und Angehörigen in ca. 63 Krebshilfe-Beratungsstellen mit einem umfangreichen Beratungs- und Betreuungsangebot zur Verfügung.

Darüber hinaus tragen Erkenntnisse aus den von der Österreichischen Krebshilfe finanzierten Forschungsprojekten dazu bei, den Kampf gegen Krebs im Bereich Diagnose und Therapie erfolgreicher zu machen.

Die Österreichische Krebshilfe finanziert sich zum großen Teil durch private Spenden, deren ordnungsgemäße und verantwortungsvolle Verwendung von unabhängigen Wirtschaftsprüfern jährlich bestätigt wird. Die Krebshilfe ist stolze Trägerin des Österreichischen Spendengütesiegels.



Ein Wort zur Einleitung



**Prim. Univ.-Prof.
Dr. Paul SEVELDA**
Präsident der
Österreichischen Krebshilfe

Die Diagnose Krebs kommt meist unerwartet und reißt mitten aus dem Leben. Plötzlich ist alles anders, viele Fragen tauchen auf. Als Onkologe bin ich täglich mit dem Schicksal vieler Patient:innen und ihrer Angehörigen konfrontiert. Es ist mir daher ein persönliches Bedürfnis, Ihnen mit der vorliegenden Broschüre eine Zusammenstellung der wichtigsten Informationen zu den urologischen Krebserkrankungen anzubieten. Scheuen Sie sich bitte trotzdem nicht, Ihre behandelnden Ärzt:innen alle Fragen zu stellen, die Sie beschäftigen. Auch die Berater:innen in den österreichweiten Krebshilfe-Beratungsstellen stehen für Sie zur Verfügung. Wir nehmen uns Zeit, hören zu und helfen.



**Prim. Priv.-Doz.
Dr. Anton Ponholzer**
Österreichische Gesellschaft für
Urologie und Andrologie und
Vorstandsmitglied der
Österreichischen Krebshilfe

Im urologischen Bereich kommen gut- und bösartige Tumore besonders häufig vor. Prostatakrebs ist bei Männern die am weitest verbreitete Krebserkrankung. Darüber hinaus sind Nierenkrebs, Tumore in der Blase, Hodenkrebs und das Peniskarzinom die häufigsten Krebserkrankungen im Urogenitaltrakt des Mannes. Die vorliegende Broschüre gibt Ihnen einen Überblick über diese Krebserkrankungen und möchte Sie über Chancen und Möglichkeiten informieren, wie die besten Heilungsaussichten gewahrt werden können. Als Urolog:innen stehen wir Ihnen natürlich für Ihre Fragen zur Verfügung und hoffen, dass diese Broschüre die wichtigsten Antworten für Sie parat hält.

Aus dem Inhalt

Diagnose Krebs – was nun?	5
Was ist Krebs	6
Ihr individueller Behandlungsplan	8
Zertifizierte Zentren	9
Befunde besser verstehen	11
Anatomie des Urogenitaltraktes	13
Nierenkrebs	17
Blasenkrebs	25
Prostatakrebs	26
Hodenkrebs	27
Peniskrebs	34
Kinderwunsch	39
Onkologische Rehabilitation	40
Ergänzende Maßnahmen	42
Klinische Studien	43
Hilfs- und Unterstützungsangebote der Krebshilfe	44
Männerberatung	46
Finanzielle Hilfe	51
Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe	52

Haftungsausschluss

Die Inhalte dieser Broschüre wurden mit größter Sorgfalt und unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen medizinischen Entwicklungen von unseren Expertinnen und Experten bzw. von unserer Redaktion erstellt. Die Österreichische Krebshilfe-Krebsgesellschaft kann dennoch keinerlei Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit, Korrektheit, letzte Aktualität und Qualität sämtlicher Inhalte sowie jeglicher von ihr erteilten Auskünfte und jeglichen von ihr erteilten Rates übernehmen. Eine Haftung für Schäden, die durch Rat, Information und Auskunft der Österreichischen Krebshilfe-Krebsgesellschaft verursacht wurden, ist ausgeschlossen.

Diagnose Krebs... was nun?

Die Diagnose Krebs verängstigt und schockiert Patient:innen und Angehörige wie kaum eine andere Erkrankung. Meist wird alles, was jemals zum Thema Krebs gehört wurde, abgerufen.

Dieser **Schockzustand** hält oft einige Tage an. An das aufklärende Gespräch, das der Arzt / die Ärztin mit Patient:in und Angehörigen geführt hat, erinnert man sich oft nur bruchstückhaft. Daher ist es wichtig, immer wieder **Fragen** zu stellen, lieber einmal mehr, als zu wenig.

Sie haben das Recht, Fragen zu stellen. Es geht um Ihre Gesundheit, Ihr Leben!

Niemand kann ernsthaft erwarten, dass man im Moment, in dem man die Diagnose erfährt, alles „mitbekommt“, was der Arzt / die Ärztin sagt.

Fragen Sie lieber einmal mehr als zu wenig. **Es ist wichtig, dass Sie die Therapie und mögliche Nebenwirkungen verstehen.** Die Art und Weise, wie Ihr behandelnder Arzt / Ihre behandelnde Ärztin Ihre Fragen beantwortet, stellt ein wesentliches Qualitätskriterium

für die Arzt-Patient:innen-Beziehung dar. Es ist auch wichtig, dass Sie rückmelden, wie es Ihnen während der Behandlung geht, ob Sie Schmerzen haben oder unter anderen Beschwerden leiden.

Ein vertrauensvolles Arzt-Patient:innen-Verhältnis trägt wesentlich zum Erfolg der Therapie bei.

Natürlich liegt es in der Natur der Menschen, dass es mitunter auch vorkommen kann, dass Sie mit Ihrem behandelnden Arzt / ihrer behandelnden Ärztin einfach keine gute Chemie haben. Wenn dies der Fall ist oder Ihr Arzt / Ihre Ärztin nicht in ausreichender Art und Weise auf Ihre Fragen eingeht, dann nützen **Sie die Möglichkeit und das Recht, eine Zweitmeinung einzuholen.**

Und vergessen Sie nicht:

Die Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe stehen Ihnen österreichweit kostenlos zur Verfügung. Selbstverständlich unterliegt jedes Gespräch, das Sie mit einer Berater:in der Österreichischen Krebshilfe führen, auch automatisch der Schweigepflicht.



Die Broschüre „Leben mit der Diagnose Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe erhältlich. Sie können sie auch hier downloaden



Was ist Krebs?

Krebs ist die Bezeichnung für eine Vielzahl von Erkrankungen, die durch ungebremste Zellvermehrung, bösartige Gewebsneubildung und Ausbreitung im Organismus gekennzeichnet sind.

Der **Begriff KREBS** wurde vom griechischen Arzt Hippokrates vor fast 2400 Jahren geprägt. Die auf gesundes Gewebe übergreifenden Tumore hat er mit den Scheren des Krebses verglichen. Bereits die alten Ägypter waren von Krebs betroffen. Funde, die bis 3000 vor Christus zurückgehen, bestätigen dies.

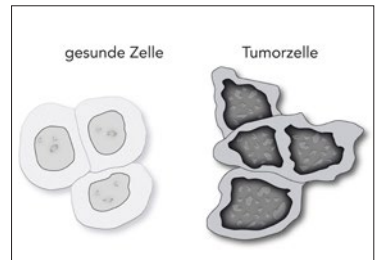
Weltweit erkrankten im Jahr 2020 mehr als 19 Millionen Menschen an Krebs (IARC).

Heute ist Krebs ein globales Problem. Im Jahr 2020 sind laut IARC weltweit rund 19,3 Millionen Neuerkrankungen aufgetreten. Der Kampf gegen diese Erkrankung geht uns alle an.

Die Entstehung von Krebs ist ein komplexer Prozess, dem vielfältige sogenannte multifaktorielle Ursachen zugrunde liegen. **Lebensstilfaktoren** wie Rauchen, ungesunde

Ernährung, Alkohol, UV-Strahlung und auch Bewegungsmangel haben einen großen Anteil – mehr als 50 Prozent – am persönlichen Krebsrisiko.

Krebs wird als Erkrankung des Erbmaterials von Zellen angesehen. Krebserregende (*kanzerogene*) Faktoren können bleibende Schäden am Erbmateriale – der DNS – bewirken. Das ist besonders auch der Fall, wenn natürliche Reparaturmechanismen und Abwehrreaktionen des Körpers ineffektiv oder ausgeschaltet sind.



Zellen mit genetischen Schäden geben Mutationen bei der Zellteilung auf Tochterzellen weiter.

So entstehen Zellen mit genetischen Schäden – also Mutationen, die dann bei Zellteilung auf Tochterzellen weitergegeben werden. Diese Veränderungen bewirken eine Über-Aktivierung von Krebs-

DNS =
Desoxyribonukleinsäure

Krebserregende =
krebsfördernde
Stoffe; u. a. chemische
Substanzen, Strahlen,
Viren, Inhaltsstoffe des
Tabakrauchs und der
Nahrungsmittel
(-zubereitung), UV-
Licht, Infektionen.

IARC:
International Agency
for Research on Cancer

genen, den sogenannten **Onkogenen**. Die Folge ist unkontrolliertes und gesteigertes Wachstum.

Ebenso kann ein Abschalten von Kontrollgenen, also eine Inaktivierung von Suppressorgenen, zu diesem ungebremsten Zellwachstum und der Vermehrung von entarteten Zellen beitragen.

Es gibt Hinweise, dass Krebs von einem Ursprungszellstamm – dem Klon von Progenitor-Zellen – ausgeht. Man spricht von einem klonalen Ursprung. Mehrere Schäden mit Veränderungen im Erbmaterial sind notwendig, damit diese Zellen die Eigenschaften der Bösartigkeit (*Malignität*) erlangen. Die Kennzeichen sind unkontrolliertes Wachstum, das Eindringen in umgebendes Gewebe und Gefäße, die Streuung und Absiedelung im Organismus – die Metastasierung.

Ein wesentliches Charakteristikum von Krebszellen ist deren Unsterblichkeit. Mechanismen, die in normalen Zellen zu Alterung und zum Absterben (dem programmierten Zelltod) führen, werden abgeschaltet.

Krebszellen können sich auch in den Organ-Nischen lange Zeit inaktiv und unauffällig verhalten. Diese Krebsstammzellen gelten aber als die gefährlichsten Zellen in einem Tumor. Sie sorgen für ständigen Nachschub an Krebszellen und werden für ein Wiederauftreten von Tumoren (*Rezidiv*) und auch für Therapieresistenzen verantwortlich gemacht.

Bei der Krebsentstehung spielt auch der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle. Tatsache ist, dass Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter vermehrt auftreten. Als Erklärung gilt, dass es oft Jahre dauert, bis sich diese zahlreichen Mutationen in einer malignen Entartung von Zellen, einer Tumorbildung und schließlich als Krebserkrankung manifestieren.

Die Ergebnisse der internationalen und nationalen Krebsforschung, die Anwendung von modernsten Diagnose- und Strahlentechnologien und die neuen medikamentösen Therapien haben in den letzten Jahren zu einer **wesentlichen Verbesserung der Heilungsraten und Verlängerung der Überlebenszeiten bei Krebs** geführt.

Suppressorgene =

Gene, deren Genprodukte in der gesunden Zelle die Zellteilung kontrollieren beziehungsweise unkontrolliertes Zellwachstum hemmen.

Ihr individueller Behandlungsplan

Das therapeutische Vorgehen bei Krebserkrankungen wird durch international festgelegte Standards bestimmt. Welche Therapie individuell eingesetzt wird, hängt von der Art des Tumors, der Lokalisation, der Ausbreitung (Stadium der Erkrankung), der Histologie und auch von bestimmten Ausprägungen („Biomarker“) wie z. B. Hormonrezeptoren oder Eiweißstoffen an Tumorzellen ab. All diese Faktoren bestimmen den Behandlungsplan.

Das Tumorboard

Der **individuelle Behandlungsplan** wird von Expert:innen der verschiedenen Fachrichtungen erarbeitet. Welcher Fachrichtung die am Tumorboard teilnehmenden Mediziner:innen angehören, hängt von der Art der Krebserkrankung ab. Bei urologischen Krebserkrankungen sind dies Uroonkolog:innen, Radioonkolog:innen, Radiolog:innen, Patholog:innen sowie internistische Onkolog:innen. Auch Expert:innen anderer Fachrichtungen können hinzugezogen werden und natürlich auch alle Mitarbeiter:innen, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind.

Im Tumorboard werden in interdisziplinärer Zusammenarbeit Empfehlungen für die weitere Therapie erarbeitet.

Das Ergebnis ist IHR individueller Behandlungsplan, der im Rahmen eines **aufklärenden Gesprächs** von Ihre. / Ihrem Hauptbehandler:in („Case Manager“) mit Ihnen eingehend besprochen wird. Dabei informiert der Arzt über die Therapieform und die Ziele der Therapie, Nebenwirkungen und deren Abhilfe. Das Gespräch soll in einer gemeinsamen Entscheidung von Patient und Behandlungsteam resultieren.

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie Informationen zu den einzelnen Krebsarten und Behandlungsformen. Wenn Sie zusätzliche Informationen zu Ihrer Krebserkrankung benötigen, stehen Ihnen weitere kostenlose Krebshilfe-Broschüren zur Verfügung: www.krebshilfe.net/services/broschueren

Biomarker = Charakteristika von Krebszellen, die aus Gewebematerial von Biopsien und/oder Operationspräparaten mittels immunologischer und molekularbiologischer Untersuchungsmethoden bestimmt werden. Biomarker sind bei der Bestimmung der Therapieempfindlichkeit, Resistenz und Prognose von großer Relevanz.

Der beste Arzt/die beste Ärztin?

Auf der Suche nach „dem besten Arzt/der besten Ärztin“ hören sich viele Patient:innen im Freundeskreis um oder recherchieren im Internet. Diese Informationen sind nicht verlässlich, um sagen zu können, ob ein Arzt/eine Ärztin eine „Koryphäe“ ist.

Oft ist der Maßstab für die Beurteilung durch Patient:innen die Empathie oder die „Chemie“ mit dem Arzt/der Ärztin. Ohne Zweifel sind das wichtige Kriterien, um sich in besten Händen zu fühlen, aber:

Die wichtigsten Voraussetzungen für die Behandlung von urologischen Krebserkrankungen sind die nachgewiesene Erfahrung und die enge Zusammenarbeit eines interprofessionellen Behandlungsteams (s.S. 8).

Für jeden einzelnen Patienten und jede einzelne Patientin wird in einer gemeinsamen Besprechung (**Tumorboard**, s.S. 8) eine schriftliche Empfehlung für die beste medizinische Behandlung erstellt (**Tumorboardprotokoll**).

Uro-onkologische-Zentren

Wenn eine solche Zusammenarbeit gewährleistet ist, spricht man von einem **Uroonkologischem-Zentrum**. Kennzeichen eines Uroonkologischem-Zentrums ist, dass eine **kontinuierliche Messung der medizinischen Behandlungsqualität** erfolgt.

Die Krebshilfe wird oftmals um Empfehlungen für Ärzt:innen zur Behandlung von urologischen Krebserkrankungen gebeten. In vielen Spitälern in Österreich werden uroonkologische Patient:innen behandelt. Ob die benötigte **Erfahrung, Zusammenarbeit und Qualitätskontrolle** gewährleistet ist, kann jedoch von außen nicht beurteilt werden.

Die Krebshilfe kann daher nur **Empfehlungen für Behandlungszentren mit nachgewiesener Expertise** abgeben. In Österreich gibt es derzeit ein Spital, das gesichert eine international anerkannte Behandlungsqualität bei urologischen Krebserkrankungen aufweist. Dieses Spital unterzieht sich einer regelmäßigen Begutachtung gemäß den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

DKG zertifiziertes Uro-onkologisches-Zentrum

(Stand: März 2025)

- Uro-onkologisches-Zentrum
Klinikum Klagenfurt, Klagenfurt
am Wörthersee

Die Österreichische Krebs-
hilfe begrüßt diese Form
der unabhängigen externen
Zertifizierung und hofft, dass
zukünftig weitere Spitäler eine
Zertifizierung anstreben, um
ihre gute Behandlungsqualität
für Patient:innen nachweislich
zu dokumentieren.

