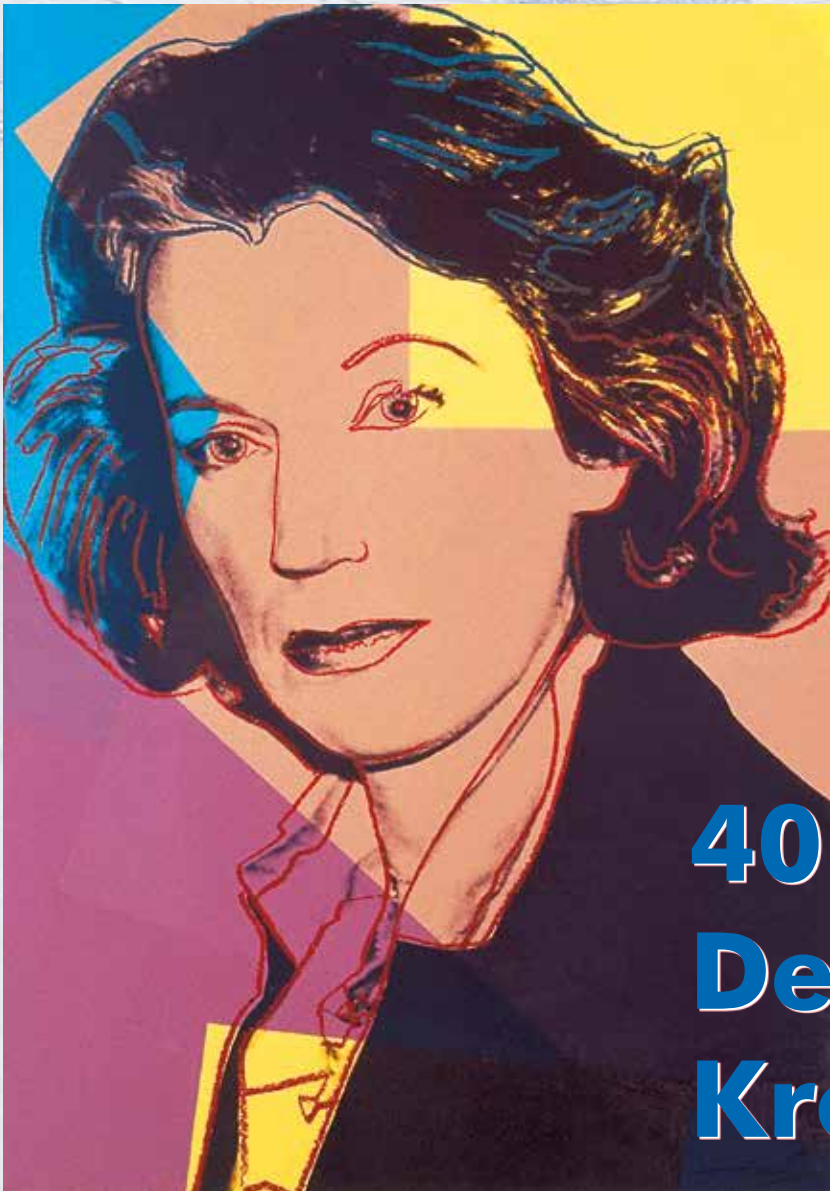




40 Jahre Deutsche Krebshilfe

Mildred Scheel, Gründerin der Deutschen Krebshilfe

Überreicht durch:

Inhaltsverzeichnis

Heft 1, 2014

Editorial

Aktuell

40 Jahre Deutsche Krebshilfe	2
60 Jahre Berufsverband der Deutschen Urologen	4
Kampagne: „Bewegung gegen Krebs“	5
Das Haus der Krebs-Selbsthilfe in Bonn	6

Gesundheitspolitik

Zehn Jahre Gemeinsamer Bundesausschuss – oberstes Beschlussgremium für Leistungen gesetzlicher Krankenversicherung	9
Die Entwicklung des Nationalen Krebsplans	10
31. Deutscher Krebskongress 2014	11
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) – Bilanz nach drei Jahren	12
Klinische Prüfungen in Europa nun einheitlich	13
Neue Kennzeichnung für Arzneimittel: Schwarzes Dreieck weist auf besonders engmaschige Überwachung hin.....	14

Diagnose und Therapie

Weltweit größte Datenbank für Prostatakrebs verbessert Therapien und Operationstechniken	15
Urologen wollen Prävention und Früherkennung stärken	16
Aktive Überwachung – Stand 2014	17
S3-Leitlinie Prostatakarzinom: 2. Aktualisierung abgeschlossen	21
Radium-223-dichlorid bei fortgeschrittenem Prostatakrebs	21
„Focal One“ – Diagnostik und Behandlung in Einem	23
Prostatabiopsie – Rektalabstrich deckt Resistenzen auf	24

Verbandsnachrichten

Posthume Ehrung für Wolfgang Petter	25
Neu im Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	25
Neu im BPS	26
Movember – Kampagne 2013	26
Klinikum unterstützt Selbsthilfegruppe.....	27
Die Aktivitäten der SHG Oschatz und Umgebung	27
DELFINE in Öl – Jahresabschluss der SHG Delfin	28
Regionalverband NordWest aktiv bei der TumoreHilfe e.V.	29
Fortbildung und Mitgliederversammlung des Regionalverbandes NordWest	30
„Mit Bakterien gegen Krebs“ – SHG Goslar im Helmholtz-Zentrum	30

Für Sie notiert

Gemeinsam geht es leichter – Netzwerk „Hilfe bei Krebs“	31
Kurzinformation für Patienten: „Soll ich an einer klinischen Studie teilnehmen?“	31
Neue Broschüre erschienen: Komplementärmedizin für Krebspatienten.....	32
Gesundheitsvollmacht: Die Selbstbestimmung des Patienten schützen.....	32

Titelfoto: Warhol-Porträt mit Mildred Scheel, Gründerin der Deutschen Krebshilfe, © Deutsche Krebshilfe

Hinweis: Erfahrungsberichte/Leserbriefe geben ausschließlich die Meinung des Verfassers wieder. Die Redaktion behält sich vor, sinnwählende Kürzungen vorzunehmen.

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

Impressum:

Das BPS-Magazin wird herausgegeben und verlegt vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., gemäß § 26 BGB durch folgende Vorstandsmitglieder vertreten: Günter Feick (Vorsitzender), Paul Enders (stv. Vorsitzender), Walter Kämpfer (stv. Vorsitzender)
Schriftleitung: Marlene Kühlechner, Günter Feick, Ute Gräfen

BPS e.V. im Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Telefon: 0228 33889-500
Fax: 0228 33889-510

E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
Internet: www.prostatakrebs-bps.de

Druck:

C.V. Engelhard
Weidendamm 10
30167 Hannover

Bankverbindung:

Sparkasse Hannover
IBAN DE64250501800007020100
BIC SPKHDE2HXXX

Spendenkonto:

Sparkasse Hannover
IBAN DE62250501800007020621
BIC SPKHDE2HXXX

Eingetragen im Vereinsregister Bonn:
VR-NR. 7824

Gemeinnützigkeit durch
FA Hannover-Land I: 23/210/04694

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

Die Spenden sind abzugsfähig im Sinne des § 10 des Einkommensteuergesetzes.

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe e.V.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

immer wieder berichten Medien Nutzbares, auch Sonderbares über PSA-gestützte Prostatakrebs-Früherkennung. So titelte die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) am 24. Mai 2014: „Der PSA-Test führt zu häufig in die Irre“ und folgerte: „Dabei werden Neubildungen in der Prostata entdeckt und behandelt, die nie einer Therapie bedurft hätten, weil solche Tumore gar nicht oder so langsam wachsen, dass der Mann mit ihnen stirbt, aber nicht an ihnen.“ Am 17. Juni 2014 schrieb die FAZ im nächsten Prostatakrebs-Artikel: „Bei den verbleibenden 50 Prozent der Männer, die nicht der Gruppe mit insignifikantem Karzinom zugerechnet werden dürfen, liegt ein aktiver, aggressiv wachsender Tumor mit hoher onkologischer Bösartigkeit vor. Dieser muss umgehend radikal operiert oder bestrahlt werden.“

Sehr geehrte Damen und Herren der FAZ, werden Sie in einem dritten Beitrag erklären, wie ohne PSA-gestützte Früherkennung rechtzeitig radikal operiert oder bestrahlt werden kann?

Im ersten Beitrag zitierte die FAZ auch Prof. Dr. Lothar Weißbach: „Die vielen Vorsorgekampagnen haben den individuellen Anspruch auf eine Besiegbarkeit von Krebs genährt, obwohl sich die meisten Krebstodesfälle noch immer nicht verhindern lassen.“ Hatte Prof. Weißbach „Früherkennungskampagnen“ gesagt und wurde nur falsch zitiert? Richtig falsch jedoch, sehr geehrter Herr Prof. Weißbach, ist Ihre Wertung, „die meisten Krebstodesfälle lassen sich nicht verhindern“. Richtig ist, dass sowohl die Statistiken des Robert-Koch-Instituts als auch die Daten des Nationalen US Krebs Instituts (Surveillance, Epidemiology, and End Results Program) der PSA-gestützten Früher-

kennung einen wichtigen Anteil an der Senkung der Prostatakrebs-Sterberate von mehr als 20 bzw. 30 Prozent zuweisen. Damit einher gehen auch eine Senkung der Zahl metastasierter Patienten, Verlusten an Lebensqualität und Kosten für das Gesundheitssystem. Das sind weitere positive Effekte der Früherkennung.

Der PSA-Test ist ein brauchbares Instrument, um frühzeitig einen Verdacht auf Prostatakrebs durch eine Biopsie ausschließen oder bestätigen zu können. Den verantwortungsvollen Umgang mit der Früherkennung beschreibt die interdisziplinäre S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie zur Früherkennung, Diagnose und Behandlung des Prostatakrebses als auch die daraus abgeleitete Patienteninformation.

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS) tritt entschieden für die Früherkennung ein, die ohne PSA-Tests nicht möglich ist. Nicht der PSA-Test ist problematisch, der Umgang mit seinen Ergebnissen kann es werden. Das zu verbessern, daran arbeiten Mediziner und der BPS. Das könnte auch durch gut gemachte Berichte deutscher Medien unterstützt werden.

Nach der Diagnose Prostatakrebs ein Prognoseverfahren zu haben, welches gefährliche und ungefährlichen Tumoren zuverlässig unterscheidet, ist die eigentliche Herausforderung.

Ihr
Günter Feick
– Vorsitzender –

Vorhang auf fürs Leben – 40 Jahre Deutsche Krebshilfe



Red. (ug): Am 25. September 1974 gründete Dr. Mildred Scheel die Deutsche Krebshilfe. Seitdem hat die gemeinnützige Organisation maßgeblich dazu beigetragen, die Situation von Krebspatienten in Deutschland zu verbessern. Ihr 40-jähriges Bestehen nutzt die Deutsche Krebshilfe, um bundesweit verstärkt auf das wichtige Thema Krebs sowie auf ihre Arbeit aufmerksam zu machen, aber auch, um der Bevölkerung für das Vertrauen und die langjährige Unterstützung zu danken. Unter dem Motto „Vorhang auf fürs Leben“ startete sie am 10. Mai 2014 mit einem Bühnen-Truck zu einer Deutschlandtour.

Erste Station dieser bundesweiten „Roadshow“ war Berlin. Zum Programm gehörten Kurzinterviews mit Experten rund um das Thema Krebs sowie eine bunte Mischung aus Information und Un-

terhaltung. Für den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. hatte sich Jens-Peter Zacharias bereit erklärt, als Patient für Interviews zur Verfügung zu stehen. Er stellte die Aufgaben des Bundesverbandes und der Selbsthilfegruppen sowie die BPS-Hotline vor, beschrieb die Gefühlslage bei der Diagnosestellung, betonte die Notwendigkeit der Zweitmeinung und umriss die Bedeutung der Deutschen Krebshilfe für die Arbeit der Selbsthilfe. Darüber hinaus stellte er klar, wie wichtig Ernährung, Normalgewicht, Sport und eine insgesamt positive Lebensführung für Krebspatienten sind.

Bis September 2014 werden insgesamt fünfzehn Städte angefahren. Die Tourdaten finden Sie auf der Rückseite dieser Ausgabe.

„Wir möchten die Veranstaltungen dazu nutzen, die Menschen vor Ort allgemeinverständlich



Jens-Peter Zacharias (BPS) im Gespräch mit Christoph Tiegel



Blick ins Publikum, alle Fotos: © Deutsche Krebshilfe

über das Thema Krebs und die Möglichkeiten der Krebsprävention zu informieren," sagte Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. „Mit zahlreichen Projektförderungen und Initiativen zur Verbesserung der Versorgung krebserkrankter Menschen sind wir schon seit 40 Jahren in ganz Deutschland präsent. Auch dieses Engagement möchten wir den Bürgerinnen und Bür-

gern näher bringen. Darüber hinaus ist es uns ein wichtiges Anliegen, all den Menschen zu danken, die uns seit 1974 bei unserer Arbeit unterstützen," so Nettekoven. Die Deutsche Krebshilfe finanziert ihre gesamten Aktivitäten ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen. Nur dank des tatkräftigen Engagements der Bevölkerung kann sie ihren wichtigen Aufgaben nachkommen.

40 Jahre Einsatz für bessere Therapien und Zuwendung zu den Menschen mit Krebs. Hierfür dankt der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS) den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Förderern und Ehrenamtlichen der Deutschen Krebshilfe von Herzen.

Wir danken der Deutschen Krebshilfe für die materielle und ideelle Unterstützung des BPS während der 14 Jahre unseres Bestehens. Wir wünschen der Jubilarin ein gutes und sehr langes Leben und Wirken im Interesse der Menschen, die der Unterstützung am meisten bedürfen.

Günter Feick, Paul Enders, Walter Kämpfer
Vorsitzende des BPS



60 Jahre Berufsverband der Deutschen Urologen

Red. (ug): Am 29. Mai 1954 wurde der Verein unter dem Namen „Berufsverband der deutschen Fachärzte für Urologie e.V.“ in Bad Wildungen auf Initiative der wissenschaftlich orientierten Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) gegründet, um standespolitische Fragen und wirtschaftliche Interessen der Urologen gegenüber den Körperschaften, der Selbstverwaltung und der Politik zu vertreten. Diese Zielsetzung verfolge der BDU bis heute, heißt es in einer aktuellen Mitteilung, und der Verband stelle sich den aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen inzwischen als gut vernetzte Interessenvertretung mit modernen Verbandsstrukturen.

