

GYNÄKOLOGISCHE 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 über 60 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 Wirtschaftsprüfer:innen jährlich bestätigt wird. Die Krebshilfe ist stolze Trägerin des Österreichischen Spendengütesiegels.

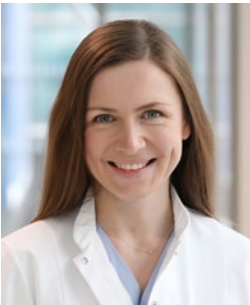


Ein Wort zur Einleitung



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

Als Gynäko-Onkologe bin ich täglich mit dem Schicksal vieler Patientinnen und ihrer Angehörigen konfrontiert. Es ist mir daher auch ein persönliches Bedürfnis, Ihnen mit der vorliegenden Broschüre eine Zusammenstellung der verschiedensten Informationen zu gynäkologischen Krebserkrankungen anzubieten und damit auch mögliche Fragen durch Wissen zu ersetzen. Scheuen Sie sich bitte trotzdem nicht, Ihren behandelnden Ärzt:innen alle Fragen zu stellen, die Sie beschäftigen. Bitte zögern Sie auch nicht, sich vertrauensvoll an eine der österreichweiten Krebshilfe-Beratungsstellen zu wenden. Die einfühlsamen und kompetenten Krebshilfe-Berater:innen nehmen sich Zeit, hören zu und helfen.



**OÄin Priv.-Doz.in
Dr.in Irina TSIBULAK**
Vizepräsidentin der AGO –
Arbeitsgemeinschaft für
gynäkologische Onkologie

Gynäkologische Tumoren stellen Patientinnen, Angehörige und Behandelnde gleichermaßen vor große Herausforderungen. Neben der medizinischen Komplexität sind es oft auch emotionale Belastungen, Unsicherheiten und offene Fragen zum Erhalt der Weiblichkeit, der Fruchtbarkeit und der Sexualität, die den Krankheitsverlauf begleiten. Umso wichtiger ist es, verlässliche Informationen bereitzustellen. Mit der vorliegenden Broschüre „Gynäkologische Krebserkrankungen“ möchte die AGO Österreich gemeinsam mit der Österreichischen Krebshilfe einen wertvollen Beitrag zur Aufklärung und Unterstützung der Betroffenen leisten. Sie bietet einen verständlichen Überblick über die modernen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sowie Aspekte der Nachsorge. Wir hoffen, dass diese Broschüre Ihnen eine wertvolle Unterstützung und Orientierung bietet und wünschen Ihnen alles Gute für Ihre Erkrankung oder die Erkrankung Ihrer Angehörigen.

Aus dem Inhalt

Leben mit der Diagnose Unterleibskrebs – Überblick

Auf den Seiten 6 bis 21 finden Sie einen thematischen Überblick über verschiedene Themenbereiche zu gynäkologischen Krebserkrankungen. Ab Seite 36 bieten wir spezielle Informationen (Diagnose, Therapie, Nachsorge) zu IHRER gynäkologischen Krebsart an.

Der Schock der Diagnose	6
Tipps für das Gespräch mit dem Arzt / der Ärztin	7
Bin ich in den besten Händen?	8
Therapien und Nebenwirkungen	9
Ergänzende Maßnahmen	9
Zertifizierte gynäkologische Zentren	10
Klinische Studien	12
Kinderwunsch	13
Auch die Psyche leidet	14
Vom „positiv denken“ und „kämpfen“	15
Kommunikation mit Angehörigen	16
Umgang mit Kindern / Partner:innen / Sexualität	17
Ernährung & Bewegung bei Krebs	18
Onkologische Rehabilitation	19
Onkologische Rehasentren in Österreich	20
Krebs und Beruf	21
Hilfs- und Unterstützungsangebote der Krebshilfe	22
Was ist Krebs?	26
Risikofaktoren / Vererbbarkeit von Krebs	28
Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane	34

Gynäkologische Krebserkrankungen

Risikofaktoren / Diagnose / Therapie / Nachsorge

Eierstockkrebs	36
Gebärmutterkörperkrebs	46
Gebärmutterhalskrebs	54
Schamlippen- und Scheidenkrebs	58
Sarkom der Gebärmutter	63
Keimzelltumor des Eierstocks	65
Keimstrangtumor des Eierstocks	66
Tumor des Mutterkuchens	67
Patientenrechte / Patientenverfügung	68
Wenn die Erkrankung fortschreitet (Palliative Care)	70
Krebshilfe & AGO: Gemeinsam gegen Unterleibskrebs	72
„Grüne Socken für Unterleibskrebspatientinnen“	74
Kontaktinformationen zu den Krebshilfe-Beratungsstellen	76

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.

Schock der Diagnose

Wenn Sie diese Broschüre in Händen halten und mit der Diagnose Unterleibskrebs konfrontiert sind, wollen wir Ihnen Mut machen: **Es gibt ein Leben MIT und TROTZ der Diagnose** und auch viele Tage mit guter Lebensqualität, Freude und Lachen – auch wenn Ihnen das vielleicht im Moment der Diagnose als wenig vorstellbar erscheint.

Viele Menschen meinen, dass die Lebensqualität von Unterleibskrebspatientinnen zwangsläufig schlecht sein muss. Dies mag zu bestimmten Zeitpunkten so sein, gilt aber nicht generell. Die meisten Patientinnen berichten von einer guten Lebensqualität und sogar über **positive Erfahrungen**, die sie aus der Erkrankung gewinnen konnten. Die Lebensqualität hängt natürlich auch von der Art und dem Stadium der Erkrankung ab.

Wir wollen Sie mit dieser Broschüre so gut wie möglich über **Therapien und mögliche Nebenwirkungen (und Abhilfe!)** Ihrer Erkrankung informieren, Ihnen **Hilfs- und Unterstützungsangebote aufzeigen**, Ängste nehmen und vor allem: Ihnen **MUT** machen.

Lassen Sie sich helfen!

Wir laden Sie ein, sich bei allen Fragen und Ängsten vertrauensvoll an eine der über 60 Krebshilfe-Beratungsstellen in ganz Österreich zu wenden. Die Krebshilfe-Berater:innen stehen Ihnen mit all ihrer Erfahrung einfühlsam und professionell zur Seite. Sie nehmen sich **Zeit**, hören zu und **HELFFEN**. Die Kontaktdaten zu den Krebshilfe-Beratungsstellen finden Sie am Ende der Broschüre und unter www.krebs-hilfe.net/beratung-hilfe/beratungsstellen/infos-zu-den-beratungsstellen/



Facebook-Gruppe „Unterleibskrebs Österreich“

Die Österreichische Krebshilfe und die AGO-Austria haben die geschlossene Gruppe gegründet, um Patientinnen eine Möglichkeit für einen gegenseitigen Austausch zu bieten, um Fragen stellen, sich gegenseitig Mut zusprechen und das alles, ohne die eigene (sofern gewünscht) Anonymität aufzugeben. Es können auch medizinische Fragen gestellt werden, die von der Krebshilfe (Administrator) an



Tipps für das Arztgespräch

Expert:innen der AGO außerhalb der Gruppe weitergeben und beantwortet werden.



Beitrittsanfragen unter

www.facebook.com/groups/2402671456637023

Notieren Sie sich Fragen

Viele Patientinnen berichten, dass sie beim Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin aufgewühlt sind und Fragen, die sie eigentlich haben, vergessen. In der Gesprächssituation vergisst man leicht, was man eigentlich fragen wollte. Nehmen Sie sich bewusst Zeit, alle Fragen, die Ihnen in den Sinn kommen, aufzuschreiben. Keine Frage ist unwichtig. Bringen Sie diese Notizen zu Ihrem nächsten Arztgespräch mit. Eine vorbereitete Liste gibt Ihnen Sicherheit und sorgt dafür, dass Ihre wichtigsten Anliegen nicht untergehen.

Wenn Sie es wünschen, lassen Sie sich von einer/m Angehörigen bei Arztterminen begleiten.

Eine vertraute Person an der Seite zu haben, ist für viele Patientinnen eine große Stütze.

Zweitmeinung

Die Mehrzahl der Ärzt:innen ist bemüht, die Diagnose einfühlsam und verständlich zu vermitteln und Patientinnen ausführlich zu informieren, wird aber leider zwischen Klinikalltag und Idealvorstellung zerrieben. Es fehlt (oft) an Zeit, verständlicher Sprache und manchmal auch an Einfühlungsvermögen. Wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin nicht in für Sie ausreichender Art und Weise auf Ihre Fragen eingeht, dann nützen Sie die Möglichkeit, eine medizinische Zweitmeinung einzuholen oder kontaktieren Sie gerne auch die Österreichische Krebshilfe.

Vorsicht bei „Dr. Google“

Viele Krebspatientinnen suchen im Internet nach Informationen zu ihrer Erkrankung. Doch Vorsicht: Nicht alle Inhalte sind verlässlich, aktuell oder auf Ihre persönliche Situation zugeschnitten. Jede Krebserkrankung verläuft individuell – was für andere gilt, muss nicht auf Sie zutreffen. **Besprechen Sie offene Fragen immer mit Ihrem behandelnden Ärzt:innenteam. Nur dort erhalten Sie fundierte, geprüfte und auf Sie abgestimmte Informationen.**

Bin ich in den besten Händen?

Wer ist der „beste“ Arzt/ die „beste“ Ärztin ...?

Auf der Suche nach „dem besten Arzt/der besten Ärztin“ hören sich viele Patientinnen bei Freundinnen um oder recherchieren im Internet. Aber Laien können in der Regel nicht beurteilen, welche/r Arzt/Ärztin eine „Koryphäe“ ist. Oft ist der Maßstab für die Beurteilung die Empathie der Ärzt:innen oder die „Chemie“ mit dem Arzt/der Ärztin. Ohne Zweifel sind das wichtige Kriterien, um sich in guten Händen zu fühlen. **Im Zentrum muss aber die qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie durch erfahrene und auf Ihre Krebserkrankung spezialisierte Ärzt:innen stehen.**

Zertifizierte gynäkologische Zentren

Die Österreichische Krebshilfe wird oft um Empfehlungen für Ärzt:innen zur Behandlung von Unterleibskrebs gebeten. In vielen Spitälern in Österreich werden Patientinnen mit diesen Erkrankungen behandelt. Ob die benötigte Erfahrung, Zusammenarbeit und Qualitätskontrolle in einem Spital gewährleistet ist, kann

jedoch „von außen“ nicht beurteilt werden. Deshalb empfiehlt die Österreichische Krebshilfe, die Behandlung der gynäkologischen Tumorerkrankung in zertifizierten gynäkologischen Zentren durchführen zu lassen. Eine Auflistung finden Sie auf den Seiten 10 bis 11 und unter:

<https://www.krebshilfe.net/services/spezialzentren-frueherkennung/zertifizierte-gynaekologische-zentren>



Informationen zu Ihrer gynäkologische Krebserkrankung

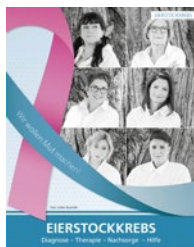
Ab Seite 36 finden Sie Informationen zu Diagnose, Therapie, Nachsorge der folgenden gynäkologischen Krebserkrankungen:

- Eierstockkrebs
- Gebärmutterkörperkrebs
- Gebärmutterhalskrebs
- Schamlippen- und Scheidenkrebs
- Sarkom der Gebärmutter
- Keimzelltumor des Eierstocks
- Keimstrangtumor des Eierstocks
- Tumor des Mutterkuchens

Bitte wählen Sie die Informationen zu der Krebserkrankung, die bei

Therapien & Nebenwirkungen

Ihnen diagnostiziert wurde. Aufgrund der Komplexität der Eierstockkrebskrankung haben die Österreichische Krebshilfe und die AGO-Austria in Ergänzung zu den Informationen in der vorliegenden Broschüre eine eigene Broschüre herausgegeben, die nur dem Thema „Eierstockkrebs“ gewidmet ist.

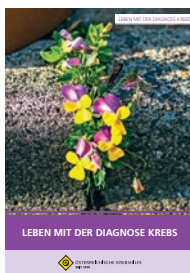


Die Broschüre „Eierstockkrebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich und steht auch als Download zur Verfügung unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/83>

Informationen zu möglichen Nebenwirkungen und Abhilfe

Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin immer rückmelden, wie es Ihnen während der Therapie geht, ob Sie Schmerzen haben oder unter Nebenwirkungen leiden. Informationen zu möglichen Nebenwirkungen Ihrer Therapie finden Sie in dem jeweiligen Kapitel zu Ihrer gynäkologischen

Krebserkrankung. Allgemeine Informationen zu Nebenwirkungen von Krebstherapien und Abhilfemöglichkeiten finden Sie auch in der Broschüre „Leben mit der Diagnose Krebs“.



Die Broschüre „Leben mit der Diagnose Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/6>

Ergänzende Maßnahmen

Es ist verständlich, wenn Patientinnen „aktiv“ einen „zusätzlichen“ Beitrag zu Ihrer Genesung leisten wollen. Dabei ist wichtig, zu unterscheiden, was man unter „komplementären“ (ergänzenden) Maßnahmen versteht und was unter (abzulehnenden) „alternativen Methoden“. Informationen dazu finden Sie in der Krebshilfe-Broschüre „Das ABC der komplementären Maßnahmen“.



Die Broschüre „Das ABC der komplementären Maßnahmen“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich und steht auch als Download zur Verfügung unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/7>



Zertifizierte gynäkologische Zentren

VOR DER OP:

In einem zertifizierten gynäkologischen Zentrum besprechen Radiolog:innen, Gynäkolog:innen/Chirurg:innen, Strahlentherapeut:innen und Patholog:innen in einer Konferenz die beste operative oder medikamentöse Erstbehandlung.

NACH DER OP:

Im onkologischen Konsilium wird von Gynäkolog:innen oder Chirurg:innen gemeinsam mit den internistischen Onkolog:innen, Patholog:innen, Strahlentherapeut:innen, Psychoonkolog:innen und dem speziell ausgebildeten Pflegepersonal die weitere Therapie beraten und eine Empfehlung abgegeben. Aber auch begleitende Maßnahmen wie Rehabilitation, physikalische Medizin, soziale Beratung, Ernährungsberatung, Informationen zu komplementärmedizinischen Verfahren und auch Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder zu den Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe werden angeboten.

Auf der Suche nach „dem besten Arzt/der besten Ärztin“ hören sich viele Patientinnen im Freundeskreis um oder recherchieren im Internet. Oft ist dabei der Maßstab für die Beurteilung 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 gynäkologischen Krebserkrankungen sind die nachgewiesene Erfahrung und die enge Zusammenarbeit eines interprofessionellen Behandlungsteams. Wenn eine solche Zusammenarbeit gewährleistet ist, spricht man von einem „Zentrum“. Besonders wichtiges Kennzeichen eines solchen Zentrums ist zudem, dass eine kontinuierliche Messung der medizinischen Behandlungsqualität erfolgt.

Zertifizierte gynäkologische Zentren in Österreich

Die Österreichische Krebshilfe wird oftmals um Empfehlungen für Ärzt:innen zur Behandlung von gynäkologischen Krebserkrankungen gebeten. In vielen Spitälern in Österreich werden Patientinnen mit diesen Erkrankungen behandelt. Ob die benötigte Er-

fahrung, Zusammenarbeit und Qualitätskontrolle in einem Spital gewährleistet ist, kann jedoch „von außen“ nicht beurteilt werden. Die Österreichische Krebshilfe kann daher nur Empfehlungen für Behandlungszentren mit nachgewiesener Expertise abgeben. **In Österreich gibt es eine Reihe von Spitälern, die gesichert eine international anerkannte Behandlungsqualität aufweisen.** Diese Spitäler unterziehen sich einer jährlichen Begutachtung gemäß den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

Für Patientinnen und ihre behandelnden Ärzt:innen gibt das Zertifikat als Zertifiziertes Gynäkologisches Zentrum die Sicherheit, dass dieses Zentrum seine Behandlung und seine Ergebnisse regelmäßig von externen und unabhängigen Gutachter:innen prüfen lässt und diese Prüfung bestanden hat.

Nachfolgend die Auflistung aller derzeit nach „Doc-Cert“ und „OnkoZert“ zertifizierten gynäkologischen Zentren in Österreich (Stand März 2026). Eine aktuelle Liste finden Sie unter www.krebshilfe.net/services/spezialzentren-frueherkennung/zertifizierte-gynaekologische-zentren



Zertifizierte Zentren für Gynäkologische Krebserkrankungen

WIEN

Gynäkologisches Krebszentrum,
Medizinische Universität, AKH Wien
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
01-40400-29150 (GynOnko),
01-40400-28010 (Senologie)

Zentrum für Gynäkologische Tumore Hietzing,
Wiener Gesundheitsverbund
Wolkersbergenstraße 1, 1130 Wien,
Pavillon 2b – Tiefgeschoß,
Anmeldung: Mo - Fri 08.00 bis 14.45
Tel. +43 1 80 110 2300

KÄRNTEN

Gynäkologisches Krebszentrum am
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
9020 Klagenfurt
Tel. +43 (0) 4 63 / 53 83 96 03

OBERÖSTERREICH

Gynäkologisches Tumorzentrum
Barmherzigen Schwestern Linz
Ordensklinikum Linz
Seilerstätte 4, 4010 Linz
Tel. +43 (0) 732 7677 – 3000

Zentrum für Gynäkologische Tumoren
Wels-Grieskirchen
Grieskirchner Str. 42, 4600 Wels
Tel. +43 7248 601 – 0

Gynäkologisches Tumorzentrum am
Kepler Universitätsklinikum Linz
Krankenhausstraße 26-30, 4020 Linz
Tel. +43 (0)5 7680 84 26815

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
Schlossberg 1, 4910 Ried im Innkreis
Tel. +43 7752 602 - 2500

STEIERMARK

Gynäkologisches Tumorzentrum Leoben
Stmk. Krankenanstaltenges.m.b.H.
Landeskrankenhaus Hochsteiermark
Vordernberger Straße 42, 8700 Leoben
Tel. +43 (3842) 401 - 2382

TIROL

Interdisziplinäres Tumorzentrum
Frauenheilkunde Tirol Kliniken GmbH
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck
Tel. +43 50 504 - 0

VORARLBERG

Gynäkologisch-Onkologisches Zentrum Dornbirn
Affiliierter Partner des Interdisziplinären
Tumorzentrums für Frauenheilkunde
der Tirol Kliniken GmbH
Krankenhaus der Stadt Dornbirn
Lustenauerstraße 4, 6853 Dornbirn
Tel. +54 (5572) 303 2450

Zentrum für Gynäkologische Tumore
Landeskrankenhaus Feldkirch
Vorarlberger Krankenhaus-BetriebsgesmbH
Carinagasse 47, 6800 Feldkirch
Tel. +43 (0)5522 303-4670 oder 2200

Klinische Studien

Die Suche nach neuen Krebstherapien beginnt im Labor. Dort liefern experimentelle Daten Hinweise zum Wirkmechanismus, zur Dosierung und der Verträglichkeit einer neuen Substanz. Erst wenn die Ergebnisse positiv ausgefallen sind, dürfen klinische Studien an Patientinnen durchgeführt werden. Man unterscheidet vier Phasen:

Phase I

In einer Phase-I-Studie stehen Fragen der Sicherheit, Verträglichkeit und Dosierung im Mittelpunkt. Zu diesem Zeitpunkt liegen noch keine Erfahrungen am Menschen vor, aus Sicherheitsgründen sind daher die Teilnehmerzahlen solcher Studien klein. In der Krebsmedizin handelt es sich bei den Teilnehmern in der Regel um Patientinnen mit einer fortgeschrittenen Erkrankung, für die es noch keine wirksame Therapie gibt. Sollte sich zeigen, dass ein neuer Wirkstoff mehr schadet als nutzt, wird die Studie sofort abgebrochen und die Substanzen nicht weiter entwickelt.

Phase II und Phase III

In den darauf folgenden Phasen II und III werden weitere Daten zur optimalen Dosierung, Verträglichkeit und vor allem zur Wirksam-

keit gesammelt. Auf Grundlage dieser Informationen kann die Zulassung erfolgen, sofern das neue Medikament einen Vorteil für die Patientinnen bietet.

Phase IV

Phase IV-Studien überprüfen seltene Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

Vorteile für Patientinnen

Der Vorteil einer Studienteilnahme liegt für Patientinnen im frühzeitigen Zugang zu innovativen Behandlungen oder Verfahren, die noch nicht auf „normalem“ Weg zugänglich sind, Betroffenen aber möglicherweise sehr helfen können.

Risiken für Patientinnen

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

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin über die Möglichkeiten zur Teilnahme an einer klinischen Studie.

Kinderwunsch

Es ist nicht ausgeschlossen, unter Chemotherapie schwanger zu werden, aber Zytostatika können die Eierstöcke schädigen und zu einer Veränderung der Hormonproduktion führen aber auch zur Schädigung des Embryos.

Bitte achten Sie daher auf strikte Empfängnisverhütung!

Wenn Sie einen Kinderwunsch haben, ist es wichtig, mit Ihrem/er behandelnden Arzt/Ärztin VOR Beginn der Behandlung zu sprechen. Es gibt die Möglichkeit, durch Medikamente die Funktionstüchtigkeit der Eierstöcke zu schützen und/oder die Hilfe der Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen.

