



Das Lebenshaus

NIERENKREBS

*Diagnose
Nierenkrebs!*



Nachsorge



Liebe Nierenkrebs-Betroffene, Angehörige und Freunde,

jährlich wird in Deutschland bei rund 15.000 Menschen Nierenkrebs diagnostiziert.

Nach der Diagnose erfolgt als erster Therapieschritt zu- meist die Entfernung des Tumors. Liegen keine Metastasen, also Absiedlungen des Tumors in anderen Körperorganen vor, ist in der Regel keine weitere Behandlung nötig. Trotz- dem wird der niedergelassene Arzt oder die behandelnde Klinik vorsorglich eine so genannte Nachsorge oder Verlaufskontrolle durchführen.

Ziel der Nachsorge ist es, ein eventuelles Wiederauftreten der Erkrankung frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu behandeln. Dabei werden in regelmäßigen Abständen verschiedene Untersuchungen vorgenommen.

Wichtig ist, dass die Nachsorge ganz auf Ihre individuelle Situation zugeschnitten ist. Mediziner bezeichnen dies als "risikoadaptierte Nachsorge".

In dieser Broschüre wollen wir Ihnen verständlich nahe- bringen, was genau eine risikoadaptierte Nachsorge ist und wie diese aussehen könnte.

Das Lebenshaus e.V.

Nierenkrebs Nachsorge





Nachsorge

Prinzipiell sind zwei Arten von Nachsorge zu unterscheiden: die unmittelbare – nach der OP erfolgende – und die langfristige Nachsorge. Bei der unmittelbaren Nachsorge geht es vor allem darum, eventuelle Komplikationen nach der OP zu erkennen und die Nierenfunktion zu überprüfen. Langfristig gesehen ist es hingegen wichtig, mögliche Veränderungen, wie das Wiederauftreten der Erkrankung (Rezidiv) in der Restniere oder die Entstehung von Metastasen, frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu behandeln.

Unmittelbare Nachsorge

Die unmittelbare Nachsorge im Anschluss an eine Nierenoperation beinhaltet die Entfernung von Naht- oder Klammermaterial, die Kontrolle von möglichen Wundheilungsstörungen, Nachblutungen, Fieber (Lungenentzündung, Abszessen), Narbenbruch, die Überprüfung der Nierenfunktion (Kontrolle des Kreatinin-Wertes), aber auch die Überwachung der Genesung.

Dies geschieht durch körperliche Untersuchungen, Wundschau, Blutentnahme und bildgebende Verfahren wie Ultraschall und / oder Computertomographie.



WICHTIG

Etwas 80 Prozent aller Patienten gehen für die Nachsorge zum Hausarzt. Da diese jedoch leider oft wenig Erfahrung mit dem Nierenzellkarzinom haben, wird empfohlen, eine risiko-adaptierte Nachsorge bei einem mit Nierenkrebs erfahrenen Urologen oder Onkologen durchführen zu lassen.

Langfristige Nachsorge

Ist die Erstbehandlung abgeschlossen, erfolgt in der Regel die langfristige Nachbehandlung oder Nachsorge. Dabei werden in regelmäßigen Abständen verschiedene Untersuchungen vorgenommen.

Ziele der Nachsorge sind:

- Den Heilerfolg regelmäßig zu kontrollieren, gegebenenfalls Komplikationen schnell zu behandeln und ein eventuelles Wiederauftreten oder ein Fortschreiten der Erkrankung möglichst frühzeitig zu erkennen.
- Folgen der Erkrankung- oder therapiebedingte Begleit- und Folgeerkrankungen (z. B. durch Medikamente, Bestrahlungen etc.) frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.
- Patienten bei seelischen und sozialen Problemen, die sich eventuell durch eine Krebserkrankung ergeben, zu unterstützen.