Therapieplanung und Therapiewahl

Wichtig bei der Therapieplanung und -entscheidung ist das Aufklärungsgespräch mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin. Lassen Sie sich dazu von eine/r Angehörige/n begleiten! Scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen. Manchmal lässt es der Spitalsalltag nicht zu, dass sich Ihr Arzt/Ihre Ärztin ausreichend Zeit für Sie nehmen kann. **Es ist jedoch Ihr Recht, über die Möglichkeiten der Therapie, weitere Vorgehensweisen sowie die Risiken und Nebenwirkungen der einzelnen Behandlungsverfahren aufgeklärt zu werden.**

Das Hauptziel jeder Therapieplanung ist es, den Tumor vollständig zu entfernen. Neben der Operation stehen Therapieformen wie Strahlen- oder Chemotherapie sowie zielgerichtete Therapien zur Verfügung. **Welche Behandlung in Ihrem Fall notwendig ist, ergibt sich aus der Auswertung aller Untersuchungsergebnisse. Diese Befunde bestimmen den Therapieplan.**

Befunde besser verstehen ...

Bei einer Tumorerkrankung werden meist viele verschiedene Befunde erhoben. Es ist verständlich, dass Patient:innen versuchen, aus den Befunden mehr „herauszulesen“. Es werden aber **Fachtermini, Begriffe, Buchstaben- und Zahlenkodierungen** verwendet, die für Laien schwer verständlich sind. Deshalb haben wir nachstehend einige kurz erklärt. Weitere Informationen finden Sie auch direkt in den jeweiligen Kapiteln dieser Broschüre.

Anamnese

Anamnese beinhaltet die Erhebung der Krankheitsvorgeschichte, frühere Erkrankungen, Beschwerden, vorangegangene Therapien, Risikofaktoren etc.

„Positiver“ / „Negativer“ Befund

Diese Begriffe stellen keine Wertung im üblichen Sinn dar. Ein „positiver“ Befund bedeutet, dass bei der Untersuchung etwas Auffälliges gefunden wurde. **„Negativ“ bedeutet, dass nichts Auffälliges entdeckt wurde.**

Tumormarker

Tumormarker sind körpereigene Stoffe, meist Zucker-Eiweiß-Moleküle, die auch bei gesunden Menschen im Körper vorhanden sind. Bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung können diese Stoffe erhöht sein (müssen aber nicht). Eine Vielzahl gutartiger entzündlicher Erkrankungen sowie Nikotin können Tumormarker ebenfalls erhöhen (*falsch positiver Befund*). Bei bösartigen Erkrankungen dienen sie nicht der Diagnose sondern der Verlaufsbeobachtung der Erkrankung.

„o. B.“ – Befund

Eine Abkürzung „o. B.“ („o. p. B.“) bedeutet: ohne (pathologischen) Befund. Bedeutet: **alles normal**.

Buchstaben- und Zahlenkodierungen

Wenn alle notwendigen Untersuchungen abgeschlossen sind, fassen Mediziner:innen die Untersuchungsergebnisse zu der Diagnose zusammen. Das heißt, sie ordnen die Befunde einer bestimmten Erkrankung zu. International gilt ein einheitlicher **Code aus Buchstaben- und Zahlenkodierungen**. So können sich Ärzt:innen über Sprachgrenzen hinweg verständigen.

*Anamnese = altgriech.
„auf Erinnerung“.*

Stadieneinteilung / „Staging“

Die Erkrankung wird nach ihrer **Ausbreitung im Körper** eingestuft. Hierfür gibt es verschiedene tumorbezogene Einteilungssysteme. Mehr dazu in den Kapiteln zu den einzelnen Krebsarten.

Grading

Nach dieser Beurteilung (Rangfolge) entspricht ein langsam wachsender Tumor (*hochdifferenziert*) dem „Grad G1“, ein schnell wachsender Tumor (*undifferenziert*) dem „Grad G3“.

Klassifikation

Mit dem TNM-System werden die **Größe von Tumoren und der Befall von Lymphknoten und Organen** beschrieben.

TNM-KLASSIFIKATION

T	Tumor	Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors
N	Nodus	Lymphknoten (<i>nodus lymphaticus</i>). Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen
M	Metastasen	Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

T1 bis T4 für den Primärtumor

Bei der T-Kategorie beschreiben die Ziffern 1 – 4 die zunehmende Größe und Ausbreitung des Primärtumors. Bei einigen Tumoren unterteilen die Fachleute noch genauer (T-Ziffern plus Zusätze mit den Kleinbuchstaben a bis d).

N0 bis N3 für die Lymphknoten

Die Ziffern der N-Kategorie richten sich nach Zahl und Lage der von Krebszellen befallenen regionären Lymphknoten. N0 bedeutet, dass in den regionären Lymphknoten des vom Tumor befallenen Organs keine Krebszellen nachgewiesen werden konnten. N1, N2 und N3 beschreiben den Befall immer mehr oder immer weiter vom Tumor entfernter regionärer Lymphknoten.

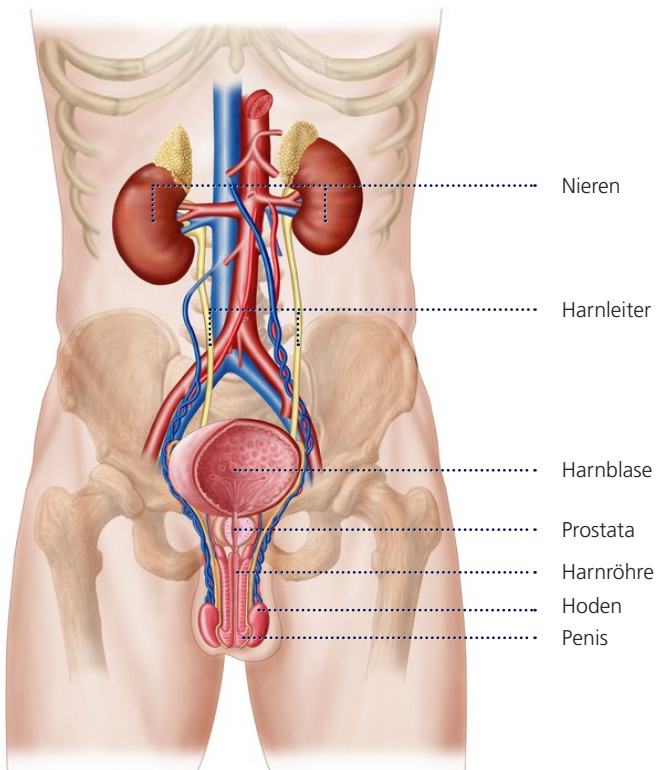
M0 und M1 für Fernmetastasen

Bei der M-Kategorie unterscheidet man, ob Fernmetastasen nachgewiesen wurden (M1) oder nicht (M0).

Der Urogenitaltrakt

Das Urogenitalsystem oder die Urogenitalorgane sind Überbegriffe für **Harnorgane** und **Geschlechtsorgane**. Da es sich überwiegend um muskuläre Hohlorgane handelt, spricht man auch vom **Urogenitaltrakt**.

Die **Harnorgane** werden eingeteilt in **Niere** (*Ren, Nephros*), **Harnleiter** (*Ureter*), **Harnblase** (*Vesica urinaria*), **Harnröhre** (*Urethra*) und die **äußeren Geschlechtsorgane** (Penis und Hodensack) sowie **innere Geschlechtsorgane** (wie Prostata, Samenleiter, Hoden und Nebenhoden).



hilum =
lat. hilus: Stiel

Die **Nieren** sind paarig angelegte, bohnenförmige Organe, deren Hauptaufgabe die Bildung des Harns (Filtration und Konzentration) ist. Die Nieren sind entscheidend an wichtigen systemischen Regulationen des Wasser- und Elektrolythaushalts und des Säure-Basen-Gleichgewichts beteiligt. Außerdem sind Nieren *endokrine Organe*, die durch Synthese und Sekretion von Gewebshormonen an der Regulation von Blutdruck und der Entstehung von roten Blutkörperchen beteiligt sind. Das Blut fließt jeden Tag etwa 300 mal durch die Nieren, somit werden täglich durchschnittlich 1.500 Liter Blut gefiltert.

Harnwege ist die Bezeichnung für mehrere Organe und Leitungen, die den in der Niere produzierten Harn ableiten, zwischenspeichern und schließlich aus dem Körper führen. Zu den Harnwegen gehören die **Nierenbecken**, die **Harnleiter**, die **Harnblase** und die **Harnröhre**.

Die **Harnleiter** (*Ureteren*) sind paarig angelegte, muskuläre Hohlorgane, die etwa 25 bis 30 cm lang und einen Durchmesser zwischen 4 und 7 mm haben. Sie beginnen im Nierenbecken, verlassen die

Niere durch das *Hilum* und enden in der Harnblase.

Die **Harnblase** ist ein dehnbares Hohlorgan, das sich im kleinen Becken befindet. Die Nieren produzieren kontinuierlich Harn. Aufgabe der Blase ist es, mit Hilfe eines Schließmuskels diesen Harn zwischenzuspeichern. Ohne Sammlung in der Blase würde eine stetige Abgabe des Urins erfolgen. Ist die Blase etwa halb gefüllt, verspürt der Mensch einen Harn-drang und kann die Blase kontrolliert über die **Harnröhre** (*Urethra*) leeren.

Der **Penis** bildet zusammen mit dem **Hodensack** das äußere männliche Genital und wird auch als **primäres Geschlechtsorgan** des Mannes bezeichnet.

Der **Penis** wird in 3 Abschnitte untergliedert: **Peniswurzel** (*Radix penis*), den **Peniskörper** (*Corpus penis*), die **Eichel** (*Glans penis*).

Der Penis besteht aus den beiden **Schwellkörpern** (*Corpora cavernosa*), die für die Erektion verantwortlich sind und der **Harnröhre**, die von einem eigenen Schwellkörper (*Corpus cavernosum / Spongiosum urethrae*) umgeben ist,

der in die **Eichel** übergeht. Diese Strukturen werden zusammen mit Nerven und Blutgefäßen, die in feingeweblichen Verschiebeschichten (*Faszien*) verlaufen von der **Penisschafthaut** umhüllt. Diese liegt als **Vorhaut** (*Präputium*) um die Eichel herum, die mit dem umgeschlagenen Ende an der **Kranzfurche** (*Sulcus coronarius*) verwachsen ist.

Die **Schwellkörper**, die sich bei Erregung mit Blut füllen, versteifen den Penis (*Erektion*) und ermöglichen so das Eindringen in die Vagina, den Geschlechtsverkehr. Die Samenflüssigkeit verlässt über die Harnröhre den Penis. Über die **Harnröhre** verlassen daher sowohl Spermien als auch Harn den Organismus.

Die **Hoden** sind die paarig angelegten männlichen Keimdrüsen (*Gonaden*), die mit den ihnen aufsitzenden **Nebenhoden** im **Hodensack** (*Skrotum*) liegen. Sie bilden den Samen – das Sperma – und das männliche Geschlechtshormon (*Testosteron*), das auch die Ausbildung und Erhaltung der männlichen Geschlechtsmerkmale wie Muskelmasse und Bartwuchs reguliert.

Die Samenflüssigkeit wird beim Orgasmus über den Samenleiter abgegeben. Der Nebenhoden nimmt die reifen Samenzellen auf und ist ihr eigentliches Speicherorgan. Das hier vorhandene saure Milieu bewirkt, dass die sonst eigenbeweglichen Spermien während ihrer Speicherung ruhiggestellt werden.

Die **Prostata** ist etwa kastanien groß, wiegt rund 20 g und weist einen festen, teils drüsenartigen, teils muskulären Körper auf. Die äußere Form ist annähernd pyramidenförmig, wobei die Basis zur Harnblase und der *Apex* (Übergang in die Harnröhre) nach unten weist. Die Prostata besteht aus etwa 30 bis 40 Einzeldrüsen, deren Ausführungsgänge rund um den Samenhügel in die Harnröhre münden. Die Prostata liegt unterhalb der Harnblase, und umschließt die männliche Harnröhre. Sie gehört zu den Geschlechtsdrüsen und produziert das **Prostatasekret**, das die Spermien schützt und dem Ejakulat eine flüssige Konsistenz verleiht und somit ein Teil der Samenflüssigkeit ist. Die Muskulatur der Prostata treibt diese Flüssigkeit weiter in die Harnröhre.

Krebserkrankungen des Urogenitaltraktes

In Österreich wurde 2023 bei 24.697* Männern die Diagnose einer bösartigen Erkrankung gestellt, wobei **Prostatakrebs** überhaupt die häufigste Krebserkrankung beim Mann ist; gefolgt von Lungen- und Dickdarmkrebs.

Das **Prostatakarzinom** ist auch die häufigste bösartige Erkrankung des Urogenitaltraktes. Im Jahr 2023 erhielten 7.485* Männer diese Diagnose gestellt. Danach folgen Krebserkrankung der **Harnblase** (952 Neuerkrankungen im Jahr 2023)*. Bei 884 Männern wurde **Nierenkrebs** diagnostiziert. **Hodenkrebs** tritt bei vorwiegend jungen Männern (2023: 430) und **Peniskrebs** bei älteren Männern (60 – 70 Jahre) auf.

Die Krebserkrankungen dieser Organe unterscheiden sich sowohl hinsichtlich Entstehung, Risiko, Altersgipfel, Inzidenz (Erkrankungsrate), als auch in der Prognose und Therapieempfindlichkeit.

Ebenso unterscheiden sich die Krebserkrankungen des Urogenitaltraktes im feingeweblichen Aufbau (*Histologie*), bei der Diagnose, Therapie und besonders auch bei den angewandten Operationstechniken.

In den letzten Jahren ist die medikamentöse Therapie der fortgeschrittenen Krebserkrankungen durch eine Vielzahl von neuen Substanzen sehr komplex geworden, sodass oft ein Team von Expert:innen für die Planung und Durchführung der Therapie herangezogen wird (s. S. 8).

* **Quelle:**
Statistik Austria

Nierenkrebs

Die Nieren sind bohnenförmige, paarig angelegte Organe, die sich beiderseits der Wirbelsäule in Höhe der unteren Rippen befinden. Das Nierengewebe besteht aus einer Außenschicht (*Nierenrinde*) und einer Innenschicht (*Nierenmark*).

Die Niere hat als Ausscheidungsorgan die Aufgabe den Salz- und Wasserhaushalt zu kontrollieren und die Endprodukte des Stoffwechsels zu eliminieren. In der Nierenrinde befinden sich die Nierenkörperchen (*Glomeruli*) die für die Filtrierung der Stoffwechsel-Abbauprodukte aus dem Blut und damit für die Bildung des Harns verantwortlich sind.

Nierenkrebs wird als **Nierenzellkarzinom** bezeichnet, da er von den Zellen der Nierenrindenzone ausgeht und in 75 % der Fälle als klarzellige Variante auftritt, die am besten auf die derzeit zur Verfügung stehenden Therapien anspricht.

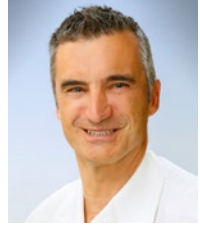
Die unzähligen weiteren Formen des Nierenkrebses, vor allem das papilläre und chromophobe Karzinom sind seltener, haben ein völlig anderes biologisches und klinisches Verhalten und sprechen auf die

etablierten medikamentösen Behandlungsformen in den fortgeschrittenen Stadien meist schlechter an. Die Operation bleibt aber auch hier für die lokalisierten Tumore die bestimmende Therapieform.