Kryokonservierung

Ei- und Samenzellen oder auch Gewebe aus einem Eierstock können in flüssigem Stickstoff über längere Zeit eingefroren und gelagert werden. Dadurch kann für junge Krebspatientinnen die Möglichkeit erhalten bleiben, nach der Therapie Kinder zu bekommen. Es gibt jedoch keine Garantie für eine spätere 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 Ovarsyndrom 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 österr. oder EWR-Staatsbürgerschaft oder einer der im Gesetz angeführten Aufenthaltstitel vorliegen.

Weiterführende Informationen inkl. der Kosten und einer Auflistung aller Vertragskrankeanstalten, in denen Kinderwunschbehandlungen unter Kostenbeteiligung des IVF-Fonds durchgeführt werden, finden Sie unter www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Eltern-und-Kind/IVF-Fonds.html

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



„Wir möchten ein Baby“ – Infobroschüre des Gesundheitsministeriums



Auch die Psyche leidet



Die Broschüre „Leben mit der Diagnose Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/6>



Eine Krebserkrankung ist **auch eine enorme psychische Herausforderung und Belastung**. Ihre Lebensqualität hängt daher auch vom psychischen Wohlbefinden (mit Emotionen wie Angst, Depression etc.), von sozialen Beziehungen (Freundschaften, Familie etc.) und der Leistungsfähigkeit im Alltag (Beruf, Freizeit etc.) ab. In der Broschüre „Leben mit der Diagnose Krebs“ gehen wir ausführlich auf diese Ängste, Sorgen und Belastungen ein und wollen mit unseren Informationen und Antworten dazu beitragen, dass Sie sich bestmöglich informiert und aufgehoben fühlen.

„Hochschaubahn“ der Gefühle als natürliche Reaktion

Fast alle Krebspatientinnen erleben Zeiten intensiver Angst, Wut, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit und Mutlosigkeit. Diese Gefühle sind nicht „falsch“, sondern natürliche Reaktionen. **Wenn Sie diese Gefühle empfinden, dann geben Sie ihnen ruhig nach.** Sie haben daraus keine nachteiligen Folgen für Ihren Krankheitsverlauf zu befürchten.

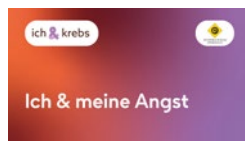
Umgang mit der Angst

„Egal, was ich tue, die Angst ist wie ein Schatten, schnürt mir den Hals zu und nimmt mir jede Lebensfreude ...“

So wie Karin geht es vielen Patientinnen. Manche verdrängen die Angst, lenken sich ab. Andere sprechen darüber, und sagen, dass ihnen das gut tut. Die EINE Methode, mit der Angst umzugehen, gibt es nicht. Egal, welche Methode Sie für SICH wählen, wir begleiten Sie gerne und entwickeln gemeinsam Strategien, damit die Angst beherrschbarer und erträglicher wird.

Webcast „Ich & meine Angst“

„Ich & meine Angst“ thematisiert die Ängste, mit denen sich Krebspatientinnen und Angehörige konfrontiert sehen und behandelt auch das Erkennen und den Umgang mit Depressionen.



www.youtube.com/watch?v=nUDnz9IuXEI

Vom „positiv denken“ und „kämpfen“

Muss ich „positiv denken“?

(Zu) Viele Patientinnen bekommen die verschiedensten Ratschläge aus ihrem Umfeld – oft ungebeten und ohne Kenntnis der Lage. Nicht selten sind es auch (gut gemeinte aber wenig hilfreiche) Phrasen wie „*Du darfst dich nicht unterkriegen lassen*“, „*Du musst positiv denken*“ oder vermeintliche Komplimente über das Aussehen „*Du schaust aber eh gut aus...*“.

Die allermeisten Patientinnen reagieren darauf (zurecht) mit Unverständnis und Verärgerung. Wenn es Ihnen auch so ergeht, sprechen Sie aktiv an, dass der „Rat“ sicherlich gut gemeint ist, aber angesichts Ihrer Situation „positives Denken“ erstens nicht immer möglich ist, zweitens Sie das Recht haben, die krankheitsbeingte Hochschaubahn an Gefühlen „auszuleben“ und drittens, es keinerlei Hinweise darauf gibt, dass „positives Denken“ die Heilung begünstigt oder ein Wiederauftreten (*Rezidiv*) bzw. ein Fortschreiten (*Progress*) der Erkrankung verhindert.

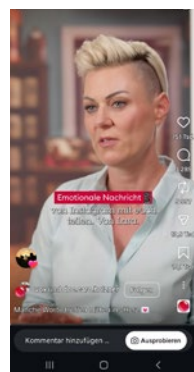
Die Mär vom „Kämpfen“

Leider wird sowohl von Medien als auch von Angehörigen (zu) oft die kriegerische Metapher „Kampf“ verwendet („*Kampf gegen Krebs*“, „*Du musst kämpfen*“, „*Er/Sie hat den Kampf gegen Krebs verloren*“). Dies erweckt (fälschlicherweise) den Eindruck, als hätte man es „selbst in der Hand“, wie die Krankheit verläuft bzw. hätte man „versagt“, wenn die Krankheit fortschreitet.

Warum man gegen Krebs nicht verlieren kann.

Im Herbst 2025 verlas die bekannte Journalistin Dr. Carola Holzner (*Doc Caro*) über Instagram einen berührenden Brief einer befreundeten Krankenschwester, die an Krebs erkrankt ist. **In dieser emotionalen Nachricht zeigt die Erkrankte auf, was es bedeutet, ein „Du musst kämpfen“ gesagt zu bekommen.**

Hier geht es zum Video www.instagram.com/reels/DRnAEaPDNx5/



Kommunikation mit Angehörigen

Familie, Freunde, Bekannte

Angehörige gehen sehr unterschiedlich mit der Situation eines erkrankten nahestehenden Menschen um. **Manche wachsen über sich hinaus:** Sie übernehmen Verantwortung, organisieren den Alltag, spenden Trost und sind eine verlässliche Stütze im gesamten Behandlungsprozess. Ihr Engagement kann eine entscheidende Ressource speziell in der herausfordernden Zeit sein.

TIPP:

Wenn Sie sich eine bestimmte Form der Kommunikation mit Ihren Angehörigen wünschen bzw. Sie das Gefühl haben, Ihrer Angehörigen/Ihrem Angehörigen würden Unterstützungsangebote gut tun, verweisen Sie bitte jederzeit gerne auf die Krebshilfe-Broschüre bzw. die Online-Angebote!

Andere Angehörige wirken hingegen distanziert, ziehen sich zurück oder setzen andere Prioritäten im Alltag. Dieses Verhalten kann für Patientinnen schwer nachvollziehbar sein, hat jedoch oft vielfältige Hintergründe – etwa Überforderung, Unsicherheit oder eigene Ängste und Belastungen.

In der Beziehung zwischen Patientin und Angehörigen ist daher die Kommunikation wichtig über die jeweiligen Erwartungen, Wünsche und eigene Grenzen.

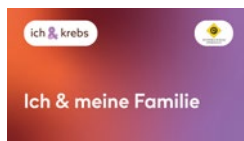
Als Ergänzung zu der Broschüre „Angehörige & Krebs“ bietet die Krebshilfe speziell für Angehörige Antworten auf viele Fragen in der 8-teiligen-Online-Serie und im Webcast!



Die Broschüre „Angehörige und Krebs“ ist kostenlos bei der Österreichischen Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere15>



8-teilige-Online-Serie für „Angehörige“ (von der Hochschaubahn an eigenen Gefühlen bis zur Kommunikation mit dem/der Betroffenen, den Kindern, Selbstfürsorge usw.). https://www.youtube.com/playlist?list=PLfyAVowwGqXFhJDKN7BXzL_a-YIENRKe

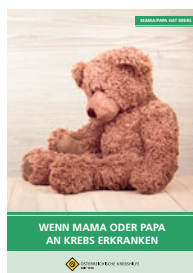


Webcast „Ich & meine Familie“ bietet viele wertvolle Infos und Tipps <https://youtu.be/WUEYzhYA-E?si=OiuArYIXQbFHOPqg>

Umgang mit Kindern / Partnern

Soll ich meinem Kind sagen, dass ich Krebs habe?

Alle Mütter oder Väter, die an Krebs erkrankt sind, stellen sich dieselbe Frage: Soll ich meinem Kind sagen, dass ich an Krebs erkrankt bin? **Grundsätzlich ja.** Kinder wissen früher oder später auch ohne direkte Information, dass in ihrer Familie etwas Wichtiges nicht stimmt, etwa durch kleine Veränderungen im Alltag, Tränen der Eltern, Telefonate oder Gespräche hinter verschlossenen Türen u. v. m. All das macht Angst! Angst, die umso bedrohlicher wirkt, je weniger man weiß, wovor man sich eigentlich fürchtet.



Die Broschüre „Mama/Papa hat Krebs“ ist kostenlos bei der Österreichischen Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/56

Zärtlichkeit & Sexualität

Bei vielen Paaren „mischt“ sich die Erkrankung wie ein „Dritter“ in die bestehende Beziehung ein. Das Sexualleben kann durch die Erkrankung und deren Folgen an Bedeutung verlieren. Sprechen Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin darüber, um Missverständnisse und ungewollte Kränkungen zu vermeiden. Wenn es Ihnen schwerfällt, dann scheuen Sie sich nicht, Hilfe von fachkundigen Berater:innen in Anspruch zu nehmen. Informationen zu diesem leider immer noch oft tabuisiertem Thema finden Sie in der Krebshilfe-Broschüre „Sexualität und Krebs“ und im Podcast.



In dem Podcast „Sexualität und Krebs“ sprechen die Sexualtherapeutin Nicole SILLER und Krebshilfe-Geschäftsführerin Doris KIEFHABER über das Tabu, das keines sein sollte. <https://tinyurl.com/2s4y886c>



Die Broschüre „Sexualität und Krebs“ ist kostenlos bei der Österreichischen Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/9>



Ernährung & Bewegung



Die Broschüre „Ernährung bei Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich und steht auch als Download zur Verfügung unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/3>



Ernährung bei Krebs

Insbesondere bei Krebs tauchen immer wieder verschiedenste Ernährungstheorien auf.

Als Grundprinzip gilt: **KEINE einseitige Ernährung, keine Diäten, kein Fasten!** Es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass man mit einer speziellen Ernährungsform einen Rückfall oder ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern kann.

Neue Leitlinie (!)

Im Jänner 2026 wurde eine aktualisierte S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Onkologie“ veröffentlicht: **Sogenannte Krebsdiäten und Fastenprogramme sind nicht geeignet**, betonen die an der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften. Studien zeigen keinen Nutzen, aber ein hohes Risiko für Mangelernährung – was bei Krebspatientinnen zum Tod führen kann. Informationen zu den neuen Leitlinien finden Sie unter:

<https://www.krebsgesellschaft.de/pressemitteilungen/s3-leitlinie-onkologische-ernaehrungsmedizin-aktualisiert-keine-empfehlungen-fuer-krebsdiäten-2>

Informationen zu Ernährung bei Krebs finden Sie auch in der Broschüre „Ernährung bei Krebs“.

Bewegung bei Krebs

Es gibt Studien, die belegen, dass Bewegung und Sport bei Krebserkrankungen die Immunabwehr stärken; ob dies auch einen Einfluss auf die Rückfallhäufigkeit hat, ist jedoch nicht erwiesen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin, wenn Sie das Bedürfnis nach mehr Bewegung haben. Er/Sie kann aufgrund Ihrer individuellen Situation und der Einschränkungen, die während Ihrer Therapie beachtet werden müssen, entscheiden, wie viel und welche Bewegung für Sie richtig ist. Lesen Sie mehr dazu in der Broschüre „Bewegung bei Krebs“.



Die Broschüre „Bewegung bei Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich und steht auch als Download zur Verfügung unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/13>

Onkologische Rehabilitation

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

Warum ist onkologische Rehabilitation so wichtig?

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, meist mitten in der Natur, mit einer Vielfalt an körperlichen und psychischen Therapiemöglichkeiten zu verbringen und von den mühevollen Zeiten der Behandlungen abschalten zu können, ist ein meist äußerst wirkungsvoller Therapieeffekt (Tapetenwechsel!).

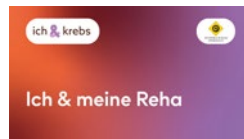
Die onkologische Rehabilitation kann auch ambulant erfolgen.

Das Ziel ist, notwendige und sinnvolle Therapien ohne stationären Aufenthalt möglichst gut der aktuellen Lebenssituation der Patientin 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. Auf der gegenüberliegenden Seite finden Sie eine Übersicht über stationäre und ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten in Österreich.

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 in der Regel nicht sofort nach dem Krankenhausaufenthalt mit der Reha beginnen kann. Während einer Rehabilitation bleibt man in der Regel weiter im Krankenstand.



Im Webcast „Ich & meine Reha“ finden Sie Informationen über die Bedeutung der onkologischen Rehabilitation.

www.youtube.com/watch?v=sTEoRAOiwBM&t=6s

Eine Auflistung aller onkologischen Rehabilitationszentren in Österreich finden Sie auf der nächsten Seite!

Onkologische Rehabilitationszentren in Österreich*

• Stationäre Onkologische Rehabilitation:

- Lebens.Med Zentrum Bad Erlach, 2822 Bad Erlach
- Rehabilitationszentrum Bad Schallerbach, 4701 Bad Schallerbach
- REHA Zentrum Münster, 6232 Münster/Tirol
- Onkologische Rehabilitation St. Veit, 5621 St. Veit im Pongau
- Onkologische Reha-Klinik „Der Sonnenberghof“, 7202 Bad Sauerbrunn
- Therapiezentrum Rosalienhof, 7431 Bad Tatzmannsdorf
- Klinikum Bad Gleichenberg, 8344 Bad Gleichenberg
- Humanomed Zentrum Althofen, 9330 Althofen

• Ambulante onkologische Rehabilitation:

- Therme Wien, 1100 Wien
- Reha.ambulant Wien-Meidling (Vinzenz Ambulatorium), 1120 Wien
- Rehaklinik Wien, Baumgarten, 1140 Wien
- Ambulante Rehabilitation Pirawarth, Klinik Pirawarth in 1210 Wien
- Ambulantes Rehabilitationszentrum Wiener Neustadt, 2700 Wr. Neustadt
- Lebens.Med Zentrum St. Pölten, 3100 St. Pölten
- Reha.ambulant Linz (Vinzenz Ambulatorium), 4010 Linz
- Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern, 4010 Linz
- Reha.ambulant Ried i. Innkreis (Vinzenz Ambulatorium), 4910 Ried
- Ambulantes Rehazentrum Eisenstadt, 7000 Eisenstadt
- Ambulante Reha, Privatklinik Maria Hilf, Humanomed, 9020 Klagenfurt
- Ambulantes Rehabilitationszentrum OptimaMed, 9020 Klagenfurt
- VAMED Ambulantes Rehazentrum Innsbruck, 6020 Innsbruck
- VAMED Ambulantes Rehazentrum Wörgl, 6300 Wörgl
- REHA Zentrum Salzburg, 5020 Salzburg
- Reha Leibnitz, 8430 Neutillmitsch
- Reha Wels - Zentrum für ambulante medizinische Rehabilitation, 4600 Wels
- Pro Kompetenzzentrum für Gesundheit, 8020 Graz
- aresa Ambulante Rehaklinik Salzburg West, 5073 Wals-Himmelreich

• Spezialisierte Rehakliniken bei Lymphödemen

- Wittlinger Therapiezentrum, 6344 Walchsee
- aks reha+, 6900 Bregenz
- Zentrum für Lymphologie - Landeskrankenhaus Wolfsberg, 9400 Wolfsberg

* Stand März 2026.
Auf www.krebshilfe.net
finden Sie immer eine
aktuelle Übersicht über
stationäre und ambulante
Rehabilitationsmöglich-
keiten in Österreich.

Krebs und Beruf

Viele Krebspatientinnen stehen vor der Frage, ob sie während der Erkrankung weiterarbeiten sollen. Manche nehmen sich fest vor, im Beruf zu bleiben – und merken früher oder später, dass sie sich körperlich oder psychisch überfordern. Andere arbeiten aus Angst vor Kündigung oder finanziellen Sorgen weiter, fühlen sich aber von Anfang an überfordert. Wieder andere entscheiden sich bewusst dafür, im Job zu bleiben, um Struktur und soziale Kontakte aufrechtzuerhalten.

So unterschiedlich diese Situationen sind: Es gibt keine pauschal richtige Entscheidung. Wichtig ist, die eigene Belastbarkeit realistisch einzuschätzen und gut informiert zu sein.

Die Österreichische Krebshilfe unterstützt Sie dabei, gemeinsam mit Ihren behandelnden Ärzt:innen abzuwägen, ob ein Weiterarbeiten für SIE ratsam ist. Sie informiert Sie umfassend über Ihre Rechte und Pflichten als Dienstnehmerin – etwa zu Kündigungsschutz, Behindertenstatus bis hin zu Wiedereingliederungsteilzeit, Berufsunfähigkeit, RehaGeld, steuerlichen Vorteilen uvm. So können Sie eine Entscheidung treffen, die zu Ihrer persönlichen Situation passt.

Weiterführende wertvolle Informationen finden Sie in der Broschüre „Krebs und Beruf“ und der gleichnamigen 6-teiligen Webcast-Serie.



Die Broschüre „Krebs und Beruf“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/33>



Folgen Sie diesem Link oder dem QR-Code und Sie kommen direkt zur 6-teiligen Webcast-Serie <https://www.youtube.com/playlist?list=PLfyAVowwGqU3EflBN6zaPrsGJDJGFixb>



Wir nehmen uns Zeit.



Mag.^a Katharina
GRUBER

Sprecherin der
Krebshilfe Berater:innen

Die Diagnose Krebs ist für Betroffene und Bezugspersonen ein Schock. Das Leben verändert sich auf einen Schlag in vielen Bereichen. Neben der körperlichen Belastung durch die umfangreichen Behandlungen bedeutet eine Krebserkrankung oft auch eine große Belastungsprobe für die Psyche. Unsicherheit, Hilflosigkeit und vor allem Angst sind besonders in der ersten Zeit die vorherrschenden Gefühle. Darum ist es wichtig, dass Patientinnen und ihre Angehörigen Unterstützung von ihrem familiären und sozialen Umfeld sowie einem professionellen Team bestehend aus Ärzt:innen, Pflegenden, Psychoonkolog:innen >>

*„Was bedeutet die Diagnose?“
„Werde ich wieder gesund?“
„Oder muss ich sterben?“*

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. Es ist nur zu verständlich, dass Unsicherheit, Hilflosigkeit und vor allem Angst die vorherrschende Gefühle sind. Daher ist es so wichtig, ab diesem Zeitpunkt ein **„Netz zu spannen“**, **in dem sich Patientinnen UND ANGEHÖRIGE gehalten und getragen fühlen**. Dieses tragfähige Netz setzt sich zusammen aus Familie, Freund:innen/Bekanntem, Arbeitskolleg:innen, sowie einem professionellen Betreuungsteam bestehend aus Ärzt:innen, Pflegenden, Psychoonkolog:innen und anderen Expert:innen.

Hilfe unter einem Dach

Die Krebshilfe bietet diese wertvolle Vernetzung an. Patientinnen UND ANGEHÖRIGE erhalten **medizinische, psychoonkologische, ernährungstherapeutische und sozialrechtliche Hilfestellungen, d. h. rasche,**

unkomplizierte und kostenlose „Hilfe unter einem Dach“.

„Die Diagnose war ein Schock. Von einem Tag auf den anderen schienen sich all meine Träume und Pläne in Luft aufzulösen. Seither habe ich ständig Angst – Angst, um mein Leben und dass ich meine Kinder nicht aufwachsen sehe. Diese omnipräsente Angst nimmt mir jede Lebensfreude.“ – Marion

So wie Marion geht es vielen Patientinnen. Der Umgang mit der Angst ist eines der schwierigsten Themen und gerade dafür ist es wichtig, sich externe Hilfe und Unterstützung zu holen.

Wann ist es höchste Zeit, Hilfe anzunehmen?

Wir appellieren an Sie, so früh wie möglich (am besten gleich nachdem Sie die Diagnose erhalten haben) ein Erstgespräch mit uns zu vereinbaren. **Denn es ist sehr wahrscheinlich, dass Sie im Laufe der Zeit viele Fragen haben und an Ihre Belastungsgrenze stoßen.** Vielleicht sind es Fragen zum Beruf, finanzielle Sorgen, Fragen zum Umgang mit Ihrem Kind/Ihren Kindern. Oder Sie

Hören zu. Und helfen.

werden die quälenden Gedanken und die stets präsente Angst nicht los. Dann ist es hoch an der Zeit und sinnvoll, professionelle Hilfe anzunehmen.

Bei UNS Krebshilfe-Berater:innen müssen Sie nicht stark sein!

Wir Krebshilfe-Expert:innen aus verschiedenen Fachbereichen, z.B. der Medizin, Ernährungswissenschaft, Psychoonkologie und Sozialarbeit, bieten Beratung und Hilfe an und begleiten Sie kompetent und einfühlsam auf Ihrem Weg. Sie können in einem Klima der Achtung und Wertschätzung offen über Ihre schlimmsten Befürchtungen, Ängste und innere Not sprechen.