Wie bei anderen Erkrankungen, gibt es auch für die langfristige Nachsorge bei Nierenkrebs so genannte Leitlinien. Diese Leitlinien sind wissenschaftlich fundierte, praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Sie geben Ärzten Orientierung im Sinne von Entscheidungs- und Handlungsoptionen. Darin wird beispielsweise die Abfolge der nötigen Nach-Untersuchungen genau beschrieben.

Neben der S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms für Experten, gibt es auch eine Version in patientenfreundlicher Sprache:

https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Patientenleitlinien/Nierenkrebs/Patientenleitlinie_Nierenkrebs_frueh.pdf



Im Folgenden haben wir die wichtigsten Informationen daraus für Sie zusammengefasst.



Risikoadaptierte Nachsorge

Die risikoadaptierte Nachsorge berücksichtigt Ihre ganz persönliche Krankengeschichte. Welcher Tumor lag genau vor, wie groß war er und wie hoch ist das Risiko, dass die Erkrankung zurückkehrt? Aus all diesen Faktoren kann der Arzt eine so genannte Prognoseabschätzung erstellen und festlegen, wann, welche Nachsorge-Untersuchungen für Sie nötig sind. Hierbei gibt es verschiedene Modelle der Prognoseabschätzung, die sich unterschiedlicher Faktoren bedienen.

Grundlagen zur Prognoseabschätzung

Die Grundlage für die Prognoseabschätzung bildet dabei oft die schriftliche Beurteilung (histologischer oder auch pathologischer Befund) des Tumors.

Dieser beinhaltet unter anderem den genauen Zelltyp Ihres Tumors (klarzellig, papillär, chromophob, Ductus Bellini), die Tumorgröße, Ausbreitung, Fernmetastasenbildung und den Differenzierungsgrad der Krebszellen. Hierzu verwendet der Pathologe ein System – die so genannte TNM Klassifikation.



TNM-Klassifikation/Tumorstadium

Auch im Arzt- oder Entlassungsbrief findet sich die TNM-Klassifikation. Diese beschreibt den Tumor, die benachbarten Lymphknoten sowie das Fehlen beziehungsweise Vorhandensein von Metastasen.

T = Tumor: Beschreibung und Ausdehnung des Ursprungstumors (Primärtumor)

N = Nodi (Knoten): Zustand von Lymphknoten in unmittelbarer Umgebung des Tumors

M = Metastasen (Tochtergeschwülste):
Absiedlungen des Tumors in entferntem Gewebe (Bildung von Fernmetastasen)

N = Nodi (Knoten); beschreibt den Zustand der Lymphknoten

N0:	keine benachbarten (= regionären) Lymphknoten betroffen
N1:	Metastasen in benachbarten Lymphknoten
NX:	benachbarte Lymphknoten können nicht beurteilt werden

M = Metastasen (Tochtergeschwülste); beschreibt die Metastasenbildung und -ausbreitung

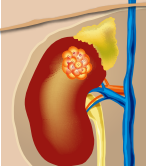
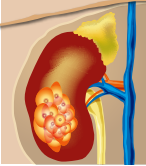
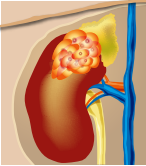
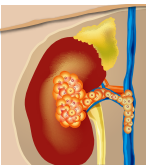
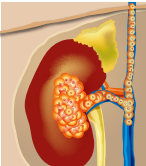

M0:	keine Fernmetastasen
M1:	Fernmetastasen



INFO

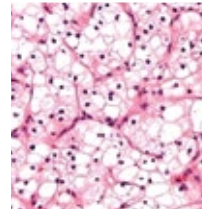
Wurde die Klassifikation des Tumors nach einer Operation vorgenommen, steht vor den Buchstaben **T, M, N** normalerweise ein „**p**“ (lat. **p**ost operationem – nach der Operation)