Heute ist der BDU mit einer Geschäftsstelle in Düsseldorf, einer ständigen Vertretung in Berlin und 19 Landesverbänden breit aufgestellt und bringt sich aktiv in die gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse ein. Die Umsetzung des

GKV-Versorgungsstrukturgesetzes und die Anforderungen an eine Urologie unter demografischem Wandel bestimmen die derzeitigen Schwerpunktaufgaben des BDU.

Nach Angaben des Verbandes repräsentiert der Verband rund 3000 und damit 70 Prozent der in Deutschland tätigen Urologinnen und Urologen aus Klinik und Praxis und vertritt diese in allen wesentlichen Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung und der innerärztlichen Verbünde. Der BDU arbeitet eng mit der DGU zusammen, ist in Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Nachwuchsförderung und Versorgungsforschung engagiert und tritt für die Sicherstellung einer hochwertigen und flächendeckenden urologischen Versorgung in Deutschland unter Wahrung der Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung ein.

Quelle: BDU-Pressestelle

An Herrn Dr. Axel Schroeder, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen (BDU)

Sehr geehrter Herr Dr. Schroeder,

der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. gratuliert dem BDU herzlich zu seinem 60jährigen Bestehen und engagierten Wirken. Wir bedanken uns bei den Mitgliedern des BDU für die gute Zusammenarbeit und den Einsatz für Patienten. Sehr zu schätzen wissen wir das BDU-Engagement für die Weiterbildung, Qualitätssicherung und eine hochwertige urologischen Versorgung.

Wir wünschen dem Verband viel Erfolg bei der Bewältigung zukünftiger Aufgaben und Erreichung Ihrer Ziele. Wir freuen uns auf weitere, gute Zusammenarbeit mit dem BDU.

Günter Feick, Paul Enders, Walter Kämpfer
Vorsitzende des BPS



Startschuss für Kampagne „Bewegung gegen Krebs“

Red. (ug): Britta Heidemann, Olympiasiegerin im Degenfechten, geht auf Fahrradtour, TV-Moderatorin Shary Reeves spielt Basketball und Wolfgang Overath, Fußball-Weltmeister von 1974, verabredet sich zum Joggen – alle drei sind Botschafter von „Bewegung gegen Krebs“. Im Rahmen der gemeinsamen Präventionskampagne der Deutschen Krebshilfe, des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) und der Deutschen Sporthochschule Köln zeigen sie: Sport macht Spaß und tut gut! Am 11. März 2014 wurde die Kampagne im Deutschen Sport & Olympiamuseum in Köln gestartet.

Wissenschaftlich erwiesen ist: Sportlich aktive Menschen erkranken nachweislich seltener an Tumoren des Darms, der Brust oder der Gebärmutter Schleimhaut. So sinkt das Risiko für Darm- und Brustkrebs um etwa 25 Prozent, wenn die Menschen sich an mindestens fünf Tagen pro Woche 30 bis 60 Minuten bewegen. „Spaß an Sport und Bewegung zu vermitteln sowie einfache Tipps und Hilfen für die ersten Schritte zu mehr Bewegung zu geben, ist das Ziel unserer gemeinsamen Initiative“, so Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe. Mit dem DOSB hat die Deutsche Krebshilfe dabei einen starken Partner gefunden, der sich seit vielen Jahren für mehr Bewegung und eine gesunde Lebensweise engagiert. „Ein aktiver Lebensstil trägt entscheidend zu Gesundheit und Lebensfreude

bei“, betont auch Dr. Michael Vesper, Generaldirektor des DOSB. „Deshalb kooperiert der DOSB mit Partnern und Verantwortlichen in den Bereichen Gesundheit und Prävention. Mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT werden zum Beispiel seit über zehn Jahren qualitätsgesicherte Angebote in Sportvereinen zertifiziert.“

In Zusammenarbeit mit den 98 Mitgliedsorganisationen des DOSB wird auch die Basis in die Aktionen mit einbezogen. Vereine werden dazu aufgerufen, Veranstaltungen unter das Kampagnenmotto zu stellen. Tage der offenen Tür, Informationsveranstaltungen oder Sportfeste sollen interessierten Menschen die Möglichkeit geben, die Vereinsatmosphäre persönlich kennenzulernen und sich über Angebote der Vereine vor Ort zu informieren.

Zentrales Informationselement ist die von den Kooperationspartnern neu eingerichtete Internetseite www.bewegung-gegen-krebs.de. Hier gibt es unter anderem zahlreiche Tipps dazu, wie sich Bewegung in den Alltag integrieren lässt und was bei den ersten sportlichen Schritten helfen kann. Interessierte können ermitteln, welche Sportart zu ihnen passt und wo sie Übersichten zu Sportangeboten in ihrer Nähe finden. Darüber hinaus ist die Kampagne auch auf facebook.com/bewegunggegenkrebs und YouTube präsent.

Auch die Deutsche Sporthochschule Köln unterstützt die Kampagne und wird ihre Wirkung im Hinblick auf Verhaltensänderungen in der Bevölkerung wissenschaftlich evaluieren.

Quelle: Deutsche Krebshilfe Bonn,
Mai 2014



Von links nach rechts:
Gerd Nettekoven, Shary Reeves,
Britta Heidemann, Michael Vesper, Dr. Freerk
T. Baumann, Wolfgang Overath
© Deutsche Krebshilfe

Das Haus der Krebs-Selbsthilfe in Bonn – gebündelte Stärke für Krebs-Betroffene

Von Stefanie Walter, Projektkoordinatorin des
Hauses der Krebs-Selbsthilfe in Bonn



Die Diagnose Krebs ist für die meisten Menschen ein Schock. Sie fühlen sich häufig allein gelassen und sind zunächst nur begrenzt in der Lage, die nächsten Schritte zu finden und zu gehen – das Leben ist aus den Fugen geraten.

In dieser Situation können Gleichbetroffene Hilfe und Unterstützung geben, die das professionelle System nicht bieten kann:

Sie wissen aus eigenem Erleben, was Betroffene empfinden. Sie kennen den bodenlosen Fall, die Hilflosigkeit, die jetzt vorherrschenden Ängste und Gefühle. Allein durch ihr Dasein können sie Hoffnung und Zuversicht vermitteln und signalisieren, dass der Weg nicht allein gegangen werden muss. Ihre Aussagen haben eine hohe Glaubwürdigkeit und Gespräche die besondere Intensität, wie sie nur unter Gleichbetroffenen möglich ist.

Vor dem Hintergrund der gesammelten Erfahrungen helfen sie Betroffenen, ihren persönlichen Weg im Umgang mit der Krankheit zu finden.

Wie ist die Arbeit in der Selbsthilfe gestaltet?

Selbsthilfearbeit gibt es auf verschiedenen Ebenen. Zum einen bieten lokale Selbsthilfegruppen Hilfestellung beim Umgang mit und Bewältigung der Erkrankung. Dort werden Neuerkrankte darin unterstützt, die vorhandenen, eigenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen. Die vielfältigen Erfahrungen, die in einer Gruppe zusammen kommen, können als Hilfestellung und Orientierung dienen,

um Ängste zu überwinden und Selbsthilfe zu ermöglichen. Außerdem können Gleichbetroffene in den Gruppen hilfreiche Tipps geben, wie auch bei möglichen körperlichen Einschränkungen Lebensqualität und soziale Integration erhalten oder wiedererlangt werden können.

Neben der Betreuung in Selbsthilfegruppen beraten die in der Selbsthilfe Engagierten – dies ist von Verband zu Verband unterschiedlich geregelt – Betroffene auch am Telefon, in der Klinik, im häuslichen Umfeld oder in moderierten Internetforen. Allen Selbsthilfegruppenleitern werden Weiterbildungen angeboten, um Menschen mit Krebs zeitgemäß, qualifiziert und entsprechend den Erfordernissen unseres Gesundheitssystems beraten zu können. Bei einigen Verbänden ist für die Gruppenleitungsteams die Teilnahme an Schulungen verpflichtend.

Auf Bundesebene sind die Selbsthilfevertreter als politisch Handelnde unterwegs. Die gesundheits- und sozialpolitische Lobbyarbeit als aktive Interessenvertretung Krebskranker heißt für die Verbände, die Interessen Krebsbetroffener in der Ärzteschaft, den medizinischen Fachgesellschaften, den Krankenkassen, der Pharmaindustrie und der Gesundheitspolitik zu vertreten.

Mit der bundesweiten Präsenz und den daraus resultierenden umfangreichen und vielfältigen Erfahrungen und Kenntnissen können die Selbsthilfevertreter überall dort Einfluss nehmen, wo Weichenstellungen für krebserkrankte Menschen vor-

genommen, Versorgungskonzepte entwickelt und Kostenbudgetierungen festgelegt werden.

Die Krebs-Selbsthilfeorganisationen vertreten die Interessen von Krebs-Patienten z.B.

- im Patientenbeirat der Deutschen Krebshilfe,
- im Patientenforum der Bundesärztekammer,
- in Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA),
- im Beirat des Zentrums für Krebsregisterdaten des Robert-Koch-Instituts,
- in mehreren Klinikvorständen und (Scientific) Advisory Boards,
- in mehreren Kompetenznetzen,
- in Arbeitsgruppen des Nationalen Krebsplans,
- in Zertifizierungskommissionen von onkologischen Zentren,
- in der Leitlinienarbeit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF),
- im Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (KoQK),
- im Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Die Arbeit der Bundesverbände

Die Arbeit der Krebs-Selbsthilfe wird von Ehrenamtlichen getragen, die sich mit viel Einsatzbereitschaft, Zeit- und Ressourcenaufwand für die Interessen der Krebs-Betroffenen einsetzen. Im Rahmen ihres umfassenden Informationsauftrages sind die Mitglieder von Krebs-Selbsthilfeorganisationen Ansprechpartner für Ratsuchende, vermitteln Kontakte und bieten Orientierungshilfe im Dschungel des Versorgungssystems. Ihr Aufgabenspektrum umfasst aber nicht nur die Krankheitsbewältigung, sondern auch die Themen Vorsorge, Prävention, Therapie, Rehabilitation, soziale Sicherung und Forschung.

Unterstützt werden die ehrenamtlich arbeitenden Mitglieder und Vorstände von hauptamtlichen Mit-

arbeitern in den Bundesgeschäftsstellen, welche sich um die organisatorischen Belange kümmern, wie z.B. Mitgliederverwaltung, Geldzuteilung für die Selbsthilfegruppen, Tagungsorganisation und vieles mehr.

Die Krebs-Selbsthilfeorganisationen im Haus der Krebs-Selbsthilfe

Krebs-Selbsthilfeorganisationen gibt es viele in Deutschland. Zehn davon haben sich unter dem Dach des Hauses der Krebs-Selbsthilfe (HKSH) vereint. Auf der Basis eines von allen zehn Bundesverbänden erarbeiteten und unterzeichneten Dokumentes zum Selbstverständnis und den Prin-



© C. Mohr, Frauenselbsthilfe nach Krebs, HKSH

zipien der Krebs-Selbsthilfe sind diese Organisationen angetreten, gemeinsam die Belange von Menschen mit Krebs und deren Angehörigen zu vertreten und dafür auch Synergieeffekte zu nutzen, die sich aus der Zusammenarbeit im HKSH ergeben.

Die zehn Bundesverbände sind:

- Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V. (www.adp-bonn.de)
- BRCA-Netzwerk Hilfe bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs e.V. (www.brca-netzwerk.de)
- Bundesverband der Kehlkopfoperierten e.V. (www.kehlkopfooperiert-bv.de)
- Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (www.prostatakrebs-bps.de)
- Bundesverband Schilddrüsenkrebs – Ohne Schilddrüse leben e.V. (www.sd-krebs.de)
- Deutsche Hirntumorhilfe e.V. (www.hirntumorhilfe.de)
- Deutsche ILCO e.V. – Selbsthilfe bei Darmkrebs und Stoma (www.ilco.de)
- Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V. (www.leukaemie-hilfe.de)
- Frauenselbsthilfe nach Krebs – Bundesverband e.V. (www.frauenselbsthilfe.de)
- Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. (www.blasenkrebs-shb.de)

Neun dieser Bundesverbände der Krebs-Selbsthilfe werden bislang von der Deutschen Krebshilfe e.V. finanziell gefördert (Anmerkung der Redaktion: Stand

Juni 2014). Förderfähig durch die Deutsche Krebshilfe e.V. sind solche Verbände, die bundesweit tätig sind und bestimmte Anforderungen erfüllen. Dazu gehören u.a. der völlige Verzicht auf Spenden und/oder Sponsoringangebote von Wirtschaftsunternehmen der Gesundheits- und Pharmaindustrie.

Selbsthilfe, wie sie die Verbände im HKSH verstehen, tritt nicht in Konkurrenz zum professionellen Gesundheitssystem. Sie ergänzt, wo professionelle Hilfe an ihre Grenzen stößt, insbesondere im psychosozialen Bereich, ersetzt sie aber nicht. Sie versucht, dem jeweiligen Betroffenen Lebensmut zu geben, seine Lebensqualität zu verbessern und die Betroffeneninteressen – „gemeinsam sind wir stärker“ – hörbar und sichtbar zu machen. Die Selbsthilfe stärker mit allen Bereichen der Versorgung zu vernetzen und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Mitgliedern der Selbsthilfe und professionellem System zu fördern, ist daher ein Ziel aller Verbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe.

Haus der Krebs-Selbsthilfe:

Thomas-Mann-Straße 40

53111 Bonn

Telefon: 0228 33889-0

Fax: 0228 33889-640

E-Mail: kontakt@hausderkrebs-selbsthilfe.de

Internet: www.hksh-bonn.de

Projektkoordination Haus der Krebs-Selbsthilfe:

Stefanie Walter (MPH)

Telefon: 0228 33889-540

Fax: 0228 33889-541

E-Mail: walter@hausderkrebs-selbsthilfe.de

Zehn Jahre Gemeinsamer Bundesausschuss – oberstes Beschlussgremium für Leistungen gesetzlicher Krankenversicherung

Von Jens-Peter Zacharias, Gesundheitspolitischer Sprecher des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.