Entstehung & Risiko

Nierenkrebs kann in jedem Lebensalter des Erwachsenen auftreten, wobei jedoch der Häufigkeitsgipfel zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr liegt. Sichere Entstehungsursachen sind unbekannt. Zigarettenrauchen, langdauernder Schmerzmittelmissbrauch, häufiger Kontakt mit Petroleumprodukten, fettreiche Ernährung und Übergewicht (Fettleibigkeit) sowie langjährige Dialyse und Immunsuppression werden als Risikofaktoren angesehen.

Auch ein genetischer Defekt (Verlust eines spezifischen *Tumor-Suppressorgenes*) kann zu einem ungebremsten Wachstum und einer weiterführenden Entartung der Nierenzellen führen. Eine besondere Form ist das sogenannte *Von-Hippel-Lindau-Syndrom*, das aufgrund einer familiären Belastung zu einem Nierenzellkarzinom führen kann und oft vor dem 40.



OA Dr. Franz STOIBER

Mitglied des Arbeitskreises für urologische Onkologie

Die Frühdiagnose eines Nierenzellkarzinoms und die damit mögliche operative Sanierung, die oft noch mit Organerhalt durchgeführt werden kann, ist der Schlüssel für eine langfristige kurative Therapie.

Aber selbst im fortgeschrittenen, metastasierten Stadium konnte durch die Einführung der zielgerichteten Therapieoptionen und nicht zuletzt durch das aktuelle Aufkommen der modernen Immuntherapie mit sogenannten Checkpoint-Inhibitoren das Gesamtüberleben mit entsprechend guter Lebensqualität deutlich verbessert werden.

Lebensjahr auftritt. Seit kurzem gibt es für diese Erkrankungsform eine neu zugelassene Medikation.

Symptome

Frühzeichen von Nierenkrebs sind sehr selten. Hohe Blutsenkung, *Hämaturie* (Blut im Harn) ohne Schmerzen, Schmerzen in der Flanke im Rücken, unklare Fieberschübe, Blutarmut, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, tastbare Masse im Bauchraum sind als Spätsymptome aufzufassen.

In über 80 % der Fälle wird die Diagnose rein zufällig im Rahmen von Abklärungen anderer Erkrankungen in der Sonographie oder der Computertomographie gestellt. Oft findet man daher auch auf das Organ beschränkte Karzinome, die entweder entfernt oder aber auch nur kontrolliert werden müssen.

Diagnose

Bei Verdacht auf Nierenkrebs reichen einige wenige Untersuchungen aus, um die Diagnose zu sichern und die Therapieplanung durchführen zu können.

Für die Früherkennung von Nierenkrebs gibt es weder eigene Programme noch einen spezifischen Tumormarker. Die wichtigste Methode ist die **Ultraschalluntersuchung**, die in vielen Fällen eine Verdachtsdiagnose stellt, die dann durch eine Schnittbilduntersuchung wie CT oder MR bestätigt wird. Unter besonderen Umständen kann eine Biopsie zur Sicherung der Diagnose notwendig werden.

Krankengeschichte (Anamnese)

Das erste Gespräch des Patienten mit dem Arzt/der Ärztin dient der Information über aktuelle Beschwerden, deren Dauer, über Vor- und Begleiterkrankungen und bestehende Therapien (Medikamente), eventuelle Risikofaktoren und Lebensstilgewohnheiten (Rauchen, Alkohol etc.). Gleichzeitig wird der Arzt/die Ärztin die körperliche Untersuchung besonders des Bauchraums (Druckschmerz etc.) vornehmen.

Laboruntersuchungen

Untersuchung des Urins: Blut im Harn (*Hämaturie*) kann ein Hinweis auf Nierenkrebs sein. Durch einen Streifen-test, der mit farblichen Veränderungen reagiert oder durch eine Untersuchung unter

dem Mikroskop kann Blut im Harn nachgewiesen werden.

Blutuntersuchung: Die Nierenfunktion kann auf Basis des *Kreatininspiegels* im Blut beurteilt werden. Kreatinin ist ein „Abfallprodukt“ aus den Muskeln, das über die Nieren bzw. mit dem Urin ausgeschieden werden muss. Ein stark erhöhter Kreatininspiegel im Blut ist meistens gleichbedeutend mit einer verminderten Nierenfunktion. Zusätzlich werden auch andere biochemische Laborwerte wie Leberwerte und auch Entzündungs-/Gerinnungs-Parameter im Blut bestimmt.

Bildgebende Verfahren

Mit bildgebenden Verfahren lassen sich Tumoren, deren lokale Ausdehnung und auch Metastasen nachweisen.

Ultraschall (Sonografie): Mittels Ultraschall werden die Nieren und andere Organe des Bauchraums bildlich dargestellt.

Computertomografie (CT): Bei Verdacht auf Nierenkrebs wird neben Ultraschall meistens auch ein CT von anderen Bauch- und Brustorganen durchgeführt, da der erste Absiedelungsort im Falle von

Metastasen die Lunge ist

Magnetresonanztomografie (MRT): Bei der MRT wird die Untersuchung mit Hilfe von Magnetfeldern durchgeführt. Da bei mehr als 40 % der Patienten die Diagnose im fortgeschrittenen Stadium gestellt wird, dienen CT und MRT und die Knochenszintigrafie dem Auffinden von Absiedlungen (*Metastasen*) im Organismus.

Nuklearmedizinische Untersuchungen

Knochenszintigraphie: Die Knochenszintigraphie wird bei entsprechenden Beschwerden (Schmerzen), Veränderungen der Laborwerte (z. B. Erhöhung der alkalischen Phosphatase etc.) zum Nachweis von Tumorabsiedlungen in den Knochen (*Kochenmetastasen*) und auch zum Staging (Stadieneinteilung, s.S. 20) eingesetzt.

Positronenemissionstomographie (PET)

Beim PET erhält der Patient einen Stoff (*Tracer*: engl. to trace = ausfindig machen) bzw. Moleküle, die der Körper bei Stoffwechselprozessen umsetzt oder als Energiequelle benötigt. Diese Teilchen sind mit einer schwach radioaktiven Subs-



Die Broschüre „Diagnose und Verlaufskontrolle bei Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe erhältlich.



to trace =
engl. ausfindig machen

tanz beladen, deren Spur (*Trace*) durch die besondere Technik der PET sichtbar wird.

Bislang hat der PET keinen großen Stellenwert bei der Diagnose oder Kontrolle des Nierentumors. Allerdings wird in absehbarer Zukunft mit speziellen Tracern die Unterscheidung zwischen Tumoren und gutartigen Zysten ermöglicht werden.

Klassifikation und Stadieneinteilung

Das Ausmaß und das Stadium der Krebserkrankung kann mit diesen verschiedenen Diagnosemethoden bestimmt und bewertet (klassifiziert) werden. Die Stadieneinteilung – auch „*Staging*“ genannt – ist wichtig für die Erstellung des Therapieplanes.

Die TNM-Klassifikation der „Union internationale centre le cancer“ (UICC, Stand 2010) wird bei Nierenkrebs als international einheitliche Stadieneinteilung angewandt.

Die Ausdehnung des Tumors (T), der Befall der Lymphknoten (N) und bestehende Metastasen (M) werden damit klassifiziert.

Für die tumorstadienabhängige medikamentöse Therapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms kommt allerdings die Klassifizierung der IMDC (International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium) zur Anwendung, die zwischen Tumoren mit günstigem, intermediären und hohem Risikoprofil unterscheidet.

STADIENEINTEILUNG NIERENKREBS NACH UICC UND TNM KLASSEIFIKATION

Die Bezeichnungen zu T (Tumor) bedeuten:

- T1 Tumor begrenzt auf die Niere und ≤ 7 cm
- T1a Tumor 4 cm oder weniger in größter Ausdehnung
- T1b Tumor mehr als 4 cm, aber nicht mehr als 7 cm in größter Ausdehnung
- T2a Tumor begrenzt auf die Niere und 7 - 10 cm
- T2b Tumor begrenzt auf die Niere aber > 10 cm
- T3 Tumor infiltriert das umgebende Gewebe nicht über die *Gerota-Faszie*
- T3a Tumor infiltriert die Nebenniere oder das perinale Gewebe
- T3b Tumor infiltriert die Nierenvene oder die *Vena cava inferior* bis unterhalb des Zwerchfells
- T3c Tumor infiltriert die *Vena cava inferior* oberhalb des Zwerchfells
- T4 Tumor infiltriert über die *Gerota-Faszie* hinaus

Die Bezeichnungen zu N (Noduli = Knoten) bedeuten:

- N0 Keine Metastasen in den regionären Lymphknoten
- N1 Metastasen in einem Lymphknoten
- N2 Metastasen in mehr als einem Lymphknoten

Die Bezeichnungen zu M (Metastasen) bedeuten:

- M0 Keine Fernmetastasen nachweisbar
- M1 Tumor hat Fernmetastasen gebildet

Grading (Differenzierungsgrad):

Neben der TNM-Klassifikation wird auch das Krebsgewebe beurteilt. Fachleute sprechen vom Differenzierungsgrad oder dem „Grading“.

Dabei wird bestimmt, wie stark die Krebszellen von gesunden Nierenzellen in der Erscheinungsform abweichen. Je größer dieser Unterschied ist, desto bösartiger/aggressiver und schneller wachsend ist der Tumor.

Der Grad der Abweichung wird mit dem Buchstaben G und Zahlen von 1 bis 3 ausgedrückt:

- G1 Die Krebszellen sind den gesunden Nierenzellen noch ziemlich ähnlich
- G2 Die Krebszellen unterscheiden sich deutlicher von gesunden Nierenzellen
- G3 Die Krebszellen sind den gesunden Nierenzellen kaum noch ähnlich und daher aggressiver wachsend als bei G1 oder G2.

Therapie

Operation

Die **operative Entfernung** des Tumors ist in den meisten Fällen die Therapie der Wahl, wobei mittlerweile vorwiegend organerhaltende Operationen (*Tumorexzision*) durchgeführt werden. Bei größeren Tumoren muss die gesamte Niere entfernt werden (*Nephrektomie*).

Solange der Tumor keine Metastasen gesetzt hat, sind mit der Operation die besten Heilungschancen gegeben. Der Behandlungserfolg steht daher in engem Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der Entdeckung d. h. mit dem Tumor-Stadium.

Zeigt der Tumor aggressive Merkmale und droht frühzeitig Metastasen zu bilden, gibt es seit kurzem die Möglichkeit einer **adjuvanten** (prophylaktischen) **Immuntherapie**, die über ein Jahr verabreicht wird und die Tumorfreiheit und auch das Gesamtüberleben verlängern kann.

Im Falle einer bereits eingetretenen Metastasierung in andere Organe ist in vielen Fällen die Entfernung der tumortragenden Niere der erste Schritt. Sind zu viele Metastasen

*Die offene Operationsmethode ist mittlerweile in vielen Kliniken von der **laparoskopischen** oder **roboterassistierten Operationstechnik** abgelöst worden. Sowohl wenn nur der Tumor, als auch wenn die gesamte Niere entfernt werden muss.*

Nierenfunktion:

Nach einer (Teil-) Entfernung einer Niere kompensiert die verbliebene Restniere bzw. die gesunde Niere die verloren gegangene Funktion, um das Blut ausreichend zu reinigen. Eine Dialyse ist deshalb meist nicht erforderlich: Die regelmäßige Kontrolle der Nierenfunktion ist Teil der Nachsorgeuntersuchungen.

vorhanden oder ist der Tumor in der Niere zu groß, kommt zuerst eine medikamentöse Therapie zum Einsatz. Die Entfernung der Niere erfolgt dann erst nach einem guten Ansprechen dieser Therapie (*Systemtherapie*). Es sollte immer auch eine operative Entfernung oder Bestrahlung von einzelnen Metastasen in Erwägung gezogen werden, um die Prognose damit zu verbessern und die medikamentöse Therapie und deren Nebenwirkungen hinauszuschieben.

Medikamentöse Therapie

Bei der Therapie des Nierenzellkarzinoms wurden in den letzten Jahren **außerordentliche Fortschritte** erzielt. Die **Zytokintherapie**, eine besondere Form der Immuntherapie mit Interferon und Interleukin 2, galt bis in die frühen 2000er Jahre als einzige und wenig effiziente Therapieoption für fortgeschrittene Stadien.

Heute ist eine **Immuntherapie mit Checkpoint-Inhibitoren** (CPI), kombiniert mit zielgerichteten Medikamenten, den so genannten **Thyrosinkinasehemmern** (TKI), die Standardbehandlung im metastasierten Stadium.

Bei den **zielgerichteten Therapien** werden spezielle Strukturen, Eiweißstoffe und Rezeptoren (Andockstellen) als Angriffspunkte (Ziele = *Targets*) identifiziert. Deren Blockade oder Hemmung durch neu entwickelte Wirkstoffe führt zu einem direkten oder indirekten Entzug der Nährstoffe für Wachstum von Krebs- und Gefäßzellen. Diese Unterdrückung der Signalübertragung bewirkt eine Wachstumshemmung dieser Zellen und schließlich den Untergang der Krebszellen.

Die **Immuntherapie** mit monoklonalen Antikörpern richtet sich gegen sogenannte „Checkpoint-Moleküle“ und wirken als deren Hemmstoffe (*Inhibitoren*). Das Prinzip der **Checkpoint-Inhibitoren** (CPI) ist, die tumorbedingte Bremse der Immunabwehr, die ihre Killerzellen blockiert, zu lösen. Dadurch können die weißen Blutzellen die Tumorzellen durch zytotoxische Reaktionen bekämpfen und abtöten.

Diese **Antikörper** reagieren mit spezifischen Strukturen (*Antigenen/Rezeptoren*) an Krebszellen, erkennen diese als fremd und schädigen sie bzw. blockieren ihre Wachstumssignale. Gleichzeitig aktivie-

ren und prägen sie das Gedächtnis weiterer Abwehrzellen (*Lymphozyten*), um auch zukünftig Antigene der Tumorzellen wiederzuerkennen und zu zerstören.

Als **Erstlinientherapie** kommt entweder eine Kombination von zwei CPI's oder einem CPI und einem TKI zum Einsatz. Der TKI kann oral eingenommen werden, die Immuntherapie wird entweder durch die Venen oder auch subkutan gespritzt.

Wird der Tumor gegen diese Behandlung resistent, tritt er wieder auf oder beginnt erneut zu wachsen, kommen **weitere zielgerichtete Medikamente** zum Einsatz, deren Wirkmechanismus sich vom ersten TKI unterscheidet.

Die Immuntherapie wird heute zumindest so lange durchgeführt, bis ihre Wirkung nachlässt oder sie wegen zu starken Nebenwirkungen abgebrochen werden muss.

Die **Nebenwirkungen** der Immuntherapie – in Abhängigkeit vom Antikörperpräparat und den Zielstrukturen – sind völlig anders geartet, aber deutlich geringer ausgeprägt als bei den Tyrosinkinase-Inhibitoren und der (beim

Nierenzellkarzinom nicht mehr eingesetzten) Chemotherapie.

Tritt aufgrund der aktivierten Immunabwehr eine überschießende Reaktion in Form von Entzündungen an körpereigenen Strukturen auf, muss diese unterdrückt werden, um die Nebenwirkungen effizient zu behandeln. Dies geschieht in der Regel mit sogenannten *Immunsuppressiva*, deren wichtigster Vertreter das Kortison darstellt.

Strahlentherapie

Die Strahlentherapie ist eine lokale Behandlung, die nur dort wirkt, wo die Strahlen auf Körperzellen treffen. Bei Nierenkrebs kommt sie vorwiegend als Schmerz- bzw. palliative Behandlungsmaßnahme, insbesondere beim Auftreten von Knochen- und Gehirnetastasen zum Einsatz. In den letzten Jahren werden aber auch zunehmend Metastasen bestrahlt, die trotz der medikamentösen Therapie voranschreiten. Somit muss man oft nicht die ganze Systemtherapie ändern, die sonst für den Großteil der Metastasen wirksam ist.

Die Entwicklung neuer Wirksubstanzen der Immuntherapie schreitet in den letzten Jahren mit enormen Tempo voran, so dass das Ziel der Chronifizierung der Krebserkrankung erreichbar scheint!