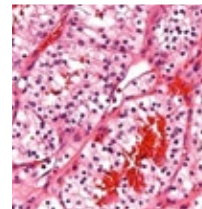
T-Stadien	T = Tumor; Beschreibung des Primärtumors, Ausdehnung und Eindringtiefe
	<p>T1: Tumorausdehnung 7 cm oder kleiner, begrenzt auf die Niere</p> <p>T1a: Tumorausdehnung 4 cm oder kleiner</p> <p>T1b: Tumorausdehnung zwischen 4 cm und 7 cm</p>
	<p>T2: Tumorausdehnung größer als 7 cm, begrenzt auf die Niere</p> <p>T2a: Tumor 7 cm bis 10 cm</p> <p>T2b: Tumor größer als 10 cm</p>
	<p>T3a: Tumor hat die Nierenvene, ihre größeren Äste oder das umliegende Weichgewebe befallen, dringt aber nicht über die Gerotafaszie (bindegewebige Hülle, die Niere, Nebenniere und Fettkapsel umschließt) hinaus</p>
	<p>T3b: Tumor hat die Nierenvenen oder die Hohlvene unterhalb des Zwerchfells befallen</p>
	<p>T3c: Tumor hat die Hohlvene oberhalb des Zwerchfells befallen (makroskopische „grobe“ Ausbreitung)</p>
	<p>T4: Tumor hat sich über die Gerotafaszie (bindegewebige Hülle, die Niere, Nebenniere und Fettkapsel umschließt) ausgebreitet und/oder dringt in die Nebenniere der gleichen Seite ein</p>

Die Beschaffenheit des Krebsgewebes spielt ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Charakterisierung des Tumors. Diese lässt sich durch eine feingewebliche Untersuchung unter dem Mikroskop erkennen. Je mehr die Tumorzellen den normalen Nierengewebszellen ähneln, umso langsamer teilen sie sich in der Regel. Man spricht von einem hohen Grad der Differenzierung. Je weniger die Tumorzellen den normalen Nierengewebszellen ähneln, desto schneller teilen sie sich in der Regel, die Zellen sind „undifferenzierter“. Auf diese Art und Weise lässt sich abschätzen, wie aggressiv der Tumor wachsen und sich gegebenenfalls verbreiten könnte.

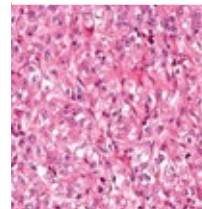
Differenzierungsgrad/Grading (nach Fuhrman):



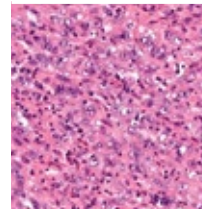
G1: gut differenziert:
Die Krebszellen sind den gesunden Nierenzellen noch ziemlich ähnlich. Die Zellen wachsen normalerweise sehr langsam, weniger aggressiv und haben eine geringere Wahrscheinlichkeit zu streuen.



G2: mäßig differenziert:
Die Krebszellen unterscheiden sich deutlich von gesunden Nierenzellen, wachsen normalerweise schneller und mäßig aggressiv.



G3: schlecht differenziert:
Die Krebszellen sind den gesunden Nierenzellen kaum noch ähnlich, wachsen schneller und aggressiver und sind daher bösartiger als G1 und G2.



G4: undifferenziert:
Die Krebszellen sind den gesunden Nierenzellen nicht mehr ähnlich, wachsen sehr schnell und haben eine große Wahrscheinlichkeit zu streuen.



Basierend auf den jeweiligen Faktoren und ihrer Bewertung erfolgt durch den behandelnden Arzt eine Einteilung in Risikogruppen:

Nachsorge: Einteilung der Patienten in Risikogruppen

Risikogruppe	Eigenschaften
geringes Rückfallrisiko	T1a/b NO MO G1-2
mittleres Rückfallrisiko	T1a/b NO MO G3 T2 NO MO G1-2 ablative Therapie R1-Befund eines Nierenkrebses mit an sich geringem Rückfallrisiko (T1a/b NO MO G1-2)
hohes Rückfallrisiko	T2 NO MO G3 T3-4 und /oder N1

Empfohlenes Nachsorgeschema

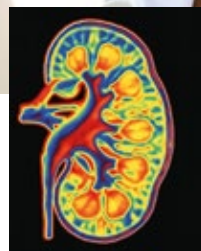
Anhand der jeweiligen Risikogruppe entscheidet Ihr behandelnder Arzt, wann genau welche Untersuchungen durchgeführt werden sollten.