Am 14. Januar 2014 feierte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sein zehnjähriges Bestehen. Eine gute Gelegenheit ein paar Bemerkungen über seine Bedeutung und die Interessensvertretung der Prostatakrebs Patienten durch den BPS im G-BA zu machen. Rechtsgrundlage der Arbeit des G-BA ist das Fünfte Sozialgesetzbuch. Dort hat der Gesetzgeber die G-BA Aufgaben, Kompetenzen, Bestellung seiner Mitglieder, die Patientenbeteiligung und die Einbeziehung Dritter vorgegeben. Auch Rahmenvorgaben zur Struktur und Arbeitsweise des G-BA sind hier festgelegt. Der G-BA bestimmt per Richtlinien den Leistungskatalog gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte. Er legt von der GKV zu erstattende medizinische Versorgung fest und beschließt Maßnahmen der Qualitätssicherung für ambulante und stationäre Bereiche im Gesundheitswesen.

Das G-BA Entscheidungsgremium, das Plenum, besteht aus 13 Personen: 5 Vertreter der Leistungserbringer (Dt. Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung), 5 GKV Vertreter und 3 Unparteiische. Die 5 Patientenvertreter im Plenum haben Mitberatungs- und Antragsrecht. Sie werden benannt durch: Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. Die Sitzungen des Plenums sind öffentlich.

G-BA Entscheidungen werden in neun Unterausschüssen vorbereitet, denen mehr als 100 Arbeitsgruppen zuarbeiten. Ihre Sitzungen sind zum Schutz der Beteiligten nicht öffentlich. In allen Gremien nehmen Patientenvertreter mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht. Vertreter aus der Gesundheitsministerkonferenz der

Länder, Bundesärztekammer, Privaten Krankenversicherung, Deutschen Pflegerat und Bundespsychotherapeutenkammer sind in G-BA Gremien der Bedarfsplanung und Qualitätssicherung ebenfalls beteiligt.

Der G-BA hat seinen Standort in Berlin. Sein jährlicher Haushalt liegt im Bereich von 30 Mio. Euro (2011), er beschäftigt mehr als 100 Personen (2012). Neben medizinischen Spezialisten beschäftigt er auch Juristen und Wissenschaftler.



© G-BA

Entscheidungsunterlagen müssen häufig vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen erarbeitet werden, Ein drittes Institut, zur Auswertung und verständlichen Darstellung von Routinedaten und Qualitätsverbesserung in der Versorgung wird nach dem Koalitionsvertrag der neuen Regierung hinzukommen.

Die BPS-Vertreter arbeiten in den thematisch für uns wichtigen G-BA Arbeitsgruppen, um die Dia-

gnose und Behandlung der Prostatakrebspatienten zu verbessern. Hierbei sind die zehn BPS-Ziele ihre Arbeitsbasis. In den zehn Jahren des G-BA waren 15 BPS-Vertreter aktiv tätig, im Augenblick sind es fünf BPS-Vertreter. Weitere bereiten sich auf diese Aufgabe vor. Ihre Betroffenenkompetenz und berufliche Erfahrungen sind ihr Rüstzeug für gute Vertretung der Interessen von Prostatakrebspatienten im G-BA.

Monatlich, teilweise wöchentlich sind sie im Einsatz. Zusammen mit Vorbereitungsarbeiten und Reisezeiten ist das eine wesentliche, ehrenamtliche Leistung dieser Männer. Stets versuchen wir für jede relevante G-BA Arbeitsgruppe drei Männer so zu informieren und vorzubereiten, dass wir trotz mitunter kurzfristiger Sitzungstermine oder Vertreterwechsel immer handlungsfähig sind.

In den letzten Jahren hat sich der BPS in den Arbeitsgruppen Niedrigdosierte Interstitielle Brachytherapie, PREFERE-Studie, ambulante Behandlung im Krankenhaus, spezialfachärztliche Versorgung, Behandlung des Benigen Prostatasyndroms, Bewertung neuer Arzneimittel, Protonentherapie und Qualitätssicherung engagiert. Weitere Themen werden aus Gründen der Vertraulichkeit, die wir

aus verschiedenen Gründen beachten müssen, nicht erwähnt.

Einzelne Vorgänge erstrecken sich über mehrere Jahre. An der PREFERE-Studie z. B. waren BPS-Vertreter sechs Jahre beschäftigt und sind es noch immer. Zeitweise waren monatliche Sitzungen die Regel, zur Abstimmungen mit der Studienleitung und der Deutschen Krebshilfe. Sie leitet den Arbeitskreis PREFERE-Öffentlichkeitsarbeit.

Reise- und Sitzungskosten werden vom G-BA getragen. Weitere Kosten werden von der Deutschen Krebshilfe getragen – Dank hierfür. Der BPS hofft, dass in Zukunft Regierungen einen besseren Weg finden, um die Selbsthilfeverbände zu unterstützen. Im Patientenrechtegesetz ist es noch nicht gelungen. Wir wollen auch unbedingt mehr Einfluss in der Qualitätssicherung erhalten. Unser großer Wunsch ist, dass es immer Männer geben wird, die bereit sind, als Patientenvertreter im G-BA und im BPS mitzuarbeiten, damit unsere Nachkommen bessere Erfahrungen in der Behandlung des Prostatakrebses und im Gesundheitswesen insgesamt machen können.

Die Arbeiten im G-BA werden vom BPS-Gesundheitspolitischen Ausschuss und der BPS-Geschäftsstelle koordiniert.

Die Entwicklung des Nationalen Krebsplans

Red. (ug): 2008 wurde der Nationale Krebsplan von der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren in Zusammenarbeit mit der Bundesregierung ins Leben gerufen und wird seither von ihnen getragen. Damit sollen die Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung Beteiligten wirksamer aufeinander abgestimmt und zielorientiertes Vorgehen forciert werden. Diese Schwerpunkte des Nationalen Krebsplans wurden festgelegt:

- Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
- Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

- Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung
- Stärkung der Patientenorientierung.

Nach sechs Jahren geht der Nationale Krebsplan in die nächste Entwicklungsrunde und widmet sich Früherkennungsprogrammen, der Finanzierung neuer Behandlungsprogramme und der Leitlinienarbeit. Das haben Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums auf dem 31. Deutschen Krebskongress angekündigt. Mit dem Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetz von 2013 habe der 2008 angestoßene Prozess Dynamik gewonnen, sagte Antonius Helou, Referatsleiter im Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Es zeige, wie

wichtig gesetzliche Rahmenbedingungen für die Unterstützung fachlicher Anstrengungen sind. Als Beleg für rasche Arbeit nannte das Bundesgesundheitsministerium die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in nur 36 Monaten geschaffenen Voraussetzungen für Darm- und Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsprogramme. Dennoch mahnten die Patientenvertreter im G-BA mehr Tempo und schnellere Umsetzungen an.

Aus Sicht der Experten befindet sich der Krebsplan auf dem richtigen Weg. Die Kraft des Nationalen Krebsplans liege in seinem umfassenden Blick auf Versorgungsprobleme, sagte der Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, Dr. Johannes Bruns. Dafür werde die Onkologie von anderen Fachgebieten beneidet. Prof. Ferdinand Hofstädter von der Universität Regensburg unterstützte diesen Standpunkt. Das Bestechende an dem Prozess des Nationalen Krebsplans sei die Gemeinsamkeit fördernde Sicht auf das Ganze. Ein Beispiel hierfür sei die finanzielle Unterstützung der Deutschen Krebshilfe für den gesetzlich geforderten Aufbau flächendeckender klinischer Krebsregister.

Die Fachleute mahnten mehr Versorgungsforschung an. Es gebe Hinweise, dass eine bessere Versorgung von Krebspatienten in zertifizierten Zentren möglich ist. Niedergelassene Ärzte sind im System der Zentren nicht nur Zuweiser, sondern Teil des wissenschaftlichen Prozesses. Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe, forderte eine stärkere Finanzierung der mit dem Krebsplan entstehenden Strukturen in Krankenhäusern. Es muss festgestellt werden, was der Mehraufwand für die neue Organisation der Krebsmedizin kostet – beispielsweise die „Tumorkonferenzen“, in denen Ärzte verschiedener medizinischer Fachrichtungen Behandlungsmöglichkeiten prüfen und diskutieren. Leitlinien sollten von den Krankenkassen finanziert werden, forderte Prof. Matthias Beckmann, Direktor der Frauenklinik Erlangen.

Ende des Jahres 2014 werden 25 S3-Leitlinien für die Krebsbehandlung erwartet. Zum Beginn 2008 gab es nur fünf Leitlinien der Qualität S-3.

Quelle: Deutsche ÄrzteZeitung, Mai 2014

31. Deutscher Krebsskongress 2014

Red. (ug): Mehr als 10.000 Experten aus Medizin, Politik, Industrie und Gesundheitswesen haben sich vier Tage in Berlin über neueste Ergebnisse in Forschung und Behandlung informiert – Rekordniveau. Die politischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens der Zukunft waren ein anderes viel diskutiertes Thema.

Auf dem Krebsaktionstag, dem Forum für Patienten, Angehörige und Interessenten konnten weitere 2.200 Teilnehmer begrüßt werden. Alle Vorträge und Diskussionen haben verdeutlicht, wie wichtig die Bündelung der Kräfte für die Forschung und Anwendung neuer Therapien ist. Vorträge des Deutschen Krebsskongresses 2014 können über „Onkologie on demand“ auf der Internetseite <http://www.dkk2014.de> abgerufen werden.

Der BPS war mit Vorträgen, zwei eigenen Veranstaltungen und mit dem BPS-Infostand am Kongress beteiligt. Im BPS-Symposium **„Nationaler Krebsplan trifft deutsches Gesundheitswesen – Umsetzung und Perspektiven am Beispiel Prostatakrebs“** referierten diese Fachleute zu folgenden Themen:

- Petra Uschold (GKV Spitzenverband, Berlin): Die informierte Inanspruchnahme der im Nutzen belegten Krebsfrüherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen wird gesteigert
- Prof. Dr. Michael Stöckle (Universitätsklinik, Homburg/Saar): Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die nachweislich in der Lage

sind, die Mortalität an der Zielerkrankung zu senken, berücksichtigen die Europäischen Empfehlungen an systematische populationsbasierte Screeningprogramme

- Prof. Dr. Hartwig Huland (Martini-Klinik, Hamburg): Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
- Dr. Sabine Wesselmann, (Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin): Es existiert eine aussagekräftige onkologische Qualitätsberichterstattung für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Patienten

Die Verbesserung der Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakrebses ist das prioritäre Ziel des BPS. Deshalb war der BPS-Mitinitiator der „Arbeitsgruppe Kastrationsresistenter Prostatakrebs“. Folgende Experten dieser Arbeitsgruppe referierten im BPS-Symposium „**Behandlung des fortgeschrittenen und des kastrationsresistenten Prostatakrebses**“ zu diesen Themen:

- Prof. Dr. Kurt Miller (Charite Berlin): „Hormontherapie Prostatakrebs“
- Prof. Dr. Axel Heidenreich (Universitätsklinik Aachen): „Kastrationsresistenter Prostatakrebs – Erstlinientherapie“
- PD. Dr. Sebastian Rogenhofer (Universitätsklinik Bonn): „Kastrationsresistentes PCA – Zweitlinientherapie“

- PD Dr. Georg Bartsch (Universitätsklinik Frankfurt/Main): „Knochenspezifische Therapieansätze beim kastrationsresistenten Prostatakrebs“



Reger Besucherandrang am Krebsaktionstag 2014

© Deutsche Krebshilfe

Nach den Vorträgen wurden Krankheitsverläufe einzelner Patienten vorgestellt, diskutiert und Fragen der zahlreichen Zuhörer beantwortet.

Auf der BPS-Internetseite www.prostatakrebs-bps.de können alle Vortragsfolien der Referenten eingesehen werden: <http://www.prostatakrebs-bps.de/2-uncategorised/491-der-deutsche-krebskongress-2014-mit-aktiver-beteiligung-des-bps-tiefergehend-Interessierten>.

Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) – Bilanz nach drei Jahren

Red. (ug): Am 1. Januar 2011 trat das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) mit dem Ziel in Kraft, den Nutzen neuer Arzneimittel zu bestimmen und daran ihre Preise zu orientieren. Für diese Bewertung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuständig. Die wissenschaftliche Bewertung der Nutzen neuer Arzneimittel führt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im

Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des G-BA durch. Die Selbsthilfeverbände sind ebenfalls beteiligt und beziehen Stellung zu diesen Punkten:

- Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie der Betroffenen mit der Erkrankung
- Notwendigkeit der Betrachtung spezieller Patientengruppen

- Erfahrungen der Patienten und Patientinnen mit den derzeit verfügbaren Therapien für das Anwendungsgebiet
- Erwartungen an eine neue Therapie.

Nach nun drei Jahren bewerten Experten das AMNOG wie folgt:

- Johann-Magnus Frhr. v. Stackelberg, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen: Das AMNOG habe sich bewährt, es wirke und wie es wirke, wirkte es gut. Es könne nicht Aufgabe der Krankenkassen sein, Deutschland als Pharmastandort zu stärken.
- Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller: Eine wissenschaftliche Nutzenbewertung solle getrennt von den Preisverhandlungen betrachtet werden. Methodische Schwierigkei-

ten einer frühen Nutzenbewertung müssten gemeinsam mit allen Beteiligten angegangen werden, damit ein Interessenausgleich von Industrie und Gesellschaft stattfinden könne.

- Prof. Dr. Jürgen Windeler, Leiter des IQWiG: Das AMNOG verhindere Innovationen im Arzneimittelbereich nicht. Probleme könne es allenfalls geben, wenn Pharmafirmen bei einem nachgewiesenen Zusatznutzen ihres Arzneimittels nicht den Preis erzielen könnten, den der Markt hergebe. Letztlich aber sei für ihn entscheidend, dass der Patient gut versorgt sei.
- Gesundheitsökonom Dr. Uwe May: Ohne Regulierung gehe es im Arzneimittelbereich nicht. Er bezweifle jedoch, dass allein der Zusatznutzen eines Arzneimittels den Preis bestimmen könne.

Quelle: aerzteblatt.de, Januar 2014

Klinische Prüfungen in Europa nun einheitlich

Red. (ug): Das Europaparlament hat Anfang April in Brüssel der Verordnung für Arzneimitteltests am Menschen zugestimmt, die von Mitte 2016 an in ganz Europa gelten wird. Damit wird erstmals ein einheitlicher Rechtsrahmen für klinische Prüfungen geschaffen.

