

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

bps-magazin



Ausgabe 1/2020

Dilemma: Früherkennung von Prostatakrebs

20 JAHRE mit Sonderseiten zum Jubiläum ►

Aktuell

- 2 Interview mit Prof. Dr. Jens Rassweiler – DGU-Präsident 2020
- 4 Die Statistik 2019 der BPS-Beratungshotline
- 6 Der Vorstand informiert: Bericht von der 86. Erweiterten Vorstandssitzung des BPS
- 7 Neuer Schatzmeister des BPS
- 7 „Miteinander reden – verstehen – gemeinsam handeln“
- 8 Größtes onkologisches Expertenforum in Deutschland: 34. Deutscher Krebskongress
- 9 Helmut A. Kurtz in Wissenschaftlichen Beirat des KKN berufen

Diagnose und Therapie

- 10 Dilemma: Früherkennung
- 10 Mehr Schaden als Nutzen? Der PSA-Test unter der Lupe
- 11 Die Position des BPS
- 12 PSA-gestützte Prostatakrebsfrüherkennung – Pro und Kontra
- 13 Früherkennung – Aus Sicht der Leitlinie
- 14 Früherkennung – Aus Sicht eines Betroffenen
- 15 Die Bedeutung der Magnetresonanz (MR)-Untersuchung auf die Treffgenauigkeit bei Prostatabiopsien
- 17 Perineale und transrektale Prostatabiopsie

Verbandsnachrichten

- 21 Herzlich Willkommen im BPS
- 21 Wir trauern um Bernd Reitberger
- 22 20-jähriges Jubiläum der SHG Diepholz
- 22 SHG Zwickau beim Patiententreffen der Uniklinik Halle (Saale)
- 23 PK-SHG Chemnitz besucht Universitätsklinikum Magdeburg
- 23 SHG Waltershausen begeht 10-jähriges Jubiläum
- 24 SHG Marburg besucht Rehaklinik Sonnenblick Marburg
- 25 10 Jahre Selbsthilfe Prostatakrebs Traunstein
- 25 1. Deggendorfer Patiententag Prostatakrebs
- 26 Aktivitäten der 1. SHG Gera und Umgebung
- 27 Der NDR zu Gast bei der Krebsberatungsstelle Soltau
- 28 Leiter der SHG Wiesbaden erhält Bürgermedaille in Gold
- 29 Neu gegründete SHG Berlin-Nord in TV-Sendung „rbb Praxis“
- 30 Selbsthilfegruppe = Selbsthilfe in der Gruppe = gemeinsam sind wir stark!
- 30 Du kannst mehr als du denkst – Nachfolgeproblem der SHGs
- 31 Verstorbene 2019/Korrektur Jubiläen 2019
- 32 Arbeitskreise berichten: AK „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“ zur Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil

► 4 Jubiläums-Sonderseiten (in der Heftmitte)

Impressum:

Herausgeber: Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V., Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Telefon: 0228 33889-500, E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de

Verantwortlich i.S.d.P.: Werner Seelig, Redaktion: Ute Gräfen; Ernst-Günther Carl, Udo Ehrmann,
Manfred Ohler, Werner Seelig; E-Mail: magazin@prostatakrebs-bps.de

Druck: C.V. Engelhard, Weidendamm 10, 30167 Hannover

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. wird unterstützt durch die Stiftung Deutsche Krebshilfe.
Er finanziert seine Arbeit darüber hinaus durch Spenden.

Titelfoto: Jarun011 – stock.adobe.com

Hinweis: Erfahrungsberichte/Leserbriefe geben ausschließlich die Meinung des Verfassers wieder.

Die Redaktion behält sich vor, sinnwahrende Kürzungen vorzunehmen.

Nutzen Sie auch das Informationsangebot im Internet: www.prostatakrebs-bps.de · forum.prostatakrebs-bps.de



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

das **bps-magazin**, das Sie hier in Händen halten, hat sein Gesicht gewandelt. Ich hatte Sie voriges Jahr gebeten, Vorschläge zu unterbreiten. Daraus hat sich die Redaktion für das Titelblatt entschieden, das Sie nun vor sich sehen. Bitte sagen uns Ihre Meinung, ob Ihnen das neue Aussehen gefällt.

Inhaltlich geht es in diesem Heft um ein Thema, das wie kaum ein anderes Befürworter und Kritiker auf den Plan ruft: die Früherkennung.

Es ist richtig, dass mit der Früherkennung Überdiagnose und Übertherapie verbunden sein können. Es ist aber auch richtig, dass ein frühzeitig erkannter Tumor bessere Heilungschancen bietet.

Als BPS erheben wir die Forderung nach einer „risikoadaptierten, kassenfinanzierten Prostatakrebs-Früherkennung“. Inzwischen hat sich sicher bei so ziemlich allen Männern der PSA-Test als einleitende Untersuchung herumgesprochen. Trotzdem kennen Männer zwar die PS ihres Autos, aber nur wenige ihren PSA-Wert.

Wenn aus heutiger Sicht die Zahl der Männer halbiert werden kann, die jährlich an Prostatakrebs versterben, so wird der BPS auch weiterhin beharrlich für eine gute Aufklärung über „Für und Wider“ der Früherkennung kämpfen, um so dem von der Gesellschaft geforderten und geförderten „mündigen Patienten“ bei seiner Entscheidung zu helfen.

Bei aller Statistik zur Überdiagnose und Übertherapie bedenken wir auch und vor allem, dass sich hinter Zahlen Schicksale von Männern und ihren Angehörigen verbergen, die sich selbstbestimmt für oder gegen Diagnose und Therapie entscheiden.



Eine gute Hilfe ist die Patientenleitlinie „Früherkennung von Prostatakrebs“. Wenn Sie Fragen zum Thema „Früherkennung“ haben, fordern Sie diese Broschüre über den BPS an. Hinweise entnehmen Sie bitte der Postkarte auf der Rückseite des Magazins. Sie können sich gerne auch telefonisch unter 0800 – 7080123 bei unserer Hotline informieren.

In der Mitte dieser Ausgabe finden Sie vier Sonderseiten zum Jubiläum „20 Jahre BPS – 20 Jahre Informieren. Helfen. Einfluss nehmen.“. Lesen Sie hier, wie alles begann.

Ihr
Werner Seelig
– Vorsitzender –

Auf ein Wort!

Der BPS finanziert seine Arbeit und damit auch dieses Magazin aus Mitteln, die ihm sein Förderer, die Stiftung Deutsche Krebshilfe, und die Gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügung stellen. Darüber hinaus erreichen uns zahlreiche Einzelspenden. Wir versichern, dass der BPS die ihm zur Verfügung gestellten Finanzmittel mit größter Sorgfalt und verantwortungsbewusst ausschließlich für Zwecke der Verbandsarbeit gemäß seiner Satzung einsetzt.

Bitte unterstützen Sie uns durch Ihre Spende auch weiterhin. Vielen Dank!

Spendenkonto bei der Sparkasse Hannover:

IBAN: DE62 2505 0180 0007 0206 2, BIC: SPKHDE2HXXX

Interview mit Prof. Dr. Jens Rassweiler – DGU-Präsident 2020

Was können wir gemeinsam tun, um Früherkennung beim PCa und krankheitsspezifisches Überleben zu verbessern?

Wie Sie wissen, hat sich das IQWiG ja schon gegen den Antrag der Selbsthilfegruppen positioniert. Hier liegt allerdings neben der fraglichen Argumentationskette des IQWiG ein entscheidender Fehler hinsichtlich der Begutachtung vor. Wir sollten nicht ein PSA-Screening fordern, sondern uns auf ein PSA-basiertes Früherkennungsprogramm fokussieren. Dies beinhaltet die optimale Beratung durch den behandelnden Urologen für alle Patienten, die sich an dem Früherkennungsprogramm beteiligen wollen. Als Basis dienen der PSA-Wert, der transrektale Ultraschall (TRUS) und die digi-

ten Diagnose eines aggressiven Prostatakarzinoms bestehen bleibt. Erst, wenn man durch eine Biopsie die Dignität (= Klassifikation gutartig/bösartig, Anm. D. Red.) des Tumors bestimmt hat, kann man weitere Maßnahmen entsprechend einsetzen.

Was können wir unternehmen, um die Thematik „Aktive Überwachung“ voranzubringen? Hier haben wir im Vergleich zu einigen europäischen Ländern Aufholbedarf

Gerade die Diskussion und Analyse der IQWiG-Studie hat uns gelehrt, dass, anders als auch im IQWiG-Vorbericht angegeben, eine zunehmende Akzeptanz der Aktiven Überwachung an den

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Jens Rassweiler studierte an den Universitäten Stuttgart, Freiburg und Tübingen. Seine urologische Ausbildung begann er 1982 am Katharinenhospital Stuttgart. Von 1988 bis 1994 war er leitender Oberarzt der Urologischen Universitätsklinik Mannheim. 1994 wurde er zum Ärztlichen Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie an den SLK Kliniken Heilbronn berufen.



tal-rektale Untersuchung. Im Zweifelsfall kann der PSA-Wert kontrolliert werden oder auch ein multiparametrisches MRT erfolgen. Dies könnte dann für eine Fusionsbiopsie genutzt werden.

Wir hoffen, dass wir das IQWiG im Rahmen der wissenschaftlichen Erörterung des Vorberichts von diesem Konzept überzeugen können. Es geht nicht darum, ein flächendeckendes PSA-Screening durchzuführen, da sich der PSA-Wert allein hierfür nicht eignet. Vielmehr sollen Überdiagnosen und vor allem eine Übertherapie vermieden werden. Überdiagnosen lassen sich aber nicht dadurch vermeiden, dass man keinen PSA-Wert bestimmt und damit für den Patienten das Risiko einer verzöger-

zertifizierten Prostatakarzinomzentren (DKG, OnkoZert) besteht: Diese ist in den letzten drei Jahren von 15 % auf knapp 30 % der Patienten angestiegen. Ich denke, dass die deutschen Urologen hier auf einem guten Weg sind.

Sehen Sie in der liquid biopsy einen Weg, zukünftig eher und besser zu diagnostizieren?

Auf diesem Gebiet bin ich skeptisch, ob wir schon so weit sind. Die Spezifität all dieser neuen Tests ist noch zu gering.

Was können wir gemeinsam unternehmen, um mpMRT-gestützte Diagnostik einzuleiten, unnötige Biopsien zu vermeiden und sichere Aktive Überwachung darzustellen?

Ich denke, dass wir als DGU in Zusammenarbeit mit dem BPS auf einem guten Weg sind. Die Diskussionen mit dem IQWiG könnten eventuell zu einer breiteren Zulassung bzw. Kostenerstattung des mpMRT führen. Ich denke, wir können heute schon den Nutzen des mpMRT in der Frühdiagnostik des Prostatakarzinoms belegen (s. Precision-Studie). Dennoch wird auch bei entsprechenden interdisziplinären S3-Leitlinien unter Federführung der DGU der Einsatz des mpMRTs aus Kostengründen limitiert sein.

Reichen die verfügbaren Daten aus den Krebsregistern oder wird es besser, wenn, wie geplant, pseudonymisierte GKV-Daten zusätzlich verfügbar sind, um die Diagnostik und Früherkennung zu verbessern?

Prinzipiell sollten wir zunächst alles tun, um die existierenden Krebsregister aktiv zu unterstützen. Dies wäre viel besser, als sich auf GKV-Daten mit den Problemen des Datenschutzes und entsprechenden Zugangsrechten zu verlassen. Ob Krebsregister in der Lage sind, die Frühdiagnostik zu verbessern, bezweifle ich.

Müssen wir in noch zu definierenden Fällen DNA-Sequenzierung einleiten und darstellen, um dem Betroffenen bei schwierigen Diagnosen nachhaltig zu helfen?

Dies wird im Rahmen der personalisierten Medizin in naher Zukunft eine große Rolle spielen. Al-

lerdings fällt die Mehrzahl der Prostatakarzinome nicht in eine derartige Kategorie.

Wie kommen wir zu einer verbesserten, europäisch koordinierten Forschung, um schneller den Patienten zu erreichen?

Hier spielt die Zusammenarbeit mit der EAU eine entscheidende Rolle. Gerade hierüber könnten wir uns als DGU an multinationalen Projekten beteiligen. Im Rahmen der Research Foundation der EAU sind einige deutsche Zentren (Jena, Leipzig, Regensburg, Lübeck) schon sehr aktiv.

Wenn wir die momentane palliative Situation sehen, dann sind die Möglichkeiten des Hormontzuges unseres Erachtens nach ziemlich erschöpft. Was kommt danach, um Betroffenen im späten Stadium weitere Überlebenszeiten zu geben?

Wenn ich mir die klinische Realität anschauere, werden wir bei Patienten mit Prostatakarzinom immer wieder an unsere Grenzen stoßen und am Ende nur noch „best supportive care“ (= beste unterstützende Pflege, Anm. d. Red.) anbieten können. Dennoch erweitert sich das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten beim lokal fortgeschrittenen und auch beim kastrationsresistenten Prostatakarzinom ständig. Hier wird man aber in Ruhe abwarten müssen, wie sich die frühzeitigen Kombinationstherapien (Immun-Hormontherapie, Chemo-Hormontherapie) langfristig bewährt. Gleiches gilt auch für den Einsatz der zielgerichteten Therapie (TKI). Wichtig ist, dass wir unsere Patienten eng führen, um zum richtigen Zeitpunkt das Behandlungsregime anzupassen.

Der BPS gratuliert Prof. Dr. Jens Rassweiler zur Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) e. V.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Für den 72. Jahreskongress der DGU vom 23. bis 26. September 2020 in Leipzig wünschen wir viel Erfolg.

Die Statistik 2019 der BPS-Beratungshotline

Von Paul Enders, BPS-Beratungshotline

Mit der Beratungshotline bietet der BPS für alle Betroffenen und deren Angehörige eine Informationsmöglichkeit auf der Basis der aktuellen Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. In den ersten Jahren waren die Anrufe kostenpflichtig, ab 2010 wurden dann Anrufe aus dem deutschen Festnetz kostenfrei und seit Oktober 2019 sind dies auch Anrufe aus den deutschen Mobilfunknetzen.

Wie wird die Beratungshotline genutzt?

Seit 2008 wurden insgesamt mehr als 11.000 registrierte Gespräche geführt, im Jahr 2019 waren es 1.036 Gespräche. Ein Blick auf die vergangenen fünf Jahre zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der Anruftzahlen (Abb. 1), obwohl inzwischen mit den Patientenleitlinien aus dem Leitlinienprogramm Onkologie und der Interaktiven Entscheidungshilfe der Patienten-Akademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie weitere verlässliche Informationsquellen angeboten werden. Im Mittel erhielt die Hotline zwischen sechs und sieben Anrufe pro Beratungstag. Die tatsächliche Anzahl der Anrufe pro

Tag schwankte sehr stark. In Einzelfällen waren es bis zu 14 Anrufe pro Tag oder auch nur ein Anruf.

Neben den Anrufen beantwortet die Beratungshotline auch schriftliche Anfragen, die per E-Mail oder per Briefpost an den BPS gerichtet werden. Für die Beantwortung dieser Fragen haben sich zwei unserer Berater zur Verfügung gestellt. Diese Anfragen sind bisher in dieser Statistik nicht berücksichtigt.

Wer ruft uns an?

Die meisten Anrufe (sieben von acht) kommen von den Betroffenen selbst oder sind gemeinsame Anrufe mit der Partnerin. Jeder achte Anrufer ist ein Angehöriger (meist die Partnerin, eine Tochter oder ein Sohn).

Ein Blick auf die Altersverteilung (Abb. 2) zeigt eine Häufung bei den 60- bis 70-Jährigen (Median 68 Jahre). Mehr als jeder zehnte Betroffene war jünger als 56 Jahre. Der jüngste Betroffene war 41 Jahre, der älteste 94 Jahre.