In den Krebshilfe-Beratungsstellen gibt es diese Hilfe – für Patientinnen und Angehörige. Die Krebshilfe-Berater:innen nehmen sich Zeit, hören zu und helfen.

Im ausführlichen **Erstgespräch** wird Ihre individuelle Situation besprochen. Sie werden spüren, dass sich vieles sehr rasch verbessert, z. B. die Kommunikation in der Familie.

Finanzielle Soforthilfe

Immer öfter kommen Patientinnen durch die Krebserkrankung auch in finanzielle Schwierigkeiten. Zweckgewidmete Spenden geben der Krebshilfe die Möglichkeit, rasch und unbürokratisch zu helfen (siehe nächste Seite).



„**Sie sind nicht allein.** – Doris KIEFHABER präsentiert im Gespräch mit Dr. ⁱⁿ Tanja SCHNEIDER das breite Hilfs- und Unterstützungsangebot der Österreichischen Krebshilfe.

Hier gehts zum Podcast:
<https://open.spotify.com/episode/OrTzK8pE9RIOj-sKRJo82hb>



>> und eventuell weiteren Expert:innen bekommen.

Im Umgang mit der Erkrankung gibt es leider kein Patentrezept, es gibt jedoch viele Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung. Achten Sie auf Ihre individuellen Bedürfnisse, Vorstellungen und Wünsche. Vielfach ist der Wunsch nach Information vorherrschend. Richtige Informationen können Unsicherheiten und Ängste maßgeblich verringern. Denn nichts löst mehr Ängste aus als unsere eigene Fantasie. Die Österreichische Krebshilfe bietet Patientinnen und ihren Familien rasche, unkomplizierte und kostenlose Hilfe an. In allen Belangen rund um die Krebserkrankung können Sie sich an uns wenden. Sie erhalten Beratung und Information zu psychologischen, ernährungstherapeutischen, sozialrechtlichen und medizinischen Fragen.

Aus Liebe zum Leben.

Finanzielle Hilfe



Doris Kiefhaber und Mag.ª 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 Patientinnen und Angehörige bedeutet, durch die Krebserkrankung auch in finanzielle Not zu geraten. Danke allen Privatpersonen und Unternehmen, die soziale Verantwortung zeigen und uns unterstützen.

Der Krebshilfe-Soforthilfe-Fonds wurde geschaffen, weil eine zunehmend schwierige finanzielle Situation für viele Patientinnen und Angehörige entstand.

Viele verlieren unverschuldet den Arbeitsplatz oder können die zusätzlichen durch die Erkrankung entstehenden Kosten (z. B. Rezeptgebühren, Selbstbehalte für Perücken oder Spitalsaufenthalt, u. v. m.) nicht finanzieren.

Aufgrund zweckgewidmeter Spenden von Privatpersonen und Firmen ist die Krebshilfe in der Lage, neben kompetenter und einfühlsamer Beratung auch **finanzielle Unterstützung für Krebspatientinnen anzubieten, die durch die Krebserkrankung in finanzielle Not geraten sind.**

Jährlich investiert die Österreichische Krebshilfe rund 2 Mio. Euro für die Beratung und finanzielle Soforthilfe.

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/einem Krebshilfe-Berater:in 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.

Die Überprüfung der Unterlagen erfolgt sowohl medizinisch als auch sozialrechtlich im „8-Augen-Prinzip“ innerhalb kürzest möglicher Zeit, in der Regel innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt des Antrages und der Unterlagen. Die Antragstellerin erteilt das Einverständnis, dass die vorgelegten Unterlagen

durch die Krebshilfe überprüft werden dürfen.

Die Krebshilfe verpflichtet sich, sämtliche Daten gem. EU-Datenschutz-Grundverordnung sowie gemäß Österreichischem Datenschutzgesetz zu behandeln.

BEISPIEL DER SOFORTHILFE

Eva, 47 Jahre (Name von Krebshilfe geändert), geschieden und Mutter einer 15-jährigen Tochter. Im Sommer 2025 bemerkte Eva Zwischenblutungen, häufigen Durchfall und Müdigkeit. Sie kontaktierte Ihre Gynäkologin und vereinbarte einen Termin. Leider wurde Eierstockkrebs diagnostiziert, der auch schon gestreut hatte. Eva konnte es nicht glauben. Der Schock saß tief. Die Ärztin besprach mit Eva die nächsten Schritte, dass ihr Fall im Tumorboard besprochen wird und sie dann Bescheid bekommt hinsichtlich der empfohlenen Therapie. Die nächsten Tage des Wartens waren für Eva eine Qual und sie suchte im Internet nach Informationen zu Eierstockkrebs. Was sie dort fand, verunsicherte und verängstigte sie noch mehr. Sie stieß dabei aber auch auf die Österreichische Krebshilfe und vereinbarte einen Beratungstermin. Seit Sommer 2025 ist Eva bei der Krebshilfe in regelmäßiger Betreuung. Da sie auch durch die Erkrankung unverschuldet in finanzielle Probleme geriet, erhielt Eva seither € 1.750,- für einen Teil der Einkommenseinbußen, krankheitsbezogene Kosten und den Selbstbehalt für mehrere Spitalsaufenthalte.



Für die Österreichische Krebshilfe ist der sorgsame Umgang mit Spenden selbstverständlich. Dass dem so ist, wird jedes Jahr von unabhängigen Rechnungsprüfer:innen und Prüfer:innen gem. Österreichischem Spendengütesiegel geprüft und bestätigt.

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“

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.

DNS =
Desoxyribonukleinsäure

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

Heute ist Krebs ein globales Problem. Weltweit sind laut der International Agency for Research on Cancer im Jahr 2022 rund 20 Millionen Neuerkrankungen aufgetreten. Der Kampf gegen diese Erkrankung geht uns alle an.

2022 erkrankten weltweit
rund 20 Millionen Menschen
an Krebs.*

* Quelle: Internat.
Agency for Research on
Cancer

ENTSTEHUNG VON KREBS

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.

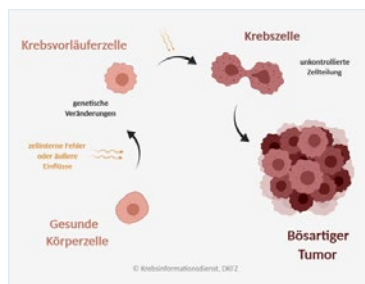


Foto: Deutscher Krebsinformationsdienst

So entstehen Zellen mit genetischen Schäden – also Mutationen, die dann bei Zellteilung an Tochterzellen weitergegeben werden. Diese Veränderungen bewirken eine Über-Aktivierung von Krebsgenen, den so genannten Onkogenen. Die Folge ist unkontrolliertes und gesteigertes Wachstum. Ebenso kann ein Abschalten von Kontrollgenen, also eine Inaktivierung von *Suppressor-Genen*, zu diesem ungebremsten Zellwachstum und der Vermehrung von entarteten Zellen beitragen.

Es gibt Hinweise, dass Krebs von einem Ursprungszellstamm – also 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 Alte-

rung 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 nationalen und internationalen Krebsforschung, die Anwendung von modernsten Diagnosemöglichkeiten und Therapien haben in den letzten Jahren zu einer wesentlichen Verbesserung der Heilungsraten und Verlängerung der Überlebenszeiten bei Krebs geführt.

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



Im „Österreichischen Krebsreport“ finden Sie eine Gesamtschau über die Versorgung von Krebspatient:innen in Österreich. Infos und Download unter www.krebsreport.at

„Warum ich...?“



Assoc.-Prof.in Priv.-Doz.in Dr. Veronika SEEBACHER-SHARIAT
Vorstandsmitglied der AGO, Abteilung für allg. Gynäkologie und gyn. Onkologie, Medizinische Universität Wien

Viele Patientinnen stehen nach der Diagnose Krebs verständlicherweise unter Schock und sind oft mit einer Vielzahl von Fragen konfrontiert. Häufig suchen sie nach einem „Grund“ oder einer Erklärung für ihre Erkrankung. Fragen wie **„Warum ich?“** oder **„Habe ich meine Krebserkrankung selbst verursacht?“** sind weit verbreitet und führen viele Patientinnen dazu, sich an die Krebshilfe zu wenden.

Es ist wichtig zu verstehen, dass gynäkologische Krebserkrankungen durch eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst werden können.

Risikofaktoren können genetische, hormonelle und Lebensstil-bedingte Einflüsse umfassen. Während einige Risikofaktoren nicht beeinflussbar sind, wie das Alter oder genetische Veranlagungen, gibt es andere, die durch Änderungen des Lebensstils, Impfungen oder durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen gemildert werden können.

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Risikofaktoren näher beleuchtet, um Patientinnen und ihren Angehörigen wertvolle Informationen an die Hand zu geben.

Risikofaktor ALTER

Das Risiko, an gynäkologischen Krebserkrankungen zu erkranken, steigt mit dem Alter. Die meisten Diagnosen werden bei Frauen über 50 Jahren gestellt. Dies liegt daran, dass sich Krebserkrankungen häufig über Jahre entwickeln und hormonelle Veränderungen im Körper (z.B. *Menopause*) das Risiko beeinflussen können.

Risikofaktor GENETIK

In einigen Familien besteht eine Häufung an verschiedener Krebserkrankungen. Insgesamt sind solche Veränderungen des menschlichen Erbgutes (Keimbahn) selten und bedingen nur etwa 5 % aller Krebserkrankungen.

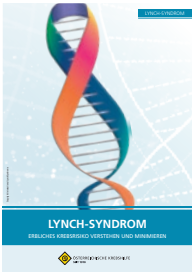
Ein bekanntes Beispiel ist das **BRCA1- und BRCA2-Gen**, das bei Vorliegen einer Mutation mit einem erhöhten Risiko für Brust- und Eierstockkrebs einhergeht.

Ein weiteres wichtiges genetisches Syndrom, das in Verbindung mit gynäkologischen Krebserkrankungen steht, ist das **Lynch-Syndrom** (auch bekannt als *hereditäres nicht-polypöses kolorektales Karzinom*,

BRCA =
BReast **CA**ncer **G**en =
Brustkrebsgen

Vererbbarkeit von Krebs

HNPCC). Frauen mit Lynch-Syndrom haben ein erhöhtes Risiko, an Gebärmutterkrebs, Eierstockkrebs, Darmkrebs und anderen Krebsarten zu erkranken. Es wird geschätzt, dass bis zu 60% der Frauen mit Lynch-Syndrom im Laufe ihres Lebens an Gebärmutterkrebs erkranken.



Die Broschüre „Lynch-Syndrom“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/78>

Wenn Sie an Eierstockkrebs oder Brustkrebs erkrankt sind

Wenn Sie an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt sind, so fragen Sie sich vielleicht, ob Ihre Krebserkrankung durch genetische Veränderungen bedingt ist, und ob Ihre Kinder, Ihre Geschwister oder andere Familienmitglieder ebenfalls gefährdet sind. **Bei Brust-, Eierstock-, und Gebärmutter-**

krebspatientinnen kann es aus zwei Gründen wichtig sein, eine genetische Mutation zu kennen:

Es kann für Sie, als Patientin, für die Therapieentscheidung von Bedeutung sein UND auch für nahe Verwandte eine wichtige Information darstellen, um im Falle einer genetischen Mutation eine entsprechende Beratung einzuholen.

Vielfach werden Veränderungen von Risikogenen schon routinemäßig in Tumorgewebe untersucht und können einen Hinweis geben für eine Veränderung in der Keimbahn (dem Erbgut). Um eine geerbte und auch vererbare Genveränderung nachzuweisen, muss jedoch eine Keimbahnuntersuchung durch eine **Blutabnahme** erfolgen. So einer Keimbahnuntersuchung muss eine **genetische Beratung** vorausgehen. Das Ergebnis der Untersuchung wird Ihnen im Rahmen eines umfassenden Beratungsgespräches mitgeteilt.

Möchten Angehörige von Krebs-erkrankten eine genetische Testung durchführen, so wird diese aktuell in Österreich von der Krankenkasse dann bezahlt, wenn entweder schon eine Mutation in einer Familie diagnostiziert wurde

* Bei einer prädiktiven genetischen Beratung wird mit Ihnen ein familiäres Risiko besprochen. In der Regel ist der Ratsuchende selbst gesund und ein naher Familienangehöriger ist an einer genetischen Erkrankung erkrankt (z.B. familiärer Brustkrebs/Eierstockkrebs) oder dies wird vermutet.

Kriterien für eine prädiktive* genetische Testung Brustkrebs/Eierstockkrebs

- Brustkrebs bei einem männlichen Verwandten unabhängig vom Verwandtschaftsgrad
- 1 Brustkrebsfall im Alter unter 35 Jahre ODER in Kombination mit 1 Eierstockkrebsfall
- 2 Brustkrebsfälle, aber einer im Alter unter 50 Jahre
- 3 Brustkrebsfälle im Alter unter 60 Jahre
- 2 Eierstockkrebsfälle unabhängig vom Verwandtschaftsgrad

oder eine spezielle Häufung von Krebserkrankungen in der Familie auftritt (siehe Tabelle).

Nach umfassender Beratung kann sich die Frau – so sie die Kriterien einer genetischen Testung erfüllt – entscheiden, ob sie eine genetische Testung durchführen lassen möchte. Betroffenen einer nachgewiesenen Mutation kann je nach Art der Mutation ein spezielles Vorsorge- / Früherkennungsprogramm angeboten werden. In Abhängigkeit des Alters, der Familienplanung und der individuellen Wünsche können auch Operationen zur prophylaktischen Entfernung der Brustdrüsen, der Eierstöcke / Eileiter und / oder der Gebärmutter angeboten werden. Die Grundlage zu dieser Entscheidung bedarf allerdings einer intensiven Beratung durch

ausgebildete Fachärzt:innen und Psycholog:innen.

Wo kann ich mich beraten lassen?

Eine Liste aller rd. 100 österreichweiten Beratungsstellen sowie weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie unter:



www.brustgenberatung.at/beratungsstellen/beratungsstellen

Informationen zur Krebsvorsorge und -früherkennung für Frauen inkl. weiterführende Details zur genetischen Beratung & Testung uvm. finden Sie in der Krebshilfe-Broschüre „Aus Liebe zum Leben“. Krebsvorsorge für Frauen.



Die Broschüre „Aus Liebe zum Leben“ ist erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland und als Download unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere108>



Infektionen können Krebs auslösen

Risikofaktor INFEKTIONEN

Infektionen mit bestimmten Viren, Bakterien und Parasiten (Humane Papillomaviren, Helicobacter pylori, Hepatitis-B und -C-Viren) sind die häufigsten Ursachen von Krebs weltweit*. Im Vordergrund stehen hier **Infektionen durch Humane Papillomaviren (HPV)**. Einige sind an der Entstehung von Krebserkrankungen beteiligt.

Die humane Papillomavirus (HPV)-Infektion ist eine der häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen weltweit. In Österreich sind geschätzt etwa 70–80 % der sexuell aktiven Bevölkerung im Laufe ihres Lebens mit HPV infiziert. Während die meisten HPV-Infektionen asymptomatisch verlaufen und von selbst abheilen, können bestimmte Hochrisiko-Typen von HPV zu ernsthaften Erkrankungen führen, einschließlich Gebärmutterhalskrebs, Krebs der Schamlippen, der Scheide und des Anus, Rachenkrebs und Peniskrebs.

HPV-Impfung gegen 6 Krebsarten

Seit 2006/2007 gibt es eine Impfung gegen HPV. Sie ist erwiesen wirksam gegen Krebsvorstufen und sechs Krebsarten. Die Impfung

wird Mädchen und Buben ab dem 9. Geburtstag empfohlen und ist für beide Geschlechter bis zum 21. Geburtstag kostenfrei.

Informationen zur HPV-Impfung finden Sie in der Krebshilfe-Broschüre „HPV-Impfung gegen Krebs“.



Die Broschüre „HPV-Impfung gegen Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/80>

* „Lancet Oncology“, Juni 2012

Frauen, die eine Gebärmutterhalskrebs-Vorstufe (Konisation) hatten, profitieren von einer HPV-Impfung. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin!

Hormone / Lebensstil

Risikofaktor HORMONE/PILLE

Hormonelle Faktoren sind entscheidend für die Gesundheit von Frauen und können das Risiko für gynäkologische Krebserkrankungen beeinflussen.

Die Einnahme von hormonellen Verhütungsmitteln, wie der Antibabypille, ist mit einem verringerten Risiko für Eierstock- und Gebärmutterkrebs verbunden. Allerdings kann eine langfristige Anwendung von Hormonersatztherapien (HRT) möglicherweise das Risiko für Brustkrebs steigern, insbesondere bei Frauen, die eine kombinierte Hormontherapie erhalten.

Risikofaktor LEBENSSTIL

Lebensstilfaktoren können das Risiko erhöhen, an Krebs zu erkranken. Ein gesundheitsbewusster Lebensstil kann helfen, die Risiken zu minimieren.

1. Rauchen

Rauchen ist ein bekannter Risikofaktor für viele Krebsarten, einschließlich Gebärmutterhalskrebs. Studien zeigen, dass Frauen, die rauchen, ein signifikant höheres Risiko haben, an gynäkologischen Krebserkrankungen zu erkranken. Die chemischen Substanzen im Tabak können das Zellwachstum beeinträchtigen und zu Krebserkrankungen führen. Das Aufgeben des Rauchens kann die Gesundheit erheblich verbessern und das Risiko für Krebs verringern.

2. Übergewicht und Adipositas

Ein höheres Körpergewicht, insbesondere nach der Menopause, ist mit einem erhöhten Risiko für Gebärmutterkrebs verbunden. Übergewicht kann hormonelle Ungleichgewichte verursachen, die das Krebsrisiko erhöhen. Eine

ausgewogene Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität sind entscheidend, um ein gesundes Gewicht zu halten und das Risiko zu reduzieren.

3. Mangelnde körperliche Aktivität

Regelmäßige Bewegung hat zahlreiche gesundheitliche Vorteile, einschließlich der Senkung des Krebsrisikos. Studien zeigen, dass Frauen, die körperlich aktiv sind, ein geringeres Risiko für gynäkologische Krebserkrankungen haben. Empfohlen werden mindestens 150 Minuten moderate Bewegung pro Woche, wie z.B. zügiges Gehen, Radfahren oder Schwimmen.



Die Broschüre „Nichtrauchen“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich und steht auch als Download zur Verfügung unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/103>



Die Broschüre „Bleiben Sie in Bewegung“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich und steht auch als Download zur Verfügung unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/82>

Äußere Geschlechtsorgane



Assoc.-Prof.in Priv.-Doz.in Dr. Veronika SEEBACHER-SHARIAT
Vorstandsmitglied der AGO, Abteilung für allg. Gynäkologie und gyn. Onkologie, Medizinische Universität Wien

Sowohl im Bereich der äußeren als auch der inneren Geschlechtsorgane können Krebserkrankungen entstehen, die als „Unterleibskrebs“ zusammengefasst werden. Erkrankungen in diesem Bereich gelten leider nach wie vor als Tabuthema und stellen einen hohen Leidensdruck für betroffene Frauen dar. Für umso wichtiger halte ich eine ausreichende Aufklärung am besten schon im jugendlichen Alter!

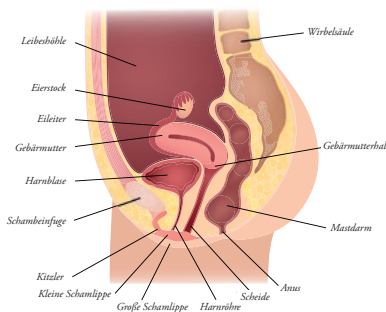
Zu den äußeren Geschlechtsorganen gehören Scheidenvorhof, Schamlippen und Klitoris.

Der **Scheidenvorhof**, in den neben der Scheide auch die Harnröhre mündet, wird von den kleinen **Schamlippen** umschlossen, die vorne in die **Klitoris** übergehen und von den großen Schamlippen umschlossen werden.* Etwa zwei Zentimeter unterhalb der Klitoris liegt die **Harnröhrenöffnung**. Die Harnröhre ist bei der Frau nur sehr kurz, weshalb das weibliche Geschlecht eher zu Blasenentzündungen neigt als das männliche. Unter der Harnröhrenöffnung kommt nach etwa eineinhalb Zentimetern der **Scheideneingang**. Zwischen dem Scheideneingang und dem Darmausgang liegt die **Damm-**

region, die bei einer Entbindung unter enormer Spannung steht. Der **Anus** bildet den Darmausgang. Er besteht aus der empfindlichen Darmschleimhaut, die in dieser Region in normale Haut übergeht. Ein Schließmuskel sorgt für den Verschluss oder besser die Stuhlkontinenz.

Die Grenze zwischen den äußeren und inneren Geschlechtsorganen bildet das **Jungfernhäutchen (Hymen)**, eine dünne, elastische Schleimhautfalte, die die Scheidenöffnung zum Teil verschließt. Eine echte biologische Funktion, wie zum Beispiel ein Nutzen als Barriere vor aufsteigenden bakteriellen Infektionen, konnte bis dato nicht bewiesen werden. Medizinisch bedeutsam ist das Hymen nur dann, wenn es keine Öffnung besitzt und sich die Periodenblutung in der Scheide ansammelt. Die Unversehrtheit des Hymen trägt jedoch eine starke psychologische und soziokulturelle Bedeutung als Zeichen der Jungfräulichkeit. Dieses Misskonzept und mangelnde Aufklärung führen leider in einigen konservativen Kulturkreisen noch heute zeitweise zu einem sozialen Disaster, das auf dem Rücken der armen betroffenen jungen Mädchen ausgetragen wird.