Ziel muss es werden, jeden individuellen Tumor molekular-genetisch soweit aufzuschlüsseln, um die Therapie personalisiert, also gezielt auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden kann.

Therapie im Rahmen einer klinischen Studie

Beim Nierenzellkarzinom sind in den letzten Jahren besonders die medikamentösen Therapien durch neue Wirkstoffe und Prinzipien, die zunächst in klinischen Studien getestet wurden, ergänzt und wesentlich verbessert worden. Lesen Sie mehr über die Möglichkeit der Teilnahme in einer klinischen Studie auf S. 43.

Nachsorge und Rehabilitation

Nach abgeschlossener Therapie werden regelmäßige Kontrolluntersuchungen durch Onkologen bzw. Urologen empfohlen. Dadurch soll ein **Wiederauftreten** (*Rezidiv*) des Tumors, ein Zweitumor oder Metastasen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Diese Nachsorge dient aber auch dazu, Begleit- und Folgebeschwerden der Krankheit und auch der Therapie zu erfassen und gegebenenfalls zu behandeln. Die Kontrolluntersuchungen umfassen deshalb klinische, laborchemische und bildgebende Untersuchungen.

Besonders wichtig dabei ist die **Verlaufskontrolle** von Nierenfunktion, Blutdruck und Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Nach vollständiger Nierenentfernung können eine eingeschränkte Nierenfunktion oder ein erhöhter Blutdruck als Spätfolge auftreten.

Den genauen **Kontrollintervalle** der Nachsorge und auch die stadiengerechten Therapien sind in internationalen Leitlinien festgelegt und werden für jeden einzelnen Patienten heute in der Regel in Tumorboards (s. S. 8) beschlossen, in denen mehrere Spezialisten der beteiligten Fachrichtungen den individuellen Fall diskutieren und das bestmögliche Behandlungsregime bestimmen.

Blasenkrebs

Die Harnblase ist ein dehnbares Hohlorgan im Bereich des kleinen Beckens, in dem der Urin zwischengespeichert wird. Zusammen mit der Harnröhre bildet sie den unteren Harntrakt.

Anatomisch unterscheidet man die Fläche der Blase, den Blasenkörper, den Blasengrund aus dem die Harnröhre (*Urethra*) austritt, und den trichterförmigen Blasen Hals.

Die meisten der *Urothelkarzinome* treten innerhalb der Blase auf. Es gibt allerdings auch Urothelkarzinome des oberen Harntraktes (UTUC), die das Nierenbecken, den Harnleiter oder die Harnröhre betreffen können. Das ist jedoch nur bei 1 von 10 der Fälle so. Der Rest betrifft die Harnblase.

Je nachdem, wie weit die Tumorzellen in die Blasenwand eingewachsen sind, unterscheidet man 2 Arten von Blasenkrebs:

➤ Nicht-muskelinvasiver Blasenkrebs (NMIBC):

Bei rund 3/4 aller Blasenkrebsfälle verbleibt der Tumor in der Schleimhaut und wächst nicht in die Muskelwand der Blase ein.

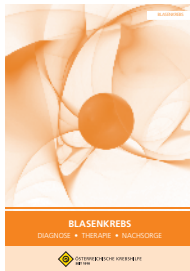
➤ Muskelinvasiver Blasenkrebs (MIBC):

Bei rund 1/4 aller Blasenkrebsfälle ist der Tumor in tiefere Schichten der Blase, den Muskel, eingewachsen.

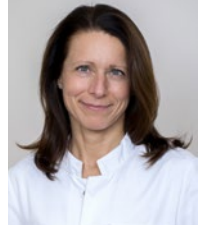
Metastasierter Blasenkrebs liegt vor, wenn Krebszellen sich bereits im Körper ausgebreitet haben.

Bösartige Tumorerkrankungen anderer Art, wie das Plattenepithelkarzinom, Adenokarzinom oder neuroendokrine Tumore der Harnblase sind selten.

Blasenkrebs kann immer wieder neu auftreten und hat somit eine hohe Rezidivrate, weswegen Patient:innen im Krankheitsverlauf regelmäßig überwacht werden müssen.



Lesen Sie ausführlich über Diagnose, Therapie und Nachsorge beim Blasenkrebs in der gleichnamigen Krebshilfe-Broschüre.



Mag. Dr. Ingrid Berger

Mitglied des Arbeitskreises für urologische Onkologie der Österreichischen Gesellschaft für Urologie

Rauchen als Risikofaktor für Blasenkrebs ist in der Bevölkerung nur wenig bekannt. Blasenkrebs ist ein Tumor, der gerade im Frühstadium unbemerkt bleibt. Eine schmerzlose Blutbeimengung im Harn wird als harmlos eingestuft oder als Harnwegsinfekt fehl gedeutet. Damit wird die Diagnose verzögert und diese Erkrankung oft erst im fortgeschrittenen Stadium erkannt. Daher ist es wichtig, dass bei jeder sichtbaren Blutbeimengung im Harn ein:e Facharzt/Fachärztin für Urologie aufgesucht wird, um die weiteren notwendigen diagnostischen Maßnahmen einzuleiten.

Prostatakrebs



Priv.-Doz.

Dr. Anton Ponzholzer

Vorstandsmitglied
Österreichische
Krebshilfe und
Österreichischen
Gesellschaft für
Urologie

Das Prostatakarzinom ist der häufigste Tumor des Mannes und die Österreichische Gesellschaft für Urologie ist der Österreichischen Krebshilfe daher sehr dankbar, dass dieses Thema nun bezüglich Vorsorge so klar unterstützt wird! Das Prostatakarzinom ist in den meisten Fällen heute heilbar.

Die Prostata liegt zwischen der Harnblase und dem Beckenboden, der den äußeren Schließmuskel der Harnröhre bildet. Hinter ihr befindet sich der Mastdarm, vor ihr der Unterrand des Schambeins, mit dem sie fest verbunden ist.

Die Prostata besteht aus mehreren Zonen. In der **zentralen Zone** (Innenzone) fördern die Spritzkanäle das Ejakulat. Tumore in dieser inneren Zone der Prostata sind sehr selten (ca. 2,5 %). Diese Tumore zeichnen sich allerdings durch aggressives Wachstum und Invasion der Samenbläschen aus.

Die sog. **periurethrale Mantelzone** umgibt die Harnröhre. In jungen Jahren des Mannes nimmt diese Zone nur rund 5 % der Prostata ein. Mit zunehmendem Alter wächst dieser Bereich und kann sich bis zur gutartigen Prostatavergrößerung (BPH) entwickeln. Nur 10 – 20 % der Tumore entstehen in dieser Zone.

Die **Außenzone** (*periphere Zone*) im unteren Teil der Prostata umgibt die Harnröhre. Hier befindet sich auch der Großteil des Drüsengewebes. In dieser Zone bilden sich 80 % der Tumore.

Prostatakarzinome, die in der äußeren Zone der Drüse liegen, bleiben oft lange Zeit unbemerkt, da sie weit entfernt von der Harnröhre sind. Erst wenn der Tumor groß ist und sich lokal ausgebreitet hat, kommt es zur Verengung der Harnröhre und dadurch zu Störungen beim Urinieren.

Prostatakrebs neigt dazu, sich über seine begrenzende Kapsel hinaus entlang der Nervenfasern in Lymphbahnen und -knoten sowie in andere Körperregionen/Organe auszubreiten. Bilden sich Absiedelungen/Metastasen im Knochen, können diese zu spontanen Brüchen und Schmerzen führen.

Bei der Diagnose ist die Unterscheidung des bösartigen Tumors von der gutartigen Vergrößerung der Prostata (BPH) wichtig. Letztere verursacht ähnliche Beschwerden, etwa Probleme beim Wasserlassen, breitet sich aber im Gegensatz zu Krebs nicht über die Prostata hinaus aus.



Lesen Sie ausführlich über Diagnose, Therapie und Nachsorge bei Prostatakrebs in der gleichnamigen Broschüre.

Hodenkrebs

Hodenkrebs ist der häufigste bösartige Tumor bei **jungen Männer** im Alter zwischen 20 und 40 Jahren. Hodenkrebs kann zumeist sehr gut behandelt werden – eine frühe Diagnose und Therapie verbessert die Heilungschancen. Der Tumor ist meistens durch eine Verhärtung im Hoden tastbar, daher ist eine regelmäßige Selbstuntersuchung wichtig. Bei Veränderungen im Hoden oder Hodensack sollte unverzüglich ein:e Fachrzt/ärztin für Urologie aufgesucht werden.

Die meisten bösartigen Hodentumoren (95 %) gehen von den Keimzellen (d. h. von den Spermien) und ihren Vorläuferzellen aus und werden daher als **Keimzelltumore** bezeichnet. Diese werden entsprechend des feingeweblichen Erscheinungsbildes (*Histologie*) in zwei Gruppen unterteilt:

- » **Seminome:** (lateinisch semen = Samen) entstehen ausschließlich aus dem Gewebe, das später die Spermien bildet.
- » **Nicht-Seminome und Untergruppen:** Diese Tumoren bestehen aus verschiedenen Zelltypen und werden in folgende Untergruppen eingeteilt:
Embryonales Karzinom

*Chorionkarzinom
Dottersacktumor
Teratom*

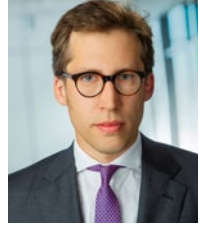
Die genaue Unterscheidung der Tumorart ist entscheidend, da die Therapie maßgeblich von der Gewebeart des Tumors abhängt.

Ursachen /Risikofaktoren

Die Ursachen von Hodenkrebs sind noch weitgehend ungeklärt, doch es sind **Risikofaktoren** bekannt:

- **Hodenhochstand:** Angeborener Hodenhochstand erhöht das Erkrankungsrisiko.
- **Erbliche Veranlagung:** Männer, deren Vater oder Brüder an Hodenkrebs erkrankt sind, haben ein höheres Risiko.
- **Fruchtbarkeitsstörungen:** Verminderte Spermienanzahl kann auf ein erhöhtes Risiko hinweisen.
- **Testikuläre intraepitheliale Neoplasie (TIN):** Vorläuferzellen, die sich zu Krebs entwickeln können.

Die Entstehung von Hodenkrebs beginnt häufig bereits vor der Geburt, wenn sich fehlerhaft programmierte Keimzellen bilden.



Dr. Sebastian LENART
Österr. Gesellschaft für Urologie

Hodenkrebs betrifft vor allem junge Männer zwischen 20 und 40 Jahren. Dank moderner Therapien ist die Heilungschance sehr hoch – bei früher Diagnose über 95 %. Typisches Anzeichen ist eine schmerzlose Verhärtung im Hoden. Regelmäßiges Abtasten kann zur Früherkennung beitragen. Risikofaktoren sind u. a. Hodenhochstand und familiäre Vorbelastung.

Diese bleiben in der Kindheit inaktiv und werden erst durch den Hormonschub der Pubertät aktiv. Genetische Faktoren und hormonelle Einflüsse während der Schwangerschaft (z.B. erhöhter Progesteronspiegel) können eine Rolle spielen.

Symptome

Hodenkrebs verursacht anfangs unspezifische Symptome, weshalb eine frühzeitige ärztliche Abklärung wichtig ist. Warnzeichen sind Knoten, schmerzlose Verhärtungen und/oder Schwellung des Hodens, Schweregefühl oder Schmerzen im Hodensack.

Diese typischen Symptome und Beschwerden müssen jedoch nicht bedeuten, dass man an einem Hodenkrebs erkrankt ist. Schmerzen und Schwellungen können auch durch gutartige Erkrankungen (z. B. Nebenhodenentzündung) verursacht werden. Zur Abklärung der Beschwerden, sollte man unbedingt einen Urologen aufsuchen.

Eine frühe Diagnose ist entscheidend, da die Heilungs- und Überlebenschancen bei rechtzeitiger Erkennung erheblich steigen.

Diagnose

Die verschiedenen Untersuchungsmethoden dienen dazu, wichtige Fragen zu klären:

- Liegt tatsächlich ein Tumor vor?
- Ist der Tumor gutartig oder bösartig?
- Um welche Krebsart handelt es sich genau?
- Wo befindet sich der Tumor, und wie groß ist er?
- Gibt es bereits Absiedelungen (*Metastasen*)?
- Welche Behandlung bietet die besten Erfolgsaussichten?
- Ist der Allgemeinzustand des Patienten stabil genug für eine bestimmte Therapieform?

Anamnese und Tastuntersuchung

Eine ausführliche Befragung durch den/die Arzt/Ärztin über aktuelle Beschwerden, Vorerkrankungen und mögliche Risikofaktoren. Die körperliche Untersuchung besteht aus **Tastuntersuchung** der Hoden, des Bauches, der Leisten und auch anderer Körperregionen (Brustdrüse).

Ultraschall (Sonographie)

Beim sog. **skrotalen** (lat. *scrotum* = Hodensack) **Ultraschall** wird das Hodeninnere mit Hilfe von Ultraschallwellen mit einem besonders

hoch auflösenden Schallkopf bildlich dargestellt. Die Untersuchung ist schmerzlos und ungefährlich, da es keine Strahlenbelastung gibt.

Blutuntersuchung und Tumormarker

Bei der Blutuntersuchung werden die sog. **Tumormarker** bestimmt. Dabei handelt es sich um im Blut zirkulierende Eiweißstoffe (Proteine) bzw. Enzyme, die bei einer Hodenkrebs-erkrankung vermehrt auftreten können. *Alpha-Fetoprotein* (AFP), *Beta-Humanes Choriongonadotropin* (Beta-HCG) und *Laktatdehydrogenase* (LDH) sind die für Hodenkrebs bedeutsamen Serum-Tumormarker. Bei etwa 90 % aller Hodentumoren werden hohe Serumwerte von AFP oder Beta-HCG festgestellt.

Diese Laborwerte sind jedoch nicht spezifisch, d. h. eine Erhöhung bedeutet nicht zwangsläufig die Diagnose Hodenkrebs, aber umgekehrt schließen normale Tumormarker eine Hodenkrebs-erkrankung auch nicht aus.

Nichtsdestotrotz geben diese Marker wichtige Informationen über die Art des Hodenkrebses und über die Wahl der weiteren Therapiemöglichkeiten. Zusätzlich

stellen diese Tumormarker einen wichtigen Bestandteil der Nachsorgeuntersuchung bei dar.

Bei der Laboruntersuchung des Blutes werden auch **Blutbild** und **Entzündungs-, Gerinnungs-, Nieren-** bzw. **Leberparameter** bestimmt.

Bildgebende Untersuchungen

Für die genaue Einteilung der Stadien sind weitere bildgebende Untersuchungen wie **Computertomografie** des Brust- und des Bauchraumes notwendig. Mit diesen Untersuchungsmethoden lassen sich vergrößerte, vom Tumor befallene Lymphknoten im Unterleib, kleinen Becken und Brustbereich und auch Metastasen in anderen Organen erkennen.

Weitere bildgebende Verfahren wie **Magnetresonanztomografie** (MRT) oder **Knochenszintigrafie** werden bei Bedarf eingesetzt. Um mögliche Absiedelungen in anderen Organen oder Skelett zu erfassen.