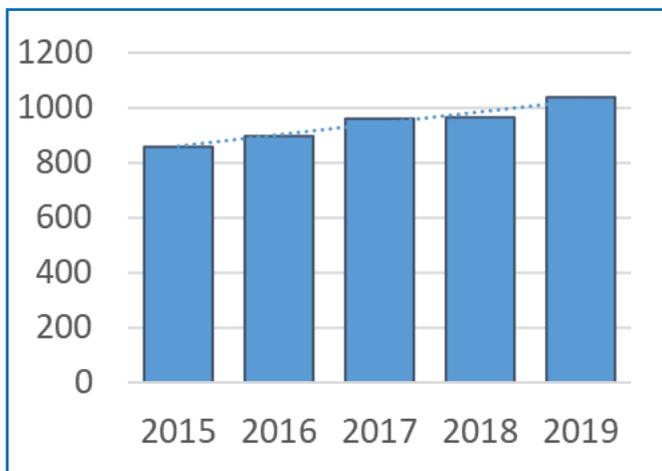
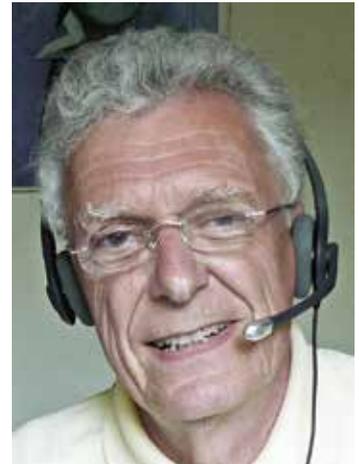


Abb. 1. Anrufe pro Berichtsjahr

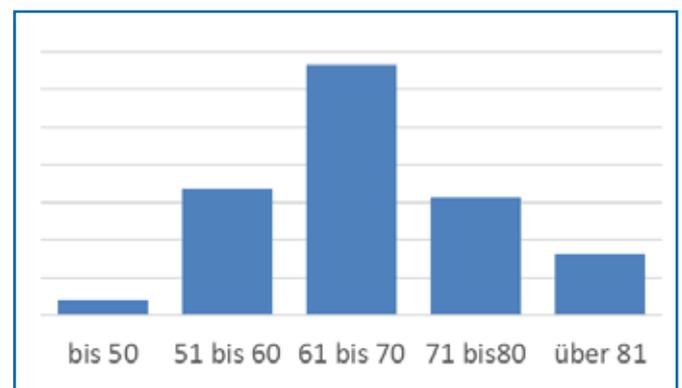


Abb. 2. Altersverteilung der Betroffenen

Weshalb wird angerufen?

Primäre Anliegen waren medizinische Fragen bei 94 von 100 Anrufern, drei von 100 Anrufern hatten rechtlich-soziale Fragen. Nur einer von hundert Anrufern betonte im Gespräch auch psychische Probleme. Das bedeutet aber nicht, dass psychische Probleme keine Rolle spielen. Vier von 100 riefen aus anderen Gründen an.

In welcher Phase der Krankheit wird angerufen?

Sehr erfreulich ist, dass seit Bestehen der Beratungshotline etwa jeder zweite Anrufer noch vor einer Therapie anrief. 2019 waren es 54 %, davon 16 % noch vor einer gesicherten Diagnose und 38 % mit Diagnose, aber noch vor einer Behandlung. Gerade diese Phase ist besonders wichtig für eine umfassende, verlässliche Information. Auch wenn heute schon viele Anrufer recht gut vorinformiert sind, so tragen die Beratungsgespräche dazu bei, die eigene Situation besser einschätzen zu können und damit Entscheidungen zu erleichtern. Andererseits kann darauf hingewiesen werden, wenn eine geplante Behandlung experimentell und damit nicht durch gesicherte Ergebnisse belegt ist. 31 % der Anrufer hatten bereits eine erste Therapie hinter sich. Die Fragen dieser Betroffenen



Abb. 3. Übersicht Erkrankungsstadium zum Zeitpunkt des Anrufs

befassten sich meist mit unerwünschten Wirkungen einer Behandlung oder mit dem Fortschreiten der Krankheit (Rezidiv) und dem weiteren Vorgehen. 15 % der Betroffenen befinden sich in einer Palliativsituation. Ihre Krankheit hat sich bereits im Körper ausgebreitet. Das bedeutet, dass für sie zwar erfolgreiche, aber keine heilenden Behandlungen zur Verfügung stehen.

Wie verteilen sich die Anrufe auf die Risikogruppen

Die Risikoverteilung (Abb. 4) wurde in Anlehnung an die Gruppeneinteilung von d'Amico vorgenommen:

- Niedriges Risiko: PSA \leq 10 ng/ml und Gleason-Score 6 und T-Kategorie \leq 2a.
- Mittleres Risiko: PSA > 10 ng/ml - 20 ng/ml oder Gleason-Score 7 oder T-Kategorie 2b.
- Hohes Risiko: PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score \geq 8 oder T-Kategorie > 2b

In den vergangenen Jahren hat sich der Schwerpunkt zum mittleren Risiko hin verlagert. Offensichtliche Ursachen dafür sind nicht auszumachen.

Wie beurteilen die Anrufer die Beratungshotline?

Generell sind die Anrufer sehr dankbar für das Gesprächsangebot. Eine Umfrage vor einigen Jahren ergab, dass vor allem die ausführliche, verständ-

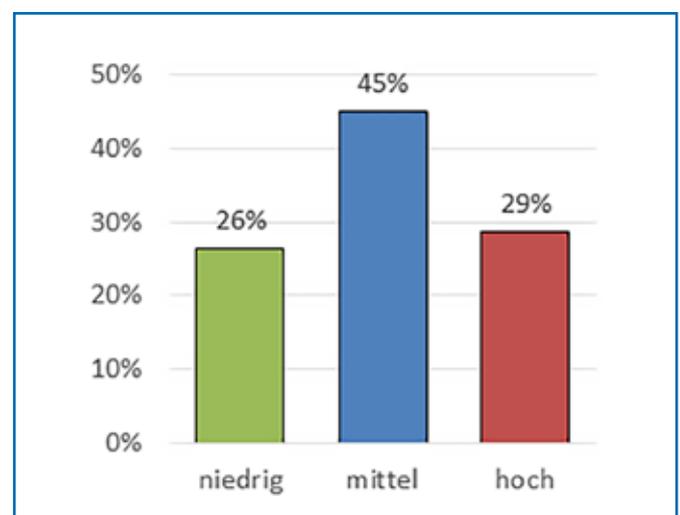


Abb. 4. Risikoverteilung

liche Information geschätzt wurde. Als besonders angenehm wurde empfunden, dass die Gespräche ohne Zeitdruck geführt werden konnten. Die Berater wurden als freundlich, kompetent, sachlich, offen und einfühlsam bezeichnet.

Um die Qualität der Beratung zu erhalten und weiter zu verbessern, bilden sich die Berater ständig weiter. Dies geschieht sowohl durch gemeinsame Seminare als auch verpflichtend in Eigenre-

gie. Die Berater unterziehen sich regelmäßig der Analyse von Gesprächen durch Kollegen, die mit Einverständnis der Anrufer aufgezeichnet wurden.

Die Beratungshotline ist jeden Dienstag, Mittwoch und Donnerstag von 15.00 bis 18.00 Uhr unter der gebührenfreien Service-Telefonnummer 0800-70 80 123 erreichbar. Für Anrufe aus dem Ausland wurde die gebührenpflichtige Rufnummer +49 228-286 456 45 eingerichtet.

Der Vorstand informiert

Bericht von der 86. Erweiterten Vorstandssitzung des BPS

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Vom 28. bis 30. Januar 2020 trafen sich der Vorstand und die Vertreter der Regional- und Landesverbände erstmals seit der Wahl im Mai 2019 zur Erweiterten Vorstandssitzung. Diese stand ganz im Zeichen des Jubiläums „20 Jahre BPS“.

Ein Schwerpunkt war somit die Vorbereitung der 25. Jahrestagung und der 20. Ordentlichen Mitgliederversammlung des BPS vom 16. bis 18. Juni 2020. Der Vorstand legte dazu ein Konzept vor, das von den Regional- und Landesverbänden mitgetragen wurde. Höhepunkt soll der am 17. Juni geplante Festakt sein, zu dem zahlreiche Gäste bereits ihre Zusage erteilt haben.

Weiterhin ließ sich das Gremium von Lothar Anlauf, IT-Vorstand, über den Stand der Neugestaltung der Webseite des BPS berichten. Von der Geschäftsstelle wurde ein Konzept zur Neuausrichtung der Aus- und Weiterbildung der SHG-Leitungen vorgelegt. Dieses trägt den veränderten Erwartungen sowohl hinsichtlich der Inhalte, als auch der Nutzung neuer Formate Rechnung. So sollen mit dem verstärkten Einsatz von Online-Seminaren die Teilnahmemöglichkeiten vereinfacht und der Reiseaufwand für die Teilnehmer reduziert werden.

Auf Anregung der Regional- und Landesverbände hat der Vorstand den Antrag der Selbsthilfegruppen auf Fördermittel überprüft und legt diesen in stark verkürztem Umfang vor. Damit soll die

Akzeptanz bei den SHG-Leitungen verbessert und deren Arbeitsaufwand deutlich reduziert werden.

Der Erweiterte Vorstand befasste sich mit den Arbeitskreisen des BPS. Zunächst beschloss er, dem Antrag des Arbeitskreises „Niedrigrisiko-Prostatkarzinom“ folgend, dessen Auflösung. Die vom AK erarbeiteten Erkenntnisse werden nun im AK Patientenbeteiligung weitergeführt, um sie in Beschlüsse der gesundheitspolitischen Gremien zu überführen.

Der AK „Attraktivität im Ehrenamt“, der sich speziell der Gewinnung von Nachfolgern für SHG-Leitungen gewidmet hat, hat ebenfalls seine Auflösung beantragt. Im Haus der Krebsselfhilfe bearbeitet dieses Thema eine verbandsübergreifende Arbeitsgruppe, an der auch der BPS beteiligt ist. Hier können Synergien genutzt werden. Dem Antrag des AK wurde deshalb zugestimmt.

Der AK „Psychoonkologie“ wurde aufgefordert, dem Vorstand bis August ein neues Konzept für die Fortführung seiner Arbeit vorzulegen. Außerdem wurde Manfred Olbrich zum Leiter des AK berufen. Der AK „Integrative Prostatakrebsmedizin“ hat dem Vorstand ein neues Konzept für die weitere Arbeit eingereicht, in dem er sich nunmehr schwerpunktmäßig der Begleitung der Standardtherapien durch komplementärmedizinische Maßnahmen widmet. Neu berufen wurde der AK „Kooperation

der Selbsthilfegruppen mit Prostatakrebszentren“ unter der Leitung von Rainer Wiedemann. Dieser AK soll den Selbsthilfegruppen Unterstützung bei

der Zusammenarbeit mit den PCa-Zentren anbieten und dort, wo noch nicht geschehen, Hilfe beim Abschluss von Kooperationsverträgen leisten.

Neuer Schatzmeister des BPS

Nachdem sich Helmut A. Kurtz am 10. Oktober 2019 zum sofortigen Rücktritt als Schatzmeister des BPS entschieden hatte, um wieder den Vorsitz des Regionalverbands Niedersachsen/Bremen zu übernehmen, war die Suche nach einem Nachfolger nun erfolgreich. Lesen Sie nachfolgend die Kurzvorstellung unseres neuen Schatzmeisters Peter Meinertzhagen:

Jahrgang 1941, Gründer der SHG Gevelsberg, die er sechs Jahre leitete. 2020 feiert die Gruppe ihr 10-jähriges Bestehen. Im Berufsleben war er in leitenden Positionen bei nationalen und internationalen Unternehmen für Logistik und Betriebswirtschaft verantwortlich. In den letzten 20 Jahren war er selbstständig tätig als Berater für Betriebswirtschaft/Finanzen und Logistik.

Privat reist er gerne und oft, insbesondere der Gesundheit wegen nach Italien in die Euganeischen Hügel, dort, wo sich schon die Römer im Fango pflegen ließen.

Im Übrigen vertritt er Wertpositionen wie Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit, Toleranz und Barmherzigkeit. Seiner Orientierung entspricht auch ein Ausspruch von Mahatma Gandhi: „Wir müssen selbst die Veränderung sein, die wir in der Welt sehen wollen!“ In seiner Funktion als Schatzmeister möchte er sich unter anderem für ein geordnetes Miteinander einsetzen.



„Miteinander reden – verstehen – gemeinsam handeln“

Von Günter Feick, BPS-Landesverband Hessen

In vorzüglicher Weise wurde dieses Motto der Offenen Krebskonferenz 2019 von der Hessischen Krebsgesellschaft, Organisatorin der Veranstaltung für Patienten am 26. Oktober 2019 in Frankfurt/Main, realisiert. Experten informierten über Behandlungsleitlinien, neueste Entwicklungen in der Krebstherapie, Psychoonkologie, Ernährung und Sport bei Krebs, Rehabilitation, Komplementär- und Palliativmedizin. Sie vermittelten in ihren Vorträgen neueste, hilfreiche Informationen in laienverständlicher Form. Patienten, Angehörige,

Interessierte nutzten die zahlreichen Informations- und Beratungsmöglichkeiten intensiv. „Diese vielseitigen Informations- und Hilfsangebote zu den unterschiedlichen Krebsformen waren mir bei weitem nicht bekannt“, war ein häufig hörbarer Besucherkommentar.

Komplettiert wurde das Vortragsprogramm durch ein Forum, in dem Fachorganisationen (Deutsche Krebsgesellschaft, Stiftung Deutsche Krebshilfe, Deutscher Krebsinformationsdienst u.a.m.) sowie Selbsthilfegruppen individuelle Information und



© Hessische Krebsgesellschaft e.V./Andreas Mann

Beratung anboten. Präsent mit seinem Informationsstand war ebenfalls der Prostatakrebs Selbsthilfe Landesverband Hessen (PSLH). Hier erhielten die zahlreichen Besucher schriftliche Informationen und mündliche Beratung durch Raymund Grägel, Gerhard Steinert und weitere Engagierte der Pros-

tatakrebs Selbsthilfe. Am Informationsstand führten Patienten und Angehörige intensive Gespräche mit Referenten der Vorträge. Das folgende Resümee eines Patienten – „Ich bin trotz meiner schweren Prüfung glücklich, dass ich jetzt einen Weg gefunden habe, der mir wieder neue Hoffnung auf eine Zukunft gibt“ – verstehen wir als Motivation und Dank für die Mitwirkenden der OKK 2019. Vorbereitungen für und Präsenz bei der OKK wurden mit der Hilfe von Andrea Spakowski (Geschäftsstelle BPS e. V.) und Raymund Grägel, Gerhard Steinert (LPSH) und andere bewältigt. Unterstützt wurde die Patientenkonferenz OKK 2019 auch vom Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V. sowie dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration.

Die Prostatakrebs Selbsthilfe bilanziert: Für Patienten und Interessierte war die OKK 2019 eine hilfreiche Veranstaltung.

Größtes onkologisches Expertenforum in Deutschland: 34. Deutscher Krebskongress

Von Dr. Elke Sippel, Mitarbeiterin der BPS-Geschäftsstelle

Zum 34. Mal fand vom 19. bis 22. Februar 2020 der Deutsche Krebskongress in Berlin statt. Mehr als 10.000 Kongressteilnehmer nahmen an ca. 300 Sitzungen mit Vorträgen und Diskussionen zu den neusten Erkenntnissen in der Krebsmedizin teil.

Als größter und wichtigster deutschsprachiger onkologischer Fachkongress widmete sich die Großveranstaltung zahlreichen Themenschwerpunkten von „Innovation in Diagnostik und Therapie“ über „Versorgungsstandards und Gesundheitspolitik“ bis hin zu „Patientenbeteiligung und Selbsthilfe“. Neben unterschiedlichen Sitzungsformaten wie Vorträgen, Foren und Debatten, zu denen ausschließlich registrierte Kongressteilnehmer Zugang hatten, diente der Kongress vor allem auch als Netzwerktreffen der Onkologie mit VertreterInnen aus Wissenschaft, Ärzteschaft und Pflegekräften, Gesundheitswesen und Politik sowie nicht zuletzt mit den Betroffenen selbst. Dahingehend stand auch das



Thema „Patientenbeteiligung“ nicht nur bei einigen Diskussionsforen im Mittelpunkt, sondern spiegelte sich auch in dem großen Angebot an Messeständen von Organisationen und Vereinen, die sich der Hilfe für Krebspatienten widmen, wider.

Im Rahmen eines Gemeinschaftsstandes des Hauses der Krebsselfhilfe stellte sich der BPS den Kongressbesuchern vor. Hier informierten die 13 Vertreter des BPS die zahlreichen Interessenten umfassend zum Thema Selbsthilfe bei Pro-



Hanns-Jörg Fiebrandt, Leiter SHG Berlin-Mitte, am BPS-Stand

statakrebs. Gerade am Krebsaktionstag, der am 22. Februar 2020 öffentlich und kostenfrei zugänglich war, wurde der BPS-Stand von vielen Betroffenen angesteuert.

Helmut A. Kurtz in Wissenschaftlichen Beirat des KKN berufen

Von Hemut A. Kurtz, Vorsitzender des BPS-Regionalverbands Niedersachsen/Bremen

Das Klinische Krebsregister hat die gesetzlich beschriebene Aufgabe, fortlaufend und einheitlich personenbezogene Daten über das Auftreten, die Behandlung, den Verlauf und die Nachsorge von Krebserkrankungen einschließlich ihrer Frühstadien zu sammeln, zu verarbeiten, auszuwerten, teilweise zu veröffentlichen und für die Forschung zur Verfügung zu stellen.