Ziel der Verordnung ist es, Verfahren für Arzneimitteltests am Menschen zu vereinheitlichen und zu vereinfachen. Künftig stellen Pharmaunternehmen

oder Forschungseinrichtungen Genehmigungsanträge über ein zentrales Online-Portal. Bearbeitungsfristen werden verkürzt. Werden diese nicht eingehalten, gilt die Genehmigung als erteilt. Bei multinationalen Prüfungen wird künftig ein Mitgliedstaat federführend für alle anderen die Studie koordinieren und die medizinischen Fragen aufbereiten. Die Ergebnisse aller Prüfungen müssen veröffentlicht werden.

*Europa stimmt für die Transparenz klinischer Studien

Der BPS hatte für die Beteiligung an der Petition für eine bessere Transparenz klinischer Studien zum Nutzen der Patienten und Mediziner geworben und selbst unterzeichnet. Unsere Bemühungen haben beigetragen, einen Sieg für Patienten und Ärzte im EU-Parlament zu erringen. Die Petition wurde angenommen, fand Eingang in ein Gesetz. Jetzt müssen alle Informationen zu klinischen Studien und ihren Ergebnissen in der neuen Fassung des europäischen Registers für klinische Studien European Clinical Trials Database (EudraCT) öffentlich zugänglich gemacht werden:

<https://www.clinicaltrialsregister.eu>

Ursprünglich sollten die Ethikkommissionen keine Rolle im Genehmigungsverfahren spielen. Nach harten Kämpfen steht nun fest, dass keine klinische Prüfung ohne ein zustimmendes Votum einer Ethikkommission stattfinden kann.

Die Deutsche Krebshilfe (DKH) begrüßt den geringeren bürokratischen Aufwand für klinische Prüfungen – insbesondere für nicht-kommerzielle Studien: „Ohne eine solche Entlastung müssten gemeinnützige und private Förderorganisationen in Zukunft weiterhin hohe Summen – und damit Spendengelder – für die Durchführung nichtkommerzieller Studien aufwenden“, sagte Gerd Net-

tekoven, Hauptgeschäftsführer der DKH. Ebenso lobenswert findet die DKH die neuen Transparenz-Regeln zur Veröffentlichungen von Studienergebnissen.

Insgesamt glauben alle Beteiligten, dass – trotz einiger Kompromisse – die Verordnung eine wesentliche Verbesserung für die Patienten in Europa bringt und in erster Linie diesen zugute kommt. Darüber hinaus sei eine hochwertige Arzneimittelforschung ein wichtiger Beitrag für Wachstum und Beschäftigung.

Quelle: aerzteblatt.de, April 2014

Neue Kennzeichnung für Arzneimittel: Schwarzes Dreieck weist auf besonders engmaschige Überwachung hin

Die Europäische Union (EU) hat eine neue Kennzeichnung für Arzneimittel eingeführt, die besonders engmaschig überwacht werden. Diese Arzneimittel weisen in ihrer Packungsbeilage ein auf der Spitze stehendes schwarzes Dreieck auf sowie den Satz: „Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.“

Alle Arzneimittel werden nach ihrem Inverkehrbringen in der EU sorgfältig überwacht. Mit dem schwarzen Dreieck gekennzeichnete Arzneimittel werden jedoch noch engmaschiger überwacht als andere Arzneimittel. Dies ist in der Regel dann der

Fall, wenn weniger Informationen als zu anderen Arzneimitteln zur Verfügung stehen, weil sie beispielsweise neu auf dem Markt sind. Es bedeutet nicht, dass das Arzneimittel unsicher ist.

Patienten sollten vermutete Nebenwirkungen eines Arzneimittels ihrem Arzt, Apotheker oder der zuständigen Arzneimittelbehörde melden. Dies gilt besonders, wenn das Arzneimittel mit dem schwarzen Dreieck gekennzeichnet ist. Zuständige Behörden in Deutschland sind das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Welche Behörde für das jeweilige Arzneimittel zuständig ist und wie Patienten Nebenwirkungen melden können, wird ebenfalls in der Packungsbeilage des jeweiligen Arzneimittels beschrieben. Patienten können mit ihrer Meldung zur Überwachung, Bewertung und Minimierung von Arzneimittelrisiken beitragen.

Warum werden Arzneimittel nach ihrer Zulassung überwacht?

Die europäischen Regulierungsbehörden entscheiden über die Zulassung von Arzneimitteln, nachdem sie die Ergebnisse von Labortests und



© BfArM

klinischen Prüfungen bewertet haben. Nur Arzneimittel, deren Nutzen nachweislich die Risiken überwiegt, gelangen auf den Markt. Dadurch ist gewährleistet, dass Patienten zu den Behandlungen Zugang haben, die sie benötigen, ohne inakzeptablen Nebenwirkungen ausgesetzt zu sein. An klinischen Prüfungen nimmt in der Regel nur eine begrenzte Zahl von Patienten für einen festgelegten Zeitraum unter kontrollierten Bedingungen teil. Unter realen Bedingungen wird eine größere und heterogenere Patientengruppe das Arzneimittel anwenden. Sie leiden eventuell unter verschiedenen Krankheiten und nehmen vielleicht weitere Arzneimittel ein. Einige weniger häufige Nebenwirkungen könnten erst dann auftreten, wenn ein Arzneimittel von einer großen Anzahl von Personen über einen langen Zeitraum angewendet wird. Daher ist es unerlässlich, dass alle Arzneimittel, solan-

ge sie in Verkehr sind, weiterhin auf ihre Sicherheit überwacht werden. Zu den unter zusätzlicher Überwachung stehenden Arzneimitteln gehören etwa seit Anfang 2011 neu zugelassene Arzneimittel sowie solche, bei denen die Arzneimittelbehörden weitere Studien verlangen, z. B. zur Langzeitanwendung oder zu seltenen Nebenwirkungen, die während klinischer Prüfungen beobachtet wurden.

Eine aktuelle Liste der Arzneimittel unter zusätzlicher Überwachung, die Möglichkeit, Nebenwirkungen zu melden und weitere Informationen zum Thema finden Patienten auf den Internetseiten des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (www.bfarm.de) sowie des Paul-Ehrlich-Institutes (www.pei.de).

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Weltweit größte Datenbank für Prostatakrebs verbessert Therapien und Operationstechniken

Red. (ug): Bereits 1992 haben die Professoren Hartwig Huland und Markus Graefen in der Martini-Klinik, Hamburg, die zusammen mit der Urologischen Klinik des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf das weltweit größte Prostatakar-

zinom-Zentrum bildet, das Projekt „Wertbasierte Gesundheitsversorgung“ ins Leben gerufen. In diesem Projekt werden Patienten als Informationspartner in die Behandlungsstrategien aktiv eingebunden – auch nach Verlassen des Krankenhauses. In validierten Fragebögen informieren sie den Operateur über ihre Lebensqualität, wie Kontinenz und Potenz. Diese Angaben sind in der weltweit größten Datenbank der Heilungsraten und Lebensqualität Prostatakrebs erkrankter Patienten erfasst. In die Datenbank mit jetzt 23.000 Patienten werden die Ergebnisqualität nach der Operation, die klinischen Daten der Gewebeproben sowie Blut- und Serumproben aufgenommen. Die Auswertung dieser Daten resultiert in stetig verbesserten Behandlungsergebnissen operativer Therapien.

„Nach der Operation begleiten wir den Patienten weiter. Das ist ein Kontakt auf Lebenszeit, den



© Martini-Klinik am UKE GmbH

von uns behandelte Männer sehr positiv werten. Mit diesen Datenerhebungen aktualisieren wir stetig die Erfolgsraten der unterschiedlichen Therapien“, erklärt Prof. Markus Graefen.

„Durch die akribische Analyse der in über 22 Jahren gesammelten Daten zur Prostatakrebsbehandlung konnten wir genetische Veränderungen identifizieren, die langfristig dazu dienen können, Hochrisikopatienten zu erkennen. Diese Identifizierung ermöglicht eine frühzeitige adjuvante Therapie, wie die Bestrahlung oder andere gezielte Therapien“, erklärt Prof. Markus Graefen.

Die Auswertung der Daten führte neben der internen Qualitätskontrolle und der Verbesserung der Operationstechniken auch zu weiteren unerwarteten Erkenntnissen bei Prostatakrebspatienten mit Metastasen in den Lymphknoten. Entsprechend damaliger

Leitlinien wurden Operationen nach derartigem Befund abgebrochen. Nicht so an der Hamburger Klinik. Dort wird der Eingriff wie geplant durchgeführt, da anhand vorliegender Daten festgestellt wurde, dass Patienten mit diesem Befund einen „dramatischen Überlebensvorteil haben, wenn die Prostata mit der Haupttumorlast entfernt wird“, so Prof. Markus Graefen. „Das war vorher nicht bekannt. Der Krankheitsverlauf konnte für diese Patienten um circa zehn Jahre deutlich verbessert werden.“

Die Ärzte der Martini-Klinik sind überzeugt, bereits kleinere Behandlungskorrekturen können effektiv sein und dienen dem Patientenwohl. „Man kann aber nur besser werden, wenn man misst und vergleicht“.

Quelle: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Urologen wollen Prävention und Früherkennung stärken

Red. (ug): Obwohl die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) und der Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU) die Prävention und Früherkennung urologischer Erkrankungen verbessern wollen, empfehlen die Urologen nach derzeitiger Studienlage ein flächendeckendes Früherkennungsprogramm für Prostatakrebs nicht.

Vielmehr plädieren DGU und BDU auf Basis der aktualisierten „Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ für einen differenzierten Einsatz einer PSA-gestützten Früherkennung.

Fachgesellschaft und Berufsverband raten Männern, die nach ausführlicher Information eine Prostatakrebsfrüherkennung wünschen, eine Tastuntersuchung mit PSA-Test. Voraussetzung sei, dass ein Urologe den Patienten über Vor- und mögliche Nachteile einer PSA-Untersuchung aufkläre. Die Empfehlung gilt für Männer, die mindestens 45

Jahre alt sind und eine weitere Lebenserwartung von mindestens zehn Jahren haben.

Notwendige Orientierungshilfe bei der persönlichen Entscheidung für oder gegen die Früherkennung von Prostatakrebs leisten ein Flyer sowie eine ausführliche Broschüre von DGU und BDU, die auch vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. mitgetragen werden.

Der Flyer kann kostenfrei in der Geschäftsstelle des BPS angefordert werden.



Quelle: DGU-Pressestelle

Wo stehen die Patienten und ihre Ärzte im Jahr 2014 mit der Strategie der Aktiven Überwachung (Active Surveillance)?

Von Ralf-Rainer Damm, Web-Redakteur und Hotline-Berater des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.



In weitverbreiteter öffentlicher Wahrnehmung ist „Krebs“ durchweg eine tödliche Erkrankung, die um jeden Preis vernichtet werden muss, um Leid zu ersparen, auch um den Preis schwerer Nebenwirkungen. Dies trifft auf einige unter den Begriff „Krebs“ fallende Erkrankungen zwar zu, nicht jedoch auf den Prostatakrebs, der in vielen unterschiedlichen Erscheinungsformen auftreten kann, von sehr langsam, fast gar nicht, bis sehr rasch fortschreitend und früh metastasierend. Die medizinischen Begriffe für diese beiden Extreme sind „indolent“ (träge) und „progredient“ (fortschreitend).

Den Ärzten ist schon seit längerem bewusst, dass manche indolente Erkrankungen für längere Zeit, vielleicht sogar bis zum natürlichen Ableben des Patienten aus anderer Ursache, überhaupt nicht behandlungsbedürftig sind, weil jede Therapie „mit kurativer Intention“, d. h. mit dem Ziel des Eliminierens des Tumors – und das sind in Deutschland das operative Entfernen und das Bestrahlen – für den Patienten einen größeren Schaden bedeuten würde, als wenn man den Tumor einfach unbehandelt ließe. Da es aber auch heute noch nicht möglich ist, die Entwicklung der Erkrankung auf Jahre vorherzusagen, muss sie kontinuierlich beobachtet und immer wieder neu evaluiert werden, um bei einem Progress – einem Fortschreiten der Erkrankung im Sinne einer Mutation zu einer erhöhten Aggressivität und damit Verlassen des Status einer indolenten Erkrankung – rechtzeitig eine „definitive“ Behandlung einleiten zu können.

Bei der „Aktiven Überwachung“ ist es nicht das Ziel, den Patienten überhaupt nicht mehr zu be-

handeln, sondern vielmehr den Patienten erst dann zu behandeln, wenn dies erforderlich wird und ihm so eine Reihe von Jahren mit einer Lebensqualität zu erhalten, die von der Erkrankung weitgehend unbeeinträchtigt ist.

Einer der ersten Ärzte weltweit, die bereits ab den 1990er Jahren dafür unter der Bezeichnung „Active Surveillance“ (Aktive Überwachung) ein schlüssiges Konzept entwickelten, ist der kanadische Uro-Onkologe Prof. Laurence Klotz, Leiter der Urologischen Abteilung am Sunnybrook Health Sciences Centre in Toronto und Professor für Chirurgie an der dortigen Universität.

Im Jahr 2009 fand das Konzept der Aktiven Überwachung dann auch Einzug in die deutsche „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ (im Folgenden kurz „deutsche Leitlinie“ genannt). Darin heißt es: „Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom, die für eine kurative Behandlung in Frage kommen, sollen nicht nur über Behandlungsverfahren wie radikale Prostatektomie und Strahlentherapie sowie Brachytherapie, sondern auch über Active Surveillance informiert werden. ... Bestandteil der Aufklärung über Active Surveillance soll neben den Vorteilen auch die fehlende Verfügbarkeit von Langzeitdaten und die Unsicherheit der Ergebnisse aufgrund kleiner Studienpopulationen sein“ (Hervorhebung durch den Verfasser). Dies sind zwei wichtige Aussagen:

1. Der Patient soll ggf. über die Möglichkeit aufgeklärt werden, dass die Aktive Überwachung eine Option für ihn ist,

2. bezüglich der exakten Modalitäten wie der Eignungskriterien und der erforderlichen Diagnostik sowie der Kriterien zum Verlassen der Aktiven Überwachung ist, salopp gesagt, derzeit noch nicht alles in trockenen Tüchern.