Histologische Untersuchung

Sicherheit für die Diagnose lässt sich jedoch nur durch eine **Probenentnahme** (*Biopsie*) vom verdächtigen Hoden erzielen. Durch einen

TNM KLASSIFIKATION BEI HODENKREBS

Die Bezeichnungen zu pT (primärer Tumor) bedeuten:

pTX	Der Primärtumor kann nicht beurteilt werden
pT0	Keine Anzeichen eines Primärtumors (z. B. bei narbigem Gewebe)
pTis	Tumor in situ oder testikuläre intraepitheliale Neoplasie (TIN) = Frühform eines Tumors
pT1	Tumor auf Hoden und Nebenhoden begrenzt, nicht in Blut- oder Lymphgefäße eingewachsen
pT2	Tumor auf Hoden und Nebenhoden begrenzt und in Blut- oder Lymphgefäße eingewachsen, oder er hat die Hodenhülle befallen
pT3	Tumor wächst in den Samenstrang
pT4	Tumor dringt in den Hodensack (Scotrum) ein, im hinteren Bauchraum oder hinter dem Bauchfell liegend

Die Bezeichnungen zu N (Noduli = Knoten) bedeuten:

NX	Regionale Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine Metastasen in den regionären Lymphknoten
N1	Metastasen in Lymphknoten nachweisbar (bis 2 cm)
N2	Metastasen in Lymphknoten von mehr als 2 cm bis max. 5 cm
N3	Metastasen in Lymphknoten von mehr als 5 cm

Die Bezeichnungen zu M (Metastasen) bedeuten:

M0	Keine Metastasen
M1	Metastasen nachweisbar
M1a	Metastasen in entfernt liegenden Lymphknoten (Brusthöhle, Hals) oder Lunge
M1b	Metastasen in anderen Organen (Leber, Gehirn, Knochen)

Die Bezeichnungen zu S (Serum-Tumormarker) bedeuten:

SX	Werte der Serum-Tumormarker sind nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchungen wurden nicht durchgeführt
S0	Serum-Tumormarker liegen innerhalb der normalen Grenzen
S1 – S3	Mindestens einer der Serum-Tumormarker ist gegenüber dem Normalwert geringfügig bis stark erhöht

Schnitt in der Leiste wird der Hoden freigelegt und eine Gewebeprobe entnommen. Die Biopsie gelangt dann in der Pathologie zur sog. Schnellschnittuntersuchung. Im histologischen Befund wird der Tumortyp festgelegt. Meistens erfolgt gleich im Anschluss an die Biopsie die Operation.

Stadieneinteilung und Klassifikation

Die Einteilung der Stadien oder *Staging* (englisch) erfolgt mittels der internationalen TNM-Klassifikation. Sie ist wichtig, um die bestmöglichen Therapien festzulegen. Zusätzlich werden die Tumormarker (*S-Klassifikation*) berücksichtigt, die im Blut gemessen werden und wichtige Hinweise auf die Krankheitsaktivität geben. (siehe Seite 30).

Die **Stadienbestimmung** basiert auf mehreren Blutuntersuchungen über Wochen hinweg, um den niedrigsten Tumormarkerwert vor der nächsten Behandlung zu ermitteln. Alle Ergebnisse zusammen bestimmen das endgültige Krankheitsstadium und beeinflussen die Therapieplanung.

Therapie

Operation

Die primäre Therapie ist in der Regel die operative Entfernung des tumorbefallenen Hodens. Diese Operation, auch *Ablatio Testis* (lateinisch *ablatio* = entfernen, abtragen; *testis* = Hoden) oder **Orchiektomie** genannt, wird in Vollnarkose durchgeführt. Bei eindeutiger Diagnose wird der betroffene Hoden mit dem Samenstrang entfernt, wobei die Gefäße abgeklemmt werden, um eine Streuung von Tumorzellen in Blut- oder Lymphgefäße zu verhindern.

Bei unklarer Diagnose erfolgt eine intraoperative Gewebebeurteilung durch den Pathologen mittels **Schnellschnittuntersuchung**. In bestimmten Fällen (z. B. bei Hodenvolumen <12ml) kann zusätzlich Gewebe aus dem anderen, gesunden Hoden zur weiteren Untersuchung entnommen werden.

Im Zuge der Operation kann eine **Hodenprothese** aus Silikon implantiert werden. Eine Prothese kann aber auch zu einem späteren Zeitpunkt eingesetzt werden.

Der weitere Therapieplan richtet sich nach der endgültigen *Histolo-*

Bei Durchführung einer standardisierten Behandlung besteht eine Heilungschance von über 90 %!

Beispiele dafür gibt es viele, wie z. B. Lance Armstrong, der 3 Jahre nach Überstehen seiner Hodenkrebskrankung (die vor Beginn der Therapie schon ausge-dehnte Absiedelungen in Lunge und Gehirn gezeigt hatte) die Tour de France gewonnen hat.

gie (**Seminom** bzw. **Nicht-Seminom**) und der Ausdehnung der Krankheit (**Tumorstadium**).

Nachbehandlung

Die Prognose nach einer Hodenkrebsbehandlung ist abhängig vom Tumorstadium und von Risikofaktoren, wie z.B. Größe des Tumors oder Befall von Blutgefäßen. Davon abhängig sind noch weitere Therapie nach der Operation notwendig oder auch nicht:

Aktives Überwachen (Active Surveillance)

Die Strategie „Watch & Wait“ (beobachten und abwarten) oder auch „Active Surveillance“ bedeutet, dass zunächst keine weitere Behandlung nach der Operation und Entfernung des betroffenen Hodens erfolgt, jedoch engmaschige Nachsorgekontrollen mit Blut- und Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden. Diese Vorgangsweise kommt insbesondere im **Frühstadium** (Stadium I) angewendet, wenn der Tumor auf den Hoden begrenzt ist und das Risiko für Lymphknotenbefall oder Metastasen als gering eingestuft wird. Solange keine Anzeichen für einen Rückfall bestehen, bleibt diese Strategie bestehen. Falls ein Rückfall frühzeitig erkannt wird,

kann dennoch in **nahezu allen Fällen eine Heilung** erreicht werden.

Chemotherapie

Die Chemotherapie mit *Zytostatika* wird abhängig von Erkrankungsstadium und dem individuellen Risiko des Patienten eingesetzt. Es gibt verschiedene Einsatzmöglichkeiten:

- **Adjuvante Chemotherapie:** Vorbeugende Therapie bei Patienten mit Blut- und Lymphgefäßbefall nach der Operation, um nicht sichtbare Tumorzellen abzutöten.
- **Monochemotherapie:** Behandlung mit einer einzelnen Substanz (meist *Carboplatin*).
- **Polychemotherapie:** Kombination mehrerer Wirkstoffe (z.B. *Cisplatin, Bleomycin, Etoposid*) zur intensiveren Tumorbekämpfung bei Patienten mit Risikofaktoren oder Metastasen.
- **Neoadjuvante Chemotherapie:** Wird vor der Operation eingesetzt, um große Tumoren oder Metastasen zu verkleinern.

Strahlentherapie

Die Strahlentherapie ist eine **lokale Behandlungsmethode**, bei der hochenergetische Strahlen gezielt auf die befallenen Regionen

Die Heilungschancen für Hodenkrebs – selbst bei Vorliegen von Metastasen – haben sich seit Einführung der Chemotherapie mit dem Wirkstoff *Cisplatin* deutlich verbessert.

gerichtet werden. Strahlentherapie wird zur Behandlung von Lymphknotenmetastasen nach einer Chemotherapie angewandt.

Nebenwirkungen

Die **Intensität der Nebenwirkungen** variiert nach Behandlung und individueller körperlicher Verfassung. Eine enge ärztliche Begleitung sowie unterstützende Maßnahmen wie Ernährungsberatung, symptomlindernde Medikamente und psychoonkologische Betreuung helfen, die Therapie besser zu vertragen und die Lebensqualität zu erhalten.

Nebenwirkungen nach der **Operation** entstehen zumeist nicht. Die Entfernung eines einzelnen Hodens hat **keinen Einfluss** auf die Potenz oder das sexuelle Empfinden. Die Zeugungsfähigkeit bleibt in den meisten Fällen erhalten. Sollten im Rahmen der Therapie beide Hoden abgenommen werden müssen, ist eine **Ersatztherapie des männlichen Geschlechtshormons** (*Testosteron*) mit Medikamenten notwendig. Zusätzlich ist es im Rahmen der Nachsorgeuntersuchungen sinnvoll, regelmäßige Testosteronwerte zu kontrollieren

um etwaige Mangelerscheinungen bei nicht ausreichender Hormonbildung des bleibenden Hodens rechtzeitig zu erkennen.

Nach einer **Chemotherapie** kann es zu einer Beeinträchtigung der Spermienproduktion kommen. Daher sollte bei Patienten mit Kinderwunsch vor Beginn einer weiterführenden Therapie die Möglichkeit einer **Kryokonservierung** (Einfrieren von Samenzellen) besprochen werden (s. S. 39).

Trockenheit oder Rötung der bestrahlten Haut, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Müdigkeit können als mögliche Nebenwirkungen der **Strahlentherapie** auftreten.

Nachsorge

Eine engmaschige Nachsorgeuntersuchung ist für alle Hodenkrebspatienten notwendig. Die **Nachsorgeuntersuchung** beinhaltet die Ultraschalluntersuchung des verbliebenen Hodens, körperliche Untersuchung, Blutabnahme und eine radiologische Kontrolle. Auch wenn Rückfälle (*Rezidive*) selten sind, besteht durch eine Früherkennung eine hohe Heilungschance.

Peniskrebs



**Dr. Sebastian
LENART**

Österreichischen
Gesellschaft für Urologie

Peniskrebs ist eine seltene, meist bei älteren Männern auftretende Tumorerkrankung. Frühzeichen sind Hautveränderungen, Verhärtungen oder näsende Stellen am Penis. Die Hauptursachen sind schlechte Intimhygiene und chronische HPV-Infektionen. Eine frühzeitige Diagnose verbessert die Heilungschancen erheblich. Die HPV-Impfung kann vorbeugen.

Das Peniskarzinom ist eine seltener bösartige Tumorerkrankung, die in Europa bei weniger als einem Prozent der Männer auftritt. Am häufigsten trifft sie Männer im 6. bis 7. Lebensjahrzehnt, sie kann aber auch wesentlich jüngere Männer betreffen.

Im **Frühstadium** lässt sich das Peniskarzinom nur schwer von gutartigen oder sogenannten prä-malignen Veränderungen (mögliche Vorstufen) unterscheiden. In den meisten Fällen ist der Tumor nicht am Penis lokalisiert (nur etwa 2 %), sondern tritt bevorzugt im Bereich der Vorhaut (21 %) oder an der Eichel auf, wo mit rund 48 % die häufigste Lokalisation liegt.

Bei Peniskrebs handelt es sich häufig um ein **Plattenepithelkarzinom**, das aggressiv wachsen und sich frühzeitig über die Lymphknoten in die Leistengegend ausbreiten kann. Wird Peniskrebs früh erkannt, bestehen sehr gute Heilungschancen. In fortgeschrittenen Stadien ist die Erkrankung meist nicht mehr heilbar.

Ohne Behandlung wächst der Tumor zunächst lokal – zum Beispiel von der Eichel aus in das umliegende Gewebe und in die

Schwellkörper des Penis. Im weiteren Verlauf kann der Tumor bis in die Bauchwand eindringen. Noch bevor diese Ausdehnung erreicht ist, kann sich der Tumor über die Lymphgefäße in die nahegelegenen Lymphknoten der Leistengegend ausbreiten. Von dort aus können weitere Lymphknoten im Becken sowie Organe wie Lunge, Leber oder Knochen betroffen sein. Diese Metastasierung verschlechtert die Prognose erheblich.

Ursachen & Risiko

Es gibt **zwei Hauptursachen** für die Entstehung von Peniskrebs:

1. Chronische **Entzündungen** im Bereich der Vorhaut und Eichel – oft ausgelöst durch eine **Vorhautverengung (Phimose)**, bei der eine ausreichende **Intimhygiene** nicht mehr möglich ist.
2. Infektion mit **HPV-Viren (humanen Papillomaviren)** – insbesondere der Hochrisiko-Typen 16 und 18 gelten als mitverursachende Faktoren. Diese Viren werden durch Sexualkontakt übertragen. Aber nicht jeder HPV-Infizierte entwickelt Krebs.

Symptome

Frühe Symptome sind häufig unspezifisch und werden leicht übersehen. Dazu zählen Hautveränderungen an Penis, Eichel oder Vorhaut; Juckreiz, Rötungen, Schwellungen; Verfärbungen oder kleine Knoten; Blutungen oder unangenehmer Geruch.

Das sichtbare Wachstum beginnt gewöhnlich in Form von erhabenen roten, derben *Plaques* (Verhärtungen) oder als *Ulkus* (Geschwür).

Wenn die Veränderungen zunehmen, kommt es zu Gewebswucherungen oder größerer Ausdehnung der Geschwüre. Diese kennzeichnen sich durch Substanzdefekte der Hautschichten und sind in der Regel zumeist mit Entzündungsreaktionen verbunden.

Differenzialdiagnosen

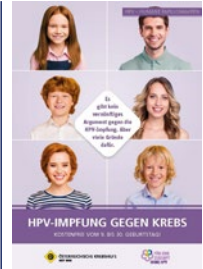
Es gibt entzündliche unspezifische Erkrankungen des männlichen Genitales wie beispielsweise eine Entzündung von Eichel und innerem Vorhautblatt. Diese werden durch Pilze, Bakterien oder sexuell übertragbare Mikroorganismen verursacht.

Diagnose

Eine **klinische Untersuchung** und ein **Tastbefund** (*Palpation*) der Leisten-Lymphknoten sind die ersten Diagnoseverfahren. Besteht der Verdacht auf einen Tumor, ist eine **Biopsie** (Gewebeprobe) zur feingeweblichen Sicherung der Diagnose notwendig. Dabei können kleine Veränderungen ambulant unter lokaler Betäubung entnommen werden, größere erfolgen meist unter Narkose.

In manchen Fällen kann bereits bei der Biopsie-Entnahme eine geplante Operation vorbereitet werden, sodass – falls sich der Krebs bestätigt – im gleichen Eingriff die notwendige Behandlung erfolgt.

Bildgebende Verfahren wie **Ultraschalluntersuchungen** (*Sonographie*), **CT** (*Computertomographie*), **Magnetresonanztomographie** (MRT) oder **Positronenemissionstomographie mit CT** (*PET-CT*) sind für die Diagnosestellung nicht grundsätzlich notwendig. Sie können aber vor Beginn der Therapie zum Einsatz kommen, um die Ausbreitung in Lymphknoten oder andere Organe zu prüfen und die bestmögliche Behandlungsstrategie festzulegen.



Lesen Sie mehr über HPV-Viren und die Impfung dagegen in der Krebshilfe-Broschüre „HPV-Impfung gegen Krebs“.



Positronenemissionstomografie (PET)

Mit der PET lassen sich Stoffwechsellvorgänge in Tumoren aufspüren. Sichtbar gemacht werden beispielsweise Gewebe mit besonders aktivem Stoffwechsel, die sich gegenüber ruhenden Zellen mit dieser Methode abgrenzen lassen. Gezeigt wird dies anhand der Verstoffwechsellung von Zucker oder anderen natürlichen Stoffen, die mit einem gering radioaktiven Molekül markiert sind.

Stadieneinteilung und Klassifikation

Für die genaue Beurteilung des Peniskrebses nutzen Fachleute eine international anerkannte Klassifikation, die sogenannte **TNM-Klassifikation**. Sie wird weltweit von Ärztinnen und Ärzten verwendet und dient der einheitlichen Beschreibung des Tumorstadiums und ist wichtig, um die bestmöglichen Therapien festzulegen.

Neben der Ausdehnung des Tumors spielt auch seine biologische Beschaffenheit eine wichtige Rolle. Diese wird mit dem sogenannten **Grading** (vom englischen grade = „Grad“) beschrieben. Es sagt aus, wie stark sich die Krebszellen noch vom ursprünglichen gesunden Gewebe unterscheiden.