Weibliches Fortpflanzungssystem



Innere Geschlechtsorgane

Die **Scheide** (*Vagina*) stellt eine Verbindung zur Gebärmutter her. Der muskulöse Kanal ist etwa zehn Zentimeter lang und zwei bis drei Zentimeter breit, kann sich aber bei Bedarf – also beim Geschlechtsverkehr oder der Geburt eines Kindes – deutlich weiten.

Die **Gebärmutter** (*der Uterus*) ist ein hohler Muskel, der die Größe einer kleinen Birne hat und etwa sieben bis acht Zentimeter lang ist. Sie liegt leicht gebogen etwas **über der Harnblase**. Die Gebärmutter schleimhaut wird im monatlichen Zyklus – hormonell gesteuert – auf- und abgebaut und dient der Vorbereitung auf die Einnistung einer befruchteten Eizelle. Bleibt die Befruchtung aus, wird die verdickte Schleimhaut wieder abgebaut und es kommt zur Regelblutung.

Der **Gebärmutterhals** nimmt etwa das untere Drittel der Gebärmutter ein und ragt als Gebärmuttermund in den oberen Teil der Scheide hinein. Am oberen Gebärmutterende (*Fundus*) münden rechts und links die **Eileiter** in die Gebärmutter. Die **Eileiter** transportieren die Eizelle vom Eierstock in die Gebärmutter. Ist der Eileiter durch vorangegangene Entzündungen

geschädigt, kann sich der Transport der Eizelle verlangsamen. Nach spätestens sechs bis sieben Tagen nistet sie sich aber an Ort und Stelle ein und wenn sie bis dahin nicht den Uterus erreicht hat, passiert dies eben im Eileiter. Mediziner:innen sprechen dann von einer Eileiterschwangerschaft.

In den **Eierstöcken** werden Eizellen und Hormone produziert. In jedem Regelzyklus wird (meist) eine Eizelle zum Reifen gebracht und springt. Im Eierstock bleibt der Gelbkörper (*Corpus luteum*) zurück. Er bildet das Hormon, das die **Gebärmutter schleimhaut** auf eine eventuelle Einnistung vorbereitet. Findet eine Befruchtung statt, hält der Gelbkörper in den ersten acht Wochen die Schwangerschaft aufrecht. Findet keine Befruchtung statt, bildet sich der Gelbkörper zurück. Die Anzahl nimmt im Laufe des Lebens kontinuierlich ab. Zur Zeit der Wechseljahre ist die Ei-Anzahl so weit reduziert, dass weniger Hormone produziert werden und keine regelmäßigen Blutungen mehr auftreten (*Menopause*).

** In einigen Ländern ist die Beschneidung bei Frauen nach wie vor weit verbreitet. Dabei wird die Klitoris häufig auf bestialische Art und Weise entfernt und somit das Zentrum für die Lust der Frau zerstört.*

Eierstockkrebs



Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Christoph GRIMM
Vorstandsmitglied der AGO, Leiter der Arbeitsgruppe gynäkologische Onkologie, Medizinische Universität Wien

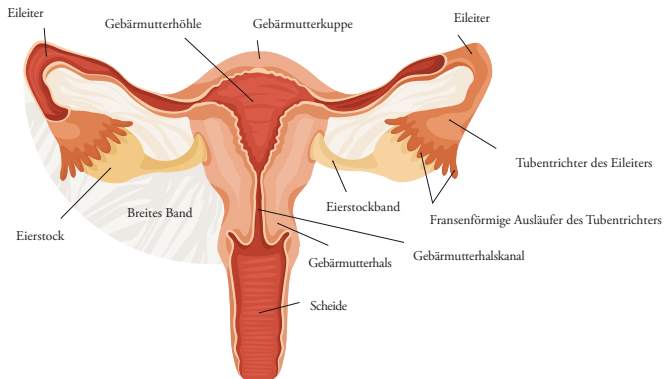
Nach wie vor ist der Eierstockkrebs die gefährlichste aller gynäkologischen Krebserkrankungen. Die fehlende Symptomatik in Frühstadien und die fehlende Früherkennungsmöglichkeit führen dazu, dass Eierstockkrebs meist erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt wird. Auf der anderen Seite haben beginnende Zentralisierung, hohe chirurgische Expertise, präzisere Tumoranalysen und der Einsatz von neuen zielgerichteten Therapien zu einer deutlichen Lebensverlängerung auch mit der Möglichkeit einer Heilung geführt.

Eierstockkrebs (*Ovarialkarzinom*) ist die siebenthäufigste Krebserkrankung der österreichischen Frauen. Ca. 4% aller Tumoren bei der weiblichen Bevölkerung sind **bösartige Neubildungen der Eierstöcke** (*Ovarien*). In Österreich erkranken jährlich ca. 650 Frauen und ca. 450 sterben an der Erkrankung. Der Altersgipfel befindet sich um das 60. Lebensjahr (zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr). Eierstockkrebs weist unter den gynäkologischen Tumoren die höchste Sterblichkeit auf. Da keine verlässliche Vorsorgeuntersuchung oder Früherkennung möglich ist, liegt der **Fokus auf einer möglichst effektiven Behandlung und Nachsorge.**

Es gibt unterschiedliche Arten von Eierstockkrebs, wobei ca. 70 % der sogenannten Eierstockkrebserkrankungen wahrscheinlich vom Eileiter ausgehen. Da die Diagnose und Therapie ident ist, werden Krebserkrankungen des Eileiters, des Eierstocks und/oder des Bauchfells als eine Tumorerkrankung gesehen und behandelt.

Weder die gynäkologische Tastuntersuchung noch Ultraschall oder die Bestimmung von Tumormarkern (z. B. CA-125) können eindeutige Hinweise auf Eierstockkrebs geben. Eine Früherkennung oder eine Vorsorgeuntersuchung ist derzeit nicht möglich*.

Weibliches Fortpflanzungssystem



In frühen Stadien machen Eierstockkrebserkrankungen selten Symptome.

Erst in einem fortgeschrittenen Tumorstadium finden sich sehr häufig Beschwerden, die Hinweis für das Vorliegen einer Krebserkrankung sein können. Leider sind die Zeichen von Eierstockkrebs sehr unspezifisch und können auch durch andere Erkrankungen hervorgerufen werden. Deshalb vergeht oft wertvolle Zeit, bis es zur Diagnosestellung kommt.

Folgende Symptome können auf einen bösartigen Tumor der Eierstöcke hinweisen:

- Bauchschmerzen, Blähungen, Verstopfung
- Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust
- Bauchumfangzunahme
- Beschwerden im Oberbauch
- Atemnot
- Selten kommt es z. B. auch zum Auftreten von Thrombosen oder Problemen beim Harnlassen.

Die Prognose ist umso besser, je früher der Tumor erkannt wird und je jünger die Frau ist. Leider werden 70 % der Eierstockkrebserkrankungen erst in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert.

Besteht Krankheitsverdacht, findet eine operative Abklärung statt.

Diagnostik und Stadien

Besteht ein Verdacht auf Eierstockkrebs, findet eine Abklärung zunächst mittels **gynäkologischer Tastuntersuchung, einer Tastuntersuchung des Enddarms sowie ein Ultraschall durch die Scheide** statt. Anschließend wird eine **Computertomographie (CT)** des Brust- und Bauchraumes durchgeführt. **Blutbefunde** beinhalten neben den üblichen Werten auch den Tumormarker CA 125. Je nach Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Krebserkrankung erfolgt anschließend eine **operative Abklärung/Behandlung** mittels Knopflochchirurgie (*Laparoskopie*) oder Bauchschnitt. Die Diagnosesicherung wird während der Operation mittels **Gefrierschnitt und mikroskopischer Untersuchung des Tumorgewebes** durch den/die Pathologen/Pathologin durchgeführt.

Die Tumorstadien werden mittels **FIGO-Schema**** eingeteilt (siehe dazu die nächste Seite).

** Die Möglichkeit von Früherkennung von Eierstockkrebs und Vorsorge sind Gegenstand klinischer Studien, haben aber bis jetzt noch nicht zum gewünschten Erfolg geführt.*

*** Die FIGO-Klassifikation ist ein von der Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) vorgeschlagenes System zur Einteilung gynäkologischer Tumoren. Sie wird in der Gynäkologie neben der TNM-Klassifikation maligner Tumoren eingesetzt.*

Stadieneinteilung Eierstockkrebs nach FIGO

FIGO I	Tumor auf Eierstöcke oder Eileiter begrenzt
IA	Tumor auf einen Eierstock oder einen Eileiter begrenzt, Kapsel intakt, kein Tumor an Oberfläche und negative Zytologie
IB	Tumor auf beide Eierstöcke oder Eileiter begrenzt, Kapsel intakt, kein Tumor an Oberfläche und negative Zytologie
IC1-3	Tumor auf Eierstöcke oder Eileiter begrenzt und:
IC1	intraoperative Kapselruptur*
IC2	prä-OP Ruptur oder Oberflächenbefall
IC3	positive Aszites**/Spülzytologie
FIGO II	Tumor befällt einen oder beide Eierstöcke oder Eileiter und breitet sich im kleinen Becken aus oder primäres Peritonealkarzinom***
IIA	Befall von Gebärmutter, Eileitern, Eierstöcken
IIB	Befall des übrigen intraperitonealen Beckengewebes
FIGO III	Tumor mit Befall der Abdominalhöhle jenseits des Beckens und/oder LK Metastasen
III A1	Tumor begrenzt auf das Becken, aber Befall der Lymphknoten
III A1(i)	Lymphknoten Metastasen ≤ 10 mm
III A1(ii)	Lymphknoten Metastasen > 10 mm
III A2	Mikroskopischer Tumor intraabdominal jenseits des Beckens +/- Lymphknoten Metastasen
IIIB	Mikroskopischer Tumor intraabdominal jenseits des Beckens ≤ 2 cm Größe mit/ohne LK Metastasen
IIIC	Mikroskopischer Tumor intraabdominal jenseits des Beckens > 2 cm +/- pos. LK
FIGO IV	Fernmetastasen (ausgenommen Peritonealmetastasen)
IVA	maligner Pleuraerguss (zytologisch bestätigt)
IVB	Fernmetastasen inkl. Schleimhautbefall des Darms/extraabdominale Metastasen (inkl. Leisten/präcordiale LK), Tumorabsiedelungen außerhalb der Bauchhöhle/ Nabelmetastasen

*

Kapseldurchbruch =

Jeder Lymphknoten hat eine Kapsel als äußere Abgrenzung, wird diese durchbrochen gibt es eine schlechtere Prognose und hat somit eine Konsequenz für die Therapie - in diesem Fall Bestrahlung.

**

Aszites =

eine pathologische Ansammlung von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle, genauer gesagt der Peritonealhöhle. Der Begriff wird sowohl für das Krankheitsbild als auch für die Flüssigkeit verwendet.

Peritoneum =

Bauchfell

Lokalregionäre Lymphknoten: - parametran, pelvin, -paraortal

Arten von Eierstockkrebs

Die häufigste Art sogenannter Eierstockkrebserkrankungen gehen vom **Oberflächenepithel** (*Epithel: oberste Zellschicht des tierischen und menschlichen Haut- und Schleimhautgewebes*) der Eileiter und/oder Eierstöcke aus (*epitheliales Ovarialkarzinom*). Diese Tumoren treten meist spontan auf, wobei jedoch ca. 10 % aller Eierstockkrebserkrankungen erblich bedingt sind – meistens durch eine Veränderung (*Mutation*) des BRCA1/2 Gens (*BRCA: BReast CAncer*).

Genetik

In knapp 10 % findet sich ein erblicher Risikofaktor für die Entstehung von Eierstockkrebs. Üblicherweise handelt es sich dabei um Veränderungen (*Mutationen*) in Genen, die für die Zellreparatur wichtig sind. Kommt es zu einer Mutation in diesen Reparaturgenen, steigt das Risiko für die Entstehung einer Krebserkrankung an.

Neben einer Vielzahl von Genen (RAD51C, RAD51D, BRIP1, PALB2,...)* sind meistens Mutationen in BRCA1 oder 2 dafür verantwortlich. Im Rahmen einer operativen Abklärung erfolgt üblicherweise eine **BRCA1/2 Testung**

im Tumorgewebe. Dies ist noch kein Beweis für das Vorliegen einer Mutation im Erbmaterial, aber erhöht das Risiko für eine solche Genveränderung.

Eine Genmutation kann erst durch einen genetischen Test mittels Blutabnahme nachgewiesen werden.

In darauf spezialisierten Zentren finden persönliche, genetische Beratungen sowie engmaschige Früherkennungsuntersuchungen statt. Die Abklärung dieser Genmutation ist sowohl für die Frau mit Eierstockkrebserkrankung selbst als auch ihre Verwandten von großer Bedeutung. Liegt ein Gendefekt vor, können Betroffene ein spezielles Betreuungs- und Vorsorgeprogramm in Anspruch nehmen. Mehr Informationen dazu finden Sie ab S. 29 „Vererbbarkeit von Krebs“.

Die eindeutige Diagnosesicherung erfolgt mittels Gewebeprobe (zumeist im Rahmen einer Operation). Die Behandlung der Eierstockkrebserkrankung setzt sich zumeist aus einer Operation und der Durchführung einer medikamentöse Behandlung zusammen.

*

RAD51C Gen: Seine Funktion ist, die Erbsubstanz einer Zelle fehlerfrei zu halten.

RAD51D Gen: Ist ebenso wie BRCA1, BRCA2 und RAD51C an DNA-Reparaturmechanismen beteiligt und gehört zur Gruppe der ** Tumorsuppressor-Gene.

BRIP1: ist ein Enzym, das in der Lage ist, doppelsträngige DNA durch Homologe Rekombination zu reparieren. Es ist ausschließlich im Zellkern zu finden.

PALB2: Ist ein Protein, das ein wichtiger Faktor für die genomische Stabilität ist und wird daher auch als** Tumorsuppressor charakterisiert.

HRD: homologe Rekombinationsdefizienz = Hinweis für gestörte Reparaturmechanismen in der Tumorzelle.



Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ
Gabriela KORNEK
erklärt die Wirkweise
der Chemotherapie.
Holen Sie sich das Ex-
pertin-Video kostenlos
auf Ihr Handy!
[www.youtube.com/
watch?v=34Trl-
zlqdkk&t=154s](http://www.youtube.com/watch?v=34Trl-zlqdkk&t=154s)

Operative Verfahren werden sowohl zur Diagnosesicherung als auch zur Behandlung bei Eierstockkrebs eingesetzt. Die **Chemotherapie** ist die zweite wichtige Komponente der Behandlung. Darüber hinaus kommen häufig **zusätzlich zielgerichtete Therapien** zum Einsatz, die individuelle Eigenschaften des Tumors, die Gefäßversorgung und das Immunsystem zum Ziel haben.

Operative Therapie

Bei Eierstockkrebs ist die Operation bereits Teil der abklärenden Diagnostik.

Ziel ist es, im Rahmen der Erstoperation sämtliches sichtbares Tumorgewebe komplett zu entfernen.

Während der Operation wird die Ausbreitung der Erkrankung festgestellt und **wenn möglich der gesamte Tumor und alle Tumorzellsiedelungen** (*Metastasen*) entfernt. Bei frühen Tumorstadien werden zur Feststellung der Tumorausbreitung die Lymphknoten des Beckens und neben der Aorta, das große Netz und Gewebeproben vom Bauchfell entfernt. Je nach Tumorstadium

kann es notwendig sein, einen oder beide Eierstöcke bzw. auch benachbarte Organe z. B. Gebärmutter, Bauchfell, Teile des Darms, Zwerchfell oder auch andere Organe wie Milz und Gallenblase operativ zu entfernen.

In einigen Fällen wird zuerst eine Chemotherapie durchgeführt und erst dann erfolgt die Operation mit dem Ziel der Tumorentfernung. Dies erfolgt meistens, wenn die betroffene Frau zu krank oder zu schwach für eine Primäroperation ist oder die Tumorausbreitung zu ausgedehnt ist und eine Komplettentfernung unwahrscheinlich bzw. unmöglich ist. Die möglichst vollständige Entfernung des Tumors ist wesentlich für die Prognose.

Solche komplexen und schwierigen Operationen sollten nur in einem spezialisierten Zentrum mit der nötigen Expertise und mit einer Patientenzahl von mind. 20 Patientinnen jährlich durchgeführt werden.

In gynäko-onkologischen Zentren (Auflistung Seite 11) sollte die erfolgreiche Operationsrate 60 % betragen. Erfolgreich ist, den gesamten Tumor zu entfernen.

Tumortestung

Im Rahmen der Diagnosesicherung mittels Operation erfolgt auch gleich eine genaue **Analyse des Tumorgewebes**. Danach wird nach Risikofaktoren für das Vorliegen einer erblichen Krebserkrankung (Tumortestung nach BRCA1/2) gesucht. Darüber hinaus wird nach anderen Fehlern in der Reparatur der Tumorzellen gesucht (*HRD-Test, Homologe Rekombinationsdefizienz*)*. Liegt in den Tumorzellen ein gestörter Reparaturmechanismus vor, beeinflusst dies die weitere medikamentöse Behandlung der Krebserkrankung.

Medikamentöse Therapie

Chemotherapie

In den meisten Fällen von Eierstockkrebs wird zusätzlich zur Operation auch eine Chemotherapie durchgeführt. Ausgenommen sind nur Frauen mit Eierstockkrebs in einem sehr frühen Tumorstadium. Meistens werden die Chemotherapeutika **Carboplatin** und **Paclitaxel** zusammen eingesetzt. Es werden zwei Formen von Chemotherapie unterschieden:

Adjuvante Chemotherapie:

Durchführung einer Chemotherapie **nach** Primäroperation.

Neoadjuvante Chemotherapie:

Nach gesicherter Diagnose durch Gewebeprobeentnahme, jedoch **vor der eigentlichen Tumoroperation**. Die Tumorausdehnung soll damit zurückgedrängt und die Tumorabsiedelungen verkleinert werden. Danach erfolgt die Tumoroperation. Im Anschluss an diese Operation wird die Chemotherapie fortgesetzt.

Erhaltungstherapie

Bei Entstehung und Wachstum von Tumorzellen spielen Botenstoffe, die Blutgefäße sprießen lassen, eine große Rolle. Dies macht sich die Medizin zunutze und hat sogenannte **Angiogenesehemmer**** entwickelt. Diese Medikamente verhindern die Neubildung von Gefäßen in Tumoren und verhindern so das weitere Tumorstadium. Sie werden meistens als Infusion über die Vene verabreicht und als Erhaltungstherapie (für mehrere Monate während und nach der Chemotherapie) angewendet.

** Die homologe Rekombinationsreparatur (HRR) ist der wichtigste Mechanismus, wenn es um die Reparatur sogenannter Doppelstrangbrüche geht. Kann die homologe Rekombinationsreparatur nicht mehr fehlerfrei arbeiten, spricht man von einer homologen Rekombinationsdefizienz (HRD). Liegt eine HRD vor, kommt eventuell eine zielgerichtete Behandlung des Eierstockkrebses infrage. Ein HRD-Test kann daher bei der Therapieplanung helfen.*

*** Der Begriff **Angiogenesehemmer** umschreibt eine Gruppe von Arzneistoffen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus, deren Gemeinsamkeit es ist, die Bildung neuer Blutgefäße (Angiogenese) zu unterdrücken und dadurch u.a. das Tumorstadium zu hemmen. Den Prozess selbst bezeichnet man auch als Antiangiogenese.*

Ein weiterer Behandlungsansatz erfolgt mittels **PARP-Inhibitoren** (*Enzym Poly-ADP-Ribose-Polymerase*). Diese Medikamente werden in Tablettenform eingenommen. Sie **blockieren die Reparaturmechanismen von Tumorzellen** und führen dadurch zum Absterben dieser Zellen. Diese Medikamente werden als Erhaltungstherapie nach abgeschlossener Operation und Chemotherapie für einen Zeitraum von ca. 2-3 Jahren eingenommen.

Nachsorge

Regelmäßige onkologische Nachsorgekontrollen sind empfohlen, um im Fall des Wiederauftretens der Krebserkrankung (Rezidiv) diese rechtzeitig zu erkennen. In regelmäßigen Abständen werden etwaige Symptome erfasst, gynäkologische Untersuchungen sowie Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Zudem ist eine reguläre Mammografie im Rahmen der Früherkennung notwendig. Je nach Symptomatik bzw. klinischem Erscheinungsbild werden weitere Untersuchungen (z.B. Röntgen, CT, MRI) veranlasst. Die begleitende Bestimmung von Tumormarkern z. B. CA-125

kann dabei ebenfalls zum Einsatz kommen. Wenn es zu einem Rezidiv bei Eierstockkrebs kommt, geschieht dies zumeist innerhalb der ersten fünf Jahre. Daher sind üblicherweise in diesem Zeitraum die Zeitabstände zwischen den Nachsorgekontrollen am kürzesten.