Im Februar 2014 fand in Amsterdam eine von der European School of Oncology (ESO) ausgerich-tete hochkarätig besetzte internationale Konferenz zur „Active Surveillance“ statt, auf der der derzeitige Stand der Aktiven Überwachung aus internationaler Sicht resümiert wurde. Der Verfasser nahm für den BPS daran teil.

Eine für den Patienten und seinen Arzt erfolgreiche „Aktive Überwachung“ steht und fällt mit zwei Knackpunkten, nämlich

1. einer präzisen Primärdiagnostik mit dem Ziel, sicherzustellen, dass für einen gegebenen Patienten die „Aktive Überwachung“ wirklich eine sichere Option ist,
2. einer ebenso präzisen und aufmerksamen Verlaufsdiagnostik mit dem Ziel sicherzustellen, dass rechtzeitig der Zeitpunkt erkannt wird, zu dem die „Aktive Überwachung“ aufgegeben und eine „definitive Therapie“ eingeleitet wird.

Die Primärdiagnostik

beginnt damit, dass a) die Eignungskriterien für die Wahl der „Aktiven Überwachung“ definiert sind und es b) möglich ist, sicherzustellen, dass bei einem gegebenen Patienten diese Kriterien erfüllt sind.

Eignungskriterien für das „Aktive Überwachen“

In der Leitlinie heißt es: „Voraussetzung für die Wahl einer Active-Surveillance-Strategie sollen folgende Parameter sein: • PSA-Wert ≤ 10 ng/ml; • Gleason-Score ≤ 6 ; • cT1c und cT2a; • Tumor in ≤ 2 Stenzen; • ≤ 50 % Tumor pro Stanze“.

Die Europäischen „Guidelines on Prostate Cancer“, erschienen im Jahr 2012, listen sieben Studien mit teilweise voneinander abweichenden Eignungskriterien zur „Aktiven Überwachung“ auf. Einige Studien verwendeten das Kriterium der PSA-Dichte, das ist der Quotient aus dem PSA-Wert und dem Prostatavolumen, mit der Maßeinheit ng/ml². Das Problem, das der Verfasser dabei sieht ist, dass das Bestimmen des Prostatavolumens nur sehr ungenau möglich ist. Der Verfasser initiierte hierzu in Am-

terdam eine kurze Diskussion, deren Ergebnis war, dass die Volumenbestimmung (durch Ultraschalluntersuchung) wahrscheinlich mit einer Ungenauigkeit von ± 20 % behaftet ist. Einen nur derart ungenau zu bestimmenden Parameter als Eignungskriterium zu verwenden, ist nach Meinung des Verfassers etwas gewagt.

Natürlich gilt ähnliche Unschärfe auch für alle anderen angewendeten Kriterien: Für die PSA-Bestimmung gibt es auf dem Markt wohl um die 80 angebotene Assays, deren Ergebnisse alle mehr oder weniger voneinander abweichen; das Bestimmen des Gleason-Scores unter dem Mikroskop ist eine subjektive Angelegenheit – der eine Pathologe vergibt einen Gleason-Grad 3, wo der andere eine 4 setzen würde, bei etwa 30 % aller Prostataktomien wird ein höherer („pathologische“) Gleason-Score als der durch die Biopsie bestimmte („klinische“) gefunden. Ähnliches gilt für das Tumorstadium: aus einem cT2a- (der Tumor hat die Hälfte eines Lappens oder weniger befallen) kann leicht einmal ein pT3b-Stadium werden (der Tumor hat die Samenblase(n) befallen).

Die mit knapp sieben Jahren längste Dauer der Verlaufskontrolle weist von den in der europäischen Leitlinie aufgeführten Studien eine von Klotz et al. durchgeführte auf, in der im Jahr 1999 die Aufnahmekriterien verschärft wurden. Leider ist nicht aufgeschlüsselt, wie viele der bis zum Jahr 1999 im Vergleich zu den ab 2000 aufgenommenen Patienten überlebten. Man kann aber annehmen, dass Klotz et al. die Kriterien ab 2000 nicht ohne Grund verschärften. Trotzdem betrug das krebs-spezifische Überleben nach beinahe sieben Jahren beachtliche 97,2 %, d. h. von 453 Patienten verstarben in diesem Zeitraum wohl nur zwölf an der Krebserkrankung.

Mit den in der deutschen Leitlinie festgelegten Eignungskriterien, die im Wesentlichen denen von Klotz entsprechen, bewegt sich die deutsche Urologie also offenbar auf der sicheren Seite.

Nachbiopsien

Eine deutliche Hürde bei dem Konzept der „Aktiven Überwachung“ ist die Forderung zur Nachbiopsie („Rebiopsie“) nach einem Jahr. Eine Zwölf-Stanzen-Biopsie der Prostata ist nichts, wonach ein

Patient sich sehnt. Die Leitlinie sagt dazu: „Biopsien sollen in den ersten drei Jahren alle zwölf bis 18 Monate vorgenommen werden, danach bei stabilem Befund alle drei Jahre.“ Dies entspricht nicht gänzlich dem, was in Amsterdam ausgesagt wurde. Zwar gaben nahezu alle anwesenden Praktiker an, dass sie nach etwa zwölf Monaten die erste Nachbiopsie durchführen, danach werden die Abstände aber sofort größer; die meisten Ärzte führen eine weitere Rebiopsie erst nach weiteren zwei bis drei Jahren durch. Interessant war andererseits, dass einige Ärzte angaben, sofort eine Rebiopsie durchzuführen, wenn der Patient der AÜ-Strategie folgen will. Offenbar trauen diese Ärzte dem Ergebnis der ersten Biopsie nicht und wollen bezüglich des Gleason-Scores sichergehen, dass nicht doch etwas Aggressiveres gefunden wird. Dem kann man entgegenhalten – und dem wurde auch entgegengehalten –, dass eine sofortige Rebiopsie überflüssig sein sollte, wenn die erste bereits sorgfältig durchgeführt und befundet wurde, was eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein sollte.

Außer der Missempfindung bei einer Biopsie der Prostata bereitet noch ein anderer Umstand den Ärzten zunehmend Sorge: Seit dem Jahr 2002 wird ein Anwachsen der Fälle beobachtet, bei denen es im Anschluss an eine Biopsie trotz einer Antibiotikumphylaxe zu Infektionen der Prostata oder gar zu Sepsen (Blutvergiftungen) durch eingeschleppte Darmkeime (meistens *E. coli*) kommt, die gegen das routinemäßig verabreichte Antibiotikum Ciprofloxacin und auch andere Antibiotika resistent sind. Hierüber wurde bereits vor einigen Jahren auf einem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) berichtet.

In Deutschland beträgt das Vorkommen von Fluorchinolon-resistenten *E.-coli*-Keimen etwa 23 % (auch Ciprofloxacin gehört zur Gruppe der Fluorchinolon-Antibiotika). Deutschland liegt in einem Ländervergleich damit im Mittelfeld.

Diese Entwicklung ist für uns Patienten und Patientenvertreter beunruhigend. Auch der Verfasser hat in seiner Eigenschaft als Patientenberater an der telefonischen Beratungs-Hotline des BPS schon Patienten am Telefon gehabt, die sich nach einer Prostatabiopsie mit einer Sepsis auf der Intensiv-

station wiederfanden. Das Zauberwort sollte nach Meinung des Verfassers hier eigentlich „Antibiogramm“ lauten, das ist ein einfacher Labortest, bei dem die durch einen Rektalabstrich gewonnene individuelle Darmflora eines gegebenen Patienten darauf hin untersucht wird, ob sie auf das vorgesehene Antibiotikum bzw. andere anspricht. In einem Artikel aus dem Jahr 2011 wird aus einer US-amerikanischen Klinik berichtet, dass die Inzidenz von Komplikationen nach Prostatabiopsien durch diese einfache prophylaktische Maßnahme von 2,3 % auf Null gebracht werden konnte. Der BPS als anerkannter Interessenvertreter für Prostatakrebspatienten in Deutschland sollte nach Meinung des Verfassers im Rahmen des Mitwirkens von Vertretern des BPS in der Leitlinien-Kommission nachdrücklich darauf dringen, dass in der deutschen Leitlinie das wachsende Risiko schwerer Komplikationen nach Prostatabiopsien angemessen berücksichtigt werde. Ein Antibiogramm kostet vielleicht 30 Euro, ein Aufenthalt auf der Intensivstation aufgrund einer Sepsis locker das Hundertfache.

Weitere Diagnostik

Das Bemühen ist groß, die Diagnostik zum Identifizieren von Patienten zu verbessern und zu verfeinern, die für eine AÜ-Strategie in Frage kommen. Die derzeitige Situation einschließlich der Anzahl von Studien zu dem Thema wurde als immer noch unbefriedigend empfunden. Es gibt Untersuchungen zu den Biomarkern PSA-Quotient, PSA-Anstiegsgeschwindigkeit (PSA velocity, PSA-V), PSA-Verdoppelungszeit (PSA-VZ), zum [-2]proPSA (einer neben dem freien und dem komplexierten PSA dritte Isoform des PSA, deren Menge im Serum mit dem Vorhandensein und der Ausbreitung von Prostatakrebs und zusätzlich mit der Aggressivität der Erkrankung korreliert), dem PCA3-Test, dem TMPRSS2-ERG (einem Gen, das in 40 bis 80 Prozent von Prostatakarzinomen vorliegt und bei Überexpression zur Ausbildung von Androgenunabhängigkeit beitragen soll).

Überraschend für den Verfasser war, dass viele klinisch tätige Ärzte anscheinend sehr auf die Aussagekraft der Magnetresonanztomografie- (MRT-) bzw. der multiparametrischen (mp-) MRT-Bildge-

bung bauen, auch in Bezug auf das Entdecken von Karzinomen mit höheren Gleason-Scores als 6, die eine AÜ-Strategie ausschließen würden. Unabhängig von der Aussagekraft hält der Verfasser den breiten Einsatz der (mp-) MRT als Standarddiagnostik in Deutschland für illusorisch. Sie könnte dem Patienten allenfalls als zusätzliche Diagnostik auf eigene (hohe) Kosten vorgeschlagen werden, mit unbestimmter Aussagekraft.

Gemäß Leitlinie ist das Feststellen einer PSA-Verdoppelungszeit von unter drei Jahren im Rahmen der Verlaufskontrolle ein kategorischer Indikator dafür, die AÜ-Strategie zu verlassen und eine definitive Therapie zu diskutieren. Der Verfasser äußerte auf der Konferenz Zweifel daran, dass in der alltäglichen Praxis niedergelassener Urologen tatsächlich routinemäßig die PSA-Verdoppelungszeit bestimmt wird, und die Vermutung, dass dieser „Aufwand“ für manche dieser Ärzte bereits Anlass sein könne, ihren Patienten ganz von einer AÜ-Strategie abzuraten. Dem wurde nicht widersprochen.

Die in Deutschland viel diskutierte DNA-Zytometrie als prädiktive Diagnostik für die Aggressivität eines Karzinoms spielt international offensichtlich überhaupt keine Rolle; sie wurde in keinem der Beiträge erwähnt. Auf diesbezügliches Nachfragen des Verfassers kam keinerlei Reaktion.

Psyche

In Beratungsgesprächen mit Patienten, in denen ggf. das „Aktive Überwachen“ als eine der möglichen Optionen genannt wird, weist der Verfasser den Patienten regelmäßig auf die vielleicht nicht sofort offensichtliche damit verbundene psychische Belastung hin, die dadurch entstehen kann, dass dem Patienten bewusst ist, dass er eine Krebserkrankung hat, aber „nichts dagegen tut“. Der Patient muss entscheiden, ob er sich auf Jahre hinaus diesem psychischen Druck gewachsen fühlt.

In einer Studie gaben 18 % der Patienten die AÜ-Strategie auf und ließen sich Prostatektomieren, ohne dass hierfür ein zwingender Grund vorgelegen hätte. Vor einigen Jahren berichtete auf einem DGU-Kongress ein Schweizer Arzt von den Erfahrungen in seiner Klinik mit AÜ-Patienten und der Beobachtung, dass die Patienten überwiegend mit der psychischen Belastung ganz gut klarkamen,

dass es aber bei einigen von ihnen die Ehefrauen waren, die ihre Männer erfolgreich dazu drängten, nun „endlich etwas gegen den Krebs zu unternehmen“. Für den Verfasser ergibt sich hieraus die Forderung, dass in Gespräche darüber, ob eine AÜ-Strategie angegangen werden solle, unbedingt die Ehefrau oder Partnerin einbezogen werden muss, damit auch sie die mit einer solchen Strategie angebotenen Chancen (aber natürlich auch die Risiken) begreift und die Entscheidung ggf. unterstützt. In der Praxis der Beratungs-Hotline des BPS ist dies leider naturgemäß so gut wie nie zu erreichen.

Unterschied zwischen „Aktiver Überwachung“ und „Beobachtendem Abwarten“

Häufig ist zu beobachten, dass von Betroffenen – aber auch von manchen Ärzten – die „Aktive Überwachung“ und das „Beobachtende Abwarten“ als Synonyme benutzt werden und nicht klar zwischen diesen beiden Strategien unterschieden wird. Das Ziel der „Aktiven Überwachung“ habe ich im dritten Absatz dieses Artikels erläutert. Im Unterschied dazu ist es bei dem „Beobachtenden Abwarten“ das Ziel, den Patienten nicht einmal mehr regelmäßig zu diagnostizieren, sondern ihn erst dann – und zwar palliativ – zu behandeln, wenn er krankheitsbedingte Symptome entwickelt, also zum Beispiel Knochenschmerzen aufgrund von Metastasen. Diese Strategie kann nur eingeschlagen werden, wenn die voraussichtliche restliche Lebenserwartung des Patienten bei unter zehn Jahren liegt. Die Lebenserwartung kann aufgrund fortgeschrittenen Alters und/oder des Vorliegens einer weiteren schwerwiegenden Erkrankung (Komorbidität) wie eines Herzinfarkts, Schlaganfalls u. ä. eingeschränkt sein.