Je ähnlicher die Tumorzellen dem gesunden Gewebe sind, desto besser differenziert sind sie – und

TNM KLASSIFIKATION BEI PENISKREBS

Die Bezeichnungen zu T (primärer Tumor) betreffen die Ausdehnung:

TX	Der Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Keine Anzeichen eines Primärtumors
Tis	Tumor in situ = Frühform eines Tumors, die bösartigen zellen befinden sich nur in der obersten Hautschicht
Ta	Der Tumor ist auf der Oberfläche sichtbar, dringt aber nicht in tiefere Hautschichten ein
T1	Tumor in darunterliegendes Bindegewebe eingewachsen
T2	Tumor wächst in Gewebe der Eichel oder Harnröhre
T3	Tumor wächst in einen oder beide Schwellkörper des Penis
T4	Tumor wächst über den Penis hinaus in anderes Nachbargewebe

Die Bezeichnungen zu N (Noduli = Knoten) bedeuten:

NX	Regionale Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine Metastasen in den regionären Lymphknoten
N1	Metastasen in einem Lymphknoten an der Leiste
N2	Metastasen in mehreren Lymphknoten
N3	Metastasen in tiefer liegenden oder Becken-Lymphknoten

Die Bezeichnungen zu M (Metastasen) bedeuten:

M0	Keine Fernmetastasen
MX	Fernmetastasen können nicht beurteilt werden
M1	Fernmetastasen vorhanden (z.B. in Lunge, Leber oder Knochen)

desto langsamer und weniger aggressiv verläuft die Erkrankung. Umgekehrt gilt: Je stärker die Abweichung, desto schlechter differenziert ist der Tumor – und umso schneller kann er wachsen und sich ausbreiten.

Therapie

Operative Verfahren

Oberstes Therapieziel ist die sichere und dauerhafte **Entfernung des Tumors** bei gleichzeitigem Erhalt von so viel gesundem Gewebe wie möglich.

Ist der Tumor noch oberflächlich und auf eine kleine Region begrenzt, sind **peniserhaltende Verfahren** möglich. Hierzu zählen unter anderem die lokale Entfernung, die *Laserablation*, eine *Circumcision* oder *Glansektomie*.

Penisteilresektion oder Penisamputation (*Penektomie*)

Bei fortgeschrittenen Tumoren kann es erforderlich sein, größere Teile des Penis oder den gesamten Penis zu entfernen. Diese Entscheidung ist einschneidend, wird aber sorgfältig unter Berücksichtigung aller medizinischen und psychischen Aspekte getroffen. Auch bei

einer Totalamputation wird darauf geachtet, dass das Wasserlassen im Stehen weiterhin möglich ist. Patienten, die eine Operation ablehnen, können alternativ einer *Radiotherapie* (Strahlentherapie) erhalten.

Behandlung der Lymphknoten

Ein zentraler Faktor für die Prognose ist, ob Lymphknoten von Krebszellen befallen sind. Bei klinisch unauffälligen Leistenlymphknoten, jedoch erhöhtem Risiko für Mikrometastasen, wird häufig eine operative Lymphknotendiagnostik empfohlen. In bestimmten Fällen kann eine sogenannte Sentinel-Lymphknotenbiopsie durchgeführt werden. Zeigen sich Metastasen, ist eine radikale Lymphknotenentfernung (inguinale und ggf. pelvine Lymphadenektomie) notwendig.

Strahlen- und Chemotherapie

Die **Strahlentherapie** wird beim Peniskarzinom seltener als primäre Maßnahme eingesetzt, aber sie kann in palliativen Situationen oder ergänzend nach einer Operation sinnvoll sein.

Eine **Chemotherapie** kommt meist bei fortgeschrittenen oder metastasierten Erkrankungen zum

Einsatz. Sie kann auch als Teil einer multimodalen Therapie vor oder nach einer Operation verwendet werden.

Palliative Behandlung

Ist eine Heilung aufgrund einer Metastasierung nicht mehr möglich, stehen medikamentöse Maßnahmen im Vordergrund. Die „palliative“ Therapie zielt darauf ab, **Beschwerden zu lindern und Lebensqualität zu erhalten**. Sie wird individuell auf den Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen und die Symptomatik angepasst.

Die **palliative Chemotherapie** kann mit Einzelwirkstoffen oder in Kombination erfolgen und hat bei einigen Patienten zu einem Rückgang der Tumorlast geführt. Die Wirksamkeit variiert, sodass stets Nutzen und mögliche Nebenwirkungen abgewogen werden müssen.

Auch eine **palliative Strahlentherapie** kann helfen – etwa bei Schmerzen, starken Blutungen oder wenn Tumoren Gerüche verursachen. Diese Therapien werden häufig durch spezialisierte Palliativteams begleitet, die auch psychosoziale und spirituelle Unterstützung bieten.

Im fortgeschrittenen Stadium kann es zu schwierigen Situationen wie blutenden Tumoren oder unangenehmem Geruch kommen. Eine gezielte **Wundversorgung**, spezielle **Verbände**, **Antibiotika** oder **Chlorophylllösungen** können helfen, Symptome zu lindern. Duftstoffe sind hingegen meist ungeeignet, da sie Gerüche eher überdecken als beseitigen.

Nachsorge

Nach einer erfolgreichen Behandlung ist die regelmäßige Nachsorge entscheidend, um Rückfälle frühzeitig zu erkennen. Die ersten zwei Jahre gelten als besonders kritisch, da hier die meisten *Rezidive* (Rückfälle) auftreten. Deshalb finden die Kontrollen in dieser Phase meist alle drei Monate statt. Danach können die Abstände vergrößert werden.

Auch die **Selbstbeobachtung** spielt eine wichtige Rolle: Wenn neue Symptome auftreten oder sich bestehende Beschwerden verändern, sollten Sie umgehend ärztlichen Rat einholen.

Kinderwunsch

Wenn Sie einen Kinderwunsch haben, ist es wichtig, mit Ihrem behandelnden Arzt VOR Beginn der Behandlung zu sprechen. Es gibt die Möglichkeit, durch ein spezielles Verfahren **Spermien einzufrieren** und/oder die Hilfe der Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen.

Durch das sogenannte *Kryokonservierungsverfahren* ist es möglich, **Eizellen oder Spermien in flüssigem Stickstoff einzufrieren** und über einen längeren Zeitraum zu lagern. Samen können dann nach Belieben wieder aufgetaut und zur Befruchtung eingesetzt werden. Es gibt jedoch keine Garantie für eine Schwangerschaft.

Kosten:

Der IVF-Fonds beteiligt sich unter folgenden Voraussetzungen an den Kosten von medizinisch unterstützter Fortpflanzung:*

- Paar in Ehe, eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft
- medizinische Indikationen: Sterilität der Frau (eileiterbedingt, durch Endometriose oder durch polyzystisches Ovarialsyndrom bedingt) und/oder Sterilität des Mannes

- Altersgrenzen: vor Vollendung des 40. Lebensjahres der Frau und vor Vollendung des 50. Lebensjahres des Mannes bzw. der Partnerin der Frau
- Vorliegen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung

Weiters muss eine österreichische oder EWR-Staatsbürgerschaft oder einer der im Gesetz angeführten Aufenthaltstitel vorliegen.

Die Krebshilfe kämpft dafür, dass die Kosten für die medizinisch unterstützte Fortpflanzung als Folge der Krebsdiagnose zur Gänze von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.

Weiterführende Informationen einschließlich der Kosten und eine Auflistung aller Vertragskrankenanstalten, in denen Kinderwunschbehandlungen unter Kostenbeteiligung des IVF-Fonds durchgeführt werden, finden Sie auf der Homepage des Sozialministeriums:

www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Eltern-und-Kind/IVF-Fonds.html



Die Krebshilfe-Broschüre „Jung und Krebs“ informiert über alle wichtigen Themen für junge Krebspatient:innen.



Onkologische Rehabilitation



Unsere Webcast-Serie „Ich & Krebs“ behandelt mehrere Themen, die für Krebspatient:innen wichtig sind. In der Folge „Ich & meine Reha“ informieren wir über die Vorteile der onkologischen Rehabilitation und alle Aspekte und Angebote dabei. Hier kostenlos ansehen:



Die onkologische Rehabilitation umfasst gezielte **diagnostische und therapeutische Maßnahmen**, die dabei helfen, die körperlichen und seelischen Folgen einer Krebserkrankung zu mildern bzw. zu beseitigen.

Vorteile

Das Spektrum an Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen der Therapien kann äußerst vielfältig sein und von Erschöpfung über Haarverlust bis zu körperlichen Einschränkungen reichen. Auch die psychischen Nachwirkungen der Erkrankung und der Therapien sind nicht zu unterschätzen. In der onkologischen Rehabilitation wird neben der **Behandlung der körperlichen Symptome** ein besonderes Augenmerk auf die **psychoonkologische Betreuung** gelegt. Sie geht auf die psychischen Belastungen ein, die mit einer Krebserkrankung einhergehen können. Mit einer individuell abgestimmten Therapie soll die Rückkehr in den privaten sowie in den beruflichen Alltag unterstützt und erleichtert werden. Alleine die Tatsache, drei Wochen in einer angenehmen Umgebung, mit einer Vielfalt an körperlichen und

psychischen Therapiemöglichkeiten zu verbringen und von den mühevollen Zeiten der Behandlungen abschalten zu können, ist ein äußerst wirkungsvoller Therapieeffekt (Tapetenwechsel!).

Die onkologische Rehabilitation kann auch ambulant erfolgen.

Das Ziel ist, notwendige und sinnvolle Therapien ohne stationären Aufenthalt möglichst gut der aktuellen Lebenssituation des/der Patient:in anzupassen. Wenn z. B. eine Mutter nicht weiß, wie sie während einer mehrwöchigen stationären Reha die Kinderversorgung organisieren kann, dann wird sie kaum die für viele Therapien notwendige Entspannung finden.

Antrag

Ein Antrag für einen Rehabilitationsaufenthalt kann gleich im behandelnden Spital erstellt und dann bei der zuständigen Sozialversicherung eingereicht werden. Bei den meisten Zentren ist mit Wartezeiten zu rechnen, sodass man häufig nicht sofort nach dem Krankenhausaufenthalt mit der Reha beginnen kann. Während einer Rehabilitation bleibt man in weiter im Krankenstand.

ONKOLOGISCHE REHABILITATIONSZENTREN IN ÖSTERREICH

Stationäre Onkologische Rehabilitation:

- Lebens.Med Zentrum, 2822 Bad Erlach
- Rehabilitationszentrum, 4701 Bad Schallerbach
- Gesundheitszentrum Tisserand, 4820 Bad Ischl
- Onkologische Rehabilitation, 5621 St. Veit im Pongau
- Onkologische Rehabilitationsklinik „Der Sonnberghof“, 7202 Bad Sauerbrunn
- Therapiezentrum Rosalienhof, 7431 Bad Tatzmannsdorf
- Klinik Judendorf-Strabengel, 8111 Gratwein-Strabengel
- Klinikum Bad Gleichenberg, 8344 Bad Gleichenberg
- Humanomed Zentrum, 9330 Althofen

Ambulante Onkologische Rehabilitation:

- Therme Wien, 1100 Wien
- Reha.ambulant Wien-Meidling (Vinzenz-Ambulatorium), 1120 Wien
- Rehaklinik Wien Baumgarten, 1140 Wien
- Ambulante Rehabilitation, Klinik Pirawarth in 1210 Wien
- Ambulantes Rehabilitationszentrum, 2700 Wiener Neustadt
- Lebens.Med Zentrum, 3100 St. Pölten
- Reha-ambulant Linz (Vinzenz Ambulatorium), 4010 Linz
- Ordensklinikum Linz, Bamherzige Schwestern, 4010 Linz
- Reha-ambulant Ried i. Innkreis (Vinzenz Ambulatorium), 4910 Ried
- Ambulantes Rehazentrum Eisenstadt, 7000 Eisenstadt
- Ambulante Reha, Provatklinik Maria Hilf, Humanomed, 9020 Klagenfurt
- Ambulantes Rehabilitationszentrum OptimaMed, 9020 Klagenfurt

Weitere spezialisierte Rehabilitationszentren:

- REHA Zentrum Münster, 6232 Münster, Tirol
- AWittlinger Therapiezentrum, 6344 Walchsee
- aks reha+, 6900 Bregenz
- Zentrum für Lymphologie, LKH Wolfsberg, 9400 Wolfsberg

Stand Februar 2025. Auf www.krebshilfe.net finden Sie eine aktuelle Übersicht über stationäre und ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten in Österreich



*Darf ich nach/
bei meiner
Krebserkrankung Sport
betreiben? Und wenn
ja: welchen? Diese
und ähnliche Fragen
beantwortet Ihnen die
Krebshilfe-Broschüre
„Bewegung bei Krebs“.*



Ergänzende Maßnahmen



Lesen Sie mehr darüber in der Broschüre „Das ABC der komplementären Maßnahmen“.



Schulmedizin und Naturheilkunde müssen sich nicht ausschließen.

Ergänzende Maßnahmen müssen immer mit großer Sorgfalt und Vorsicht ausgewählt werden. Sie können auch niemals eine etablierte onkologische Therapie ersetzen. Die Wirkweise vieler dieser Maßnahmen kann nicht immer mit naturwissenschaftlichen Erkenntnissen erklärt werden. Damit Patient:innen die Möglichkeit erhalten, sinnvolle Ergänzungen zur konventionellen Krebstherapie zu finden, ist sachkundige Aufklärung und Information notwendig.

Wichtig dabei ist, dass Sie dies mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen. Nicht zuletzt deswegen, weil im Einzelfall Unverträglichkeiten bzw. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten auftreten können.

Bitte sprechen Sie in JEDEM Fall VORHER mit Ihrem Onkologen/ Ihrer Onkologin. Denn auch wenn Substanzen und Verfahren oftmals den Eindruck erwecken können, dass sie ungefährlich sind, ist nicht jede komplementärmedizinische Behandlung für alle Patient:innen gleich gut geeignet. Je nach individueller Situation und den angewandten Therapien können komplementärmedizini-

sche Behandlungen auch Schaden verursachen.

Achtung vor alternativen Methoden!

Es ist verständlich, wenn Sie gerade in der Situation einer fortgeschrittenen Krebserkrankung sehr „anfällig“ sind für Angebote, die von unglaublichen Heilerfolgen berichten. Alternative Methoden beruhen häufig auf „**pseudowissenschaftlichen**“ **Krebsentstehungstheorien**.

Die Befürworter:innen dieser Methoden verweisen meist nicht auf Misserfolge. Die Art und die Durchführung der alternativen Methoden sind oft geheimnisvoll, kompliziert und an ihre „Entdecker:innen“ gebunden. Seien Sie äußerst skeptisch, wenn Methoden viel Geld kosten, auf geheime Quellen hingewiesen wird, wenn Heilung versprochen wird und wenn man Ihnen den Rat gibt, andere Therapien zugunsten der „alternativen“ Methoden abzubrechen!

Misstrauen Sie grundsätzlich allen, die Patentrezepte anbieten! Gerade in der Krebsheilkunde gibt es keine derartigen Patentrezepte.

Klinische Studien

In der Krebsforschung wird eine klinische Studie durchgeführt, um bessere Therapiemöglichkeiten für den einzelnen Krebspatienten/ die einzelne Krebspatientin zu etablieren.

Lange Zeit waren die medikamentösen Standardtherapien mit *Zytostatika* die Grundlage für die Entwicklung neuer Substanzen. Das heißt, viele neue Therapien sind auf Basis von bewährten Behandlungsformen in die Klinik gekommen. Gerade in den letzten Jahren wurden durch die enormen Fortschritte der Krebsforschung Substanzen mit neuen Wirkmechanismen entdeckt und als Krebsmedikamente entwickelt. Für Patient:innen hängt die Entscheidung für eine bestimmte Therapie von vielen Faktoren ab, u. a. von der Krebsform, dem Stadium, der Ausbreitung der Erkrankung, dem allgemeinen Gesundheitszustand und auch vom Alter. Dies gilt auch für die Behandlung im Rahmen von klinischen Studien.

Die Teilnahme an einer klinischen Studie ist immer freiwillig.

Wenn Sie als Patient an einer Studie interessiert sind oder zur Teilnahme eingeladen werden, sollten Sie vor dieser Entscheidung so

viel wie möglich über diese Studie in Erfahrung bringen.