Fallen Sie beispielsweise in die Gruppe mit niedrigem Risiko, dann empfiehlt die S3-Leitlinie eine Nachsorge für eine Dauer von fünf Jahren. Bei mittlerem und hohem Risiko sind es dagegen neun Jahre. Auch sollten manche Untersuchungen bei mittlerem und hohem Krankheitsrisiko häufiger gemacht werden als bei geringem Risiko.



WICHTIG

Unabhängig vom Rückfallrisiko erfolgen die Untersuchungen in den ersten zwei Jahren nach der Erkrankung in kürzeren Abständen. So lassen sich krankheitsbedingte Komplikationen schneller entdecken.



INFO

Das bei einer CT-Untersuchung benötigte Kontrastmittel wird vollständig über die Niere verstoffwechselt. Dies kann eine Nierenschädigung mit sich bringen und somit zu einer Einschränkung der Nierenfunktion führen. Deshalb sollte vor der geplanten CT-Untersuchung eine Blutanalyse durchgeführt werden. Zeigt sich dabei eine Einschränkung der Nierenfunktion sollte vor und nach der CT auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden (vor und nach CT-Untersuchung etwa 1 bis 2 Liter Wasser trinken). Alternativ kann auch die Gabe von NaCl-Infusionen hilfreich sein (so genanntes Vor- und Nachwässern).

Bei Patienten mit sehr schlechten Kreatinin-Werten sollte vor der Untersuchung gegebenenfalls über die Notwendigkeit der Untersuchung und über Alternativen nachgedacht werden: Eventuell kann ein CT des Oberbauchs durch ein MRT ersetzt werden.



Nachsorgeuntersuchungen für Patienten mit niedrigem Rückfallrisiko

M=Monaten J=Jahren	nach 3 M	nach 6 M	nach 1J	nach 1,5 J	nach 2 J	nach 3 J	nach 4 J	nach 5 J
körperliche Untersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•
Blutuntersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•
Ultraschalluntersuchung des Bauches	•	•	•	•		•		•
CT des Brustkorbs*			•		•		•	
CT des Bauchraums*	(•)				•		•	

• = soll durchgeführt werden (•) = kann durchgeführt werden * = statt CT kann auch MRT eingesetzt werden

Nachsorgeuntersuchungen für Patienten mit mittlerem Rückfallrisiko

M=Monaten J=Jahren	nach 3 M	nach 6 M	nach 1J	nach 1,5 J	nach 2 J	nach 3 J	nach 4 J	nach 5 J	nach 7 J	nach 9 J
körperliche Untersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Blutuntersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Ultraschalluntersuchung des Bauches	•	•		•	•	•	•			
CT des Brustkorbs*		•	•		•	•	•	•	•	•
CT des Bauchraums*	(•)		•			•		•	•	•

Nachsorgeuntersuchungen für Patienten mit hohem Rückfallrisiko

M=Monaten J=Jahren	nach 3 M	nach 6 M	nach 1J	nach 1,5 J	nach 2 J	nach 3 J	nach 4 J	nach 5 J	nach 7 J	nach 9 J
körperliche Untersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Blutuntersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Ultraschalluntersuchung des Bauches	•	(•)		•		•	•			
CT des Brustkorbs*		•	•	•	•	•	•	•	•	•
CT des Bauchraums*	(•)	(•)	•		•			•	•	•



Welche Untersuchungen werden durchgeführt?