Es kann dabei auch Fälle geben – dies wurde in Amsterdam auch angesprochen –, in denen man von einer AÜ- in eine BA-Strategie „gleitet“, das heißt die vierteljährlichen PSA-Messungen und ggf. die Nachbiopsien aufgibt und den Patienten – wenn erforderlich – nur noch palliativ behandelt, weil er inzwischen das BA-Kriterium erfüllt.

Dies ist die gekürzte Fassung eines ausführlichen Berichts, der als PDF-Datei von der Webseite des BPS heruntergeladen werden kann: http://www.prostatakrebs-bps.de/images/pdf/medizinisches/aufsaeitze/AS-Konferenz_Amsterdam_2014.pdf

S3-Leitlinie Prostatakarzinom: 2. Aktualisierung abgeschlossen

Von Paul Enders, stellv. Vorsitzender des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

Die Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms wurde 2009 in ihrer Erstfassung veröffentlicht. Um die Leitlinie dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens anzupassen, muss sie regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Die erste Anpassung erfolgte 2011, die zweite Aktualisierung liegt nun vor.

Entsprechend der von der Steuerungsgruppe vorgegebenen Schlüsselfragen wurden folgende Themen aufgenommen bzw. geändert:

Bei den Empfehlungen zur Früherkennung wurden risikoadaptierte Zeitabstände eingeführt bei einem Altersbeginn von 45 Jahren. Im Rahmen einer Rezidivdiagnostik wird für den Einsatz von PET/CT nun zwischen Rezidiv nach Operation und Strahlentherapie unterschieden. DNA-Zytometrie und immunhistochemische Zusatzuntersuchungen werden nicht als Standarduntersuchungen empfohlen.

Bei der Behandlung des nicht metastasierten Prostatakrebses wurden die Kriterien für die Aktive Überwachung (AÜ) leicht verändert (Gleason 7a im Rahmen von Studien, erste Rebiopsie nach 6 Monaten). Für die Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakrebses wird außer Abirateron und Docetaxel nun auch Sipuleucel-T genannt. Für die Behandlung von Knochenmetastasen wurde Radium-223 neu aufgenommen. Als Zweitlinien-Therapie (nach Docetaxel) kann neben den bereits erwähnten Medikamenten auch Enzalutamid angewandt werden. Generell sollen Begleiterkrankungen soweit möglich in die Therapieentscheidungen einbezogen werden.

Die Leitlinie kann nach ihrer Veröffentlichung auf der Website des Leitlinienprogramm Onkologie eingesehen werden.

Von Seiten des BPS waren Paul Enders, Hanns-Jörg Fiebrandt, Jens-Peter Zacharias und in Vertretung Ernst-Günther Carl und Josef Dietz beteiligt.

Radium-223-dichlorid bei fortgeschrittenem Prostatakrebs

Red. (mk): Radium-223-dichlorid (Handelsname Xofigo) ist seit November 2013 für Männer mit fortgeschrittenem Prostatakrebs zugelassen, bei denen eine übliche Hormonblockade nicht mehr wirkt. Bei metastasiertem Prostatakrebs haben sich bereits Absiedelungen gebildet, so dass eine Heilung nicht mehr möglich ist. Die Blockade der Testosteronproduktion in den Hoden ist eine Möglichkeit, um das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen. Wenn der Krebs auch durch diese Hormonblockade nicht mehr beeinflusst werden kann, sprechen Fachleute von einem metastasierten „hormonrefraktären“ oder auch „kastrationsresistenten“ Prostatakarzinom.

Radium-223-dichlorid ist für Patienten zugelassen, bei denen der Krebs Absiedelungen in den Knochen (Knochenmetastasen) gebildet hat, die zu Beschwerden, wie beispielsweise Schmerzen führen. Radium-223-dichlorid ist radioaktiv und reichert sich hauptsächlich im Knochen an. Der Wirkstoff soll durch Bestrahlung aus der Nähe das Wachstum der Knochenmetastasen hemmen. Haben sich zusätzlich Absiedelungen in den Organen gebildet, sollte der Wirkstoff nicht angewendet werden. Für andere Personen geht von der Strahlung keine Gefahr aus.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat Anfang 2014 ge-

prüft, welche Vor- und Nachteile Radium-223-dichlorid für folgende zwei Gruppen von Männern mit einem hormonrefraktären Prostatakrebs mit Knochenmetastasen hat:

Für Männer, bei denen Radium-223-dichlorid statt einer Behandlung mit Docetaxel infrage kommt, legte der Hersteller keine geeigneten Daten vor. Ob Radium-223-dichlorid hier Vor- oder Nachteile hat, bleibt unklar.

Für die Frage, ob eine Behandlung mit Radium-223-dichlorid zusätzlich zu einer unterstützenden Behandlung Vor- oder Nachteile hat, lag dem IQWiG eine relevante Studie vor. An der Studie nahmen etwa 900 Männer teil. Alle Teilnehmer erhielten eine unterstützende Behandlung. Zwei Drittel wurden zusätzlich mit Radium-223-dichlorid behandelt.

Die folgenden Ergebnisse gelten nur für diesen Vergleich:

Welche Vorteile hat Radium-223-dichlorid?

Lebenserwartung: Die Studie liefert Hinweise, dass Radium-223-dichlorid das Leben verlängern kann. Von den Männern, die eine unterstützende Behandlung erhielten, war die Hälfte nach etwa elf Monaten verstorben. Bei den Männern, die zusätzlich Radium-223-dichlorid erhielten, war die Dauer der Lebensverlängerung abhängig vom Alter. Während bei den älteren Patienten die Hälfte nach ungefähr 14 Monaten verstorben war, war dies bei den jüngeren Männern nach 17 Monaten der Fall.

Knochenbeschwerden: Es gibt Hinweise, dass Radium-223-dichlorid das Auftreten von Beschwerden wie Knochenschmerzen verlangsamen kann. Anscheinend spielte dabei auch eine Rolle, ob die Männer Bisphosphonate einnahmen. Von den Männern, die Bisphosphonate einnahmen und eine unterstützende Therapie erhielten, hatte die Hälfte nach ungefähr zehn Monaten Knochenbeschwerden. Von denen, die zusätzlich Radium-223-dichlorid erhielten, hatten nach etwa 19 Monaten die Hälfte eine solche Komplikation. Für Männer, die keine Bisphosphonate einnahmen, scheint der Vorteil geringer zu sein.

Schwere Nebenwirkungen: Die Studie lieferte schwache Hinweise, dass die zusätzliche Behandlung mit Radium-223-dichlorid den Einsatz beispielsweise starker Schmerzmittel verringern kann. Diese Schmerzmittel können selbst Nebenwirkungen auslösen. Von den Männern, die eine unterstützende Therapie erhielten, traten bei etwa 54 von 100 schwere Nebenwirkungen auf. Bei den Männern, die zusätzlich Radium-223-dichlorid erhielten, waren es etwa 45 von 100.

Welche Nachteile hat Radium-223-dichlorid?

Durchfall: Die Ergebnisse der Studie lieferten einen schwachen Hinweis, dass die Patienten, die zusätzlich Radium-223-dichlorid erhielten, häufiger Durchfall hatten, als Patienten mit unterstützender Therapie. Dies galt vor allem für die Patienten, die in der Vergangenheit nicht mit dem Wirkstoff Docetaxel vorbehandelt worden waren.

Wo gab es keinen Unterschied?

Behandlungsabbrüche wegen Nebenwirkungen: In beiden Gruppen brach ein vergleichbarer Anteil der Männer die Behandlung wegen Nebenwirkungen ab.

Welche Fragen sind noch offen?

Lebensqualität: Die Studie enthält keine geeigneten Daten zum Einfluss von Radium-223-dichlorid auf die Lebensqualität.

Dieser Text fasst die wichtigsten Ergebnisse eines im April 2014 veröffentlichten Gutachtens zusammen, die das IQWiG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen der Frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln erstellt hat. Der G-BA beschließt auf Basis der Gutachten und eingegangener Stellungnahmen über den Zusatznutzen von Radium-223-dichlorid (Xofigo).

Quelle: [Gesundheitsinformationen.de/
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen \(IQWiG\)](https://gesundheitsinformationen.de/institut-fuer-qualitaet-und-wirtschaftlichkeit-im-gesundheitswesen-iwqig)

„Focal One“ – Diagnostik und Behandlung in Einem

Red. (mk): „Focal One“ ermöglicht innerhalb einer einzigen Sitzung eine Diagnostik mittels dreidimensionaler Bildfusion zwischen Magnetresonanztomografie (MRT) und Live-Ultraschall, eine roboterassistierte Therapieplanung und gering-invasive Behandlung mit hochintensivem fokussiertem Ultraschall.

Das neue Gerät „Focal One“ ist eine hochkomplexe Weiterentwicklung des lange bekannten hochintensiven fokussierten Ultraschalls (HIFU). Bei diesem Verfahren werden Ultraschallwellen auf mehrere kleine Brennpunkte in der Prostata fokussiert. Dort wird die Energie in Hitze umgewandelt und der Krebs wird bei Temperaturen von bis zu 80 Grad Celsius zerstört. Die Behandlung endet direkt am Ende der sogenannten Läsion, so dass Bruchteile von Millimetern daneben liegendes Gewebe, z.B. die Potenzbündel oder der Enddarm, subtil geschont werden.

Im Unterschied zur bisherigen Gerätegeneration können im Rahmen der Therapie nicht nur Live-Ultraschall-, sondern auch andere bildgebende Verfahren wie eine multiparametrische Kernspintomografie dreidimensional fusioniert und zur Therapieplanung sowie -steuerung eingesetzt werden. Die Maschine verfügt über eine sogenannte dynamische Fokussierung, das heißt, die Therapiezone unterliegt keiner fixierten Länge, sondern kann extrem präzise dem tumorösen Zielgebiet angepasst werden. Die robotergestützte Steuerung wurde zusätzlich noch weiter optimiert, so dass im Sinne eines Autopiloten kleinere Veränderungen von Seiten des Betroffenen, zum Beispiel Darmschleimbewegungen, voll automatisch ausgeglichen werden. Noch in derselben Sitzung können die Ärzte den Therapieerfolg mittels duplex- und Kontrastmittel-sonografischer Untersuchungen kontrollieren.

Der Eingriff kann in Regionalanästhesie durchgeführt werden. Die Therapie dauert, je nach behandelter Zone, zwischen 30 Minuten und zwei Stunden. Der stationäre Aufenthalt beträgt 3-4 Tage. Es handelt sich um eine Kassenleistung. Jede Behandlung wird in einer speziellen HIFU-Registry erfasst.



© edap-tms

Die fokale Therapie, die im Rahmen einer von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Studie erfolgt („HEMI“, AUO AP 68/11), kann die gleiche krebstherapeutische Effektivität bieten wie die bisherigen Standardtherapien und trotzdem weniger mögliche Nebenwirkungen verursachen. Durch die Tatsache, dass nur der Tumor und nicht die ganze Drüse behandelt wird, ist ein teilweiser Erhalt der Funktion der Drüse (z.B. Ejakulation) sehr wahrscheinlich.

Derzeit wird das Verfahren in Aachen, Berlin, Magdeburg und Fürth angeboten.

Quelle: Universitätsklinikum Magdeburg

Prostatabiopsie – Rektalabstrich deckt Resistenzen auf

Red. (ug): Ein frühzeitiger Rektalabstrich im Vorfeld einer transrektalen Prostatabiopsie liefert verlässliche Informationen über das bakterielle Spektrum im Bereich der Entnahmestelle – vor allem im Hinblick auf Resistenzen – und erlaubt somit eine zielgerichtete Antibiotikaprophylaxe.

Die transrektale ultraschallgesteuerte Prostatabiopsie (TRUSP) birgt immer ein gewisses Infektionsrisiko. Um Komplikationen wie Harnwegsinfektionen, Prostatitis oder Orchitis (Hodenentzündung) zu vermeiden, führt man daher routinemäßig vor dem Eingriff eine Antibiotikaprophylaxe, in der Regel mit Fluorchinolonen, durch.

Der Zeitpunkt dieser Maßnahme ist ein Problem: Wird ein Abstrich erst kurz vor dem Eingriff vorgenommen, fehlt die Zeit, eine Bakterienkultur und nachfolgend eine zielgerichtete Therapie einzuleiten. Andererseits besteht bei einem „zu frühen“ Abstrich die Gefahr, dass sich das Keim- und Resistenzspektrum bis zur Biopsie verändert und die verabreichten Antibiotika nicht greifen.

Amerikanische Forscher konnten nun zeigen, dass ein etwa zwei Wochen vor der Biopsie vorgenommener Rektalabstrich relativ verlässliche Ergebnisse im Hinblick auf Fluorchinolon-Resistenzen (FQ-R) zu liefern scheint. In der Studie der Amerikaner stimmten die Ergebnisse zu 93 Prozent mit einem Kontrollabstrich, der unmittelbar vor der Biopsie durchgeführt wurde, überein (Urology 2013; 82: 67-73).

Alle Patienten erhielten, beginnend mit dem Morgen der Biopsie, über drei Tage das Fluorchinolon Ciprofloxacin in einer Dosis von 500 mg alle zwölf Stunden. Das Studienprotokoll sah eine Evaluation im Abstand von 30 Tagen nach der Biopsie vor. Zu diesem Zeitpunkt wurde anhand der Krankenakte überprüft, ob sich auf die Biopsie hin eine Infektion

entwickelt hatte. Dies war bei keinem der Teilnehmer der Fall.

Insgesamt waren die Ergebnisse der Abstriche bei 54 Kultur-Paaren übereinstimmend. 47 dieser Paare waren FQ-R-negativ, hier lag also jeweils keine Resistenz gegenüber dem Antibiotikum vor, weitere sieben Kulturpaare zeigten übereinstimmend solche Resistenzen.

Keine Übereinstimmung zwischen erstem und zweitem Ergebnis lag bei vier Paaren vor.

Bei zwei Patienten war jeweils das erste Ergebnis falsch positiv, bei zwei weiteren hatten sich *Pseudomonas* spp. gebildet. Die Sensitivität des Screenings selbst lag bei 95,5 Prozent, die Spezifität bei 77,8 Prozent.

Den FQ-R-Status zu bestimmen hat nicht nur den Vorteil, über eine zielgerichtete Antibiotikatherapie eine Infektion verhindern zu können, schreiben die Forscher. Damit lasse sich auch ein nutzloser Einsatz von Antibiotika reduzieren – und weitere Resistenzbildung limitieren.