Vorteile für Patienten, die an einer klinischen Studie teilnehmen:

Der Vorteil liegt im frühzeitigen Zugang zu innovativen Behandlungen oder Verfahren, die kurz vor der Zulassung noch nicht auf normalem Weg erhältlich sind, dem Betroffenen aber möglicherweise sehr helfen können.

Risiken für Patienten, die an einer klinischen Studie teilnehmen:

Neue Behandlungsmethoden oder Wirkstoffe bergen nicht nur Chancen, sondern möglicherweise auch bisher unbekannte Risiken und Nebenwirkungen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Teilnahme an einer Studie abzulehnen oder im Fall einer Teilnahme abzubrechen.

Klinische Studien haben das Ziel, neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten von Erkrankungen zu erforschen und damit die Behandlungsergebnisse und somit auch die Heilungschancen des individuellen Patienten/der individuellen Patientin zu verbessern.

Wenn Sie sich für die Teilnahme an einer klinischen Studie interessieren, sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt / Ihrer behandelnden Ärztin.

Wir sind für Sie da.



Mag. Katharina GRUBER

Sprecherin der Berater:innen der Österreichischen Krebshilfe

Die Gewissheit zu erhalten, eine schwerwiegende Diagnose wie Bauchspeicheldrüsenkrebs zu haben, ist ein Schock. In dieser Situation ist es für viele Patient:innen kaum vorstellbar, dass mit und trotz der Diagnose ein Leben mit guter Lebensqualität möglich ist. Wir möchten Sie dabei unterstützen, bestmöglich mit der gegebenen Situation zurechtzukommen. Die Berater:innen der Österreichischen Krebshilfe gehen auf Ihre individuellen Fragen und Lebensthemen ein und unterstützen Sie dabei, Perspektiven zu entwickeln.

Die Diagnose Krebs bedeutet für Erkrankte und Angehörige einen unerwarteten **Sturz aus der Realität und aus dem gewohnten Alltag**. Nichts ist mehr so, wie es vorher war. Unsicherheit, Hilflosigkeit und vor allem Angst sind vorherrschende Gefühle. Daher ist es so wichtig, ab diesem Zeitpunkt **ein „Netz zu spannen“, in dem sich Patienten und Angehörige gehalten und getragen fühlen**.

Dieses tragfähige Netz setzt sich zusammen aus Familie, Freunden/Bekanntem, Arbeitskollegen, sowie einem professionellen Betreuungsteam bestehend aus Ärzten, Pflegenden, Psychoonkologen und anderen Experten. Patienten haben das verständliche Bedürfnis nach - und das Recht auf - Information und Klarheit bezüglich der bevorstehenden Therapie. Die Krebshilfe bietet diese wertvolle Vernetzung an. Patienten und Angehörige erhalten **medizinische, psychoonkologische, ernährungstherapeutische und sozialrechtliche Hilfestellungen, d. h. rasche, unkomplizierte und kostenlose „Hilfe unter einem Dach“**.

Viele Patienten und Angehörige beschäftigen Fragen wie:

- Ich habe gerade die Diagnose Krebs bekommen, was soll ich tun?
- Was bedeutet Chemotherapie und mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Muss ich meinem Arbeitgeber sagen, dass ich Krebs habe? Welche Rechte und welche Pflichten habe ich? Wer kann mir das alles sagen?
- Soll ich mit meinen Kindern über meine Erkrankung reden?

Sie sind nicht allein!

In den Krebshilfe-Beratungsstellen kann psychoonkologische Hilfe kostenlos in Anspruch genommen werden. Eine Auflistung aller österreichweiten Beratungsstellen finden Sie am Ende dieser Broschüre.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass Sie im Laufe der Erkrankung an den Rand Ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit stoßen. Das ist normal und völlig verständlich, denn Krebstherapien sind auch psychisch herausfordernd.

Leiden Sie oder Ihre Angehörigen in letzter Zeit vermehrt an:

- Ein- oder Durchschlafstörungen
- Inneren Unruhezuständen
- Depressiven Verstimmungen, Antriebslosigkeit
- Gedankenkreisen und ständigem Grübeln
- Unmut, Aggressionen
- Angst vor Untersuchungen, medizinischen Eingriffen, schlechten Nachrichten
- Problemen am Arbeitsplatz, in der Familie oder mit Ihrem Behandlungsteam?

Dann ist es hoch an der Zeit und sinnvoll, professionelle Hilfe anzunehmen.

In den Krebshilfe-Beratungsstellen gibt es diese Hilfe – für Sie und Ihre Angehörigen. Experten aus verschiedenen Fachbereichen, z. B. der Medizin, der Ernährungswissenschaft, der Psychoonkologie und Sozialarbeit, bieten Beratung

und Hilfe an und begleiten Sie kompetent und menschlich auf Ihrem Weg durch die Erkrankung. Sie und Ihre Familienmitglieder können in einem Klima der Achtung und Wertschätzung offen über Ihre schlimmsten Befürchtungen, Ängste und innere Not sprechen. **Die Krebshilfe-Beraterinnen nehmen sich für Sie Zeit, hören Ihnen zu und helfen.**

Im ausführlichen Erstgespräch wird Ihre individuelle Situation und der genau auf Sie abgestimmte Betreuungsplan besprochen. Sie werden spüren, dass sich vieles sehr rasch verbessert, z. B. die Lebensqualität, Schmerzen oder die Kommunikation in der Familie.

Broschüren und Informationsmaterialien zu allen Themen rund um die Krebserkrankung können Sie jederzeit telefonisch oder per Mail bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland bestellen.

Die finanzielle Soforthilfe

Immer öfter kommen Patienten durch die Krebserkrankung auch in finanzielle Schwierigkeiten. Zweckgewidmete Spenden geben der Krebshilfe die Möglichkeit, auch diesbezüglich zu helfen (siehe nachfolgende Seiten).

»

Trotz und mit der Erkrankung ist es möglich, eine sinn- und genussvolle Lebenszeit zu gestalten, auf die eigenen Bedürfnisse zu achten und sich Wünsche zu erfüllen. Erlauben Sie sich ein Leben im „Hier und Jetzt“ mit täglichen kleinen Alltagsfreuden, Begegnungen mit netten Menschen, Lachen und Momente der Unbeschwertheit. Erlauben Sie sich aber genauso, Ihre Ängste und Sorgen auszusprechen. Der Austausch mit anderen Patient:innen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, kann zugleich entlastend und ermutigend sein. Neben der professionellen Beratung ist die Unterstützung Ihres familiären und sozialen Umfeldes hilfreich. Die Österreichische Krebshilfe bietet Patient:innen und ihren Familien rasche, unkomplizierte und kostenlose Hilfe an. Wir nehmen uns Zeit, hören zu und helfen.

Männerberatung



Alexander GREINER
Moderator & Host
„Herrenzimmer“

Der starke Mann, benötigt er denn Hilfe? Lampen anschließen mit einer geogooelten Anleitung, kein Problem. Geschirrspüler reparieren mit einem YouTube-Video, kein Problem. Die neue Küche einbauen, Fliesen legen, Heizung verrohren – es gibt Dinge, die kann man(n) alleine probieren, muss es aber nicht. Speziell mit einer Krebsdiagnose in der Tasche kann es für uns Männer von Vorteil sein, über den eigenen Schatten zu springen. Wer es schon probiert hat, erzählt davon, dass er gestärkt rausgegangen ist. Treffen wir uns im Herrenzimmer und reden darüber!

Die Berater:innen der Krebshilfe führen pro Jahr ca. 22.000 Beratungsgespräche mit Patient:innen und Angehörigen, die Hilfe und Unterstützung auf ihrem Weg durch die Krebserkrankung in Anspruch nehmen. Zwei Drittel der Gespräche werden mit Frauen geführt und „nur“ ein Drittel mit Männern.

Im Gesundheitsbereich ist generell zu beobachten, dass Männer zurückhaltender sind als Frauen, wenn es darum geht, Unterstützungsangebote anzunehmen. Probleme im Umgang mit der Erkrankung und psychosoziale Probleme (Beziehung, Arbeitsplatz, Einsamkeit, soziales Umfeld etc.) betreffen zwar Männer gleichermaßen wie Frauen, der Umgang damit ist allerdings bei Männern anders.

Ein Beratungsangebot anzunehmen bedeutet für manche Männer ein **Eingeständnis von Schwäche und Hilflosigkeit** und oft gibt es den **Anspruch, große Herausforderungen alleine tragen und lösen zu müssen**. Sich einer fremden Person anzuvertrauen, fällt manchmal schwer. Männer bringen in Beratungsgesprächen eher sachliche Inhalte ein und sprechen

weniger über ihre Emotionen, die dahinterstehen.

Eine Beratung in Anspruch zu nehmen, kann sich aber auf jeden Fall lohnen. Krisen können dann am besten bewältigt werden, wenn Sach-, Gefühls- und Beziehungsaspekten gleichermaßen Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Es kann sehr befreiend und entlastend sein, sich auszutauschen, Entspannungsbungen zu erlernen, miteinander offene Gespräche zu führen und gemeinsam mit einem Gegenüber, das nicht geschont werden muss, nach Lösungen zu suchen.

So wollen wir in Zukunft auch mehr Männer mit unseren Angeboten erreichen und ihnen Mut machen, nicht alles Schwere alleine tragen zu müssen.

Informieren Sie sich und führen Sie Gespräche

- Besorgen Sie sich Broschüren – es gibt zu jeder Krebserkrankung und vielen anderen Themen rund um die Erkrankung professionell aufbereitetes Informationsmaterial in den Beratungsstellen der Krebshilfe.

- Betreiben Sie gezielte Internetrecherche auf geeigneten Seiten, wie z.B. auf der Website der Österreichischen oder Deutschen Krebshilfe
- Fixieren Sie Beratungstermine mit dem behandelnden Team und externen Berater:innen
- Führen Sie Gespräche mit Partner:innen/Freund:innen/Arbeitskolleg:innen – Ihr Umfeld ist interessiert daran, wie es Ihnen geht und wie es Ihnen helfen kann.

Bewerten und analysieren Sie

Durch die Diagnose Krebs verändert sich von einem Moment auf den anderen das ganze Leben. Daher ist es so wichtig, dass Sie konkrete Auskünfte über Ihre Erkrankung einholen – welcher Krebs ist es, welche Behandlungsoptionen habe ich, welche Nebenwirkungen sind zu erwarten, was muss ich am Arbeitsplatz/in der Familie beachten?

Es können sich möglicherweise auch Überforderung, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, oder auch Schlafstörungen einstellen, aus denen Sie wieder gut herausfinden können, wenn Sie sich rechtzeitig Unterstützung holen.

Sammeln Sie Erfahrungen und finden Sie Ihren ganz persönlichen Weg des Umgangs mit der Erkrankung.

- Nutzen Sie Unterstützungsangebote z.B. die Beratungsangebote der Krebshilfe – ein Team von Sozialarbeiter:innen, Ernährungsexpert:innen, Psychoonkolog:innen, Ärzt:innen hilft gerne weiter!
- Überlegen Sie, ob Sie sich mit Betroffenen austauschen wollen (Männer-/Selbsthilfegruppen)
- Tagebuch / Bloggen

Spezielle Angebote für Männer bei der Krebshilfe

Krebshilfe Wien: Männergruppe
Gruppensitzungen zu 90 Minuten,
Infos und Termine unter
Tel: 0800/699 900 oder
www.krebshilfe-wien.at

**Krebshilfe Oberösterreich:
Persönliche Beratungen zu Sexualität und Intimität mit/nach urologischen Tumoren**
Infos und Termine unter
Tel: 0732/777756 oder
www.krebshilfe-ooe.at

Wir für Sie!



Foto: Sabine Hauswirth

Mag. Martina LÖWE
Geschäftsführung
Österreichische
Krebshilfe,
Projektleitung Loose Tie

Wir haben diese Angebote entwickelt, damit Sie auf gesicherte Informationen jederzeit, direkt und auch anonym zugreifen können. Nutzen Sie die zahlreichen Hilfsangebote der Krebshilfe. Und teilen Sie uns gerne auch Ihre Wünsche und Anregungen mit, damit wir gemeinsam unsere Hilfe für alle Männer mit der Diagnose Krebs ausbauen können. Ihre Anregungen senden Sie bitte an:
loewe@krebshilfe.net

Männer schrecken noch immer davor zurück, über das Thema Krebs zu reden. In unsere Beratungsstellen kommen zu zwei Drittel Frauen (!).

Daher haben wir ein spezielles **Angebot für alle Männer mit der Diagnose Krebs** entwickelt und dabei festgestellt, dass es vor allem die Online-Formate und Webcasts sind, die von den Männern besonders angenommen werden.



Das Herrenzimmer

Es kann entlasten, sich auszutauschen, miteinander Gespräche zu führen und mit einem Gegenüber, das nicht geschont werden muss, nach Lösungen zu suchen. Oft hilft es auch, einfach zuzuhören und von den Erfahrungen anderer zu profitieren.

Über seine Ängste und Sorgen zu sprechen ist kein Eingeständnis von Schwäche oder Hilfslosigkeit!

Das alles können Sie in unserem virtuellen Herrenabend für Männer mit der Diagnose Krebs. Wir wollen Ihnen Mut machen und zeigen, dass Sie mit Ihrer Diagnose nicht alleine sind. Sie müssen nicht alles Schwere alleine tragen.

Das Herrenzimmer findet **jeden 1. Mittwoch im Monat** statt. Dabei steht ein Thema, das alle Männer mit der Diagnose Krebs betrifft, im Mittelpunkt: Von der Verarbeitung der Diagnose über den Umgang mit und der Kommunikation zu de Kolleg:innen bis hin zu Themen rund um Bewegung, Ernährung, Partnerschaft und Sexualität.

Gast-Expert:innen liefern einen Gesprächs-Impuls und stehen für Fragen zur Verfügung. Der anschließende Austausch der Teilnehmer wird von Herrenzimmer-Host Alexander Greiner moderiert.

Die Teilnahme ist kostenlos und auch anonym möglich.

Weitere Infos und Termine unter:
www.krebshilfe.net/herrenzimmer
E-Mail:
herrenzimmer@krebshilfe.net

QR-Code zum
Herrenzimmer.



Podcast Herrenzimmer



Männer gehen weniger zum Arzt, erkranken öfter an Krebs, sterben früher. Und reden? Tun sie eher selten. Zeit, das zu ändern.

Martina Löwe und Alexander Greiner sprechen mit Menschen, die offen mit Krebs umgehen, die sich der Vorsorgeuntersuchung stellen, für die Krebs zum Alltag gehört.

Was hilft bei Krebs, vor allem Männern? Darum geht es in diesem Podcast.



Jeden 2. Mittwoch neu, überall dort, wo es Podcasts gibt.



Der CancerClub – Treffpunkt für junge Patient:innen

Wir wollen Sie auch ganz besonders auf das Krebshilfe-Angebot hinweisen, das speziell den Bedürfnissen und Anforderungen von jungen Krebspatient:innen gewidmet ist (Altersgruppe 15-39):



Jeden 1. Dienstag im Monat steht im virtuellen Cancer Club der Generation YZ der Austausch und die gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer:innen unter der bewährten Betreuung von Krebshilfe Fachleuten im Mittelpunkt. Jeder Teilnehmer:in kann das Thema einbringen, das gerade besonders am Herzen liegt. Oder einfach nur zuhören. Denn das kann auch helfen.

Die Teilnahme bei all unseren virtuellen Treffen ist kostenlos und kann auf Wunsch auch anonym erfolgen.

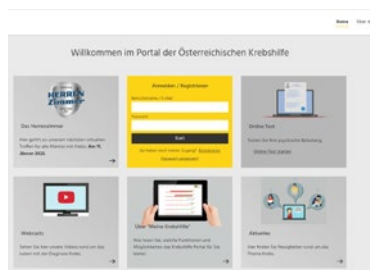


Patient:innen-Plattform

Meine Krebshilfe

Mit der neuen Plattform **Meine Krebshilfe** gibt es ein weiteres modernes Online-Angebot, auf der „News“, unsere „Webcasts“ und „Streaming-Angebote“ ohne Registrierung jederzeit kostenlos abrufbar sind unter:

www.meinekrebshilfe.net



Auf der **zweiten Ebene** erhalten registrierte Nutzer:innen **individualisierte Informationen** zu ihrer Krebserkrankung und können ganz einfach online auch ihre psychische Belastung und ihren Gesundheitszustand abfragen.