Für die Nachsorge stehen unterschiedliche Untersuchungen zur Verfügung. In der Regel wird Ihr Arzt Sie bei jedem Besuch nach Beschwerden fragen und Ihren körperlichen Zustand überprüfen. Zusätzlich sollten immer bestimmte Blutwerte erhoben werden, die anzeigen wie gut die Niere arbeitet. Je nachdem, wann die Nachsorge durchgeführt wird, können weitere Untersuchungen wie Ultraschall, CT oder MRT zum Einsatz kommen.

Nicht zu den üblichen Untersuchungen im Rahmen der Nachsorge gehören laut Leitlinien bei beschwerdefreien Patienten die PET-CT, CT/MRT des Schädels, Röntgen des Brustkorbs/der Lunge und die Knochenszintigraphie. Treten bei Ihnen jedoch Beschwerden auf, die diese Untersuchungen nötig machen, werden diese selbstverständlich nach Absprache mit Ihrem Arzt durchgeführt.



WICHTIG

Sollten Sie zwischen den geplanten Untersuchungen Beschwerden haben, wenden Sie sich bitte immer an Ihren behandelnden Arzt, auch wenn gerade eigentlich kein Nachsorgetermin ansteht.

Verlaufskontrolle unter Therapie

Allgemein wird der Erfolg einer Therapie in der Onkologie mit dem Begriff des „Ansprechens“ bezeichnet. Um zu beurteilen, wie gut eine Behandlung wirkt, werden in regelmäßigen Abständen Kontrolluntersuchungen durchgeführt. Dabei kommen Blutuntersuchungen, aber auch bildgebende Verfahren wie beispielsweise MRT oder CT, zum Einsatz. Wann und wie oft diese Verlaufskontrollen stattfinden, legt Ihr behandelnder Arzt fest.

Therapie-Ansprechen

Um das Ansprechen auf die Therapie genauer zu beschreiben werden in der Krebsbehandlung meist die internationalen RECIST-Kriterien genutzt. RECIST steht für Response Evaluation Criteria in Solid Tumors und kann ins Deutsche übersetzt werden als „Kriterien für die Bewertung des Ansprechens der Behandlung bei soliden Tumoren“. Diese Kriterien definieren ganz genau, wann von einem Therapie-Ansprechen, einer stabilen Situation oder dem Fortschreiten der Erkrankung gesprochen werden kann. Dazu wird der Durchmesser einiger ausgewählter Metastasen genau gemessen.

Bei den neuen zielgerichteten Therapien bedeutet ein Ansprechen auf die Behandlung allerdings nicht zwangsweise eine Größenreduktion der Metastasen. Der Erfolg einer Therapie kann sich unterschiedlich darstellen, zum Beispiel in der Abnahme der Durchblutung der Tochtergeschwüre. Auch kann es sein, dass die Größenänderung des Tumors nur sehr gering ist und daher auf den Bildern kaum erkennbar ist.

Eine Wirkung der Therapie kann auch einfach „Stillstand“, also einen stabilen Zustand bedeuten. So gibt es beispielsweise Patienten, die über viele Jahre eine stabile Erkrankung unter den Therapien erreicht haben.



Eine sehr seltene (nur in rund 2 Prozent aller Fälle), aber dennoch nicht auszuschließende Wirkung, ist ein vollständiges Verschwinden von Metastasen (komplette Remission).

Diese unterschiedlichen Effekte – die vor der Ära der zielgerichteten Therapien nicht zur Beurteilung durch den Radiologen gehörten – machen die Interpretation der Therapiewirksamkeit und damit die Erfolgskontrolle einer gewählten Therapie zu einer Herausforderung. Die Hauptschwierigkeit liegt in der richtigen Beurteilung der radiologischen Aufnahmen, da die Interpretation viel Erfahrung voraussetzt.