Die Ergebnisse des Klinischen Krebsregisters dienen der Forschung als Basis für die Weiterentwicklung der Krebsbekämpfung. Für die Patienten besteht der große Vorteil darin, dass sie durch die Ergebnisse die Qualität der behandelnden Ärzte erkennen können.

Betroffene mit meldepflichtiger Diagnose müssen zum frühestmöglichen Zeitpunkt über die Meldung an das KKN informiert werden. Die behandelnden Ärzte klären über die Meldung und deren Inhalt, aber auch über das Widerspruchsrecht auf. Erst

Der BPS beteiligte sich außerdem aktiv am wissenschaftlichen Programm des DKK, indem einige BPS-Mitglieder Vorträge hielten, Foren leiteten und an Diskussionsrunden teilnahmen. So fand innerhalb des Themenbereichs „Foren der Selbsthilfe“ die Sitzung des BPS zu „Studien und Versorgung beim Prostatakarzinom“ statt. Die Beiträge zur Krebs- und Versorgungsforschung von und mit Patienten haben das Thema der Patientenbeteiligung hervorgehoben. Außerdem wurden die zukünftigen Weiterbildungsformate des BPS im Zeitalter der Digitalisierung präsentiert.

Auf einem Symposium eigens zum Thema Prostatakrebs erörterten namhafte Urologen Fragen zu Vorsorge und Therapie.

Wir empfehlen Ihnen, sich die von den Referenten des DKK freigegebenen Vorträge auf der Website DKK On Demand unter dkk.conference2web.com anzuschauen.

danach darf die Meldung an das Klinische Krebsregister verschickt werden.

Der wissenschaftliche Beirat berät das Klinische Krebsregister in medizinischen Fragen. Der Beirat prüft dabei im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften auch, ob sich aus der klinischen Krebsregistrierung Erkenntnisse über die Einhaltung und mögliche Weiterentwicklung der medizinischen Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von Krebserkrankungen gewinnen lassen. Außerdem berät er das Klinische Krebsregister bei seiner Zusammenarbeit mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Am 28. Oktober 2019 fand nun die erste Sitzung des Wissenschaftlichen Beirates des Klinischen Krebsregisters Niedersachsen statt. Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des BPS-Regionalverbands Niedersachsen/Bremen, wurde in den Wissenschaftlichen Beirat des KKN berufen, der am 28. Oktober 2019 seine erste Sitzung hatte.

Dilemma

Früherkennung

Mehr Schaden als Nutzen? Der PSA-Test unter der Lupe

Von Dr. Axel Schroeder,
Präsident Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU)

Das Prostatakarzinom ist die häufigste Krebsart bei Männern und dritthäufigste Krebstodesursache in westlichen Industrieländern. Immer mehr Männer entscheiden sich deshalb, einen PSA-Test durchzuführen. Anfang des Jahres entfachte ein Gutachten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Diskussion darum erneut. Danach sollten die gesetzlichen Kassen die Kosten für den PSA-Test nicht übernehmen, wenn bei einem Mann kein konkreter Verdacht auf Prostatakrebs bestehe. Er führe häufig sogar zu Überdiagnosen, falsch-positiven Befunden und unnötigen Behandlungen. Viele Patienten sind nun verunsichert und benötigen Aufklärung darüber, wann und ob für sie ein PSA-Test überhaupt sinnvoll ist.

Zur Bestimmung des PSA-Werts entnimmt der Arzt eine Blutprobe und misst das sogenannte prostataspezifische Antigen (PSA). Ist der Wert erhöht, kann das auf einen Tumor hinweisen, er kann zudem aber viele andere Ursachen haben: zum Beispiel eine Entzündung oder eine gutartige Prostatavergrößerung. Auch Sex, hartnäckige Verstopfung oder eine längere Fahrradtour in den Tagen vor der Probenentnahme reizen die Prostata so stark, dass der PSA-Spiegel im Blut vorübergehend ansteigt. Der Arzt sollte über diese möglichen

Einflüsse in Kenntnis gesetzt werden.

Risikoadaptierte, patientenorientierte individuelle Früherkennung

Der urologische Facharzt verlässt sich bei der Diagnose von Prostatakrebs niemals allein auf eine PSA-Messung. Selbstverständlich werden weitere diagnostische Maßnahmen wie eine Tastuntersuchung, eine bildgebende Diagnostik, eine Prostate-Biopsie sowie das persönliche Risikoprofil des betroffenen Patienten herangezogen. Insbesondere die umfangreiche Diagnostik, die Aufklärung und Information der Patienten durch die Urologen ist essentiell, um ihnen eine bewusste Entscheidung für oder gegen den PSA-Test zu ermöglichen. Denn die Thematik ist komplex und unter Umständen ergeben sich schwerwiegende Konsequenzen aus der Bestimmung des PSA-Werts. Nur im Kontext einer fachlich hochqualifizierten Beratung sowie einer objektiven Therapieplanung im Falle einer Krebsdiagnose durch den urologischen Facharzt können die betroffenen Patienten von der Untersuchung profitieren.



PSA-Test ab dem 45. Lebensjahr sinnvoll

Für eine optimale Versorgung von männlichen Patienten ist ab dem 45. Lebensjahr im Rahmen einer jährlichen urologischen Vorsorge der PSA-Test medizinisch sinnvoll. Erfreulicherweise entscheiden sich immer mehr Männer auf dieser Grundlage bewusst dafür, ein sogenanntes „PSA-Screening“ durchzuführen.

Ein allgemeines, unspezifisches flächendeckendes PSA-Screening ohne Verdacht hingegen birgt mehr Nach- als Vorteile – wie beispielsweise Schäden durch Überdiagnosen und Übertherapie.

Gesetzlicher Anspruch auf wichtigen Vorsorge-Baustein

Derzeit wird der entstehende erhöhte medizinische Beratungs- und Untersuchungsaufwand im Rahmen des PSA-Screenings nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen. Er stellt eine Wahlleistung dar, die vom Patienten selbst be-

zahlt werden muss. Aufgrund von Schätzungen aus den Abrechnungsdaten der Urologen nutzen aktuell maximal 20 Prozent der Anspruchsberechtigten die gesetzliche Früherkennungsuntersuchung.

Es ist wichtig, dass die individuelle PSA-Bestimmung mit einer angemessenen Vergütung der notwendigen intensiven ärztlichen Beratungsleistung künftig in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wird. Dadurch profitieren künftig mehr Patienten von dieser Krebsfrüherkennung und sie gewinnt gleichzeitig mehr Akzeptanz.

Mit dem PSA-Test verringert sich das Risiko, an einem metastasierten Prostatakarzinom zu versterben. Somit gilt der PSA-Wert trotz aller Kritik aus urologischer Sicht als ein fundamentaler Baustein in der Früherkennung des Prostatakarzinoms.

Ob er mehr nützt als schadet, kann nur zusammen mit der Qualität der fachärztlichen Beratung, der Folgeuntersuchungen und der Therapien betrachtet werden.

Die Position des BPS

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS) hat sich der Wahrnehmung der Interessen von Männern verpflichtet, wenn es um Information und Hilfe im Zusammenhang mit Prostatakrebs geht. Im Folgenden legt er seine Position zur Früherkennung von Prostatakrebs dar.

Vor einigen Jahren machte die PLCO-Studie aus den USA Schlagzeilen, die herausgefunden haben wollte, dass durch die Nutzung des PSA-Tests keine Unterschiede in der Sterberate festzustellen seien. Dass die Studie fehlerhaft war, kam erst Jahre später ans Tageslicht. Durch falsche Informationen vernachlässigten, der Studie vertrauend, viele Männer den Besuch beim Urologen mit der Folge, dass die Zahl der fortgeschrittenen Tumore bei der Ersttherapie deutlich anstieg. Dieser Trend ist auch heute noch zu beobachten.

Erst kürzlich geriet der PSA-Test wieder in die Schlagzeilen der Medien. Hintergrund ist ein Vorbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), in dem die Meinung vertreten wurde, dass der PSA-Test den Männern mehr schade als nütze.

Der BPS formuliert als eines seiner Ziele „die risikoadaptierte, kassenfinanzierte Prostatakrebs-Früherkennung“. Damit fordern wir bestmöglichen Zugang zu Diagnose und Therapie auf allen Stufen der Erkrankung. Wir fordern die Aufklärung der Männer ab 45 Jahren, bei familiärer Vorbelastung ab 40 Jahren, über die Vorteile, aber insbesondere auch die Risiken der Früherkennung. So soll jeder Mann in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich zu entscheiden, ob er dieses Angebot wahrnehmen will oder bewusst darauf verzichtet.

In der Gesundheitsleitlinie „Früherkennung von Prostatakrebs – Information für Männer“ (zweite Auflage, Juli 2015*) heißt es: „Eine Früherkennung sollten Sie nicht machen lassen, damit Sie ‚beruhigt‘ sind. In der Mehrzahl der Fälle wird der Test unauffällig sein. Dennoch sollte Ihnen bewusst sein, dass

Sie möglicherweise ein beunruhigendes Testergebnis und vielleicht eine Krebsdiagnose erhalten.“ Die Broschüre klärt im Weiteren über die Entstehung und die Risikofaktoren für Prostatakrebs auf. Sie geht auch auf das Für und Wider der Früherkennung ein.

Diese Ausgabe des BPS-Magazins widmen wir speziell dem Thema „Früherkennung beim Prostatakrebs“. Es ist unser Anliegen, Sie zu befähigen, mit den nötigen Kenntnissen und Wissen ausgestattet, die für Sie und Ihre Angehörigen richtige Entscheidung zu treffen. Bitte lesen Sie deshalb auch die anderen Artikel zu diesem Thema.

(* Bestellung der Broschüre ist über den BPS möglich – siehe letzte Umschlagseite)

PSA-gestützte Prostatakrebsfrüherkennung – Pro und Kontra

Von Udo Ehrmann, Mitglied des Vorstands des BPS und Patientenvertreter im G-BA

In der **Europäischen Randomisierten Screening-Studie Prostatakarzinom (ERSPC)** wurden Männer im Alter zwischen 55 und 69 Jahren regelmäßig zur PSA-Reihenuntersuchung eingeladen und mit einer Kontrollgruppe ohne Test verglichen. Es waren keine deutschen Studienzentren beteiligt, weil die deutschen Urologenverbände dies ablehnten. Die Studie enthält damit keine Daten von deutschen Männern zum PSA-Test. Deren Ergebnisse können jedoch als Schätzungen auch für Männer in Deutschland dienen (Hugosson 2019). Die Zahlen können zwar je nach Land abweichen, die Größenordnung bleibt jedoch erhalten. Das IQWiG hat auf seinem Patientenportal die Ergebnisse für Laien verständlich aufgearbeitet (www.gesundheitsinformation.de). Die Daten der ERSPC-Studie wurden im Vorbericht des IQWiG zum PSA-Screening als sehr verlässlich eingeschätzt (<http://b-p-s.link/4rs>). Hier einige der wesentlichen Aussagen der Studie (<http://b-p-s.link/4fj>):

60 von 1.000 Männer (6 %) haben einen Prostatakrebs, der ohne Früherkennung nie aufgefallen wäre und zu Lebzeiten keine Probleme verursacht hätte, d. h. knapp die Hälfte der Männer mit Prostatakrebs wird unnötig diagnostiziert (überdiagnostiziert) und meist unnötig behandelt (überthe-

rapiert). Die Folgen sind häufig dauerhafte Inkontinenz, dauerhafte Erektionsstörungen, Darmentzündungen usw.

5 von 1.000 Männer (0,5 %) haben trotz Früherkennung Metastasen – statt 8 Männer (0,8 %) ohne Früherkennung.

3 von 1.000 Männer (0,3 %) werden durch Früherkennung vor Metastasen bewahrt. Diese Männer werden, falls sie nicht vorher an einer anderen Ursache versterben, vor einem späteren Tod durch Prostatakrebs bewahrt.

30 von 1.000 Männer (rund 3 %) sterben in Deutschland langfristig an Prostatakrebs (RKI 2019). Das mittlere Sterbealter für Prostatakrebs ist 79 Jahre, d. h. es ist ähnlich hoch wie das durchschnittliche Sterbealter aller Männer.

Die Gesamtsterblichkeit unterscheidet sich bei Männern mit und ohne PSA-Früherkennung nicht signifikant. Sonstige Todesursachen sind damit viel häufiger als die geringe Prostatakrebssterblichkeit. Um einen Mann vor dem Prostatakrebstod zu bewahren, müssen 18 Männer diagnostiziert und behandelt werden.



Für eine persönliche Entscheidung pro PSA-Früherkennung spricht:

- Sie senkt das Risiko, an Prostatakrebs zu sterben. Dieser mögliche Vorteil tritt aber in der Regel erst nach einem Zeitraum von zehn oder mehr Jahren ein und steigt im Laufe der Jahre.
- Sie senkt das Risiko für fortgeschrittenen Prostatakrebs (Metastasen).
- Bei Männern mit hohem genetischen oder familiärem Prostatakrebsrisiko besteht ein erhöhtes Interesse am PSA-Test.
- Die Prostatakrebsfrüherkennung mit Tastuntersuchung (digital-rektale Untersuchung, DRU) hat nach aktueller Studienlage keinen Nutzen bzw. ist nicht evidenzbasiert (Naji 2018).

Für eine persönliche Entscheidung kontra PSA-Früherkennung spricht:

- Sie kann Prostatakrebs nicht vorbeugen oder verhindern – sie ist keine echte „Vorsorge“.
- Sie führt zu mehr Biopsien wegen vieler erhöhter PSA-Werte ohne Krebs (belastende Fehlalarme).
- Sie führt zu vielen unnötigen Krebsdiagnosen und unnötigen Behandlungen von Prostatakrebs ohne Krankheitswert, die sonst lebenslang nie aufgefunden wären.
- Die Überdiagnosen und Übertherapien führen neben psychischen Belastungen häufig zu erheblichen, dauerhaften Nebenwirkungen.
- Eine Verlängerung der allgemeinen Lebenszeit ist nicht belegt.

Letztendlich ist es eine Frage der persönlichen Abwägung, ob Man(n) sich testen lässt oder nicht. Diese Fragen sollten Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt besprechen. Die Entscheidung liegt bei Ihnen als informiertem Patienten.

Früherkennung – Aus Sicht der Leitlinie

Von Paul Enders, BPS und Mitglied in der Leitlinienkommission Prostatakrebs

Früherkennung von Prostatakrebs ist seit vielen Jahren ein Streitthema. Dabei geht es weniger um die Tastuntersuchung (DRU), die man schwerlich als Früherkennung bezeichnen kann, als vielmehr um den PSA-Test.

Kritik am PSA-Test wird vor allem als Teil eines Screening-Programms geäußert.

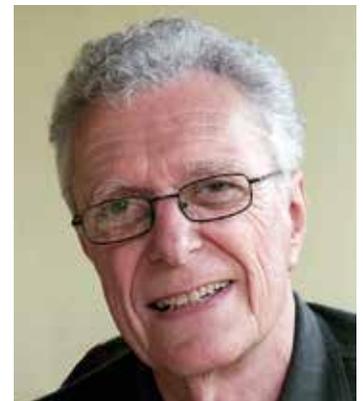
Die ärztliche Leitlinie geht nicht von einem Screening-Programm aus. Sie empfiehlt, Männer ab 45 Jahren, bei erhöhtem Risiko ab 40 Jahren, über die Möglichkeit der Früherkennung zu informieren. Sie sollen über die Vor- und Nachteile der Früherkennungsmaßnahmen und ihre Aussagekraft aufgeklärt werden.

Zu den Vorteilen zählt, dass ein früh erkannter Tumor meist geheilt werden kann. Unerwünschte Wirkungen können oft vermieden werden. Eine Behandlung ist möglicherweise gar nicht oder nicht sofort nötig (aktive Überwachung, Vermeidung von Übertherapie).

Nachteilig kann sein, dass trotz Früherkennung ein Tumor nicht oder zu spät erkannt wird. Verdächtige Testergebnisse können zunächst beunruhigen bis die Diagnose abgeschlossen ist und den Verdacht eventuell ausräumt. Auch werden Tumore entdeckt, die nicht behandelt werden müssen, die aber den Betroffenen beunruhigen können.

Andererseits kann auch der Verzicht auf die Früherkennung Vor- und Nachteile mit sich bringen. Wer keinen Prostatakrebs oder einen abhängig vom Alter nicht einer Behandlung bedürftigen Krebs entwickelt, vermeidet Belastungen durch Diagnosemaßnahmen. Er hat keinen Nachteil durch unterlassene Früherkennungsmaßnahmen.