Wiederauftreten des Tumors (Rezidiv)

Im Falle eines Rezidivs hängt die Therapieempfehlung von mehreren Faktoren ab:

- Allgemeinzustand und Beschwerden der Patientin
- Stelle und Ausbreitung der Tumorerkrankung
- Tumoranalyse der Krebszellen
- Art der vorherigen Behandlung(en) (Operation, Chemotherapie, Erhaltungstherapie)
- Zeitabstand zwischen dem Ende der vorangegangenen Therapie und dem Auftreten des Rezidivs

Obwohl die folgende Einteilung nicht mehr ganz so streng gesehen wird, hat sie doch noch immer Einfluss auf die Therapieentscheidung.

Definition des therapiefreien Intervalls:

- **Platin-refraktär:**

Verschlechterung der Krebserkrankung unter oder innerhalb von 4 Wochen nach der letzten platinhaltigen Chemotherapie.

- **Platin-resistent:**

Rezidiv 4 Wochen bis 6 Monate nach der letzten platinhaltigen Chemotherapie.

- **Platin-sensibel:**

Rezidiv mehr als 6 Monate nach der letzten platinhaltigen Chemotherapie.

Die o. g. Definitionen verlieren jedoch zunehmend an Bedeutung, da wichtige Einflussfaktoren wie Erhaltungstherapien mit zielgerichteten Medikamenten und Tumorcharakteristika sehr wesentlich sind.

So wie bei der Behandlung des Erstauftretens der Krebserkrankung wird auch im Rezidiv nach Abwägung und Besprechung aller Faktoren die beste Behandlung gewählt. In den meisten Fällen wird wieder eine Chemotherapie empfohlen. In bestimmten Fällen kann vor der Chemotherapie wieder eine Operation durchgeführt werden. Üblicherweise wird nach der Chemotherapie auch wieder eine Erhaltungstherapie (mit An-

giogenesehemmer oder PARP-Inhibitor) angeboten. Alternativ können sogenannte Antikörper-Wirkstoffkonjugate (ADCs)* zum Einsatz kommen.

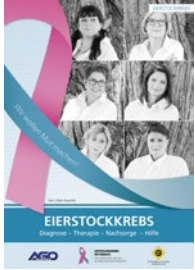
In der Rezidivsituation ist die Tumorerkrankung in den meisten Fällen leider nicht mehr heilbar. Daher kommt der Lebensqualität bei der Therapieplanung eine wesentliche Bedeutung zu.

Darmverschluss / Aszites

Das Fortschreiten der Tumorerkrankung äußert sich leider oft durch einen Darmverschluss (*Ileus*) und/oder durch Wasser im Bauchraum (*Aszites*) oder der Lunge (*Pleuraerguss*). Bei einem kompletten Darmverschluss kann es zu einer lebensbedrohlichen Bauchfellentzündung (*Peritonitis*) kommen.

Sollte es zu krampfartigen, wiederkehrenden Schmerzen (Darmkoliken) und zu Erbrechen kommen, Sie kaltschweißig sein, Sie Unruhe verspüren, **informieren Sie umgehend Ihren Arzt/Ihre Ärztin oder fahren Sie in das nächstgelegene Krankenhaus.**

* Antikörper-Wirkstoffkonjugate (ADCs) sind Medikamente, die die Chemotherapie über einen Antikörper zielgerichtet zur Krebszelle bringen können.



Lesen Sie mehr zur Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Nebenwirkungen und Unterstützungsangeboten in der Broschüre „Eierstockkrebs“. Erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland und als Download unter www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/83



Hyperthermie Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC)

Bei einer HIPEC wird im Anschluss an eine Operation, mit dem Ziel der kompletten Tumorentfernung, eine Spülung der Bauchhöhle mit einer erwärmten Chemotherapie durchgeführt.

Die Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit einer HIPEC im Rahmen einer Debulking-Operation sind bislang widersprüchlich. Daher wurde initial 2013 eine Stellungnahme der AGO Kommission Ovar, die vor dem unkritischen Einsatz der HIPEC außerhalb von kontrollierten Studien gewarnt hat, publiziert. Unter Würdigung der seither erschienenen Literatur wurde diese Stellungnahme nun gemeinsam von der Kommission Ovar, der AGO Studiengruppe, NOGGO, AGO Österreich und AGO Schweiz aktualisiert. Zusammenfassend kommen die Autor:innen zu dem Ergebnis, dass die HIPEC auch weiterhin als experimentell zu bewerten ist und ein Einsatz außerhalb von prospektiven, kontrollierten Studien nicht zu empfohlen ist.

Immuntherapie

Aktuell gibt es keine zugelassenen Immuntherapien in der Behandlung von Eierstockkrebs.

Klinische Studien

Insbesondere beim Auftreten eines Rezidivs lohnt sich die Nachfrage bei der Österreichischen Krebshilfe, der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie Österreich <https://ago-austria.at> oder in einem großen onkologischen Zentrum, da hier oft eine Vielzahl an klinischen Studien angeboten werden. Im Rahmen dieser klinischen Studie können unter genauer Beobachtung innovative Behandlungen durchgeführt werden, für die es noch keine Zulassung gibt.

Broschüre „Eierstockkrebs“

Viele weitere Informationen zur Diagnose, Therapie, Nachsorge, Rezidiv uvm. finden Sie in der speziellen Broschüre „Eierstockkrebs“. Erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland oder als Download unter: www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/83

Die Krebshilfe Berater:innen stehen Ihnen in jeder Phase der Erkrankung für alle Fragen und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung. Kontaktinfos zu den Krebshilfe-Beratungsstelle finden Sie am Ende der Broschüre.

Webcast-Serie zu „Eierstockkrebs“

In der neuen 3-teiligen Webcast-Serie finden Sie viele wertvolle Informationen. Mit dem Link oder QR-Code kommen Sie direkt zu dem gewünschten Webcast.

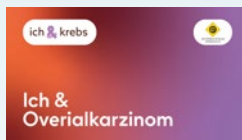
Medizinische Informationen zu Eierstockkrebs

Assoz.-Prof. Dr. Christoph Grimm



<https://www.youtube.com/watch?v=C0b70xdSkEU&t=130s>

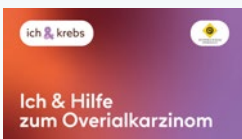
Erfahrungen einer Patientin



<https://www.youtube.com/watch?v=fYOs08HAdrI>

Hilfs- und Unterstützungsangebote der Krebshilfe

Doris Kiefhaber, Geschäftsführerin der Österreichischen Krebshilfe



<https://www.youtube.com/watch?v=Pc5Yfp8aNx8&t=1s>

Wir danken Dr. Ricarda REINISCH-ZIELINSKI für die einfühlsame Moderation und Interviewführung und GSK für die Finanzierung der Webcast-Serie.

Gebärmutterkörperkrebs



Univ.-Prof.

Dr. Lukas HEFLER

Vorstandsmitglied der AGO, Abteilung für Gynäkologie u. Geburtshilfe der Spitalspartner Ordensklinikum Linz u. Konventhospital Barmherzige Brüder

Die frühzeitigen Symptome des Gebärmutterkörperkrebses erlauben meist eine frühe Diagnose und Behandlung. Somit sind die Überlebenschancen bei diesem Tumor exzellent.

Rund 90% der Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers (*Corpus uteri*) nehmen ihren Ausgang von den Drüsen, der die Gebärmutterhöhle (*Cavum uteri*) auskleidenden Schleimhaut. Dieser bösartige Tumor wird deshalb als **Gebärmutterkörper- oder Gebärmutterhöhlen-Krebs** und in der Fachsprache als **Endometrium- bzw. Corpuskarzinom** bezeichnet. Es ist der häufigste Krebs des weiblichen Unterleibs. Jährlich erkranken in Österreich ca. 1.047 Frauen an Gebärmutterkörperkrebs, davon sind 90 % älter als 50 Jahre und nur 5% jünger als 40 Jahre.

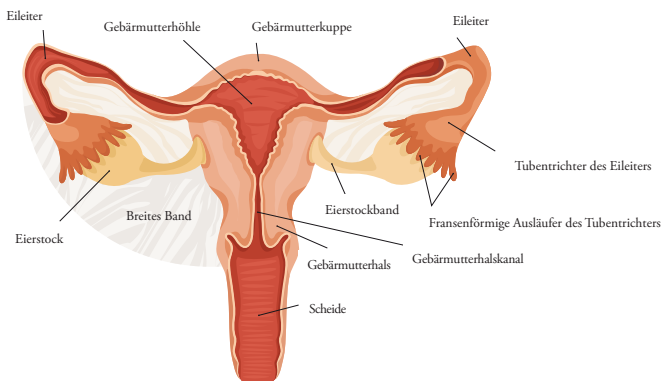
Risikofaktoren

Das Risiko, an einem Gebärmutterkörperkrebs zu erkranken, ist von der Zahl der geborenen

Kinder abhängig und **nimmt stark mit der Zahl der Kinder ab**. Die bedeutendsten Risikofaktoren sind **Fettleibigkeit** (*Adipositas*) und Zuckerkrankheit (*Diabetes*).

Einen weiteren bedeutenden Faktor stellt eine verstärkte Östrogenwirkung auf die Gebärmutter-schleimhaut dar. Diese kann durch eine **frühe Geschlechtsreife und/ oder ein verspätetes Ausbleiben der Regelblutung** (*Menopause = die letzte Regelblutung*) oder aber auch durch östrogenbildende Tumoren bedingt sein. Das gleiche gilt naturgemäß, wenn zur Behebung von Wechselbeschwerden **Östrogenpräparate ohne zusätzliche Gestagene** eingenommen werden. Die Gestagene sind in der Lage, das Risiko für einen Ge-

Weibliches Fortpflanzungssystem



bärmutterkörperkrebs völlig zu neutralisieren. Gestagene können im Östrogenpräparat enthalten sein (Kombinationspräparat), können aber auch an wenigstens 12 Tagen im Monat separat zugeführt werden. In diesem Kontext ist auch das Medikament Tamoxifen zu erwähnen (das bei der Therapie von Brustkrebs eingesetzt wird) und das besonders bei Frauen nach der Menopause das Risiko für einen Gebärmutterkörperkrebs erhöhen kann.

Vererbbarkeit

3 % der Fälle von Gebärmutterkörperkrebs sind erblich bedingt und kommen dann im Rahmen eines sogenannten Lynch-Syndroms zusammen mit einer Häufung von Dickdarmkrebs in der direkten Verwandtschaft vor. Bei Verdacht auf eine familiäre Häufung sollte eine genetische Beratung und Abklärung erfolgen. Alle Informationen dazu finden Sie ab S. 29.

Symptome

Da Symptome frühzeitig auftreten, wird Gebärmutterkörperkrebs in aller Regel in einem frühen Stadium diagnostiziert. Allerdings ist es wichtig, diese Symptome zu

kennen und bei ihrem Auftreten diese dann auch unverzüglich dem Arzt/der Ärztin zu melden.

Das frühe **Hauptsymptom ist die nicht-reguläre Blutung aus der Scheide:**

- **bei älteren Frauen** nach dem sogenannten „Wechsel“ (*Menopause*) als Schmierblutungen/Blutung, die schwächer/stärker als die frühere normale Regelblutung ist, aber auch bräunlich-blutiger Ausfluss.
- **bei jüngeren Frauen** vor dem oder um den „Wechsel“ können es wiederkehrende azyklische Blutungen von wechselnder Stärke sein, die allerdings sehr selten auf Gebärmutterkörperkrebs hinweisen. Allermeistens handelt es sich um Blutungen, die durch hormonelle Störungen bedingt sind.

Demnach werden sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Frauen in den überwiegenden Fällen harmlose Ursachen wie Polypen oder gutartige Schleimhautwucherungen gefunden, dennoch muss man solche Blutungen genau abklären, damit eine etwaige Krebserkrankung früh erkannt wird.

Östrogene =

Östrogene sind weibliche Geschlechtshormone und werden vor allem in den Eierstöcken gebildet (außerdem in der Plazenta, der Nebennierenrinde und in geringer Menge auch im männlichen Hoden).

Gestagene =

auch Gelbkörperhormone oder Schwangerschaftshormone sind neben den Östrogenen die zweite wichtige Klasse der weiblichen Geschlechtshormone.

CT =

Computertomographie

MR =

Magnetresonanz

Diagnose

Wenn eine abnorme vaginale Blutung auftritt, sollte als erster Schritt eine Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter durch die Scheide erfolgen. Anhand der festgestellten Höhe der Gebärmutter-schleimhaut kann das Risiko für ein Vorliegen von Gebärmutterkörperkrebs eingegrenzt werden. Zudem können Schleimhautveränderungen vor allem bei Blutungen nach dem „Wechsel“ näher beurteilt werden. Die Diagnose von Gebärmutterkörperkrebs erfolgt durch eine feingewebliche Untersuchung (*Histologie*) des Schleimhautgewebes. Die Gewinnung

der Schleimhaut erfolgt entweder durch Biopsie (*Vakuum-Biopsie*) oder durch eine Gebärmutter Spiegelung (*Hysteroskopie*) mit Biopsieentnahme oder durch eine „Aus-schabung“ der Gebärmutterhöhle (*Curettag*). Dies kann in lokaler Betäubung oder unter Narkose gemacht werden. Welche Methode in welchen Fällen sinnvoll und besser ist, entscheidet letztlich der Frauenarzt/ die Frauenärztin.

Sollte Gebärmutterkörperkrebs histologisch diagnostiziert worden sein, kann eine weiterführende Bildgebung (wie Lungenröntgen, CT, MR etc.) notwendig sein.

Stadieneinteilung*

Stadium I: Die Tumorzellen wachsen in die Gebärmuttermuskulatur (Myometrium).

Stadium II: Die Tumorzellen wachsen hinunter in den Gebärmutterhals.

Stadium III: In weiter fortgeschrittenen Fällen dehnt sich der Tumor über die Gebärmutter hinaus und befällt die Organe des kleinen Beckens (wie Eierstöcke, Scheide etc.) und/oder die Lymphdrüsen des kleinen Beckens oder jene um die Hauptschlagader (Aorta).

Stadium IV: Der Krebs wächst in die Blase oder in den Enddarm hinein, oder es kommt zu einer Fernmetastasierung d.h. zu Absiedlungen in anderen Organen (v.a. in die Lunge).

* Eine detaillierte Stadieneinteilung nach FIGO und TNM Klassifikation finden Sie auf der gegenüberliegenden Seite.

* Die **FIGO-Klassifikation** ist ein von der *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)* vorgeschlagenes System zur Einteilung gynäkologischer Tumoren. Sie wird in der Gynäkologie neben der TNM-Klassifikation maligner Tumoren eingesetzt.

Stadieneinteilung Gebärmutterkörperkrebs nach FIGO* und TNM Klassifikation

TNM	FIGO	Definition
TX		Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0		Kein Anhalt für einen Primärtumor
Tis		Krebs am Ursprungsort (<i>Carcinoma in situ</i>)
T1	I	Tumor begrenzt auf den Gebärmutterkörper
1a	IA	Tumor begrenzt auf die Gebärmutter Schleimhaut (<i>Endometrium</i>) oder infiltriert weniger als die Hälfte der Muskelschicht (<i>Myometrium</i>)
1b	IB	Tumor infiltriert die Hälfte oder mehr der Muskelschicht (<i>Myometrium</i>)
T2	II	Tumor infiltriert das Bindegewebe (<i>Stroma</i>) des Gebärmutterhalses (<i>Cervix uteri</i>), breitet sich aber nicht jenseits des Gebärmutterhalses aus.
T3 und/oder N1	III	Lokale und/oder regionale Ausbreitung
3a	IIIA	Tumor befällt die Höhle (<i>Serosa</i>) des Gebärmutterkörpers (<i>Corpus uteri</i>) und/oder die Eierstöcke, Eileiter (<i>Adnexen</i>)
3b	IIIB	Befall der Scheide und/oder Organe des Beckens (<i>Parametrien</i>)
3c oder N1	IIIC	Metastasen in Becken- und/oder die Aorta umgebenden (<i>paraaortalen</i>) Lymphknoten
3c1	IIIC1	Metastasen in Beckenlymphknoten
3c2	IIIC2	Metastasen in den die Aorta umgebenden (<i>paraaortalen</i>) Lymphknoten mit/ohne Metastasen in Beckenlymphknoten
T4	IVa IVb	Tumor infiltriert Blasen- und/oder Darmschleimhaut Fernmetastasen einschließlich Metastasen im Bauchraum (<i>intraabdominal</i>) und/oder Lymphknotenmetastasen im Leistenbereich (<i>inguinal</i>)
Nx		Es kann keine Aussage zu regionären Lymphknotenmetastasen getroffen werden.
N0		Keine Metastasen in den regionären Lymphknoten.
N1		Metastasen in den regionären Lymphknoten.
M0		Keine Fernmetastasen nachweisbar.
M1		Der Tumor hat Fernmetastasen gebildet

4 Molekulare Typen des Gebärmutterkörperkrebs

Bei keiner anderen gynäkologischen Krebserkrankung hat es in der Tumor-Charakterisierung so große Fortschritte gegeben wie beim Gebärmutterkörperkrebs. Diese molekularen Unterschiede, die nach der Operation* gleich bestimmt werden, spielen v. a. bei der Auswahl oder beim Weglassen der Nachbehandlung eine entscheidende Rolle.:

1) POLE-mutierte Karzinome, bei denen auf eine Nachbehandlung verzichtet werden kann

2) Karzinome mit hoher Mikrosatelliten Instabilität (MSI) bedingt durch eine **Mismatch-reparaturdefizienz (MMR-D)** zeigen eine besondere Strahlensensibilität und ein sehr gutes Ansprechen auf eine Immuntherapie

3) Tumore ohne spezifischem molekularem Profil (NSMP) werden anhand der klassischen klinisch-pathologischen Risikoparameter behandelt

4) Die serös-ähnlichen (serous-like) Karzinome zeichnen sich durch eine sehr hohe Rate an abnormaler p53 Expression aus, sind mit einem sehr hohen

Rezidivrisiko assoziiert und sollen mittels einer Chemotherapie oder Radio-Chemotherapie nachbehandelt werden.

Operation

Eine **Totaloperation der Gebärmutter mit der Entfernung der Eierstöcke und Eileiter ist die Therapie der Wahl** und steht im Vordergrund der Behandlung. Da die Eierstöcke Hormone (*Östrogene*) bilden, die das Wachstum des Gebärmutterkrebses fördern, und weil sie selbst befallen sein können, werden diese mitentfernt. Üblicherweise werden auch die sogenannten Wächterlymphknoten beidseits (nach intraoperativer Anfärbung) selektiv entfernt. Diese Operation wird allermeist **laparoskopisch (Schlüsselloch-Chirurgie)** durchgeführt, nur selten kann ein Bauchschnitt notwendig sein. Eine Operation im Frühstadium bedeutet eine nahezu 100 %ige Heilung.

Strahlentherapie

Selten wird die Strahlentherapie als primäre Therapie anstatt einer Operation eingesetzt. Viel häufiger kommt sie als Nachbehandlung zum Einsatz.

* Curettage oder Gebärmutterentfernung

Primäre Strahlenbehandlung

Nur in sehr seltenen Fällen, wenn eine Operation nicht möglich ist, wird eine sogenannte kombinierte innere und äußere Strahlentherapie beim Gebärmutterkörperkrebs durchgeführt. Diese Bestrahlung erfolgt **von außen durch die Haut (Teletherapie)** in mehreren Sitzungen über mehrere Wochen, **sowie von innen durch ein kurzeitiges Einbringen einer Strahlensonde** in die Gebärmutterhöhle. Die inneren Bestrahlungen werden in wöchentlichen Abständen in der Regel fünf Mal durchgeführt.

Strahlentherapie als Nachbehandlung (adjuvante Behandlung)

Eine lokale innere Strahlentherapie (Brachytherapie) wird häufig nach der Operation durchgeführt und dient zur Sicherheit, um Absiedlungen in die Scheide zu vermeiden. Hierbei wird mehrmals (meist drei Mal) eine Strahlensonde für wenige Minuten in die Scheide eingebracht. Diese Therapie wird als Brachytherapie bezeichnet und ist kaum mit größeren Nebenwirkungen verbunden. In ausgewählten risikoreichen Fällen kommt in der Nachbehandlung auch die oben beschriebene äußere Strahlentherapie (Teletherapie) zum Einsatz, diese kann mit

einer Chemotherapie kombiniert werden und wird dann als **Radiochemotherapie** bezeichnet (siehe nachstehend).

Chemotherapie

Bei fortgeschrittenen Fällen von Gebärmutterkörperkrebs ab dem Stadium III (das meist durch den Befall von Lymphknoten bedingt ist) hat sich die Durchführung einer Chemotherapie nach stattgefundener Operation als vorteilhaft erwiesen. Diese wird auch bei einer kompletten Entfernung des Tumors zur Sicherheit (*adjuvant*) durchgeführt. Zur Steigerung der Effizienz kann diese (wie schon erwähnt) mit einer äußeren Strahlentherapie kombiniert werden (*Radiochemotherapie*). Bei nicht kompletter operativer Entfernung des Tumors muss die Chemotherapie zur weiteren Behandlung des Tumorrestes durchgeführt werden.