Die amerikanische Fachgesellschaft American Urological Association empfiehlt eine Prophylaxe mit Fluorchinolonen in der First line über höchstens 24 Stunden. Ciprofloxacin erreicht seine Spitzenkonzentration in der Prostata nach ein bis drei Stunden und sollte daher idealerweise zwei Stunden vor dem Eingriff verabreicht werden.

Was in der Studie auffiel, war eine eindeutige Lernkurve bei der Qualität der Abstriche. Wie die Kommentatorin Stacy Loeb von der New York University betont, solle man bei der Abstrichentnahme darauf achten, dass man Stuhl „erwischt“. Ein Kontrollagar ohne Antibiotikazusatz sei in jedem Falle hilfreich.

Quelle: ÄrzteZeitung, Januar 2014



Posthume Ehrung für Wolfgang Petter

Red. (mk): Mit dem „Wolfgang-Petter-Weg“ würdigt die Stadt Gehrden Wolfgang Petters Verdienste um die Stadt Gehrden. Dazu gehört sein mehr als ein Vierteljahrhundert währendes gesellschaftspolitisches Engagement: so prägte er über viele Jahre die Arbeit des Stadtjugendrings, wirkte als Ratsmitglied maßgeblich an bürgernahen Entscheiden mit und leitete über 25 Jahre die SPD in Gehrden.

Mit dem „Wolfgang-Petter-Weg“ erinnert die Stadt Gehrden aber auch an seinen Einsatz für Prostatakrebs betroffene Männer. Mit professioneller Kreativität und sozialem Engagement und mit einer gekonnten Lobbyarbeit hat Wolfgang Petter dazu beigetragen, den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. zur Anlaufstelle für ungezählte Betroffene werden zu lassen.

Für dieses Wirken wurde Wolfgang Petter 2002 mit der Goldenen Ehrennadel der Stadt Gehrden ausgezeichnet und zum Ehrenvorsitzenden der SPD Gehrden ernannt. Im gleichen Jahr wurde ihm auch das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Vorstand, Mitarbeiter und Weggefährten freuen sich mit der Familie Petter über die verdiente Ehrung.



Wolfgang Petter (*5. Februar 1944, †14. Dezember 2006) war der erste Vorsitzende des BPS ab dessen Gründung im Jahr 2000. Die Geschäftsstelle des Bundesverbandes war bis Ende 2013 in Gehrden angesiedelt.

Neu im Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Nach Abschluss eines Biologiestudiums und einem Volontariat war Frau Gräfen viele Jahre in der Geschäftsstelle eines Naturschutzverbandes beschäftigt. Die Erstellung von Flyern, Zeitschriften, die Betreuung von Internetseiten, die Begleitung von Veranstaltungen und die Unterstützung ehrenamtlich Engagierter sind vertraute Tätigkeiten, die sie nun von Frau Kühlechner übernommen hat. Sie wird Ihnen in allen Belangen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung stehen.

Wie stelle ich einen Kontakt zur Presse her und setze eine Pressemitteilung auf? Und wie kann ich diese an Journalisten vermitteln? Die freie Journalistin und Politikwissenschaftlerin Brigitte Papayannakis unterstützt dazu den BPS seit Januar zweimal wöchentlich in der Bonner Geschäftsstelle. Frau Papayannakis hat ihr Handwerk bei den Nachrichtenagenturen Reuters und AFP gelernt. Neben ihrer Arbeit für den BPS arbeitet sie freiberuflich für verschiedene Zeitungen in der Region Köln/Bonn.



Neu im BPS

Wir begrüßen herzlich die neu aufgenommenen Gruppen (seit Februar 2014):

SHG Hochtaunus

Felix Henschke
Hauptstr. 17 B
61267, Neu-Anspach
Tel. 06081-965 109
E-Mail: prostata-shg-hoch-
taunus@gmx.de

ProstaCura Paderborn

Frank L. Mertel
Ludwigstr. 22
33098 Paderborn
Tel. 05251-23566
E-Mail:
prostacura@paderborn.com

SHG Mittweida und Umgebung

F. W. Manfred Markgraf
Paul-Fleming-Str. 10
09648 Mittweida
Tel. 03727-92666
E-Mail: mammo5052@gmx.de

SHG Grafschaft Bentheim

Bernhard Vos
Charlottenburger Str. 5
48455 Bad Bentheim
Tel. 05922-1852
E-Mail:
bernhard.vos@onlinehome.de

SHG Gevelsberg

Peter Meinertzhagen
Am Altenlande 32
58285 Gevelsberg
Tel. 0233-213906
E-Mail:
peter.meinertzhagen@gmx.de

Movember – Kampagne 2013



2013 spendeten weltweit 969.162 Teilnehmer 85.553.728 € in der Movember-Kampagne 2013.

Für die Prostatakrebsforschung in Deutschland spendeten 9.006 Teilnehmer 367.776 € in der Movember-Kampagne 2013. Zurzeit werden mit den Spenden weltweit 143 Projekte zur Erforschung besserer Diagnosen und Therapien des

Prostatakrebses gefördert. In Deutschland werden vier Projekte mit den Spenden aus dem Jahr 2012 gefördert. Weitere Projekte werden in Deutschland gefördert, sobald die Ausschreibung für die Spenden aus dem Jahr 2013 erfolgt ist.

Der BPS dankt allen Spendern und hofft auf ihre Teilnahme im Movember 2014.

Klinikum unterstützt Selbsthilfegruppe

Von Hans-Dieter Schaaf, Stellv. Leiter der SHG Königs Wusterhausen

Die im Sommer 2013 gegründete Selbsthilfegruppe in Fürstenwalde zählte bisher nur vier Mitglieder. Viel zu wenig, fanden auch die Urologen des HELIOS Klinikums Bad Saarow und veranstalteten im April 2014 ein Patientenforum zur medikamentösen Therapie beim Prostatakarzinom. Es stieß auf große Resonanz. Über 100 Betroffene folgten der Einladung und informierten sich über die Vielzahl neuer und bewährter Medikamente zur Behandlung.

„Selbsthilfegruppen sind ein wichtiger Bestandteil des Gesundheits- und Sozialsystems. Wir wollen helfen, dass sich der Fürstenwalder Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe weitere Betroffene anschließen und bieten eine Patenschaft an“, sagte der Chefarzt der Klinik für Urologie Dr. Jürgen Ruttloff. „Wir haben unsere Veranstaltung ‘Patientenforum’ genannt, weil wir uns wünschen, dass die Betroffenen auch untereinander ins Gespräch kommen“, hob er hervor. Gerade die Männer hätten Probleme, sich zu öffnen, sogar ihren Ehefrauen gegenüber. Manchmal sei es daher leichter, sich mit Betroffenen auszutauschen.

Neben den Urologen des HELIOS Klinikums Bad Saarow gehörte auch Gerd Hübner, der die



© HELIOS Klinikum Bad Saarow

Mitglieder seiner Selbsthilfegruppe zu der Veranstaltung eingeladen hatte, zu den Initiatoren. Als Betroffener und Mitglied des Regionalverbandes Neue Bundesländer Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. leitet er die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs in Königs Wusterhausen. „Vor zehn Jahren zählte unsere Gruppe auch nur drei Mitglieder, jetzt sind wir über 30“, sagte er. Weitere Unterstützung gab es auch von der Strausberger Selbsthilfegruppe, von der einige Mitglieder am Patientenforum teilnahmen.

An jedem zweiten Dienstag im Monat wird sich künftig die Fürstenwalder Selbsthilfegruppe in der Fürstenwalder Informations- und Kontaktstelle (F.I.K.S.) in der Wilhelmstraße 47c treffen.

Die Aktivitäten der SHG Oschatz und Umgebung

Von Werner Breitenborn, Selbsthilfegruppe Oschatz und Umgebung

Zum 8. Männergesundheits-tag nach Bad Elster

Gemeinsam mit ihren Partnerinnen machten sich zahlreiche Vereinsmitglieder im April 2014 – anlässlich des vierjährigen Bestehens der Gruppe – auf den Weg zum 8. Männergesundheitstag in die Vogtland-Klinik in Bad Elster. In Vorträgen erfuhren die Ausflügler Interessantes von damals und heute.

So zählt Bad Elster als Sachsens traditionsreichstes Staatsbad zu den renommiertesten Heilbädern Deutschlands. Als Fachklinik für medizinische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation leistet die Vogtland-Klinik Hervorragendes. Das wurde auch in den zwei Vorträgen von Prof. Dr. Dirk-Hendrik Zermann und dem Diplom Sportwissenschaftler Marcel Heydenreich über aktuelle Probleme der



© G. Oehmichen

Rehabilitation nach Prostata-Behandlungen deutlich, die für die Gruppe von besonderem Interesse waren. Ergänzt wurden diese Vorträge durch eine Hausführung der Mitarbeiterin des Sozialdienstes Frau Evelin Penteker.

Zum Abschluss des Tages machte die Gruppe einen Abstecher in das Schloss mit Schatzkammermuseum und den Park von Lichtenwalde, östlich von Chemnitz, das ein lohnendes Ausflugsziel ist.

Auf „Ernährungstour“ nach Falkenhain

Ein Ausflug in die nähere Heimat, den das Vereinsmitglied Hans Gottfried Nitschke vorgeschlagen und organisiert hatte, führte in die Käserei Zimmermann und den Kräuterhof Nitzsche in Falkenhain, am westlichen Rande der Dahleener Heide.

Der Geschäftsführer der Molkerei und Weichkä-

serei K.H. Zimmermann GmbH Wolfram Ebert sprach über die hundertjährige Geschichte des Betriebes. Inzwischen ist Zimmermanns Altenburger Ziegenkäse auf Grund seiner besonderen Rezeptur und seiner langjährigen Tradition eine europaweit geschützte Käsespezialität. Bei einem Rundgang durch den Betrieb erläuterte Herr Ebert die einzelnen Stufen der Käse-Herstellung. Zum Schluss gab es eine Verkostung der im Betrieb hergestellten Käsesorten – für einige eine echte Überraschung, denn für manche der Ehepartner stand Ziegenkäse bisher nicht auf dem Einkaufs-Zettel.

Die Chefin des Kräuterhofes Frau Grit Nitzsche erklärte und zeigte in dem idyllischen Kräutergarten wirklich Sehenswertes. So verloren auch Löwenzahn, Giersch und Vogelmiere – um nur einige zu nennen – ihren Ruf als lästiges Unkraut. Altbekanntes wie Blumen, Blüten und Wildgemüse erhielten in ihren Ausführungen als essbare Naturprodukte einen lohnenden Platz im Speiseplan. Frau Nitzsches Ratschläge zur Verwendung von Wildkräutern und die Verkostung von dem selbstgebackenen Kuchen – natürlich auch mit heimischen Kräutern und Blumen – haben manche Anregung gegeben, das eine oder andere künftig auch selbst anzuwenden.

Insgesamt ein erlebnisreicher Tag, der den Vereinsmitgliedern und ihren Partnerinnen wertvolle Hinweise für eine gesunde Ernährung gegeben hat.

DELFINE in Öl – Jahresabschluss der SHG Delfin

Von Peter Grünhut, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs „DELFIN“, Kreis Emmendingen

Es ist ein schöner Brauch, dass die Mitglieder der SHG PCa DELFIN, Landkreis Emmendingen, das Jahresende mit einem Zusammensein beschließen.

Ein Treffen in gemütlicher Runde ohne Referent oder PCa-Thematik. Die Mitglieder hatten sich dieses Mal für einen Ausflug in die historische Ölmühle im Simonswald – eines der schönsten Täler im südlichen Schwarzwald – entschieden.

Die historische Ölmühle, erbaut 1712, gelegen zwischen der Wilden Gutach und dem

Mühlenkanal, ist eine der wenigen gut erhaltenen Mühlen des Simonswälder Tales. Konstruktion und Antrieb bestehen fast ausschließlich aus Holz. Auch heute noch arbeitet die Mühle ohne Knopfdruck und ist ein rein mechanisches Gewerk. Es werden nach wie vor – auch für den Unterhalt der Mühle – Walnüsse zu Öl vermahlen und verkauft. Ehrenamtliche Helfer entkernen und mahlen die Walnüsse. Auch das Abfüllen und Etikettieren der Ölfaschen erfolgt in reiner Handarbeit durch die-



© Peter Grünhut

se Helfer. Die Führung dauerte 1 ½ Stunden und dann ging es in die „Gute Stube“.

Dort waren die Tische gerichtet und es gab ein zünftiges Schwarzwälder Bauernvesper. Die Anwesenden nutzten die Gelegenheit, sich bei Speck, Schinken, Bauernbrot und „Moscht“ näher zu kommen und Erinnerungen aus früheren Zeiten aufleben zu lassen – insgesamt ein sehr schöner, gemütlicher und lustiger Nachmittag und ein schöner Jahresabschluss 2013 mit der vielgelobten und gelungenen Kombination der: „DELFIN in ÖL“.

Der Delfin ist gerettet

Die Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Delfin ist gerettet: Mit Herbert Huber wurde nach langem Suchen ein stellvertretender Vorsitzender einstimmig gewählt, der sein Amt zunächst für ein Jahr kommissarisch ausüben wird. Dadurch wird Vorsitzen-

der Peter Grünhut bei der Bewältigung des gestiegenen Arbeitsaufwands wesentlich entlastet.

Peter Grünhut berichtete bei der Jahresversammlung über ein abwechslungsreiches und interessantes Jahr 2013. Neue Mitglieder haben den Weg zu der Gruppe gefunden und konnten sich mit anderen Betroffenen austauschen. Vor allem die fachliche Unterstützung durch Referenten des Universitätsklinikums Freiburg, Abteilung Urologie, wurde besonders gewürdigt. Die vielfältigen Beteiligungen bei Informationsveranstaltungen und Fortbildungsmaßnahmen, die unter anderem der Bundesverband Prostatakrebs anbietet, haben dazu beigetragen, dass die Mitglieder ihre Kenntnisse vervollständigen und anderen behilflich sein konnten.

Für das Jahr 2014 zeigt das Jahresprogramm der Selbsthilfegruppe ein interessantes und ausgewogenes Programm. Themen aus dem sozialen, dem Gesundheits- und dem urologischen Bereich sind ebenso vorgesehen wie solche aus dem Bereich der Forschung. Qualifizierte und bewährte Referenten haben sich bereit erklärt, der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs behilflich zu sein, stellt Grünhut fest. Und: „Die großzügige Unterstützung durch das Emmendinger Krankenhaus ist ebenfalls eine wertvolle Hilfe“.