Wird allerdings ein Prostatakrebs erst durch da-



mit verbundene Symptome entdeckt, so ist dieser Krebs meist nicht mehr heilbar und kann zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität, wenn nicht gar zu einem vorzeitigen Tod führen.

Männern, die nach der Aufklärung eine Früherkennungsuntersuchung wünschen, soll das Bestimmen des PSA-Wertes als Untersuchungsmethode angeboten werden (starke Empfehlung). Zusätzlich sollte eine digital-rektale Untersuchung empfohlen werden (schwache Empfehlung).

Für Männer, die weiterhin eine PSA-Früherkennungsuntersuchung wünschen, sollte sich das Intervall der Nachfolgeuntersuchung am aktuellen PSA-Wert und am Alter der Männer orientieren,

sofern nicht schon eine Biopsie angezeigt ist.

Fazit

Die ärztliche Leitlinie empfiehlt kein regelmäßiges Massenscreening. Sie setzt auf gründliche Aufklärung. Die Entscheidung trifft der informierte, mündige Mann nach Abwägung der für ihn relevanten Aspekte.

In einer Fernsehsendung wurde ein Gegner der Früherkennung gefragt: „Angenommen, bei Ihnen würde Prostatakrebs in einem fortgeschrittenen, nicht mehr heilbaren Stadium entdeckt. Würden Sie Ihre Haltung revidieren?“

Diese Frage sollte sich jeder stellen.

Früherkennung – Aus Sicht eines Betroffenen

Von Matthias Rößler, SHG Prostatakrebs Weilheim i. OBB

Vor ca. 17 Jahren ging ich im Alter von 54 Jahren zum ersten Mal zur Vorsorgeuntersuchung. Bei einem PSA-Wert von knapp über 4 stellte der Urologe eine Verhärtung in der Prostata fest. Er wollte eine Biopsie machen. Da ich Angst davor hatte, wechselte ich zu einem anderen Urologen. Er sprach von einer Verkalkung in der Prostata und hielt eine Biopsie nicht für nötig. Anschließend ging ich in den folgenden vier Jahren einmal jährlich zur Vorsorge. Mein PSA-Wert lag immer zwischen 4 und 5. Von Krebs sprach der Arzt nie, sondern nur von einer Verhärtung durch eine angebliche Verkalkung. Danach wurde ich nachlässig und ließ fünf Jahre keine Vorsorge mehr durchführen. Erklären möchte ich mein (im Nachhinein nachlässiges) Verhalten noch mit der Tatsache, dass mein Schwager über Jahre hinweg einen PSA-Wert zwischen 8 und 12 hatte, drei Biopsieen durchführen ließ und bis heute kein Krebs vorhanden ist.

Vor sieben Jahren ging ich wieder einmal zum Urologen, weil ich Schmerzen im rechten Hoden hatte. Bei der Untersuchung stellte man dann meinen Prostatakrebs fest. Der PSA-Wert betrug 11,8 bei einem Gleason Score von 3+5= 8. Bei der anschließenden Operation stellte sich heraus, dass der Krebs die Prostataloge schon verlassen hatte. Man entfernte mir auch die Samenblasen und zehn Lymphknoten, von denen bereits drei metastasiert waren. Drei Monate danach wurde ich noch einmal operiert, wobei man mir weitere 30 Lymphknoten entfernte.

Seitdem erhielt ich eine Hormontherapie durch die Trenantone 3-Monatsspritze und Bicalutamid. Jetzt wirkt diese Hormontherapie nicht mehr, und ich muss mit Abiraterone weiterbehandelt werden bei einem derzeitigen PSA-Wert von 16,4.

Ich kann nur jedem Patienten raten, eine regelmäßige Vorsorge durchzuführen. Hätte ich regelmäßig Vorsorge betrieben, hätte man meinen Krebs sicher in einem frühzeitigeren Stadium erkannt und ich wäre jetzt nicht unheilbar krank.

Bei der Vorsorge ist der PSA-Wert das beste Mittel, das wir haben, entgegen allen anderen Meinungen, die immer wieder durch die Medien verbreitet werden. Auch wenn der Wert als solcher nicht so aussagekräftig ist, so kommt es doch auf die Steigerung an, und die muss man bei regelmäßigen Kontrollen ermitteln.

Die Bedeutung der Magnetresonanz (MR)-Untersuchung auf die Treffgenauigkeit bei Prostatabiopsien

Neele Heckmann & Guido Sauter, Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Thomas Dill & Martin Löhr, Urologische Privatpraxis Heidelberg; Thomas Wollenweber, Radiologie Nuklearmedizin Adickesallee, Frankfurt

Der klinische Verdacht auf ein Prostatakarzinom entsteht entweder durch einen auffälligen Serum-PSA-Wert oder einen rektalen Tastbefund. Bis vor kurzem erfolgte bei Patienten mit Prostatakarzinomverdacht als erste weitere diagnostische Maßnahme eine bioptische Abklärung mit systematisch gefächerten Biopsien aus allen Bereichen der Prostata.

In den letzten Jahren erfolgt bei Karzinomverdacht immer häufiger primär eine Magnetresonanz (MR)-Untersuchung der Prostata. Durch die Computer-unterstützte Fusion der MR-Aufnahmen und der während der Prostatabiopsie erstellten Ultraschallbilder kann der Urologe die verdächtigen Herde in der Prostata gezielt punktieren.

Studien haben gezeigt, dass durch dieses Verfahren die Trefferquote vor allem hinsichtlich klinisch relevanter Karzinome verbessert werden kann. Allerdings stammen die diesbezüglichen Studien meistens aus dem universitären Umfeld. Um zu überprüfen, inwieweit das MR in der nicht-universitären ambulanten Medizin die Treffgenauigkeit der Prostatabiopsie verbessert, haben wir kürzlich die Befunde von 360 konsekutiven Patienten evaluiert, welche nach vorangegangener MR-Untersuchung in der Privatpraxis Dill-Löhr in Heidelberg biopsiert worden waren und deren Biopsien am Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf histologisch untersucht wurden.

Bei den 360 Patienten wurden im MR insgesamt 563 verdächtige Läsionen (= pathologische Veränderungen, Anm. d. Red.) entdeckt. Die MR-Befunde wurden nach dem PI-RADS-System klassifiziert, wobei fünf Gruppen mit unterschiedlich großer Krebswahrscheinlichkeit unterschieden

werden: PI-RADS 1 (höchstwahrscheinlich gutartig), PI-RADS 2 (wahrscheinlich gutartig), PI-RADS 3 (unklarer Befund), PI-RADS 4 (wahrscheinlich bösartig), PI-RADS 5 (höchstwahrscheinlich bösartig). Die histologische Untersuchung ergab bei 89,4 % der Patienten einen Karzinomnachweis. Die Wahrscheinlichkeit, in der Biopsie ein Karzinom zu entdecken, war eng mit der PI-RADS-Klassifizierung der radiologisch verdächtigen Herde assoziiert. 95 % von 189 PI-RADS 5, 76 % von 181 PI-RADS 4, 49 % von 152 PI-RADS 3 und 45 % von 11 PI-RADS 2 Herden erwiesen sich als Karzinome. Der Gleason-Score der identifizierten Karzinome war signifikant mit dem PI-RADS-Score assoziiert ($p < 0,0001$; Abb. 1). Unter den in PI-RADS 5-Läsionen identifizierten Karzinomen waren nur 4,4 % mit dem Gleason-Score $3+3=6$. Im Gegensatz dazu fanden sich Gleason $3+3$ -Karzinome in 26,8 % der PI-RADS



Neele Heckmann



Guido Sauter



Thomas Dill



Martin Löhr



Thomas Wollenweber

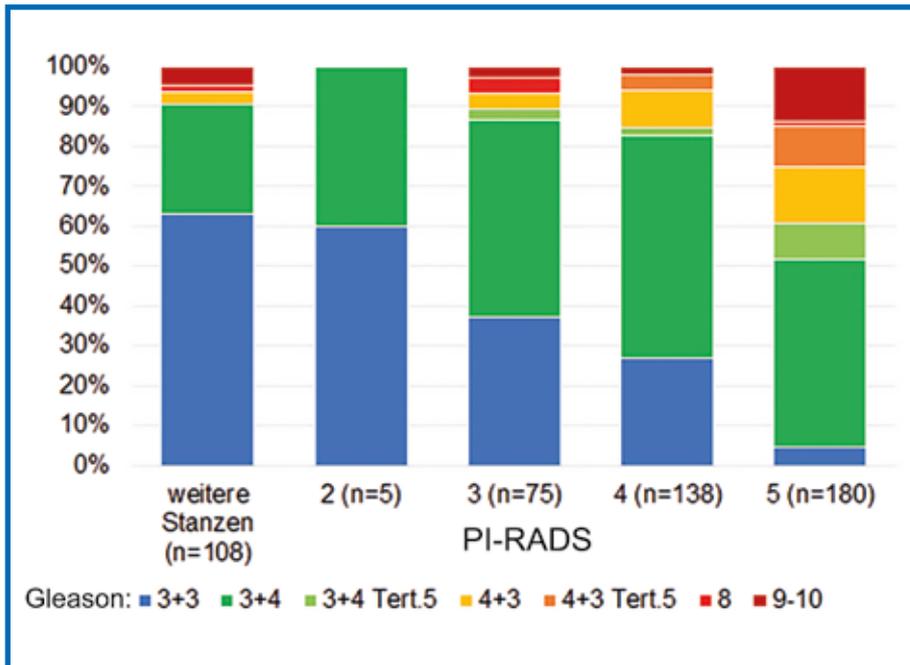


Abb. 1. Gleason-Score der positiven Läsionen (= pathologischen Veränderungen) bei unterschiedlichem PI-RADS-Score und in Biopsien außerhalb von radiologisch suspekten Arealen

4-, 37,3 % der PI-RADS 3- und 60,0 % der PI-RADS 2-Karzinome.

Sicherheitshalber wurden pro Patient zusätzlich vier bis sechs Biopsien von Stellen außerhalb der radiologisch verdächtigen Herde entnommen. Bei immerhin 31 % der Patienten wiesen diese „systemischen“ Biopsien Karzinomanteile auf. Diese erwiesen sich in der Mehrzahl der Fälle entweder als radiologisch nicht erkannte Ausläufer der in der Nähe gelegenen, gezielt punktierten Tumore, oder aber als Karzinome von niedrigem Gleason-Score. Bei insgesamt 13 der systematisch biopsierten Patienten (3,7 %) wurde ein Karzinom nur extraläsional gefunden. Bei neun dieser Patienten handelte es sich um ein Gleason 3+3-Karzinom, bei drei weiteren um ein Gleason 3+4=7-Karzinom und bei einem um ein Gleason 4+4-Karzinom. Zusammengefasst zeigen die Daten dieser Studie, dass die MR-unterstützte Prostatabiopsie in

Kurzfassung

Zusammengefasst zeigen die Daten dieser Studie, dass die MR-unterstützte Prostatabiopsie in erfahrenen Händen eine sehr hohe Detektionsrate erzielt. Die Daten zeigen aber auch, dass nicht alle Prostatakarzinome und auch nicht alle klinisch relevanten Prostatakarzinome radiologisch identifiziert werden können. Für die Zukunft ist eine weitere Verbesserung der methodischen Möglichkeiten sowohl für die MR-Diagnostik als auch für die histologische Bewertung der dadurch identifizierten Karzinome zu erwarten.

erfahrenen Händen eine sehr hohe Detektionsrate erzielt (89,4 %) und dass der PI-RADS-Score des Radiologen eng mit der Wahrscheinlichkeit des Karzinomnachweises und mit dem Vorhandensein eines prognostisch eher ungünstigen Karzinoms assoziiert ist. Die Daten zeigen aber auch, dass nicht alle Prostatakarzinome und auch nicht alle

klinisch relevanten Prostatakarzinome radiologisch identifiziert werden können.

Ob das Risiko eines klinisch relevanten, radiologisch nicht erkennbaren Karzinoms von 1,1 % es rechtfertigt, routinemäßig ausgedehnte systematische Biopsien neben MR-gesteuerten Biopsien durchzuführen, muss durch weitere Studien

geklärt werden. Für die Zukunft ist eine weitere Verbesserung der methodischen Möglichkeiten sowohl für die MR-Diagnostik als auch für die histologische Bewertung der dadurch identifizierten Karzinome zu erwarten.

20 Jahre BPS – Vom ersten Schritt bis heute

Von Werner Seelig, Vorsitzender des BPS

Die Diagnose Krebs zu erfahren, löst bei jedem Menschen etwas Anderes aus. Es tauchen Fragen auf, auf die Antworten gefunden werden müssen. Nur, wer kann sie geben? Fast jeder fragt dann zunächst einmal „Dr. Google“ um Rat. Und dann kommen meist noch mehr Fragen als Antworten. Man(n) gelangt oft zu der Erkenntnis, dass der Austausch mit Menschen, die das gleiche Schicksal ereilt hat, helfen könnte. Doch wo sind diese zu finden?

Ähnlich ging es auch Wolfgang Petter, nachdem bei ihm Prostatakrebs festgestellt wurde. Doch es gab keine Selbsthilfegruppe in seiner Nähe, also gründete er eine in Hannover. Aber dabei beließ er es nicht. Warum sollten sich die in Deutschland verstreuten Selbsthilfegruppen nicht zusammenschließen? Ist man zusammen nicht stärker? Da die Antwort nur „Ja“ lauten konnte, lud er die gerade einmal 20 Gruppen zu einem Treffen nach Worms ein.

Am 15. September 2000 war es dann soweit. 18 Selbsthilfegruppen aus ganz Deutschland schlossen sich zusammen. Der BPS war geboren, wenn auch zunächst als Bundesarbeitsgemeinschaft Prostatakrebs Selbsthilfegruppen e. V. Wolfgang Petter wurde Gründungsvorsitzender. Ihm zur Seite standen als „Männer der ersten Stunde“ Christian Ligenza, Alfred Solleder, Dieter Mergner und Franz Stadlbauer. Die Zahl der Selbsthilfegruppen nahm

schnell zu, schon sieben Monate später waren es 31 mit rund 1.200 Mitgliedern.

Bereits im Herbst 2001 wurden medizinische Fachvorträge vor den Mitgliedern gehalten und nur ein Jahr später tauchte ein Name auf, der auch heute noch stets mit Respekt und Hochachtung genannt wird: Dr. med. Stefan Machtens. Der heutige Privatdozent Dr. Machtens, den der BPS 2015 mit der Wil de Jongh-Medaille ehrte, sagte danach: „Es gibt Auszeichnungen, die einen



Wolfgang Petter



PD Dr. Stefan Machtens

besonders berühren. Ich widme diese Auszeichnung Wolfgang Petter. Er hat mich vor 15 Jahren durch seine persönliche Ansprache für die Prostatakrebs-Selbsthilfe interessiert und begeistert. 24 Stunden vor seinem viel zu frühen Tod habe ich ihm versprochen, dieses Engagement für den BPS dauerhaft zu erbringen. Zu diesem Versprechen stehe ich bis heute!“ Drei Jahre später

beschloss die Ordentliche Mitgliederversammlung, Dr. Machtens für seine besonderen Verdienste um den BPS die Ehrenmitgliedschaft zu verleihen. Die Urkunde darüber wurde ihm im Rahmen der Jahrestagung 2019 überreicht. Damit ist Dr. Machtens das zweite Ehrenmitglied des BPS.

2012 verlieh der BPS diese Auszeichnung erstmals an Prof. Dr. med. Louis Denis. In der Laudatio hieß es: „Damit würdigt der BPS dessen Verdienste in der Forschung und Behandlung des Prostatakrebses, sowie sein ausgeprägtes Engagement für das Anliegen der Prostatakrebspatienten und der Prostatakrebs Selbsthilfe.“

Aber nicht nur der BPS zeichnete seine Mitglieder oder Unterstützer aus. Schon zwei Jahre nach der Gründung des BPS wurde Wolfgang Petter mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesre-



Albert Lippert



Manfred Seifert



Karin und Karl Heinz Bauer

publik Deutschlang für seine Verdienste um das Allgemeinwohl ausgezeichnet. Diese Ehrung wurde 2012 auch Manfred Seifert, Leiter der Selbsthilfegruppe Darmstadt zuteil. Darmstadts Oberbürgermeister Jochen Partsch würdigte Manfred Seiferts langjähriges Engagement in unterschiedlichen ehrenamtlichen Tätigkeiten.

Das Bundesverdienstkreuz durften auch Albert Lippert sowie Karin und Karl Heinz Bauer entgegennehmen.