MEINE KREBSHILFE

Das Ausspielen der individualisierten Inhalte erfolgt derzeit nach folgenden Kriterien:

- **Regionalität** (Bundesland)
- **Krebserkrankung** (dzt. stehen die Inhalte für Brust-, Prostata-, Darm-, Haut- und Lungenkrebs zur Verfügung, das Angebot wird sukzessive erweitert).

Drüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit, über diese Plattform eine **Online-Sprechstunde** mit dem / der Krebshilfe-Berater:in in Ihrem Bundesland durchzuführen.

Für die Nutzung des Service-Angebots auf der zweiten Ebene ist eine **Registrierung** notwendig – es werden dabei jedoch keine personenbezogenen Daten bei der Krebshilfe gesammelt. Erst, wenn die Nutzer:innen ihre Inhalte mit der Krebshilfe-Berater:in aktiv teilen wollen, werden diese Daten übermittelt.

Hier geht's zur Plattform:



Im Jahr 2024 investierte die Österreichische Krebshilfe rund 2 Millionen Euro für die Unterstützung, Beratung und finanzielle Soforthilfe für Patient:innen.

Die Österreichische Krebshilfe finanziert ihre Aktivitäten aus Spenden und Sponsoring-Einnahmen. Der sorgsame Umgang mit diesen Spenden ist selbstverständlich. Dass dem so ist, wird jedes Jahr von unabhängigen Rechnungsprüfern und dem Österreichischen Spendengütesiegelprüfer geprüft und bestätigt.



Finanzielle Hilfe

Aufgrund zweckgewidmeter Spenden von Privatpersonen und Firmen ist die Krebshilfe in der Lage, neben der Beratung von Krebspatienten und Angehörigen auch **finanzielle Unterstützung für jene Menschen anzubieten, die, verursacht durch die Krebserkrankung, in finanzielle Not geraten sind.** Mit dem Krebshilfe-Soforthilfe-Fonds werden Krebspatienten unterstützt, die durch ihre Erkrankung in finanzielle Not geraten sind.

Die Einreichung der Unterstützung erfolgt in den Krebshilfe-Beratungsstellen, die Überprüfung der Unterlagen (medizinisch und sozialrechtlich) erfolgt im „8-Augen-Prinzip“ in der Regel innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt des Antrages und der Unterlagen. Der Antragsteller erteilt das Einverständnis, dass die vorgelegten Unterlagen durch die Krebshilfe überprüft werden dürfen. Die Krebshilfe verpflichtet sich, die Daten nicht an Dritte weiterzugeben.

SOFORTHILFE-FONDS DER ÖSTERREICHISCHEN KREBSHILFE

Der Krebshilfe-Vorstand und der Spendengütesiegelprüfer haben für die Gewährung finanzieller Unterstützung Richtlinien verabschiedet. Jeder Antrag wird eingehend, aber rasch und unbürokratisch geprüft.

- Lebensmittelpunkt muss in Österreich sein.
- Persönliche Vorsprache in einer Krebshilfe-Beratungsstelle.
- Vorlage der aktuellen medizinischen Befunde.
- Einkommensnachweis (auch des Ehepartners und/oder im gleichen Haushalt lebender Menschen).
- Alle anderen rechtlichen Ansprüche müssen ausgeschöpft sein.
- Nachweis jener Kosten/zusätzlicher Ausgaben, die aufgrund der Krebserkrankung entstanden sind und zu der Notlage führen.
- Schriftliche Begründung/Ansuchen (das gemeinsam mit einer Krebshilfe-Beraterin erstellt wird).
- Kosten für alternative Methoden werden nicht übernommen.
- Die Krebshilfe behält sich vor, etwaige weitere Nachweise und/oder Unterlagen einzufordern, die zur Beurteilung notwendig sind.



**Doris KIEFHABER
und Martina LÖWE**
Geschäftsführung
Österreichische
Krebshilfe

Den Soforthilfe-Fonds der Österreichischen Krebshilfe mit ausreichend finanziellen Mitteln auszustatten, ist nicht nur unsere Aufgabe sondern auch Herzensangelegenheit. Erleben wir doch täglich, was es für Patienten und Angehörige bedeutet, durch die Krebserkrankung auch in finanzielle Not zu geraten. Danke allen Privatpersonen und Unternehmen, die soziale Verantwortung zeigen und uns unterstützen.

Beratungsstellen im BURGENLAND

Voranmeldung zur persönlichen Beratung für alle Beratungsstellen im Burgenland unter:
Tel.: (0650) 244 08 21 (auch mobile Beratung)
office@krebshilfe-bgld.at
www.krebshilfe-bgld.at

- 7202 Bad Sauerbrunn, Hartiggasse 4
(Der Sonnberghof)
- 7000 Eisenstadt, Johannes von Gott-Platz 1
(KH der Barmherzigen Brüder)
- 7540 Güssing, Grazer Straße 15
(Klinik Güssing)
- 8380 Jennersdorf, Hauptstraße 2
(Praxis Dr. Csuk-Miksch)
- 2460 Bruck an der Leitha
(Praxis Mag. Anja Skarits-Haas)
- 7431 Bad Tatzmannsdorf, Am Kurpark 1
(BVAEB - Therapiezentrum Rosalienhof)
- 7400 Oberwart, Dornburggasse 80
(Klinik Oberwart)
- 7350 Oberpullendorf, Spitalstraße 32
(Klinik Oberpullendorf)
- 2421 Kittsee, Hauptplatz 3
(Klinik Kittsee)

Beratungsstelle in KÄRNTEN

Voranmeldung zur persönlichen Beratung unter: Tel.: (0463) 50 70 78
office@krebshilfe-ktn.at
www.krebshilfe-ktn.at

- 9020 Klagenfurt, Völkermarkterstrasse 25

Beratungsstellen in NIEDERÖSTERREICH

2700 Wr. Neustadt, Wiener Straße 69 (ÖGK)
Notfalltelefon: (0664) 323 72 30
Tel.: 050766-12-2297
krebshilfe@krebshilfe-noe.at
www.krebshilfe-noe.at

- 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3
(bei ÖGK) Tel.+Fax: (02742) 77404
stpoelten@krebshilfe-noe.at
- 3680 Persenbeug, Kirchenstraße 34,
(Alte Schule Gottsdorf)
Tel.+Fax: (07412) 561 39
persenbeug@krebshilfe-noe.at
- 3340 Waidhofen/Ybbs
Tel.: (0664) 514 7 514
waidhofen@krebshilfe-noe.at
- 2130 Mistelbach, Roseggerstraße 46
Tel.: (050766)12-1389
mistelbach@krebshilfe-noe.at

Die Österreichische Krebshilfe ist österreichweit für Sie da:

Mo.-Do. von 9.00 – 12.00 Uhr und 13.00 – 16.00 Uhr, Fr. 9.00 – 12.00 Uhr

- 2230 Gänserndorf (in der ÖGK)

Tel.: (0664)3237231

mistelbach@krebshilfe-ooe.at

- 3580 Horn, Hopfengartenstraße 21/2 (ÖGK)

Tel.: (0664) 886 235 86

horn@krebshilfe-ooe.at

Beratungsstellen in OBERÖSTERREICH

4020 Linz, Harrachstraße 15

Tel.: (0732) 77 77 56

beratung@krebshilfe-ooe.at,

office@krebshilfe-ooe.at

www.krebshilfe-ooe.at

- 4820 Bad Ischl, Bahnhofstr. 12 (ÖGK)

Tel.: (0660) 45 30 441

beratung-badischl@krebshilfe-ooe.at

- 5280 Braunau, Jahnstr. 1 (ÖGK)

Tel.: (0699) 1284 7457

beratung-braunau@krebshilfe-ooe.at

- 4070 Eferding, Vor dem Linzer Tor 10

(Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 166 78 22

beratung-eferding@krebshilfe-ooe.at

- 4240 Freistadt, Zemannstr. 33 (Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 452 76 34

beratung-freistadt@krebshilfe-ooe.at

- 4810 Gmunden, Miller-von-Aichholz-Str. 46

(ÖGK), Tel.: (0660) 45 30 432

beratung-gmunden@krebshilfe-ooe.at

- 4560 Kirchdorf, Krankenhausstraße 11

(Rotes Kreuz), Tel.: (0732) 77 77 56

beratung-kirchdorf@krebshilfe-ooe.at

- 4320 Perg, Johann Paur-Straße 1,

(Beratungsstelle Famos)

Tel.: (0660) 927 33 81

beratung-perg@krebshilfe-ooe.at

- 4910 Ried/Innkreis, Marktplatz 3 (ÖGK)

Tel.: (0660) 97 444 06

beratung-ried@krebshilfe-ooe.at

- 4150 Rohrbach, Krankenhausstraße 4

(Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 166 78 22

beratung-rohrbach@krebshilfe-ooe.at

- 4780 Schärding, Tummelplatzstraße 7

(FIM – Familien- & Sozialzentrum)

Tel.: (0664) 44 66 334

beratung-schaerding@krebshilfe-ooe.at

- 4400 Steyr, Redtenbachergasse 5 (Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 91 11 029

beratung-steyr@krebshilfe-ooe.at

- 4840 Vöcklabruck, Franz Schubert-Str. 31

(im ÖGK-Gebäude)

Tel.: (0664) 547 47 07

beratung-vbruck@krebshilfe-ooe.at

- 4600 Wels, Rot-Kreuz-Straße 1 (ÖGK)

Tel.: (0660) 50 98 550, (07242) 42896

beratung-wels@krebshilfe-ooe.at

Beatungsstellen in SALZBURG

Voranmeldung zur persönlichen Beratung für alle Beratungsstellen in Salzburg unter:

Tel.: (0662) 87 35 36 oder
beratung@krebshilfe-sbg.at
www.krebshilfe-sbg.at

- 5020 Salzburg, Beratungszentrum der Krebshilfe Salzburg, Mertensstraße 13
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung
- 5110 Oberndorf, Paracelsusstraße 18.
Seniorenwohnhaus St. Nikolaus Oberndorf
Persönliche Beratung nach telefonischer Voranmeldung
- 5400 Hallein, Krankenhaus Hallein, Bürgermeisterstraße 34. Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung, jeden 2. Montag im Monat
- 5580 Tamsweg, Sozialzentrum Q4, Postgasse 4
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung jeden 2. Montag im Monat
- 5700 Zell am See, Rot Kreuz Haus, Tauernklinikum Zell am See, Paracelsustraße 4
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat
- 5620 Schwarzach, Baderstraße 10b, Bildungshaus Kardinal Schwarzenberg Klinikum, Raum K115. Termine donnerstags und samstags, nach Vereinbarung.

Beratungsstellen in der STEIERMARK

• 8042 Graz, Rudolf-Hans-Bartsch-Str. 15-17
Tel.: (0316) 47 44 33-0
beratung@krebshilfe.at
www.krebshilfe.at

• Regionalberatungszentrum Leoben:
8700 Leoben, Hirschgraben 5
(Senioren- und Pflegewohnheim)

Terminvereinbarung und Info für alle steirischen Bezirke:

Tel.: (0316) 47 44 33-0
beratung@krebshilfe.at

- 8160 Weiz, Marburgerstraße 29
(Gesundheitszentrum)
- 8280 Fürstenfeld, Felber Weg 4 (Rotes Kreuz)
- 8230 Hartberg, Rotkreuzpl. 1, (Rotes Kreuz)
- 8530 Deutschlandsberg, Radlpaßstraße 31
(Rotes Kreuz)
- 8680 Mürzzuschlag, Grazer Straße 34
(Rotes Kreuz)
- 8435 Wagna, Metlika Straße 12 (Rotes Kreuz)
- 8330 Feldbach, Schillerstraße 57 (Rotes Kreuz)
- 8750 Judenburg, Burggasse 102, (Rotes Kreuz)
- 8940 Liezen, Niederfeldstraße 16,
(Rotes Kreuz)



Beratungsstellen in TIROL

6020 Innsbruck, Anichstraße 5 a/2. Stock
Krebshilfe-Telefon: 0512 57 77 68
Tel.: 0512 57 77 68 oder (0699)181 135 33
office@krebshilfe-tirol.at
www.krebshilfe-tirol.at

Psychoonkologische Beratung:

Bitte um telefonische Terminvereinbarung

- Landeck, Schulhausplatz 9; Malsersstraße 38/1.Stock, MMag. Veronika Prantner, Tel. 0691-2014973
- Reutte, Zeillerplatz 1; Pflach, Kohlplatz 7a/ Top 25, Mag. Gertrud Elisabeth Köck, Tel. 0664-2251625
- Tarentz, Pfassenweg 2, DSA Erwin Krismer, Tel. 0676-7394121
- Telfs, Kirchstraße 12, Dr. Ingrid Wagner, Tel. 0660-5697474
- Schwaz, Innsbruckerstraße 2, Dr. Fritz Melcher, Tel. 0664-9852010
- Jenbach, Birkenwald 14, Mag. Gerhard Proksch, Tel. 0660-1223113
- Wörgl, Fritz-Atzl-Str. 6, MMag. Dr. Astrid Erharter-Thum, Tel. 0681-10405938
- Hopfgarten, Marktplatz 1; Wälchsee, Alleestraße 30, MMag. Dr. Barbara Mösinger-Strubreither, Tel. 0676-5705743
- Lienz, Rosengasse 13, Mag. Katja Lukasser, Tel. 0650-3772509

Für Kinder und Jugendliche von an Krebs erkrankten Eltern:

- Reutte, Zeillerplatz 1; Pflach, Kohlplatz 7a/ Top 25, Mag. Gertrud Elisabeth Köck, Tel. 0664-2251625
- Innsbruck, Rennweg 7a, MMag. Barbara Baumgartner, Tel. 0664-73245396
- Jenbach, Birkenwald 14, Mag. Gerhard Proksch, Tel. 0660-1223113

Beratungsstellen in VORARLBERG

6850 Dornbirn, Rathausplatz 4,
Tel. (05572) 202388, Fax: (05572) 202388-14
beratung@krebshilfe-vbg.at
www.krebshilfe-vbg.at

- 6700 Bludenz, Klarenbrunnstr. 12,
Tel. (05572) 202388
beratung@krebshilfe-vbg.at

Beratungsstelle in WIEN

1200 Wien, Brigittenauer Lände 50-54,
4. Stg./5.OG
Tel.: (01) 408 70 48, Hotline: (0800) 699 900
beratung@krebshilfe-wien.at
www.krebshilfe-wien.at

Österreichische Krebshilfe Dachverband

1010 Wien, Tuchlauben 19/10
Tel.: (01) 796 64 50,
service@krebshilfe.net
www.krebshilfe.net

Lassen Sie sich helfen!
Die Krebshilfe-Beraterinnen
und Berater nehmen sich Zeit,
hören zu und helfen.

Die Österreichische Krebshilfe dankt allen Experten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie und dem Arbeitskreis Urologische Onkologie für das ehrenamtliche Engagement und die wertvolle Mitarbeit.



IMPRESSUM:

04/25

Herausgeber und Verleger: Österreichische Krebshilfe, Tuchlauben 19, A-1010 Wien
Tel.: +43 (1) 796 64 50 Fax: +43 (1) 796 64 50-9, E-Mail: service@krebshilfe.net, www.krebshilfe.net
Wissenschaftl. Redaktionsleitung: Prim. Priv.-Doz. Dr. Anton Ponholzer, Redaktion: Mag. Martina Löwe
Gestaltung: Gorillas – Kommunikation und Design, Druck: Gerin Druck GmbH, 2120 Wolkersdorf, www.gerin.co.at
Fotos: Falls nicht anders gekennzeichnet Österreichische Krebshilfe

www.krebshilfe.net