WICHTIG

- Die Diagnostik beziehungsweise das bildgebende Verfahren ist das wichtigste Mittel zur Beurteilung des Ansprechens einer Therapie.
- Schwierigkeiten liegen in der richtigen Deutung der Aufnahmen – die Interpretation braucht viel Erfahrung. Daher ist es wichtig, dass Ihr Arzt immer alle radiologischen Befunde und Bilder zur Begutachtung des Verlaufs (Therapieansprechens) vorliegen hat.
- Mögliche Wirkungen eines Ansprechens der zielgerichteten Therapien:
 - Hemmung der Durchblutung
 - stabiler Zustand
 - Größenreduktion (Remission)
 - komplette Remission (nur in circa 2 Prozent der Fälle)



WICHTIG

- Die Kontrolle des Therapieverlaufs empfiehlt sich etwa 8 bis 12 Wochen nach Beginn der Therapie.
- Geeignete bildgebende Verfahren sind dabei CT oder MRT.
- Um die Untersuchungsergebnisse vergleichbar zu machen, sollten immer die gleichen Untersuchungsmethoden angewandt werden und – wenn möglich – vom selben Arzt beurteilt werden.
- Weitere Kontrolluntersuchungen sollten in einem regelmäßigen Intervall durchgeführt werden.
- Bei zyklischen Therapieschemata, wie z. B. bei der Einnahme von Sunitinib, müssen die Untersuchungen zu jeweils identischen Zeitpunkten des Therapiezyklus durchgeführt werden. Die Kontrolluntersuchung sollte dabei immer vor der Therapiepause erfolgen.¹

¹ Staehler, Michael – Aktuelle Aspekte der Verlaufsbeobachtung beim metastasierten Nierenzellkarzinom, Journal Onkologie 06/2010



Nephrologische Nachsorge

Die Nephrologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Sie befasst sich mit den Erkrankungen der Niere sowie deren konservativer (nicht-operativer) Therapie. Darüber hinaus gehören Bluthochdruck, Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichtes zu diesem Fachgebiet. Wesentliches Ziel des Nephrologen ist die Stabilisierung der Nierenfunktion. Die Nachsorge durch einen Nephrologen dient also der Kontrolle und dem Erhalt der Nierenfunktion vor, während und nach der Krebsbehandlung.

Zusätzlich zu den normalen Nachsorge-Untersuchungen beim Urologen oder Onkologen kann daher eine Betreuung durch einen Nephrologen aus folgenden Gründen sinnvoll sein:

- Bei Nierenkrebs liegt nicht selten bereits eine Funktionseinschränkung der Niere vor.
- Nach Nierenentfernung (radikale Nephrektomie) oder Nierenteilentfernung (partielle Nephrektomie) kommt es immer zur Einschränkung der Nierenfunktion.
- Durch eine medikamentöse Behandlung oder eine eingeschränkte Nierenfunktion kann es zu Veränderungen des Blutdrucks kommen. Der Nephrologe ist Experte für Bluthochdruckbehandlung.

Nach der Operation der Niere kann sich die Nierenfunktion im Idealfall verbessern; die ursprüngliche Nierenfunktion wird aber meist nicht mehr erreicht.

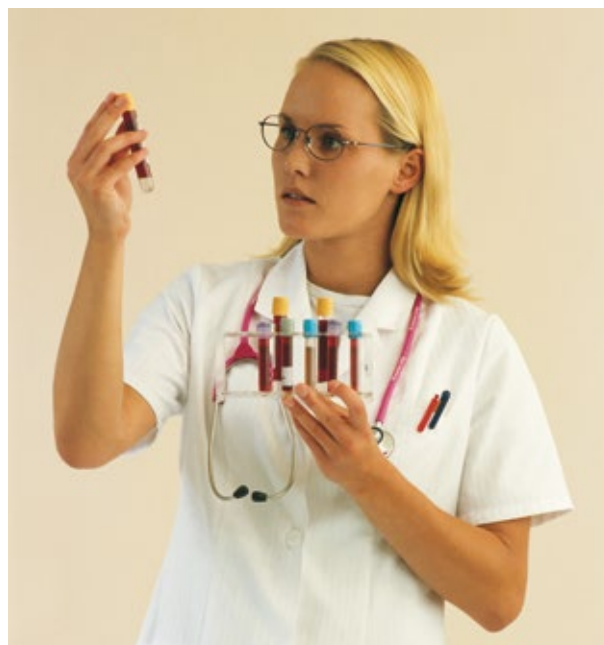
Gemeinsam mit dem Nephrologen können Sie jedoch Wege finden, die Restniere zu schonen und die Nierenfunktion bestmöglich zu erhalten.