Hormontherapie

Beim Gebärmutterkörperkrebs handelt es sich prinzipiell um einen hormonabhängigen Tumor. Da allerdings einige Tumoren nicht auf eine Hormontherapie ansprechen, ist es sinnvoll, vor einer geplanten Therapie die Hormonrezeptoren im Gewebe zu bestimmen. Bei dieser Form der Behand



Univ.-Prof.

Dr. Paul SEVELDA über Wissenswertes zur Strahlentherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! <https://www.youtube.com/watch?v=Jory3KNT8lw>



Univ.-Prof.

Dr. Gabriela KORNEK erklärt die Wirkweise der Chemotherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! <https://www.youtube.com/watch?v=34TrI-zlqdkk&t=154s>



Univ.-Prof. Dr. Paul SEVELDA erklärt die Wirkweise der Anti-hormonellen Therapie. <https://www.youtube.com/watch?v=er05B7pnVQQ&t=10s>



„**Zärtlichkeit & Sexualität**“. Lesen Sie mehr zu einem Thema in der Broschüre. Erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland und als Download unter www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/9



lung, die in der Rezidivsituation ihren Stellenwert hat, kommen v.a. Gestagene in Tablettenform zum Einsatz. Wenn einer Patientin in der Primärtherapie weder eine OP noch eine Strahlentherapie zugemutet werden kann, ist eine palliative Hormontherapie sinnvoll, um Symptome wie Blutungen zu lindern.

Rückfall (Rezidiv)

Bei lokalen Rückfällen, die sich auf das kleine Becken begrenzen, stellt die **Strahlentherapie** eine sehr wirksame Behandlung dar. Wenn Fernmetastasen vorliegen, ist die **Chemotherapie in aller Regel die Therapie der Wahl**. In letzter Zeit hat sich gezeigt, dass die Rückfälle des Endometriumkarzinoms sich sehr gut durch eine **Immuntherapie** mit sogenannten Immun-Checkpoint Inhibitoren behandeln lassen. Dies ist besonders der Fall, wenn Mikrosatelliten-Instabile (*MSI-hoch*) Tumoren vorliegen. Bei allen anderen (*Mikrosatelliten Stablen*) Tumoren werden derzeit die Immun-Checkpoint Inhibitoren mit Multikinase Inhibitoren mit anti-angiogener Wirkung kombiniert. Wie bereits erwähnt, kommt bei Rezidiven in bestimmten Fällen auch die **Hormontherapie** zum Einsatz.

Nachsorge

Für symptomfreie Patientinnen wird die Nachsorge in den ersten zwei Jahren alle drei Monate, in den folgenden drei Jahren alle sechs Monate und danach jährlich empfohlen. Bei Beschwerden oder Veränderungen informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt/ Ihre Ärztin.

Die wichtigsten Punkte bei der Nachsorgeuntersuchungen sind: **das ärztliche Gespräch** (Erfragen von Problemen/Beschwerden/Therapie Nebenwirkungen, Erhaltung/Förderung der Lebensqualität, Rehabilitationsmaßnahmen, Evaluierung von Risikofaktoren und Beratung bei evt. genetischer Prädisposition/der sexuellen Gesundheit/Fertilität/Verhütung, Diagnose und etwaige Therapie von Osteopenie/Osteoporose und klimakterischen Beschwerden, allfällige indizierte Früherkennungsuntersuchungen für mögliche Zweittumore (z.B. Darmspiegelung).

Bei Fällen mit hohem Rezidivrisiko oder bei Beschwerden/auffälligen Befunden können von ärztlicher Seite zur Sicherheit/Abklärung bildgebende Untersuchungen empfohlen werden.

3-teilige Webcast-Serie zu „Endometriumkrebs“

In der neuen 3-teiligen Webcast-Serie finden Sie viele wertvolle Informationen. Mit dem Link oder dem QR-Code kommen Sie direkt zu dem gewünschten Webcast.

Medizinische Informationen zum Endometriumkarzinom

Univ.-Prof. Dr. Nicole CONCIN



<https://www.youtube.com/watch?v=HYp7ZXlgjUs&t=3s>

Erfahrungen einer Patientin



<https://www.youtube.com/watch?v=DzrbG0JZi9U&t=5s>

Hilfs- und Unterstützungsangebote der Krebshilfe

Doris KIEFHABER, Geschäftsführerin der Österreichischen Krebshilfe



<https://www.youtube.com/watch?v=I8JbMJ3z44M&t=9s>

Wir danken Dr. Ricarda REINISCH-ZIELINSKI für die einfühlsame Moderation und Interviewführung und GSK für die Finanzierung der Webcast-Serie.

Gebärmutterhalskrebs



**Dr. in Vassiliki
KOLOVETSIOU-
KREINER**

Vorstandsmitglied der
AGO, Universitätsklinik
für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe und
MedUni Graz

Die Gebärmutter (*Uterus*) ist ein Organ in der Form einer umgedrehten Birne mit einem Hohlraum (*Cavum*) im Inneren. Die oberen zwei Drittel werden als GebärmutterKÖRPER (*Corpus*) bezeichnet, und das untere Drittel als GebärmutterHALS (*Zervix*), der in den Muttermund (*Portio*) übergeht. **Der Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) entwickelt sich meistens in den obersten Zellschichten der Schleimhaut des Muttermundes**, wobei 90 % sogenannte Plattenepithelkarzinome sind.

Risikofaktoren

Risikofaktoren sind frühe sexuelle Kontakte, häufiger Partnerwechsel und mangelnde Sexualhygiene. Die Entstehung des Zervixkarzinoms ist eng mit einer Infektion durch sogenannte **Humane Papillomaviren (HPV)** verbunden. Diese Viren werden z. B. beim Geschlechtsverkehr übertragen und können (selten) auch bei Männern

bestimmte Krebserkrankungen auslösen.

Diagnose

Die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs kündigt sich über Vorstufen an, die durch einen **Krebsabstrich (PAP-Abstrich, Zelluntersuchung)***, einen **HPV-Abstrich (zum Nachweis Humaner Papillomaviren)** bzw. einer Gewebeprobe (*Probebiopsie*) diagnostiziert wird.

Krebsabstrich

Hierbei erfolgt von der Oberfläche des Gebärmuttermundes und vom Gebärmutterhalskanal ein schmerzloser Abstrich. Die dabei entnommenen Zellen werden einer Färbung nach Papanicolaou unterzogen (*PAP-Abstrich*)* und unter dem Mikroskop befundet. Je nach Grad der Veränderung bzw. Entartung wird der Befund in PAP 0 bis V unterteilt. Ist der Krebsabstrich „auffällig“ wird zur weiteren Abklärung eine **Kolposkopie**

PAP 0: Befund ist technisch nicht verwertbar, muss kurzfristig wiederholt werden

PAP I – II: unverdächtiger Befund

PAP III, IIID oder IIIG: abklärungsbedürftiger Befund

PAP IV: Gewebeuntersuchung per Probebiopsie bzw. Konisation erforderlich

PAP V: hochgradiger Verdacht auf einen bösartigen Tumor

* Der **PAP-Test** wurde 1928 von dem griechischen Arzt George Papanicolaou entwickelt.

durchgeführt. Dabei betrachtet der Arzt/die Ärztin den Gebärmuttermund sowie den sichtbaren Teil des Gebärmutterhalskanals mittels eines speziellen Mikroskops (*Kolposkop*), um so eventuell vorliegende Gewebeeränderungen feststellen zu können. Werden veränderte Stellen entdeckt, wird eine **feingewebliche Untersuchung (Histologie)** mittels einer Probenentnahme (*Biopsie*) angestrebt. In der **Histologie** der Biopsie werden, neben unauffälligem Gewebe, folgende Veränderungen diagnostiziert:

leichte Dysplasie = CIN I
mittlere Dysplasie = CIN II
schwere Dysplasie = CIN III
bösartiger Tumor = invasives
Karzinom

Die Veränderungen werden fast in allen Fällen durch die Humanen Papillomaviren (HPV) hervorgerufen. Während bei CIN I die HPV-Besiedelung in der Regel nach 1–2 Jahren von selbst verschwindet und somit außer regelmäßige Kontrollen keine Therapie notwendig ist, stellt sich dies bei CIN III Veränderungen anders dar.

Operation

Bei den Vorstufen (CIN II-III) wird das erkrankte Gewebe mittels eines kleinen **Gewebekegels (Konisation)** vollständig entfernt. Der Eingriff erfolgt in der Regel tageschirurgisch in **Vollnarkose**. Sollte bereits ein bösartiger invasiver Tumor vorliegen, wird in Abhängigkeit des Tumorstadiums die Gebärmutter inkl. Gebärmutterhals und Lymphknoten im Rahmen einer radikalen Operation entfernt. **Die Heilungsaussichten sind sehr gut.**

Unter bestimmten Voraussetzungen kann bei noch bestehendem Kinderwunsch eine gebärmuttererhaltende Operation durchgeführt werden (*Trachelektomie*). Weitere Informationen zum Thema „Kinderwunsch“ finden Sie auch auf Seite 13 dieser Broschüre.

Strahlentherapie

Die Strahlentherapie ist eine wirksame Behandlung, die unter folgenden Gesichtspunkten zum Einsatz kommt:

- Wenn ein **Lymphknotenbefall** vorhanden ist, wird eine primäre Strahlentherapie durchgeführt und auf eine radikale Operation verzichtet.
- Wenn der Tumor bereits in

Dysplasie = Zellveränderungen im Epithel, die unterschiedlich schwer sein können und in ein Krebswachstum übergehen können

CIN = Cervikale Intraepitheliale Neoplasie = Zellveränderungen mit allen Merkmalen einer bösartigen Erkrankung, die jedoch ausschließlich auf die Oberfläche des Organs (Epithel) beschränkt sind



Univ.-Prof.

Dr. Paul SEVELDA

über Wissenswertes zur Strahlentherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! <https://www.youtube.com/watch?v=Jory3KNT8lw>



Univ.-Prof.

Dr. Gabriela KORNEK

erklärt die Wirkweise der Chemotherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! <https://www.youtube.com/watch?v=34Ttl-zlqdk&t=154s>

einem **fortgeschrittenen Stadium** (ab Stadium II B) ist.

- Wenn der Allgemeinzustand der Patientin stark eingeschränkt und somit das **Narkose-/Operationsrisiko zu hoch** ist (alleinige Strahlentherapie).

Die Behandlung umfasst eine **externe Bestrahlung (Teletherapie)** des Beckens und/oder eine innere Bestrahlung **direkt am Tumor (Brachytherapie)**. Um die Wirksamkeit der Strahlentherapie deutlich zu erhöhen, wird diese in der Regel **mit einer Chemotherapie** kombiniert. Diese wird parallel zur Strahlentherapie verabreicht (*simultane Radiochemotherapie*). Die Kombination aus Chemo- und Strahlentherapie hat die gleiche Wirksamkeit wie die operative Therapie. Eine Kombination von radikaler Operation und kombinierter Chemo-/Strahlentherapie sollte nach Möglichkeit vermieden werden, da dies zur Potenzierung der Nebenwirkungen führt.

Immuntherapie/ Zielgerichtete Therapie

Eine zentrale Rolle in der Therapie des Gebärmutterhalskrebses hat in den letzten Jahren die **Immuntherapie (Checkpoint-Inhibitor-**

Therapie) gewonnen. Dabei wird das körpereigene Immunsystem aktiviert indem Tumor-bedingte „Bremsmechanismen“ der Immunabwehr aufgehoben werden und so eine gezielte Bekämpfung der Krebszellen ermöglicht wird. Immuntherapeutika werden wie Chemotherapeutika über die Vene als Infusionen verabreicht. Ebenso werden **zielgerichtete Therapien** immer mehr eingesetzt, dies sind Medikamente, die gezielt bestimmte Eigenschaften der Tumorzellen angreifen, statt wie die Chemotherapie alle schnell wachsenden Zellen zu schädigen. Beim Gebärmutterhalskrebs werden diese Therapiekonzepte in fortgeschrittenen Stadien (lokal oder bei Tochtergeschwülsten, bzw. bei Wiederauftreten der Erkrankung) eingesetzt.

Nachsorge

Nach Abschluss der Therapie wird eine Tumornachsorge angeboten. Das Ziel ist, ein Wiederauftreten des Krebses möglichst früh zu erkennen. Neben einer **Anamnese** hinsichtlich Blutung, Schmerzen, Atembeschwerden, Gewichtsveränderungen, Probleme bei Harn und Stuhlgang, Juckreiz und Leistungsstatus wird eine **körperliche Untersuchung** durchgeführt

(Tasten der Lymphknoten in der Leiste und am Schlüsselbein, Untersuchung über Scheide und After, Krebsabstrich und ein Ultraschall über die Scheide und von den Nieren.

Während der ersten 3 Jahre erfolgt diese Untersuchung im Abstand von 3 Monaten, welcher sich danach in einen 6-monatigen Intervall ausdehnt. Ab dem 6. Jahr nach Abschluss der Therapie erfolgen die Untersuchungen nur noch jährlich.

Stadieneinteilung Gebärmutterhalskrebs nach FIGO Klassifikation

TNM	FIGO	Tumorausdehnung
TX		Primärtumor nicht beurteilbar
Tis	0	Carcinoma in situ (Krebs am Ursprungsort)
T1	I	Tumor begrenzt auf die Gebärmutter
T1a	IA	Mikroskopisch diagnostiziertes Karzinom mit max. Eindringen in das umgebende Bindegewebe von < 5 mm
T1a1	IA1	Eindringen v. Krebszellen in das umgebende Bindegewebe < 3 mm
T1a2	IA2	Eindringen v. Krebszellen in das umgebende Bindegewebe ≥ 3 mm bis < 5 mm
T1b	IB	jedes klinisch diagnostizierte Karzinom oder jedes mikroskopisch diagnostizierte Karzinom größer als IA2, Läsion auf Zervix begrenzt
T1b1	IB1	Tumor ≥ 5 mm Stromainvasion und < 2 cm
T1b2	IB2	Tumor ≥ 2 cm und < 4 cm
T1b3	IB3	Tumor ≥ 4 cm
T2II		Ausdehnung über die Gebärmutter hinaus, Beckenwand und Scheide frei
T2a	IIA	Tumorausdehnung auf die oberen zwei Drittel der Scheide
T2a1	IIA1	Tumor < 4 cm
T2a2	IIA2	Tumor ≥ 4 cm
T2b	IIB	Tumorausdehnung i.d. Beckenbindegewebe, ohne die Beckenwand zu erreichen
T3	III	Ausdehnung bis in die Beckenwand oder in das untere Drittel der Scheide
T3a	IIIA	Ausdehnung in das untere Drittel der Scheide
T3b	IIIB	Tumorausbreitung bis Beckenwand und/oder Nierenstau oder stumme Niere
N1, N2	IIIC	Tumorausd. LK im Becken und/oder entlang der großen Bauchschlagader
T4	IV	Tumorinfiltration der Beckenorgane und Fernmetastasen
T4a	IVA	Tumorausdehnung in Blasen- und/oder Mastdarmschleimhaut
M1	IVB	Fernmetastasen

Schamlippen- und Scheidenkrebs



**Prim. Priv.- Doz.
Dr. Thomas
AIGMÜLLER**

Vorstandsmitglied
der AGO, Abteilung
für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe, LKH
Hochsteiermark, Leoben

*Hautveränderungen
der Scheide oder der
Schamlippen sind nach
wie vor ein Tabuthema,
weshalb viele Frauen
diese zunächst verleugnen.
Umso wichtiger
sind ausreichende
Aufklärung und regel-
mäßige gynäkologische
Vorsorgeuntersuchungen.
Ein Großteil an
Krebskrankungen
von Scheide und
Schamlippen kann
durch eine prophylaktische
HPV-Impfung
vermieden werden.
Daher empfehle ich
die HPV-Impfung
laut österreichischem
Impfplan schon in der
Schule für 9-12-jährige
Mädchen und Buben
wahrzunehmen.*

Scheiden- (*Vaginal-*) und Schamlippenkrebs (*Vulvakarzinom*) sind mit 4 pro 1.000.000 Frauen pro Jahr bzw. mit 1-2 Frauen pro 100.000 Frauen pro Jahr sehr seltene Erkrankungen. Der Altersgipfel liegt bei über 60 Jahren. Ungefähr 25% der Schamlippenkrebs Erkrankungen treten vor dem 50. Lebensjahr auf, wobei die Tendenz steigend ist. Der Großteil davon ist assoziiert mit einer Infektion mit Humanen Papilloma Viren (HPV).

Ursachen

Risikofaktoren für die Entstehung von Schamlippen- und Scheidenkrebs sind das Vorliegen einer möglichen Krebsvorstufe – einer vulvären/vaginalen intraepithelialen Neoplasie (VIN/VAIN), ein Lichen sclerosus, das Vorliegen einer HPV-bedingten Vorerkrankung

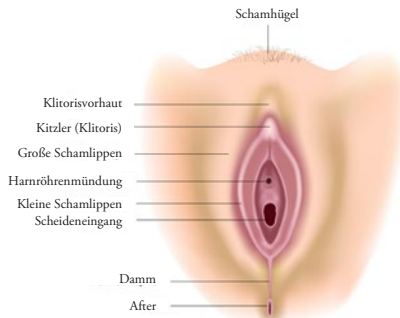
(z.B. Konisation bei Gebärmutterhalskrankung), Zigarettenkonsum oder eine Schwächung des Immunsystems.

Zwei unterschiedliche Entstehungsmechanismen von Schamlippenkrebs sind bis dato bekannt. Der erste beruht dabei auf einer **Infektion mit HPV** – vor allem HPV 16 und 18, der zweite auf der Basis einer **chronischen Entzündung oder autoimmunen Reaktion** (*Lichen sclerosus*).

Symptome

Schamlippenkrebs präsentiert sich immer mit einer Hautveränderung im Bereich der Schamlippen, die entweder ohne Beschwerden abläuft oder mit Juckreiz, Brennen oder Blutungen verbunden sein kann.

Scheidenkrebs wird meist erst in einem fortgeschrittenen Stadium symptomatisch. Zu den ersten Auffälligkeiten zählen **blutiger Ausfluss oder auch Scheidenblutungen**, die z.B. nach Sexualkontakt auftreten. Hat sich der Tumor auf umliegendes Gewebe oder weitere Organe ausgebreitet, können **Unterleibschmerzen oder Organstörungen** (Harnblase, Darm) auftreten.



Diagnose

Bei der gynäkologischen Untersuchung betrachtet der Arzt / die Ärztin die Schleimhaut von Scheide, Gebärmutterhals und

Schamlippen mit Hilfe einer Vergrößerungsoptik, dem **Kolposkop** (*Kolposkopie und Vulvoskopie*), **um mögliche sichtbare Veränderungen zu entdecken.**

Stadieneinteilung Schamlippenkrebs nach FIGO und TNM Klassifikation

TNM Stadium	FIGO Stadium	Ausbreitung des Tumors
T-Stadium		
Tis	0	nicht infiltrierend, Carcinoma in situ
T1	I	Beschränkung auf äußeres Genitale und Damm
T1a	IA	Tiefe <1 mm und Durchmesser < 2 cm
T1b	IB	Tiefe >1 mm oder Durchmesser > 2 cm
T2	II	Befall des unteren Drittels von Harnröhre/Scheide oder des Anus
T3	IIIA	Befall der oberen zwei Drittel von Harnröhre/Scheide, Blasenschleimhaut, Rektumschleimhaut
T4	IVA	Fixierung des Tumors am Beckenknochen
N-Stadium		
N0		keine Lymphknotenmetastasen
N1		Lymphknotenmetastasen der Leisten folgender Eigenschaften:
N1a	IIIA	1-2 Lymphknotenmetastasen < 5 mm
N1b	IIIB	1 Lymphknotenmetastase > 5 mm
N2		Lymphknotenmetastasen der Leisten folgender Eigenschaften:
N2a	IIIA	3 Lymphknotenmetastasen < 5 mm
N2b	IIIB	> 2 Lymphknotenmetastasen > 5 mm
N2c	IIIC	Lymphknotenmetastase(n) mit extrakapsulärer Ausbreitung
N3	IVA	Fixierte oder ulzerierte Lymphknotenmetastasen der Leisten
M-Stadium		
M0		keine Fernmetastasen
M1	IVB	Fernmetastasen (inkl. Lymphknotenmetastasen im kleinen Becken)

„FIGO“ =

Abkürzung für die Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Letzte Aktualisierung für Schamlippenkrebs = Version 2009

TNM-Klassifikation (AJCC UICC

8th edition):

T = Tumor, Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors

N = Nodus (lateinisch Nodus lymphoideus = Lymphknoten) Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen

M = Metastasen, Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

*

„FIGO“ =

Abkürzung für die Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Letzte Aktualisierung für Scheidenkrebs =
Version 2018

**

TNM-Klassifikation (AJCC UICC

8th edition):

T = Tumor, Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors

N = Nodus (lateinisch Nodus lymphoideus = Lymphknoten) Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen

M = Metastasen, Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

Danach werden die Scheide und die Schamlippen nach Verfestigungen des Gewebes abgetastet. Auch Abstriche für Zytologie und HPV-Diagnostik werden vom Gebärmutterhals bzw. der Scheide abgenommen. Bestehen Auffälligkeiten bzw. der konkrete Verdacht auf Scheidenkrebs/Schamlippenkrebs oder eine mögliche Vorstufe, wird eine Biopsie durchgeführt und unter dem Mikroskop durch

einen Pathologen/eine Pathologin untersucht. Wenn feststeht, dass es sich um Scheidenkrebs/Schamlippenkrebs handelt, werden weitere Untersuchungen vorgenommen, um das Tumorstadium festzustellen (z.B. Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanz, Computertomographie). **Eingeteilt werden die Tumorstadien nach den sogenannten FIGO*- und TNM**-Klassifikationen (siehe Kästen).**

Stadieneinteilung Scheidenkrebs nach FIGO und TNM Klassifikation

TNM	FIGO	Ausbreitung des Tumors
T-Stadium		
T1	I	Tumor auf die Scheide begrenzt
T1a	I	Durchmesser <2 cm
T1b	I	Durchmesser >2 cm
T2	II	Tumorausbreitung in das die Scheide umgebende Gewebe, aber nicht bis zur Beckenwand
T2a	II	Durchmesser <2 cm
T2b	II	Durchmesser >2 cm
T3	III	Tumorausbreitung bis zur Beckenwand und/oder Harnstauungsniere
T4	IVA	Infiltration der Schleimhaut von Blase oder Mastdarm und/oder Überschreitung des kleinen Beckens
N-Stadium		
N0		keine Lymphknotenmetastasen
N1	III	Lymphknotenmetastasen der Leisten oder im kleinen Becken
M-Stadium		
M0		keine Fernmetastasen
M1	IVB	Fernmetastasen

Therapie des Scheiden- und Schamlippenkrebses

Die **Therapie des Schamlippenkrebses** besteht in den meisten Fällen aus der **operativen Entfernung des Tumors** im Bereich der Schamlippen. Je nach Größe und Lage des Tumors müssen dabei oft größere Teile oder sogar das gesamte äußere Genitale entfernt werden.