Ein Ausflug im Herbst und ein geselliges Zusammensein zum Jahresende sind auch für 2014 wieder vorgesehen.

Regionalverband NordWest aktiv bei der TumoreHilfe e.V.

Von Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes NordWest Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Mit Musik und gemeinsamen Gesprächen starteten die Gruppen des Regionalverbandes NordWest in den Frühling. In der Alten Reithalle in Soltau spielten dazu die Dixie Stompers und der gemischte Chor Swing and More für den guten Zweck. Der Veranstalter war die TumoreHilfe e.V. Soltau. Bei dieser Veranstaltung ging es darum, an Krebs erkrankte Menschen und Angehörige zu unterstützen, Rat zu geben und Hilfe anzubieten. Die Veranstaltung war ein großer Erfolg. Ca. 800 Besucher waren in der



v. l. Helmut A. Kurtz, Peter Otto © Helmut A. Kurtz

Reithalle zugegen, der Stand des Regionalverbandes NordWest fand großen Zuspruch. Aufgrund

der großen Resonanz wird diese Veranstaltung im kommenden Jahr wiederholt.

Regionalverband NordWest: Fortbildung und Mitgliederversammlung

Von Helmut A. Kurtz, Vorsitzender des Regionalverbandes Nordwest Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Vom 23. bis 24. Mai 2014 fand in Walsrode die jährliche Mitgliederversammlung des Regionalverbandes Nordwest statt, die durch eine Fort- und Weiterbildung komplettiert wurde.

Themen der Weiterbildung waren u.a. ein Vortrag von Prof. Dr. Hans W. Wechsel zum Thema „Gewebeanker bei BPH Benigne Prostata Hyperplasie – URO-Lift“ sowie ein Referat von Herbert Hoppe zu den „Möglichkeiten einer Kreativen Gruppenarbeit unter aktiver Beteiligung der Gruppe“.

Die Partnerinnen waren ebenfalls eingeladen. Unter der Leitung von Marion Tödter-Kurtz wurde eine aktive Diskussion über das Thema: „Frauen



© Helmut A. Kurtz

im BPS – Wünsche an die Regional- und Landesverbände“ geführt.

„Mit Bakterien gegen Krebs“ – SHG Goslar im Helmholtz-Zentrum

Von Peter Klohr, Selbsthilfegruppe Goslar

Die SHG Goslar besuchte im April das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig. Die Leiterin für Öffentlichkeitsarbeit, Frau Dr. Birgit Manno, erklärte die Aktivitäten und Verknüpfungen des Helmholtz-Institutes mit verschiedenen anderen Instituten wie der Fraunhofer Gesellschaft oder dem Max-Planck-Institut.

Allein in Braunschweig sind 820 Mitarbeiter beschäftigt. Schwerpunkt der Führung war im Bereich der Molekularen Immunologie, in dem den SHG-Mitgliedern die aktuelle Forschung mit Salmonellen gegen Krebs erklärt wurde: Salmonellen wandern in die Tumore, dabei werden Botenstoffe ausgeschüttet, sodass Blut in den Tumor einströmt und die Salmonellen in das kranke Gewebe eingespült werden. Im Tumor selbst vermehren sich die Salmonellen, vergrößern das abgestorbene Gewebe

(sogenannte Nekrosen) und ernähren sich hiervon, sodass der Krebs regelrecht aufgefressen wird – so konnte es in Mäusetumoren nachgewiesen werden. Die Gruppe konnte sich mit einem Blick unter das Mikroskop persönlich davon überzeugen. Die Gruppe dankt Frau Dr. Manno und Lisa Andzinski für eine lehrreiche Exkursion.



© Peter Klohr

Gemeinsam geht es leichter – Netzwerk „Hilfe bei Krebs“

Für den Raum Ostthüringen bauen seit Oktober 2011 Selbsthilfegruppen (SHG) Krebskranker sowie Einrichtungen, die sich besonders mit deren Problemen befassen, das Netzwerk „Hilfe bei Krebs“ auf. Die Organisation liegt in den Händen der „Psychosozialen Beratungsstelle für Krebskranke und deren Angehörige“ am SRH Wald-Klinikum Gera, die auch im Bedarfsfalle erste Ansprechstelle ist.

Die Zusammenkünfte finden dreimal jährlich statt. „Wir verfolgen das Ziel, die Betreuung onkologischer Patienten sowie deren Angehörigen zu verbessern und ihnen das Bewältigen von Alltagsproblemen und den Umgang mit der Erkrankung zu erleichtern, sie zu stärken. Das Netzwerk ist für alle Einrichtungen sowie Interessierte offen, die im onkologischen Bereich tätig sind“, erklärt Günther Model, Leiter der SHG Prostatakrebs Gera I. Zurzeit sind neben der „Psychosozialen Beratungsstelle“ folgende Akteure regelmäßig am Werk: Die SHG Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, Blasenkrebs, Darmkrebs, Menschen ohne Magen, Prostatakrebs Gera I und II, die Frauenselbsthilfe nach Krebs Schmölln, der Ambulante Hospiz-

und Palliativberatungsdienst Greiz, die Hospizbewegung e.V. Gera, die Ehrenamtszentrale Gera, das Landratsamt Altenburg, die Praxis für Ernährungsberatung und Gesundheitsförderung Zeulenroda, das Sanitätshaus Cargeville, das SRH Waldklinikum Gera, die Vogtlandklinik Bad Elster, die WBG „Aufbau“ Gera sowie die Geschäftsstelle Gera des Demokratischen Frauenbundes. Während der Zusammenkünfte werden Möglichkeiten des fachlichen Austausches genutzt, regionale Angebote in die Breite zu tragen. Man wolle erreichen, dass die onkologischen Patienten und deren Angehörige bedarfsgerecht und individuell Informationen erhalten und beraten werden können, so Günther Model. „Die Betroffenen sollen wieder mit einem Lachen oder zumindest Lächeln in die Zukunft blicken können.“

Kontakt: Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und deren Angehörige, Telefon: 0365- 828-2175, E-Mail: psychosozialeberatung@wkg.srh.de

Quelle: http://www.dtoday.de/regionen/lokal-panorama_artikel,-Netzwerk-%E2%80%9EHilfe-bei-Krebs%E2%80%9C-_arid,319337.html

Neue Kurzinformation für Patienten erschienen:

„Soll ich an einer klinischen Studie teilnehmen?“

Red. (mk): Nur wer medizinische Behandlungen prüft, findet heraus, was wirkt. Klinische Studien untersuchen Nutzen und Risiken von Medikamenten oder Behandlungstechniken, indem sie diese mit anderen, bereits geprüften Verfahren vergleichen. So erfahren Ärzte und Patienten, welche Behandlung wirksam und sicher ist – und welche nicht. Auf die Ergebnisse aus gut gemachten Untersuchungen gründen sie ihre Behandlungsentscheidungen. Deshalb sind klinische Studien wichtig: Sie helfen, die Versorgung von Patienten zu verbessern. Worauf Patienten achten sollten, wenn sie an einer Stu-

die teilnehmen wollen, und wie sie zur Veröffentlichung der Ergebnisse beitragen können, darüber informiert die neue Kurzinformation „Klinische Studien“. Die Reihe „Kurzinformationen für Patienten“ entwickelt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die Kurzinformation „Klinische Studien“ sowie Informationen zu mehr als 30 weiteren Themen können kostenlos heruntergeladen werden:

<http://www.patienten-information.de>

Neue Broschüre erschienen:

Komplementärmedizin für Krebspatienten

Red. (mk): Unter der Federführung von Dr. Jutta Hübner hat die Techniker Krankenkasse in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft ein Informations- und Beratungsprogramm entwickelt, dass der unabhängigen und wissenschaftlich fundierten Information dienen soll. Das Programm besteht aus den folgenden Modulen:

- Vorträge bei den beteiligten Landeskrebsgesellschaften,
- Videos im Internet,
- einer Broschüre,
- einer telefonischen Information und Beratung mit Onkologen und
- individuellen Patientenschulungen bei einem onkologischen Experten.

Die Vorträge vermitteln einen grundlegenden Überblick der Thematik. Die Kernbotschaften der Vorträge werden auch in den Internet-Videos vermittelt. Die Broschüre ergänzt als vertiefendes

Nachschlagewerk die Vorträge und Videos.

Auch die Methoden der Komplementärmedizin sind nicht nur mit Nutzen, sondern auch mit Risiken (Neben- und Wechselwirkungen) verbunden. In den einzelnen Modulen des Informations- und Beratungsprogramms werden verschiedene komplementärmedizinische Maßnahmen vorgestellt, die die schulmedizinische Krebstherapie sinnvoll ergänzen können und wann es besser ist, darauf zu verzichten.

Die Broschüre können Sie telefonisch 0800 - 285 85 85, per Mail service@tk.de kostenfrei anfordern oder als PDF herunterladen

<http://www.tk.de>



Gesundheitsvollmacht:

Die Selbstbestimmung des Patienten schützen

Red. (ug): Das Universitätsklinikum in Frankfurt am Main bietet seinen Patienten vor riskanten optionalen Operationen – nach eigenen Angaben deutschlandweit erstmalig – Gesundheitsvollmachten in Kombination mit einer umfassenden Beratung an.

Die Selbstbestimmung des Patienten zu wahren sei eine der zentralen ethischen Herausforderungen der Hochleistungsmedizin. Regelmäßig gerieten Schwerkranke in einen Zustand, in dem sie ihre Zustimmung oder Ablehnung zu den Behandlungsschritten nicht mehr kommunizieren könnten.

Das Krankenhaus stehe dann vor der schwierigen Aufgabe, mit oft zunächst überforderten Angehörigen das weitere Vorgehen abzustimmen.

Das Universitätsklinikum Frankfurt bietet deshalb ab jetzt für seine Patienten bei riskanten, nicht dringend erforderlichen Eingriffen (Wahloperationen) Gesundheitsvollmachten in Kombination mit einer umfassenden Beratung an. „Damit wird nicht nur die Entscheidungsfreiheit geschützt, sondern auch die Gesundheit des Patienten. Denn dadurch, dass der Patient einen Bevollmächtigten bestimmt, der seine Werte kennt, wird in kritischen Situationen

wichtige Zeit gespart, die für den Behandlungserfolg entscheidend sein kann“, betonte das Universitätsklinikum.

Gesundheitsvollmacht ethisch und juristisch geprüft

Die Gesundheitsvollmacht wurde vom Klinischen Ethik-Komitee im Haus erarbeitet und durch den Justiziar des Klinikums geprüft. Wenn eine Wahloperation bevorsteht, wird der Patient vonseiten des Universitätsklinikums aktiv angesprochen. Ihm wird angeboten, eine Gesundheitsvollmacht zu unterzeichnen. Darin bestimmt der Patient eine Person seiner Wahl, im Falle seiner Entscheidungsunfähigkeit in kritischen gesundheitlichen Situationen seinen Willen zum Ausdruck zu bringen.

Dem Patienten werde jedoch nicht nur diese Vollmacht, sondern bei Bedarf zugleich eine umfassen-

de Beratung zu den Themen Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung angeboten. Es handelt sich der Universitätsklinik Frankfurt zufolge um eine relevante und umfassende Dienstleistung für Patienten und Angehörige, mit der Patienten in kritischen Lebenssituationen besonders unterstützt werden soll.

Die Vollmacht des Patienten könne den benannten Stellvertreter besser auf mögliche künftige Entscheidungen vorbereiten und vermeide die andernfalls notwendige Einsetzung eines Betreuers durch zuständige Gerichte. Das führt zu einer spürbaren Zeitersparnis und verhindere einen Behandlungsaufschub mit möglichen negativen gesundheitlichen Konsequenzen.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Dezember 2013



Informationsmaterial Heft 1/2014

- ☐ BPS-Patienteninformation „Früherkennung“
- ☐ Prostatakrebs Patienteninformation – Das Therapiespektrum
- ☐ Active Surveillance und Watchful Waiting
- ☐ Patientenratgeber „Früherkennung von Prostatakrebs“
- ☐ Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs I
- ☐ Patientenratgeber zur S3-Leitlinie Prostatakrebs II
- ☐ Kleines Wörterbuch für Prostatakrebspatienten
- ☐ Prostatakrebs – Beratungs-Hotline
- ☐ Prostatastanziopsie
- ☐ Prostatakrebs, Nr. 17
- ☐ Radikaloperation der Prostata beim Prostatakarzinom
- ☐ Strahlentherapie
- ☐ Brachytherapie
- ☐ Patienteninformation: Prostatakrebs – HIFU-Behandlung
- ☐ Patienteninformation: Rezidive bei Prostatakrebs
- ☐ Patienteninformation zu Symptomen, Diagnostik und Behandlung von Knochenmetastasen
- ☐ Schmerzen bei Krebs
- ☐ Krebswörterbuch
- ☐ Palliativmedizin
- ☐ Fatigue
- ☐ Ernährung bei Krebs
- ☐ Bewegung und Sport bei Krebs
- ☐ Hilfen für Angehörige
- ☐ Wegweiser zu Sozialleistungen
- ☐ Wegweiser „Psychosoziale Unterstützung“
- ☐ „PSA-gestützte Früherkennung von Prostatakrebs“
- ☐ Sonderausgabe des BPS-Magazins 1/2013 „Palliative Versorgung“

Deutschlandtour der Deutschen Krebshilfe



12. Juli 2014 – Essen, Kennedyplatz
19. Juli 2014 – Saarbrücken, Gustav-Regler-Platz
26. Juli 2014 – Tübingen, Marktplatz
02. August 2014 – Mainz, Gutenbergplatz
08. August 2014 – Frankfurt a.M., Konstablerwache
23. August 2014 – Potsdam, Luisenplatz
30. August 2014 – Magdeburg, Alter Markt
20. September 2014 – Regensburg, Haidplatz
27. und 28. September 2014 – Bonn, Bottlerplatz

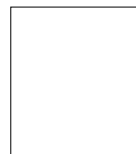


Absender (in Blockbuchstaben):

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort



BPS e. V.
im Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn

Hinweis: Ihre persönlichen Daten werden nicht gespeichert oder an Dritte weitergeleitet.