INFO

Für Nierenkrebs-Patienten hat der Kreatinin-Laborwert besondere Bedeutung, da er zur Überprüfung der Filterfunktion der Niere dient.

Kreatinin ist ein Stoffwechselprodukt des Muskelgewebes und wird fast vollständig über die Nieren im Urin ausgeschieden. Der Kreatinin-Wert kann im Blut und im Urin gemessen werden. Zu hohe Kreatinin-Werte im Blut können auf eine eingeschränkte Nierenfunktion hinweisen.



Persönliche Daten

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Name:

Vorname:

Telefon:

Mobil:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

E-Mail:

Geburtsdatum:



Das Lebenshaus e. V.

Untergasse 36
61200 Wölfersheim

Für den Versand im Fensterbriefumschlag geeignet!



Danksagung

Wir danken den forschenden Unternehmen für die Unterstützung verschiedener Projekte, die „Das Lebenshaus e.V.“ für Nierenkrebs-Betroffene jährlich durchführt.



Wir weisen hierbei ausdrücklich darauf hin, dass die Pharmaunternehmen keinerlei Einfluss auf Ziele, Konzeption, Inhalte, Vorbereitung, Durchführung oder Nachbereitung dieser Projekte haben. Die Kooperation des Vereins „Das Lebenshaus“ mit Pharmaunternehmen erfolgt nach jederzeit einsehbaren Richtlinien für Finanzierungsvereinbarungen und dem FSA-Kodex.

Projekt: Nachsorge-Flyer Nierenkrebs 2. Auflage

Stand: Oktober 2019

Auflage: 1.000 Exemplare

Disclaimer/Haftungsausschluss

ACHTUNG! Wir sind Patienten, Angehörige, Redakteure und freiwillige Mitarbeiter – keine Ärzte!
Die Informationen dieser Broschüre dürfen auf keinen Fall als Ersatz für professionelle Beratung oder Behandlung durch ausgebildete und anerkannte Ärzte angesehen werden. Der Inhalt kann und darf nicht verwendet werden, um eigenständig Diagnosen zu stellen oder Behandlungen zu beginnen. Wir haben versucht, diese Broschüre mit größtmöglicher Sorgfalt zu erstellen – dennoch sind Irrtümer und Änderungen möglich. Hierfür übernehmen Herausgeber, Vorstand, Vereinssprecher, Redakteure, Beiräte, Fremd-Autoren und Gestalter keine Haftung. Sollten Sie Irrtümer und Änderungen finden, machen Sie bitte die Redaktion unmittelbar darauf aufmerksam: nierenkrebs@daslebenshaus.org

Vielen Dank!



Das Lebenshaus

NIERENKREBS

Vereinsitz

Das Lebenshaus e.V.
Untergasse 36
61200 Wölfersheim
Tel.: +49 (0) 700 5885 0700
www.daslebenshaus.org
nierenkrebs@daslebenshaus.org

Durch eine Mitgliedschaft (Jahresbeitrag 50 Euro) oder eine Spende unterstützen Sie unsere Arbeit für alle Betroffenen.

Spenden-/Bankkonto:

Postbank Frankfurt Main
Konto-Nr.: 989 518 609
Bankleitzahl: 500 100 60

Bitte geben Sie bei Spenden Ihre komplette Adresse auf dem Überweisungsträger an, damit wir Ihnen eine Spendenbescheinigung für Ihre Steuerunterlagen zusenden können.

Vielen Dank!