Nur wenig mehr als sechs Jahre nach der Gründung des BPS verstarb Wolfgang Petter viel zu früh, wie Dr. Machtens es formulierte, im Dezember

2006. Im Nachruf des Vorstands würdigte Franz Stadlbauer die Leistung Wolfgang Petters mit den Worten, „dass er genau der richtige Mann am richtigen Platz für den Aufbau einer großen Patientenorganisation war“. Seinem Nachfolger Werner Frohne war nur eine Amtszeit von 76 Tagen vergönnt, dann starb er im August 2007 und der BPS musste ein zweites Mal in einem Jahr einen Vorsitzenden wählen.

Günter Feick formulierte seine Ziele (nachzulesen im Magazin 3/2007) und warb damit bei den Mitgliedern um ihre Stimme für seine Wahl. Dort hieß es u.a. „Zu den wichtigsten Aufgaben im BPS gehören für ihn [G.Feick] verständliche und jedem zugängliche Information über Prostatakrebs.“

Den von ihm genannten Zielen blieb er während seiner ge-



Werner Frohne

samten Amtszeit treu. Ein oft gehörter Satz von ihm lautete:

„Ein Tag, an dem ich nichts für Betroffene tun konnte, ist für mich ein verlorener Tag.“ Unter Günter Feicks Vorsitz entwickelte sich der BPS zu einer in Medizinerkreisen anerkannten und starken Patientenvertretung. Als besondere Anerkennung wurde Günter Feick 2014 als „Förderer der Urologischen Wissenschaft“ von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. geehrt. Mit ihm zusammen erhielten diese Auszeichnung auch Paul Enders und Jens-Peter Zacharias für ihre Verdienste „um die Förderung der wissenschaftlichen Urologie“.

Bisher verlieh der BPS seine höchste Auszeichnung für BPS-Angehörige, die Ehrennadel in Gold,

an Ralf-Rainer Damm, Paul Enders und Jens-Peter Zacharias für ihre „besondere fachspezifische Kompetenz, verbunden mit einem ausgeprägten Engagement für die Anliegen von Prostatakrebspatienten“. Weiteren neun Männern wurde bisher die Ehrennadel in Silber verliehen.

Im Magazin 3 /2020 wollen wir uns den Männern zuwenden, die sich heute mit viel Engagement der Vertretung der Interessen von Prostatakrebsbetroffenen und ihren Angehörigen in den Gremien des Gesundheitswesens widmen. Deshalb stehen die



Günter Feick

Genannten stellvertretend für die vielen anderen.

Doch was wäre ein

Mann die für ihn beste Therapie erhält und woran liegt das?“ Diesem Zufall entgegenzuwirken, widmet er auch heute noch seine Kraft, denn bis jetzt ist diese Frage noch nicht beantwortet.

Das Jahr 2008 war aber auch aus einem anderen Grunde bedeutsam. Durch einen Anruf der Ehefrau eines Prostatakrebspatienten wurde Ludger Schnorrenberg auf das Fehlen von Hygieneeinrichtungen in Herrentoiletten aufmerksam. Er und Oskar Blum ergriffen die Initiative. 2011 gab es schon eine Vereinbarung mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband. Dem folgte nur zwei Jahre später die Änderung der Arbeitsstättenverordnung. Beiden gebührt dafür Dank und Anerkennung an dieser Stelle.

Damit waren die Höhepunkte des Jahres 2008 aber immer noch nicht vorbei. Schon ein Jahr vorher begannen die Vorbereitungen für eine Be-



„Förderer der Urologischen Wissenschaft“: (von links) Jens-Peter Zacharias, Paul Enders, Günter Feick, Prof. Dr. Jan Fichtner (DGU-Präsident 2014)

großer Verband ohne eine Verbandszeitschrift. Erstmals erschienen 2002 zwei Ausgaben des Verbandsmagazins. Es dauerte aber noch drei weitere Jahre, bis zum ersten Mal auch „Verbandsnachrichten“ ihren Eingang in das Magazin erhielten. Heute ist dieser Austausch eine Selbstverständlichkeit und ein Quell für Ideen eines interessanten Gruppenlebens geworden.

Mit der Übernahme des Vorsitzes durch Günter Feick erhielt auch das Magazin ein neues Element. Günter Feick schrieb von da ein Editorial. In seinem ersten von 34 von ihm verfassten Texten wirft er die Frage auf „Ist es eher zufällig, wenn ein

ratungshotline „Patienten beraten Patienten“. Im Februar 2008 war es so weit. Patienten und Angehörigen stand damit die Möglichkeit zur Verfügung, sich Hilfe suchend an Gleichbetroffene zu wenden, ihre Erfahrungen zu nutzen. Bis Ende 2019 haben die „Hotliner“, wie sie respektvoll genannt werden, über 11.000 registrierte Gespräche geführt. Davon allein in 2019 1.036 mit steigender Tendenz. Paul Enders und Ralf-Rainer Damm, die der Beratungshotline von Anfang an angehören, wurde

durch den Vorsitzenden des BPS, Günter Feick, auf der Jahrestagung stellvertretend für alle gedacht.

Als eine weitere Möglichkeit zum Austausch unter Betroffenen stellt der BPS auf seiner Webseite das gemeinsame Diskussionsforum zum Prostatakrebs von BPS und KISP zur Verfügung, entstanden im Jahr 2004 aus der Zusammenlegung zweier zuvor nebeneinander bestehender, unabhängiger Foren. Heute ist es das mit Abstand meistbesuchte derartige Internetforum im deutschsprachigen Raum.

Um Betroffene zu erreichen, nutzt der BPS seit 2014 auch die sozialen Medien. Der Geschäftsbericht 2018 weist 170 Follower bei Facebook und 190 bei Twitter aus.



Jens Spahn (links) und Ludger Schnorrenberg

Für ein paar Jahre gab es auch einen Arbeitskreis „Frauen im BPS“ – kurz FiBPS genannt. 2013 gegründet, wollte sich dieser Arbeitskreis besonders den Fragen der Partnerschaft zuwenden. Vielleicht gibt es ja noch einmal einen Anlauf?

Die Aus- und Weiterbildung der Leitungen der Selbsthilfegruppen, aber auch der Mitglieder der SHGs ist dem BPS von Anfang an ein wichtiges Anliegen. Schon die erste Mitgliederversammlung hatte hochkarätige Referenten. Und so ist es auch

heute noch. Viele der besten Urologen, Onkologen, Pathologen und Vertreter anderer medizinischer Fachrichtungen sind gern und teilweise wiederholt begrüßte Gäste auf den Jahrestagungen des BPS. Hier einzelne Namen zu nennen, verbietet sich ganz einfach.

Auch das BPS-Magazin gibt medizinischen Themen viel Raum. Hatte das Magazin anfangs 20 Seiten, so sind es heute 32. Trotzdem kann die Redaktion nicht immer alle Beiträge der inzwischen deutlich über 200 Selbsthilfegruppen berücksichtigen. Viele wollen über ihre Erlebnisse oder Erfolge einzelner Mitglieder berichten.

Interessant, dass es 2006 einen „Planungsstab Sport gegen Krebs“ gab, der sich „mit dem Ziel, die BPS-Botschaften stärker in die Öffentlichkeit zu bringen“, in Hannover traf. Heraus kam eine Etappenfahrt mit Patienten, Unterstützern und Prominenten

„Mit dem Rad quer durch Deutschland von Bad Reichenhall bis Hamburg“.

Wer nicht radeln will, rudert vielleicht lieber, so wie die Mannschaft des Landesverbands Nordrhein-Westfalen 2018 bei der Benefiz-Regatta „Rudern



Infopostkarte des BPS-Beratungshotline

gegen Krebs“ in Düsseldorf.

Zum Schluss komme ich noch einmal auf den Gründungsvorsitzenden Wolfgang Petter zu sprechen. Ob es ihm wohl gefallen hätte, was aus seinem Verein geworden ist? Ich denke – bestimmt. Der BPS ist in seinem 20. Jahr ein starker, mutiger und durch seine Vielfalt interessanter Verein. Dass es so ist, verdanken wir denen, die uns vorausgegangen sind, die den Weg durch das Dickicht schlugen und die Straße pflasterten. Ihrem Andenken sind wir es schuldig, diesen Weg weiterzugehen und den BPS – „Unseren BPS“ – fit für die Zukunft zu machen.

Perineale und transrektale Prostatabiopsie

Von Jan Lukas Hohenhorst & PD Dr. med. Lars Budäus, Martini-Klinik am UKE

Nach den aktuellen Angaben des Robert Koch-Instituts (2013) wird in Deutschland bei 65.000 Männern pro Jahr ein Prostatakarzinom neu diagnostiziert. Das macht etwa ein Viertel aller Krebserkrankungen bei Männern aus und ist somit die häufigste Krebsart bei Männern. Durch eine Früherkennungsuntersuchung mit einer Bestimmung des prostataspezifischen Antigen-Spiegels im Blut (PSA-Test) und ergänzender rektaler Tastuntersuchung beim Urologen kann der Großteil der Prostatakarzinome bereits in einem frühen Stadium entdeckt werden, was sehr gute Heilungsaussichten bietet.

PSA-Test und Biopsie

Das PSA ist ein Eiweiß, das nur in der Prostata hergestellt wird. Ein erhöhter PSA-Wert kann zwar auf das Vorliegen eines Prostatakrebses hindeuten, aber auch bei einer gutartigen Prostatavergrößerung (BPH), einer Entzündung der Prostata (Prostatitis) oder nach einer unmittelbaren Stimulation der Prostata, beispielsweise nach Geschlechtsverkehr, rektaler Manipulation oder Radsport, vorkommen. Diese unspezifische PSA-Erhöhung im Blut hat zur Folge, dass nur bei einem Viertel der Männer mit erhöhtem PSA-Wert in der anschließenden Biopsie Krebs festgestellt wird. Trotzdem empfiehlt die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft der Urologie weiterführende Untersuchungen, um die Diagnose zu sichern oder den Verdacht aus dem Weg zu räumen.

Für den Beweis, dass ein Prostatakarzinom vorliegt, bedarf es des Nachweises von Krebszellen in der Gewebeprobe. Bei der Biopsie der Prostata werden kleine Gewebeproben mit einer Hohlnadel aus der Prostata entnommen und von Pathologen mikroskopisch untersucht. Unter bestimmten Umständen kann ein bildgebendes Verfahren, wie eine multiparametrische MRT-Untersuchung der Prostata, zusätzlich eingesetzt werden, jedoch ersetzt dies keinesfalls die Gewebeuntersuchung. Obwohl das

Biopsieverfahren eine invasive und komplikationsbegleitende Prozedur darstellt, ist eine endgültige Diagnosesicherung eines Prostatakarzinoms nur durch die Gewebeuntersuchung möglich.

Der Standard – transrektale Ultraschall (TRUS)-gesteuerte Biopsie

Die Prostatabiopsie stellt eine der am häufigsten durchgeführten Prozeduren in der Urologie dar und wird europaweit jährlich ca. eine Million Mal durchgeführt. Überwiegend nutzen die Urologen dabei den „transrektalen“ Zugang durch den Enddarm (Abb. 1). Es gibt jedoch einen weiteren Zugang für die Biopsie, den „perinealen“ Zugangsweg durch den Damm-Bereich zwischen Hodensack und Anus (Perineum) (Abb. 2). Aufgrund der unkomplizierten ambulanten Durchführung ist die transrektale Ultraschall (TRUS)-gesteuerte Prostatabiopsie seit langem ein Goldstandard. Hierfür wird die Ultraschallsonde mit dem Führungskanal, durch den sich die Biopsienadel in den Zielbereich vorschieben lässt, in das Rektum (Enddarm) eingeführt. Die Biopsie wird Ultraschall-gesteuert unter einer lokalen Betäubung der Prostata vorgenommen. Um Proben aus allen relevanten Arealen der Prostata zu gewinnen, werden in der Regel 10 bis 14 Proben nach einem festgelegten Schema entnommen. Im Fall einer



Jan Lukas Hohenhorst



Dr. Lars Budäus

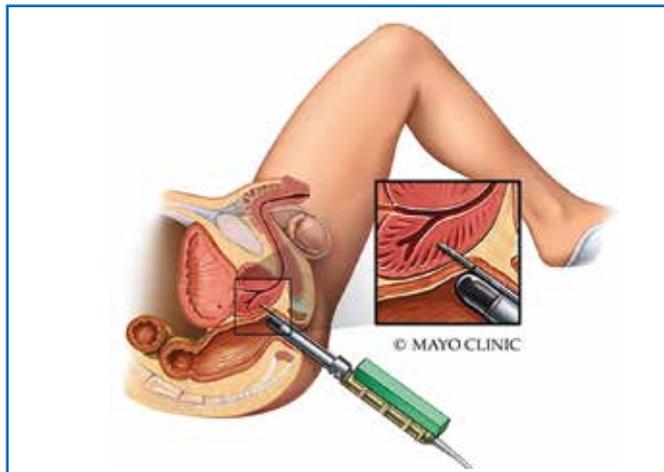


Abb. 1. Transrektale Biopsie

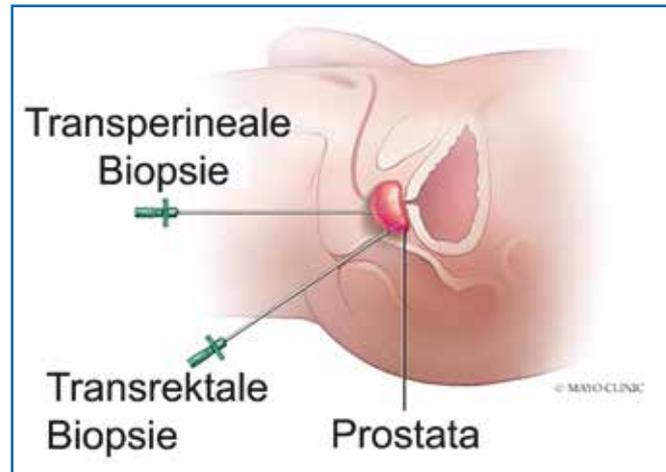


Abb. 2. Zugangswege zur Prostata

Sättigungsbiopsie wird die Anzahl dem Prostatavolumen angepasst und somit deutlich größer sein. Die begleitende Einnahme eines Antibiotikums ist zur Infektionsprophylaxe zwingend erforderlich. Zu den möglichen Komplikationen nach der Biopsie zählen häufig Blutungen und Schmerzen, gelegentlich auch akuter Harnverhalt oder Infektionen trotz der prophylaktischen Antibiose.

Steigende Infektionsrate nach TRUS-Biopsie

Um das Infektionsrisiko durch die keimbesiedelte Einstichstelle im Enddarmbereich zu reduzieren,

empfehlen die Deutsche Gesellschaft für Urologie und die Europäische Gesellschaft für Urologie seit langem eine antibiotische Prophylaxe für die transrektale Prostatastanzbiopsie. Dadurch litt weniger als 1 % der Patienten an einer klinisch relevanten Infektion und gravierende Komplikationen wie Sepsis kamen noch seltener vor.

Jedoch wird aktuell eine deutlich höhere Infektionsrate nach einer TRUS-gesteuerten Prostatabiopsie (vgl. Tab. 1) beobachtet. Gegenwärtig entwickeln bis zu 10 % der Patienten trotz Antibiotikaprophylaxe eine fieberhafte Infektion, darunter

	transrektal	perineal
Durchführung	einfach/ambulant	aufwändig
Stationärer Aufenthalt nach Biopsie	nicht erforderlich	häufig zur Überwachung empfohlen
Anästhesie	lokale Betäubung der Prostata	Kurznarkose (sog. Allgemeinnarkose), lokal nur bedingt möglich
Antibiose	erforderlich (vor und nach der Biopsie für 3-5 Tage)	nicht zwingend erforderlich
Komplikationen		
Fieberhafte Infektionen	aktuell steigend (3-8%)	unter 1%
Sepsis	1%	0.2%
Perianale Blutungen	häufig	keine
Anteriore Tumoren	schwer zu erfassen	leicht zu erfassen
Kompatibilität mit US/MRT-Fusion	Ja	Ja

Tab. 1. Transrektale vs. perineale Prostatabiopsie

2,8 % der Patienten eine Sepsis (Blutvergiftung), die lebensbedrohlich sein kann.

Ein derart hohes Infektionsrisiko scheint vor allem auf das zunehmende Auftreten von antibiotikaresistenten Bakterien im Darm zurückzuführen zu sein, insbesondere von Fluorchinolon-resistenten Keimen. In den Vereinigten Staaten wird der Resistenz etwa die Hälfte aller schweren Biopsie-induzierten Infektionen zugeschrieben.

Um die potenziellen Risikopatienten vor dem Eingriff zu erkennen, können die Risikofaktoren, wie vergangene Prostatabiopsien oder Harnwegsinfekte, mithilfe von Risikofragebögen abgefragt werden. Auch durch einen Abstrich aus dem Rektum lassen sich die resistenten Keime im Darm vor der geplanten Biopsie identifizieren, sodass eine gezielte Antibiose zur größtmöglichen Abschirmung vor schwerwiegenden infektiösen Komplikationen veranlasst werden kann.