Ab einer Eindringtiefe des Tumors von 1mm steigt das Risiko für Tumorstreue in Lymphknoten der Leisten, so dass je nach Lage des Tumors die Lymphknoten einer oder beider Leisten entfernt werden. Liegt kein verdächtiger Lymphknoten vor und ist der Tumor <4 cm reicht es aus, den sogenannten **Wächterlymphknoten (Sentinellymphknoten)** zu entfernen. Dadurch können Risiken von Nebenwirkungen der Operation wie Wundheilungsstörungen und Lymphabflussstörungen verringert werden.

Eine **Strahlentherapie** kann im Anschluss an die Operation („*adjuvant*“) angewandt werden, um das Risiko für einen Rückfall zu verringern. Im Allgemeinen wird dies empfohlen, wenn der Tumor

nicht oder nur knapp im Gesunden entfernt wurde und/oder wenn Lymphknotenmetastasen vorliegen. Bei lokal fortgeschrittenem Schamlippenkrebs, oder wenn eine Operation aus sonstigen gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, wird eine **Strahlentherapie, evtl. in Kombination mit einer Chemotherapie** als primäre Therapie gewählt. Durch die unmittelbare Nähe des äußeren Genitale zu Blase und Mastdarm können auch bei sorgfältiger Planung und Durchführung der Strahlentherapie oft unangenehme und manchmal bleibende Nebenwirkungen auftreten.

Die **Therapie des Scheidenkrebses** ist eine sehr individuelle, die sich nach Größe, Lokalisation und Ausbreitung richtet. Kleine Tumore können **operativ entfernt** werden. Je nach Lokalisation des Tumors lehnt sich die Therapie dabei an die des Schamlippen- oder Gebärmutterhalskrebses an. Dies betrifft insbesondere die Entfernung von Lymphknoten der Leiste und/oder des Beckens. Größere Tumore werden meist durch eine **Strahlentherapie** behandelt, die zum einen als innere Bestrahlung (*Brachytherapie*) der Scheide und zum anderen von außen über die



Univ.-Prof.

Dr. Paul SEVELDA

über Wissenswertes
zur Strahlentherapie.
Holen Sie sich das
Experten-Video
kostenlos auf Ihr
Handy!

[www.youtube.com/
watch?v=Jory3KNT8lw](https://www.youtube.com/watch?v=Jory3KNT8lw)

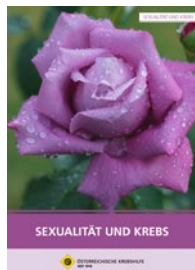
Haut (*Teletherapie*) durchgeführt wird. Auch eine **Kombination der Strahlentherapie mit einer Chemotherapie** ist dabei oft notwendig.

Prognose & Nachsorge

Bei früher Diagnose und Therapie sind die Heilungschancen gut (5-Jahresüberleben Schamlippenkrebs Stadium I = ca. 78,5%; Scheidenkrebs Stadium I = ca. 77,6%). Je nach ursprünglicher Tumorgöße und -ausbreitung verhalten sich auch die **Risiken für**

einen Rückfall. Dieser tritt meistens in Form eines Lokalrezidivs im Bereich der Schamlippen oder der Scheide auf. Um so wichtiger sind deshalb regelmäßige **gynäkologische Nachsorgekontrollen über Jahre**, in den ersten 3 Jahren alle 3 Monate. Bei selbst bemerkten Auffälligkeiten bitte umgehend den Arzt/die Ärztin informieren!

Nicht unterschätzt werden dürfen natürlich die **Folgen der Erkrankung und der Therapie** auf das psychische Wohlbefinden und die **Sexualität** der betroffenen Frauen.



„Zärtlichkeit & Sexualität“

Lesen Sie mehr zu einem Thema, das viel zu oft noch tabuisiert wird, in der Krebshilfe-Broschüre „Sexualität und Krebs“. Erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland und als Download unter <https://www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/9>

Sarkom der Gebärmutter

Das Sarkom ist ein seltener* bösartiger Tumor, der sich von den Muskelzellen der Gebärmutterwand ableitet (*Leiomyosarkom*). Sarkome treten meist im höheren Lebensalter auf und stellen oft einen unerwarteten feingeweblichen Befund nach der Gebärmutterentfernung (*seltener anlässlich einer Curettage***) dar.

Ursache

Die Ursache von Gebärmuttersarkomen ist unbekannt. Manchmal ist die Erkrankung erblich bedingt. Afrikanische Frauen erkranken doppelt so häufig im Vergleich mit Europäerinnen oder Asiatinnen.

Symptome

- **Blutungsstörungen der Gebärmutter** (Blutungen nach den Wechseljahren oder außerhalb der normalen Regel)
- Unterbauchschmerzen (selten)
- Bei fortgeschrittenen Stadien zuerst Atemnot, Husten und Oberbauchbeschwerden (bei Metastasen)
- Extrem selten kann sich ein Sarkom aus einem gutartigen Muskelknoten (*Myom*) entwickeln.

Diagnostik

Gebärmuttersarkome können nur durch eine feingewebliche Unter-

suchung unter dem Mikroskop, im Anschluss an einer Operation festgestellt werden. Es gibt verschiedene Arten von Gebärmuttersarkomen – je nachdem, von welchen Zellen der Krebs ausgeht.***

Therapie

Tumorstadium und Tumorgröße sind wichtige Parameter. **In den meisten Fällen handelt es sich um ein frühes Stadium (Stadium I)** - Stadieneinteilung siehe nächste Seite. Die Behandlung der Wahl bei Erstdiagnose ist die Operation (*Entfernung der Gebärmutter, meist auch der Eierstöcke, selten der Lymphknoten*). Eine Chemotherapie wird nur in Einzelfällen erwogen. Auch die Strahlentherapie besitzt eher eine untergeordnete Rolle beim Gebärmuttersarkom, kann aber v.a. bei Blutungskomplikationen (*z.B. infolge Tumor-Befall der Scheide*) eingesetzt werden. Die Therapieempfehlung hängt von der Sarkomart und vom Stadium (Ausbreitung) der Erkrankung ab.

Rezidiv

Wie häufig es zu einem Rückfall kommt, hängt hauptsächlich vom Tumorstadium bei Erstdiagnose und von der Art der Sarkomzellen ab. Im Falle eines erneuten Auftretens der Erkrankung kann



Dr.in Vassiliki KOLOVETSIOU-KREINER

Vorstandsmitglied der AGO, Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und MedUni Graz

* 2-3 von 100.000 Frauen erkranken an einem Gebärmuttersarkom

** *Curettage* = Ausschabung der Gebärmutterhöhle

*** z.B.: *Leiomyosarkome* aus den Muskelzellen der Gebärmutter oder *Endometriane Stromasarkome* aus dem stützenden Bindegewebe der Gebärmutterschleimhaut

* Zielgerichtete Therapien = Medikamente die sich gegen spezielle Eigenschaften von Krebszellen richten.

bei einem kleinen Teil der Patientinnen die operative Entfernung einzelner Metastasen (z.B. in Lunge oder Bauchraum) sinnvollerweise durchgeführt werden. Bei einem bestimmten Tumortyp (*endometriales Stromasarkom*) kann selbst eine mehrfache Entfernung von Metastasen mit Erfolg durchgeführt werden. Meist ist eine **Chemotherapie** notwendig. Auch **zielgerichtete Therapien** können zum Einsatz kommen. In Einzelfällen sind Gebärmuttersarkome auch hormonempfindlich, sodass eine **Antihormontherapie** eingesetzt werden kann.

Nachsorge

Am häufigsten treten Rückfälle in den ersten 2 Jahren nach Diagnose auf. **Daher werden in den ersten 3 Jahren 3-monatliche Nachkontrollen empfohlen**, diese beinhalten eine gynäkologische Untersuchung und eventuell einen Ultraschall. Bei klinischen Krankheitszeichen sollte eine gezielte Abklärung mittels bildgebender Untersuchungen (CT, MRT oder PET) erfolgen. Gerade seltene bösartige Tumoren sollten in einem gynäkologisch onkologischen Zentrum behandelt werden. Im Zweifelsfall ist die Einholung einer Zweitmeinung zu erwägen.

„FIGO“ =
Abkürzung für die
Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Stadieneinteilung Sarkom der Gebärmutter nach FIGO Klassifikation

Stadium	I	Tumor auf die Gebärmutter beschränkt
	Ia	Tumor kleiner als 5 cm
Stadium	Ib	Tumor größer als 5 cm
	II	Der Tumor greift auf das Becken über
Stadium	IIa	Befall der Eierstöcke, Eileiter (Adnexe)
	IIb	Befall des Beckengewebes außerhalb der Gebärmutterhöhle
	III	Befall des Bauchraums
Stadium	IIIa	1 Lokalisation
	IIIb	mehr als 1 Lokalisation
	IIIc	Metastasen in den Lymphknoten im Beckenbereich bzw. im Bereich der Aorta
Stadium	IVa	Tumoreinbruch in Harnblase und/oder Enddarm
	IVb	Fernmetastasen

Keimzelltumor des Eierstocks

Keimzelltumore des Eierstocks sind seltene Tumore die überwiegend bei Kindern, Jugendlichen und jungen Frauen auftreten. Sie stellen zudem den häufigsten gynäkologischen Tumor in der Schwangerschaft dar. Häufig produzieren die Keimzelltumore Tumormarker, insbesondere AFP (*Alpha-Fetoprotein*) und/oder HCG (*Humanes Choriongonadotropin*). Diese Marker können für Diagnose, Therapieplanung und Nachsorge herangezogen werden.

Die meisten Fälle werden im Rahmen gynäkologischer Routineuntersuchungen entdeckt. In zahlreichen Fällen liegt bei Diagnose ein Frühstadium mit Befall nur eines Eierstocks vor.

Symptome

Keimzelltumoren verursachen häufig nur wenige oder unspezifische Beschwerden. Mögliche Symptome sind diffuse Unterbauchschmerzen, akute Schmerzen durch Verdrehung des Tumors mit Durchblutungsstörung des Eierstocks (*Ovarialtorsion*), Bauchumfangszunahme oder Druckgefühl.

Therapie

Das Tumorstadium ist der wichtigste klinische Parameter. Die Primärtherapie ist die Operation mit

vollständiger Tumorentfernung. Bei jungen Patientinnen ist meist eine fertilitätserhaltende Operation möglich (*Meist ist nur eine einseitige Entfernung des Eierstocks notwendig und keine Entfernung der Gebärmutter*).

Bei fortgeschrittenem Stadium ist eine Chemotherapie erforderlich, ebenso (selten) bei bestimmten Hochrisikokonstellationen im Frühstadium

Rezidiv

Beim Wiederauftreten des Keimzelltumors mit Tochtergeschwülsten ist meist eine Chemotherapie notwendig. Auch die Strahlentherapie ist bei diesem Tumor hochwirksam.

Nachsorge

Gynäkologische Kontrollen alle 3 Monate werden in den ersten 2-3 Jahren empfohlen. Danach werden die Kontrollintervalle ausgedehnt.

Kinderwunsch

Schwangerschaften sind nach Therapie häufig möglich. Eine vorausgegangene Chemotherapie führt in der Regel nicht zu einem erhöhten Risiko für das ungeborene Kind. Fertilitätserhalt ist ein wichtiger Bestandteil der Therapieplanung (siehe S. 13).



**Dr.in Vassiliki
KOLOVETSIU-
KREINER**

Vorstandsmitglied der
AGO, Universitätsklinik
für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe und
MedUni Graz

Keimstrangtumor des Eierstocks

*Keimstrang-Stromatumoren**

(Sex-Cord-Stromatumoren) sind seltene

Eierstocktumoren, die überwiegend peri- und postmenopausal auftreten.

Insgesamt weisen Keimstrang-Stromatumoren* meist eine günstige Prognose auf. Ein Teil dieser Tumoren produziert **Hormone (v. a. Östrogene)**. Dadurch besteht bei 5–10 % der Patientinnen gleichzeitig eine Erkrankung der Gebärmutter-schleimhaut, insbesondere ein **Endometriumkarzinom**** (meist im Frühstadium) oder **Endometriumhyperplasie*****.

Symptome

Diese Tumore werden meist im Rahmen einer **gynäkologischen Routineuntersuchung** im Frühstadium entdeckt. Anzeichen können **abnorme Blutungen** aus der Gebärmutterhöhle, Unterbauchbeschwerden oder Druckgefühl sein.

Therapie

Wird der Tumor im Frühstadium entdeckt, ist die **Operation** die Therapie der Wahl. Diese umfasst meist die Entfernung beider Eierstöcke, der Gebärmutter und des großen Netzes im Bauchraum. Bei jungen Patientinnen mit bestehendem Kinderwunsch ist bei nur einseitigem Eierstockbefall auch das Zurücklassen des anderen Eierstockes und der Gebärmutter möglich. Erfolgt keine Entfernung der Gebärmutter, ist in jedem Fall eine Gebärmutter-

spiegelung und Ausschabung der Gebärmutter-schleimhaut nötig. Ab **höheren Tumorstadien** oder bei ungünstigen histologischen Risikofaktoren bzw. in Fällen von Tochtergeschwülsten wird eine **Chemotherapie** empfohlen.

Rezidiv

Bei Wiederauftreten des Tumors mit Tochtergeschwülsten kann häufig eine **chirurgische Entfernung von Einzelherden** im Bauchraum zum Erfolg führen. Meist ist danach aber eine **Chemotherapie** notwendig. In Einzelfällen kann eine Antihormontherapie das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen. In ausgewählten Fällen kann auch eine Strahlentherapie angewendet werden. Das Tumorstadium und die Tumorgroße sind die wichtigsten Prognoseparameter. Von Bedeutung ist die vollständige operative Tumorentfernung ohne Resttumor.

Nachsorge

Gynäkologische Kontrollen alle 3 Monate werden in den ersten 3 Jahren empfohlen. Danach können die Kontrollintervalle ausgedehnt werden. Die Nachsorge sollte aber über viele Jahre erfolgen, da auch Rückfälle nach langer Zeit möglich sind.

**** Endometriumkarzinom =** medizinischer Fachbegriff für Gebärmutter-schleimhautkrebs oder Gebärmutterkörperkrebs

***** Endometriumhyperplasie =** eine (meist gutartige) übermäßige Verdickung der Gebärmutter-schleimhaut (Endometrium). Sie entsteht durch ein hormonelles Ungleichgewicht – zu viel Östrogen bei zu wenig Gestagen – und kann als Krebsvorstufe gelten, weshalb sie oft behandelt wird.

Tumor des Mutterkuchens

Es handelt sich um sehr seltene Erkrankungen die typischerweise bei Patientinnen im gebärfähigen Alter auftreten. Zum Zeitpunkt der Diagnose liegt **meist ein Frühstadium** vor, bei dem der Tumor auf die Gebärmutter beschränkt ist. Charakteristisch ist die erhöhte Produktion von HCG*, einem Hormon, das normalerweise in der Schwangerschaft gebildet wird. Der HCG-Wert ist daher zentral für Diagnose, Therapieplanung und Nachsorge. Die definitive Diagnose erfolgt durch die **histologische Untersuchung**.

Symptome

Mögliche Beschwerden sind:

- **abnorme uterine Blutungen** nach Schwangerschaft, Fehlgeburt oder Eileiterschwangerschaft
- ausgeprägte Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft
- Abgang von (traubenartige) Gewebestrukturen (typisch bei Blasenmole)
- selten Unterbauchschmerzen
- bei Metastasen: Atemnot, Husten oder Oberbauchbeschwerden

Therapie

Trophoblasttumoren gehören zu den **am besten behandelbaren malignen Tumoren**. Wird der Tumor im Frühstadium entdeckt, ist

meist eine **Mono-Chemotherapie** mit Einzelsubstanzen, die nur sehr beschränkte Nebenwirkungen aufweisen, notwendig. In Fällen von Tochtergeschwülsten kommt eine Chemotherapie **in Kombination mit mehreren Substanzen** zum Einsatz. Nur sehr selten ist eine Gebärmutterentfernung (*Hysterektomie*) notwendig.

Rezidiv

Bei Wiederauftreten des Tumors und Tochtergeschwülsten ist meist ist eine erneute **Chemotherapie** notwendig. Auch die chirurgische Entfernung einzelner Tochtergeschwülste oder der Gebärmutter kommen in Frage. Die Strahlentherapie besitzt insgesamt eine untergeordnete Rolle, kann aber vor allem bei Tochtergeschwülsten im Gehirn wirksam sein.

Nachsorge

Die Nachsorge konzentriert sich auf die **regelmäßige Kontrollen des HCG-Wertes** bzw. klinische Untersuchungen. Im 1. Jahr nach Abschluss der Therapie sollte auf eine effektive Empfängnisverhütung* geachtet werden. Schwangerschaften sind meist ab etwa 12 Monaten nach Therapie möglich. Eine vorausgegangene Chemotherapie erhöht in der Regel nicht das Risiko für das ungeborene Kind.

Trophoblasttumore ist eine Sammelbezeichnung für seltene Tumoren, die aus Zellen der Plazenta (des Mutterkuchens) hervorgehen.

* **HCG** =
humanes Choriongonadotropin

**
z. B. mit der Pille

Patient:innenrechte

Der **Abschnitt 1** der Patientencharta regelt „Grundsätzliches“.

Artikel 2

Die Persönlichkeitsrechte der Patient:innen sind besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren.

Artikel 3

Patient:innen dürfen auf Grund des Verdachtes oder des Vorliegens einer Krankheit nicht diskriminiert werden.

Die Patient:innenrechte sind in der so genannten „**Patientencharta**“ zusammengefasst. Diese beinhaltet folgende Punkte:

- ➔ Recht auf Behandlung und Pflege
- ➔ Recht auf Achtung der Würde und Integrität
- ➔ Recht auf Selbstbestimmung und Information
- ➔ Recht auf Dokumentation
- ➔ Besondere Bestimmungen für Kinder
- ➔ Vertretung von Patient:inneninteressen
- ➔ Durchführung von Schadenersatzansprüchen

➤ Haben Angehörige ein Recht auf Mitbestimmung?

Bei volljährigen Patient:innen haben Angehörige grundsätzlich kein Recht auf Mitbestimmung. Ausnahme: Wenn der/die Patient:in (bei mangelnder Willensbildungsfähigkeit) im Vorhinein mit einer Vorsorgevollmacht eine andere Person (z. B. einen Verwandten/Angehörigen) zu seinem/ihrer Stellvertreter:in bestimmt hat. Eine Ausnahme besteht auch, wenn es sich um keine weitreichende medizinische Entscheidung handelt. In

diesem Fall kann ein Verwandter oder Angehöriger mit der sogenannten „gesetzlichen Vertretungsmacht der nahen Angehörigen“ für den/die Patient:in entscheiden (siehe „Patientenverfügung“).

➤ Wer entscheidet, wenn der Patient/die Patientin nicht ansprechbar ist?