Diese Strategien werden derzeit in unterschiedlichen prospektiven Studien untersucht und haben sich teilweise als wirksam erwiesen. Jedoch ist der Aufwand sehr hoch, sodass eine routinemäßige Umsetzung in vielen Fällen an der Praktikabilität und den Kosten scheitert.

Perineale Biopsie – ein altbewährtes Verfahren mit geringerem Infektionsrisiko

Der historisch ältere Zugangsweg zur Prostata ist eigentlich der perineale Zugang über den Damm-Bereich, sowohl beim diagnostischen als auch beim therapeutischen Ansatz. Jedoch hat sich in den letzten Jahrzehnten der transrektale Zugangsweg bei der Biopsie als Goldstandard durchgesetzt, weil die TRUS-gesteuerte Biopsie durch den geringeren technischen Aufwand weniger kompliziert und schneller in der Ambulanz durchführbar ist. Jedoch bleibt die Biopsie-induzierte Infektion weiterhin als größte Komplikation, die im schlimms-

ten Fall zu einer lebensbedrohlichen Sepsis führen kann. Durch zunehmende Antibiotikaresistenzen gegen häufig angewendete Antibiotika (u. a. Fluorchinolone) scheint dieses Risiko in den letzten Jahren weiter zu steigen.

Das Infektionsrisiko ist bei der perinealen Biopsie deutlich verringert, da die Darmschleimhaut hierbei nicht perforiert wird. Die Prostatagewebeproben werden unter einer sterilen Abdeckung über den Damm entnommen. Dabei ermöglicht ein Template (Raster) eine zielgenaue Punktion nach Schema oder zuvor festgestellten verdächtigen Arealen (s. Abb. 2). Dieses Verfahren erfolgt unter einer Kurz- oder Allgemeinnarkose über ca. 30 bis 45 Minuten.

Die Probenzahl variiert mit der Größe der Prostata, typisch sind es 14 bis 24 Stenzen. Eine Antibiotikaprophylaxe ist bei der perinealen Biopsie nicht zwingend notwendig, jedoch wird oft ein stationärer Aufenthalt nach der Biopsie aufgrund des Narkoseverfahrens empfohlen.

Ein zusätzlicher Vorteil der perinealen Biopsie ist die höhere Detektionsrate der anterioren Tumoren durch die bessere Erreichbarkeit der vorderen Prostataregion, die mit dem transrektalen Zugang häufig schwer zu erzielen ist. Dies kann je nach Verfügbarkeit mittels sonographisch gesteuerter MRT-Fusionsbiopsie noch erweitert werden, um eine bessere Detektion zu erreichen. Dabei wird ein MRT-Datensatz der Prostata in den Sonographen (Ultraschall) eingespielt, welcher dann nach Schichtabgleich und Koregistrierung simultan mit der Echtzeitsonographie mitbewegt werden kann. So können Informationen über suspekte Areale aus den zwei Verfahren während der Biopsie kombiniert genutzt werden und eine deutlich präzisere Diagnostik als konventionelle Ultraschallverfahren ermöglichen. Die kürzlich im New England Journal of Medicine publizierte Precision-Studie, in der die Standardbiopsie und die Fusionsbiopsie verglichen wurden, zeigte, dass kli-

Kurzfassung

Das perineale Prostatabiopsieverfahren nimmt in Zusammenschau mit den aktuell steigenden Infektionsraten durch antibiotikaresistente Keime in der Routine-Untersuchung immer mehr an Bedeutung zu. Insbesondere für Patienten mit erhöhten Infektrisiken sowie dem Verdacht auf anteriore Tumoren stellt die perineale Biopsie das optimale Verfahren dar, trotz der aufwändigeren Vorbereitungen und Prozedur.

nisch signifikante Tumore (38 % vs. 26 %) mittels Fusionsbiopsie besser detektiert wurden.

Perineale Biopsie – für welche Patienten geeignet?

Die perineale Prostatabiopsie ist das optimale Verfahren für Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko oder nach einer Operation oder Bestrahlung am Enddarmbereich, durch die eine Heilung nach einer transrektalen Biopsie verzögert sein kann.

Wenn rezidivierende Harnwegsinfekte in der Anamnese bekannt sind oder ein prä-bioptischer Rektalabstrich Resistenzen gegen häufig angewendete Antibiotika (Fluorchinolone) ergeben hat, sollte besser das perineale Verfahren in Erwägung gezogen werden. Weil die perineale Prostatabiopsie in der Regel unter Kurznarkose stattfindet, stellt diese ebenfalls ein alternatives Verfahren für Patienten mit besonders erhöhtem Schmerzempfinden oder Biopsie-assoziiertem Trauma durch frühere Eingriffe dar.

Im Übrigen ist der perineale Zugang auch beim Verdacht auf anteriore Tumoren für die Detektion vorteilhafter, insbesondere wenn die Biopsie durch erweiterte Bildgebungsverfahren ergänzt durchgeführt werden kann, wie z. B. die oben erwähnte US/MRT-Fusion.

Perineale Biopsie ist besonders für diese Patienten zu empfehlen:

- Patienten mit positivem Rektalabstrich oder postbioptischer Infektion in der Anamnese,
- beim Verdacht auf einen anterioren Tumor in der Bildgebung,
- die am Enddarm voroperiert oder bestrahlt worden sind, wodurch eine Heilung nach transrektaler Biopsie verzögert sein kann,
- Patienten mit erhöhtem Schmerzempfinden oder Angstzuständen.

Limitationen, aktuelle und zukünftige Bestrebungen

Obwohl die perineale Biopsie mit deutlich geringeren Infektions- und Blutungsrisiken ein komplikationsarmes Verfahren darstellt, erfordert diese höheren technischen und anästhesiologischen Aufwand als das transrektale Verfahren. Die Notwendigkeit

einer belastenden Vollnarkose (wenn auch kurz) resultiert dabei auch häufig in einem stationären Aufenthalt nach dem Eingriff zur Beobachtung.

Seit kurzem wird daher versucht, die Narkose für die perineale Biopsie so zu gestalten, dass die Patienten sich nach dem Eingriff schnell erholen und nach einer gewissen Überwachungsphase und anästhesiologischen Kontrolle am selben Tag wieder entlassen werden können. Ähnliche Entwicklungen sind in mehreren Studien zu beobachten, und zwar, dass die perineale Biopsie unter einer lokalen Betäubung der Prostata durchgeführt werden kann, um eine belastende Vollnarkose und damit einhergehende Komplikationen und Aufwand zu vermeiden. Dieser Ansatz wird derzeit evaluiert und als potenzielle Alternative zur konventionellen Allgemeinnarkose für das perineale Verfahren betrachtet. Hierbei wurden zwar ein leicht erhöhtes Schmerzempfinden und daraus resultierte Kreislauf-relevante Ereignisse nach der Biopsie beobachtet, diese traten jedoch lediglich vereinzelt auf.

Neulich bewerteten Kum und Kollegen darüber hinaus sogar eine freihändige (ohne Raster) perineale Prostatabiopsie als alternatives Verfahren, um die steigende Infektionsrate nach der Biopsie zu senken und dabei die gesamte Prozedur zu vereinfachen und zu kürzen.

Zusammenfassung

Das perineale Prostatabiopsieverfahren nimmt in Zusammenschau mit den aktuell steigenden Infektionsraten durch antibiotikaresistente Keime in der Routine-Untersuchung immer mehr an Bedeutung zu. Insbesondere für Patienten mit erhöhten Infektionsrisiken sowie dem Verdacht auf anteriore Tumoren stellt die perineale Biopsie das optimale Verfahren dar, trotz der aufwändigeren Vorbereitungen und Prozedur. Der Einsatz der erweiterten Bildgebung, wie mpMRT der Prostata, und der darauf basierenden perinealen Fusionsbiopsie wird in Zukunft eine größere Rolle bei einer präzisen Diagnose spielen, insbesondere, wenn das Narkoseverfahren optimiert werden und sowohl die Kosten als auch die Dauer des Krankenhausaufenthaltes entsprechend gekürzt werden können.

Literaturverzeichnis liegt bei den Autoren.

Herzlich Willkommen im BPS

Wir begrüßen herzlich die neu aufgenommenen Gruppen (seit Dezember 2019):

SHG Prostatakrebs Berlin-Nord, Klaus Kronewitz, Elchdamm 20 A, 13503 Berlin,
Tel. 0176 51132869, E-Mail: klaus.kronewitz@web.de

SHG Prostatakrebs Riesa und Elbland, Michael Trotz, Dorfstr. 40,
01594 Stauchitz-OT Seerhausen, Tel. 035268 83459, E-Mail: trotz.michael@gmx.de

2. SHG Prostatakrebs Gera, Gunther Tobisch, An den Feldern 16, 07607 Hainspitz,
Tel. 036691 52152 (mobil 0172 7741059), E-Mail: gunther-tobisch@online.de

Wir trauern um Bernd Reitberger

Von Christian Geltl, Vorsitzender des Landesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Bayern

Bernd Reitberger ist am 19. November 2019 nach langer schwerer Krankheit im Alter von 70 Jahren im Kreise seiner Familie verstorben.

Bernd übernahm 2007 die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Nürnberg von seinem Vorgänger Dietrich Mergner und leitete diese zwölf Jahre lang bis zu seinem Tod. Ebenso aktiv war er in der BPS-Beratungshotline. Sieben Jahre lang half er am Telefon unzähligen Ratsuchenden in ihrer schwierigen Situation.

Im Landesverband Selbsthilfe Bayern war er ein geschätzter Kollege und ein guter Freund, den – neben den sachlichen Themen – auch die aktuelle gesundheitliche Situation seiner Gesprächspartner interessierte und die er mit seinen Erfahrungen und seinem Wissen gerne unterstützte.

Das Lebensmotto von Bernd lautete: „La chispa de la vida“ – Der Funke des Lebens. Bernd hat mit seiner unglaublichen Energie und Lebensfreude den Funken in vielen seiner Betätigungsfelder entfacht. So hat er aktiv als Gitarrenspieler in kleinen Musikgruppen für wohltätige Zwecke gespielt. Von seiner Betätigung als Künstler sind die Skizzen auf kleinen Kärtchen, die er mitbrachte und verteilt hat, so manchem in guter Erinnerung. Nur seinen engsten Freunden bekannt, sind die von ihm geschaffenen, kleinen Skulpturen.

Seine Leidenschaft galt dem Reisen. „Als Erdkundelehrer muss man die Welt, über die man erzählt, gesehen haben“, war sein Spruch. Die aktive Betätigung im Sport, bedingt durch seine Tätigkeit als Sportlehrer, gaben Bernd die Kraft, seiner Krankheit so lange trotzen zu können.

Nun ist sein Funke für immer verloschen und er lässt uns zurück mit der Erinnerung an viele schöne gemeinsame Stunden und in dem Wissen, einen einmaligen Menschen endgültig verloren zu haben.



© privat

20-jähriges Jubiläum der SHG Diepholz

Von Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des BPS-Regionalverbands Niedersachsen/Bremen

Am 26. Oktober 2019 wurde die Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Diepholz in einem Festakt geehrt.

20 Jahre haben Erwin Riebe und Rudi Gogolin diese geleitet. Helmut Kurtz sprach den Dank im Namen des BPS und des Regionalverbandes Prostatakrebs Niedersachsen/Bremen aus, verbunden mit dem Wunsch, dass diese Gruppe im Sinne der Betroffenen weiterhin so gute Arbeit leistet.



(von links) Erwin Riebe, Helmut A. Kurtz und Rudi Gogolin, © H. A. Kurtz

SHG Zwickau beim Patiententreffen der Uniklinik Halle (Saale)

Von Hans Grimmer, stellvertretender Leiter der Selbsthilfegruppe Zwickau und Umgebung

Am 18. September 2019 startete die SHG Zwickau und Umgebung, darunter auch Ehefrauen und Partnerinnen mit dem Bus nach Halle (Saale). Nach einer Frühstückspause, einem Besuch des Schokoladenmuseums von Halloren und einem Mittagessen in der Gaststätte Mönchshof fuhr uns der Bus zum Universitätsklinikum Halle. Dort erwartete uns bereits Oberärztin Dr. med. Sandra Schönberg zum Patiententreffen.

Nach der Vorstellung der Universitätsklinik wurde unserer Gruppe ein umfassender Vortrag geboten mit Schwerpunkten zur robotischen Chirurgie in der Urologie am Beispiel des DaVinci-Operationssystems, zum Prostatakarzinomzentrum und zum Uro-Onkologischen Zentrum sowie zur Entwicklung der organerhaltenden Tumorentfernung. Im Anschluss beantwortete die Oberärztin Dr. Schönberg ausführlich die zahlreichen Fragen.

Abschließend brachte uns der Bus zum Landesmuseum für Vorgeschichte und einer gut organisierten Führung. Nach dem Abendessen in der idyllisch an der Saale gelegenen Gaststätte „Im Krug zum grünen Kranze“ wurde die Heimreise angetreten – kurzum: es war ein gelungener Tag.

Diese Exkursion war vom Busunternehmen Leister Zwickau, dem freundlichen Fahrer und unse-

rem SHG-Leiter Günther Haas gut organisiert. Neben dem selbstfinanzierten Anteil der Exkursion bedankt sich die Gruppe bei der AOK Plus und der Barmer GEK für die finanzielle Unterstützung. Wir hoffen, dass es uns gelingen wird, im nächsten Jahr eine Exkursion zum 15-jährigen Bestehen der SHG durchführen zu können.



SHG-Leiter Günther Haas bedankt sich mit einem Präsent, einem Spaßvogel, bei Frau Dr. Schönberg, © H. Grimmer

PK-SHG Chemnitz besucht Universitätsklinikum Magdeburg

Von Ralf Rauh, Leiter der PK-SHG Chemnitz und Umgebung & Helmar Frenzel, Schatzmeister der SHG

Wie jedes Jahr unternahmen wir im Juli 2019 unsere traditionelle Busexkursion, die uns nach Magdeburg führen sollte. Es sollte die längste (500 km und 7 Stunden) und die wärmste (39 °C) werden.

Nach einer gelungenen Stadtführung und einem ebenso guten Mittagessen in Magdeburg empfing uns am Nachmittag Prof. Dr. Martin Schostak, Leiter der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Magdeburg. Er erklärte und führte das OP-Gerät „Da Vinci“ vor, stellte in einem Vortrag „Prostatakrebs – News 2019“ anschaulich sein Diagnose- und Therapieprogramm vor und beantwortete zahlreiche Fragen unserer Freunde.

Prof. Schostak betonte dabei stets das Leitbild des DKG-Prostatakrebszentrums Magdeburg „Individuelle Diagnostik – Interdisziplinäre, neutrale Beratung – Transparenz und Qualität – Individuelle gezielte Therapie“ unter der Prämisse: „So viel wie nötig und so wenig wie möglich!“.

Unser mehr als zweistündiger Besuch – das war unser Fazit – hatte sich gelohnt. Wir haben Vorbildliches und Beispielgebendes erlebt. Ralf Rauh bedankte sich dafür bei Prof. Schostak mit einem Präsent und unserer Festschrift zum 10-jährigen Jubiläum unserer PK-SHG recht herzlich.

Diese Reise hätten wir uns ohne die Projekt-Fördermittel von der AOK Plus und der Knappschaft nicht leisten können – dafür unser aufrichtiger und herzlicher Dank.



Teil unser PK-SHG beim Stadtrundgang, © R. Rauh

SHG Waltershausen begeht 10-jähriges Jubiläum

Von Günther Helfricht, Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Waltershausen

In Anwesenheit zahlreicher Ehrengäste wie Rüdiger Bolze, Vorsitzender des BPS-Regionalverbandes Neue Bundesländer, Bürgermeister Michael Brychcy, einem Vertreter des Sozialverbandes und dem Vorstand der Wohnungsbau- und Siedlungsgenossenschaft Waltershausen begingen am 17. September 2019 die Mitglieder der SHG Waltershausen das zehnjährige Jubiläum.

Zur Begrüßung wurde mit einem Glas Sekt auf den besonderen Anlass der Veranstaltung angestoßen. Die kulturelle Eröffnung und den musikalischen Rahmen gestaltete eine Kindergruppe aus einem ansässigen Kindergarten. In ihren Grußworten gingen die Ehrengäste auf die wichtige Ar-

beit der SHG ein, bedankten sich auch über die bisher geleistete Arbeit und brachten ihre besten Wünsche zum Ausdruck.

Die anwesenden Gründungsmitglieder erhielten zu ihrer großen Überraschung eine Ehrenurkunde des Bundesverbandes überreicht.

Der Vorsitzende der SHG Waltershausen, Günther Helfricht, präsentierte einen Überblick über die Ereignisse der Jahre 2015 bis 2019. Nachdem zum fünften Geburtstag 2014 die Mitglieder eine gedruckte Chronik über diese Jahre erhalten hatten, übergab er im Anschluss ein kleines Album an jeden der Anwesenden über einige Höhepunkte aus diesen Jahren.

Günther Helfricht bedankte sich bei Rüdiger Bolze, der Stadtverwaltung Waltershausen, dem Sozialamt Gotha und dem Vorstand der WSG für die moralische und finanzielle Unterstützung. Weiterer Dank galt den Mitgliedern der Gruppe für ihre stete Mitarbeit, vor allem aber, dass sie in all den Jahren der Gruppe die Treue gehalten und neue Mitglieder immer herzlich aufgenommen haben. Und natürlich den Frauen, die mit ihren gebackenen Kuchen und einem selbst gekochten Abendessen maßgeblich zu einem schönen Tag beigetragen haben.



Geselliges Zusammensein bei selbstgebackenem Kuchen, © G. Helfricht

SHG Marburg besucht Rehaklinik Sonnenblick Marburg

Von Hans-Werner Biehn, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Marburg und Umgebung

Am Patienteninformationstag erhielten Männer und Frauen der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Marburg und Umgebung Einblick in das breite Angebot der Klinik Sonnenblick.

Die Klinik Sonnenblick ist eine hochqualifizierte, vielfach ausgezeichnete Fachklinik der Deutschen Rentenversicherung Hessen, in der Patienten mit onkologischen und orthopädischen Erkrankungen behandelt werden. Durch die räumliche Nähe und die enge Kooperation mit der Universitätsklinik Marburg ist eine optimale Versorgung der Reha-Patienten gewährleistet.

Der Vormittag des Patienteninformationstages war Vorträgen vorbehalten, während der Nachmittag Einblicke in die praktische Arbeit der Klinik Sonnenblick bot.

- PD Dr. Seifart, Chefarzt der Klinik Sonnenblick, erklärte die Bedeutung ausreichender und angepasster Bewegung bei Krebspatienten.
 - Frau PD Dr. Jaques beschrieb anschaulich die Möglichkeiten und Grenzen einer optimierten Ernährung von Krebspatienten.
 - PD Dr. Metzelder führte verständlich in das aktuelle Thema der Checkpoint-Inhibitoren ein. Hier gab es viele Fragen zu Behandlungsmöglichkeiten bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen.
- Nach einem stärkenden Mittagessen konnten

die Besucher des Patienteninformationstages selbst aktiv werden. Krankengymnastinnen und Psychologinnen boten einen Einblick in die alltägliche Arbeit der Klinik. Die Männer und Frauen der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Marburg und Umgebung waren von dem überzeugenden Angebot der Klinik Sonnenblick begeistert und dankten für die jahrelange gute Zusammenarbeit.



(von links): PD Dr. Seifart (Klinik Sonnenblick), PD Dr. Jaques (UKGM), Dr. Bach (SHG Marburg u.U.), Hans-Werner Biehn (SHG Marburg u.U.), PD Dr. Metzelder (UKGM), © H.-W. Biehn

10 Jahre Selbsthilfe Prostatakrebs Traunstein

Von Dr. Eckhard Pfeiffer, Leiter der Selbsthilfe Prostatakrebs Traunstein

Mehr als 100 Besucher und Festgäste begrüßte der Leiter der Gruppe, Dr. Eckhard Pfeiffer, zum 10-jährigen Jubiläum der Selbsthilfegruppe. Chronologisch beleuchtete er in seiner Einführungsrede die Historie der Gruppe. Seit 2010 leitet er die Geschichte der Gruppe, die sich einmal im Monat trifft. Regelmäßig sind Experten des Prostatakrebszentrums Traunstein zu Gast und referieren zu aktuellen Themen. Aber auch die Geselligkeit kommt nicht zu kurz, wie Dr. Pfeiffer von diversen Unternehmungen gemeinsam mit den Partnern berichtete.

In ihren Grußworten würdigten Oberbürgermeister Christian Kegel, Dr. Stefan Paech, Medizinischer Direktor der Kliniken Südostbayern AG, Markus Bessler, Geschäftsführer der Bayerischen Krebsgesellschaft, und Prof. Dirk Zaak vom Prostatakrebszentrum Traunstein die herausragende Bedeutung der Selbsthilfegruppe für die Region und die Betroffenen.

Im zweiten Teil der Veranstaltung referierten Experten des Prostatakrebszentrums zu neuesten Ent-

wicklungen in der Therapie des Prostatakrebses. Prof. Dr. Zaak, Chefarzt der Klinik für Urologie am Klinikum Traunstein, machte den Anfang mit einem Vortrag zu den neuesten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten im Falle einer fortgeschrittenen Erkrankung. Dr. Thomas Auberger, Chefarzt der Abteilung für Strahlentherapie und Radioonkologie der Kliniken Südostbayern AG, zeigte in seinem Vortrag die komplette Bandbreite der Strahlentherapie auf. Über die Behandlungsmöglichkeiten von Harninkontinenz sprach im Anschluss Dr. Thomas Hofmann, Urologe und Koordinator des Prostatakrebszentrums.

Abschließend berichtete ein Betroffener in einem sehr bewegenden Beitrag über seine lange Krankengeschichte und dankte seinen betreuenden Ärzten und der Gruppe für die jahrelange Unterstützung.

Nach den Lobreden und Vorträgen war noch viel Gesprächsbedarf bei einem gemeinsamen Abendessen.



(von links) Dr. Stefan Paech (Kliniken Südostbayern AG), Prof. Dr. Dirk Zaak (Prostatakrebszentrum), Oberbürgermeister Christian Kegel, Dr. Thomas Auberger (Prostatakrebszentrum), Dr. Florian Zettl (Prostatakrebszentrum), Dr. Thomas Hofmann (Prostatakrebszentrum), Dr. Eckhard Pfeiffer (SHG), © E. Pfeiffer

1. Deggendorfer Patiententag Prostatakrebs

Von Kurt Imhof, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Deggendorf

Passend zur „Movemberaktion“, die ganz im Zeichen der Männergesundheit steht, fand im No-

vember 2019 an der TH Deggendorf der erste Patiententag zum Thema Prostatakrebs statt. Etwa 60

Interessierte und Betroffene trafen sich hierzu.

Mit seiner Begrüßungsrede unterstrich Landrat Bernreiter seine volle Unterstützung für diesen Informationstag, der in Kooperation des Donau-Isar-Klinikums mit der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe (SHG) Deggendorf entstand.

Den Reigen der Referenten eröffnete Dr. med. Leonhard Stark, Chefarzt der Urologie des Donau-Isar-Klinikums. Dr. Stark spannte den Bogen seines Vortrags von der Entstehung über die Diagnose bis zur Therapie dieser Erkrankung, die jährlich 60.000 neuerkrankte Männer in Deutschland betrifft und an der über 12.000 versterben. Letzteres könnte in vielen Fällen verhindert werden, wenn denn mehr Männer von der einschlägigen Früherkennungsuntersuchung Gebrauch machen würden. Als zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum kann der Patient in Deggendorf auf eine vollumfängliche Versorgung zurückgreifen, die in Kürze

mit der Ausstattung eines Da-Vinci-Systems erweitert wird.

Dr. med. Ellen Kiesling stellte in ihrem Vortrag der urologisch-chirurgischen Behandlung die strahlentherapeutische Therapie zur Seite. Da diese technisch hochkomplizierten Methoden mittlerweile gleichgute Behandlungserfolge aufzuweisen haben wie der chirurgische Eingriff, stellen sie in vielen Fällen eine echte Alternative dar. Die Expertin beleuchtete alle derzeit gängigen strahlentherapeutischen Methoden und stellte das Behandlungsspektrum ihres Institutes Radio-Log Deggendorf vor, das in Kooperation mit dem Donau-Isar-Klinikum steht.

Der Vorsitzende des BPS, Werner Seelig, brachte seine Verbundenheit mit der Prostatakrebs SHG Deggendorf in seinem Vortrag zum Ausdruck. Er stellte die Aufgaben des Verbandes vor und leitete das Augenmerk der Veranstaltung auf den betroffenen Menschen, der einen Weg finden muss, mit dieser Erkrankung zu leben.

Dies war dann auch das Abschlussthema von Kurt Imhof, Leiter der SHG. Ausgehend vom eigenen Durchleben dieser Krankheit, stellte er den Betroffenen mit all seinen Nöten und Ängsten in den Vordergrund seines Beitrages. Auf der Suche nach dem Umgang mit dieser Erkrankung kann laut Imhof der Anschluss an eine SHG helfen, Lösungen und Wege aus Einsamkeit und Isolation zu finden. Alle diesbezüglichen Informationen findet man auf der Homepage: www.prostata-deg.de.

Die Referenten verstanden es, in die komplizierten Zusammenhänge dieser Erkrankung einzuführen und blieben dem Publikum abschließend keine Frage schuldig.



(von links): Landrat C. Bernreiter, Dr. Leonhard Stark, Dr. Ellen Kiesling, Werner Seelig, Kurt Imhof © K. Imhof

Aktivitäten der 1. SHG Gera und Umgebung

Von Günther Model, 1. Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Gera und Umgebung

Im Oktober 2019 besuchten 21 Interessenten der SHG Gera und Umgebung das Hospiz für Westsachsen und Ostthüringen des SRH Wald-Klinikum Gera in Werdau.

Um den Pflegebetrieb nicht zu sehr zu stören, waren für Besichtigung und Gespräche mit dem Pflegepersonal etwa 1,5 Stunden vorgesehen. Wir wurden in zwei Gruppen geteilt, um jeweils einen

Film über das Hospiz anschauen bzw. Gespräche führen zu können. Schwester Luisa war sehr aufgeschlossen und beantwortete die vielen Fragen ausführlich. Viele Aspekte zum Verweilen in diesem Hause wurden diskutiert. Am meisten hat uns erfreut, dass in diesem Gemäuer keine Patienten wohnen, sondern nur „Gäste“. Für diese zur Zeit neun Gäste unterschiedlichen Alters sind 18 Mitarbeiter tätig. Die Einrichtung ist 24 Stunden zu erreichen.

Es gibt keine Pflichten für die Gäste – schöne Momente, gemeinsames Basteln, Kochen, Feiern, Lachen stehen im Vordergrund. Für jeden Gast, der hier verweilte, wird ein Stein mit Namen und Dauer seines Aufenthaltes beschriftet. Eines Tages werden die Steine in einem vorgesehenen kleinen Bach im Garten ihren Platz finden – zurück im Kreislauf der Natur.

Nach dem Mittagessen rollte der Bus weiter zum „Wismut Objekt*90“. Dort wird erstmals das komplexe Thema Wismut präsentiert. Von den ersten „wilden Jahren“ des weltweit viertgrößten Uranerzproduzenten über die Entwicklung zu einem



Einige der Exkursionsteilnehmer vor einer riesigen Planier-
raupe, © G. Model

modernen Bergbauunternehmen bis hin zur Sanierung der Hinterlassenschaften behandelt die Ausstellung alle Etappen der Wismut.

Mit der deutschen Wiedervereinigung wurde die Urangewinnung eingestellt und ein riesiges Programm zur Beseitigung der Schäden und der Renaturierung der Landschaft begonnen. Für unsere SHG war der Besuch ein beeindruckendes Zeitzeugnis, dessen Auswirkungen einige Mitglieder selbst erfahren haben.

Wir danken der AOK Plus – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen für die Förderung dieser Exkursion.

Infostand auf Thüringer Krebskongress

Die 1. SHG Gera und Umgebung war am 28. und 29. Oktober 2019 gemeinsam mit den Selbsthilfegruppen Erfurt und Jena mit einem Infostand auf dem Krebskongress Thüringen in Erfurt vertreten. So konnte jeder Betreuer auch Fachvorträge im Plenum hören, Experten-Gesprächen in kleinem Personenkreis beiwohnen und die Stände anderer Aussteller aufsuchen.

Im Verhältnis zu früheren Veranstaltungen war die Besucherresonanz insgesamt etwas verhalten. Trotzdem gab es am Stand eine Reihe intensiver Gespräche. Das ergab sich auch, weil wir neben Infomaterial zu Prostatakrebs auch solches für andere Krebsarten und Erkrankungen, wie Fettleibigkeit, Burnout, Bluthochdruck, Osteoporose, Diabetes verfügbar hatten.

Mit 95 Besuchern am Stand waren wir sehr zufrieden und sind überzeugt, einen guten Beitrag zum Gelingen des Kongresses geleistet zu haben.

Der NDR zu Gast bei der Krebsberatungsstelle Soltau

Von Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des BPS-Regionalverbands Niedersachsen/Bremen

Ein Kamerateam des NDR 1 – Niedersachsen hat am 11.12.2019 Helmut A. Kurtz, Friedel Holst und Wolfgang Tödter, Vertreter der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Soltau, interviewt. Im Rahmen der Aktion „Hand in Hand für Norddeutschland“

mit der Spendenaktion zu Gunsten der Krebsgesellschaften wollte der NDR zum Thema „Gegen Armut bei Krebs“ Meinungsäußerungen von Betroffenen aufnehmen. Daraus ist ein kleiner Fernsehspot über etwa eineinhalb Minuten entstanden,

der am 12. Dezember 2019 in der Sendung „Hallo Niedersachsen“ ausgestrahlt wurde. Trotz der Kürze der Zeit konnten die drei Befragten wesentliche Aussagen zu dem Thema einbringen.

Manche Krebskranke geraten wegen der langen Dauer ihrer Erkrankung und dem schmerzlich hohen Anteil an unerwarteten Nebenkosten unverschuldet in eine wirtschaftliche Notlage. Krebspatienten müssen sich dann nicht selten mit schlechterer Qualität der Hilfsmittel abfinden oder gar eine notwendige Therapie abbrechen.

Die Betroffenen trauen sich meist aus Scham und Unsicherheit nicht, lautstark Abhilfe zu fordern. Wirksame Hilfen gegen die finanziellen Nöte sind dringend erforderlich, aber es gibt noch zu wenige, wie den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, der auf Antrag Zuschüsse leisten kann. Die Krebsgesellschaften haben das Problem erkannt und arbeiten mit dem Bundesministerium für Gesundheit an einer tragfähigen, dauerhaften Lösung. Ihre psychoonkologischen Krebsberatungsstellen, so wie auch die KBS Soltau, und die Selbsthilfegrup-



(von links). Tontechniker des NDR, Friedel Holst, Helmut A. Kurtz, Frau Chlebosch (NDR), Wolfgang Tödter, Kameramann NDR1, © H. A. Kurtz

pen bieten allen Betroffenen Beratungen und Hilfen dazu an.

Die Spendenaktion „Hand in Hand für Niedersachsen“ sammelte 3.411.621,20 €, die der NDR am 19. Dezember 2019 übergab.

Leiter der SHG Wiesbaden erhält Bürgermedaille in Gold

Von Dieter Schäfer, Mitglied der Prostata Selbsthilfegruppe Wiesbaden und Umgebung

Für sein langjähriges, ehrenamtliches Engagement für die Prostata Selbsthilfegruppe Wiesbaden und Umgebung wurde dem SHG-Leiter Wolfgang Jacob in Anerkennung seiner ehrenamtlichen Tätigkeit zum Wohle der Landeshauptstadt Wiesbaden die Bürgermedaille in „Gold“ verliehen.

In seiner Laudatio erinnerte der Oberbürgermeister Gert-Uwe Mende daran, dass Wolfgang Jacob seit über 20 Jahren die Prostata Selbsthilfegruppe Wiesbaden und Umgebung leitet. Hierbei sei der Austausch von Informationen und Erfahrungen, die Förderung der Begegnung zur gegenseitigen Hilfe und Unterstützung Ziel der Arbeit von Jacob. In all den Jahren ist es ihm auch immer wieder gelungen, hochkarätige Referenten der unterschiedlichen Disziplinen für die gut besuchten Veranstaltungen der Gruppe zu gewinnen. Auch engagiert

sich die Gruppe bei den Hessischen und Wiesbadener Gesundheitstagen sowie Patientenforen und anderen Aktionen des Gesundheitsamtes.

So gründete Wolfgang Jacob 2013 eine Sportgruppe, deren Teilnehmer sich wöchentlich – unter Anleitung einer Therapeutin – zur Gymnastik treffen. Mit speziellen Übungen soll in dieser Sportgruppe dazu beigetragen werden, die Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen der Erkrankung zu lindern. Die Initiative zur Einrichtung der Sportgruppe und die herausragenden Leistungen und Ideen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wurde 2018 von der Marion & Bernd Wegener-Stiftung in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Stadt Wiesbaden mit dem 1. Preis regional ausgezeichnet.