Wenn der/die Patient:in nicht selbst entscheiden kann und eine verbindliche Patientenverfügung vorliegt, haben Ärzt:innen nach dem festgelegten Willen in der Patientenverfügung vorzugehen. Ist der mutmaßliche Wille nicht zweifelsfrei erkennbar, haben Ärzt:innen nach bestem Wissen und Gewissen das Erforderliche und medizinisch Notwendige zu unternehmen, um das Leben von Patient:innen zu retten oder die Gesundheit zu erhalten. In diesem Fall gilt der Grundsatz „**Im Zweifel für das Leben**“ und es sind alle medizinisch noch sinnvollen Behandlungen durchzuführen. Jeder Mensch sollte eine Patientenverfügung erstellen, wenn man festhalten möchte, welche medizinische Maßnahmen getroffen werden dürfen, wenn man zu einer diesbezüglichen Meinungs-

Patientenverfügung

äußerung selbst nicht mehr in der Lage sein sollte (z. B. bei Bewusstlosigkeit). Dies betrifft vor allem Wiederbelebung sowie lebensverlängernde Maßnahmen wie künstliche Beatmung und Ernährung. Im Patientenverfügungsgesetz (PatVG) wird zwischen verbindlichen Patientenverfügungen und solchen, die zwar nicht verbindlich sind, aber trotzdem der Ermittlung des Willens der Patient:innen zugrundezulegen sind, unterschieden.

➤ Voraussetzung

Voraussetzung für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung ist eine **umfassende ärztliche Aufklärung**. Sie muss schriftlich mit Angabe des Datums vor einem/r **Rechtsanwält:in/Notar:in**/rechtskundigen Mitarbeiter:in der Patientenvertretung oder eines Erwachsenenschutzvereins errichtet werden. **Sie bleibt für acht Jahre verbindlich** (außer der/die Patient:in hat eine kürzere Frist bestimmt) und muss dann wieder bestätigt werden. Jede Person, die eine Patientenverfügung errichten will, muss in der Lage sein, Grund und Bedeutung der abgelehnten Behandlung zu verstehen.

➤ Patienten-Verfügungsregister

Jede Patientenverfügung kann auf Wunsch im Patientenverfügungsregister **des österreichischen Notariats sowie der österreichischen Rechtsanwälte** registriert werden. In Kooperation mit dem österreichischen Roten Kreuz besteht eine österreichweit verfügbare Einsichtsmöglichkeit für Krankenanstalten in das Patientenverfügungsregister. Quelle und weitere Informationen:

<https://www.oerak.at/buergerservice/servicecorner/patientenverfuegungsregister>



➤ Vertrauensperson

In der Patientenverfügung kann eine Vertrauensperson bestimmt werden, die das Recht hat, im gleichen Ausmaß wie der/die Patient:in, Auskunft über den Gesundheitszustand zu bekommen. Eine Vertrauensperson hat jedoch kein Mitspracherecht bei Entscheidungen.

EINSICHT IN PATIENTENAKTEN

Patient:innen haben ein unbeschränktes Recht auf Einsicht in ihre ärztliche Dokumentation. Gleiches gilt für die Herausgabe der Befunde. Der Arzt/die Ärztin ist dazu verpflichtet, dem Patienten/der Patientin auf Wunsch eine Kopie der Unterlagen auszuhändigen. Patient:innen, die sich nicht von ELGA abgemeldet haben, können auf diesem Weg direkt Einsicht in ihre Akte nehmen.

HABEN ANGEHÖRIGE EIN RECHT AUF AUSKUNFT?

Angehörige haben grundsätzlich kein Recht auf Auskunft. Patient:innen können jedoch Vertrauenspersonen benennen, die Informationen erhalten dürfen oder eine Vollmacht ausstellen, die Angehörige berechtigt, z. B. Krankenunterlagen anzufordern. Ist jemand nicht mehr entscheidungsfähig, kann die Erwachsenenvertretung oder eine vorsorgebevollmächtigte Person Einsicht nehmen.

Wenn die Erkrankung fortschreitet

Ist das jetzt das Ende?

Das Wort „Palliativ“ taucht oft erstmals im Befund auf, meist in Verbindung mit der empfohlenen Therapie (z. B. „palliative Chemie“) oder mit dem Angebot zur Aufnahme in eine Palliativstation. Dies wird von Patientinnen und Angehörigen vielfach gleichgesetzt mit dem unmittelbar bevorstehenden Tod. Eine häufige Reaktion ist:

„Sie haben mich aufgegeben.“

Das Gegenteil ist der Fall. Unter „Palliative Care“ versteht man die aktive, ganzheitliche Versorgung von Menschen, die mit einer unheilbaren Erkrankung konfrontiert sind. Patientinnen und ihre Bedürfnisse – und nicht nur ihre Erkrankung – stehen mehr denn je im Mittelpunkt. Das gilt auch Angehörige.

Im Vordergrund stehen die Stabilisierung des Krankheitsverlaufes, die größtmögliche Lebensqualität durch Schmerz- und Symptombehandlung sowie die Linderung von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen.

Ein interprofessionelles Team kümmert sich um Sie!

In der „Palliative Care“ steht Patientinnen und Angehörigen ein Team aus Palliativmediziner:innen, Expert:innen der Pflege, Psycho-Onkolog:innen uvm. zur Verfügung. Sie alle haben ein Ziel: Erkrankten ein gutes, selbstbestimmtes und möglichst langes, schmerzfreies Leben zu ermöglichen und Angehörige miteinander zu unterstützen.

Palliativmedizin

Die Palliativmedizin lindert Beschwerden, die durch Krebs ausgelöst werden. Schmerzmittel und Medikamente gegen Übelkeit, Atemnot, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen werden dabei häufig eingesetzt.

Palliativpflege

Die Palliativpflege kann mit ergänzenden und pflegerischen Maßnahmen viel zur Linderung von Symptomen beitragen.



Lesen Sie mehr zu „Bestmöglicher Lebensqualität für Menschen mit fortgeschrittener Krebserkrankung“ in der gleichlautenden Krebshilfe-Broschüre. Erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland oder als Download unter nachstehendem Link oder QR-Code.
www.krebshilfe.net/services/broschueren/broschuere/32



Psychoonkologische, psychologische und psychosoziale Betreuung

Ängste und Sorgen können mit psychoonkologischer, psychologischer und psychosozialer Betreuung und Begleitung aufgefangen werden. Patientinnen und ihre Angehörigen werden bei der Suche nach geeigneten Therapie- und Betreuungsangeboten unterstützt und von einem professionellen Team begleitet.

Hilfreiche Adressen

In der Krebshilfe-Broschüre „Bestmögliche Lebensqualität für Menschen mit fortgeschrittener Krebserkrankung“ finden Sie wichtige und hilfreiche Informationen zu diesem Thema, vor allem auch Kontaktdaten **aller Stellen in ganz Österreich, die palliative Versorgung leisten bzw. Hilfe und Unterstützung anbieten.**

TIPP: PODCAST „Hochpalliativ“

Für die beiden Palliativmedizinerinnen Lea Kum und Eva Masel ist es nicht nur ein berufliches Anliegen, Betroffene und Angehörige zu informieren und darüber aufzuklären, dass es bei „Palliative Care“ vor allem ums Leben geht und nicht ausschließlich ums Sterben. In der Podcast-Serie „HOCH-PALLIATIV“ sprechen die beiden Medizinerinnen alle Bereiche der Palliative Care an.

<https://hochpalliativ.podigee.io>



Und bitte vergessen Sie nicht: Die Krebshilfe-Berater:innen sind österreichweit für Patient:innen und Angehörige da.



**Univ.-Prof.ⁱⁿ
Priv.-Doz.ⁱⁿ DDR.ⁱⁿ
Eva Katharina
MASEL, MSc**

Abteilungsleiterin an der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin, MedUniWien; Vorstand der Österr. Palliativgesellschaft und der Österr. Krebshilfe

Nicht wenige Patientinnen haben Angst, in Kontakt mit diesem Bereich der Medizin zu treten, da sie damit das Ende des Lebens und Hoffnungslosigkeit verbinden. Das führt leider nicht selten aufgrund von falschen Vorurteilen dazu, dass Patientinnen erst sehr spät mit dem Fachgebiet der Palliativmedizin in Berührung kommen. Es ist jedoch wissenschaftlich erwiesen, dass ein früher Kontakt mit einem Palliativteam die Lebensqualität verbessern, das Auftreten von Angst und Depression vermindern sowie das Leben verlängern kann.

Aktionen gegen Unterleibskrebs



„WorldGODay“ (20.9.) Welttag der Gynäkologischen Onkologie

Mit der Etablierung eines „Welt-tages der gynäkologischen On-kologie“, der u. a. durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Europäische Parla-ment, die Europäische Gesellschaft für gynäkologische Onkologie (ESGO) und dem Europäischen Netzwerk für gynäkologische Selbsthilfegruppen (ENGAGE) unterstützt wird, bekam das Thema „Unterleibskrebs“ verstärkt Aufmerksamkeit. Die Arbeits-gemeinschaft für gynäkologische Onkologie (AGO) und die Öster-reichische Krebshilfe thematisieren jedes Jahr rund um den Welttag das Thema „Unterleibskrebs“ in der Öffentlichkeit.

Die Österreichische Krebshilfe ist seit 2021 stolze Partnerin des Europäischen Netzwerks von Pa-tientinnenvertretungsgruppen für Unterleibskrebs (ENGAGE).



WHO-Aktionstag zur Eliminierung von Gebärmutterhalskrebs (17.11.)

Im August 2020 verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Resolution, in der die Beseitigung von Gebärmutter-halskrebs gefordert und eine Stra-tegie zur Umsetzung verabschiedet wurde. 194 Länder haben sich den Zielen für 2030 angeschlossen:

- 90 % HPV-Durchimpfungsrate
- 70 % Screening-Abdeckung
- 90 % Zugang zur Behandlung von Gebärmutterhalskrebs einschließlich Zugang zu Palliativmedizin

Am 17.11.2020, nach dem Ende der 73. Versammlung der WHO, erfolgt der offizielle Start im Rahmen einer von der WHO ausgerichteten virtuellen Veranstal-tung. Gleichzeitig werden unter anderem Denkmäler und Ge-bäude auf der ganzen Welt in der Farbe Petrol/Blaugrün beleuchtet, der Farbe des Bewusstseins für Gebärmutterhalskrebs.

Auf Initiative von Dr. Christian Schauer (AGO-Past Präsident) beleuchten AGO und Krebshilfe jedes Jahr Sehenswürdigkeiten in Österreich in „Petrol“.

Foto: Julian Copony/Wiener Riesenrad



Wiener Riesenrad, 2021

Assoz.-Prof. Dr. Christoph GRIMM, Univ.-Prof. Dr. Paul SEVELDA, Doris KIEFHABER, Dr. Christian SCHAUER, Wajden BYLOFF

Foto: martin.schoenbauer.com



Grazer Uhrturn, 2022

Dr. Christian SCHAUER, Initiator, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Florentia PEINTINGER, Assoz.-Prof. Dr. Christoph GRIMM

Foto: hoflehner



Ars electronica, 2023

Univ.-Prof. Dr. Lukas HEFLER, Assoz.-Prof. Dr. Christoph GRIMM, Maria SAUER, Univ.-Prof. Dr. Paul SEVELDA, NRAbg. Dr. Werner SAXINGER



Bergisel, 2024

Univ.-Prof. Dr. Christian MARTH, Univ.-Prof. Dr. Paul SEVELDA, MMag.^a Dr.ⁱⁿ Cornelia HAGELE, Assoz.-Prof. Dr. Christoph GRIMM,

Foto: Philip Grausam



Schloss Landskron, 2025

Mag. Stephan SPIEGEL, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Nicole CONCIN, Univ.-Prof. Dr. Thorsten FISCHER, Priv.- Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Irina TSIBULAK



„Grüne Socken“

Aktion „Grüne Socken“ für Unterleibskrebspatientinnen

Andrea Krull gründete die Aktion „Grüne Socken“, weil ihre Freundin an Eierstockkrebs erkrankt war und durch die Chemotherapie sehr häufig froh. Da die Lieblingsfarbe der Freundin Grün war, wollte Andrea Krull ihr warme, grüne Socken stricken. Die Freundin verstarb leider, bevor die Socken fertig waren. Für Andrea Krull waren die Socken aber dennoch eine Art Zeichen und als damals 1. Vorsitzende des Vereins „Eierstockkrebs e.V.“ gründete sie die Aktion „Grüne Socken“ in Deutschland, die vom ersten Tag an ein großer Erfolg wurde.

Auf Initiative von **Brigitte Senger**, die den YouTube-Kanal „kni-tandshine“ betreibt und von der Aktion begeistert war, brachten Andrea Krull und Krebshilfe-Geschäftsführerin **Doris Kiefhaber** die Aktion 2021 nach Österreich. Mit dem Nikolo-Tag 2021 (6.12.) startete die Aktion erstmals in Österreich.

Bis dato (2026) erhielt die Österreichische Krebshilfe **mehr als 1.250 Paar grüne Socken** - mit viel Liebe und positiven Gedanken

handgestrickt von Frauen in ganz Österreich. Für viele Patientinnen ist dieses Geschenk weit mehr als ein Kleidungsstück: Es wurde zu einem **sichtbaren Zeichen von Verbundenheit und Hoffnung**.



Informationen zur Aktion „Grüne Socken“ für Unterleibskrebspatientinnen finden Sie unter <https://unterleibskrebs-oesterreich.at/mitmachen-bei-gruene-socken/>



Krebshilfe-GF Doris Kiefhaber bei der Übergabe der ersten grünen Socken an Krebshilfe-Präsidentin Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda



† **Andrea KRULL**
Eierstockkrebs
Deutschland e.V.

Andrea Krull wurde im März 2020 für ihr beispielhaftes Engagement mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet. 2025 verstarb Andrea Krull. Lesen Sie hier den berührenden Nachruf von Univ.-Prof. Dr. Jahid Sehouli, Berlin, für die AGO Deutschland.
<https://www.ago-online.de/news/nachruf-auf-andrea-krull>

Die Aktion wird in Österreich in liebevollem Gedenken an Andrea Krull fortgesetzt.



Aktion „Pinker Schal“ für Brustkrebspatientinnen

Nun wird die Aktion weitergetragen und ausgebaut – für Frauen mit Brustkrebs. In Anlehnung an die Pink Ribbon-Aktion der Österreichischen Krebshilfe entstand der „Pinke Schal für Brustkrebspatientinnen“: ein liebevoll gestricktes oder gehäkelt Symbol für Mut, Stärke und Zusammenhalt. So wie die „grünen Socken“ wird jeder Schal in Handarbeit gefertigt, mit einer persönlichen Banderole versehen und bei einem Krebshilfe-Landesverein in ganz Österreich abgegeben. Informationen zur Aktion „Pinke Schals“ für Brustkrebspatientinnen finden Sie unter <https://pinkribbon.at/pinker-schal>

Weitergabe an Patientinnen

Die Österreichische Krebshilfe beliefert **zertifizierte gynäkologische Zentren** regelmäßig mit „grünen Socken“ (die dann an Unterleibskrebspatientinnen während des Aufenthaltes in dem jeweiligen Zentrum weitergegeben werden) und **zertifizierte Brustzentren** mit pinken Schals (die dann an Brustkrebspatientinnen weitergegeben werden).

„Pinke Schals“

Werde Teil der Familie!

Wir freuen uns, wenn „Strickerinnen/Häklerinnen unserer **Facebook-Gruppe „Grüne Socken Österreich & Pinke Schals“** beitreten und uns auf Instagram folgen **#grünesockenösterreich**. Beitrittsanfragen für die FB-Gruppe <https://www.facebook.com/groups/957749984820317>



Doris KIEFHABER
Geschäftsführung
Österreichische
Krebshilfe

Ein starkes und berührendes Zeichen der Solidarität, wenn „unbekannte“ Frauen für „unbekannte“ Patientinnen Zeit widmen und vom Herzen kommende Wärme schenken.



Brigitte SENGER
YouTube-Kanal
„kнитandshine“

In jedem Paar handgestrickter Socken stecken viele Stunden Arbeit und viel Liebe. Schon während des Strickens denkt man an die Unbekannte, die diese Socken eines Tages tragen wird, und hofft, dass sie Wärme und Geborgenheit schenken. Ich freue mich sehr, dass wir die Aktion auf „Pinke Schals“ für Brustkrebspatientinnen erweitern konnten.

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)

7400 Oberwart, Dornburggasse 80
(Klinik Oberwart)

7350 Oberpullendorf, Spitalstraße 32
(Klinik Oberpullendorf)

- 8380 Jennersdorf, Hauptstraße 2
(Praxis Dr. Csuk-Miksch)

- 2460 Bruckneudorf/Bruck a. d. Leitha
(Praxis Mag. Anja Skarits-Haas)

- 7431 Bad Tatzmannsdorf, Am Kurpark 1
(BVAEB - Therapiezentrum Rosalienhof)

- 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, Völkermarkter Straße 25

Beratungsstellen in NIEDERÖSTERREICH

2700 Wr. Neustadt, Wiener Straße 69 (ÖGK)
Notfalltelefon: (0664) 323 7230
Tel.: (050766)12-2297 oder 2279
E-Mail: krebshilfe@krebshilfe-noe.at
www.krebshilfe-noe.at

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3
(bei ÖGK)
Tel.: (02742) 77404
stpoelten@krebshilfe-noe.at

3680 Persenbeug, Kirchenstraße 34,
(Alte Schule Gottsdorf)
Tel.: (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

3580 Horn, Hopfengartenstraße 21/2 (ÖGK),
Tel.: (0664)886 235 86
horn@krebshilfe-ooe.at

2230 Gänserndorf (in der ÖGK),
Tel.: (0664)323 72 31
mistelbach@krebshilfe-ooe.at

Beratungsstellen in OBERÖSTERREICH

4020 Linz, Harrachstraße 15/1
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. 27 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0664) 452 76 34
beratung-freistadt@krebshilfe-ooe.at

4810 Gmunden, Miller-von-Aichholz-Straße 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.: (0664) 166 78 22
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 (Rotes Kreuz)
Tel.: (0660) 50 98 550, (07242) 42896
beratung-wels@krebshilfe-ooe.at

4710 Grieskirchen, Manglburg 18 (Rotes Kreuz)
Tel.: (07242) 42896,
beratung-grieskirchen@krebshilfe-ooe.at

Beratungsstellen 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 tel. 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

5620 Schwarzach, Baderstraße 10b,
Bildungshaus Kardinal Schwarzenberg,
Klinikum, Raum K115.
Termine donnerstags und samstags, nach
Vereinbarung.

5700 Zell am See, Rot Kreuz Haus,
Tauernklinikum Zell am See, Paracelsusstraße 4.
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung
jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat

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

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)

8160 Weiz, Marburgerstraße 29
(Gesundheitszentrum)

Beratungsstellen in TIROL

6020 Innsbruck, Anichstraße 5 a/2. Stock
Krebshilfe-Telefon: (0512) 57 77 68
Tel.: (0512) 57 77 68 oder (0681) 10 74 31 50
office@krebshilfe-tirol.at
www.krebshilfe-tirol.at

Psychoonkologische Beratung:
Bitte um telefonische Terminvereinbarung

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

- Landeck, Schulhausplatz 9; Malsersstraße 38/
1.Stock, MMag. Veronika Prantner,
Tel. 0691-2014973
- Reutte, Zeillerplatz 1; Pfach, Kohlplatz 7a/
Top 25, Mag. Gertrud Elisabeth Köck,
Tel. 0664-2251625
- Tarrenz, Pfassenweg 2, DSA Erwin Krismer,
Tel. 0676-7394121
- Telfs, Kirchstraße 12, Dr. Ingrid Wagner,
Tel. 0660-5697474
- Schwaz, Falkensteinstraße 28, DDr.in Ina
Tschikof, MA, Tel. 0650-9191706
- Jenbach, Birkenwald 14, Mag. Gerhard
Proksch, Tel. 0660-1223113
- Wörgl, Brixentaler Straße 1, MMag. Dr. Astrid
Erharter-Thum, Tel. 0681-10405938
- Hopfgarten, Elsbethen 100; Walchsee,
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:

- Landeck, Schulhausplatz 9; Malsersstraße 38/
1. Stock, MMag. Veronika Prantner,
Tel. 0691-2014973
- Reutte, Zeillerplatz 1; Pfach, 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
- Hopfgarten, Elsbethen 100; Walchsee,
Alleestraße 30, MMag. Dr. Barbara Mösinger-
Strubreither, Tel. 0676-5705743

Kunsttherapie für alle onkologischen
Patient:innen und ihre Angehörigen:

- Innsbruck, Frauen-und Kopfklinik-Gebäude,
Haus 3, Anichstraße 35, Dr. Daria Daniaux,
Tel. 0681-10377481

Beratungsstellen in VORARLBERG

6850 Dornbirn, Rathausplatz 4,
Tel. (05572) 202388

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

Tel.: (01) 796 64 50

service@krebshilfe.net
www.krebshilfe.net

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

Die Österreichische Krebshilfe dankt allen Expert:Innen
der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie
der OEGGG für die ehrenamtliche und wertvolle Mitarbeit
und die medizinische Expertise.



IMPRESSUM:

04/26

Herausgeber und Verleger: Österreichische Krebshilfe, Tuchlauben 19, A-1010 Wien

Tel.: +43 (1) 796 64 50, E-Mail: service@krebshilfe.net, www.krebshilfe.net

Wissenschaftl. Redaktionsleitung: AGO Austria, Österreichische Krebshilfe, Redaktion: Doris Kiefhaber

Gestaltung: Gorillas – Kommunikation und Design GmbH, Druck: SANDLER Gesellschaft m.b.H. & Co. KG, www.sandler.at,
3671 Marbach/Donau. Fotos: Falls nicht anders gekennzeichnet Österreichische Krebshilfe

www.krebshilfe.net