Neben dem Engagement für die Selbsthilfegrup-



(von links): Wolfgang Jacob, Oberbürgermeister Gert-Uwe Mende, Dieter Schäfer, Stadtverordnetenvorsteherin Christa Gabriel, © D. Klein, Wiesbadener Erbenheimer Anzeiger

pe war Jacob lange Jahre als Jugendhilfsschöffe am Landgericht Wiesbaden, als ehrenamtlicher Richter am Verwaltungsgericht und als Wahlhelfer aktiv. Hinzu kommen einige Jahre im Kirchenvor-

stand der Ev. Lukaskirche in Idstein-Wörsdorf, wo er gleichzeitig auch das Amt des Küsters übernahm.

Sein bis heute unverändertes Engagement für die Selbsthilfegruppe – so der Oberbürgermeister – erscheint alles andere als selbstverständlich und deshalb wird er mit der Bürgermedaille in Gold der Landeshauptstadt Wiesbaden geehrt.

Bei der gleichen Veranstaltung wurde auch das Mitglied der Selbsthilfegruppe Wiesbaden, Dieter Schäfer, mit der Bürgermedaille in Silber ausgezeichnet. Die Stadtverordnetenvorsteherin, Christa Gabriel, skizzierte den ehrenamtlichen Lebenslauf von Schäfer. Seit seiner Jugend engagierte er sich zunächst im kirchlichen und Jugendbereich der Katholischen Jugend.

Nach seiner Erkrankung trat Schäfer der Prostata Selbsthilfegruppe Wiesbaden bei, in der er bis heute aktiv ist. Als Schriftführer verhalf er der Gruppe zur verbesserten Außenwirkung und dank seiner Kontakte wurden die Veranstaltungen der Gruppe durch exzellente Referenten bereichert. Zudem amtierte Schäfer acht Jahre lang als Schriftführer des Landesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe Hessen.

Neu gegründete SHG Berlin-Nord in TV-Sendung „rbb Praxis“

Von Klaus Kronewitz, Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Berlin-Nord

Mein Name ist Klaus Kronewitz und ich leite seit November 2019 die neu gegründete Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Berlin-Nord. Wir haben einen Vertrag mit dem Vivantes Humboldt-Klinikum in Berlin-Reinickendorf geschlossen und treffen uns dort jeden 1. Mittwoch im Monat 18 bis 20 Uhr (ist der 1. Mittwoch ein Feiertag, dann treffen wir uns am 2. Mittwoch).

Angeregt durch einen Programminweis auf die Sendung „rbb Praxis“ am 29. Januar 2020 zum Thema Prostatakrebs mit Prof. Schlomm, Direktor der Klinik für Urologie an der Charité Universitätsmedizin Berlin, habe ich mich für diese Livesendung angemeldet. Mir war sehr wichtig zu betonen, dass in einer derartigen Sendung auf jeden Fall auch die Selbsthilfegruppen vertreten sein müssen.

Nach einem Beitrag und einer Diskussion zur PSMA-PET, die Wichtigkeit des PSA-Wertes für die Früherkennung, das Recht auf eine Zweitmeinung und die Empfehlung für die Prostatakrebszentren fragte der Moderator Raiko Thal, wer von einer Selbsthilfegruppe im Publikum sei und kam schnurstracks auf mich zu. Nach einem tiefen Durchatmen meinerseits sagte ich, dass ich Leiter der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Berlin-Nord sei und eine Lanze für die Arbeit der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen brechen möchte. Ich rief alle Herren nachdrücklich auf, regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen zu gehen und auch den PSA-Wert messen zu lassen. Wer sich diese Sendung noch einmal ansehen will, findet hier den entsprechenden Link: <http://b-p-s.link/4ja>.

Selbsthilfegruppe = Selbsthilfe in der Gruppe = gemeinsam sind wir stark!

Von F. W. Manfred Markgraf, seit fünf Jahren Vorsitzender der Selbsthilfegruppe Mittweida und Umgebung

Ich möchte an den Artikel von Christel Prüßner „Wieviel Wissenschaft braucht die Selbsthilfe“ (im Magazin 3/19) anknüpfen.

Als wir 2014 zu viert die Gruppe gegründet haben, hatten wir die Unterstützung der onkologischen Verantwortlichen des Landratsamtes Mittelsachsen und der SHG Chemnitz. So kamen wir recht schnell zum BPS, zum Regionalverband Neue Bundesländer und zur sächsischen Krebsgesellschaft.

Die Gründungsmitglieder waren drei „Radikaloperierte“ und ein Mann, bei dem der OP-Termin bereits feststand. Er hat die OP gut überstanden, wir haben ihn im Krankenhaus mehrmals besucht. Er ist immer noch Gruppenmitglied.

Christel Prüßner warf die Frage auf, wieviel Wissenschaft und medizinisches Wissen für die Selbsthilfe nötig ist und führte die wachsende Rolle der Psychoonkologie in der Selbsthilfe an.

Ich meine, dass die monatlichen Gesprächsrunden im Kreis von bis zu 15 Personen (damit jeder zu Wort kommen kann) in der Selbsthilfe völlig ausreichend sind. Es kommen immer Themen auf den Tisch, die von allgemeinem Interesse sind. Dabei spielen bei uns diejenigen Themen die größte Rolle, die nicht unmittelbar etwas mit der Krankheit zu tun haben müssen.

Die regelmäßige Werbung in der örtlichen Presse, die Einbeziehung der sechs regional ansässigen

Urologen und des Landratsamtes haben leider nicht dazu geführt, dass sich die Gruppe vergrößert. Nur die Mund-zu-Mund-Propaganda hat dazu geführt, dass sich die Mitgliederanzahl inzwischen verdoppelt hat.

Nun bin ich, seit dem Besuch unserer Gruppe zum Tag der offenen Tür in der Bavariaklinik in Kreischa, der ersten privaten europäischen medizinischen Akademie für Rehabilitation, und dem dabei erfolgten Kontakt zur Klinikleitung, einen neuen Weg gegangen. Regelmäßig trete ich dort als Referent auf und informiere die jeweils zur Kur anwesenden Prostatakrebspatienten über Sinn und Zweck der Selbsthilfegruppe nach der Rehakur. Da die Personen meistens nicht aus Mittweida und Umgebung kommen, vermittele ich auf Wunsch die jeweiligen Kontaktadressen.

Vorbereitet wird die Veranstaltung jeweils von der Chefärztin für internistische Onkologie und Hämatologie. Die Patienten, zwischen 15 und 25 Personen, kommen freiwillig, ich meine ohne „Kurzettelzwang“ und bestätigen hinterher immer, dass die Veranstaltung interessant war.

Im nächsten Jahr werden ab Februar die Veranstaltungen in Kreischa in Abstimmung mit und auf Wunsch der Klinik fortgesetzt. Vielleicht findet dadurch der Eine oder Andere den Weg zu „seiner“ Selbsthilfegruppe oder gründet selbst eine.

Du kannst mehr als du denkst – Nachfolgeproblem der SHGs

Von Peter Beindorf, Leiter der Selbsthilfegruppe Weyhe und Umgebung

„Unser Leiter und der Stellvertreter wollen nächstes Jahr aufhören, hättest du nicht Lust den Posten als Leiter zu übernehmen?“. Das waren die Worte unseres Kassenswartes an meinem dritten Gesprächsabend zu mir im Sommer 2017. Ich hätte mich am

liebsten unsichtbar gemacht. Ich hatte noch nie etwas mit einem Verein zu tun, ich hab doch keine Ahnung von der Materie. Anscheinend ist mein Alter (damals 63 Jahre) Qualifizierung genug, hatte ich mir gedacht. Ich hatte nicht deutlich nein ge-

sagt, und schon war ich auserkoren.

Bei der nächsten Jahreshauptversammlung des Regionalverbands musste ich schon als Stellvertreter mit Stimmrecht den damaligen Noch-Leiter vertreten. Da ging es in der Sache hoch her, aber im Persönlichen sehr freundlich. Das gefiel mir. Bei der nächsten Jahresversammlung der SHG wurde ich einstimmig zum neuen Leiter gewählt – es stand ja auch kein Anderer zur Auswahl.

Ein gutes halbes Jahr in der SHG und schon Leiter, ob das gut geht? Naja, habe ich gedacht, wenn's nicht gut geht, lege ich das Amt eben wieder nieder. Und es ist gut gegangen. Warum? Da ich noch nicht lange in der SHG war, wusste ich nicht, was mein Vorgänger alles organisiert hatte. Das war positiv, denn ich konnte meine Vorstellungen verwirklichen. Es gab auch keine Kooperationsvereinbarungen mit Kliniken oder anderen Netzwerken. Ich musste zwar als erste „Amtshandlung“ Fördergelder beim BPS und der GKV beantragen, aber da hatte ich Kopien vom Vorgänger und Hilfe vom Kassenwart.

So nach und nach wurde ich sicherer, und als ich den ersten Referenten eingeladen hatte, war ich glücklich und aufgeregt zugleich. Ich war nicht geübt im Vorstellen eines Referenten vor der versam-

melten Mannschaft. Mehr schlecht als recht habe ich es dann hinbekommen. Von Mal zu Mal wurde es aber immer etwas besser, wobei ich heute immer noch Lampenfieber habe. Es ist eben nicht mein Beruf und ich werde nicht dafür bezahlt, aber ich gebe mein Bestes.

Obwohl ich schon einige BPS-Seminare mitgemacht habe, kann ich, was das Wissen über die Therapien angeht, noch lange nicht mit anderen langjährigen SHG-Leitern mithalten, aber mit den Jahren werde ich auch mehr darüber wissen.

Meine Empfehlung an alle potenziellen Nachfolger lautet: Orientiert euch nicht an dem bisherigen Leiter, macht euer Ding. Wem es nicht gefällt, der kann es ja besser machen. Und: Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen.

Wenn Kooperationsvereinbarungen vorhanden sind und ihr diese vorerst nicht weiterführen wollt, dann lasst sie vom Vorgänger kündigen. In einigen Jahren macht ihr eventuell eure eigenen.

Meine Empfehlungen an den Vorgänger und an die Mitglieder: Erwartet nicht, dass der Neue alles so macht wie bisher, und gebt ihm Zeit, sich zu entwickeln.

Ich hatte das Glück. Dafür bedanke ich mich bei meiner Selbsthilfegruppe!

2019 verstarben die Selbsthilfegruppenleiter

Wolfgang Prager
Bernhard Engelhaupt
Johannes Waidelich
Peter Quaas

Karl-Heinz Klein
Helmut Reekers
Holger Schmidt
Bernhard Reitberger

Wir trauern um sie und bewahren sie in dankbarer Erinnerung
Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

© pasjal1000, pixabay

Jubiläen 2019

Bei der Auflistung der Jubiläen des vergangenen Jahres im BPS-Magazin 3/2019 fehlte leider das 20-jährige Jubiläum der SHG Recklinghausen. Wir bitten um Entschuldigung.

Arbeitskreis „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“ zur Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil

Von Hans-Josef Beckers, stellvertretender Leiter des Arbeitskreises

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entscheidet gemäß gesetzlichem Auftrag Sozialgesetzbuch V darüber, ob eine neue Behandlungsmethode zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden darf.

Derzeit steht zur Entscheidung an, ob beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil, die LDR-Brachytherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden kann.

Die Brachytherapie ist eine Bestrahlung, bei der Radionuklide in Form reiskorngroßer Strahlungsquellen (Seeds) gezielt in das prostatistische Tumorgewebe permanent implantiert werden.

Ein niedriges Risiko liegt vor bei: PSA \leq 10 ng/ml und Gleason-Score 6 und cT-Kategorie 1c, 2a.

Der G-BA bewertet in dem derzeitigen Verfahren ausschließlich die Anwendung der LDR-Brachytherapie als Monotherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko.

Der Unterzeichner ist als BPS-Patientenvertreter an diesen Beratungen beteiligt mit dem Ziel, die Patienteninteressen des BPS einzubringen.

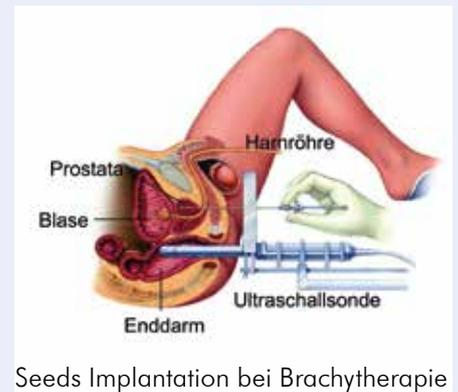
Es wird angenommen, dass die LDR-Brachytherapie die mit Abstand „minimal invasivste“ Therapieoption des lokal begrenzten Prostatakarzinoms darstellt und zwar in der „whole gland“-Therapie wie auch in der „Fokaltherapie“. Damit ist sie den Alternativverfahren, insbesondere der radikalen Prostatektomie, die weitaus höhere Komplikationsraten aus Sicht des Verfassers aufweist, überlegen.

Im Ergebnis der Betrachtung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit lassen sich mit der Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom PSA-basierte, rezidivfreie Überlebensraten erreichen, die mit anderen kurativen Therapien (radikale Prostatektomie, perkutane Strahlentherapie) vergleichbar sind. Das Nebenwirkungsprofil der LDR-Brachytherapie zeigt außerdem Vorteile im Hinblick auf Erhalt der Kontinenz, Sexual- und Darmfunktion.

Auf der Grundlage diverser weiterer Beratungen im G-BA wird voraussichtlich in diesem Jahr eine hoffentlich positive Entscheidung erwartet.

Dieser Artikel soll dem Leser zur Information dienen. Individuellen Rat kann nur der behandelnde Arzt bieten. Für Rückfragen nutzen Sie bitte unsere Mail-Adresse:

patientenbeteiligung@prostatakrebs-bps.de



Der BPS geht App

Die Prostatakrebs
Beratungshotline

0800 - 70 80 123

Gebührenfrei
innerhalb
Deutschlands

Dienstag, Mittwoch
und Donnerstag
15 – 18 Uhr

Der BPS hat eine App
für die Systeme IOS und Android entwickelt.

Die BPS-App finden Sie
im App-Store und bei Google Play

Zur Durchführung der von Ihnen gewünschten Leistung verarbeitet und nutzt der BPS Ihre übermittelten Daten und beauftragt, soweit notwendig, Dienstleister, die Ihre Daten ebenfalls unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen nutzen und verarbeiten. Sie können der weiteren Nutzung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widersprechen oder dies per E-Mail an widerruf@prostatakrebs-bps.de tun.

Ein Bestellformular finden Sie auch auf unserer Internetseite unter www.prostatakrebs-bps.de/materialbestellung.

Informationsmaterial Heft 1/2020

Früherkennung

- Patientenratgeber „Früherkennung von Prostatakrebs“
- „PSA-gestützte Früherkennung von Prostatakrebs“
- Blauer Ratgeber Nr. 17: Prostatakrebs

Lokal begrenzter Prostatakrebs

- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I

Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs

- Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs II
- Patienteninformation: Rezidive bei Prostatakrebs – Möglichkeiten und Grenzen einer Zweitbehandlung

Begleitende Informationen zum Thema „Krebs“

- Patientenleitlinie „Palliativmedizin“

- Patientenleitlinie „Psychoonkologie“
- Patientenleitlinie „Supportive Therapie“
- Ernährung, Bewegung & Naturheilverfahren – Was kann ich selber tun?
- Blauer Ratgeber Nr. 40: Wegweiser zu Sozialleistungen
- Blauer Ratgeber Nr. 42: Hilfen für Angehörige
- Blauer Ratgeber Nr. 46: Ernährung bei Krebs
- Blauer Ratgeber Nr. 48: Bewegung und Sport bei Krebs
- Blauer Ratgeber Nr. 50: Schmerzen bei Krebs
- Blauer Ratgeber Nr. 51: Fatigue
- Blauer Ratgeber Nr. 53: Strahlentherapie
- Blauer Ratgeber Nr. 57: Palliativmedizin
- Sonderausgabe des BPS-Magazins 1/2013 „Palliative Versorgung“
- Prostatakrebs – Beratungs-Hotline:
 - Postkarten
 - Visitenkarten

Kostenfreies Infomaterial des BPS

Nutzen Sie zur Bestellung das neue Internetformular
– übersichtlich und schnell –



www.prostatakrebs-bps.de/materialbestellung



Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



Bundesverband
Prostataskrebs Selbsthilfe e.V.
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn

Wichtig: Bitte Häkchen nicht vergessen:

Ich bin mit der Verarbeitung und Speicherung meiner Daten durch den BPS e.V., Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn zum Zwecke der Bearbeitung und Ausführung der Bestellung einverstanden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.